

**Zwischen Stigmatisierung und *disease comfort* –  
Krankheitskonzepte und ihre Implikationen  
für Psychiatrieerfahrene**

**Dissertation**  
zur Erlangung des Grades  
eines  
Doktors der Philosophie (Dr. phil.)

am Fachbereich Politik- und Sozialwissenschaften  
der Freien Universität  
Berlin

vorgelegt von  
Svenja Wiebke Ursula Thornau

Berlin 2021

Erstgutachter: Prof. Dr. Thomas Stodulka

Zweitgutachter: Prof. Dr. Gregor Dobler

Tag der Disputation: 24.06.2022

Selbstständigkeitserklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Hilfsmittel, die verwendet wurden, habe ich angegeben. Die Dissertation ist in keinem früheren Promotionsverfahren angenommen oder abgelehnt worden.

*Für*

*Mathilde Wiebe*

*und*

*Renate Thornau*

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Einführung in die Referenzthematik der Psychopathologien</b> .....	<b>11</b>
2.1. Psychische Krankheit, Störung, Gesundheit: Begriffsklärungen .....	11
2.2. Gesellschaftliche Wahrnehmung psychischer Erkrankungen.....	22
2.3. Psychiatrie in Deutschland – ein historischer Abriss.....	29
2.4. Die Rolle der Pharmaindustrie: Medikalisierung der Gesellschaft?.....	44
<b>3. Krankheitskonzepte, Psychiatrie und Stigmatisierung</b> .....	<b>53</b>
3.1. ‚Normalität‘ und ‚anomales‘ Verhalten .....	53
3.2. Krankheitskonzepte .....	57
3.2.1. Historischer Abriss unterschiedlicher Krankheitskonzepte.....	57
3.2.2. Erklärungsmodelle für Erkrankungen und Laientheorien .....	61
3.2.3. <i>illness</i> <-> <i>disease</i> .....	65
3.3. Psychiatrie und fachärztliche Behandlung.....	74
3.3.1. Der biologistische Ansatz und multifaktorielle Modelle.....	80
3.3.2. Diagnostik: ICD, DSM sowie kulturelle Einflüsse .....	90
3.3.3. Die Institution Psychiatrie .....	98
3.3.4. Rituale der psychiatrischen Behandlung und ihre Funktionen .....	104
3.3.5. Alternative Behandlungsformen: Soteria und Offener Dialog .....	108
3.4. Vorurteile und Stereotype .....	118
3.5. Stigmatisierung und <i>labeling approach</i> .....	122
<b>4. Forschung im Kontext psychischer Krankheit</b> .....	<b>130</b>
4.1. Wissenschaftliche Verortung .....	130
4.1.1. Die <i>Anthropology at Home/Autoethnography</i> .....	130
4.1.2. Die <i>user-led research</i> .....	137
4.2. Forschungseinrichtungen .....	142
4.2.1. Zugang zum Feld .....	142
4.2.2. Die Freiburger Hilfgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V. ....	146
4.2.3. Die Selbsthilfe mit Köpfchen e. V.....	151
4.2.4. Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. ....	152
4.3. Methodenwahl .....	156
4.3.1. Teilnehmende Beobachtung und Gesprächstechniken .....	158
4.3.2. Feldtagebuch und Gedächtnisprotokolle .....	165
4.3.3. Fokusgruppe .....	167
4.3.4. Halboffene Fragebögen .....	170
4.3.5. Datenauswertung: <i>Grounded Theory</i> und Feinstrukturanalyse .....	172
4.4. Reflexion.....	178
4.4.1. Zugang zu Feld und Forschungseinrichtungen.....	178
4.4.2. Doppelrolle Forscherin <-> Betroffene .....	181
4.4.3. Feldspezifische Problemstellungen .....	184

<b>5. Psychische Krankheit – Erfahrungswelten, Bedeutungszuschreibung und Handlungsentscheidungen.....</b>	<b>188</b>
5.1. Vorurteile, Stereotype und Stigmatisierung im Alltag .....	189
5.1.1. Streitthema Arbeit(sunfähigkeit) .....	194
5.1.2. Reaktionen des sozialen Netzwerkes.....	204
5.1.3. Umgang mit ‚anomalem‘ Verhalten unter Psychiatrieerfahrenen .....	210
5.2. Krankheitskonzepte von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen .....	215
5.2.1. Standpunkte zu Psychopharmakotherapien und Laien-Erklärungsmodelle für Psychopathologien .....	215
5.2.2. Psychosen als spirituelle Bewusstseinsweiterung .....	232
5.2.3. Psychosen als Heilungschance .....	238
5.2.4. Fallbeispiel: Elfys <i>illness</i> -Narrative und ihre Erfahrungen mit <i>disease</i> -Konzeptionen.....	242
5.3. Erfahrungen mit der psychiatrischen Behandlung.....	251
5.3.1. Therapieangebote und die Arzt-Patient-Interaktion .....	251
5.3.2. Kritische Hinterfragung der Diagnostik .....	255
5.3.3. Zwangsmaßnahmen – Erlebnisberichte und Reaktionen.....	260
5.3.4. Hospitalisierung und ihre Nebeneffekte .....	270
5.3.4.1. Abhängigkeit und Gewöhnung.....	270
5.3.4.2. <i>Communitas</i> in der Psychiatrie.....	274
5.3.5. Umgang mit Affekten zwischen PatientInnen am Beispiel der Verliebtheit .....	279
<b>6. <i>Disease comfort</i> .....</b>	<b>285</b>
6.1. Hintergrund und Definition .....	285
6.2. Empirische Fallbeispiele.....	293
6.3. Weiterführende Fragestellungen.....	301
<b>7. Schlussbemerkung.....</b>	<b>307</b>
<b>8. Ausblick.....</b>	<b>312</b>
<b>9. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>318</b>
<b>10. Anhang .....</b>	<b>346</b>
10.1. Vergleichstabelle Serotonin und Dopamin .....	346
10.2. Halboffener Fragebogen .....	347
10.3. Leitfaden narratives Experteninterview.....	349
10.4. Einladungsplakat Fokusgruppe.....	352
10.5. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	353
10.6. Abstract.....	354

## 1. Einleitung

*„Mancher Mensch hat ein großes Feuer in der Seele  
und niemand kommt, um sich daran zu wärmen.“  
(Vincent van Gogh)*

Im Frühjahr 2019 begleitete ich einen Freund, der unter einer bipolaren Störung leidet, in eine Apotheke in einer bayerischen Kleinstadt, wo er das Rezept der von einer Psychiaterin verordneten Langzeitmedikation Lithium, ein stimmungsstabilisierendes Phasenprophylaktikum, einlösen wollte. Die Pharmazeutisch-Technische-Assistentin teilte uns mit, dass sie das Psychopharmakon auf Grund allgemeiner Lieferengpässe derzeit nicht auf Lager hätten. Ihre weiteren Ausführungen, die ich im Anschluss per Gedächtnisprotokoll verschriftlichte, sorgten unter uns für einige Irritationen: „Bei Psychopharmaka geht das ja noch, aber wenn jemand Epileptiker oder Diabetiker ist und seine Medikamente nicht kriegt, dann hört der Spaß wirklich auf! Dann wird es lebensbedrohlich.“ Eine medizinisch-pharmazeutisch ausgebildete Fachkraft könnte auch auf die Gefahr aufmerksam machen, die Menschen mit bipolarer Störung bei einer unregelmäßigen Einnahme des Stimmungsstabilisators Lithium droht. So können manische Phasen ausgelöst werden, in denen der Betroffene sich in Folge ekstatischer Selbstüberschätzung in lebensbedrohliche Situationen begibt oder schwere depressive Episoden bis hin zu Suizidversuchen. Der Psychiater und Psychotherapeut Jann E. Schlimme gab im Rahmen der *Regio 2019*<sup>1</sup> zum Thema *Verantwortungsvoller Umgang mit Psychopharmaka* im Hinblick auf Dosisveränderungen der Lithiumeinnahme zu bedenken: „Selbst wenn die Dosis nur geringfügig heruntergefahren oder der therapeutisch wirksame Bereich nur leicht unterschritten wird, spüren die Patienten das deutlich. Deshalb ist beim Absetzen äußerste Vorsicht geboten. Je langsamer, desto besser.“ Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie es einem Betroffenen ergehen muss, der schlimmstenfalls von einem Tag auf den anderen die Psychopharmakotherapie komplett einstellt, weil er – nicht zuletzt durch die verharmlosenden Worte einer Pharmazeutisch-Technischen-Assistentin – keine Notwendigkeit sieht, eine andere Apotheke aufzusuchen, die das Medikament möglicherweise vorrätig hat. Hat die pharmazeutische Fachkraft fahrlässig gehandelt? Liegen ihrem Verhalten Vorannahmen über eine grundlegende Differenzierung zwischen körperlichen und psychischen Krankheiten zugrunde oder werden in ihren Leiden und Gefahren für Betroffene herunterspielenden Ausführungen Vorurteile und stereotype Vorstellungen von Menschen mit psychischen Problemen evident? Sind psychische Leidenszustände überhaupt als Krankheit einzuordnen? Und welche Auffassungen herrschen unter Betroffenen hinsichtlich der Entstehung psychischer Probleme,

---

<sup>1</sup>Die Veranstaltung des *Landesverbandes Gemeindepsychiatrie Baden-Württemberg e. V.* und des *Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V.* fand am 29.3.19 in Stuttgart statt.

Diagnostik, fachmedizinischen Behandlungspraktiken, Alltagsbewältigung und Reaktionen der sozialen Umwelt auf die psychische Beeinträchtigung vor? Zur empirischen Ergründung dieser Fragestellungen führte ich eine einjährige ethnologische Feldforschung unter Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose in Freiburg durch. Die Relevanz des Forschungsgegenstandes im Kontext medizinethnologischer Betrachtungsweisen zeigt sich daran, dass in nahezu allen Gesellschaften den Bereichen Krankheit, Gesundheit und Heilung ein hoher Stellenwert innewohnt (Dilger/Hadolt 2003: 310, Lux 2003: 23). Das Interesse an Medizin hat in der Ethnologie eine lange Tradition. So befassten sich unter anderem Boas, Evans-Pritchard und Rivers mit medizinethnologischen Themen (Dilger/Hadolt 2003: 309). Victor Turners Darstellungen von Krankheiten als soziale Brüche und rituellen Übergängen von Krankheit zu Gesundheit waren wegweisend für spätere Theorieansätze. Trotz des großen Interesses etablierte sich die Medizinethnologie erst Anfang der 1970er-Jahre als Subdisziplin und ist stark interdisziplinär ausgerichtet (Dilger/Hadolt 2003: 310). Studien der Psychologischen Anthropologie untersuchen seit Jahrzehnten die soziale Konstruiertheit von Psychopathologien (Kirmayer/Lemelson et. al. 2015: 11). So erforschten etwa Mead, Benedict oder Sapir die Rolle des soziokulturellen Kontextes psychischer Erkrankungen (Kirmayer/Lemelson et. al. 2015: 12). Ethnopsychiatrische Fragestellungen zeitigen vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie eine signifikante Relevanz. So argumentiert der Freiburger Psychiater Christoph Bielitz, dass das „Virus ein kollektiver Stresstest für die Psyche jedes Einzelnen“ sei. Er geht davon aus, dass die Corona-Pandemie die Zahl der psychischen Erkrankungen (hier vor allem Ängste, Traumafolgestörungen sowie Süchte wie Mediensucht) und Suizide erhöhen werde (Freiburger Wochenbericht 2020: 6). Auch die Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Uniklinik Freiburg, Katharina Domschke, warnte vor einer sog. ‚Dritten Welle‘, d. h. einer Zunahme an psychopathologischen Ausprägungen in Folge der Pandemie. Gleichzeitig sei die Corona-Krise für viele Menschen mit psychischen Problemen Anlass, fachmedizinische Hilfe zu konsultieren (Joers 2020: 1). Kritik an der institutionellen Behandlungspraxis psychisch Kranker wird im Rahmen eines übermäßigen Rückgriffs auf Pharmakotherapien und anderen biomedizinisch<sup>2</sup> ausgerichteten Interventionen geäußert sowie an dem fachärztlichen Mangel an Aufmerksamkeit für die Lebenswelten Betroffener (Kirmayer/Lemelson et. al. 2015: 1). Darüber hinaus er-

---

<sup>2</sup> Die Termini Westliche, Moderne, Kosmopolitische oder Wissenschaftliche Medizin sollte eine Konstruktion des Pendantes zu der sog. ‚Traditionellen Medizin‘ ermöglichen. Allerdings sind andere Medizinsysteme nicht per se provinziell, unwissenschaftlich und veraltet. Mit der Etablierung der Bezeichnung Biomedizin wurde die vermeintlich unverfänglichste Alternative gewählt (Greifeld 2013: 16).

schweren institutionelle und praktische Beschränkungen selbst ethnografisch aufgeschlossenen FachärztInnen die Erschließung der Bedeutungskomplexe narrativer Patientenausführungen über illness-Erfahrungen und das Einfühlen in lebensweltliche Kontexte. Meine langfristige Eingebundenheit in niederschweligen, gemeindenahen sozialpsychiatrischen Hilfseinrichtungen und Selbsthilfevereinen für Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose ermöglichte mir demgegenüber das Teilen von Raum und Zeit mit Psychiatricerfahrenen, das ein tieferes Verständnis für deren subjektive Wissenswelten und Wirklichkeitskonstruktionen erleichtern soll (vgl. Jenkins/Barrett 2004: 21). Im Rahmen der Ethnografie werden diese durch den umfassenden Gebrauch der persönlichen Betroffenen narrative vermittelt (Church 2013: 186). Die ethnografische Studie folgt einem interpretativen Forschungsansatz der Psychologischen Anthropologie, der darauf abzielt, empirisch fundierte Aussagen über Deutungsmuster und Wirklichkeitskonstruktionen von Menschen mit psychischen Problemen zu treffen. Auf Krankheitskonzeptionen bezogene subjektive Erfahrungs- und Wissenswelten sollen erschlossen und vermittelt werden. Für die Darstellung der Ergebnisse meiner Arbeit wählte ich folgenden inhaltlichen Aufbau:

Im Rahmen einer allgemeintheoretischen Einführung in die kontemporäre Alltagswelt von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose in Deutschland (Kapitel 2: Einführung in die Referenzthematik der Psychopathologien) wende ich mich folgenden für ihren Lebenskontext maßgeblichen soziokulturellen Phänomenen zu, auf die in den empirischen Kapiteln Bezug genommen wird: dem öffentlichen Diskurs über psychische Krankheiten sowie der herausragenden Rolle von psychiatrischer Behandlung und Medikalisierung. Als Wissens- und Verständnisgrundlage der darauffolgenden Ausführungen werden zunächst unterschiedliche medizinische, sozialwissenschaftliche sowie sozialrechtliche Definitionen der Termini (*psychische*) *Krankheit*, *Störung* und *Gesundheit* aufgezeigt und in einem nächsten Schritt im Hinblick auf ihre Anwendbarkeit auf psychische Leidenszustände diskutiert (vgl. Hucklenbroich 2008). Im Anschluss daran wird die oben bereits erwähnte gesellschaftliche Wahrnehmung psychischer Erkrankungen beleuchtet, wobei ich mich hauptsächlich auf die Fremddarstellungen der Massenmedien in Print und Fernsehen beziehe und den Einfluss medizinisch-psychiatrischer Paradigmen auf die öffentliche Meinungsbildung an Hand ausgewählter Fallbeispiele aufzeige (vgl. Rufer 2007). Die historische Entwicklung und Implementierung der deutschen Psychiatrie als der dominanten Institution in der Behandlung psychopathologischer Auffälligkeiten wird im darauffolgenden Kapitel nachgezeichnet, wobei ich insbesondere das historisch verankerte Anstaltswesen, d. h. die Praxis der Separierung psychisch Kranker in speziellen Einrichtungen, epochal variierende Behandlungsansätze sowie die Übernahme naturwissenschaftlich-positivistischer Paradigmen und darauf aufbauende Krankheitsnosologien



in der fachärztlichen Auseinandersetzung mit psychischen Leidensformen kontextualisiere (vgl. Blasius 1994). Zum Abschluss des Themenkomplexes diskutiere ich gesellschaftliche Medikalisierungstendenzen, wobei die Rolle der Pharmaindustrie einer kritischen Betrachtung unterzogen wird (vgl. Karsch 2015).

Den Stand der Forschung und theoretischen Rahmen (Kapitel 3: Krankheitskonzepte, Psychiatrie und Stigmatisierung) bilden sowohl ethnologische als auch soziologische Theorien, was meinem Forschungsschwerpunkt und dem -kontext (Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose in Deutschland) geschuldet ist. Kohl (2012: 171) argumentiert, dass das ethnologische Studium fremder Kulturen, das im eigenen Land durchgeführt werden kann, im gegenseitigen Verhältnis der Fachdisziplinen dazu geführt hat, dass die Grenzen zwischen der Europäischen Ethnologie, der Soziologie, die sich zunehmend kulturwissenschaftlich orientiert, und der ‚klassischen‘ Ethnologie durchlässiger geworden sind. Soziologen wie Goffman, Lemert, Garfinkel und Scheff untersuchten psychiatrische „Aspekte der gesellschaftlichen Dynamik der Abweichung und des Ausschlusses“ (Jervis 1978: 64), die ich in meiner Arbeit aufgreife. Der theoretische Rahmen gliedert sich in drei miteinander verwobene Themenkomplexe: Krankheitskonzeptualisierungen, darauf aufbauende psychiatrische Behandlungsansätze sowie Eigen- und Fremdwahrnehmungen von Krisenbetroffenen. Diese theoretischen Wissensgrundlagen und Hintergrundinformationen bilden den Referenzpunkt für die interpretative Einordnung des empirischen Materials.

Zunächst befaße ich mich mit einer fachtheoretischen Erörterung von ‚normalem‘ und ‚anomal‘ Verhalten, indem ich zwischen sozialen sowie biomedizinischen Sichtweisen auf ‚Normalität‘ differenziere und in einem weiteren Schritt auf psychische Leidenszustände bezogen diskutiere (vgl. Helman 2001). Als Einführung in die Thematik der fachärztlichen Zuschreibung einer Psychopathologie skizziere ich einen historischen Abriss unterschiedlicher Krankheitskonzepte, Entwicklungen und Transformationen vor dem Hintergrund kontemporärer gesellschaftlicher Strömungen (vgl. Jervis 1978). Unter Bezugnahme auf Arthur Kleinmans (1980) *explanatory models of illness* befaße ich mich primär mit Betroffenen- bzw. Lagentheorien, die mit dem prävalenten psychiatrischen Krankheitsmodell der Hirnstoffwechselstörung kontrastiert werden sollen. Nachdem auf diese Weise die theoretisch-kontextuellen Grundlagen für die Historie und Ausprägungsformen von Krankheitskonzepten erarbeitet wurden, folgt eine Auseinandersetzung mit Kleinmans (1980/1988) inhaltlich-konzeptueller Differenzierung zwischen *disease* und *illness*. Stark verkürzt formuliert, versteht man laut Kleinman (1980: 72 f.) unter *illness* das subjektive Krankheitsempfinden der Patientin, d. h. Perzeption, Interpretation, Kausalitätszuschreibungen, Performanz sowie psychosoziale Folgen und unter *disease* die (fach)ärztliche Perspektive in Form von medizinischen Diagnosen

als professionelle Übersetzung und Klassifikation der illness-Beschwerden.<sup>3</sup> In Erweiterung zu Kleinman soll Heinz' (2014) Krankheitsmodell präsentiert werden, das in seiner holistischen Definition sowohl *illness*-, *disease*- als auch *sickness*-Aspekte beinhaltet. Die gesellschaftliche Organisation von Krankheit in Form von Gesundheitssystemen (Helman 2001: 5), die eine psychiatrische Behandlung psychischer Leidenszustände vorsehen, soll in meinem nächsten Schritt eruiert werden, wobei Chancen, Problematiken und Herausforderungen einer Arzt-Patient-Begegnung sowie psychiatrischer Behandlungspraktiken dargestellt und einer ethnografischen Herangehensweise gegenübergestellt werden sollen (vgl. Estroff 1981). Als Vertiefung der Thematik wird im nächsten Kapitel das in psychiatrischen Fachdiskursen und Therapieansätzen dominierende biologistische Paradigma der Hirnstoffwechselstörung kritisch beleuchtet, bevor ich multikausale Erklärungsmodelle für die Genese psychischer Erkrankungen am Beispiel des *Vulnerabilitäts-Stress-Modells* illustriere (vgl. Hammer/Plöbl 2015). Im Anschluss daran werden Historie, Anwendungsbereich und kulturelle Prägungen der als universalistisch geltenden Diagnosemanuale ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) und DSM (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*) (Machleidt 2013: 370) vor dem Hintergrund einer differenzierten Hinterfragung psychiatrischer Diagnostik aufgezeigt. Die Rolle der Psychiatrie als der dominanten Institution in der fachärztlichen Behandlung psychopathologischer Auffälligkeiten wird an Hand der Arbeiten von Goffman (1977) sowie der *Mad Studies* (vgl. Burstow 2013) kritisch beleuchtet, bevor wegweisende psychiatrieinterne Reformprojekte der vergangenen Jahrzehnte exemplarisch dargestellt werden (vgl. Stukenberg 2019). Da Lebenskrisen eine Infragestellung der eigenen Identität und des sozialen Status darstellen, die durch Übergangsriten bewältigt werden können (Haller 2005: 239), erfolgt im nächsten Schritt eine Analyse von Ritualen psychiatrischer Behandlung und ihrer Funktionen. Die wissenschaftstheoretischen Grundlagen liefern Turners (2000) und van Genneps (1999) Abhandlungen über Liminalität bzw. Übergangsrituale. Abschließend präsentiere ich die alternativen Behandlungsformen Soteria (vgl. Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria o. J.) und Open Dialogue (vgl. Olson/Seikkula et. al. 2014), die mit den in den vorangegangenen Kapiteln behandelten Charakteristika psychiatrischer Paradigmen und Behandlungspraktiken kontrastiert werden. Im letzten Themenkomplex des theoretischen Rahmens sollen Eigen- und Fremdwahrnehmungen Psychiatriebetroffener in Form von Genese und Manifestationen von Vorurteilen, stereotypen Vorstellungen (vgl. Baumann 2010) sowie Stigmatisierungsprozessen (vgl. Yang/Kleinman et. al. 2006) analysiert werden, denen psychisch Kranke oftmals ausgesetzt sind (Kirmayer/Lemelson et. al. 2015: 2).

---

<sup>3</sup> Darauf aufbauend, präsentiere ich in Kapitel 6 meine eigene Theoriegenese des *disease comfort*.

In einem nächsten Schritt (Kapitel 4: Forschung im Kontext psychischer Krankheit) zeige ich meine wissenschaftlich-methodologische Verortung in der *Anthropology at Home* (vgl. Leyton 2009), *Autoethnography* (vgl. Ellis/Adams et. al. 2011) sowie der *user-led research* (Betroffenen-/Nutzerforschung, vgl. Krämer/Rose 2017)<sup>4</sup> auf. Es folgen vorwiegend deskriptive Beschreibungen der von mir besuchten Forschungseinrichtungen, *Freiburger Hilfsgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V.*, *Selbsthilfe mit Köpfchen e. V.* sowie *Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.* Die zitierten Quellen beziehen sich vorwiegend auf Eigendarstellungen dieser Vereine in Jahresberichten und Internetauftritten.

Die Datenerhebung erfolgte qua qualitativer, multimethodaler sozialwissenschaftlicher Verfahren: *teilnehmende Beobachtung* (vgl. Fischer 2002) sowie verschiedene Konversations-techniken wie *informelle Gespräche* (vgl. Spittler 2001) und ein *leitfadenorientiertes narratives Experteninterview* (vgl. Glinka 1998, Helfferich 2005 und Bogner/Menz 2005). Die Feldaufzeichnungen wie *Gedächtnisprotokolle* (vgl. Beer/Fischer 2003) erfolgten in mein *Feldtagebuch* (vgl. Fischer 2008). In der problemzentrierten Datenerhebungsphase leitete ich zudem eine *Fokusgruppe* in der FHG (vgl. Ellis/Adams et. al. 2011) und verteilte *halboffene Fragebögen* in den Forschungseinrichtungen (vgl. Sökefeld 2008). Die Datenauswertung erfolgte gemäß der *Grounded Theory* (vgl. Strübing 2008) sowie *Feinstrukturanalyse* (vgl. Lucius-Hoene/Deppermann 2004). Im Anschluss an die Präsentation der Datenerhebungstechniken unterziehe ich den Zugang zu Feld und Forschungseinrichtungen, meine Doppelrolle als Forscherin und Betroffene sowie feldspezifische Problemstellungen einer kritischen Reflexion (vgl. Breidenstein/Hirschauer et. al. 2015).

In der Darstellung der empirischen Ergebnisse (Kapitel 5: Psychische Krankheit – Erfahrungswelten, Bedeutungszuschreibung und Handlungsentscheidungen) liegt ein inhaltlicher Schwerpunkt auf unterschiedlichen Krankheitskonzepten von Psychiatrieerfahrenen und FachärztInnen für psychische Erkrankungen. In diesem Zusammenhang werden Interrelationen zwischen psychiatrischen *disease*-Zuschreibungen und *illness*-Ausführungen Betroffener analysiert. Eine Perspektivenreflexivität auf das soziokulturelle Phänomen der psychischen Krankheit soll aufgezeigt werden, in der Laien- und Professionellenstimmen von mir als gleichwertig anerkannt und abgebildet werden. Meine Evaluierung polyvokaler, z. T. divergierender Interpretationen von psychischen Leidensformen und Auffälligkeiten zielt daher nicht darauf ab, differente Erklärungsansätze normativ zu werten. Stattdessen werden die jeweiligen subjektiven Standpunkte und Wissensbestände miteinander kontrastiert und im Hinblick auf den Behandlungserfolg sowie die Lebensqualität der Betroffenen meines Samples

---

<sup>4</sup> Mein Dank gilt dem Psychiater und Stigmaforscher Nicolas Rüschi, der mich auf die Nutzerforschung aufmerksam gemacht hat.

analysiert. Im Rahmen der *Grounded Theory* konnte ich drei Hauptthemenkomplexe aus dem empirischen Datenmaterial abstrahieren, welche auf die theoretischen Ausführungen in Kapitelkomplex drei Bezug nehmen und diese erweitern: Vorurteile, Stereotype und Stigmatisierungen im Alltag, Krankheitskonzepte von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen sowie Erfahrungen mit der psychiatrischen Behandlung. Das erste Themenfeld beleuchtet die Problematik krankheitsbasierter Vorurteile, Stereotype und Stigmatisierungen, die zu sozialen Ausgrenzungsphänomenen führen können. Fokussierend wird im darauffolgenden Kapitel das Streitthema Arbeit(sunfähigkeit) aus einer Betroffenenperspektive beleuchtet. Psychische Erkrankungen können das Selbstbild und die Sozialbeziehungen Betroffener beeinflussen, da sie oftmals beeinträchtigende Auswirkungen auf die vorherrschenden soziale Rollen und deren Funktionieren ausüben (Kirmayer/Lemelson et. al. 2015: 6). Die Reaktion des sozialen Umfeldes von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose kann von verstärkter Zuwendung über Ablehnung bis hin zu Kontaktabbruch reichen (Pfeiffer 1971: 10). Dieser Problematik widme ich mich in einem nächsten Schritt. Der Umgang mit ‚anomalem‘ Verhalten *unter* Psychiatrieerfahrenen, der im Vergleich zu der Evaluierung von negativen Fremdzuschreibungen durch Nicht-Psychiatrisierte seltener thematisiert wird, stellt den inhaltlichen Schwerpunkt des darauffolgenden Kapitels dar, bevor ich mich ausführlich unterschiedlichen Krankheitskonzepten von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose widme. Dabei beleuchte ich zunächst an Hand ausgewählter ethnografischer Fallbeispiele Patientenstandpunkte hinsichtlich des rezenten medikamentenbasierten Paradigmas psychiatrischer Behandlung und stelle darauf aufbauend Laien-Erklärungsmodelle meines Samples für psychische Krankheiten dar. Anschließend befasse ich mich schwerpunktmäßig mit schizophrenen Psychosen, die von Betroffenen als spirituelle Bewusstseinsweiterung und sogar als Heilungschance erfahren wurden. In einem abschließenden personenzentrierten Fallbeispiel zeige ich exemplarisch die illness-Narrative einer Hauptinformantin auf. Das abschließende empirische Unterkapitel behandelt subjektive, individuell-spezifische Erfahrungswelten Betroffener mit psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen. Während ich zunächst die multimodalen therapeutischen Interventionen sowie die Arzt-Patient-Interaktion evaluiere, sollen im folgenden Kapitel multivokale Stellungnahmen zu den Chancen und Gefahren der fachärztlichen Diagnostik präsentiert werden. Patientenerfahrungen mit psychiatrischen und polizeilichen Zwangsmaßnahmen werden im anschließenden Kapitel exemplifiziert. Die Evaluierung der dauerhaften Verankerung des Liminalitätszustandes als Diagnose der psychischen Krankheit (Haller 2005: 239) aus der Betroffenenperspektive erfolgt darauf aufbauend. Dabei widme ich mich zunächst Abhängigkeits- und Gewöhnungseffekten, die Menschen mit psychischen Problemen nach der Entlassung aus psychiatrischen Einrichtungen vermehrt an sich beobachten sowie der Entwicklung

einer *Communitas* (vgl. Turner 2003: 252) im Zuge des stationären Aufenthaltes in einer Fachklinik. Darauf folgt die Diskussion des psychiatrischen Umgangs mit Affekten zwischen PsychiatriepatientInnen am Beispiel der Verliebtheit.

Abschließend wird meine Theoriegenese des *disease comfort*<sup>5</sup> ausführlich präsentiert (Kapitel 6), indem ich den fachtheoretischen Hintergrund für die Beschreibung dieses sozialen Phänomens aufzeige, die von mir gewählte Bezeichnung rechtfertige und an Hand empirischer Fallbeispiele unterschiedliche Ausprägungen von *disease comfort* darstelle. Weiterführende Fragestellungen diskutiere ich im Anschlusskapitel.

In der Schlussbemerkung (Kapitel 7) fasse ich die Hauptergebnisse der Arbeit zusammen, bevor ich vor dem Hintergrund der gewonnenen Erkenntnisse im Ausblick (Kapitel 8) unter Berücksichtigung der Entwürfe von Kleinman (1980/1995) sowie Lehmann und Stastny (2007) Vorschläge für eine zukünftige Versorgungspraxis von Menschen mit psychischen Problemen unterbreite.

Mit den Ergebnissen meiner empirisch-sozialwissenschaftlichen Untersuchung möchte ich einen deutschsprachigen Beitrag für die *user-led research* leisten. Sweeney (2009: 34) zufolge ermöglicht die Doppelidentität BetroffenenforscherInnen den Zugang zu sowohl Fachdiskursen der Wissenschaftsgemeinschaft als auch Laintheorien der Betroffenenszene. Auch Johnson Straughan (2009: 115, 116) argumentiert, dass ein akademisch ausgebildeter Nutzerforscher in der Kombination aus der Lebenserfahrung einer psychischen Krise und der methodologischen, forschungspraktischen Kompetenz über Einsichten verfügt, die außenstehende ForscherInnen nicht aufweisen. Wie Senft (2002: 208) bemerkt, sind fundierte Kenntnisse über die zu erforschende Sozialgruppe Grundvoraussetzung für die sozialwissenschaftliche Generierung fundierter, relevanter Forschungsergebnisse. Sowohl in der Anthropology at Home als auch in Nutzer-geleiteten Studien werden zwei ‚Kulturen‘ (Betroffenenszene und Wissenschaftsgemeinschaft) überbrückt (Johnson Straughan 2009: 116). Durch die Herausforderung, eine Arbeit für verschiedene Interessen- und Zielgruppen (die ethnologische Fachdisziplin, die interdisziplinäre Betroffenenforschung, medizinisch-psychiatrisches Fachpersonal sowie die Psychiatrieerfahrenen selbst) anzufertigen, sehe ich meine Rolle als kulturelle Übersetzerin bzw. Verbindungsglied. „It is therefore this cross-cultural translator travel guide, situated between the two domains and richly connected to both, that user researchers offer“ (Johnson Straughan 2009: 116). Denn wie Greifeld (2013: 28) argumentiert, ist insbesondere die interdisziplinär ausgerichtete Medizinethnologie größtenteils eine Übersetzungsdisziplin,

---

<sup>5</sup> In einer Zusammenfassung werden im Rahmen von *disease comfort* psychiatrische Diagnosen internalisiert und in einem kreativen Prozess der Vereinnahmung manipulierend zum eigenen Vorteil genutzt.

„die Erkenntnisse des einen Fachs im anderen fruchtbar machen will. Allerdings werden die Grundlagen der Übersetzung nicht unbedingt gegenseitig anerkannt.“ Da Psychiatrieerfahrene traditionell als unfähig betrachtet werden, Eigentheorien zu produzieren bzw. einen elaborierten wissenschaftlichen Beitrag zu leisten, werden empirische Studien überwiegend *über* Betroffene erhoben, nicht *mit* ihnen oder *durch* sie (Sweeney 2009: 25). Eine Wissensproduktion aus der Perspektive der schwächsten gesellschaftlichen Gruppen birgt jedoch das Potential für ein umfassenderes Verständnis von psychischen Krisen aus der Perspektive Betroffener (Coldham/Russo et. al. 2009: 166, 170). Die daraus gewonnenen Erkenntnisse können für psychiatrische Einrichtungen von großem Nutzen sein, da sie empirisch fundiertes Patienten-Feedback durch tiefere Einblicke in das Krankheitsverständnis von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen, daraus resultierende Behandlungswünsche und alltagsweltliche Erfahrungsaufbereitungen aufzeigen, die „im Alltag umsetzbare Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation direkt, aber auch weiterführend zur Errichtung bzw. Sicherung einer therapeutischen Gemeinschaft“ fördern können (Bezzel/Zeiningen et. al. 2016: 31). Da ich in zahlreichen informellen Gesprächen mit Psychiatrieerfahrenen mit akademischem Hintergrund erfuhr, dass eine hohe Dunkelziffer an Studierenden mit einer psychiatrischen Diagnose vorherrscht, die aus Angst vor negativen Konsequenzen im Studium und späteren Berufsleben ihre psychischen Probleme bestmöglich zu kaschieren versuchen, betrachte ich meinen ethnografischen Beitrag als Antistigmaarbeit, indem ich zeige, dass wissenschaftliches Arbeiten nicht nur *trotz*, sondern *auf Grund* eigener Betroffenheit gelingen kann. Ich stimme mit Johnson Straughan (2009: 110) überein, die anführt: „I hoped that this, coupled with the research being carried out with the aim of achieving doctoral status, would rule out any objections about the work being a second-class or weaker piece of research due to its user standpoint.“

Hinsichtlich der anhaltenden Debatte um eine politisch korrekte Terminologie herrscht auch unter Betroffenen eine große Bandbreite an pluralistischen Werthaltungen vor (Lee 2013: 118). Der Grad der Emotionalität variiert zwischen den drei anglophonen Eigenbezeichnungen *Consumer* (Konsument)<sup>6</sup>, *Service User* (NutzerIn psychiatrischer Hilfen) und *Survivor* (Überlebender, alle Übersetzungen S. T.). Erstere Bezeichnungen konstituieren neutralere Umschreibungen (Church 1995: 12), während der Begriff *Survivor* aus der antipsychiatrischen Bewegung emergierte (Burstow 2013: 82) und sich auf Personen bezieht, die traumatische Erlebnisse durch ihren psychischen Zustand oder die *psychiatrische Interventionen* erlit-

---

<sup>6</sup> Rose and Black (1985, zitiert nach Church 1995: 13) beobachten inhaltlich-konzeptuelle Ähnlichkeiten mit den Konsumenten von Waren bzw. Dienstleistungen. In beiden Fällen stehen diese außerhalb der entscheidenden Faktoren des Produktionsprozesses, agieren als Reaktion auf eine Definition ihrer Bedürfnisse außerhalb ihrer bewussten Kontrolle und sind passive Rezipienten der Interaktion, die existierende Machtverhältnisse reproduziert.

ten haben und aktivistisch in Erscheinung treten (Hughes 2007: 369). Dabei herrschen unter im psychischen Gesundheitsbereich Tätigen mitunter Irritationen darüber vor, dass Menschen sich als Überlebende eines Systems bezeichnen, das sie als hilfreich postulieren (Church 1995: 12). Unter der Berücksichtigung dieser Problematik sowie der Tatsache, dass zahlreiche Menschen mit psychischen Problemen eine pathologisierende Terminologie ablehnen, verwende ich im Rahmen meiner Arbeit die folgenden Bezeichnungen in Abhängigkeit des jeweiligen Kontextes alternierend bzw. synonym: *Betroffene/r*, *Psychiatrisierte/r*, *(Psychiatrie-)PatientIn*, *Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose*, *NutzerInnen psychiatrischer Hilfen*, *Menschen mit psychischen Problemen*, *Psychiatrieerfahrene/r* und *psychisch Kranke/r*. Die Psychiatrie-Erfahrung setzt Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen, Behandlungen mit Psychopharmaka sowie Sitzungen bei niedergelassenen Therapeuten voraus (vgl. Bayerischer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. 2018 (2): 1). Darüber hinaus werde ich aus darstellungsökonomischen Gründen maskuline und feminine Schreibformen alternierend verwenden. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit gebrauche ich die Bezeichnungen *ForschungspartnerIn* und *InformantIn* synonym, wobei ich mir der forschungsethisch problematischen Bezeichnung von ‚*InformantIn*‘ bewusst bin (vgl. Deutsche Gesellschaft für Sozial- und Kulturanthropologie e. V. 2020 (2): 2).

## 2. Einführung in die Referenzthematik der Psychopathologien

„In der Justiz gilt die Unschuldsvermutung, in der Medizin die Krankheitsvermutung.“  
(Gerhard Kocher)

### 2.1. Psychische Krankheit, Störung, Gesundheit: Begriffsklärungen

Nach einer allgemeintheoretischen Einführung in den Krankheitsbegriff erfolgt zunächst die fokussierte Betrachtung der *medizinischen* Perspektive auf physische und psychische Beeinträchtigungen, indem Hucklenbroichs (2008) Krankheitsdefinition exemplarisch diskutiert und inhaltlich-konzeptuelle Differenzen zu sowie Gemeinsamkeiten mit dem Terminus ‚psychische Störung‘ aufgezeigt werden. Darauf aufbauend werden unterschiedliche Konzeptualisierungen des Gesundheitsbegriffs eruiert.

Hucklenbroich (2008: 4) zufolge bilden der *Krankheitsbegriff* und die auf ihm basierenden Differenzierungen die zentrale Terminologie der *Medizin*. Seine Bedeutung ist vergleichbar mit der Rolle des Stoffwechselbegriffs in der Chemie oder des Lebensbegriffs in der Biologie. „Es gibt kaum Länder, in denen nicht formell oder informell, öffentlich oder privat die Vorstellung von der Existenz psychischer Krankheit und deren Pendant der psychischen Gesundheit Bausteine des Glaubenssystems geworden sind.“ (Millett 2007: 30) Wie bereits Karl Jaspers in seiner Psychopathologie konstatierte, interessieren sich Ärzte in der Regel jedoch nicht für die Definition eines abstrakten Krankheitsbegriffs, sondern für einzelne Krankheitsbilder (Heinz 2014: 7), weshalb innerhalb der Medizin keine definitorische Festlegung von Krankheit existiert. Zudem können ärztlich diagnostizierte pathologische Befunde (‚disease‘) und das subjektive Krankheitsempfinden (‚illness‘) divergieren.<sup>7</sup> Dieses Phänomen tritt vor allem im Rahmen (noch) asymptomatischer Erkrankungen und labortechnisch nicht nachweisbarer Leiden zutage (Schübel 2016: 40). Schübel (2016: 40) argumentiert, dass Krankheit im Kontext ‚westlicher‘ Schulmedizin zumeist mit Dysfunktionalität konnotiert ist. Sie kann im Allgemeinen als legitimatorische Kategorie verstanden werden, aus der Notwendigkeit und Zulässigkeit medizinischer Eingriffe erwachsen (Paul 2006, zitiert nach Karsch 2015: 114), wobei die Wiederherstellung von Gesundheit als teleologische Kategorie ein zentrales Ziel der Medizin konstituiert (Karsch 2015: 114). Krankheit und Gesundheit können als bereits interpretierte Phänomene betrachtet werden, die interessengesteuert und anlassbezogen sind (Schübel 2016: 49). So beinhaltet Krankheit all jene Phänomene, für welche die Medizin Zuständigkeit erhebt und Anlass zur (fach)ärztlichen Intervention sieht (Schübel 2016: 48). Einen fundamentalen Unterschied zu physischen Erkrankungen, bei denen oftmals ein bestimmter Körperteil befallen ist, ohne dass sich die Betroffene in ihrer Gesamtheit mit der

---

<sup>7</sup>Die Differenzierung zwischen *illness* und *disease* wird ausführlich in Kapitel 3.2.3. behandelt.



Krankheit identifizieren muss, beschreibt Vonnegut (1976, zitiert nach Estroff 1981: 240) am Beispiel der Schizophrenie: „Most diseases can be separated from one’s self and seen as foreign intruding entities. (...) Colds, ulcers, flu, and cancer are things we get. Schizophrenic is something we are. It affects the things we most identify with as making us what we are.“ Der Berliner Facharzt für Klinische Pharmakologie, Bruno Müller-Oerlinghausen, führt am Beispiel der Depression an, dass psychische Krankheiten den gesamten Körper sowie das Körpergefühl beeinträchtigen können (Himmer 2020: 36).

Die Frage, welche physischen und/oder psychischen Ausprägungen als pathologisch gelten sollen, wird im medizinischen Fachdiskurs kontrovers diskutiert (Hucklenbroich 2008: 14). Hucklenbroich (2008: 9, 10) stellt eine Krankheitsdefinition aus medizinischer Perspektive bereit, die im Folgenden exemplarisch erörtert wird: Ein Zustand bzw. Ereignis ist als pathologisch zu werten, wenn er erstens bei unbehandeltem, natürlichem Verlauf unmittelbar zu einer Verkürzung der natürlichen Lebenserwartung der Betroffenen oder zu ihrem vorzeitigen Tod führt. Zweitens muss er (unbehandelt) mit Missempfindungen, Schmerz, Leiden oder Beschwerden in physischer und/oder psychischer Hinsicht verbunden sein, die in Bezug auf Häufigkeit, Dauer und/oder Intensität kulturell geformte Schwellenwerte bzw. Normalbereiche überschreiten oder drittens die natürlich vorgegebenen körperlich-psychischen Potentiale und Dispositionen der Betroffenen so verändert, dass sie (ohne adäquate Substitution bzw. Behandlung) in bestimmten, zuvor harmlosen Situationen erkrankt. Gemeint sind hier die Einschränkung bzw. das Auslöschung von individuellen Fähigkeiten oder die Entstehung bzw. Verstärkung ungünstiger Reaktionsweisen. Eine Alternative der unter Punkt drei genannten Prämissen ist das generelle, d. h. in angeborener Weise Vorhanden-, Verändert-, Eingeschränkt- bzw. Verstärktsein oder gänzliche Fehlen bestimmter solcher Dispositionen bzw. Potentiale. Viertens liegt ein pathologischer Befund vor, wenn der Vorgang unbehandelt die Unfähigkeit zur biologischen Reproduktion impliziert oder zur Folge hat und/oder fünftens, „wenn a) ein einzelner davon Betroffener unbehandelt nicht in der Lage ist, mit ‚gesunden‘ menschlichen Lebensgemeinschaften seinem Alter entsprechend in möglichst konfliktfreier und kooperativer Weise und ohne selbst Leid zu verursachen zusammenzuleben“. Die Alternative b) sieht im Umkehrschluss eine betroffene Lebensgemeinschaft als pathologisch an, wenn sie unbehandelt nicht dazu fähig ist, ihren Mitgliedern ein kooperatives, möglichst leid- und konfliktfreies Zusammenleben zu gewährleisten (Hucklenbroich 2008: 9, 10). Als Zusatzbedingungen gelten, dass alle fünf Kriterien nur für Vorgänge gelten, die „Merkmale des Organismus selbst und nicht seiner Umgebung sind“ und keine bewussten, intentionalen und gewollten Handlungen darstellen, sofern Wille und Handlungsfähigkeit sowie Erkenntnis- und Wahrnehmungsfähigkeit nicht selbst erkrankt sind. Des Weiteren muss es mindestens

einen bei der Betroffenen grundsätzlich möglichen alternativen, natürlich vorkommenden Lebensverlauf geben, bei dem der fragliche Prozess und seine Konsequenz wie Leiden oder Tod nicht auftreten, wobei dieser alternative Verlauf seinerseits nicht pathologischer Natur sein darf. Dabei werden nur solche alternativen Verläufe in diesen Vergleich einbezogen, die nicht durch intentionales, gezieltes menschliches Handeln zustande kommen können (Hucklenbroich 2008: 10). Die Krankheitskriterien eins bis vier decken neben den physischen auch einen Großteil der psychischen Erkrankungen ab (ebd.: 13). Beispiele für die oben genannten fünf Krankheitskriterien können erstens Vergiftungen mit starken Toxinen sowie die Zerstörung lebenswichtiger Organe sein. Unter den zweiten Aspekt fallen u. a. psychische Erkrankungen wie Depressionen, Phobien und Panikstörungen. Unter Kriterium Nummer drei versteht man beispielsweise Blindheit und Einnierigkeit (ebd.: 11), aber auch psychische Störungen, die die Handlungsfähigkeiten des Betroffenen einschränken, z. B. Demenzen oder Zwangsstörungen (ebd.: 13).

Das fünfte Kriterium hat der Autor als hypothetisches Krankheitskriterium selbst formuliert (ebd.: 14), um problematische, nicht eindeutige *psychische* Krankheitsbilder wie Persönlichkeits- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie Asperger-Autismus, deren Gemeinsamkeit in der sog. mangelnden sozialen Einpassung liegt, in eine Krankheitsnosologie inkludieren zu können (ebd.: 14, 15). Zu Kriterien, die unter den fünften Punkt fallen, bemerkt Hucklenbroich (2008: 15, 16), dass auch eine Lebensgemeinschaft von Menschen, z. B. Wohngemeinschaft, Arbeitsteam, Familie o. Ä. als solche pathologische Züge aufweisen und einen zuvor ‚psychisch gesunden‘ Menschen zu Reaktionen und Verhaltensweisen zwingen kann, die dann ihrerseits als nicht ‚normal‘ bzw. pathologisch imponieren. Das Verhalten und Erleben eines Menschen muss daher stets vor dem Hintergrund einer als ‚gesund‘ vorausgesetzten Lebensgemeinschaft analysiert werden. Dabei sollte beurteilt werden, ob der Betroffene auch in solch einer gesunden Gemeinschaft pathologisches Verhalten an den Tag legen würde oder ob sein Verhalten lediglich als Reaktion auf ein pathologisches soziales Umfeld aufzufassen ist.<sup>8</sup> Hucklenbroich (2008: 11) ergänzt, dass im Verlauf einer Erkrankung oftmals differente klinische und pathologisch-pathophysiologische Manifestationen auftreten, die unter verschiedene Krankheitskriterien fallen können. Heinz (2014: 138) argumentiert, dass klinisch zu bestimmende Erstrangsymptome psychischer Erkrankungen, sog. Leitsymptome, die „als Störung wesentlicher, für das Individuum notwendiger psychischer Funktionen verstanden werden“, für die Diagnostik entscheidend sind (ausführlich s. Kapitel 3.2.3.). Sie sind insofern relevant als sie durch medizinische Untersuchungsmethoden leicht identifiziert werden können und die Annahme plausibel erscheint, dass beispielsweise eine gestörte Auffassung einfacher sprach-

---

<sup>8</sup> In Kapitel 5.3.2. wird diese Problematik an Hand empirischer Fallbeispiele weiterverfolgt.

licher Kommunikation, eine Einschränkung der Wachheit bis zum Koma oder ein Verlust der zeitlichen bzw. räumlichen Orientierung das Überleben des Betroffenen gefährdet (Heinz 2014: 124). In diesem Zusammenhang kritisiert Schneider (zitiert nach Heinz 2014: 128), dass Leitsymptome schizophrener Erkrankungen wie die Einschätzung, ob die Patientin affektflach erscheint, entscheidend von der subjektiven Sicht des Untersuchers, seiner Persönlichkeit und Lebenserfahrung abhängt (ausführlich s. Kapitel 3.3.).

Eine bedeutende Signifikanz in der ohnehin kontrovers diskutierten Klassifikation psychischer Leidenszustände zeitigen psychische *Störungen*.<sup>9</sup> Schübel (2016: 45) konstatiert, dass die einzige, breit rezipierte Definition psychischer Störungen von der *American Psychiatric Association* stammt, die im Kontext des „international gültigen Klassifikationssystems ‚Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders‘ (in der fünften Version: ‚DSM-V‘)“ Anwendung findet und gleichzeitig bestimmte menschliche Verhaltensweisen als pathologisch ausschließt:

„A mental disorder is a syndrome characterized by clinically significant disturbance in an individual’s cognition, emotion regulation, or behavior that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning. Mental disorders are usually associated with significant distress in social, occupational, or other important activities. An expectable or culturally approved response to a common stressor or loss, such as the death of a loved one, is not a mental disorder. Socially deviant behavior (e. g. political, religious, or sexual) and conflicts that are primarily between the individual and society are not mental disorders unless the deviance or conflict results from a dysfunction in the individual“ (American Psychiatric Association 2013, zitiert nach Schübel 2016: 45).

Von Mering (1970, zitiert nach Estroff 1981: 209) argumentiert, dass Menschen mit psychischen Störungen sowohl mit den Symptomen als auch Konsequenzen von Krankheit in physischer, psychischer, medizinischer und sozialer Hinsicht leben müssen, d. h. psychische Störungen werden in der Praxis wie Psychopathologien gehandhabt.

Die Diversität und Komplexität der Definitionen spiegelt sich auch im Rekurs auf den Gesundheitsbegriff wider, wobei jeweils andere Schwerpunkte akzentuiert werden: Eine Definition der WHO lautet wie folgt: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“ (Schübel 2016: 39) Kritisiert wurde diese Definition auf Grund ihres utopischen Ziels (Schübel 2016: 43), das eine zunehmende Medikalisierung der Gesellschaft<sup>10</sup> zur Folge haben könnte, in der menschliche Eigenheiten zunehmend zu medizinischen Problemen umdefiniert würden (Schübel 2016: 40). In ihrer Definition *psychischer* Gesundheit führt die WHO (1950, zitiert nach Schübel 2016: 48) biologische sowie soziale Faktoren an und betont den prozesshaften, variationsreichen Charakter von Gesundheit. Im Fokus der Deskription

---

<sup>9</sup> Hucklenbroichs (2008) oben beschriebener Versuch, psychische Störungen in eine Krankheitsklassifikation zu inkludieren, wird in Kapitel 3.2.3. mit einem differenten Ansatz kontrastiert, den Heinz (2014) präsentiert.

<sup>10</sup> siehe Kapitel 2.4.

stehen funktionale Aspekte im Hinblick auf die Entfaltung der eigenen Potentiale, das menschliche Miteinander sowie die konstruktive Zügelung der eigenen Instinkte, wobei das Adjektiv *harmonious* mehrmals verwendet wird. In die WHO-Definition von 2001 (zitiert nach Schübel 2016: 48) wurde der Faktor des *well-being* inkludiert: Psychische Gesundheit konstituiert demnach die Grundlage für das Wohlergehen von Individuen und das effektive Funktionieren einer Gemeinschaft. Heinz (2014: 14) sieht die Flexibilität des Verhaltens, d. h. eine Pluralität individuell möglicher Verhaltensmanifestationen und -muster als Kriterium für psychische Gesundheit bzw. als Ressource an, die psychische Gesundheit erhalten kann, während Canguilhem (zitiert nach Heinz 2014: 53) Gesundheit als das *Schweigen der Organe* bezeichnet. Greifeld (2003: 20) akzentuiert das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger und psychischer Veränderungen bzw. Störungen, das Gesundheit charakterisiert, während Krankheit im eigentlichen Sinne das Vorhandensein subjektiv empfundener und/oder objektiv feststellbarer körperlicher, geistiger und/oder psychischer Störungen bzw. Transformationsprozesse darstellt. Zusammenfassend differenziert Franke (2006, zitiert nach Schübel 2016: 43) zwischen sechs verschiedenen Dimensionen in den multiplen Gesundheitsdefinitionen: Gesundheit als *Störungsfreiheit* umschreibt das Fehlen von Krankheit und ist somit eine Negativdefinition. Die Kriterien *Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung* hingegen sind als Positivdefinitionen Bestandteil aller funktionalistischen Definitionen von Gesundheit. Bei der *Flexibilität (Heterostase)* wird die Fähigkeit akzentuiert, aus einem Ruhezustand auf Krisen reagieren zu können. Das Stress- bzw. Salutogenesemodell<sup>11</sup> von Antonovsky wird hier als Vertreter angeführt. Vor allem in biologischen Modellen findet sich Gesundheit als *Anpassung*. Die Vorstellung von Gesundheit als *Gleichgewichtszustand (Homöostase)* von Körper und Geist stellt u. a. in asiatischen Gesundheitslehren und antiken Vorstellungen vom Gleichgewicht der Körpersäfte eine entscheidende Komponente dar.

Insgesamt betrachtet, kritisiert Hucklenbroich (2008: 6), dass keine der geläufigen Definitionen von Gesundheit und Krankheit eine brauchbare, gehaltvolle Charakterisierung dieser Termini beinhalten: „Diese Worterklärungen sind entweder *zirkulär* („Krankheit als Abwesenheit von Gesundheit“ und „Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit“), oder sie führen zum *Regress* (Hervorh. i. Orig.), indem sie Begriffe zur Definition heranziehen, die selbst genau so [sic] erklärungsbedürftig sind wie das Definiendum“. Exemplarisch führt er hier die

---

<sup>11</sup> Aaron Antonovsky entwickelte den Begriff als Komplementärkonzept zur Pathogenese bei der Frage nach Entstehung und Erhalt von Gesundheit (Lauterbach 2014: 20).

Bezeichnung von Krankheit als Abnormalität, Regelwidrigkeit oder Störung an.<sup>12</sup> Darüber hinaus kritisiert Hucklenbroich (2008: 6) weitere Definitionen bei genauerer Betrachtung als inhaltsleer, wie die Darstellung von Krankheit als Leben unter veränderten Bedingungen. Elaboriertere Versionen, in denen Krankheit mit einer Störung der Regulations- und Kompensationsfähigkeit des Organismus, Abweichung vom Gleichgewicht oder Disharmonie gleichgesetzt wird, weisen laut Hucklenbroich (2006: 6) ähnliche Mängel auf.

Ungeachtet der Schwierigkeiten, eine einheitliche, universelle Definition von Krankheit und Gesundheit zu eruieren, akzentuieren viele Beschreibungen den dialektischen Charakter der beiden Pole. Franke (2006, zitiert nach Schübel 2016: 44) unterscheidet drei Konzepte zum begrifflichen Verhältnis von Krankheit und Gesundheit: Im Rahmen der *dichotomen* Betrachtungsweise werden zwei distinkte Zustände, die einander ausschließen, kontrastiert. Anwendung findet diese Herangehensweise u. a. im Sozialrecht, in dem Betroffene entweder als krank oder gesund gelten. Im Zuge der *bipolaren* Herangehensweise herrscht dagegen ein durch Flexibilität und Fluidität geprägtes Kontinuum vor, auf dem das Individuum fortwährend zwischen den beiden Polen oszilliert. Canguilhem (zitiert nach Csordas 2015: 130) spricht in diesem Zusammenhang von einer durchgehenden Linie zwischen normal und pathologisch. Die *orthogonale* Konzeption geht davon aus, dass Gesundheit und Krankheit keine Gegensätze sind, sondern notwendige und gleichberechtigte Lebensäußerungen wie Tag und Nacht.

Nachdem die *medizinische* Perspektive auf physische und psychische Krankheiten bzw. Störungen erörtert, unterschiedliche Definitionsschwerpunkte von Gesundheit sowie der dialektische Charakter der beiden Pole aufgezeigt wurden, erfolgt in einem nächsten Schritt die Kontextualisierung der *sozialrechtlichen* Perspektive auf pathologische Phänomene und der *sozialwissenschaftlichen* Kritik an den postulierten psychischen Krankheitsbegriffen sowie ihrer fachmedizinischen Anwendung. Im Anschluss daran werden sozialkonstruktivistische Modelle mit medizinischen Ätiologien kontrastiert. Heinz (2014: 10) argumentiert, dass klar umrissene Grenzen des Krankheitsbegriffs den sozialen und politischen Missbrauch des Terminus einschränken können. Im Sozialrecht, Versicherungswesen und in der Arbeitswelt bezeichnet Krankheit einen sozialen Status, der mit bestimmten Rechten, Erwartungen, Privilegien, Pflichten und Ansprüchen verbunden ist (Hucklenbroich 2008: 5). Während im Fünften Buch

---

<sup>12</sup> Die Problematik lässt sich an Hand des außer Kraft getretenen Unterbringungsgesetzes Baden-Württembergs veranschaulichen. In der Fassung von 1991 werden psychisch Kranke als Personen bezeichnet, bei denen eine seelische oder geistige Krankheit, Behinderung oder Störung erheblichen Ausmaßes einschließlich einer psychischen oder physischen Abhängigkeit von Medikamenten oder Rauschmitteln vorliegt (NW3.de o. J.: 1).

des Sozialgesetzbuches (SGB V)<sup>13</sup> zwar die gesetzlich zugesicherte Versorgung im Krankheitsfall geregelt wird, findet sich keine Definition von Krankheit (Schübel 2016: 41). Sowohl Bundessozialgericht als auch Bundesgerichtshof „definieren Krankheit als (versicherungsrechtlichen) ‚Leistungsfall‘ bei Behandlungsbedürftigkeit aufgrund verlorener Leistungsfähigkeit.“ Krankheit korreliert v. a. für Sozialversicherungsträger mit dem Vorliegen einer ärztlichen Diagnose, wobei die konkreten medizinischen Gründe ihres Zustandekommens ausgeklammert werden (Schübel 2016: 42). Heinz (2014: 332) spricht in diesem Zusammenhang vom *Recht* der Betroffenen auf Krankheit und verweist dabei auf den Schutz, den der Krankenstatus mit sich bringt wie die Berechtigung, sich an die Krankenkasse zu wenden, um die Hilfe der Solidargemeinschaft für entsprechende therapeutische Maßnahmen wie eine psychotherapeutische und/oder psychopharmakologische Behandlung einzufordern (Heinz 2014: 334). Demgegenüber merkt die Betroffene Kundisch (2019: 32) an, dass eine Bekämpfung von Krankheiten schnell zu einer Bekämpfung der Kranken selbst umschlagen könne.<sup>14</sup> So könne die hilfreich gemeinte Bezeichnung ‚psychisch krank‘ zu einer weiteren Kränkung Betroffener führen, wenn damit ein eingeschränktes Menschenbild einhergehe (Kundisch 2019: 33). In ihrer Argumentation verweist Kundisch (2019: 33) auf Sondergesetze<sup>15</sup>, die auf dem psychischen Krankheitsbegriff basieren und polizeiliche sowie psychiatrische Zwangsmaßnahmen legitimieren können (s. Kapitel 5.3.3.). Der Psychiatriekritiker Thomas Szasz führt gegen die *grundsätzliche* Verwendung eines psychischen Krankheitsbegriffs die bereits in der somatischen Medizin unscharf formulierten, uneinheitlichen Kriterien an, die sich im Rahmen eines psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Definitionsversuches noch verschärfen (Heinz 2014: 12). Auch Rufer (2007: 408) spricht sich gegen die Verwendung von Krankheitsterminologien im psychiatrischen Kontext aus, da das subjektive Bedürftigkeitsempfinden der Betroffenen oftmals fehle, was dazu führen könne, dass sie gegen ihren Willen pathologisiert würden. Darüber hinaus bezieht er sich auf Paulitsch (2004, zitiert nach Rufer 2007: 408), nach dem eine Krankheit „erst dann [vorliegt], wenn Ursache, Symptomatik, Verlauf, Prognose und Therapie eines Störbildes bekannt und vereinheitlicht sind oder ein dies-

---

<sup>13</sup> Nach SGB V Krankenkassen-finanzierte Institutionen sind psychiatrische ambulante sowie (teil)stationäre Versorgungseinrichtungen (Rothenburg/Valentiner 2016: 14) sowie psychotherapeutische Behandlungen, während Einrichtungen nach SGB XII Teil der sog. Eingliederungshilfe sind und von den überörtlichen Sozialhilfeträgern finanziert werden. Dabei handelt es sich u. a. um Sozialpsychiatrische Dienste, Tageszentren und Werkstätten sowie Betreutes Wohnen (Oljaca/Walther 2016: 24).

<sup>14</sup> So werden psychische Krankheiten im WHO-Aktionsplan zur Bekämpfung von nicht ansteckenden Krankheiten als Hauptbedrohung für Gesundheit, Wirtschaft und Gesellschaft (Übersetzung S. T.) dargestellt (Dernbach 2019: 19).

<sup>15</sup> Dazu zählen die Unterbringungsgesetze der einzelnen Bundesländer, die oft als Psychisch-Krankengesetz (PsychKG) bezeichnet werden (Seibt 2018: 12).

bezügliches Konzept vorliegt.“ Auch Huber (zitiert nach Heinz 2014: 41) zufolge kann von psychischen Krankheiten nur dann gesprochen werden, wenn den psychischen Symptomen ein eindeutiger Organbefund zugeordnet werden kann. Da sich jedoch nur bei einer beschränkten Anzahl psychischer Erkrankungen wie Alzheimer-Demenz organische Befunde nachweisen lassen, stellt sich für ‚pathologische‘ Phänomene ohne richtungsweisende neurobiologische Korrelate daher umso dringlicher die Frage nach ihrer Definition und Diagnostik (Heinz 2014: 12). Um den problematischen Gebrauch von Bezeichnungen wie Erkrankung und Krankheit weitgehend zu vermeiden, sei Dilling et. al. (2005, zitiert nach Rufer 2007: 408) zufolge im ICD-10 der Begriff der Störung eingeführt worden, der in der gesamten psychiatrischen Klassifikation Verwendung findet. Rufer (2007: 408) schlussfolgert, dass diese Feststellung die Zuständigkeit der Medizin für die Behandlung von psychischen Störungen grundsätzlich in Frage stellt.

*Sozialkonstruktivistische* Sichtweisen auf die Termini der Krankheit und Gesundheit definieren sie als historisch kontingente Etiketten für Phänomene, die kulturspezifisch und zeitgebunden Anwendung finden (Schübel 2016: 36). Gesundheit und Krankheit werden dieser Argumentation folgend auf Grund ihrer Verwobenheit mit soziokulturellen Mustern und Lebensweisen sowie gesellschaftlichen Strukturen nicht als feste, medizinisch bestimmte Größen betrachtet (Schübel 2016: 36, 37). Der Aspekt der sozialen Konstruiertheit wird am Beispiel der *psychischen* Gesundheit und Krankheit besonders evident, da in psychiatrischen Lehrbüchern, „wenn überhaupt, sehr unterschiedliche (inkompatible?) Explikationen psychischer Krankheit nebeneinander angeboten“ werden (Schübel 2016: 45). Hucklenbroich (2008: 21) hingegen postuliert die Deskriptivität des medizinischen Krankheitsbegriffs, d. h. die Objektivität, die von soziokulturellen Werten und Normen unabhängig sei, wobei in Einzelfällen ein nicht vermeidbarer subjektiver Ermessensspielraum des Beurteilers toleriert werde. Greifeld (2003: 17) hält dagegen, dass die Biomedizin als Naturwissenschaft ebenfalls von kulturellen Setzungen durchzogen ist und ‚die‘ Krankheiten – im Gegensatz zu ihrem Anspruch – keine eindeutigen, objektivierten wissenschaftlichen Entitäten sind. Auch McKenzie und Shah (2015: 320) argumentieren, dass eine psychische Krankheit diagnostiziert wird, wenn idiosynkratische Gedanken, Verhaltensweisen oder Funktionen als anomal interpretiert werden. Die Angemessenheit einer Reaktion ist jedoch kulturell und sozial determiniert. Jervis (1978: 170) kritisiert, dass die Termini Heilung, Gesundheit, ‚Geistesstörung‘ und Normalität keine objektiven Tatsachen, sondern ein soziales Urteil darstellen. Parallel dazu verweist Gelhaus (2008: 44) auf Gesundheit als eine bestimmte, normative Art der Normalität und Krankheit als eine idiosynkratische Form der Abweichung von sozialer Normalität. Auch Duden (zitiert nach Greifeld 2003: 20) legt dar, dass Gesundheit einen normativen Begriff aus der

Entwicklung der Schulmedizin darstellt. „[D]er Unterschied liegt darin, was einerseits als pathologisch und damit anstößig und damit behandlungsbedürftig gesehen wird, und andererseits was als Beeinträchtigung erlebt wird, die sich jedoch ertragen läßt [sic].“

In einer Zusammenfassung akzentuieren sozialkonstruktivistische Modelle historisch-spezifische soziokulturelle Strukturen, Relationen und Prozesse, die Menschen psychisch krank werden lassen, während medizinische Theorien eine universelle und ahistorische Sichtweise vertreten, die ‚anomale‘ körperliche bzw. psychische individuelle Schädigungen, die Betroffene daran hindern, ‚normal‘ in ihrer Umwelt zu agieren, diagnostizieren, behandeln und heilen sollen (Schillmeier 2007: 284). Diese Modelle nehmen eine strikte Distinktion zwischen *Natur* und *Kultur* vor, um psychische Erkrankungen zu rahmen. Während sozialkonstruktivistische Modelle *gesellschaftliche Verhältnisse* als primäre Ursache für das ‚Psychisch-Krankwerden‘ geltend machen, sind für medizinisch-technowissenschaftliche Modelle *körperlich-individuelle* Ursachen und daraus resultierende Komplikationen für Betroffene als primäre, die Erkrankung konstituierende Effekte, von Bedeutung. Es findet jedoch eine wechselseitige Berücksichtigung statt, d. h. aus soziokultureller Perspektive wird die Bedeutung der individuellen Beeinträchtigung diskutiert, während das medizinische Modell versucht, soziale und kulturelle Dimensionen psychischer Erkrankung anzuerkennen und zu integrieren (Schillmeier 2007: 284, 285).

Ungeachtet der dargestellten divergierenden medizinischen, sozialrechtlichen und sozialwissenschaftlichen Herangehensweisen an psychische Leidenszustände lassen sich statistische Aussagen über die Zahl von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen treffen: Über einen Zeitraum von zwölf Monaten hinweg betrachtet, ist rund jeder vierte erwachsene Deutsche zumindest temporär von einer psychischen Krankheit betroffen (Feldwisch-Drentrup 2019: 1). Laut Karl Heinz Möhrmann, Vorsitzendem des *Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e. V.* (LApK), wird davon ausgegangen, dass jeder dritte Deutsche im Laufe seines Lebens mindestens einmal in den Bereich psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit fällt (Augsburger Allgemeine Zeitung 2008: 1). Zirka eine Million PatientInnen werden bundesweit jährlich behandelt. Pro 100.000 EinwohnerInnen stehen 29 PsychotherapeutInnen zur Verfügung (Droll 2019: 13). Weltweit leiden rund eine halbe Milliarde Menschen unter psychischen Erkrankungen, während in Deutschland 30 Prozent der 18- bis 65-jährigen von einer oder mehreren psychischen Krankheit betroffen sind (Andreae 2014: 40). Die Auswertung von zwei Dutzend internationalen Studien ergab, dass die Lebenserwartung Psychiatriebetroffener durchschnittlich um zehn Jahre reduziert ist (Feldwisch-Drentrup 2019: 1). Kleinman (1995: 12) beschreibt mögliche Risikofaktoren für psychische Probleme wie folgt:



„We now have in hand ... persuasive findings that mental health problems – suicide, substance abuse, violence, admission rates to mental health facilities, depression and certain other psychiatric disorders, family pathology – also worsen under conditions of social disorder, economic deprivation, unemployment, forced uprooting, and migration. (...) Certain social statuses (the poorest, the least powerful, the stigmatized, those experiencing systematic discrimination) place individuals at greater risk for human misery and its health consequences.”

Alkomiet Hasan, der Inhaber des neu eingerichteten Lehrstuhls für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Augsburg, befürchtet, dass psychische Krisen durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie massiv zunehmen werden, wobei bereits vor dem Ausbruch ein signifikanter Anstieg an psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen<sup>16</sup> verzeichnet wurde (Hungbaur 2020: 49). Auch die KKH Kaufmännische Krankenkasse in Baden-Württemberg registriert eine Zunahme depressionsbetroffener PatientInnen. Bei rund 31.000 KKH-Versicherten im Südwesten diagnostizierten Ärzte im Jahr 2018 eine depressive Episode, was einem Plus von knapp 52 Prozent im Vergleich zu 2008 ausmachte. Die Zahl der PatientInnen ist bundesweit um fast 40 Prozent auf rund 220.000 gestiegen. In Berlin und Baden-Württemberg leidet mittlerweile jeder siebte Einwohner an einer Depression, wobei der Anteil in keinem anderen Bundesland so hoch ist. Im Jahr 2018 verordneten ÄrztInnen jedem elften Versicherten im Südwesten ein Antidepressivum, was einem Plus von knapp 22 Prozent im Vergleich zu 2008 entsprach (Freiburger Wochenbericht 2020: 9).

Im Rahmen der sog. COH-FIT-Studie (*Collaborative Outcomes Study on Health and Functioning during Infection Times*) untersuchen rund 200 WissenschaftlerInnen aus über 40 Ländern, u. a. die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg, akute und längerfristige Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das physische und psychische Wohlbefinden, wobei die Erkenntnisse besonders betroffene Menschen durch Bewältigungsstrategien unterstützen sollen (Stadtkurier 2020: 2). Weitere Untersuchungen in Zusammenhang mit Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die psychische Gesundheit werden u. a. von der *Internationalen Arbeitsgemeinschaft Soteria* (IAS) durchgeführt: In einer nicht-repräsentativen Online-Befragung wurde unter Auswertung von 99 Datensätzen festgestellt, dass Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im Rahmen der Corona-Pandemie signifikant stärker psychosozial strapaziert waren als ‚psychisch Gesunde‘, die ihrerseits jedoch bereits eine überdurchschnittlich hohe Belastung aufwiesen. Die Beobachtungen trafen sowohl auf depressive und paranoide Symptome wie Misstrauen als auch auf unspezifische Beschwerden wie Schlafstörungen, Langeweile und Grübeln zu. Ein Anstieg der psychischen Belastung wurde mit zunehmender Dauer der Corona-Einschränkungen unter NutzerInnen psychiatri-

---

<sup>16</sup> Jährlich erkranken deutschlandweit ca. 5,3 Millionen Menschen an einer Depression (Schwankhart 2019: 3), während derzeit etwa 15 Prozent aller BundesbürgerInnen Schätzungen zufolge an einer Angststörung leiden (Stoll 2019: 17).

scher Hilfen verzeichnet (IAS 2020: 1). Verschiedene Empfehlungen und Maßnahmen wurden angestoßen, um eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes Psychiatriebetroffener zu verhindern bzw. die Befindlichkeit von als psychisch gesund geltenden Menschen zu stabilisieren. So kritisiert der Diplom-Psychologe Tobias Stächele den im Rahmen der Pandemieeindämmung verbreiteten Begriff des *Social Distancing* und spricht sich dagegen für die Bezeichnung *Physical Distancing* aus. Letzterer ermögliche die Einhaltung einer räumlichen Distanz bei gleichzeitigem Erhalt sozialer Nähe, die für den Menschen als Sozialwesen essentiell sei (Freiburger Wochenbericht 2020: 4). Die baden-württembergische Landesregierung richtete eine kostenlose Hotline für Menschen ein, die unter psychischen Beeinträchtigungen wie Schlafstörungen, Depressionen oder Existenzängsten durch die Corona-Pandemie leiden. Betreut wird sie ehrenamtlich von PsychotherapeutInnen und weiteren psychiatrischen Fachkräften (SWR.de 2020: 1). Im Zuge der absehbaren bundesweiten Sparmaßnahmen spricht sich die IAS gegen den Abbau von therapeutischen Angeboten aus und plädiert für die Aufrechterhaltung der gegenwärtigen Versorgungsstrukturen bzw. deren Ergänzung in Krisenzeiten durch Telefonie und Videofonie für Menschen mit psychiatrischer Diagnose (IAS 2020: 1).

In der Gesamtschau wurde gezeigt, dass keine einheitlichen, universell gültigen definitiven Festlegungen von Krankheit und Gesundheit existieren, wobei die Klassifikationen jeweils unterschiedliche Schwerpunkte akzentuieren und sowohl soziokulturell als auch epochal variieren. Medizinische Definitionen von Krankheit, die am Beispiel von Hucklenbroichs (2008) Darstellungen veranschaulicht wurden, unterscheiden sich von sozialrechtlichen und sozialwissenschaftlichen. Während erstere medizinisch-psychiatrische Interventionen rechtfertigen, weisen letztere den Betroffenen mit dem Krankheitsbegriff verbundene Leistungen und Privilegien zu bzw. betrachten Krankheit als soziales Urteil, normatives Etikett oder allgemeiner als ein auf soziokulturellen Vorstellungen und Werten basierendes Konstrukt. Im Gegensatz dazu betont die *American Psychiatric Association* (2013, zitiert nach Schübel 2016: 45) in ihrer Definition psychischer Störungen, dass non-konforme soziale Verhaltensweisen nicht psychopathologisiert werden. Die Diskrepanz zwischen sozialkonstruktivistischen Erklärungsmodellen, die soziokulturelle Unterdrückungsmodi akzentuieren und medizinischen Paradigmen, die individuelle psychische bzw. physische Anomalien fokussieren, konnte so aufgezeigt werden (Schillmeier 2007: 287, 288). Hucklenbroichs (2008) Vorschlag, den Krankheitsbegriff auf psychische Störungen auszudehnen, steht KritikerInnen gegenüber, die die Anwendbarkeit einer Krankheitsnosologie auf psychische Phänomene grundsätzlich in Frage stellen. Sie akzentuieren u. a. die Schwierigkeit, psychischen Leidenszuständen die für eine medizinische Diagnostik bzw. die Anwendung des Krankheitsbegriffes notwendigen

eindeutigen organischen Befunde bzw. neurobiologischen Korrelate nachzuweisen.<sup>17</sup> Weitere Unterschiede zu physischen Erkrankungen liegen in der rechtlichen Sonderstellung von psychisch Kranken, die durch Sondergesetze Zwangsmaßnahmen ausgesetzt sein können und einem verstärkten subjektiven Identifizieren mit der Erkrankung, da nicht nur einzelne Körperteile, sondern der gesamte Mensch betroffen ist. Gestiegene Fallzahlen psychiatrisierter Menschen werden verzeichnet, wobei sich dieser Trend durch die Corona-Pandemie fortsetzen könnte. Welche Rolle medizinisch-psychiatrische Definitionen von Krankheit im öffentlichen Meinungsbild spielen und welche Konsequenzen daraus im gesellschaftlichen Umgang mit Betroffenen resultieren können, wird im nächsten Kapitel eruiert.

## **2.2. Gesellschaftliche Wahrnehmung psychischer Erkrankungen**

Für die folgende Evaluierung des öffentlichen Diskurses über psychische Erkrankungen beziehe ich mich auf die Massenmedien in Print und Fernsehen. Crossley (2004, zitiert nach Lee 2013: 106) konstatiert: „Especially nowadays, [m]ental distress is pre-defined in [W]estern culture by the discourses of psychiatry, whose reach has extended beyond the realms of a professional clique into the domain of everyday discourse“. Auch Millet (2007: 35) akzentuiert den Einfluss psychiatrischer Fachdiskurse auf das private Miteinander, Bildungs- und Beschäftigungssysteme, öffentliche Hilfe, Fragen der Gesundheitsversorgung und das Wohlfahrtssystem. So interpretieren viele NutzerInnen psychiatrischer Hilfen ihre Symptome als pathologisch, defizitär oder ‚gestört‘. Dieses erworbene psychopathologisierende Deutungsmuster ist laut Beresford (2009: 47) in öffentlichen, politischen, medialen, kulturellen und therapeutischen Kontexten omnipräsent. Politik und öffentliche Meinung bewerten psychische Belastungszustände in signifikanter Weise als individualisierte Pathologie. Dieses Paradigma wird verstärkt durch zunehmende Ängste vor der potentiellen Gefährlichkeit von Menschen mit psychiatrischer Diagnose und einem Wiederaufleben des epistemologischen Interesses für biologische, physiologische und chemische Ursachen psychischer Krankheit (Beresford 2009: 48). Rufer (2007: 400) beobachtet in diesem Zusammenhang eine wissenschaftliche Dominanz der Neurobiologie mit staatlichen und industriellen Investitionen von Milliarden Euro, während die Massenmedien neurobiologische Erkenntnisse als bahnbrechende Erfolge apostrophieren. Rufer (2007: 400) schlussfolgert: „Die Hirnforschung, *die* (Hervorh. i. Orig.) ‚Jahrhundertwissenschaft‘, ist dabei, sich zur neuen Gesellschaftslehre aufzuschwingen. Eine neue Mythologie ist entstanden – die Neuromythologie“. Das biomedizinische Axiom, dass die Balance der Neurotransmitter im Gehirn über psychische Gesundheit bzw.

---

<sup>17</sup> siehe Kapitel 3.3.1.

Krankheit entscheidet, hat Zugang in das öffentliche Denken gefunden, wobei die Tatsache, dass es sich bei dieser Theorie der Hirnstoffwechselstörung um eine unbewiesene Hypothese handelt, oftmals nicht mitgedacht wird. „So ist das ‚Wissen‘, dass psychische Probleme mit Psychopharmaka behandelt werden müssen, Allgemeingut geworden.“ (Rufer 2007: 401) Zudem findet im öffentlichen Diskurs eine Verinnerlichung von auf psychiatrischen Nosologien basierenden disease-Zuschreibungen statt: So ist die neurobiologisch geprägte psychiatrische Betrachtungsweise laut Rufer (2007: 407) medial vermittelt zu einer Selbstverständlichkeit geworden. Aus psychiatrischen Krankheitsnosologien übernommene Schlagworte wie Depression, Manie und Schizophrenie sind aus dem kollektiven Wortschatz der Allgemeinbevölkerung nicht mehr wegzudenken. Der dominante psychiatrische Diskurs wird in diesem Zusammenhang nicht mehr hinterfragt, sondern als gegeben betrachtet (Rufer 2007: 415). Auch Armes (2009: 143, 144) akzentuiert die mächtige institutionelle Position der Psychiatrie, da sie die Wissensproduktion über psychische Gesundheit kontrolliert, die wiederum dominante Diskurse über psychische Gesundheit schafft und perpetuiert. Letztere äußern sich in einer normativen Wertung von NutzerInnen psychiatrischer Einrichtungen an Hand polarer Oppositionen wie gesund/krank, normal/anomal, zurechnungsfähig/wahnsinnig, selbstkontrolliert/gefährlich oder rational/irrational, die eine Reduzierung der ohnehin eingeschränkten Handlungsmacht (*Agency*) Betroffener bewirkt.

Ferner argumentiert Armes (2009: 143), dass die öffentliche Meinung von Themen abhängt, die ihr aus dem dominanten Diskurs über psychische Gesundheit vertraut sind und medial transportiert werden. Solche Themen beinhalten u. a. Gefährlichkeit, gewalttätige Übergriffe bis hin zu Totschlag, Irrationalität, öffentliche Ärgernisse, Belastungen des Wohlfahrtsstaates, Bösartigkeit und Simulieren. Laut Armes (2009: 148, 149) stigmatisieren Elemente der Massenmedien psychische Gesundheitsprobleme, um Ängste und konformes Verhalten zu bewirken. Das vermeintliche Chaos und die Not im Leben von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen sollen daher als eine Art Moralstück für die lokale Bevölkerung dienen und sie vor den Gefahren warnen, die ihnen drohen, wenn sie Erwachsenenverantwortungen wie eine Karriere ablehnen. Demke (2019: 6) zufolge zeichnen JournalistInnen – ebenso wie FachärztInnen für psychische Erkrankungen – oftmals ein „Schreckensbild der krankheitsbedingt gewalttätigen Patient\*innen, die zum eigenen und allgemeinen Wohl vor sich selbst geschützt werden müssen“. Reißerische Schlagzeilen wie *Irrer Raser flieht aus Psycho-Knast* werden medial verbreitet und Berichte von entflohenen PatientInnen aus psychiatrischen Einrichtungen wie dem *Zentrum für Psychiatrie Emmendingen* lanciert, wobei der Zusatz, dass die meisten Entwichenen harmlos seien, nicht immer für Beruhigung der lokalen Bevölkerung sorgt (Müller 2018 (1): 1). So reagieren viele Emmendinger EinwohnerInnen mit Angst, wenn ein Hub-

schrauber über der Stadt kreist, weil sie der Annahme sind, dass ein Psychiatriepatient aus der Einrichtung geflohen ist. Dabei handelt es sich laut Müller (2018 (2): 1) bei diesen Einsätzen meistens um die Suche nach vermissten Privatpersonen. Die Betroffene Dernbach (2019: 13) vom *Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.* wandte sich mit einer Beschwerde an den *Deutschen Presserat*, da sie in einem Artikel aus der *Welt am Sonntag* vom Juni 2019 eine stigmatisierende Berichterstattung ausmachte. Die Rhetorik in besagtem Artikel entwerfe gezielt das Bild einer drohenden Gefahr, was durch Schlagworte wie *Gefahren durch psychisch kranke Täter*, *Sicherheitsrisiko* oder *Studien zum Thema, die alarmierend sind* untermauert werde. Darüber hinaus stellte Dernbach (2019: 13) fest, dass die Worte *Patienten* bzw. *psychisch Kranke* im Artikel elfmal in Kombination mit *Gewalttäter*, *gefährlich* und *Gewalt* und nur viermal ohne solche angstauslösenden Zusätze verwendet wurden.

Insgesamt betrachtet, findet eine psychiatrische Diagnose in massenmedialen Berichterstattungen hauptsächlich in Zusammenhang mit negativen Verhaltensauffälligkeiten Betroffener Erwähnung. Als prägnantes Beispiel kann der sogenannte ‚Gleisschubser-Prozess‘ angeführt werden, in dem ein Mann mit schizophrener Vorerkrankung während eines psychotischen Schubes einen Herrn in Düsseldorf-Unterrath auf die Gleise der S-Bahn gestoßen hatte<sup>18</sup>: „Zig Zechprellereien (...), geschnorrte Taxifahrten ins Bordell, Diebstahl, Betrug, Exhibitionismus, Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte, eine Würgeattacke auf einen Mithäftling und ein Angriff mit dem PKW auf das Auto eines anderen Mannes“ werden mit der schizophrenen Erkrankung des Betroffenen in Verbindung gebracht (Peters 2019: 1). Es besteht die Gefahr, dass RezipientInnen solcher Presseerzeugnisse, die ansonsten keine Berührungspunkte mit Psychiatriebetroffenen haben, auf Grund einer eindimensionalen, stereotypisierenden Berichterstattung aus Angst für mehr Schutz vor NutzerInnen psychiatrischer Hilfen plädieren, der sich in einer Verschärfung der länderspezifischen Unterbringungsgesetze und weiterer exkludierender Praktiken manifestieren könnte (Anm. S. T.). Der Psychiater Asmus Finzen (2013: 86) bemerkt, dass die Psychiatrie es über Jahrhunderte als sinnvoll und angemessen erachtet habe, Menschen mit psychischen Erkrankungen hinter hohen Mauern in geschlossenen Anstalten zu behandeln<sup>19</sup> und somit dazu beigetragen habe, das stereotype Bild vom gefährlichen und unberechenbaren Kranken zu transportieren, das sich in der öffentlichen Meinung und in Ängsten der Bevölkerung manifestiere.

Eine weitere Problematik macht Finzen (2013: 86) in der vorschnellen Zuschreibung stigmatisierender Etiketten (*labels*) aus: Im Zuge eines abstoßenden Verbrechens oder einer nicht

---

<sup>18</sup> In einem anderen Zeitungsartikel wird von einem Patienten berichtet, der im ZfP Emmendingen mit einer Schreckschusspistole auf mehrere Pfleger schoss (Sommer 2020: 6).

<sup>19</sup> siehe Kapitel 2.3.

nachvollziehbaren Gewalttat „konfrontiert uns die Boulevardpresse unweigerlich mit Schlagzeilen wie ‚Irrer Mörder‘ [oder] ‚Gemeingefährliche Geistesranke‘“ (Finzen 2013: 86). Dabei stellt sich oftmals heraus, dass die unverständlichen Handlungen nicht von psychisch Kranken begangen wurden, sondern von Menschen in krisenhaften Zuspitzungszuständen. Die deutsche epidemiologische Studie von Heinz Häfner und Wolfgang Böker über die *Gewalttaten Geistesgestörter* aus dem Jahre 1973 offenbarte, dass psychisch Kranke nicht seltener, jedoch auch nicht häufiger als die Durchschnittsbevölkerung gewalttätig waren; lediglich Psychosekranken lagen leicht über dem Durchschnitt.<sup>20</sup> Die Ergebnisse der Analyse wurden in den darauf folgenden Jahrzehnten durch internationale Studien bestätigt. Trotzdem ist das Stereotyp vom ‚geisteskranken Gewaltverbrecher‘ in der öffentlichen Meinung ubiquitär (Finzen 2013: 86, 87) und kann dazu beitragen, psychisch Kranke als gemeingefährliche Andere zu essentialisieren (*othering*, Anm. S. T.).

Den Kontext von Gewalttätigkeiten und anderen negativen Verhaltensauffälligkeiten verlassend, findet eine Ausdifferenzierung der homogenisierenden Kategorie ‚psychisch krank‘ derzeit allenfalls im Sinne des beobachteten markanten rezenten gesellschaftlichen Interesses an Autismus-Spektrum-Störungen statt, die provokant als *In-Krankheit*<sup>21</sup> bezeichnet werden kann. So findet sich im deutschen Fernsehprogramm die US-amerikanische Arztserie *The Good Doctor* (Stand: März bis Oktober 2019) mit dem Hauptprotagonisten Dr. Murphy, der als Autist über eine Inselbegabung verfügt, die ihm bei der Diagnose von Krankheiten zugute kommt. Darüber hinaus zeigte das ZDF ab dem 18.8.19 die Spielfilmreihe *Ella Schön* um eine Betroffene mit Asperger-Syndrom mit der beliebten deutschen Schauspielerin Annette Frier in der Hauptrolle.<sup>22</sup> Während die Gefahr einer überzeichneten, stereotypisierenden Darstellung von Menschen mit autistischen Syndromen besteht, die zu der Schlussfolgerung führen

---

<sup>20</sup> In den ersten sechs Monaten nach einem Klinikaufenthalt ist das Gewaltisiko erhöht. Die Autoren der Studie schlussfolgern, „dass ‚nicht die Geisteskrankheit selbst, sondern sekundäre Prozesse für das Begehen der Gewalttaten oder die Erhöhung des Gewalttrisikos ausschlaggebend sind‘.“ (Finzen 2013: 87) In diesem Zusammenhang akzentuiert Finzen (2013: 87) die Notwendigkeit einer kompetenten ambulanten Nachbetreuung, da Entlassene in dieser Risikophase häufig erhöhten Anforderungen des sozialen und beruflichen Umfeldes ausgesetzt sind. So sind meistens Beziehungspartner Opfer psychisch kranker Täter.

<sup>21</sup> In Anlehnung an Hucklenbroich (2008: 14, 15) verwende ich hier den Krankheitsbegriff. Die Problematik einer universalen medizinisch-psychiatrischen Klassifikation wurde im vorigen Kapitel ausführlich erörtert.

Unter einer ‚In-Krankheit‘ verstehe ich eine im öffentlichen Diskurs sowie in wissenschaftlichen Fachkreisen breit rezipierte Krankheitsform, der im Rahmen des gesellschaftlichen Zeitgeistes besondere Aufmerksamkeit zuteil wird und die zumeist mit positiven, vorteilhaften Attributen verknüpft wird.

<sup>22</sup> Weitere Beispiele für Protagonisten mit Zügen autistischer Störungen finden sich u. a. in der Sitcom *The Big Bang Theory* sowie in der deutschen Fernsehserie *Tonis Welt*. Daneben bestehen Filmproduktionen mit BetroffenenendarstellerInnen wie im französischen Film *Alles außer gewöhnlich* (Rackow-Freitag 2020: 49).

könnte, dass alle Betroffenen über Inselbegabungen oder andere außergewöhnliche kognitive Fähigkeiten verfügen, birgt die Sichtbarmachung andererseits das Potential für einen offeneren Umgang mit Betroffenen und deren Lebenswelten (Rackow-Freitag 2020: 49). Demgegenüber werden andere psychische Erkrankungen wie schizophrene Psychosen weitaus kritischer rezipiert. Dazu bemerkt Finzen (2013: 96): „Es müsste doch beispielsweise möglich sein, eine psychosekranke Figur mit positivem Image in einer Vorabendserie zu platzieren.“ Doch etwaige Versuche wie in den *Aubergers*, einer bayerischen Familienserie oder *Hagedorns Tochter*, einer Serie über eine Hamburger Kaufmannsfamilie, schlugen fehl. Bezeichnenderweise suizidierten sich die entsprechenden Figuren in beiden Fernsehserien (Finzen 2013: 96). Auch das fachmedizinische Erkenntnisinteresse an Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) verzeichnet Zuwächse. So initiierten die Humboldt-Universität Berlin und das Universitätsklinikum Freiburg die weltweit größte Studie zur Erforschung zielgerichteter Psychotherapie für Erwachsene mit ASS, die an sechs Standorten (u. a. Freiburg) durchgeführt wird (Freiburger Wochenbericht 2021: 6). Insgesamt betrachtet, scheint zumindest auf PsychiatriepatientInnen mit ASS bezogen ein öffentlich-gesellschaftliches Umdenken stattzufinden, im Zuge dessen Betroffenen besondere Fähigkeiten bzw. Begabungen konzidiert werden, die es beispielsweise in der Berufswelt zu nutzen gilt. So widmete die VHS in Freiburg diesem Thema die Vortragsreihe *Berufswahl und Autismus – Wie finden Menschen mit Autismus den richtigen Beruf, Kommunikation im Beruf für Menschen mit Autismus sowie Besonderheiten von Menschen mit Autismus – Für ein gutes Miteinander im Berufsalltag* (Volkshochschule Freiburg 2019: 41). Es wäre wünschenswert, solche individuellen Vorzüge und Potentiale auch bei Menschen mit anderweitigen psychiatrischen Diagnosen im selben Maße aufdecken und gesellschaftlich fördern zu wollen. Der Betroffenenautor Haig (2016: 197, 198) führt in diesem Zusammenhang aus, dass historische Persönlichkeiten wie Winston Churchill, Abraham Lincoln, Wolfgang Amadeus Mozart oder Isaac Newton unter Depressionen litten und argumentiert, dass Sigmund Freuds Verdienste um die Erforschung der menschlichen Psyche größtenteils auf der Analyse seiner eigenen Depression und der für ihn relevanten Lösungsansätze beruhte (Haig 2016: 207). Solche Hintergründe dürften den wenigsten Menschen bekannt sein, da, wie bereits thematisiert wurde, mediale Berichterstattungen das Vorhandensein einer psychiatrischen Diagnose hauptsächlich dann aufgreifen, wenn der Träger *negativ* in Erscheinung getreten ist, während eine psychische Erkrankung im öffentlichen Diskurs selten in Zusammenhang mit einem Erfolg des Betroffenen Erwähnung findet (Haig 2016: 209).

Um Stigmatisierungsprozessen entgegenzuwirken, Positivbeispiele von beruflichem Erfolg trotz bzw. mit einer psychischen Erkrankung aufzuzeigen und Betroffene zu ermutigen, medizinisch-professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, treten im deutschen Profisport jedoch

immer mehr Eishockeyspieler mit einer psychiatrischen Diagnose an die Öffentlichkeit (Bauer 2020: 50) wie der ehemalige deutsche Nationalspieler Constantin Braun von den Eisbären Berlin, der wegen Depressionen in den Jahren 2013 und 2017 pausieren musste. Er zog den Vergleich mit einer physischen Erkrankung: „Bei einem gebrochenen Fuß musst du zwar auch alles tun, um die Heilung zu unterstützen, aber gegen depressive Einflüsse bist du machtlos.“ Einen Rückfall in der Vorbereitungsphase auf die Saison 2018/19 (Hönel/Lachmann 2019: 21) sowie das erfolgreiche Comeback zu Neujahr 2019 (Hönel 2019: 27) konnten betroffene und nicht-psychiatrisierte Eishockeyinteressierte in den Medien verfolgen. Ein anderer Eishockeyprofi, der Freiburger EHC-Torhüter Ben Meisner, offenbarte auf der US-amerikanischen Internetplattform *The Player's Tribune*<sup>23</sup> seine Depressionen sowie Suizidgedanken und beleuchtete dabei die hohen Anforderungen des Profisports und der Leistungsgesellschaft im Allgemeinen (Bayer 2018: 6). Meisner, der in der Saison 2019/2020 zum Torhüter des Jahres in der DEL 2 gewählt wurde (Kästle 2020: 34), möchte mit seinem Outing eine Vorbildfunktion einnehmen: „Ich will den leidenden Menschen damit zeigen, dass sie nicht alleine mit ihren Problemen sind. Wenn ich es geschafft habe, mein Leben wieder in den Griff zu bekommen (...), dann schaffen das andere auch.“ (Bayer 2018: 7) Er bezeichnet sich als *Mental Health Advocat* (Kutkat 2020: 4) und fungierte am Welttag der Suizidprävention als Botschafter (Eishockey News 2019: 4). Um das Bewusstsein für psychische Probleme zu stärken, beteiligte sich die nordamerikanische National Hockey League, die als beste Eishockeyliga der Welt gilt, am Initiativtag #BellLetsTalk, der sich 2021 zum elften Mal jährte (Poland 2021: 47). Aktive und ehemalige NHL-Spieler posten in den sozialen Netzwerken verschiedene Beiträge zu der Thematik, um Betroffenen Mut zuzusprechen und Hilfe zu mobilisieren (Poland 2019: 51). Darüber hinaus bestehen bereits seit 2013 die *Hockey Talks*-Abende, die Betroffene dazu ermutigen sollen, ihre psychischen Probleme zu kommunizieren und Informationen über fachärztliche Behandlungsmöglichkeiten zu verbreiten (Bauer 2020: 50). Obwohl in Deutschland pro Jahr mehr Menschen durch Suizid sterben als durch Verkehrsunfälle, Mord, HIV und Drogen zusammen (Eishockey News 2019: 4), werden Fälle psychischer Erkrankungen im deutschen Profisport in den seltensten Fällen publik (Bayer 2018: 7). Das wohl prominenteste Beispiel für ein posthumes Outing im deutschen Leistungssport ist der ehemalige Fußball-Nationaltorwart Robert Enke, der sich am 10. November 2009 das Leben nahm, nachdem er seine Depressionen vor der Öffentlichkeit verheimlicht hatte.

---

<sup>23</sup> Eine weitere Offenlegung seiner psychischen Probleme (in diesem Falle: Zwangsstörungen) betrieb der ehemalige NHL-Stürmer Colin Wilson in *The Player's Tribune* unter der Überschrift *Things you Can't See*. Der mittlerweile in fachärztlicher Behandlung befindliche 31-Jährige geht davon aus, dass seine Krankheit wahrscheinlich sogar einen Teil zu seiner erfolgreichen NHL-Karriere beigetragen habe, ohne weiter ins Detail zu gehen (Meyer 2020: 15).



Eine von der Witwe Teresa Enke gegründete Stiftung soll in öffentlichen Einrichtungen wie Schulen und Universitäten zum Thema Depression als psychische Krankheit Informations- und Aufklärungsarbeit leisten (Rütten 2019: o. S.). So soll das Postulat transportiert werden, dass Depressionen eine körperliche Fehlfunktion in Form einer klinisch-medikamentös zu behandelnden Gehirnerkrankung sind. Die *Stiftung Deutsche Depressionshilfe* in Leipzig führte nach Robert Enkes Suizid eine Studie durch, die ergab, dass sich die Einstellung der Befragten zu Depressionen zumindest kurzfristig geändert hatte: So halbierte sich die Rate der Menschen, die Depression als ein Zeichen persönlicher Schwäche ansahen, nahezu (Rütten 2019: o. S.).<sup>24</sup> Serrano (2016: 7) beobachtet in den letzten 15 Jahren zudem eine Zunahme des Outings von PsychiatricpatientInnen, die als Referenten auf Tagungen oder im Fernsehen auf gesellschaftliche Stigmatisierung sowie die Angst vieler Betroffener, diskriminiert und marginalisiert zu werden, aufmerksam machen wollen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die massenmediale Darstellung von Menschen mit psychischen Problemen zumeist negativ konnotiert ist. So findet das Vorhandensein einer psychiatrischen Diagnose bzw. die Rhetorik von ‚Geisteskrankheit‘ häufig in Zusammenhang mit (unerklärlichen) Gewaltverbrechen Erwähnung, während sie im Kontext individueller Erfolge und außergewöhnlicher Leistungen oftmals verschwiegen wird. Privatpersonen und Menschen des öffentlichen Lebens wie Profisportler outen sich jedoch zunehmend, um Stigmatisierungsprozessen entgegenzuwirken. Insbesondere gegenüber Betroffenen mit schizophrener Psychose, deren Gefährlichkeit in einer Studie kontextualisiert werden konnte, existieren gesellschaftliche Vorbehalte, während in Bezug auf die *In-Krankheit* Autismus ein Umdenken in der öffentlichen Meinung stattzufinden scheint, das sich in einer stärkeren, weitgehend positiven medialen Präsenz, zunehmender wissenschaftlicher Erforschung sowie vermehrten Angeboten in öffentlichen Bildungseinrichtungen manifestiert. Zudem wurde erörtert, dass die gesellschaftliche Wahrnehmung von Menschen mit psychischen Problemen in bezeichnender Weise von dem prävalenten psychiatrischen Paradigma der krankhaften Hirnstoffwechselstörung geprägt ist, das mit (Zwangs-)Hospitalisierung und psychopharmakologischer Medikalisierung einhergeht. Aus dem medizinisch-psychiatrischen Fachdiskurs übernommene *disease*-Zuschreibungen wie Schizophrenie oder Depressionen sowie darauf aufbauende Erklärungs- und Handlungsmuster sind in der öffentlichen Meinung omnipräsent, was u. a. am Beispiel des Profisports gezeigt wurde, in dem Betroffene, ligaweite Kampagnen wie in der NHL oder Stiftungen die pathologisierende Rhetorik der psychischen *Krankheit* als körperlichen Defektzustand übernehmen und dazu aufrufen, schulmedizinisch-psychiatrische

---

<sup>24</sup> Während sie vor Enkes Tod bei 40 Prozent lag, waren es danach nur noch 20 Prozent (Rütten 2019: o. S.).

Hilfe zur Behandlung psychischer Leiden in Anspruch zu nehmen – und die Beschwerden nicht etwa im familiären Umfeld oder durch Anwendung alternativer Therapiemethoden wie Akupunktur, Homöopathie, Schamanismus o. Ä. auszukurieren. Wie sich die deutsche Psychiatrie als entscheidende Institution mit dem Anspruch der Deutungshoheit über psychische Leiden etablieren konnte, soll im nächsten Kapitel eruiert werden. Im Anschluss daran wird der Frage nachgegangen, inwieweit das faktische psychiatrische Behandlungsmonopol auf psychische Leiden gesellschaftliche Medikalisationstendenzen bedingt und welche Rolle die Pharmaindustrie in diesem Prozess einnimmt.

### **2.3. Psychiatrie in Deutschland – ein historischer Abriss**

Im Folgenden werde ich die historische Entwicklung der deutschen Psychiatrie ausführlich nachzeichnen, um die Relativität und Konstruiertheit von Krankheit, Diagnosen etc. aufzuzeigen. Das umfangreiche Eingehen auf die Historizität der psychiatrischen Institution soll die Kontextualisierung und interpretative Einordnung des empirischen Materials ab Kapitel 5 ermöglichen. Ein Darstellungsschwerpunkt wird auf der seit Jahrhunderten praktizierten Separierung psychisch Kranker in speziellen Einrichtungen sowie auf der Implementierung der akademischen Disziplin unter dem Fokus einer biomedizinischen Ausrichtung liegen, die bis dato Bestand hat.

Wie bereits dargelegt wurde, übt die Psychiatrie als pathologische Psychologie medizinische Autorität über psychische Krisen aus (Jervis 1978: 60). Seit über zweihundert Jahren sind veränderte Persönlichkeitszustände Gegenstandsbereich der *Psychiaterie*, so „die ursprüngliche Begriffsprägung durch Johann Christian Reil in seinem Aufsatz ‚Ueber den Begriff der Medicin und ihre Verzweigungen, besonders in Beziehung auf die Berichtigung der Topik der Psychiaterie‘ von 1808.“ (Wolters/Beyer et. al. 2013: 9) Roelcke (2013: 114) zufolge entwickelte sich die Psychiatrie aus einem durch philanthropische Aspekte und staatliche Ordnungsinteressen geprägten Arbeitsfeld, aus dem die ersten Pflege- und Nervenheilstätten erwachsen, in Richtung „einer universitär basierten medizinischen Disziplin mit eigenen Lehrstühlen, Universitätskliniken sowie Fachzeitschriften.“ Die angesprochene Doppelfunktion der Psychiatrie, Menschen mit psychischen Problemen medizinisch zu unterstützen, andererseits durch ihre Ordnungsfunktion jedoch auch soziale Kontrolle auszuüben, existiert bis heute. In staatlich sanktionierten Eingriffen übt sie Zwang und Gewalt aus und ergänzt so polizeiliche Maßnahmen (Rufer 2007: 406). Finzen (zitiert nach Rufer 2007: 406) gibt zu bedenken, dass die einzigen Menschen, denen in rechtsstaatlichen Demokratien die Freiheit entzogen werden darf, *ohne* dass sie eine Straftat begangen haben, psychisch Kranke sind.

Dabei werden Sanktionen als Maßnahmen der Hilfe und Menschlichkeit legitimiert<sup>25</sup> (Rufer 2007: 407).

Im Folgenden soll die historische Entwicklung der Psychiatrie zu einer medizinwissenschaftlichen Institution in chronologischer Reihenfolge nachgezeichnet werden: Von der Antike bis in das Zeitalter der Aufklärung waren Reflexionen über die Körper-Seele-Geist-Problematik Teil der Philosophie (Lohff 2013: 331). Im Mittelalter wurden psychisch Kranke zusammen mit anderen Insassen wie Pilgern, Waisen, alten Menschen oder organisch Kranken in Klöstern angeschlossenen Hospitälern verwahrt, wobei sich ihre Behandlung in diesen kirchlichen Institutionen nicht wesentlich von der anderer Insassen unterschied (Blasius 1994: 16). Im 17. Jahrhundert wurden Arbeitslose, Sträflinge, Arme und sog. ‚Irre‘ in großen Internierungseinrichtungen untergebracht (Foucault 1973: 71), die im Zuge der staatlichen Übernahme der Sozialkontrolle als Zucht- und Arbeitshäuser fungierten (Blasius 1994: 16). Der Staat sah sich dabei „mit der Notwendigkeit konfrontiert, einige schwer unterscheidbare Personengruppen zu *verwalten*, die zwar nicht direkt als Verbrecher eingestuft werden konnten, aber doch den sozialen Frieden und die Stabilität der bestehenden Ordnung bedrohten (Hervorh. i. Orig.).“ (Jervis 1978: 47) Im 17. und 18. Jahrhundert waren Hospitalisierung und Internierung von der Medizin entkoppelt. Die Aufgabe der Internierungshäuser lag in Zucht und Bestrafung, während außerhalb der Einrichtungen Behandlungsmethoden für psychische Krisen entwickelt wurden (Foucault 1973: 308). Der Fokus lag auf Erziehung und Arbeit als dem wichtigsten institutionellen Erziehungsmittel (Blasius 1994: 16). Ein Zuchthausarzt beschrieb die bewusste Ausgrenzung psychisch Auffälliger 1804 wie folgt: „Wahn- und Tiefsinnige müssen (...) ‚aus der Gesellschaft der Vernünftigen ausgehoben und in dazu bestimmten Anstalten untergebracht werden.“ So erfolgte die Isolierung ‚Irrer‘ im 18. Jahrhundert nicht aus medizinischen oder humanitären, sondern politischen Beweggründen (Foucault 1973: 410).<sup>26</sup> Foucault<sup>27</sup> (1973: 71) konstatiert: „Seit der Mitte des siebzehnten Jahrhunderts ist der Wahnsinn an dieses Gebiet der Internierung und an die Geste, die ihm dieses Gefängnis als seine natürliche Bleibe zuwies, gebunden.“ In Deutschland entstand das erste Zuchthaus gegen 1620 in Hamburg (Foucault 1973: 85), wobei jedes Internierungshaus auf eine bestimmte Tätigkeit

---

<sup>25</sup> Diese Thematik wird ausführlich in Kapitel 5.3.3. behandelt.

<sup>26</sup> Foucault (1973: 412) kritisiert, dass die meisten ‚Wahnsinnigen‘, die in den Arbeitshäusern eingeschlossen wurden, erst infolge der schlechten Behandlung, Einsamkeit o. Ä. psychische Auffälligkeiten entwickelten.

<sup>27</sup> Foucault argumentiert, dass die Psychiatrie über drei Jahrhunderte einen Monolog der Vernunft über den Wahnsinn gehalten hat, der die Stimmen derjenigen hat verstummen lassen, die als wahnsinnig tituliert wurden, indem sie im rationalen Zeitgeist der Aufklärung für unvernünftig erklärt wurden (Rose 2009: 38). Laut Rose (2009: 42) gründete das Denken der Aufklärung auf polaren Oppositionen wie rational/irrational, Vernunft/Unvernunft, Kultur/Natur usw.

spezialisiert war (ebd.: 86). Die Arbeit hatte neben ökonomischen und moralischen Funktionen einen repressiven Charakter (Foucault 1973: 92, 93).

Ende des 18. Jahrhunderts gerieten die Mischformen des Anstaltswesens zunehmend in Kritik (Blasius 1994: 17). Eine mangelnde Differenzierung in Armen-, Zucht- und Irrenhäuser sowie die Unterbringung psychisch Kranker zusammen mit Straftätern wurde angeprangert. Im frühen 19. Jahrhundert zerfiel das Zucht- bzw. Tollhaus<sup>28</sup> (Blasius 1994: 18) und es erfolgte eine Ausdifferenzierung, während die alten Internierungspraktiken beibehalten wurden (Foucault 1973: 71). Foucault (1973: 397) spricht in diesem Zusammenhang von einer neuen Ausschließung im Inneren der alten. Psychische Krankheiten wurden als Sonderfall von körperlichen Pathologien anerkannt und sog. ‚Irrenärzte‘ übernahmen die Behandlung Betroffener in sog. ‚Irren-Heil-Anstalten‘ (Blasius 1994: 23) unter dem Gesichtspunkt einer als therapierbar eingestuften Krankheit (Blasius 1994: 16), wobei die Distinktion zwischen Krankheit und Schuld weitgehend unvollständig blieb, da objektive Krankheitskriterien fehlten (Jervis 1978: 48). Die Anstalt wurde als soziale Einheit geformt, die von einem Psychiater geleitet wurde, der sich laut Schmeidebach und Priebe (2003: 280) als wohlthätiger Herrscher seines eigenen kleinen Reiches betrachtete. Die therapeutischen Maßnahmen wurden umfassender und beinhalteten neben tradierten medizinischen Behandlungsmethoden wie Aderlässe, heiße oder eiskalte Bäder, Phytotherapien, Abführmittel und Fastenkuren auch Zwangsjacken sowie Erziehungs- bzw. Umerziehungsmaßnahmen zur Disziplinierung des Geistes (Jervis 1978: 48; Kleinman 2004: xv). Im 20. Jahrhundert entstanden weitere somatische Behandlungsformen von Insulinschocks über elektrokonvulsive Therapien und neurochirurgische Operationen wie die Leukotomie bis hin zu Psychopharmaka (Kleinman 2004: xv). Genau festgelegte Stundenpläne, eine strenge Hausordnung, Isolation sowie eine totale Unterwerfung unter die Autorität galten als repressives Training, um den Geist umzustrukturieren. Formen von Disziplin und Terror zeigten sich an Bedrohungen der PatientInnen mit glühenden Eisen und dem beinahe Ertränken in Badewannen (Jervis 1978: 49). Anstaltspsychiater des 19. Jahrhunderts waren keine psychiatrisch vorgebildeten Mediziner, sondern erwarben sich ihre Kenntnisse über psychische Krankheiten erst in den Anstalten selbst (Blasius 1994: 53). Letztere diente als Erfahrungsraum, in dem sich der Konstitutionsprozess der Psychiatrie als wissenschaftliche Disziplin vollzog (Blasius 1994: 46). Während der ‚Irre‘ zunehmend als krankes Individuum betrachtet wurde, das durch die Regulierung körperlicher Störungen geheilt werden

---

<sup>28</sup> Foucault (1973: 100) bezeichnet Tollheit als homogenisierende Kategorie der Internierung, die nicht zwischen krank oder straffällig differenziert. Sie zielt auf „eine Art undifferenzierten Gebiets der Unordnung – Ordnungslosigkeit im Benehmen und im Herzen, ungeordnete Sitten und ungeordneter Geist –, das ganze dunkle Gebiet eines drohenden Tobens“. Dieser weit gefasste Begriff rechtfertigte das moralische und polizeiliche Handeln im Rahmen der Internierung.

könne, wurden frühere Vorstellungen, die ‚Geisteskrankheit‘ mit dämonischen Einflüssen und Zauberei in Verbindung gebracht hatten, zunehmend verworfen (Blasius 1994: 51). Bereits um 1900 verstand sich die Psychiatrie „mit unreflektierter Selbstverständlichkeit als naturwissenschaftliche Aufklärung, als Kampf gegen dämonologischen und sonstigen Aberglauben in der Gesellschaft“ (Kiefer 1996: 79).

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zeigte sich in deutschen psychiatrischen Anstalten eine Dichotomie zwischen Somatikern und Psychikern. Erstere wie Friedrich Nasse und Maximilian Jacobi galten „als die humaneren ‚psychischen Ärzte‘ im Vorfeld der ‚modernen‘ Gehirnpsychiatrie“, während Psychiker wie Johann Christian Heinroth „für die moralisch motivierten Praktiken einer inhumanen ‚pädagogischen‘ Kurmethode“ unter Anwendung von Zwangsmitteln standen (Kutzer 2003: 27). Heilungskriterien der Somatiker und Psychiker richteten sich am *Betragen* des Patienten, d. h. an den Normen bürgerlichen Selbstverständnisses aus und nicht an seinem *Befinden*, wodurch die Möglichkeit einer Entlassung vom Sozialverhalten abhängig gemacht wurde (Kutzer 2003: 43). Beide Richtungen lassen sich unter einer anthropologisch orientierten Psychiatrie zusammenfassen, einer ganzheitlichen Krankheitslehre, die Leib und Seele<sup>29</sup> verbindet (ebd.: 28, 29). So forderte Jacobi für jede psychische Störung bzw. Reaktion „ein ‚organismisches‘ Substrat irgendwo im Leib.“ (ebd.: 35) Für Heinroth war die psychische Störung eine „Krankheit des psychischen wie des organischen Wesens der ganzen Person.“ (ebd.: 37) Moralische Aspekte wie die Verbindung von Krankheit und Laster sowie die Konnotation psychischer Störung mit ‚Gottesferne‘ durchzogen die gesamte psychische Anthropologie dieser Zeit. Heinroth konstituierte psychische Störungen in psychisch-geistiger Schwäche (ebd.: 38). Therapieformen stellten die Stimulation von physischen und psychischen Reizen dar (ebd.: 39), da die Auffassung vorherrschte, dass eine Heilung nur über den Organismus bewirkt werden könne. Depressive Menschen wurden z. B. zunächst durch Dunkelheit, Ruhe und dem Zwangsbett von Reizen abgeschirmt, bevor die sog. Tonisierung durch warme Bäder, Arzneien, schmackhafte Nahrung und zuletzt die Reintegration in das Leben durch leichtere Arbeit, Beschäftigung und Geselligkeit erfolgte (ebd.: 40). Jacobi verwendete zur „Harmonisierung der organismischen Zustände“ Therapieformen aus der Humoralpathologie wie Brech- und Abführmittel, Schröpfkuren und Aderlass. Daneben fanden medikamentöse Behandlungen mit Opium, Digitalis usw. (ebd.: 42) sowie Arbeitstherapien statt (Kutzer 2003: 43).

---

<sup>29</sup> Jacobi definierte Seele „als eines an und für sich selbst immateriellen, individuellen, persönlichen, für die Entwicklung zu einem gottähnlichen Dasein geschaffenen und mannigfaltig begabten [...] Wesens“ (Kutzer 2003: 32).

Die klinische Psychiatrie erwuchs im 19. Jahrhundert aus einer zunehmenden naturwissenschaftlichen Erforschung psychischer Leiden, ihrer Ätiologie sowie einer diagnostischen Klassifikation verschiedener Krankheitsbilder und deren Behandlungsmöglichkeiten. In Freiburg wurden die ‚Heil- und Pflegeanstalt‘ in Emmendingen gegründet, die für unheilbare und chronisch kranke PatientInnen zuständig sein sollte, sowie eine psychiatrische Klinik mit Lehr- und Forschungsauftrag an der Universität Freiburg, die PatientInnen versorgte, die als heilbar galten. Die psychiatrische Klinik an der Hauptstraße wurde 1887 eröffnet (Kaiser-Burkart 2017: 76). Auf Grund eines Fehlens wirksamer pharmakologischer Substanzen wurden die PatientInnen größtenteils eingesperrt, während die in den Anstalten Beschäftigten kaum pflegerischen, sondern vielmehr wärterischen Aufgaben nachgingen (Zimmermann 2018: 11).

Die akademische Etablierung der Psychiatrie vollzog sich in Orientierung an bereits universitär etablierten medizinischen Fächern, deren Leitwissenschaften seit Mitte des 19. Jahrhunderts zunächst die Physiologie, dann die Pathologie und schließlich die Bakteriologie wurden. Das Labor stellte den privilegierten Ort der Wissensproduktion dar. Die Betrachtung des kranken bzw. gesunden Menschen als biologischen Organismus, die Hypothese klar nachweisbarer Kausalitätsbeziehungen, in die präventive oder therapeutische Interventionen eingreifen können sowie das Postulat von Messbarkeit und Quantifizierbarkeit relevanter klinischer und physiologischer Phänomene bildeten die zentralen Bestandteile des an den Naturwissenschaften orientierten Wissenschaftsverständnisses (Roelcke 2013: 114, 115). Die medizinische Profession etablierte sich im 19. Jahrhundert als zentrale Instanz der Krankenversorgung, wobei „die neuen Krankheitskonzepte und Behandlungsweisen eine vorher ungekannte Autorität“ erhielten (Roelcke 2003: 169). Eine naturwissenschaftliche, rational orientierte Medizin, die sich von dem Postulat der von Gott und anderen Instanzen gesandten Krankheiten abwandte, nahm für gesellschaftlich relevante Weltdeutungen und das Alltagsleben zunehmend Bedeutung ein (Roelcke 2003: 169). Es erfolgte die akademische Institutionalisierung der Psychiatrie an den medizinischen Fakultäten deutscher Universitäten (Roelcke 2003: 170).

Carl Wernicke (1848-1905) und Theodor Meynert (1833-1892) vertraten die These, dass die Hirnforschung „das Rätsel um geistige Erkrankungen lösen könne“ (Blasius 1994: 86). Wilhelm Griesinger (1817-1868) leitete „die neue Ära als Begründer der naturwissenschaftlich ausgerichteten Psychiatrie ein“, die unter Anwendung neuropathologischer Thesen von medizinischen und naturwissenschaftlichen Hirnforschern zu dem Postulat, dass Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten seien, führte (Kiefer 1996: 30). Als Begründer der wissenschaftlichen Psychiatrie (Knoller 2018: 21) mit dem ersten Lehrstuhl für Neurologie und Psychiatrie

(Heinz 2014: 74) war er Wegbereiter für eine hirnmorphologisch-neurologisch orientierte Psychiatrie, die am Ende des 19. Jahrhunderts zum Paradigma der deutschen Universitätspsychiatrie wurde (Blasius 1994: 49). Gleichzeitig wurden im Rahmen des Monopols naturwissenschaftlicher Herangehensweisen jegliche spiritualistisch-metaphysische Erörterungen und Hypothesen verworfen (Kiefer 1996: 79, 86). Griesingers zentrales Lehrbuch *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* erschien 1845 (Heinz 2014: 75). Erwähnenswert ist zudem die zentrale Rolle, die Griesinger der (gast)familiären Versorgung psychisch Kranker konzidierte, die er mit therapeutischen, sozialen und ökonomischen Argumenten untermauerte. Betroffene wohnten und arbeiteten dabei in Gastfamilien (Schmiedebach/Priebe 2003: 271), da Griesinger „auf den fatalen Weg der Asylisierung Geisteskranker aufmerksam gemacht [hatte].“ (Blasius 1994: 105) Er argumentierte, dass die Gemütskräfte „nur bei einem gewissen Maße an Freiheit gedeihen können.“ (Blasius 1994: 106) Im Zuge der bürokratischen Einstufung psychisch Kranker als Sicherheitsrisiko und jahrzehntelanger staatlicher Internierungspraxis herrschte unter der Bevölkerung zunächst Skepsis vor (Blasius 1994: 107). Die Maßnahme diente daher auch dem Abbau von Vorurteilen gegenüber Psychiatriebetroffenen: „Sie [lokale Bevölkerung] treten in lebendigere Beziehungen zur Irrenanstalt und zu Geisteskranken und verlieren das Grauen, das sie von Alters [sic] her beim Nennen derselben zu empfinden pflegen und das stets wieder genährt wird durch Zeitungsnachrichten und dergleichen.“ (ebd.: 111) Den Anstalten oblagen die Auswahl der Kranken und Familien sowie die Gewährleistung einer kontinuierlichen ärztlichen Aufsicht (ebd.: 108). Die Zahl der in Anstalten behandelten Betroffenen überstieg die der in Familien gepflegten jedoch bei Weitem.<sup>30</sup>

Der beträchtliche Ausbau des Anstaltswesens in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und der Verbleib der Betroffenen in diesen Einrichtungen sollte die Zahlung von Armenunterstützung erübrigen (ebd.: 102, 103). Preußische Verordnungen aus den Jahren 1894, 1896 und 1904 offenbarten ein zunehmendes polizeiliches Interesse an psychisch Auffälligen, die für die Gewährleistung der öffentlichen Sicherheit in Anstalten unterzubringen waren (ebd.: 86). Blasius (1994: 80) spricht in diesem Zusammenhang von Ordnungspsychiatrie und akzentuiert zahlreiche polizeiliche Zwangseinweisungen (ebd.: 87). In der Praxis war dieses Vorgehen eine polizeiliche Methode der Überwachung und Disziplinierung gesellschaftlicher ‚Randgruppen‘, in der sich die Bürokratie eines *sozialen* Problems entledigte, indem sie es als *pathologisches* deklarierte (ebd.: 94). Ärztliche Kriterien mussten sich bürokratischen Forderungen und Wünschen beugen (ebd.: 96). Blasius (1994: 118) betont, dass Psychiatrie seit

---

<sup>30</sup> 1906 wurden in allen deutschen Staaten 2.400 Betroffene in Gastfamilien untergebracht, während im selben Jahr allein in Preußen 122.588 Anstaltsfälle verzeichnet wurden (Blasius 1994: 113).

jeder eine staatsnahe Wissenschaft gewesen sei. Daran zeigt sich das Wesen der Psychiatrie als medizinische und soziale Praxis. Seit ihrer Etablierung oszilliert sie in ihrer Krankheitsdeutung bis heute zwischen diesen beiden Aspekten (Wolters/Beyer et. al. 2013: 11).

„Die bis Ende des Jahrhunderts existierende ‚babylonische Sprachverwirrung‘ in Bezug auf die psychiatrische Terminologie und Klassifikation, sowie unterschiedlichste Vorstellungen über die ‚Natur‘ psychischer Störungen hatten (...) eine systematische empirische Forschung“ verunmöglicht. Für die Verwissenschaftlichung der Psychiatrie waren eine vereinheitlichte Terminologie und Klassifikation essentiell (Roelcke 2013: 115, 116). Die Entwicklung einer bestenfalls mit naturwissenschaftlichen Methoden legitimierten, einheitlich akzeptierten Krankheitslehre, aus der Terminologie, Klassifikation sowie Therapie- und Prognosemöglichkeiten abgeleitet werden konnten, sollte als Grundlage für eine ‚Irrenstatistik‘ dienen, die für die obrigkeitstaatliche Politik Bedarfsplanungen im Anstaltswesen und Rückschlüsse auf Verursachung sowie Verlauf psychischer Krankheiten ermöglichen konnte (Roelcke 2003: 176, 177). Dieser Aufgabe widmete sich der Psychiater Emil Kraepelin (1855-1926) (Kiefer 1996: 67). Wilhelm Wundts<sup>31</sup> physiologische bzw. experimentelle Psychologie nutzte Kraepelin für die Ausarbeitung einer auf naturwissenschaftlichen Verfahren begründeten psychiatrischen Krankheitslehre (Roelcke 2003: 177). In den 1870er-Jahren hatte sich die Bakteriologie mit dem Postulat einer spezifischen Krankheitsursache rasant durchgesetzt (ebd.: 178). Mit kontrollierten Laborexperimenten versuchte Kraepelin, konkrete Ätiologien auszumachen (ebd.: 179), wobei er später „für die meisten klinischen Zustände von einer spezifischen Kombination von somatischen Kausalfaktoren“ ausging (Roelcke 2003: 181). In der Erarbeitung einer einheitlichen psychiatrischen Nosologie richtete Kraepelin seine klinische Beobachtung selektiv auf idiosynkratische Merkmale, die er über ein bestimmtes Dokumentationssystem, die sog. Zählkarten, erfassen konnte wie das Vorhandensein von Halluzinationen, psychomotorischen oder affektiven Normabweichungen oder einer familiären Häufung psychischer Auffälligkeiten (Roelcke 2013: 116). Die von seinen Vorgängern wie Wilhelm Griesinger noch praktizierten Gespräche mit Betroffenen ersetzte Kraepelin im Rahmen seiner Fokussierung auf Krankheitsbilder durch Symptombeobachtungen (Buck-Zerchin 2007: 18), die er zusammen mit den daraus abgeleiteten Konzeptualisierungen im 1883 publizierten *Compendium der Psychiatrie* zusammenfasste. Ab der zweiten Auflage trug es den Titel

---

<sup>31</sup> Der Philosoph und Psychologe Wilhelm Wundt (1832-1920) bildete die Psychologie zu einer methodisch verfahrenen Wissenschaft mit prüfbareren Ergebnissen aus (Kiefer 1996: 70). Seine physiologische Psychopathologie „versuchte, psychopathologische Phänomene in Elementarprozesse zu zergliedern und diese durch experimentelle Messungen im Labor zu analysieren.“ (Roelcke 2013: 115) In seinem psychophysischen Parallelismus vertrat er die These, dass physische und psychische Erscheinungen Parallelphänomene seien (Lohff 2013: 331).



*Lehrbuch* und wurde in späteren Auflagen zum Referenzwerk der deutschen Psychiater. Damit war ein wissenschaftlich fundiertes klinisches Diagnostikhandbuch entstanden, das zur Abgrenzung klinischer Entitäten genutzt werden konnte (Roelcke 2003: 181). Kraepelins Nosologie unterschied zwischen Schizophrenien, die zunächst unter dem Sammelbegriff der *Dementia praecox* subsumiert wurden, zeitweise als neurotisch bezeichnete Krankheiten (Neurasthenie, Hysterie und Angstneurose) sowie manisch-depressiven Erkrankungen. Diese Krankheitsklassifikation wirkte prägend bis in die Gegenwart und ermöglichte Forschungen nach den postulierten Ursachen und Prognosen sowie dem somatischen Korrelat (Roelcke 2013: 116, 117).<sup>32</sup> Die Vorstellung klar abgrenzbarer, durch die Biologie des Gehirns determinierter Krankheitseinheiten bildete die wesentliche Prämisse dieser Nosologie. Für jede existierende Krankheitsentität wurden eine spezifische Verursachung (Ätiologie), besondere krankhafte Veränderungen im Gehirngewebe (pathologische Anatomie) und spezielle klinische Erscheinungsformen (Psychopathologie) postuliert (ebd.: 185).<sup>33</sup> Besonders zu betonen ist die Entwicklung, dass im Verlauf der systematischen klinischen Beobachtungen und Verlaufsanalysen der Blick des Forschers

„auf beobachtbare, im Idealfall auch quantifizierbare Krankheitsäußerungen (z. B. Haltungsanomalien, Motorik, formale Aspekte der Sprache) gelenkt [wurde], während die psychologische Dimension mit der Subjektivität des Kranken (so etwa auch die Inhalte von Halluzinationen oder Wahnideen<sup>34</sup>) marginalisiert oder völlig ausgeblendet wurde.“ (ebd.: 186)

So wurden soziale und psychologische Dimensionen von Befindlichkeitsstörungen und normabweichendem Verhalten von Kraepelin systematisch ausgeblendet (ebd.: 187). Durch Kraepelin hatte die psychiatrische Disziplin erstmalig zu einer einheitlichen Sprachregelung gefunden, wobei sich die neue Theorie in ihrer Forschung an den prestigeträchtigen Naturwissenschaften (Roelcke 2003: 188) mit dem Postulat der größtmöglichen Objektivierbarkeit (Kiefer 1996: 68) unter Verwerfung von Philosophie und Metaphysik orientierte (Kiefer 1996: 87).<sup>35</sup> Roelcke (2013: 117) gibt jedoch zu bedenken:

„Diese professionspolitisch gesehen erfolgreiche Orientierung an den Laborwissenschaften war allerdings konstitutiv verbunden mit einer Einengung des psychiatrischen Blickfelds auf die somatischen

---

<sup>32</sup> Seit der griechischen Antike wurden psychische Grundfunktionen bestimmten Körperteilen zugeordnet (Kutzer 2003: 31).

<sup>33</sup> So kam Kraepelin zu der Überzeugung, dass die *Dementia Praecox* einen gesetzmäßigen Verlauf haben müsse. Diese Hypothese wurde wenig später durch Bleulers psychodynamisches Schizophreniekonzept differenziert (Wolters/Beyer et. al. 2013: 11).

<sup>34</sup> In Anlehnung an Heinz (2014: 193, 194) werden *Wahnwahrnehmungen* als Zuschreibung einer ‚falschen‘ Bedeutung an reale Perzeptionen und *Halluzinationen* als subjektive Wahrnehmung eines visuellen oder akustischen Ereignisses ohne äußeres Korrelat definiert.

<sup>35</sup> Als Begründer der empirisch-klinischen Disziplin leistete Kraepelin wesentliche Beiträge für die Entwicklung der Psychopharmakologie und der transkulturellen Psychiatrie (Kiefer 1996: 67). Eine kritische Auseinandersetzung mit Kraepelins Verdiensten in der Mitbegründung der transkulturellen Psychiatrie im Rahmen seiner Studie auf Java liefert Machleidt (2013).

Ursachen und Korrelate psychischer Erkrankungen, während die subjektive und die soziale Dimension des Kranken für diese spezifische Form des wissenschaftlichen Blicks marginal wurde.“

Eine alternative psychologisch-philosophische Richtung entwickelte sich in der Wiener Schule unter Sigmund Freud sowie in der Züricher Schule unter Eugen Bleuler<sup>36</sup> und Carl Gustav Jung, die neue, bis heute konstitutive Denkanstöße lieferten (Kiefer 1996: 81). Die Psychoanalyse Freuds<sup>37</sup> galt als erste große Theorie und Praxis des persönlichen Lebens. Grundpfeiler der Theoriebildung bildeten die Annahme unbewusster seelischer Prozesse, die vom Unbewussten geprägte Übertragung sowie die Bedeutung infantiler Sexualität als treibende Kraft der individuellen Entwicklung. Erinnernte Traumerzählungen und Symptome wurden als Inszenierungen bzw. kompromisshafte Lösungen im Interesse psychischer Stabilität interpretiert. Symptome sollten zum Verständnis des psychischen ‚Widerstandes‘ gegen das Bewusstwerden schmerzhafter, unerträglicher Erinnerungen und Fantasien führen und so wurde die sog. Rede-Kur entwickelt (Holicki 2016: 37). Anfang des 20. Jahrhunderts lehrte die erste Generation von Psychologen: Der Begründer der Psychoanalyse Sigmund Freud (1859-1939), sein Schüler und späterer Kontrahent, Carl Gustav Jung (1875-1961), der die analytische Psychologie einführte und Alfred Adler (1870-1937), der der Individualpsychologie den Weg ebnete (Lohff 2013: 332, 333). Des Weiteren beeinflussten u. a. der philosophisch-psychopathologische Entwurf von Jaspers sowie die Phänomenologie Husserls den Gegenstandsbereich der Psychiatrie, „da die einseitig organfixierte substantialistische Richtung sich durch Verlust an Sinngebung, unzureichende Deutung psychischer Welt und Wirklichkeit und mangelnde Befriedigung humaner Bedürfnisse auszeichnete.“ (Kiefer 1996: 88)<sup>38</sup>

In den 1920er-Jahren wurden in vielen Anstaltspsychiatrien Bemühungen unternommen, modernere Konzepte wie Arbeitstherapien, die Unterstützung von Kontakten zwischen ‚Anstalts-

---

<sup>36</sup> Bleuler entwickelte dabei einen mehr sozialen als medizinischen Krankheitsbegriff und war gleichzeitig psychologisch als auch biologisch orientiert. 1919 kritisierte er „den unscharfen Begriff der Krankheit (...): ‚Krank und Gesund sind etwa Begriffe wie Warm und Kalt. Was würde der Physiker sagen, wenn wir ihm zumuten würden, mit diesen zu operieren?‘“ (Wolters/Beyer et. al. 2013: 11)

<sup>37</sup> Sowohl Freud als auch Bleuler und Kraepelin postulierten eine evolutionäre Stufenfolge menschlicher Entwicklung, in der ‚primitives‘ Wunschenken bei Kindern und ‚Primitiven‘ über verschiedene Phasen der Ausbildung höherer kognitiver Fähigkeiten sowie der Triebhemmung in dem ‚rationalen‘ Denken ‚moderner‘ Menschen kulminierte (Heinz 2014: 58, 59). Dieses evolutionstheoretische Paradigma war stark „mit der imperialistischen Herrschaft europäischer Kolonisatoren verknüpft“ (ebd.: 59), die damals vorherrschende Vorurteile und Wertungen spiegelte (ebd.: 64). Laut Heinz (2014: 64) ist die Interpretation psychischer Symptome als Funktionsstörungen im Rahmen der menschlichen Evolution tief verankert. So bezeichnete beispielsweise Kraepelin psychische Krankheiten als Abfallprodukte der Evolution (Lucas 2004: 161).

<sup>38</sup> Als einer der ersten deutschen Psychiater versuchte Karl Jaspers, „die Begrenzung der Psychiatrie auf Hirnforschung zu überwinden und eine psychologisch-phänomenologische Methode zu etablieren, die ein nachvollziehendes Verstehen der subjektiven Erlebniswelt der Patienten ermöglichte.“ (Stöckel 2013: 322) Sein phänomenologischer Ansatz führte Wahnvorstellungen auf die Lebenswelt der PatientenInnen zurück (Knoller 2018: 21).

insassen‘ und Angehörigen sowie Resozialisierungsmaßnahmen voranzutreiben (Kaiser-Burkart 2017: 83). Projekte ambulanter psychiatrischer Versorgung durch niedergelassene Psychiater entstanden (Schmiedebach/Priebe 2003: 279), die den psychiatrischen Einfluss auch in Gemeinden außerhalb von Anstalten und Universitätskliniken ausdehnten. Hintergründe stellten begrenzte Kapazitäten der Anstalten sowie der staatliche Auftrag dar, problematische Bevölkerungsgruppen lokal zu überwachen (ebd.: 280). So war die gemeindenahe Versorgung mit niedrigeren Kosten im Vergleich zu einer stationären Behandlung verbunden und diente als Mittel gegen überfüllte Anstalten (ebd.: 281). Das Empowerment der Betroffenen, d. h. die (Wieder-)Erlangung von Macht und Kraft für die Selbstbestimmung, Autonomie sowie Selbstgestaltung des eigenen Lebens (Schulte-Kemna 2014: 13), stellte hingegen kein Movens dar. Psychisch Kranke wurden lediglich im Hinblick auf ihre konstant neu definierte Brauchbarkeit oder Last für Staat und Gesellschaft beurteilt (Schmiedebach/Priebe 2003: 278). Trotz der kontrollierten Öffnung blieb das psychiatrische Wesen Anstaltspsychiatrie (Blasius 1994: 137).

Nachdem um 1900 die Mendelschen Gesetze der Vererbung wiederentdeckt wurden, erfolgte innerhalb weniger Jahre eine Entwicklung zentraler Termini und Konzepte wie Gen, Genotyp und Phänotyp. In den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts fand eine enge bis konstitutive Verknüpfung von Humangenetik und Eugenik<sup>39</sup> statt, die dazu führte, „dass die an genetischen Fragen orientierte Verwissenschaftlichung der Psychiatrie eng mit eugenischer Programmatik verbunden war.“ (Roelcke 2013: 117) Nach dem Ersten Weltkrieg erschien die Schrift des Juristen Karl Binding und des Freiburger Psychiaters Alfred Hoche *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form* (Blasius 1994: 135, 136). Alfred Hoche, der Direktor der psychiatrischen Klinik in Freiburg, schrieb als Co-Autor von psychisch Kranken als ‚Ballastexistenzen‘ (Zimmermann 2018: 11). Gegen Ende der Weimarer Republik entwickelte sich die rassenhygienisch determinierte Psychiatriepolitik (Blasius 1994: 141). Nach der nationalsozialistischen Machtübernahme 1933 wurde das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* erlassen (ebd.: 146), das im darauffolgenden Jahr 46.000 Zwangssterilisationen zur Folge hatte, davon zur Hälfte bei Frauen (ebd.: 151). Die *Rassenpsychiatrie* der Jahre 1933 bis 1939 (ebd.: 145) wurde von der *Vernichtungspsychiatrie* der Jahre 1939 bis 1945 abgelöst (ebd.: 173). Das Ermächtigungsschreiben 1939 bewirkte die

---

<sup>39</sup> „Eugenik bezeichnet seit 1883 die Anwendung theoretischer Konzepte auf die Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik mit dem Ziel, den Anteil positiv bewerteter Erbanlagen zu vergrößern und den negativ bewerteter Erbanlagen zu verringern.“ (Rißmann-Schleip 2017: 51) Grundideen der Eugenik wurden international durch Vertreter psychiatrischer Genetik bis in die 1960er-Jahre postuliert (Roelcke 2013: 135).

Ermordung psychisch Kranker in den Jahren des Zweiten Weltkriegs unter der Deckbezeichnung Euthanasie (ebd.: 173). Blasius (1994: 146) akzentuiert die Rolle der Psychiatrie als festem Bündnispartner des nationalsozialistischen Regimes: „Der Nationalsozialismus ließ die Psychiatrie am Abenteuerertum seiner Politik teilhaben. Dies weckte den Sonderstolz eines Berufsstandes, der über Jahrzehnte nur die Nachhut der medizinischen Wissenschaften gebildet hatte.“ Denn „[e]s ist unter keinen Umständen so aufzufassen, daß [sic] der in diesem Rahmen verpflichtete Arzt nun zur Durchführung einer Euthanasie verpflichtet gewesen wäre, wenn er nicht selbst auf Grund seiner eigenen Entscheidung damit einverstanden war.“ Im Gegenteil hatte er im Falle eines Nichteinverständnisses die Verpflichtung, die Euthanasie unter keinen Umständen durchzuführen (Blasius 1994: 179).

Im Rahmen der nationalsozialistischen Lebensvernichtung wurden psychisch Kranke als ‚geistig Tote‘ und als das ‚furchtbare Gegenbild echter Menschen‘ bezeichnet (Blasius 1994: 135). Über 70.000 Menschen mit geistiger oder psychischer Erkrankung wurden durch das nationalsozialistische Regime ermordet (Rißmann-Schleip 2017: 51, 52). Im württembergischen Grafeneck wurden 10.654 psychisch kranke und behinderte Menschen direkt nach ihrer Ankunft mit CO-Gas ermordet, während schätzungsweise 400.000 Menschen auf der Grundlage des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* reichsweit zwangssterilisiert wurden (Korn 2017: 34). Als diagnostische Kriterien galten dabei mangelnde Lebensbewahrung, Intelligenzdefekte, unzureichende soziale Anpassungsfähigkeit sowie geistige und moralische Minderwertigkeit (Korn 2017: 73). Im Raum Freiburg/Emmendingen wurden bis Kriegsende ca. 2.150 bis 2.450 Menschen zwangssterilisiert (Kaiser-Burkart 2017: 83). An der Freiburger Universitäts-Frauenklinik machte die Diagnose ‚Schwachsinn‘ den größten Teil der Zwangssterilisationen aus, wobei alle in der Frauenklinik zwangssterilisierten ‚Schwachsinnigen‘ aus einem sozialschwachen Milieu stammten, d. h. es handelte sich dabei um eine *soziale Diagnose* (Korn 2017: 34, 35). Seit 1987 kämpfen Zwangssterilisierte und Angehörige der Euthanasie-Opfer vergeblich um eine Gleichstellung mit den anderen NS-Verfolgten. Das BMF und die Bundesregierung bezogen sich in den Jahren 2008, 2012 und 2013 in ihren Ablehnungen der Gleichstellungsforderungen noch immer auf die Ahnenreihe der nationalsozialistischen Rassenhygieniker, die in den 1960er-Jahren eine Rehabilitation und Entschädigung der Opfer verhinderten und in dieser Zeit zudem ein erneutes Sterilisationsgesetz andachten (Rißmann-Schleip 2017: 52).<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> Das *Kontaktgespräch Psychiatrie* organisiert in Zusammenarbeit mit dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen sowie dem *Förderkreis Gedenkort T4* jährlich am 4.9. eine Gedenkveranstaltung (Peitz 2020: 1).

Die Nachkriegszeit war durch ein unausgesprochenes Gebot des Schweigens über die NS-Zeit geprägt (Lohff 2013: 348). Die heranwachsende Nachkriegsgeneration, die den Bruch mit der Großeltern- und Elterngeneration in den sog. Studentenunruhen der 1968er-Jahre herbeiführte, begab sich aktiv auf die Suche nach Psychotherapie<sup>41</sup> und Selbsterfahrung, um mit dieser Hilfe sich selbst und die familiäre Entfremdung zu begreifen (Lohff 2013: 354). Konzepte von Seele und Psyche<sup>42</sup> erlebten eine Renaissance (Stöckel 2013: 309). So betonte der Psychoanalytiker Alexander Mitscherlich, dass „den Bedürfnissen des Kranken (...) nur Rechnung getragen werden [könne], wenn über den rein naturwissenschaftlich-biologischen Aspekt hinaus zugleich seine seelisch-geistigen Kräfte Beachtung erfuhren.“ (Stöckel 2013: 310) Der Vorsitzende der Westdeutschen Ärztekammer, Carl Oelemann, schlug 1947 vor, jüngere und vertriebene ältere Ärzte als Psychotherapeuten zur Behandlung der durch das nationalsozialistische Regime Traumatisierten auszubilden (ebd.: 310). Oelemann zufolge seien „30 bis 50 Prozent allen Krankheitsgeschehens auf seelische Konflikte zurückzuführen.“ (ebd.: 311) Im Herbst 1947 kam eine Kommission der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammer überein, dass Psychotherapie kein Bestandteil der Psychiatrie sei, und Vorschläge zur Ausbildung von PsychotherapeutInnen wurden erörtert (ebd.: 310, 311). Deren Aufgabengebiet erstreckte sich von Neurosen über Stottern und Asthma-Anfälle bis hin zu Stehlen, Schwererziehbarkeit und Vagabundieren. Damit wurde die Psychotherapie als umfassende Sozialtechnologie propagiert, deren Gegenstandsbereich das Unbewusste war. Ab Mitte des 20. Jahrhunderts konkurrierten unterschiedlichste psychologische Modelle miteinander. In Erklärung und Therapie standen sich v. a. psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Ansätze gegenüber.<sup>43</sup> Die differenten Richtungen der Psychologie traten mit dem Anspruch auf, „fundierte Aussagen über seelisches Empfinden und die richtige oder fehlgeleitete Ent-

---

<sup>41</sup> 1978 definierte Strozka (zitiert nach Lohff 2013: 338) die Psychotherapie als einen geplanten und bewussten interaktionellen Prozess zur Beeinflussung von Leidenszuständen und Verhaltensstörungen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Bezugsgruppe und Therapeutin) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch meist verbale, aber auch averbale Kommunikation), „in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.“ Im Gegensatz dazu sieht eine psychiatrische Behandlung auch Zwangsmaßnahmen vor, etwa bei fehlender Krankheitseinsicht (Lohff 2013: 341). Die fünf psychotherapeutischen Methoden, klassische Psychoanalyse nach Sigmund Freud, Verhaltenstherapie, analytische Psychologie nach C. G. Jung, existentialistische Philosophie und Psychotherapie nach R. May sowie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, stellt Zehentbauer (2018 (4): 4, 5) ausführlich dar.

<sup>42</sup> Psychologie bezeichnet die Lehre seelischen Verhaltens und befasst sich mit den Bedingungen, die Verhalten und Erleben zu Grunde liegen (Lohff 2013: 338). Die Disziplin ‚Psychologie‘ etablierte sich als eigenständiges universitäres Fach erst vor 120 Jahren (ebd.: 327). Je nach Universität gehörte der Diplomstudiengang entweder der naturwissenschaftlichen oder philosophischen Fakultät an (Lohff 2013: 328).

<sup>43</sup> Einen Überblick über verschiedene Behandlungsmethoden der Psychotherapie liefern Paulsen et. al. (2018: 115-129).

wicklung des Verhaltens des Menschen zu liefern, um auf deren theoretischen Grundlagen rationale Therapien von Abweichungen oder Auffälligkeiten zu entwickeln.“ (ebd.: 311) Eine Gruppe von Nervenärzten protestierte als Vertreter der klinischen Psychiatrie gegen den Ausbau der Psychotherapie, da sie ihre Monopolstellung in der Behandlung psychisch Kranker gefährdet sahen (Stöckel 2013: 311). Ein langer und vehementer Streit existierte zwischen klinischen Psychologen und Psychotherapeutinnen auf der einen und Psychiatern sowie Ärztinnen mit Zusatzausbildung auf der anderen Seite hinsichtlich der Frage, ob Ärzte und Psychologinnen Patienten gleichberechtigt behandeln und bei den Krankenkassen als medizinisch-therapeutische Maßnahme abrechnen dürfen. Das erst 1998 erlassene Psychotherapeutengesetz, das am 1.1.1999 in Kraft trat, erlaubte auch approbierten Psychologen, neben entsprechenden Fachärztinnen heilkundliche Psychotherapien als Kassenleistung durchzuführen (Lohff 2013: 340).

Innerhalb des psychiatrischen Anstaltswesens erfolgte nach dem Zweiten Weltkrieg eine Reformation unter der Entwicklung der Gemeinde- bzw. Sozialpsychiatrie. Infolgedessen wurden PsychiatriepatientInnen in Heime oder andere gemeindenaher Einrichtungen umgesiedelt (Lehmann/Stastny 2007: 421). Anstöße für diese Entwicklung lieferten eine ab 1959 von der WHO durchgeführte globale Bestandsaufnahme zu psychischer Gesundheit, der eine zunehmend wichtigere Rolle für das Zusammenleben der Menschen in ‚modernen‘ Gesellschaften zugesprochen wurde sowie Reformprogramme in Skandinavien, England und den USA, die das Bewusstsein für die unhaltbaren, teilweise menschenunwürdigen Zustände weckten, in denen psychisch Kranke in Anstalten verwahrt wurden (Machleidt 2013: 378).<sup>44</sup> Psychiatriekritische und reformpsychiatrische Bewegungen seit Ende der 1960er-Jahre kulminierten in der letzten großen psychiatrischen Reform, der sog. *Psychiatrie-Enquête*. Der 1975 erschienene *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland* bildete den Ausgangspunkt für eine Öffnung und Dezentralisierung großer Klinikkomplexe. PatientInnen, die zuvor in Schlafsälen untergebracht, mit der üblichen Schocktherapie und den wenigen Medikamenten, die zur damaligen Zeit zur Verfügung standen, behandelt worden waren, erfuhren nun eine Betreuung, die „in einem anderen Geist, sehr gespeist aus einer humanistischen Grundhaltung“, durchgeführt wurde (Bär 2018: 13). Spezifische therapeutische Verfahren wurden in Abhängigkeit einer Ausdifferenzierung der psychiatrischen Krankheitsbilder entwickelt (Finzen 2013: 168), die sich auch im Sprachgebrauch niederschlug (Finzen 2013:

---

<sup>44</sup> Zum damaligen Zeitpunkt existierten in Westdeutschland 130 psychiatrische Kliniken mit durchschnittlich 700 Betten, einem Psychologen pro 500 Betten und einer Ärztin pro 60 Betten, in die psychisch Kranke über Monate und Jahre interniert wurden (Feldwisch-Drentrop 2019: 1).

93).<sup>45</sup> Finzen (2013: 161) gibt zu bedenken, dass diese Ambulantisierung nur im Zuge eines beträchtlichen Fortschrittes in der (medikamentösen) Behandlung psychischer Krankheiten möglich war. Im Rahmen dieser politischen Initiative (Korn 2017: 35) wurden vielerorts wohnortnahe Angebote aufgebaut (Feldwisch-Drentrup 2019: 1), die zu einer Enthospitalisierung von Langzeitpatienten und Humanisierung der Versorgung beitragen sollten (Aderhold/Greve 2007: 12). Die Öffnung der Anstalten führte zu einer bis dato unbekanntem Begegnungsintensität zwischen Psychiatriepatientinnen und der lokalen Bevölkerung (Finzen 2013: 157), wobei Finzen (2013: 158) die unzureichende Vorbereitung Letzterer auf diese Entwicklung akzentuiert. Den Wandel von der Verwahrspsychiatrie hin zu einer rehabilitativen und therapeutisch orientierten Einrichtung fasst Finzen (2013: 167) wie folgt zusammen:

„Allein in Deutschland entstanden über zweihundert psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, über vierhundert Tageskliniken, ungezählte geschützte Wohnungen und Wohnheime, differenzierte ambulante Angebote von den Sozialpsychiatrischen Diensten über die Institutsambulanzen an Kliniken, Beratungsstellen und Kriseninterventionsdienste verschiedener Art und ambulante Behandlungsangebote bis hin zu einigen Tausend niedergelassenen Psychiatern und ärztlichen wie psychologischen Psychotherapeuten.“

Ein Bericht der Friedrich-Ebert-Stiftung eröffnet, dass sich der Prozess der Enthospitalisierung in den letzten 15 Jahren teilweise wieder umgekehrt hat. So werden wieder mehr Klinikbetten bereitgestellt und die Zahl der Klinikaufenthalte hat sich seit 1990 mehr als verdoppelt (Feldwisch-Drentrup 2019: 1). Auch der Betroffenenautor Harald F. Schneider (2016: 32), der über psychiatrische Hospitalisierungserfahrungen von 1970 bis 2014 verfügt (Schneider 2016: 33), macht Rückschritte in der Entwicklung der deutschen Psychiatrie aus: „Mir tut nur die zunehmende Zahl von Menschen leid, die in der neuen Verwahrspsychiatrie chemisch versorgt – oder sollte man lieber sagen ‚entsorgt‘ wird.“ (Schneider 2016: 35) Als mögliche Gründe für diese Tendenz wird diskutiert, dass die ambulante Versorgung für psychisch schwer kranke Menschen wie Hausbesuche, die Krankenhausbehandlungen nach aktuellem Forschungsstand unnötig machen könnten, bislang nicht aufgestockt wurde. Zudem könnten durch flächendeckende, rund um die Uhr erreichbare mobile Kriseninterventionsdienste laut Gerald Gaß, Präsident der *Deutschen Krankenhausgesellschaft* (DKG), mindestens 20 Prozent der Einweisungen vermieden werden, wobei andere ExpertInnen von deutlich höheren Zahlen ausgehen (Feldwisch-Drentrup 2019: 1). Wambach (1980, zitiert nach Kempker 1991: 64) kritisiert, dass die gemeindenahere Sozialpsychiatrie dazu geführt habe, dass die Psychiatrisierung als sog. ‚Kontroll- und Normalisierungsverfahren‘ alle Menschen treffen und überall wirksam werden könne. Finzen (2013: 168) hingegen führt den gesamtgesellschaftlichen

---

<sup>45</sup> Vor der Reform wurden homogenisierende Kategorien wie ‚Geisteskranke‘, ‚Insassen‘ und ‚Schwachsinnige‘ verwendet (Finzen 2013: 93). Eine ausdifferenzierte psychiatrische Rhetorik führte zu Veränderungen der Sichtweise auf psychisch Kranke und ihre individuellen Bedürfnisse (Finzen 2013: 167).

Rahmen als mögliche Erklärung an: Nachdem sich die 1970er-Jahre durch eine wachsende Toleranz gegenüber abweichendem Sozialverhalten und andersartigen Menschen sowie eine Liberalisierung des Denkens ausgezeichnete hatte, offenbarte sich in den 1980er-Jahren eine geistig-moralische Wende, die durch vermehrte Einweisungen in forensisch-psychiatrische Kliniken (insbesondere von PsychosepatientInnen) sowie eine „verminderte Duldsamkeit gegenüber Angehörigen von ‚Randgruppen‘, einschließlich der psychisch Kranken“ gekennzeichnet war (Finzen 2013: 169).

In einer Zusammenfassung oblag die Versorgung psychisch Kranker im Mittelalter kirchlichen Institutionen, während das 17. Jahrhundert durch eine staatliche Übernahme mit der Errichtung von Zucht- und Arbeitshäusern gekennzeichnet war, in denen – wie in den Vorgängereinrichtungen – Menschen mit psychischen Problemen zusammen mit anderen ‚Rand- oder Problemgruppen‘ der damaligen Zeit interniert wurden. Im frühen 19. Jahrhundert fand eine zunehmende Ausdifferenzierung Betroffener statt, wobei medizinisches Personal zum ersten Mal therapeutische Behandlungsversuche in sog. ‚Irren-Heil-Anstalten‘ durchführten, die sich weiterhin durch Internierungspraktiken auszeichneten. Religiöse und/oder moralische Deutungsversuche von ‚Wahnsinn‘ wurden zunehmend durch medizinische Krankheitskonzeptualisierungen ersetzt. Während Somatiker und Psychiker eine anthropologisch verortete Psychiatrie vertraten, die eine ganzheitliche Krankheitslehre unter Berücksichtigung von Leib und Seele postulierte, fand die akademische Etablierung der Psychiatrie in starker Anlehnung an die prestigeträchtigen, im Aufschwung befindlichen Naturwissenschaften des 19. Jahrhunderts statt. Griesinger prägte das Postulat, dass Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten seien, während sich im Gegenzug alternative psychologisch-philosophische Deutungsrichtungen in der Wiener und Züricher Schule formierten, die bis heute prägend wirken. Griesinger propagierte darüber hinaus jedoch auch die (gast)familiäre Behandlung Betroffener, die in modifizierter Form im heutigen *Home Treatment* Anwendung findet (s. Kapitel 3.3.3.). Kraepelin vereinheitlichte unter naturwissenschaftlichen Herangehensweisen die psychiatrische Terminologie und Klassifikation in einer bis heute wegweisenden Nosologie. Der Fokus auf positivistisch-biomedizinischen Paradigmen (sog. *disease*-Konzeptualisierungen) hatte jedoch zur Folge, dass subjektive Erfahrungswerte von Betroffenen (d. h. *illness*-Empfindungen, - Interpretationen und -Bedeutungsinhalte) und soziale Dimensionen des Krankseins (*sickness*-Aspekte, s. Kapitel 3.2.3.) zunehmend ausgeklammert wurden. Einer beginnenden eugenischen Programmatik in der Weimarer Republik folgten die nationalsozialistische Rassen- und Vernichtungspsychiatrie, wobei die entscheidende Rolle von psychiatrischen Fachärzten im Zuge der Euthanasie-Morde angeprangert wird. Nach dem Zweiten Weltkrieg erlebten Konzepte von Seele und Psyche durch erlittene Traumatisierungen während des nationalsozialisti-



schen Regimes eine Renaissance, die sich in einer professionellen Etablierung von Psychotherapie als naturwissenschaftlich-philosophisches Konkurrenz- bzw. Komplementärverfahren zu der psychiatrischen Behandlung manifestierte. Menschenunwürdige Zustände in psychiatrischen Einrichtungen wurden ab den 1960er-Jahren kritisiert. Im Rahmen der Psychiatrie-Enquête wurden Reformen in Gestalt einer zunehmenden Öffnung und Ambulantisierung psychiatrischer Institutionen vollzogen, die zu einem bis dato vorherrschenden breit gefächerten ambulanten bzw. teilstationären psychiatrischen Versorgungsangebot führte. Gegenwärtig wird jedoch eine rückläufige Entwicklung in Richtung stärkerer Hospitalisierungstendenzen in Verbindung mit steigender Intoleranz gegenüber psychisch Kranken konstatiert. Psychiatriepolitische Maßnahmen sind daher vor dem Hintergrund des jeweiligen historischen Zeitgeschehens unter Berücksichtigung staatspolitischer Abwägungen bzw. Interventionen und gesellschaftlicher Strömungen zu analysieren. Die psychiatrische Doppelfunktion der medizinischen Behandlung einerseits und staatlich sanktionierten Sozialkontrolle im Sinne einer Ordnungspsychiatrie andererseits manifestieren sich in historischen und zeitgenössischen Verläufen wie den Preußischen Verordnungen Ende des 19. Jahrhunderts, die eine Pathologisierung sozialer Randgruppen zur Folge hatten sowie den bis heute existierenden länderspezifischen Sondergesetzen zum Umgang mit psychisch Kranken. In diesem Zusammenhang wird v. a. von Betroffenen die Kritik geäußert, dass die Institution Psychiatrie ihre Reichweite durch den Ausbau eines gemeindenahen Versorgungsnetzwerkes vergrößert hat, wodurch mehr Menschen psychiatrisiert und medikalisiert werden können. Auf letztgenannte Thematik soll im nachfolgenden Kapitel unter Einbeziehung der Rolle der Pharmaindustrie eingegangen werden, die einer kritischen Betrachtung aus einer gesellschaftspolitischen Langzeitperspektive unterzogen wird.

#### **2.4. Die Rolle der Pharmaindustrie: Medikalisierung der Gesellschaft?**

Medikalisierung bezeichnet eine weitreichende Tendenz der Ausweitung medizinischer Deutungsansprüche und Handlungsfelder, die einerseits eine Expansion der Krankheitsbehandlung beinhaltet, etwa indem Zustände, die zuvor nicht als krankhaft klassifiziert wurden, im Rahmen einer Pathologisierung als behandlungsbedürftig definiert werden (Karsch 2015: 11). Andererseits umfasst Medikalisierung zudem eine Ausweitung diagnostischer sowie medizinisch-therapeutischer Leistungen, die bei Gesunden mit dem Ziel der Leistungssteigerung, Verbesserung des körperlichen bzw. geistigen Wohlbefindens oder Prävention angewandt werden (Medikalisierung von Gesundheit) (Karsch 2015: 11, 12). Dass die akademische Medizin das faktische Deutungs- und Behandlungsmonopol in Fragen von Krankheit und Ge-

sundheit innehat, ist laut Karsch (2015: 96) die Grundvoraussetzung für Medikalisationstendenzen. Demnach versteht er die gegenwärtige Bundesrepublik Deutschland mit ihrem elaborierten Gesundheitssystem als eine hochmedikalisierte Gesellschaft. Durch die dem Medikalierungsprozess inhärente Ausdehnung und Dominanz eines spezifischen Wissens über Krankheit und Gesundheit, verbunden mit einer Professionalisierung und Institutionalisierung der Medizin, wurde die medizinische Logik in immer mehr gesellschaftlichen Bereichen zu der vorherrschenden und gültigen Wissensform (Karsch 2015: 96), so dass es für die lokale Bevölkerung zunehmend selbstverständlich wird, im Krankheitsfall ärztliche Hilfe aufzusuchen und die Anweisungen des medizinischen Fachpersonals zur Wiederherstellung von Gesundheit zu befolgen (Huerkamp 1985, zitiert nach Karsch 2015: 99). Während Medikalierung durch die medizinische Profession vorangetrieben und durch staatliche Interessen gefördert wird, spielen gesellschaftliche Ansprüche, Forderungen und Bedürfnisse eine ebenso elementare Rolle (Karsch 2015: 98). Kleinman (1988: 24) führt exemplarisch an, dass ernsthafte menopausale Beschwerden von betroffenen Frauen in westlichen Gesellschaften häufiger kommuniziert werden, da dieses Phänomen aus ökonomischen Gesichtspunkten durch die Verbreitung medizinischer Fachdiskurse sowie medial im Rahmen des gesellschaftlichen ‚Jugendkultes‘ und des gefürchteten Alterungsprozesses in das öffentliche Bewusstsein gelangt ist. Karsch (2015: 114) akzentuiert die für Medikalierungsprozesse maßgebliche Definition der WHO aus dem Jahre 1948<sup>46</sup>, die mit ihrem utopischen Ansatz, Gesundheit als einen Zustand vollständigen physischen, sozialen und geistigen Wohlbefindens zu definieren, den Weg für eine weitreichende medizinische Expansion mitgestaltet habe.

Im Zusammenhang mit der Ausweitung der Deutungsmacht der Biomedizin über Bereiche, die zuvor zumindest nicht ausschließlich in ihren Zugriffsbereich fielen bzw. in nicht-medizinischen Kategorien erfasst wurden, spricht der amerikanische Soziologe Peter Conrad von einer medizinischen Intervention zur Wiederherstellung konformen Verhaltens. Demnach sind Medikalisierungsdynamiken laut Conrad Etikettierungsprozesse, die auf Formen der sozialen Kontrolle hinauslaufen (Karsch 2015: 103). Conrad und Schneider (1980, zitiert nach Karsch 2015: 104) beschreiben diesen Wandel mit der Formel *From Badness to Sickness*. Als Beispiel führt Kleinman (1988: 26) die Umetikettierung von Alkoholismus als Krankheit in westlichen Gesellschaften an, wobei Probleme, die zuvor als moralisch, religiös oder kriminell bezeichnet und entsprechend behandelt wurden, im Rahmen der Medikalierung als psychische Störung umdefiniert und durch medizinisch-therapeutische Maßnahmen gehandhabt werden. Im Kontext von Medikalierungen sozial abweichender Verhaltensweisen konzeptualisierte Talcott Parsons „Krankheit als soziale Abweichung und die Medizin als entspre-

---

<sup>46</sup> siehe Kapitel 2.1.

chende Kontrollinstanz“ (Karsch 2015: 102). Die soziologischen Arbeiten von Thomas Szasz (1961), Erving Goffman (1961) und Irving Zola (1972) lieferten in den USA den theoretischen Hintergrund für die Annahme, dass die Grenze zwischen gesellschaftlich als ‚normal‘ und pathologisch geltendem Verhalten von sozialen Konstruktionsprozessen durch medizinische Expertendiskurse abhängt (Karsch 2015: 102). Als Folge dienen Medizin und Psychiatrie zunehmend dem Zweck der sozialen Kontrolle (Kleinman 1980: 40). Zola (1972, zitiert nach Karsch 2015: 105) betont zudem den gesellschaftlichen Wunsch, dieses medizinische Potential nutzen zu wollen. Auch Ivan Illich (1975, zitiert nach Karsch 2015: 103) bezeichnet die Medizin analog zu Religion und Gesetz als moralisches Unternehmen, das über normative Setzungen bestimmt, was gesellschaftlich als normal und damit wünschenswert zu gelten habe. Exemplarisch werden Erschöpfung, Aufmerksamkeitsdefizite und Traurigkeit angeführt, die als Symptome neuer Krankheitsbilder gelten, sich jedoch im Zuge einer uneindeutigen Differenzierung von Krankheit und Gesundheit (s. Kapitel 2.1.) in einer definitorischen Grauzone befinden (Karsch 2015: 117). Soziale Problemfelder werden so im Rahmen einer Psychiatisierung vieler Lebensbereiche in individuelle Behandlungsindikationen transformiert (Beresford 2009: 47, 48). Borck (2003: 125) kritisiert, dass Präventiv-, Prädiktions- und Intensivmaßnahmen die Medizin zu einem biotechnologisch-politischen Komplex formen, der in der Spätmoderne als wirkungsvolle Disziplinarisierungsmaßnahme aufzutreten scheint. Heinz (2014: 173) gibt zu bedenken, dass eine zunehmende Pathologisierung menschlicher Verhaltensweisen die Gefahr einer Etikettierung von sozial unangepasstem oder rebellischem Verhalten als psychische Krankheit erhöht und Stigmatisierung, Kontrolle sowie Ausgrenzung von Betroffenen erleichtert. Darüber hinaus kann die Medikalisierung laut Heinz (2014: 149) zu einer Entmündigung durch ExpertInnen führen, die mit steigenden Zahlen der Verordnung von Psychopharmaka sowie einer damit verbundenen Individualisierung menschlicher Leidenszustände einhergeht, wodurch solidarische Aktionen zur Veränderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen erschwert werden.

Helman (2001: 83) betont, dass die Medizin neben ihrem naturwissenschaftlichen Anspruch als Symbolsystem verstanden werden kann, das einige fundamentale, zugrunde liegende gesellschaftliche Werte, Glaubens- und Moralvorstellungen ausdrückt. In einem säkularisierten Zeitalter werden religiöse Konstrukte von Sünde oder Unsterblichkeit oftmals durch ideationale Konzepte von Gesundheit und Krankheit ersetzt. So kritisiert Borck (2003: 139), dass Gesellschaft und Biomedizin Gesundheit zum Zentralwert einer gesellschaftlichen Ordnung stilisieren: „Medikalisierung der Gesellschaft und Fetischisierung von Körper und Gesundheit sind zwei Facetten derselben Universalisierung einer gesund/krank-Dichotomie in der Therapiengesellschaft.“ Diese Apotheose der Gesundheit als Idealzustand wird als *Healthism* be-

zeichnet und kann dazu führen, dass die Ursache sämtlicher Probleme und ihre Lösungen ausschließlich beim betroffenen Individuum gesucht werden (Blech 2005: 230), während gesellschaftspolitische Missstände aus der Kausalitätskette ausgeklammert werden. Selbstoptimierungen, sog. *Enhancements*, können unabhängig von dem Vorliegen einer Erkrankung angestrebt werden (Gelhaus 2008: 44). Fuchs (2002: 31) kritisiert, dass pathologische, schwache und leidvolle Zustände als lästige Missstände betrachtet werden, die durch technische Entwicklungen und medizinische Fortschritte bis hin zum Gendesign verhindert bzw. beseitigt werden sollen:

„Wir arbeiten an der Abschaffung von Behinderung durch rechtzeitige Selektion vor der Geburt, an der Abschaffung des Alterns durch Veränderung des Erbguts. Dahinter steckt die Illusion einer perfekten Gesundheit, einer Allmacht, die die Angst vor Krankheit, Alter und Tod ein für alle mal [sic] bannen soll. Aber krank werden zu können ist das spezifisch Menschliche.“ (Fuchs 2002: 31).

Blech (2005: 14) führt an, dass die Ausweitung der Diagnosen<sup>47</sup> in den ‚Industriestaaten‘ ein groteskes Ausmaß angenommen habe, die nahezu 40.000 verschiedene Krankheiten, Störungen, Seuchen und Syndrome zählen. Zola (1972, zitiert nach Karsch 2015: 117) konstatiert, dass die größte Zunahme des Medikamentenkonsums nicht in der Behandlung organischer Krankheiten verzeichnet wird, sondern zahlreicher *psychosozialer* Zustände. Aus diesem Grunde gebe es für nahezu jede Stimmungslage passgenaue Medikamente. In diesem Zusammenhang spricht Illich (1975, zitiert nach Schübel 2016: 51) ein weiteres, viel diskutiertes Thema an, wenn er der Medizin vorwirft, durch die Erfindung von Krankheiten „einen Zugriff medizinischer Deutungshoheit auf eigentlich medizinisch nicht relevante Phänomene“ zu schaffen. Dieses *disease mongering* zeichnet sich laut Blech (2005: 14) dadurch aus, dass der pharmazeutischen Entwicklung eines neuartigen Wirkstoffes bzw. Medikaments die Benennung einer neuen Krankheit folgt, auf die das Medikament zugeschnitten ist (und nicht umgekehrt). Bereits in den 1970er-Jahren plädierten die deutschen Psychiater Hanfried Helmchen und Bruno Müller-Oerlinghausen (zitiert nach Lehmann/Stastny 2007: 424) für die Suche nach Indikationen für interessante psychopharmakologische Substanzen. Auf Grund der steigenden „Anforderungen der Leistungs- und Massengesellschaft an unsere psychische Stabilität“ sei es angeraten, „jede mögliche chemische Beeinflussung psychischer Funktionen auf ihre eventuelle soziale Brauchbarkeit hin“ zu untersuchen. Blech (2005: 22) unterscheidet fünf Arten, Krankheiten zu erfinden. Unter Anderem können normale Lebensprozesse wie Haarausfall oder persönliche bzw. soziale Probleme als medizinisches Handlungsfeld umdefiniert werden wie die Beschreibung ‚krankhafter‘ Schüchternheit als soziale Phobie, die es mit einem Antidepressivum zu behandeln gilt (Blech 2005: 23). Der Psychiater Frances (2014: 58) kritisiert: „Die Pathologisierung oder Krankheitserfindung ist die hohe Kunst, psychiatri-

---

<sup>47</sup> ausführlich s. Kapitel 3.3.2.

sche Krankheiten zu verkaufen, weil sie der effizienteste Absatzmarkt für lukrative Psychopharmaka sind.“ Dieser Prozess setzt jedoch voraus, dass es Pharmakonzernen gelingt, verschiedene Interessengruppen zur Mitarbeit zu bewegen: ÄrztInnen, die besagte Medikamente verschreiben; PatientInnen, die sich eine Verabreichung wünschen; Lobbyvereinigungen und Verbraucherorganisationen, die sich für mehr Therapien einsetzen sowie Internet und Medien als Multiplikatoren (Frances 2014: 59). Whitaker (2007: 9) führt an, dass das medikamentenbasierte Paradigma psychiatrischer Behandlung seit der Einführung des ersten Antipsychotikums (Chlorpromazin) im Jahre 1954 in den USA in den letzten 50 Jahren zu einer Versechsfachung der Zahl psychisch Kranker geführt habe. Seit der Einführung des Antidepressivums Prozac im Jahre 1987 erhöhte sich die Zahl psychisch Kranker in den USA um 150.000 Betroffene pro Jahr. In anderen Ländern wie Großbritannien, die das medikamentenbasierte Paradigma ebenfalls übernommen haben, herrschen ähnliche Tendenzen vor. Whitaker (2007: 10) schlussfolgert, dass dieses Axiom nicht dafür geeignet sei, zu heilen, sondern, im Gegenteil, die Wahrscheinlichkeit erhöhe, chronisch krank zu werden. In diesem Zusammenhang hinterfragen Experten wie der Journalist und Mediziner Ben Goldacre (zitiert nach Haig 2016: 96) die nicht eindeutig bewiesene Serotonin-Hypothese (s. Kapitel 3.3.1.), auf der eine Vielzahl der Antidepressiva-Verschreibungen basieren.

Präventionssysteme schizophrener Psychosen wie der *Projektverbund Früherkennung und Frühintervention* sollen unspezifische Symptome sichten, um eventuell Betroffenen frühzeitig psychoaktive Substanzen zu verabreichen (Rufer 2007: 410). Laut Rufer (2007: 411) behandelt die Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik der Universität Bern potentiell Betroffene bereits medikamentös, bevor eine valide Diagnose gestellt werden kann. Der Betroffenenautor Schneider (2016: 35) kritisiert, dass Psychotherapie zunehmend einer *chemischen Zwangsjacke* weiche und zeigt Analogien zu psychiatrischen Behandlungsformen der 1970er-Jahren auf, die er selbst durchlebt hat. Durch die Verschreibung dieser Arzneimittel wird das Budget der Krankenkassen stark belastet, was zur Folge hat, dass die Beitragssätze der gesetzlichen Versicherungen nahezu jährlich steigen. Der *Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.* (2019: 7) kritisiert in diesem Zusammenhang die etablierte psychiatrische Praxis der *Polypharmazie*, d. h. der gleichzeitigen Verordnung mehrerer psychotroper Substanzen, wobei die Sterblichkeit bereits bei drei gleichzeitig verabreichten Neuroleptika sechsfach erhöht sei. Der UN-Sonderberichterstatter Dainius Puras erklärte dem Menschenrechtsrat der *Vereinten Nationen*, dass das reduktionistische biomedizinische Modell mit Unterstützung der Psychiatrie und der Pharmaindustrie sowohl die klinische Praxis als auch die medizinische Ausbildung, die Politik, Investitionen in die psychische Gesundheit und Forschungsagenden weltweit dominiert. Sowohl in Ländern mit niedrigem, mittlerem als auch hohem Einkommen werden

überproportional viele Dienstleistungen finanziert, die auf dem biologistischen Paradigma basieren (Lehmann o. J.: 1, 3). Das *Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit in Rheinland-Pfalz e. V.* veröffentlichte 2017 in Zusammenarbeit mit FachärztInnen für psychische Erkrankungen und Peter Lehmann vom Berliner Antipsychiatrieverlag Aufklärungsbögen zu Neuroleptika und Antidepressiva. Laut Herausgeberschaft ist das Ziel, PsychiatriepatientInnen eine Entscheidung über die Annahme oder Ablehnung der offerierten Psychopharmaka auf der Basis industrieunabhängiger Informationen zu ermöglichen (Peitz 2019: 1).

Insgesamt betrachtet, geht das Medizinsystem Illich (zitiert nach Helman 2001: 60) zufolge eine symbiotische Beziehung mit den Herstellern von Arzneimitteln und medizinischer Ausrüstung ein, die nicht unbedingt im Interesse des Patienten ist. Frances (2014: 59) räumt ein, dass PsychiaterInnen auf Grund des Fehlens biologischer Tests und einer daraus resultierenden höheren Abhängigkeit von subjektiven Urteilen durch kluges Marketing sehr leicht beeinflussbar seien. Pharmazeutische Unternehmen und medizinische Interessenverbände machen Krankheit laut Blech (2005: 7) zu einem lukrativen Industrieprodukt. Millett (2007: 34) kommentiert:

„Hinter den Vorstellungen von psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit steckt eine gigantische Industrie mit Hunderttausenden von Arbeitsplätzen, mit Zuschüssen und Ausgaben, Doktoren, Krankenschwestern und -pflegern, ein totales Überwachungssystem mit geschlossenen Abteilungen und entsprechenden Hilfsmitteln, Sicherheitspersonal und technischen Vorrichtungen, Herstellerfirmen von Gerätschaften für Fixierung, Überwachung und Elektroschocks; schließlich ist da noch die Pharmaindustrie selbst, zusammen mit der Rüstungsindustrie weltweit der größte und ertragreichste Industriezweig.“<sup>48</sup>

Die Pharmaindustrie investiert laut Greifeld (2013: 27) seit Jahren mehr finanzielle Mittel in Marketing als in Forschung und Entwicklung. Der *Bayerische Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.* (2018 (1): 1) argumentiert: „Weltweit verdienen die großen Pharmakonzerne an der Behandlung psychischer Krankheiten zweistellige Milliarden-Summen (...). Die Forschung der Konzerne ist immens, aber nicht zum Ziel der Gesundung des Patienten, sondern zum Verkauf neuer teurerer Medikamente.“ Im Zuge von *Disease-Awareness-Kampagnen* werden VerbraucherInnen auf Internetseiten der Pharmafirmen über angebliche Leiden informiert (Blech 2005: 49). Lehmann (2007: 16) kritisiert zudem, dass Angehörigenverbände wie die *National Alliance for the Mentally Ill* (NAMI) oder die *European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness* (EUFAMI) von Pharmafirmen gesponsert und beeinflusst werden. Gleichzeitig machen Aderhold, Stastny und Lehmann (2007: 163) auf ökonomische Abhängigkeiten von der Pharmaindustrie aufmerksam, „die das gesamte Medizinsystem in gefährvoller Weise durchsetzt haben“ und fordern eine Reduzierung des phar-

---

<sup>48</sup> Vor diesem Hintergrund formuliert Haig überspitzt (2016: 222): „Glück ist nicht gut für die Wirtschaft.“

mazeutischen Einflusses auf Eltern- und Patientenorganisationen sowie das Medizinsystem im Allgemeinen. Laut Blech (2005: 46) besteht das Dilemma in fehlenden finanziellen Mitteln öffentlicher Krankenhäuser, staatlicher Forschungsinstitute und Universitätskliniken, wodurch MedizinerInnen stärker als jemals zuvor auf Sponsoren- und Industriegelder angewiesen seien, um den Forschungsbetrieb aufrechterhalten zu können (Blech 2005: 44). Die Bioethikerin Susan Coyl konnte in wissenschaftlichen Untersuchungen zeigen, dass unter ÄrztInnen ein starker Zusammenhang zwischen dem Annehmen von Industrie-Geschenken und dem Bevorzugen der betreffenden Präparate besteht (Blech 2005: 43).<sup>49</sup> In Bezug auf Interessenkonflikte zeigt Lehmann (o. J.: 6, 7) exemplarisch auf, dass Psychiater wie Hans-Jürgen Möller, Vorsitzender der Psychiatrischen Universitätsklinik München, im Gegensatz zu FachkollegInnen das Postulat vertrat, dass Neuroleptika keine Abhängigkeit auslösen. Seine erst später offengelegten Interessenkonflikte ergaben, dass er u. a. von Pharmaunternehmen wie AstraZeneca, Novartis, Pfizer und Lundbeck Forschungsgelder oder Honorare für Vorträge erhalten hat bzw. Beiratsmitglied war. Der Psychiater Harold Sackeim behauptete, dass Elektroschocks eine generelle lebensverlängernde Wirkung hätten. Mit dieser Aussage stand er im Widerspruch zu zahlreichen fachmedizinischen Veröffentlichungen, die auf gefährliche Folgeerscheinungen dieser psychiatrischen Therapieform wie Hirnblutungen, Lungenentzündungen und Embolien hinwiesen. In der Offenlegung seiner Interessenkonflikte räumte er ein, dass er als Berater für Hirnstimulations- bzw. Elektrokonvulsionstherapieunternehmen tätig war oder Forschungsgelder von ihnen erhielt. Der Psychologieprofessor Karon (zitiert nach Itten 2007: 257) macht auf eine von der *American Psychiatric Association* finanzierte Studie aufmerksam, die zu dem Ergebnis gekommen ist, dass die Verdienstmöglichkeiten von PsychiaterInnen, die Psychotherapie praktizieren, 100.000 US-Dollar im Jahr kaum übersteigen, während auf Medikation und Begutachtung beschränkte Praxen über 300.000 US-Dollar einbringen können, was für viele FachärztInnen für psychische Erkrankungen ein starker finanzieller Anreiz ist (Blech 2005: 47). Darüber hinaus ergab eine Studie des kalifornischen Arztes Thomas Bodenheimer, dass Pharmafirmen die Resultate von Auftragsstudien bei unabhängigen ForscherInnen mitunter unterdrücken, schönen und/oder anderweitig verändern (Blech 2005: 44). In seinem Buch *Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität – Wie die Pharmaindustrie das Gesundheitswesen korrumpiert* beschreibt der Autor Peter C. Gøtzsche (zitiert nach Lehmann 2016: 14), Facharzt für Innere Medizin, die Psychiatrie als „das ‚Paradies der Pharmaindustrie““ und zieht Parallelen zwischen der Pharmaindustrie und organisierter Kriminalität, wobei er auf Bestechung einflussreicher Politiker und weiterer Meinungsführer ein-

---

<sup>49</sup> Blech (2005: 37) zufolge gibt die Pharmaindustrie jährlich 8.000 bis 13.000 Euro für das Anwerben eines einzigen Mediziners aus.

geht, das Vertuschen unwillkommener Wirkungen, unzureichende Arzneimittelüberwachung sowie die unerwünschten Nebenwirkungen, die nach Krebs und Herzerkrankungen die dritthäufigste Todesursache konstituieren (Blech 2005: 43). Insgesamt betrachtet, kann der Einfluss der Pharmaindustrie auf das Gesundheitswesen zu einseitigen Forschungsergebnissen, übermäßigen Psychopharmaka-Verschreibungen, einseitigen Entscheidungen über Kosten-erstattungen und Off-Label-Verwendungen von Arzneimitteln führen (Lehmann o. J.: 1). Unabhängige Verbände wie das Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen (ENUSP) fordern daher die Offenlegung von möglichen Interessenkonflikten und Transfers von Geldwerten zwischen der Gesundheitsindustrie und den im Gesundheitsbereich Tätigen (Lehmann o. J.: 2).

Das vorliegende Kapitel beleuchtete die Rolle von Krankheit als ‚Industrieprodukt‘. In der Gesamtschau wurde gezeigt, dass im Zuge der Medikalisierung als Ausweitung medizinischer Deutungsansprüche und Handlungsfelder eine weitreichende lebensweltliche sowie soziokulturelle Verbreitung von gesundheitsbezogenem und medizinischem Wissen stattfindet (Karsch 2015: 96). Eine Pathologisierung multipler Lebensbereiche birgt die Gefahr der Pathologisierung unerwünschter Verhaltensweisen, die ein Individualisierung von Leiden und soziale Exklusionsprozesse Betroffener zur Folge haben kann. Eine Überhöhung der Gesundheit im *Healthism* und *Enhancement*-Bestrebungen können dazu führen, dass Krankheit zunehmend als pharmakologisch zu beseitigenden bzw. durch Früherkennungssysteme zu verhindernden Störfaktor betrachtet wird. *Disease mongering* akzentuiert die Rolle der Pharmaindustrie, wenn für neu entwickelte Wirkstoffe bzw. Medikamente eine passende Krankheit erfunden wird, die im Rahmen von *Disease-Awareness-Kampagnen* und einer starken Präsenz in Betroffenen- bzw. Angehörigenverbänden das öffentliche Bewusstsein erreichen soll. Auf Grund von Werbegeschenken, Industriegeldern, Sponsoringaktivitäten und Lobbyismus der Pharmaindustrie besteht für viele PsychiaterInnen ein Interessenkonflikt zwischen finanziellen Anreizen auf der einen und dem Anspruch der postulierten medizinisch-wissenschaftlichen Objektivität auf der anderen Seite. Verstärkt von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen wird Kritik an der Vormachtstellung des medikamentenbasierten Paradigmas der Biopsychiatrie vorgebracht, das in betroffenen Ländern zu einer zunehmenden Medikalisierung von Lebensproblemen bzw. allgemeinpsychologischen Phänomenen mit einer Ausweitung des Diagnosekataloges, steigenden Betroffenenzahlen, polypharmazeutischen Tendenzen und der Gefahr einer erhöhten Sterblichkeit führen kann. Vor dem Hintergrund der ange-mahnten Individualisierung und Umetikettierung sozialer Problemfelder bzw. non-konformer Verhaltensweisen als (psycho)pathologisch als mögliche Folgeerscheinung von Medikalisierungsprozessen mit der Medizin und Psychiatrie als moralische Instanzen der sozialen Kon-



trolle soll im folgenden Kapitel aus kulturrelativistischer Perspektive der Frage nachgegangen werden, was Normalität und als normal betrachtetes Verhalten konstituiert.

### 3. Krankheitskonzepte, Psychiatrie und Stigmatisierung

#### 3.1. ‚Normalität‘ und ‚anomales‘ Verhalten

„Die Normalität ist eine gepflasterte Straße; man kann gut darauf gehen –  
doch es wachsen keine Blumen auf ihr.“  
(Vincent van Gogh)

Nachdem soziale bzw. soziokulturelle Perspektiven auf ‚Normalität‘ aufgezeigt wurden, befasse ich mich mit medizinischen Konzeptionen. Der aus dem Lateinischen stammende Begriff *Normalität* (norma: Regel, Richtschnur) bietet einen Maßstab bzw. Vergleichspunkt, der in unterschiedlichen Anwendungsbereichen wie der Chemie, Ethik und Soziologie Orientierung ermöglicht (Gelhaus 2008: 39). In sozialer Hinsicht korreliert normales zumeist mit erwünschtem Verhalten (Gelhaus 2008: 4). *Soziale* Definitionen von Normalität basieren daher auf geteilten Wertvorstellungen über angemessenes Verhalten und Zusammenleben (Helman 2001: 171). Gelhaus (2008: 4) argumentiert, dass der mit Regeln und Sanktionen verbundene Konformismus, der mit dem ‚Diktat‘ der Normalität einhergehe, nach Alexander für das soziokulturelle Zusammenleben essentiell sei, während ‚abnormes‘ Verhalten eine Gefahr für die gesellschaftliche Ordnung darstelle. Absolute Konzepte von Normalität und abnormalem Verhalten werden mit ethnografischen Postulaten einer hohen sozialen, ökologischen und geografischen Variabilität in der Identifizierung und Behandlung unangemessener Verhaltensweisen kontrastiert (Estroff 1981: 208). So zeigt beispielsweise die Frage, ob Vergesslichkeit im Alter als Zeichen eines normalen Alterungsprozesses oder als Krankheitssymptom interpretiert wird, eine hohe kulturelle, gesellschaftliche und historische Variabilität auf (Heinz 2014: 27, 28). Im Gegensatz zu medizinischen Kriterien sind soziale Normalitätsvorstellungen durch eine Übereinstimmung mit soziokulturellen Normen geprägt, die als selbstverständlich gelten und anerkannt sind. Solche Normen können sich sowohl auf physische als auch psychische Eigenschaften sowie Lebensformen und Verhaltensweisen beziehen. Normabweichungen werden unterschiedlich konzeptualisiert, z. B. als Delinquenz, Perversität oder Krankheit. Gesellschaftliche Reaktionen reichen von Ausgrenzung, Stigmatisierung, Hospitalisierung, Kriminalisierung und Verfolgung bis hin zu Tolerierung (Hucklenbroich 2008: 24). Helman (2001: 171) beschreibt Normalität als multidimensionales Konzept, das neben dem spezifischen Verhalten beispielsweise auch Kleidung, Geruch, Gestik, Mimik, Emotionalität, Sprachgebrauch sowie deren Angemessenheit im Hinblick auf bestimmte Kontexte und Sozialbeziehungen umfasst. Soziale Definitionen von Normalität variieren darüber hinaus in verschiedenen Altersgruppen, Berufen, sozialen Positionen und kulturellen Minderheiten innerhalb einer Gesellschaft (ebd.: 171). Ferner beeinflussen kulturelle Vorstellungen und Deutungsmuster die sog. *language of distress*, in der persönliche Beschwerden kommuniziert

werden. Sie beinhaltet bestimmte kulturspezifische Definitionen von ‚Abnormalität‘ wie signifikante Veränderungen in Verhalten, Sprache, persönlicher Hygiene und Kleidungsweise (Helman 2001: 181).

Als Vertiefung der Inhalte soziokultureller Normalitätsvorstellungen soll im Folgenden Helmans (2001: 171-173) Darstellung eines Vier-Zonen-Modells exemplarisch diskutiert werden: Helman (2001: 171) argumentiert, dass kulturelle Wertvorstellungen nicht nur Richtlinien für normales, sondern auch temporär anomales Verhalten aufzeigen, und führt vier Zonen sozialen Verhaltens an, die variabel dem Zeitgeist unterliegen. Die erste Zone (A) verweist auf Normalität als *kontrolliertes, normales* Verhalten. Zone B umfasst u. a. *rites of reversal* bzw. *symbolic inversions*, in denen durch soziale Normen *kontrolliertes, abnormales* Verhalten an den Tag gelegt wird. Exemplarisch können hier Halloween und Karneval genannt werden, die auf Verhaltensweisen rekurren, die ihrerseits durch Normen kontrolliert werden, da Zeit und Ort der Ausübung im Voraus klar eingegrenzt und strukturiert werden. Ein anderes Beispiel für kontrolliertes, anormales Verhalten sind kulturspezifische Arten, physische bzw. psychische Störungen interpretativ und performativ zu fassen (Helman 2001: 171, 172). Exemplarisch führt Helman (2001: 172) die Vorstellung von Geistbesessenheit als Ursache für physische oder psychische Krankheiten an.<sup>50</sup> Daneben zählen religiöse Praktiken wie Schamanismus ebenfalls zu kontrolliertem, anomalem Verhalten (Helman 2001: 173). *Unkontrolliertes* Verhalten wird laut Helman (2001: 173) dagegen als soziales Problem betrachtet und entweder als *mad* (Zone C) oder *bad* (Zone D) klassifiziert. Erstere Variante zeichnet sich durch das Fehlen einer erkennbaren Ursache oder Sinnhaftigkeit sowie eine gesellschaftliche Klassifizierung als *anomal* aus. Unkontrollierte Verhaltensweisen in Zone D hingegen werden gesellschaftlich als *normal*, jedoch unerwünscht und oftmals illegal betrachtet wie kriminelle Tätigkeiten. In diesem Zusammenhang beurteilen Rechtsanwälte und forensische Psychiaterinnen die Schuldfähigkeit von Angeklagten im Rahmen einer strafrechtlich-psychiatrischen Einordnung.

Nachdem soziokulturelle Sichtweisen auf Normalität dargestellt wurden, widme ich mich im Folgenden *medizinischen* Konzeptionen: Im Gegensatz zu dem oben dargestellten sozialen Modell fußt die biomedizinische Konstruktion von Normalität auf dem Krankheitsbegriff und erweitert diesen mit statistischen und fallvergleichenden Methoden (Hucklenbroich 2008: 25). Normalität und Gesundheit werden unter Bezugnahme auf bestimmte physische und bioche-

---

<sup>50</sup> Besessenheitskulte existieren in Form von *Bori* der Hausa, *Wodu* in Haiti und *Candomblé* in Brasilien (Hirschberg 2005: 47). Crapanzanos (1973 und 1983) ethnopsychiatrische Studien widmeten sich dem Besessenheitskult der Hamadscha im Norden Marokkos. Auch die sog. *Menerik-Krankheit*, ein psychisches Leiden (Müller 2006: 103), wird von der lokalen Bevölkerung im Nordosten Sibiriens auf Besessenheit zurückgeführt (Müller 2006: 104).

mische Parameter definiert. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Patientin wird jedes Messergebnis an Hand standardisierter ‚Normalwerte‘ evaluiert.<sup>51</sup> Die zeitgenössische Biomedizin wäre Gelhaus (2008: 34) zufolge ohne Normwerte, Konzepte von normalen körperlichen Funktionsweisen und Normalbereiche zur Wiederherstellung von Gesundheit nicht denkbar. Krankheit als Abweichung von Normalwerten wird von Anomalitäten in der Struktur oder Funktion von Organen bzw. Körpersystemen begleitet. Der Krankheitsverlauf ist geprägt von charakteristischen Ätiologien, Symptomen, klinischen Untersuchungsergebnissen, Prognosen und Behandlungsverfahren (Helman 2001: 80). Dabei gelten Fälle, die sich gemäß dem Krankheitsbegriff nicht eindeutig als pathologisch identifizieren lassen, als Variationsbreite des Normalen. Eine fehlende Funktionalität und seltene Prävalenz sind dabei keine Ausschlusskriterien für Normalität (Hucklenbroich 2008: 20). Auch Canguilhem (zitiert nach Heinz 2014: 144, 145) akzentuiert, dass nicht jede Normabweichung als pathologisch gilt, da Diversität und Mutation wesentliche Bestandteile jeder Evolution sind. Jaspers stellte in seiner *Allgemeinen Psychopathologie* fest, dass „die Diagnose einer Erkrankung nicht von dem statistischen Durchdringungsgrad der Bevölkerung mit der Störung abhängig gemacht werden könne“, da ansonsten Karies im Jahre 1946 der Normalzustand in Deutschland und ein nicht-kariöses Gebiss die statistische Ausnahme gewesen wäre (Heinz 2014: 48). Darüber hinaus kann die Evaluierung einer Anomalie laut Canguilhem immer nur auf eine bestimmte Umwelt und die darin enthaltenen Gegebenheiten bezogen, ermittelt werden. Referenzpunkt des erkrankten Individuums ist nicht die Durchschnittsnorm, sondern sein individueller, bisheriger Leistungsstand, an welchem das Ausmaß der krankheitsbedingten Beeinträchtigung gemessen werden soll (Heinz 2014: 145). Somit ist für die Beurteilung eines Zustandes als pathologisch oder gesund jeder Einzelfall gesondert zu betrachten (Heinz 2014: 54, 55). Des Weiteren können Merkmale oder Zustände, die im Rahmen einer soziokulturellen Perspektive als normal oder sogar positiv gewertet werden, im medizinischen Kontext als pathologisch gelten (Hucklenbroich 2008: 20). Als Beispiele führt Hucklenbroich (2008: 20) die Supermodellfigur oder sog. Wespentaille des 19. Jahrhunderts an.

Canguilhem postuliert in seiner Schrift *Das Normale und das Pathologische* das Vorhandensein eines normativen Akts im Rahmen der Deskription natürlicher Funktionen und ihrer krankheitsbedingten Beeinträchtigung (Heinz 2014: 53). Auf psychische Krankheiten bezogen, kritisiert Millett (2007: 31), dass das individuelle Verhalten als Indiz für eine Erkrankung

---

<sup>51</sup> Medizinische ‚Normalwerte‘ unter Laborbedingungen wurden u. a. nach Claude Bernard noch unter Bezugnahme auf ein idealtypisches Modell von ‚Normalität‘ gewonnen (Wolters/Beyer et. al. 2013: 10). Die Ermittlung von Normalwerten bzw. -bereichen für medizinische Zwecke im Rahmen einer Abgrenzung von Krankheit und Gesundheit nach Durchschnittswerten, beschreiben Gelhaus (2008: 37, 38) und Hucklenbroich (2008: 17, 18).

kein objektiver Tatbestand ist, sondern Gegenstand subjektiver Beobachtung und Interpretation. Der Prozess der psychiatrischen Diagnostik ist „mit Interpretationsspielräumen und Wertungen verbunden, die eine Einschätzung der ‚Sozialität‘ von Menschen mit psychischen Abweichungen und damit auch der ‚akzeptierten Formen menschlichen Zusammenlebens‘ beinhalten.“ (Wolters/Beyer et. al. 2013: 13) In mit der Definition von psychischer Krankheit verbundenen Aushandlungsprozessen vereinen sich individuelle, wissenschaftliche und gesellschaftliche Sichtweisen auf Normalität und Abweichung sowie daraus resultierende Handlungsimplicationen, wobei ein Fokus auf der psychiatrischen Deutungsmacht liegt (Wolters/Beyer et. al. 2013: 15). Da die meisten psychischen Krankheiten nicht durch klinische Erhebungen oder Laboruntersuchungen nachweisbar sind, bilden sie laut Jervis (1978: 78-80) eine Hypothese und somit ein vereinfachendes und abwertendes Urteil, das über das Verhalten Betroffener gefällt wird. Unpassendem Verhalten werden Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit abgesprochen, wobei das ‚Nicht-verstehen-Wollen‘ als Abwehr aufzufassen ist, um in der eigenen statt in anderer Weise weiterleben zu können (Jervis 1978: 103). Bei allem Wissen über psychologische und physiologische Zusammenhänge ist die Auffassung von Sucht als Charakterschwäche, moralische Verfehlung oder Krankheit „eher eine Frage der gesellschaftlichen Konzeption als der naturwissenschaftlichen Expertise.“ (Gelhaus 2008: 40, 41) Auf das o. g. Beispiel der Gedächtnisstörungen übertragen, lässt sich festhalten, dass sie vor 20 bis 30 Jahren weitestgehend als Zeichen eines normalen Alterungsprozesses betrachtet wurden, während heute bestimmte Ausprägungen einer demenziellen Störung zugeordnet werden können (Heinz 2014: 50, 51). Heinz (2014: 51) schlussfolgert, dass Demenzen als Erkrankungen gelten, da sie von einer Idealnorm abweichen. Analog dazu findet eine Grenzziehung zwischen Exzentrizität, gesetzlich nicht geduldetem Verhalten und psychischer Krankheit nicht ausschließlich auf der Basis naturwissenschaftlicher Erkenntnisse statt (Gelhaus 2008: 41). Die Interrelationen zwischen gesellschaftspolitischen Normen und der Anwendung des Krankheitsbegriffs beschreibt Gelhaus (2008: 41) wie folgt:

„Geht z. B. die Konzeption von Normen von autonomen, verantwortungsfähigen Individuen aus, so ist der Nachweis einer biologischen Determination zum unerwünschten Verhalten im Sinne einer Krankheit ein wichtiger Entschuldigungsgrund. Wird andererseits gesellschaftskritisches Verhalten als Krankheit interpretiert, so wird die Kritik abgewehrt und auf das ‚defekte‘ Individuum zurückgeworfen.“

Bezugnehmend auf die Etikettierung von Normalitätsabweichungen mit psychologisch-psychiatrischen Diagnosen akzentuiert auch der Arzt und Psychotherapeut Zehentbauer (2018 (4): 1, 2) den artifiziellen Charakter der Grenze zwischen sog. Normalverhalten und psychischer Krankheit. Eine herrschaftskonforme Normierung durch die Psychiatrie in dem Sinne, dass ein Funktionieren bzw. Wohlverhalten mehr oder weniger unhinterfragt und willkürlich

zu normativen Kriterien psychischer Gesundheit wurde und jegliches Abweichen von der herrschenden Ideologie als Krankheit beurteilt werden konnte, fand im Nationalsozialismus statt (Heinz 2014: 127). Canguilhem (zitiert nach Heinz 2014: 68) fasst zusammen,

„dass ‚das Normale‘ kein ‚statischer und friedlicher Begriff, sondern ein dynamischer und polemischer‘ sei: ‚Normieren und normalisieren, das bedeutet: einem Daseienden, Gegebenen eine Forderung aufzwingen, von der aus sich Vielfalt und Disparität dieses Gegebenen als ein nicht bloß fremdes, sondern feindliches Unbestimmtes darstellen.‘“

In dem vorliegenden Kapitel konnte gezeigt werden, dass soziale Sichtweisen auf Normalität zumeist eine Übereinstimmung mit soziokulturellen Normen bzw. gesellschaftlich erwünschten Verhaltensweisen implizieren, die soziokulturell und historisch variabel sind. Das multidimensionale, relationale Konzept der Normalität wurde an einem Vier-Zonen-Modell sozialen Verhaltens exemplarisch dargestellt. Die biomedizinische Herangehensweise an Normalität fußt hingegen auf dem Krankheitsbegriff. Unter Bezugnahme auf physische und biochemische Parameter werden Messergebnisse an Hand standardisierter Normalwerte evaluiert. Krankheit als Abweichung von Normalwerten orientiert sich darüber hinaus jedoch auch am Patienten als individuellem Referenzpunkt. Interdependenzen zwischen gesellschaftlichen Normen und medizinischen, v. a. psychiatrischen Krankheitsdefinitionen wurden aufgezeigt, wobei das Festlegen eines natürlichen Funktionierens von Körperprozessen und darauf aufbauender Krankheitsbilder als normativer Akt diskutiert wurden. Vor allem in Hinblick auf psychische Krankheiten werden das Fehlen von objektivierbaren medizinischen Tatbeständen und die Subjektivität der fachärztlichen Diagnostik angeprangert. Die Relativität des Normalitätsbegriffes konnte aufgezeigt werden. Im folgenden Kapitel wird der Gedanke des Kulturrelativismus in der Betrachtung des historischen Verlaufes unterschiedlicher Krankheitskonzepte wieder aufgenommen.

## **3.2. Krankheitskonzepte**

*„Gesundheit ist nicht alles. Aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“  
(Arthur Schopenhauer)*

### **3.2.1. Historischer Abriss unterschiedlicher Krankheitskonzepte**

Die interpretative Einordnung psychischer Leidenszustände ist mit zeitlich parallelen kulturellen, ökonomischen und politischen Strömungen verbunden (Roelcke 2013: 111). Nach Roelcke (2013: 111) gewähren die jeweils dominanten psychiatrischen Deutungsmodelle und damit verbundene Praktiken Einblicke in gesellschaftliche Ordnungs- und Normalitätsvorstellungen. Hucklenbroich (2008: 27) argumentiert, dass nicht die Krankheitsdefinitionen an sich einem historisch-soziokulturellen Wandel unterliegen, sondern lediglich die zugrunde liegenden

Rahmenmodelle für die Erklärung natürlicher Lebens- und Krankheitsprozesse. Dazu zählen die Fragen, welche Bestandteile den menschlichen Organismus bilden, wie diese miteinander interagieren und welche Ursachen für normale und pathologische Abläufe heranzuziehen sind. Hucklenbroich (2008: 27) konstatiert: „Das Rahmenmodell hat sich im Laufe der Medizingeschichte von der antiken Humoralpathologie bis zum heutigen bio-psycho-sozialen Modell mehrfach verändert“. Die wichtigste Zäsur sieht Hucklenbroich (2008: 27) im Anschluss der Medizin an neuzeitliche erfahrungswissenschaftliche Denk- und Forschungsmethoden, Theorien sowie Nosologien im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts.

Im Folgenden werden kursorische Einblicke in wesentliche Etappen der Historie unterschiedlicher Krankheitskonzepte gewährt, die als Ergänzung, Vertiefung bzw. Auffrischung der in Kapitel 2.3. skizzierten medizinisch-psychiatrischen Entwicklungsschritte dienen sollen: Seit dem Altertum existierten neben einer magisch-religiösen Interpretation psychischer Leidenszustände medizinische Deutungsmuster (Jervis 1978: 46). In der antiken Medizin galt ein „Zustand oder Vorgang im Organismus als krankhaft, wenn er (unbehandelt) 1. zum Tode führt, 2. mit Schmerz oder Leiden verbunden ist, 3. oder das (individuelle) Risiko erhöht, dass ein Ereignis der ersten oder zweiten Art auftritt.“ (Hucklenbroich 2008: 8) Seit Hippokrates um 400 v. Chr. bis zum Ende des 19. Jahrhunderts herrschte in der Medizin das Dogma der Humoralpathologie bzw. Viersäftelehre vor, die Gesundheit und Krankheit vom Gleichgewicht der vier Körpersäfte (Blut, Schleim sowie gelbe und schwarze Galle) abhängig machten (Frances 2014: 31, 32). Erst im späten 19. Jahrhundert wurde die Humoralpathologie durch bahnbrechende Erkenntnisse in der Pathologie, Physiologie und Hirnforschung abgelöst (Frances 2014: 32). In der Geschichte der europäischen Medizin gilt die Einführung des Kartesianischen Paradigmas<sup>52</sup> als Wendepunkt, das auf René Descartes (1596-1650) zurückzuführen ist (Greifeld 2013: 22). Dieser konzeptionelle Körper-Geist-Dualismus teilte den menschlichen *Körper* als Forschungsfeld den Naturwissenschaften zu und *Geist* bzw. *Seele* der Philosophie und Religion (Helman 2001: 82). Während im Zuge der Aufklärung zu Beginn des 19. Jahrhunderts die sog. ‚Geistesstörung‘ als Störung moralischer Fähigkeiten betrachtet wurde (Jervis 1978: 48), setzte sich im Laufe des 19. Jahrhunderts in Europa durch große Fortschritte in der Biologie eine krankheitsorientierte Medizin durch (Greifeld 2003: 16). Mit der Etablierung einer naturwissenschaftlich fundierten Medizin wurde Krankheit als Gegenbegriff zu Gesundheit postuliert (Lenz 2018: 6). Helman (2001: 82) fasst zusammen, dass der ‚Geist‘ im Laufe der Zeit das Studienobjekt von Psychiaterinnen und Verhaltensfor-

---

<sup>52</sup> Das mechanistische kartesianische Menschenbild versteht den Menschen als eine Maschine, wobei eine genaue Kenntnis deren Einzelteile, Funktionen und Struktur das gewünschte Verhalten bzw. die desirable Körperlichkeit produzieren soll (Haller 2005: 79).

schern wurde, während der Körper zunehmend als lebendige Maschine betrachtet und den Medizinwissenschaften sowie ihren diagnostischen Technologien als Forschungsgebiet zugewiesen wurde.

Während zuvor Auffassungen von ‚Geisteskrankheit‘ als Verirrung von Willen und Moral dominant waren (Jervis 1978: 51), herrschte im 19. Jahrhundert ein individualistischer, ahistorischer positivistischer medizinischer Ansatz vor (Jervis 1978: 58). Kleinman (2004: xv) konstatiert, dass das Bild des ‚defekten‘ Gehirns seitdem den dominanten professionellen (und populären) Diskurs prägt. Darüber hinaus gewannen psychologische Erklärungsmodelle zunehmend an Einfluss (Kleinman 2004: xv). Im Gegensatz zu positivistischen Deutungsmustern erwarb der Betroffene nach Freud, Jung und Bleuler ein Recht auf ein eigenes Innenleben im Sinne einer Psychologie (Jervis 1978: 54). Die Interpretation der Biografie des Patienten sowie der Einbezug sozialer Kontexte der Störung sind auf Freud zurückzuführen (Kleinman 1988: 42, 43). Die fachübergreifende Debatte, ob psychische Leiden auf biologische Krankheiten als zufällige Naturereignisse reduziert werden können oder auf gesellschaftlich bedingte Phänomene mit inhärenter Bedeutung zurückzuführen sind, hält an (Jervis 1978: 60). Innerhalb der Disziplin der Biomedizin forderten die neu entstandene Psychosomatik<sup>53</sup> und Psychoanalyse<sup>54</sup> bereits gegen Ende des 19. Jahrhunderts ein ganzheitlicheres Menschenbild (Greifeld 2013: 22). Der Hamburger Endokrinologe und Internist Arthur Jores setzte sich nach dem Zweiten Weltkrieg für die Inklusion tiefenpsychologischer Ansätze in die Schulmedizin ein und gilt als ein bedeutender Repräsentant der deutschen Psychosomatik (Stöckel 2013: 312). Jores argumentierte, dass Menschen nicht nur physisch, sondern in ihrer Gesamtheit von einer Krankheit erfasst würden, wobei die naturwissenschaftliche Medizin mit ihrer „Beschränkung auf die rein somatisch betrachtete Pathogenese (...) für das Verständnis und die Bekämpfung der Infektionskrankheiten“ ausreichend sei, während für die Behandlung psychischer oder psychisch bedingter chronischer Erkrankungen der Mensch als empfindendes Wesen in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt werden solle. Die Frage nach der Sinnhaftigkeit und Funktion einer psychischen Erkrankung wurde fokussiert erforscht (Stö-

---

<sup>53</sup> Laut Helman (2001: 185) bezieht sich die Psychosomatik auf Zustände, die sowohl über eine psychologische als auch physische Komponente verfügen, die oftmals in kausalem Zusammenhang stehen. Psychosomatik beschreibt sowohl Zustände, deren Ursprung im Psychologischen liegen und mit keiner feststellbaren physischen Anomalität einhergehen (wie Spannungskopfschmerzen) als auch solche mit vorhandener physischer Störung, die jedoch durch psychologische Faktoren verursacht oder verschlimmert werden wie durch familiäre Konflikte ausgelöste Asthmaanfälle.

<sup>54</sup> EthnologInnen argumentieren, dass die Praktik der Psychoanalyse auch als Ausdruck bestimmter kultureller Kernwerte, wie sie v. a. in der ‚gebildeten Mittelschicht westlicher Gesellschaften‘ zu finden sind, verstanden werden kann wie z. B. Individualismus, Privatsphäre und Vertraulichkeit, Selbsterfahrung, persönliches Wachstum, ein hoher Stellenwert von Sprache als Ausdrucksmittel für persönliche Belastungen sowie die Verortung von Konflikten in der Psyche und nicht in der sozialen Umwelt (Helman 2001: 193).



ckel 2013: 314). Ein weiterer Vertreter der Psychosomatik, Alexander Mitscherlich (ebd.: 317), betrachtete das Krankheitsgeschehen aus politischer und soziologischer Perspektive, wobei er die gesellschaftliche Bedingtheit von psychischen Krankheiten in den Fokus rückte. So bringe jede Gesellschaft ihre eigentümlichen Krankheiten hervor (ebd.: 318), die Konflikte aufzeigten, damit sie gelöst werden könnten. „Während die Psychiatrie in der jüngeren Vergangenheit in ‚therapeutische Aggression‘ ausgeartet war, die ‚das Wahnsystem zertrümmern‘ sollte, folgte der psychosomatische Arzt dem Kranken in seinen Wahn, um für ihn zu erkennen und ihn herauszuführen.“ (ebd.: 319) Mitscherlich bemühte sich daher um tiefenpsychologische Deutung der Krankheitsätiologie (Stöckel 2013: 320).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts herrschte ein Fokus auf der Degenerationslehre und Erbbiologie vor, die im Dritten Reich zu Zwangssterilisationen und Ermordungen psychisch Kranker führten. Nach dem Zweiten Weltkrieg entstanden „sozialwissenschaftliche Theorien, die im Konzept von der ‚schizophrenen‘ Mutter als Sündenbock gipfelten“. Die sog. Vulnerabilitäts-Stress-Theorie, die in Kapitel 3.3.1. ausführlich behandelt wird, fand ihren Ursprung in den 1970er-Jahren und stieß auf breite Akzeptanz, da sie offen ließ, ob die postulierte Verletzlichkeit biologischer oder psychologischer Ursache ist (Finzen 2013: 103). Borck (2003: 141) konstatiert, dass die 1990er-Jahre international zur Dekade der Hirnforschung erklärt wurden. Im Rahmen einer globalen Antistigmakampagne wurde von der *World Psychiatric Association* der zentrale Slogan *Psychische Krankheiten sind Gehirnerkrankheiten* ausgerufen, der eine „Schwerpunktverlagerung von der sozialen Reformpsychiatrie zur neurobiologisch determinierten ‚Hirnpsychiatrie‘“ implizierte. Damit wurde der Mitte des 19. Jahrhunderts an der Wende von der pädagogischen zur Neuropsychiatrie entstandene Leitspruch Wilhelm Griesingers (Geisteskrankheiten sind Gehirnerkrankheiten) wieder aufgenommen (ebd.: 94). Das Ziel der Entstigmatisierungsbewegung wurde jedoch verfehlt, da laut Finzen (2013: 94, 95) „offenbar nicht bedacht [wurde], welche Assoziationen die Menschen mit dem Begriff der Gehirnerkrankheiten verbinden (...) und auf welche Weise sie neue Schuldzuweisungen fördern.“

Kontemporäre Ausprägungen der Biomedizin zeichnet sich laut Helman (2001: 82) durch einen Reduktionismus aus, der den Fokus auf ein bestimmtes krankhaftes Körperteil bzw. -system legt, während der Mensch in seiner Ganzheit immer mehr aus dem fachmedizinischen Blickfeld gerät (Greifeld 2003: 17). Kleinman (2004: xv) beobachtet ein abnehmendes epistemologisches Interesse an sozialen Faktoren wie Familie, soziale Netzwerke und biografische Lebensereignisse. Verhaltensweisen werden zunehmend aus dem Kontext gerissen und zu psychiatrischen Symptomen objektiviert (Jervis 1978: 53). Diese Praxis reduziert psychologische, interpersonelle Schwierigkeiten laut Jervis (1978: 81) auf biologische, individuelle,

mechanische, auf Zufälligkeit beruhende, nicht-menschliche Probleme. Jervis (1978: 52) fasst zusammen:

„Der strafende Autoritarismus trat dem Geisteskranken nicht mehr, wie im Mittelalter, im Namen der Religion gegenüber oder, wie im 18. Jahrhundert, im Namen der Staatsraison oder, wie nach der Französischen Revolution, im Namen der aufklärerischen Moral, sondern in dem der Wissenschaft und des Fortschritts.“<sup>55</sup>

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass kulturelle Spezifika die Definition, Erklärung, Verbreitung, Performanz und Behandlung psychischer Krankheiten mitgestalten. Von der Humoralpathologie über das konstitutive kartesianische Paradigma, das letzten Endes die Deutungsmacht der Psychiatrie über die Behandlung psychischer Leidenszustände ermöglichte bis hin zu der im 19. Jahrhundert etablierten krankheitsorientierten Medizin, unterlagen die den jeweiligen Krankheitsdefinitionen zugrunde liegenden Rahmenmodelle historisch-soziokulturellem Wandel. Das kontemporäre biologistische Paradigma von psychischen Krankheiten als Gehirnkrankheiten konnte gesellschaftliche Vorurteile und Stigmatisierungen nicht abbauen. Vielmehr wird die zeitgenössische Biomedizin für ihren Reduktionismus und die mechanistische Herangehensweise kritisiert, während gesellschaftliche Probleme, prägnante lebensgeschichtliche Ereignisse wie stressinduzierte Traumata, subjektive Sichtweisen und inhärente Bedeutungskomplexe der Krisenbetroffenen mitunter wie Epiphänomene behandelt werden. Demgegenüber befasst sich die Psychosomatik seit dem 20. Jahrhundert als holistischerer Ansatz auch mit sozialen Entstehungsfaktoren, biografischen Lebenskontexten und der Sinnhaftigkeit psychischer Leidenszustände. Mit diesen Aspekten befasst sich das folgende Kapitel unter Bezugnahme auf Kleinmans (1980) sog. *explanatory models*.

### **3.2.2. Erklärungsmodelle für Erkrankungen und Lagentheorien**

Der Psychiater und Ethnologe Arthur Kleinman differenziert ausgehend von seinen Studien in Taiwan zwischen *general health beliefs* und *explanatory models*. Erstere stellen „offizielle Verlautbarungen eines bestimmten Gesundheitssektors über Ursache, Symptome und Verläufe sowie sinnvolle Therapien bestimmter Erkrankungen dar“, während *explanatory models* auch von Betroffenen in der spezifischen Situation des Krankheitsausbruchs formuliert werden können (Heinz 2014: 26). Laut Kleinman (1980: 105) sind Erklärungsmodelle (*explanatory models of illness*, EM) ideationale Vorstellungen über eine Krankheitsepisode und ihre Behandlung, die von allen am klinischen Prozess Beteiligten verwendet werden. Sie bieten Erklärungen für Ätiologie, Symptomatik, physiologische Veränderungen, Krankheitsverläufe

---

<sup>55</sup> Weitere Kritikpunkte an der zeitgenössisch praktizierten biomedizinischen Ausrichtung werden in Kapitel 3.3.1. erörtert.

und Therapiemöglichkeiten (Helman 2001: 68), lenken die Auswahl vorhandener Behandlungsalternativen und verleihen der Krankheitserfahrung persönliche sowie soziale Bedeutung (Helman 2001: 85). Ärztekonsultationen konstituieren einen intersubjektiven Austausch zwischen Laien- und Professionellen-Erklärungsmodellen bezogen auf eine bestimmte Erkrankung. Machtasymmetrien zwischen medizinisch geschulter Ärztin als Expertin für Gesundheitsfragen und Patient bewirken oftmals die Transformation des Laien-Erklärungsmodells (*illness*) in biomedizinische *disease*-Konzeptualisierungen (Helman 2001: 86). Kleinmans (1995: 8) Intention hinter der Formulierung von Erklärungsmodellen war daher die Erschaffung eines *modus operandi* für die Akzentuierung von Polyvokalität, welche klinische Selbstreflexion in Bezug auf biomedizinische Deutungsansprüche fördern und Formen der Fehlkommunikation heuristisch erfassen sollte. Die Datenerhebungstechnik der klinischen Patientenbefragung sollte auf offene Fragen im Sinne einer zuhörenden Aushandlungspraxis zurückgreifen (Kleinman 1995: 9).<sup>56</sup>

Im Folgenden werde ich mich fokussiert mit Laientheorien befassen, die ich zum Abschluss des Kapitels mit den Charakteristika eines biomedizinischen Erklärungsansatzes kontrastieren werde. Helman (2001: 91) führt aus, dass Laientheorien oftmals einer inneren Logik folgen und den Krankheitserfahrungen der PatientInnen Sinn verleihen. Der Prozess des Krankwerdens beinhaltet sowohl die subjektive Perzeption physischer und/oder psychischer Veränderungen als auch die Bestätigung dieser durch Andere. Dieses Phänomen setzt einen Konsens zwischen den Beteiligten im Hinblick auf die Definition von Gesundheit und anomalen Ausprägungen voraus. Standardisierte Verfahren bezüglich der Mobilisierung von Hilfe und Unterstützung wirken prägend, wobei sowohl die Präsentation der Krankheit als auch die Reaktion der sozialen Umwelt größtenteils durch soziokulturelle Faktoren bestimmt werden (Helman 2001: 85):

„Each culture provides its members with ways of becoming ‚ill‘, of shaping their suffering into a recognizable illness entity, of explaining its cause, and of getting some treatment for it. (...) Mental illness can therefore be explained by, for example, spirit possession, witchcraft, the breaking of religious taboos, divine retribution, and the ‚capture‘ of the soul by a malevolent spirit.“ (Helman 2001: 180)

---

<sup>56</sup> Rund zwei Jahrzehnte später wandte sich Kleinman (1995: 6) von Strukturalismus und Symbolischer Anthropologie ab und widmete sich vermehrt einem phänomenologischen Ansatz. Sein Interessenschwerpunkt verlagerte sich „from medical systems – the very idea, with its impression of formal structures and innate divisions (...) – toward the lived experience of suffering, toward medical practice as a historicized mode of social being-in-the-world.“ Medizinische und psychologische Kategorien wurden durch ethnografische Interpretationen von Intersubjektivität ersetzt. Einen Vorteil von Erklärungsmodellen als Heuristik sieht er noch immer in der praktikablen Anwendung in der Forschung sowie im medizinischen Kontext, der auf Grund des omnipräsenten institutionellen Zeitmangels selbst eine ‚Mini-Ethnografie‘ verunmöglicht (Kleinman 1995: 8). „However, the deconstruction of help seeking into distinctive types of resort, together with the diagramming of steps in the process of choosing a caregiver, now seem overly mechanical.“ (Kleinman 1995: 9)

Sog. *idioms of distress* organisieren die illness-Erfahrung und drücken lokale Besonderheiten aus (Lux 2003: 23). Am Beispiel einer Erkältung führt Helman (2001: 86) aus, dass die Anzeichen einer Erkrankung von der Betroffenen zunächst als anomal eingestuft und schließlich dem Symptomkomplex einer Erkältung zugeordnet werden müssen. Vorausgesetzt werden gesellschaftlich geteilte Vorstellungen von der Beschaffenheit und Identifizierung einer Erkältung (Helman 2001: 86). Im Anschluss daran stellen sich dem Betroffenen Fragen nach Ursache, Verlauf und Behandlung der Erkrankung (Kleinman 1988: 43, 44). Laintheorien können auf kulturellen Konzepten basieren, die durch Massenmedien, Internet oder das vorherrschende medizinische Erklärungsmodell beeinflusst werden (Helman 2001: 91). Die Ursache einer Erkrankung kann laut Helman (2001: 91) im Individuum, in der natürlichen Umwelt, im sozialen Umfeld oder der übernatürlichen Welt verortet werden, wobei oftmals eine Kombination mehrerer Kausalitätszuschreibungen erfolgt. Exemplarisch für eine Lokalisierung in der natürlichen Umwelt können klimatische Bedingungen (Helman 2001: 92), Umweltreize, Tiere oder Mikroorganismen angeführt werden, während im sozialen Umfeld Mitglieder der lokalen Bevölkerung für die Erkrankung verantwortlich gemacht werden, etwa durch Hexerei, den bösen Blick (Helman 2001: 93) oder durch die soziale Umgebung verursachten Stress. Beispiele für die übernatürliche Welt sind direkte Handlungen übernatürlicher Wesen wie Götter, Geister oder Ahnen (Helman 2001: 94). Greifeld (2003: 21) konstatiert, dass die letzteren beiden Erklärungsmodelle global weit verbreitet sind und über das Individuum hinaus auf die soziale Gemeinschaft und/oder Familie des Erkrankten verweisen.<sup>57</sup> Krankheit als gesellschaftliches Phänomen postulierten bereits Edward E. Evans-Pritchard und Victor Turner, die später zu Vorläufern der Medizinethnologie erklärt wurden und die „Einsicht [teilten], dass Erkrankungen nicht auf körperliche Vorgänge reduziert werden können“ (Hsu 2003: 177). Young (zitiert nach Helman 2001: 96) differenziert in diesem Zusammenhang zwischen *externalizing* und *internalizing belief systems*. Erstere lokalisieren die Ätiologie außerhalb des Körpers des Erkrankten in der sozialen Umwelt. Als mögliche Ursache werden prägnante soziale Ereignisse rekonstruiert, die vor der Symptommanifestation stattfanden. Demgegenüber verorten internalisierende Vorstellungssysteme die Krankheitsgenese innerhalb des Körpers der Patientin. Letztere Perspektive vertritt die zeitgenössische Biomedizin, deren Charakteristika im Folgenden umrissen werden sollen, bevor ich in Kapitel 3.3.1. ausführlicher auf das biologistische Erklärungsmodell für psychische Krankheiten eingehen werde: Im Rahmen ihrer patientenzentrierten Kausalitätszuschreibung beinhalten biomedizinische Ansätze größ-

---

<sup>57</sup> Kleinman (1988: 19) merkt an: „In both societies [„the early New England Puritan world” and „[i]n twentieth-century tribal societies in Africa”] witchcraft became a major explanatory model of malignant illnesses that were random and unpredictable, like witchcraft itself”.

tenteils weder übernatürliche noch soziale Erklärungsmuster. So fällt die Verantwortung für die Erkrankung hauptsächlich der Patientin zu, die unter dem Verdacht steht, durch inkorrektes Verhalten, einen schädlichen Lebensstil oder ungesunde zwischenmenschliche Beziehungen ihre Gesundheit vernachlässigt zu haben (Helman 2001: 91). Helman (2001: 95) fasst zusammen: „Its [internalizing belief system] strength lies in its detailed perception of physiological events within the individual body, but its weakness lies in ignoring the social and psychological events that preceded the onset of symptoms – while the reverse is true of the externalizing systems.“ Gleichzeitig gibt Helman (2001: 82) zu bedenken, dass auch medizinische Erklärungsmodelle kontextabhängig, kulturgebunden sowie durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Konzepte modifizierbar sind.

Das rezente dominante psychiatrische Krankheitsmodell akzentuiert laut Beresford (2009: 47) die Bedeutung medizinischer Diagnosekategorien, die Vormachtstellung psychiatrischer Kliniken in der Behandlung psychischer Leidenszustände, eine primär pharmakologisch ausgerichtete Therapie sowie Sondergesetzgebung im Umgang mit psychisch Kranken (Beresford 2009: 47). Beresford (2009: 49) kritisiert das Fehlen eines alternativen sozialen Gegenmodells und führt als mögliche Begründung die pluralen, z. T. divergierenden Sichtweisen Psychiatrieerfahrener auf ihren psychischen Zustand an. So evaluieren manche Menschen mit psychiatrischer Diagnose ihre als pathologisch deklarierten Wahrnehmungen und Empfindungen nicht als problematisch oder einschränkend (Beresford 2009: 50). In diesem Zusammenhang erklärt Armes (2009: 142): „I would also say that there is no ‚we‘ of the service user/survivor population; that is, except that we have all experienced mental distress and *dominant mental health discourses* (Hervorh. i. Orig.).“ Nichtsdestotrotz hätte ein soziales Gegenmodell laut Beresford (2009: 50) das Potential, außergewöhnliche psychische Erfahrungen sowie individuelle Andersartigkeit zu konzeptualisieren und negative gesellschaftliche Reaktionen in das öffentliche Bewusstsein zu bringen. „Parallels to this development can be seen in the way in which social understandings of disability, developed by the disabled people’s movement, have profoundly and positively influenced disability policy and disabled people’s lives.“ (Beresford 2009: 50) Der Psychiater Volkmar Aderhold führt in diesem Zusammenhang den in der nordamerikanischen Userbewegung verwendeten Begriff des *Emotional Distress* an, der geeignet wäre, einen Gegendiskurs zu pathologisierender psychiatrischer Rhetorik zu entwerfen und zugleich gesellschaftlichen Diskriminierungsprozessen entgegenzuwirken (Olostiak-Brahms 2016: 4, 5).

In der Gesamtschau lässt sich festhalten, dass kontextabhängige, historisch und konzeptionell modifizierbare Erklärungsmodelle von Laien und medizinisch Tätigen, die im Rahmen der ärztlichen Konsultierung aufeinandertreffen, oftmals unterschiedliche Aspekte fokussieren

(illness vs. disease). Für das Identifizieren einer Erkrankung werden soziokulturell geteilte Vorstellungen von Gesundheit, spezifischen Krankheitsbildern sowie deren Beschaffenheit vorausgesetzt. Während Laientheorien die Krankheitsätiologie an vier verschiedenen Orten lokalisieren können (Individuum, natürliche Umwelt, soziales Umfeld oder übernatürliche Welt) und sowohl in ihre Erklärungsmodelle als auch Heilungszeremonien mitunter die gesamte soziale Gemeinschaft inkludieren, verortet die Biomedizin als Vertreter des sog. *internalizing belief system* die Genese von Erkrankungen innerhalb des Körpers, wobei die Verantwortung für die Erkrankung und Gesundung größtenteils dem (isolierten) Individuum zufällt. In den medizinischen Fachdisziplinen herrschen differente, z. T. widersprüchliche Erklärungsansätze für Gesundheitsprobleme vor. Ein soziales Gegenmodell psychischer Leidenszustände, das psychiatrische Erklärungsansätze und Behandlungspraktiken im Sinne einer entpathologisierenden Herangehensweise herausfordert, konnte noch nicht implementiert werden. Die in den bisherigen Kapiteln bereits umrissene konzeptionelle Distinktion zwischen *illness* und *disease* soll im Folgenden ausführlicher erörtert werden, bevor ich zwei Theorien präsentiere, die in ihren Definitionen von Krankheit sowohl *illness*- als auch *disease*- und *sickness*-Aspekte beinhalten.

### **3.2.3. *illness* <-> *disease***

Der Medizinhistoriker Karl E. Rothschuh (1975, zitiert nach Schübel 2016: 40) konstatiert, dass die Bezeichnung ‚Krankheit‘ auch in der alltäglichen Lebenswelt gebraucht wird, dann jedoch oftmals ein Krankheitsverständnis widerspiegelt, das sich nicht mit dem der wissenschaftlichen Medizin decken muss (Hucklenbroich 2008: 5). Von Weizsäcker postulierte eine ‚krankseinerorientierte Medizin‘ mit Wechselwirkungen zwischen körperlichen und psychischen Phänomenen. Während *Kranksein* somit ein holistischeres Verständnis widerspiegelt, rekuriert *Krankheit* lediglich auf den in der Biomedizin untersuchten Körper. Im anglophonen Raum wurde diese konzeptionelle Differenzierung im Jahre 1980 von Arthur Kleinman neu formuliert (Greifeld 2013: 22). Der Professor für Ethnologie und Psychiatrie, der seit den 1960er-Jahren Feldforschungen in China (Jenkins/Barrett 2004: xi), Taiwan und Nordamerika durchgeführt hat (Kleinman/Good 1985: 508), prägte die Distinktion zwischen den beiden theoretischen Konzepten *illness* und *disease*. Kleinman (1980: 72) fasst zusammen, dass *disease* sich auf eine Funktionsstörung biologischer und/oder psychologischer Körperprozesse bezieht, während der Begriff *illness* auf die psychosoziale Erfahrung und Bedeutung der perzipierten *disease* rekuriert. Die *illness*-Perspektive, die im Folgenden ausführlich dargestellt werden soll, beinhaltet die menschliche Erfahrung von Leiden, d. h. die Reaktion des Er-

kranken und seines sozialen Netzwerks auf die Symptome sowie den alltagspraktischen Umgang mit vorhandenen Beschwerden (Kleinman 1988: 3). Illness-Erfahrungen umfassen die für Laien verfügbaren Kategorisierungen und Erklärungen für die Formen von Belastungen, die von jenen pathophysiologischen Prozessen verursacht werden. Das illness-Verhalten besteht aus einer Mobilisierung angemessener Behandlung wie Schonung, Anpassung von Ernährung und Bewegung, der Selbstmedikation mit nichtverschreibungspflichtigen Medikamenten und der Entscheidung, wann medizinischer Rat in Form der Biomedizin oder alternativer Heilmethoden aufgesucht werden soll (Kleinman 1988: 4). „Since illness behavior includes the perception, affective response to, cognizing, and valuation of the symptoms of disease, along with their communication (verbal and non-verbal), *all* symptoms are molded by the illness experience (Hervorh. i. Orig.).“ (Kleinman 1980: 75) In der Regel entsteht die illness-Perspektive mit der Wahrnehmung erster Manifestationen von disease (Kleinman 1980: 75). Der Prozess der Selbstdefinition als krank (ill) kann sowohl auf Eigen- als auch Fremdwahrnehmungen basieren. Einer Introspektion als krank gehen normalerweise eine Reihe subjektiver Erfahrungen voraus wie perzipierte Körperveränderungen in Form von Gewichtsverlust, Haarausfall o. Ä., Veränderungen der regulären Körperfunktionen wie unregelmäßiger Herzschlag oder starke menstruelle Episoden und/oder ungewöhnliche emotionale Verfassungen in Form von Alpträumen, ausgedehnten Ängsten, Niedergeschlagenheit etc. (Helman 2001: 84). Helman (2001: 84) konstatiert, dass solche anomalen Körperveränderungen von der mehrheitlichen Bevölkerung temporär im Alltag erlebt werden, jedoch gewöhnlicherweise in einer milden Form. Kleinman (1980: 75) bemerkt, dass die Einschätzungen des Kranken zu einem gegebenen Zeitpunkt von seinem affektiven Zustand und der sozialen Situation beeinflusst werden sowie von seiner Körperauffassung und damit verbundenen als normal betrachteten physischen Prozessen, die wiederum auf charakteristischen familiären und kulturellen Setzungen beruhen. Das illness-Verhalten wird von gesellschaftlich als angemessen erachteten Formen des ‚Krankseins‘ beeinflusst. Solche konventionellen Erwartungen verändern sich jedoch im Rahmen von sozialen Aushandlungsprozessen und differieren vor dem Hintergrund individuell-spezifischer Biografien (Kleinman 1988: 5). PatientInnen bauen ihre subjektiven illness-Erfahrungen als persönliche Narrative auf, die von wichtigen Personen des sozialen Netzwerks weitererzählt werden kann, um den Ereignissen Kohärenz zu verleihen. Die Handlungsstränge, Kernmetaphern und rhetorischen Mittel, die die illness-Narrative strukturieren, sind kulturellen und persönlichen Modellen entlehnt, die Erfahrungen in bedeutungsvoller Art und Weise ordnen und diese Bedeutungen wirksam kommunizieren (Kleinman 1988: 49). Kleinman (1988: 52) konstatiert: „Patients are usually aware of the demands of different set-

tings – home, public clinic, private office, disability agency, courtroom – and how these help cast the story in a certain form.”

In selteneren Fällen kann eine illness-Episode auch mit der Zuschreibung von Krankheit durch eine Drittperson beginnen, während der Betroffene unter keinen subjektiven Beschwerden leidet. In diesem Zusammenhang wird zwischen *primary* (der Patient bezeichnet sich selbst als krank) und *secondary deviance* (der Patient wird von Anderen als krank bezeichnet) differenziert (Kleinman 1980: 75). Die Zuschreibung stellt laut Kleinman (1980: 76) immer eine kulturelle Kategorie dar. Bei bestehender Antriebslosigkeit in Verbindung mit allgemeinem Desinteresse kann das Verhalten der Betroffenen als krank klassifiziert oder einem nicht-medizinischen moralischen, religiösen oder ökonomischen Problem zugeschrieben werden. In westlichen Gesellschaften ist es laut Kleinman (1980: 76) üblich, die aus der psychiatrischen Nosologie stammende Krankheitskategorie ‚Depression‘ als Erklärung heranzuziehen. Diese Betrachtungsweise wirkt prägend bzw. strukturierend auf weitere illness-Erfahrungen und -Verhaltensweisen.

Während PatientInnen mit illness-Beschwerden vor den im medizinischen Bereich Tätigen treten, wird das gegenseitige Verständnis im Erstkontakt der beiden Parteien durch lokal geteilte illness-Idiome sichergestellt. „Disease, however, is what the practitioner creates in the recasting of illness in terms of theories of disorder. Disease is what practitioners have been trained to see through the theoretical lenses of their particular form of practice.” (Kleinman 1988: 5) Neurochirurginnen wie Allgemeinmediziner interpretieren das Gesundheitsproblem innerhalb einer bestimmten Nomenklatur bzw. Taxonomie, der Krankheitsnosologie, die eine neue diagnostische Einheit formt: die *disease*. Auf ein biomedizinisches Erklärungsmodell bezogen, stellt disease eine Pathologie in der biologischen Struktur oder Funktionsweise dar (Kleinman 1988: 5, 6). Das Vorliegen entsprechender Symptomkombinationen (sog. Syndrome) ab einer gewissen Schwere sowie das Vorhandensein objektivierbarer Symptome und Laborbefunde, die gemäß standardisierter diagnostischer Kriterien erhoben werden, können das Vorliegen einer bestimmten Erkrankung (disease) rechtfertigen (Heinz 2014: 329). Lux (2003: 166) zufolge bezeichnet disease die Manifestation objektivierten Wissens sowie die Festlegung und Definition von Erkrankung. Als Schnittpunkt kultureller Konzepte verleiht disease einem pathologischen Zustand den Charakter eines Objektes mit eigener Historie. Im Rahmen der ärztlichen Übersetzung von illness-Beschwerden in disease-Anzeichen (Keyes 1985: 167), können beispielsweise Rückenschmerzen zu Angina Pectoris werden (Kleinman 1988: 16). Laut Kleinman (1988: 52) beeinflussen persönliche und professionelle Interessen des Arztes die illness-Interpretation maßgeblich. Heinz (2014: 144) argumentiert, dass die ärztliche Einschätzung der Schwere des subjektiven Leids vielfältigen Faktoren unterliegt wie



Empathiefähigkeit, Lebenserfahrung sowie die Bereitschaft, die Beschwerden der Patientin ernst zu nehmen und während des Vortrags ihrer illness-Narrative Geduld aufzubringen. Während das Auftreten des Untersuchers sowohl den Umfang als auch die Performanz der illness-Narrative mitbestimmt, führen ärztliche Prioritätensetzungen zu einer selektiven Wahrnehmung des Patientenberichtes, so dass manchen Aspekten, selbst wenn sie nicht direkt kommuniziert werden, große Aufmerksamkeit entgegengebracht wird, während andere Gesichtspunkte selbst bei wiederholter Erwähnung kein Gehör finden (Kleinman 1988: 52). Die Auffassung der Behandelnden hinsichtlich der Form und des Verlaufs der Erkrankung beeinflusst nicht nur die Prognose, sondern auch die illness-Vorstellungen des Patienten. Darüber hinaus wirken illness-Ausführungen auf Grund ungleicher Machtverhältnisse auf die Ärztesicht normalerweise weniger prägend als umgekehrt (Estroff 1981: 241). Demensprechend argumentiert Lux (2003: 168), dass im Rahmen der Etikettierung von illness tendenziell eine Auflösung der subjektiven Erlebniszusammenhänge sowie eine Anbindung an eine objektivierende medizinische Einordnung stattfindet. Kleinman (1982, zitiert nach Keyes 1985: 167) fasst zusammen:

„When we become sick we first experience *illness*: i. e., we perceive, label, communicate, interpret, and cope with symptoms (...). [T]he practitioner begins to construe the patient's problem as a *disease*: i. e., he perceives, labels, interprets and treats it as a specific abnormality in his profession's nosological system (alle Hervorh. i. Orig.)”

In einer zusammenfassenden Kontrastierung verweist *disease* auf eine Störung psychologischer und/oder biologischer Prozesse, die gemäß internationalen Klassifikationssystemen bestimmte Symptome aufweisen, diagnostiziert und behandelt werden. Demgegenüber impliziert *illness* die psychosoziale Erfahrungsebene der mit *disease* verbundenen Prozesse, die auf Bedeutungszuschreibungen verweisen, welche Anleitung zu heilungsrelevantem Verhalten liefern (Dilger/Hadolt 2003: 313). Helman (2001: 83) illustriert schlussfolgernd: „Cassell uses the word ‚illness‘ to represent ‚what the patient feels when he goes to the doctor‘, and ‚disease‘ for ‚what he has on the way home from the doctor's office‘. He concludes: ‚Disease, then, is something an organ has; illness is something a man has.‘” Eisenberg (1977, zitiert nach Lux 2003: 160) beschreibt illness als Erfahrungen von Diskontinuität des Daseins und der Rollenausübung, während *disease* Anomalitäten in der Funktion und/oder Struktur von Körperorganen und -systemen markiert. Kleinman (1980: 74) gibt zu bedenken, dass Laientheorien über gesundheitliche Beschwerden in technologisierten westlichen Gesellschaften wie den USA einem großen Einfluss biomedizinischer Paradigmen unterliegen, was zur Folge hat, dass illness-Interpretationen zunehmend *disease*-Konzeptionen in ihre Erklärungsmodelle einbauen. Während *disease* üblicherweise einen typischen Verlauf mit charakteristischen Merkmalen aufweist, die unabhängig von der jeweiligen Umgebung auftreten, kann illness im

Sinne einer mehr oder weniger einmaligen Ausprägung nur unter Berücksichtigung des spezifischen Kontextes von Normen, symbolischer Bedeutung und sozialer Interaktion verstanden werden (Kleinman 1980: 77). Daher plädiert Kleinman (1988: 32) für ausführliche Fallanalysen zur hermeneutischen Erfassung der persönlichen und sozialen Bedeutungen von illness.

Wie bereits skizziert, stellen disease und illness keine dichotomen Einheiten dar, sondern ein komplexes interdependentes System (Kleinman 1980: 79): „[I]llness is the shaping of disease into behavior and experience. It is created by personal, social, and cultural reactions to disease. (...) That is, illness contains responses to disease which attempt to provide it with a meaningful form and explanation as well as control.” (Kleinman 1980: 72) Kleinman (1980: 78) führt exemplarisch das konstante Feedback zwischen illness und disease an Hand psychopathologischer Problemfelder wie Angststörungen an: Während sich die akute Angst als disease-Prozess u. a. in einer hohen Pulsfrequenz manifestiert, ist die Wahrnehmung derselben Bestandteil der illness-Erfahrung, die der physiologischen Aktivität eine bestimmte subjektive Bedeutung zuschreibt. Lux (2003: 166) gibt zu bedenken, dass Erwartungen, an einer bestimmten disease zu leiden, illness-Empfindungen strukturieren und zu einer Entwicklung der gefürchteten disease-Symptome führen können. In einem umgekehrten Fall hat das Beobachten bestimmter illness-Beschwerden bei den Azande Zentralafrikas zu der Entdeckung der später als Lyme-Borreliose bezeichneten Krankheit geführt. Diskrepanzen zwischen illness- und disease-Perspektiven illustriert Kleinman (1988: 24) an folgendem Beispiel: „In South Asia, where Ayurvedic medical theory holds that both men *and* women (Hervorh. i. Orig.) contain semen, leucorrhea carries the same fearful connotation for women. That female semen loss is impossible in biomedical theory illustrates the great semantic gap between illness and disease.” (Kleinman 1988: 24) Während akute gesundheitliche Beschwerden wie Vergiftungserscheinungen und Unfälle oftmals keine Zeit für die Transformation von disease-Ausprägungen in illness-Erfahrungen zulassen, können illness-Empfindungen auch in Abwesenheit von disease auftreten, z. B. im Rahmen chronisch-funktionaler Beschwerden. Weitere Beispiele für das Auftreten von illness in Abwesenheit von disease sind milde, nicht-psychotische psychische Störungen, Lebensprobleme und psychosoziale Krisen (Kleinman 1980: 74).

Während illness-Erfahrungen im Bereich der Allgemeinmedizin in den meisten Fällen als Voraussetzung für das Aufsuchen medizinischer Hilfe gelten, ergeben sich ethische Probleme aus der Behandlung psychisch auffälliger Menschen, denen mitunter das subjektive Krankheitsgefühl fehlt, wie beispielsweise in einer manischen Phase, in der sich Betroffene oftmals besonders leistungsstark, kreativ und glücklich fühlen (Heinz 2014: 28). Rufer (2007: 410) argumentiert ferner, dass die zugeschriebene Diagnose nicht nur Erwartungen der privaten

und professionellen Kontaktpersonen der Patientin beeinflusst, sondern auch ihr eigenes Verhalten und Erleben. „Psychiatrische Diagnosen werden damit zu sozialen Rollen, die Identifikation mit diesen Rollen macht leidende oder störende Menschen zu ‚echten Schizophrenen‘, die sich letztlich so verhalten, wie es von ihnen erwartet wird.“<sup>58</sup> Auch Estroff (1981: 233) akzentuiert soziokulturell geformte Erwartungen an angemessene Reaktions- und Verhaltensweisen von PatientInnen, die einschränkend wirken können. Sie argumentiert (Estroff 1981: 206), dass Konzepte wie Gesundheit, disease und illness kulturelle Codes reflektieren. Die kulturelle Zugehörigkeit mit damit verbundenen Werten und Vorstellungen von Krankheit sowie Gesundheit beeinflusst die illness-Erfahrung der Erkrankten, die sich Einschränkungen durch das vorherrschende Verhaltens- und Vorstellungssystem von illness und disease anpasst. Bedeutsame kulturelle Werte manifestieren sich in der Reaktion der kranken Person auf ihre Symptome sowie deren Identifizierung und Behandlung (Estroff 1981: 209). Heinz (2014: 27) schlussfolgert, dass das illness-Erleben nicht primär gegeben ist, sondern beim Versuch der Artikulation im Kontext vorhandener, kulturell geprägter Erklärungsmodelle formiert wird. Bereits unterhalb der Schwelle der Verbalisierung ist das Erleben körperlicher Beschwerden aller Wahrscheinlichkeit nach selbst kulturell geprägt (Heinz 2014: 27). Estroff (1981: 209) fasst zusammen: „All this is brought into sharper focus by the attempt to understand the individual’s experience of being ill within a particular cultural context, that is, to perceive the act of being crazy as an anthropological subject, as one of man’s many experiments in living“.

Zum Abschluss des Kapitels sollen unter Berücksichtigung einer Kritik an biomedizinischer Diagnostik Krankheitsmodelle präsentiert werden, die in ihrer Definition sowohl illness-, disease- als auch sickness-Aspekte beinhalten. In seinem neueren Werk *Writing at the Margin* (1995, zitiert nach Lux 2003: 169) beschreibt Kleinman eine epistemologische Schwerpunktverlagerung von symbolischen Formen und sozialen Strukturen bzw. Modellen in Richtung Subjektivität sowie ethnografischer Interpretation von Intersubjektivität, wobei bestehende Differenzen, Unsicherheiten, Widersprüche und fehlende Vergleichbarkeit akzentuiert werden.<sup>59</sup> Des Weiteren kritisiert Kleinman die Biomedizin, die einen Interpretationsrahmen vorgibt, durch den der Behandler gezwungen ist, Krankheit als entgleisten biologischen Vorgang zu konstruieren, während die Erfahrung von Leiden durch den Patienten vernachlässigt wird. Der von der Biomedizin hergestellte, abstrahierte, entmenschlichte Krankheitsprozess steht im Gegensatz zu alternativen Heilsystemen, deren Zentrum die menschliche Narrative des

---

<sup>58</sup> Diese Problematik wird in Kapitel 3.5. im Rahmen der sog. *sekundären Devianz* ausführlicher behandelt.

<sup>59</sup> vgl. Kapitel 3.2.2.

Schmerzes sowie bedeutungszuschreibende Perplexitäten der Erfahrung des Leidens bilden (Lux 2003: 170). Lux (2003: 170) kritisiert, dass das subjektive Leiden, dem die Biomedizin weder Sensibilität noch therapeutische Maßnahmen entgegenbringt, letztlich euphemistisch zu der Diagnose Depression medikalisiert wird.<sup>60</sup> Im Sinne eines holistischen Krankheitsverständnisses umfasst die Definition eines pathologischen Zustands auch für Karl E. Rothschuh (1975, zitiert nach Schübel 2016: 40) mehrere Dimensionen: Der Betroffene gilt als krank, wenn er auf Grund des Verlustes des abgestimmten Zusammenwirkens der psychischen, physischen oder psycho-physischen Funktionsglieder des Organismus klinisch (oder-und) subjektiv (oder-und) sozial hilfsbedürftig wird. Rothschuh (1975, zitiert nach Schübel 2016: 41) beschreibt Krankheit als ein System von Austauschbeziehungen:

„Die Krankheit ist für den Kranken der Anlass seiner subjektiven Hilfsbedürftigkeit. Die Krankheit ist für den Arzt eine besondere Störung der Ordnung der psychischen oder psychophysischen Lebensvorgänge. Die Krankheit ist für die Gesellschaft Anlass öffentlicher, gesundheitspolitischer Maßnahmen. der [sic] Kranke ist für den Arzt Objekt und Anlass ärztlicher Hilfe. Der Kranke ist für die Gesellschaft [sic] Objekt und Anlass sozialer Hilfe.“

Analog dazu argumentiert Heinz (2014: 15) auf psychiatrische Leidenszustände bezogen, dass eine valide Definition psychischer Krankheit sowohl subjektive Beschwerden (illness) und objektivierbare Krankheitssymptome (disease) als auch Einschränkungen der sozialen Teilhabe (sickness) berücksichtigen sollte (ebd.: 329). *Sickness* bezeichnet dabei die Auswirkungen des Krankheitsprozesses auf das soziale Miteinander (ebd.: 19), die sich oftmals in einer funktionellen Beeinträchtigung (ebd.: 33) bzw. einer Einschränkung der sozialen Teilhabe<sup>61</sup> manifestieren (ebd.: 151). Damit unterscheidet sich der psychische Krankheitsbegriff laut Heinz (2014: 329) nicht vom Begriff organischer bzw. physischer Krankheit. Heinz (2014: 135, 136) argumentiert, dass „als wesentliche Zeichen einer psychischen Erkrankung nur Einschränkungen von menschlichen Funktionsfähigkeiten gewertet werden können, die das Überleben der betroffenen Personen bedrohen“ und ohne spezifische aufrechterhaltende Ursache wie Folter, d. h. fortbestehende stressinduzierte Traumata, auftreten. In letzterem Fall stellt der Leidenszustand eine erwartbare, allgemein verständliche Reaktion auf die psychischen Umweltereignisse dar und ist nicht als Krankheit zu werten. Hintergrund für diese dreigliedrige Definition ist die Intention, nicht jede Leid auslösende Funktionsstörung als Krankheits-symptom interpretieren zu wollen, um einer Pathologisierung allgemeinspsychologischer Phänomene, wie z. B. Trauer nach dem Tod eines nahen Angehörigen, entgegenzuwirken (ebd.:

---

<sup>60</sup> Auf diese Kritikpunkte wird in Kapitel 3.3.1. ausführlicher eingegangen.

<sup>61</sup> Soziale Teilhabe verweist auf die Bereitschaft der Gesellschaft, „Menschen mit besonderen Erfahrungen zu tolerieren, zu respektieren und ihnen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gegebenenfalls durch entsprechende Unterstützung zu ermöglichen.“ (Heinz 2014: 157) Soziale Teilhabe kann durch soziale Ausschließung, Stigmatisierung und Diskriminierung beeinträchtigt werden (Heinz 2014: 335).

155). Erst wenn eine Depression oder andere Symptome psychischer Beeinträchtigung fortbestehen, nachdem die traumatisierenden Faktoren verschwunden sind, kann von einer psychischen Erkrankung gesprochen werden (ebd.: 136). Dabei entsteht jedoch die Problematik einer Grenzziehung, d. h. einer willkürlichen Festlegung, ab welchem Zeitpunkt psychische Beschwerden nach dem Wegfall der traumatisierenden Umstände als pathologisch zu werten sind (Anm. S. T.). Die Frage, welche psychischen Funktionen überlebensnotwendig sind, beantwortet Heinz (2014: 340) mit dem Verweis auf die Rekonstruktion anthropologischer Grundannahmen. Zu diesen zählen u. a. Merkfähigkeit, Orientierung bezüglich Ort, Zeit und Person, affektive Schwingungsfähigkeit, die Vertrautheit mit den eigenen Artikulationen<sup>62</sup>, die Fähigkeit, die leiblich beschränkte Perspektive zu übersteigen sowie der emotional gestimmte Bezug zu der Umwelt<sup>63</sup> (ebd.: 343). Die Frage, welche menschlichen Funktionen als lebensnotwendig erachtet werden, ist zudem von sozialen und zeitgeschichtlichen Kontextfaktoren abhängig (ebd.: 350).

Heinz (2014: 137) fasst zusammen:

„Der hier vertretene Vorschlag besagt, dass eine wesentliche Störung einer psychischen Funktion immer dann als Symptom einer Krankheit zu werten ist, wenn sie das Überleben der betroffenen Person gefährdet [disease] und entweder erhebliches psychisches Leid auslöst [illness] oder die soziale Teilhabe massiv beeinträchtigt [sickness], und zwar unabhängig von ihrer Verursachung, zumindest solange die Symptome nicht bewusst inszeniert wurden und nicht jederzeit von der betroffenen Person gezielt wieder beendet werden können.“

Exemplarisch führt Heinz (2014: 140) an, dass es nicht sinnvoll ist, eine Krankheitsdiagnose zu stellen, wenn das Vorhandensein eines objektivierbaren Leitsymptoms psychischer Erkrankung (disease), wie z. B. das Hören von Stimmen, weder zu einer alltagsrelevanten Einschränkung der für das Überleben des Betroffenen notwendigen sozialen Teilhabe (im Sinne von sickness) noch zu einer wesentlichen subjektiven Beeinträchtigung (im Sinne von illness) führt. Eine krankheitsrelevante Funktionsstörung soll laut Heinz (2014: 141) demzufolge nicht mit einer für das Alltagsleben und Wohlbefinden der Betroffenen irrelevanten Beeinträchtigung gleichgesetzt werden.

Für die Gruppe der Variationen menschlichen Seins wie Neurosen und Persönlichkeitsstörungen<sup>64</sup> ist Heinz (2014: 142) zufolge nicht die objektivierbare Beeinträchtigung lebensnotwendiger Funktionen das zentrale diagnostische Kriterium, sondern die subjektive Belastung. Bei diesen Variationen kann nach Heinz (2014: 154) keine eindeutige Grenze zwischen gesund

---

<sup>62</sup> Damit werden die Fähigkeiten bezeichnet, sich die eigenen Handlungen und Intentionen zurechnen zu können bzw. die Vertrautheit mit der eigenen Person und den eigenen Stimmungen aufrechtzuerhalten (Heinz 2014: 340).

<sup>63</sup> Gemeint ist hier „der durch die Stimmung des Individuums getönte Bezug zur Umwelt“ (Heinz 2014: 340).

<sup>64</sup> Der Begriff der Störung (disorder) findet sowohl im ICD als auch im DSM Anwendung (Heinz 2014: 149).

und krank gezogen werden. Während die illness-Perspektive bei psychischen Störungen in Form von subjektivem Leiden oftmals vorhanden ist, fehlen disease-Aspekte, da psychische Störungen zumeist ohne Einschränkung überlebensnotwendiger Funktionen auftreten (ebd.: 156).<sup>65</sup> Demgegenüber sind Sucht- und Zwangserkrankungen laut Heinz (2014: 349) als Krankheiten im engeren Sinne zu verstehen, da ein Verlust der Fähigkeit zur flexiblen Handlungsgestaltung als eine wesentliche Beeinträchtigung lebenswichtiger menschlicher Fähigkeiten im Sinne von disease gewertet werden kann. In den international gültigen Klassifikationssystemen werden die angeführten mehreren hundert Störungen jedoch alle zumindest implizit als Krankheit gewertet. Heinz' (2014: 157) Klassifikationen sollen den vielfältigen menschlichen Lebensentwürfen Rechnung tragen und eine Pathologisierung alternativer Verhaltensweisen entgegenwirken.

Das vorliegende Kapitel befasste sich mit Kleinmans Konzeptionalisierungen von illness (die Patientenperspektive, d. h. Perzeption, Interpretation, Artikulation sowie Umgang mit subjektiven Krankheitszeichen) und disease (die Arztperspektive, d. h. medizinische Einordnung und Klassifikation der illness-Beschwerden im Rahmen (fach)ärztlicher Diagnostik) sowie deren Charakteristika, Differenzierung, Interdependenzen, Diskrepanzen im Auftreten und soziokulturelle Einbettung. Kleinmans (1995) Kritik, dass die Biomedizin illness-Perspektiven zunehmend vernachlässigt, kann mit holistischeren Krankheitstheorien von Rothsuh (1975) und Heinz (2014) begegnet werden, die sowohl disease als auch illness und sickness (Auswirkungen der Erkrankung im sozialen, zwischenmenschlichen Bereich) berücksichtigen, um einer vorschnellen Pathologisierung bestimmter Lebens- und Leidensformen entgegenzuwirken. So schließt Heinz (2014) im Gegensatz zu Hucklenbroich (2008, siehe Kapitel 2.1.) Persönlichkeitsstörungen *nicht* in die Krankheitsnosologie ein. Die psychiatrische Praxis der Begegnung zwischen Patient und Ärztin soll im nächsten Kapitel erörtert werden. Nach einer kurzen allgemeintheoretischen Einführung in Gesundheitssysteme und den professionellen Gesundheitssektor wird der Fokus zunehmend enger gezogen, wobei ich zunächst die Rahmenbedingungen für eine medizinische Konsultation analysiere und in einem weiteren Schritt auf Besonderheiten der psychiatrischen Versorgungspraxis eingehe, die einer ethnografischen Herangehensweise gegenübergestellt wird.

---

<sup>65</sup> Heinz (2014: 155) gibt zu bedenken, dass der Schutz einer bestimmten Gruppe psychischer Störungen vor Stigmatisierung durch den Krankheitsbegriff eine umso größere Stigmatisierung der in dem engeren Krankheitsbegriff angeführten Leidenszustände implizieren kann.

### 3.3. Psychiatrie und fachärztliche Behandlung

„Der größte Irrtum der Ärzte besteht darin, den Körper heilen zu wollen,  
ohne an den Geist zu denken.“  
(Plato)

Kleinman (1995: 21) beschreibt Medizin auf Grund ihrer globalen Verbreitung als Universalie menschlicher Organisationen. Verschiedene soziopolitische und kulturell-moralische Kontexte können differente Medizinformen implizieren (Kleinman 1995: 22). Helman (2001: 59) beschreibt das Gesundheitssystem als Miniaturmodell der Werte und Sozialstruktur der Gesellschaftsform, aus der es emergierte. Der professionelle<sup>66</sup> Gesundheitssektor umfasst die organisierten, gesetzlich sanktionierten Heilberufe sowie die westliche naturwissenschaftsbasierte Medizin, die als Allopathie oder Biomedizin bezeichnet wird (Helman 2001: 58). Helman (2001: 79) konstatiert, dass die Biomedizin auf wissenschaftlicher Rationalität basiert, d. h. alle Hypothesen müssen unter objektiven, empirischen und kontrollierten Bedingungen test- und verifizierbar sein. Objektivierbare Messungen, Beobachtungen und Quantifizierungen werden zu klinischen Fakten mit spezifischer Kausalität und Verlaufsform. Im Gründungsjahr der WHO<sup>67</sup>, 1946, beschrieb der Medizinhistoriker Henry Sigerist das Soziale der Medizin wie folgt: Zweifelsohne bestehe das soziale Ziel der Medizin darin, die Anpassung von Individuen an ihre Umwelt als nützliche Gesellschaftsmitglieder sicherzustellen bzw. im Falle einer Erkrankung die gesellschaftliche Reintegration in die Wege zu leiten (Schübel 2016: 37). Kleinman (1980: 82) unterscheidet dabei zwischen *curing of disease* und *healing of illness*: Die Implementierung effektiver Kontrolle über gestörte biologische und psychologische Prozesse (*curing of disease*) sowie die Bereitstellung persönlicher und sozialer Bedeutung für die Lebensprobleme, die durch Krankheit entstanden sind (*healing of illness*), stellen die Hauptziele medizinischer Tätigkeitsfelder dar. Helman (2001: 79) konstatiert, dass biomedizinisch Tätige eine eigenständige Gruppe mit inhärenten Werten, Krankheitstheorien, Verhaltens- und Organisationsregeln als Hierarchie spezialisierter Rollen bilden. Laut Helman (2001: 79) formen sie eine medizinische Subkultur, wobei Studierende im Laufe ihrer Ausbildung eine Form von Enkulturation durchlaufen, die ihnen eine spezifische disziplinäre Sichtweise auf Krankheit einprägt, die sie während ihrer professionellen Laufbahn perpetuieren (Helman 2001: 79). Durch ihre sozial legitimierte Heilerrolle besitzen sie die Befugnis, ihre PatientInnen zu befragen und zu untersuchen, wirksame und mitunter gefährliche Medika-

---

<sup>66</sup> Eine Profession wird von Foster und Anderson (zitiert nach Helman 2001: 61) definiert als basierend auf spezialisiertem, schwer zugänglichem Wissen als Organisationsform, das durch qualifizierte Ausübende die Bedürfnisse von KlientInnen befriedigen soll.

<sup>67</sup> Mit der Gründung der WHO wurde erstmalig im Rahmen einer nationenübergreifenden Organisation das Ziel, Gesundheit zu fördern, ins Leben gerufen (Schübel 2016: 38).

mente bzw. Behandlungsformen zu verordnen und bestimmte Menschen, die als psychotisch oder infektiös diagnostiziert wurden, durch Einweisungen in Hospitäler ihrer Freiheit zu berauben. Im Krankenhaus kontrollieren sie Ernährung, Verhalten sowie Medikation der Erkrankten und sind dazu berechtigt, medizinische Tests zu veranlassen. Zudem sind sie befugt, ihre PatientInnen mitunter dauerhaft als krank, unheilbar, hypochondrisch oder vollständig genesen zu etikettieren. Diese Zuschreibungen müssen nicht mit der Perspektive der Betroffenen übereinstimmen, haben jedoch weitreichende Auswirkungen im sozialen (die Krankenrolle wird bestätigt) und ökonomischen Bereich (Beeinflussung von Krankenversicherungs- und/oder Rentenzahlungen) (Helman 2001: 59, 79).

Ärzeschaft und Gesundheitssystem sehen sich zunehmend strukturellen und finanziellen Herausforderungen gegenüber. Helman (2001: 67) führt steigende Kosten in der medizinischen Versorgung u. a. auf teure Krankenhausaufenthalte, technologische Ausstattungen, Medikamente, bürokratische Aufwände, Belegschaftsgehälter, Fortbildungen und Rechtsstreite zurück. Der Psychiater Volkmar Aderhold, dessen berufliche Laufbahn 1982 begann, kritisiert die rezente Ökonomisierung des Gesundheitssektors, im Rahmen derer Krankheit wie Ware behandelt und Chronifizierungen gefördert würden (Olostiak-Brahms 2016: 7).

Die in den vorigen Kapiteln bereits umrissene medizinische Begegnung zwischen Patient und Ärztin soll im Folgenden ausführlicher diskutiert werden: Laut dem Psychotherapeuten Heinz-Peter Röhr (2017: 166) wird professionelle Hilfe dann in Anspruch genommen, wenn Symptome dauerhaft auftreten und das Lebensgefühl signifikant eingeschränkt ist. Wie in Kapitel 3.2.2. ausgeführt, stellt die medizinische Begegnung nach Kleinman (zitiert nach Helman 2001: 103) einen intersubjektiven Austausch zwischen Laien- und professionellen Erklärungsmodellen dar, der durch ein soziales und symbolisches Machtungleichgewicht zwischen den beiden Parteien gekennzeichnet ist, das auf Alter, Geschlecht, Ethnizität und/oder sozialer Klasse beruhen und Einfluss auf den Verlauf der Arztkonsultation ausüben kann. Kleinman (1988: 17) bemerkt, dass die Interaktion zwischen Arzt und Patientin als Befragung organisiert wird. Illness-Beschwerden werden zu einem Text, der von der Ärztin durch das Diagnostizieren einer Erkrankung (disease) dekodiert wird. Die Interpretation der illness-Narrativen soll laut Kleinman (1988: 49) unter Berücksichtigung der inhärenten Bedeutungsgehalte erfolgen wie symbolische Symptomatik, kulturell herausragende Krankheiten sowie persönliche und soziale Kontexte. Kleinman (1988: 17) macht jedoch darauf aufmerksam, dass ÄrztInnen keine ausgebildeten selbstreflexiven Interpreten divergierender Bedeutungssysteme sind. Darüber hinaus sind sie den illness-Narrativen und kausalen Vorstellungen der PatientInnen gegenüber oftmals misstrauisch. Die subjektive Patientensicht wird tendenziell als umso relevanter evaluiert, je höher ihr Quantifizierungs- und somit auch Objektivierungs-



grad ausgeprägt ist. Kernaufgaben des Arztes bestehen laut Kleinman (1988: 49) in der Anerkennung von Laien-Erklärungsmodellen sowie der Aushandlung eines akzeptablen therapeutischen Ansatzes. Für Helman (2001: 103, 105) hängt eine erfolgreiche ärztliche Konsultierung in entscheidendem Maße von der Herstellung einer Konvergenz zwischen Patientin und Behandler bezüglich Krankheitsursache, Diagnose und Behandlung ab, insbesondere, wenn Letztere mit signifikanten Nebenwirkungen oder anderen unangenehmen Folgeerscheinungen verbunden ist, wobei ein Konsens keine Garantie für die richtige Diagnose und Behandlung konstituiert. Darüber hinaus wird der Erfolg einer (medikamentösen) Behandlung von Ärztin und Patient oftmals unterschiedlich bewertet. Die Beseitigung von disease-Kriterien muss nicht zwangsläufig mit einer Linderung von illness-Beschwerden korrelieren und umgekehrt (Helman 2001: 105). Diese allgemeintheoretischen Überlegungen werden im Folgenden nach einer kurzen Einführung auf die medizinische Begegnung zwischen Psychiater und Menschen in psychischen Krisen übertragen und in einem weiteren Schritt ethnologischen Herangehensweisen gegenübergestellt.

Die Termini *Psychiatrie* und *Psychologie* enthalten einen griechischen Wortstamm: *Psyche* wurde in der antiken griechischen Philosophie und Mythologie als das Lebensprinzip bezeichnet und bezieht sich auf das ‚Mensch-Sein‘ (Schübel 2016: 47). Möller, Laux und Deister (2013, zitiert nach Schübel 2016: 46) weisen darauf hin, dass die Psychiatrie als medizinische Fachdisziplin eine Sonderstellung einnimmt, da dem Patientengespräch für die Bestimmung diagnostischer und kurativer Maßnahmen eine zentrale Bedeutung zukommt. „Wissenschaftlich zeichnet sich das Fach [Psychiatrie] bis heute durch eine ‚offensichtliche Zwitterstellung‘ im ‚Schwebezustand‘ zwischen Geistes- und Naturwissenschaften aus“ (Schübel 2016: 46). Finzen (2013: 99) akzentuiert die interne psychiatrische Zwiespältigkeit und Zerrissenheit, die er am Beispiel der zwei geltenden, konkurrierenden Diagnosesysteme, ICD und DSM, deren stetige Revisionen und der unterschiedlichen Ausrichtungen (biologisch, psychologisch und sozial) innerhalb des Faches illustriert.<sup>68</sup> Das Fehlen eines integrativen Gesamtmodells bedingt eine gegenseitige Abwertung und Infragestellung der differenten fachinternen Strömungen (Finzen 2013: 99). Die psychiatrische Begegnung zwischen Fachärztin und Krisenbetroffenem wird durch institutionelle Rahmenbedingungen geformt, die das daraus abgeleitete Handlungs- und Behandlungsmuster prägen. Die Frage, ob psychische Probleme als behandlungsbedürftig eingestuft werden, hängt von verschiedenen Faktoren ab wie dem dominanten Verständnis von Krankheit und Heilung, gesellschaftlichen Toleranzschwellen sowie subjektiven fachärztlichen Spielräumen (Wolters/Beyer et. al. 2013: 14). Rufer (2007:

---

<sup>68</sup> Auf biologistische und multifaktorielle Modelle sowie die Diagnostikmanuale ICD und DSM wird in den beiden folgenden Kapiteln ausführlicher eingegangen.

401) kritisiert, dass die Suche nach Symptomen, die Diagnose und Psychopharmakawahl bestimmen, im Zentrum der Interaktion zwischen Psychiater und Patientin steht, während für das Eintauchen in die Lebens- und Leidenswelt von Menschen in psychischen Krisen oftmals weniger Zeit zur Verfügung steht. Diese Lücke kann durch ethnografische Fallanalysen verkleinert werden. Kluckhohn (zitiert nach Estroff 1981: 206) akzentuiert eine komplementäre Rolle von Ethnologie und Psychiatrie im Rahmen der Bestrebung, menschliches Verhalten verstehen zu wollen. Boas, Benedict, Mead und Kroeber nutzten die Vorzüge und Verfahrensweisen beider Disziplinen in einem kollaborativen, komplementären Ansatz (Estroff 1981: 207). Estroff (1981: 207) argumentiert, dass sowohl Ethnologie als auch Psychiatrie durch ausgedehnte, intensive face-to-face-Interaktionen versuchen, menschliche Erfahrungen nachzuvollziehen. Beide Disziplinen erkennen die Validität individueller Konstruktionen und Wahrnehmungen von Realität an, wobei EthnologInnen größere Normabweichungen nicht als pathologisch klassifizieren. Darüber hinaus eignen sich beide Fachdisziplinen Wissen durch individuelles, z. T. distanzierteres Beobachten der Forschungsteilnehmenden an (Estroff 1981: 207). Unterschiede im Forschungsdesign ergeben sich daraus, dass die Ethnologin im Rahmen einer klassischen ethnografischen Feldforschung in der Gemeinschaft der zu untersuchenden Gruppe lebt und auf ein breites Netzwerk der Forschungsteilnehmenden zurückgreifen kann, das eine umfassendere Kontextualisierung von Verhaltensweisen und Erfahrungen ermöglicht. Im Rahmen einer klinischen Untersuchung ist die Lebenswelt des Patienten jedoch nicht präsent und kann nur imaginiert bzw. durch explizite Fragen evaluiert werden (Kirmayer 2015: 156). Daher fordert Kirmayer (2015: 162), dass die Psychiatrie ihren Aktionsradius vom ärztlichen Sprechzimmer auf ein sowohl virtuelles als auch lokales Engagement in Gemeinschaften erweitern sollte, die den lebensweltlichen Kontext der PatientInnen bilden. Psychiatrische Paradigmen verorten psychische Probleme jedoch weitgehend in individuellen Körperprozessen und postulieren einen universellen Charakter wesentlicher Krankheitsausprägungen. Während soziale Kontextfaktoren für eine Verschlimmerung von Symptomen anerkannt werden, herrscht das Verständnis eines universellen Menschen- sowie Krankheitsbildes vor (Ryder/Chentsova-Dutton 2015: 400). Der Psychotherapeut Itten (2007: 255) kritisiert daher, dass die zeitgenössische Psychiatrie „nur noch wenig mit der Psyche zu tun“ habe, da menschliches Leiden in einem biomedizinischen Erklärungsmodell verschwinde. Er (Itten 2007: 261, 262) argumentiert, dass konfliktreiche Lebensprobleme durch ein Ernstnehmen von und Eingehen auf lebensgeschichtliche Zusammenhänge gelöst werden können. Coldham, Russo et. al. (2009: 173) zielen in ihrer Argumentation in eine ähnliche Richtung, wenn sie bemerken, dass die Psychiatrie unter Anwendung naturwissenschaftlicher Verfahren versucht, ihre PatientInnen zu beobachten, Verhaltensweisen zu interpretieren so-

wie Körperfunktionen zu messen, dabei jedoch daran scheitert, sie zu *verstehen*. Millett (2007: 28) unterstellt der Psychiatrie eine Vernachlässigung der sozialen Dimensionen psychischer Leiden, und findet eindringliche Worte, wenn sie die Psychiatrie als den ausführenden Arm sozialer Gewalt beschreibt,

„ausgestattet mit staatlichen und polizeilichen Machtmitteln, mit Schloss und Riegel, Psychopharmaka und Folterinstrumenten. Sie verkörpert eine bestimmte Vorstellung, nämlich die Annahme, das Individuum sei Träger einer unsichtbaren Krankheit oder erblichen Belastung, die zwar pathologisch nicht nachweisbar ist, aber von ExpertInnen aufgespürt und unter Anwendung von Zwang geheilt werden kann. Durch allgemeine Zustimmung, Werbung und Propaganda gewinnt diese Vorstellung Oberhand; das Ansehen der Wissenschaft lässt sie glaubwürdig erscheinen, und die Staatsgewalt mit der überwältigenden Fülle ihrer Zwangsmittel legitimiert sie.“

Auch Martin Lindheimer, der Leiter der BPE-Veranstaltung *EX-IT! Raus aus der Psychiatrie, nicht rein!* am 15.12.2018 in Augsburg, übte scharfe Kritik an psychiatrischen Versorgungspraktiken. Er berief sich hinsichtlich der Problematik der sog. ‚Drehtürpatienten‘ auf eine Studie der Barmer GEK aus dem Jahr 2011, die auf der Basis einer Auswertung ihrer Versichertendaten feststellte, dass nahezu jeder zweite Entlassene innerhalb von zwei Jahren wieder in die Psychiatrie eingewiesen wurde (und jeder fünfte innerhalb von drei Monaten). Schlussfolgernd unterstellte er der Psychiatrie, sich ihre Kunden im Sinne einer ‚Drehtürpraxis‘ selbst zuzuführen. Sinngemäß führte er aus: „Die PatientInnen sollen krank gehalten und ihrer Eigenständigkeit beraubt werden, sonst verlieren die Psychiater ihren Job.“ Seine Einschätzung wurde jedoch nicht mehrheitlich von den betroffenen BesucherInnen der Veranstaltung geteilt. Einige berichteten von positiven Erfahrungen mit dem psychiatrischen Hilfesystem, das sie in einer akuten psychischen Krise aufgefangen und stabilisiert habe. Nichtsdestotrotz wurde der subjektiv empfundene behandlungspraktische Fokus auf einer Pharmakotherapie zu Ungunsten eines holistischeren Ansatzes, der neben einer kurzfristigen medikamentösen Stabilisierung individuelle Lebensprobleme systematisch thematisiert und aufarbeitet, mehrheitlich kritisiert. Der Psychotherapeut Knuf (2020:4) akzentuiert in diesem Zusammenhang die Bedeutung des Umgangs mit Gefühlen für die Genese und Perpetuierung psychischer Erkrankungen, da sie Motivation, soziale Integration, Wohlbefinden sowie Lebensfreude in entscheidendem Maße beeinflussen und ermöglichen (Knuf 2020: 5). Als Hauptbestandteile der illness-Erfahrung beeinflussen Gefühle aller Wahrscheinlichkeit nach auch die Lebenserfahrungen der Erkrankten im Allgemeinen, die Wahrnehmung der Symptomatik sowie die Reaktion auf medizinische Hilfe (Kleinman 1988: 43). In der psychiatrischen Versorgungspraxis würden Gefühle jedoch oftmals vorschnell pathologisiert, ignoriert oder durch Psychopharmaka zu regulieren versucht (Knuf 2020: 4). Knuf (2020: 4) plädiert daher für eine *emotionale Wende* in der Psychiatrie, die sich innerhalb der Psychotherapie bereits in der Entwicklung der sog. *Acceptance-and-Commitment-Therapie* (ACT), welche die Bedeutung

von Gefühlen für den Therapieerfolg akzentuiert, manifestiert hat. Im Rahmen von Personalknappheit und Zeitmangel, die den psychiatrischen Alltag oftmals prägen, stellt Knuf (2020: 4) die Frage in den Raum, ob zukünftig noch schneller auf eine psychopharmakologische Therapie zurückgegriffen wird, um die Gefühle<sup>69</sup> der NutzerInnen psychiatrischer Hilfen zu handhaben. Die Gefahr einer pharmakologischen Behandlung als Monotherapie zur Regulierung von Gefühlen verortet Knuf (2020: 6) in dem potentiellen medikamentösen Abhängigkeitsverhältnis der Patientin in dem Sinne, dass sie keine alternativen Fähigkeiten zum Umgang mit dem Gefühl kultiviert oder bereits vorhandene Fertigkeiten wieder verliert. Im Gegensatz dazu plädiert Knuf (2020: 6) für die Vermittlung von emotionaler Kompetenz, die neben der Fähigkeit der Perzeption, Akzeptanz sowie Artikulation der eigenen Gefühle eine Bereitschaft beinhaltet, sich mit Situationen zu konfrontieren, die unangenehme Gefühle evozieren. In diesem Zusammenhang betont er die Bedeutung von EX-IN-MitarbeiterInnen<sup>70</sup> in psychiatrischen Einrichtungen, die sich mit ihren eigenen Erfahrungen emotional einbringen und als Mutmacher für die Menschen in psychischen Krisen fungieren können. Dessen ungeachtet sollten laut Knuf (2020: 6) auch psychiatrische Fachkräfte ihre Gefühle ausdrücken, anstatt sich darauf zu verlassen, dass GenesungsbegleiterInnen den emotionalen Mangel im Umgang mit Betroffenen ausgleichen. Dafür müssten sie jedoch die Angst vor den Gefühlen der PatientInnen sowie vor den eigenen verlieren.

Das vorliegende Kapitel lieferte allgemeintheoretische Überlegungen zu Gesundheitssystemen sowie dem professionellen Gesundheitssektor und kontemporären Herausforderungen auf der Makroebene. Die biomedizinische Praxis wurde an Hand spezifischer Charakteristika der Ausbildung, Berufsausübung und Leitbilder medizinisch Tätiger präsentiert. Voraussetzungen für eine ärztliche Konsultierung wurden diskutiert, bevor mögliche Störungs- und Problemfelder in der Begegnung zwischen Ärztin und Patient auf der Mikroebene thematisiert wurden. Die Sonderstellung der Psychiatrie zwischen Geistes- und Naturwissenschaften sowie prägnante Merkmale der fachmedizinischen Diagnostik wurden aufgezeigt. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu ethnografischen Herangehensweisen als einer komplementären

---

<sup>69</sup> Die zumeist vorherrschenden Gefühle bei Betroffenen sind laut Knuf (2020: 5) Angst und Scham. Knuf (2020: 5) argumentiert, dass v. a. Scham seitens des psychiatrischen Fachpersonals kaum thematisiert wird, obwohl diese Empfindung als emotionale Folge von Stigmatisierungen und Psychiatrisierung eine große Rolle spielt.

<sup>70</sup> Anders als in vielen anderen Ländern wurden Menschen mit psychiatrischen Diagnosen in Deutschland lange Zeit nicht in multiprofessionelle psychiatrische Teams einbezogen. Das mit EU-Mitteln geförderte Pilotprojekt *Experience-Involvement* (EX-IN) ermöglichte die Ausbildung Betroffener zu GenesungsbegleiterInnen (Schulz/Afting-Ijeh 2014: 25), die in Deutschland seit rund fünfzehn Jahren praktiziert wird. Da die professionelle Mitarbeit von ExpertInnen aus Erfahrung in englischsprachigen Ländern schon länger etabliert ist, wurde der Begriff der Peer-Arbeit auch in Deutschland übernommen (Hiller 2016: 19).

Form der Erhebung von Fallanalysen wurden im Rahmen der Kritik an der Psychiatrie für eine wahrgenommene Fokussierung auf Pharmakotherapien zu Ungunsten von lebensweltliche Kontextfaktoren aufarbeitenden Behandlungsmodalitäten erörtert. Eine verbesserte psychiatrische Versorgungspraxis verspricht sich Knuf (2020: 4) von der postulierten *emotionalen Wende*, die psychischen Leidenszuständen durch das Eintauchen in die Gefühlswelt von Betroffenen (und Professionellen) im Rahmen eines therapeutischen Ansatzes Abhilfe verschaffen soll. Die in diesem Kapitel umrissenen Charakteristika einer biomedizinischen Herangehensweise sollen im Folgenden auf die psychiatrische Behandlungspraxis angewandt werden.

### **3.3.1. Der biologistische Ansatz und multifaktorielle Modelle**

Die Biomedizin als eine relativ junge Medizintradition beruht auf naturwissenschaftlichen Messtechniken und Standards, die eine Vergleichbarkeit der Leiden und Symptome von PatientInnen ermöglichen soll und mit dem Bau von Hospitälern und Kliniken einherging, die eine medizinische Überwachung zahlreicher Betroffener sicherstellt (Dilger/Hadolt 2003: 315). Sweeney (2009: 25) bezeichnet den auf Auguste Comte im frühen 19. Jahrhundert zurückzuführenden positivistischen Ansatz als das dominante zeitgenössische Forschungsmodell und erklärt:

„Comte believed that in both nature and society, objects and people react to external stimuli and environments in fixed ways that can be observed and measured. The goal of science, whether natural or social, is objectively to collect data on directly observable phenomena. This is then used to develop and test theory. Therefore, the methods of the natural sciences are imported into the social sciences in order to explore the social world.“

Der Medizinhistoriker mit sinologischem Forschungsschwerpunkt, Paul Unschuld (zitiert nach Kleinman 1995: 27), argumentierte 1988, dass der Monotheismus der westlichen Tradition determinierende Auswirkungen auf die Biomedizin hatte, wie sie auch in nicht-westlichen Gesellschaften praktiziert wird. Demnach legitimiert die Vorstellung eines einzigen Gottes das Paradigma einer einheitlichen, universalisierbaren Wahrheit, wobei eine Toleranz gegenüber alternativen theoretischen Ansätzen schwach ausgeprägt ist bzw. gänzlich fehlt. Die Entwicklung von Konzepten zielt in die Richtung, Evidenz für die Validität dieses einen theoretischen Ansatzes zu generieren. Im Gegensatz dazu scheinen u. a. ayurvedische Medizintraditionen alternative, konkurrierende Paradigmen leichter zu tolerieren und Ungewissheiten der menschlichen Erfahrung besser zu ertragen, da sie im Hinblick auf theoretische Orientierungen und kurative Praktiken einen stärkeren Pluralismus aufweisen.

Charakteristika der biomedizinischen Perspektive beschreiben Fabrega und Silver (zitiert nach Helman 2001: 81) in einer Belegung von Krankheiten mit universellen, wiederholbaren

Merkmale im Hinblick auf Ausprägung und Verlauf. Nach Lenz (2018: 83) fokussiert sich das primär in Industrienationen vorherrschende biomedizinische Krankheitsverständnis, das den menschlichen Körper als Maschine betrachtet, die aus isoliert voneinander behandelbaren Einzelteilen besteht, insbesondere auf Symptomatik, Diagnostik und Therapie. Dadurch werden teleologische und ätiopathogenetische Aspekte von Krankheit, wie Fragen nach ihrer psychodynamischen und soziokulturellen Ursache, weitgehend ausgeklammert. Greifeld (2013: 17) argumentiert, dass auch die Biomedizin kulturellen Setzungen folgt und damit ihr Postulat einer objektiven Naturwissenschaft verfehlt. In diesem Zusammenhang führt sie exemplarisch das biomedizinische Körperbild an, das den weißen, erwachsenen Mann im Rahmen pharmazeutischer Studien als Standard erhob. Auch Röttger-Rössler und Engelen (2006: 12) geben zu bedenken, dass bestimmte kulturabhängige theoretische Prämissen, die Hypothesenbildung und Versuchsanordnungen steuern, keine kulturfreien, objektiven Erkenntnisse liefern können.

Im Rahmen der psychiatrischen Fachrichtung vollzog sich die Entwicklung einer biologistischen Narrative laut Berrios und Markova (2015: 46) in zwei Schritten: Zunächst wurden bestimmte Verhaltensweisen und psychische Leidenszustände dem sozialen und ökonomischen Zeitgeist entsprechend als anomal bzw. pathologisch eingestuft. In einem zweiten Schritt versuchten naturwissenschaftliche Herangehensweisen, die Anomalität der (sozial) determinierten pathologischen Objekte (psychische Symptome und Krankheiten) auf Fehlfunktionen bestimmter Körperteile zurückzuführen. Ab Mitte des 19. Jahrhunderts wurde das Gehirn der favorisierte Körperteil. VertreterInnen dieser Theorie wie der Psychiater, Chemiker und Depressionsforscher Florian Holsboer verorten psychische Erkrankungen wie die Depression in einer Stoffwechselerkrankung des Gehirns, wobei die krankhafte biochemische Modifizierung bestimmter Funktionsabläufe zu einer Veränderung von Empfinden und Intention führt (Rütten 2019: o. S.). Am Beispiel der Depression soll die Theorie des chemischen Ungleichgewichts illustriert werden: Ein Mangel an bestimmten Neurotransmittern, d. h. biochemischen Botenstoffen zur Weiterleitung von Reizen an andere Nervenzellen, wie Dopamin oder, noch häufiger, Serotonin, wird als Krankheitsätiologie postuliert. Antidepressiva-Gruppen wie die SSRI (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) sollen zu einer Erhöhung des Serotoninspiegels beitragen, indem sie die Wiederaufnahme des Neurotransmitters hemmen (Haig 2016: 95, 96). Kritik an dem Ansatz besteht in der Schwierigkeit, den Serotoninspiegel bei einem lebendigen Menschen zu messen. Darüber hinaus konnte eine Wirksamkeit von Antidepressiva nachgewiesen werden, die den Serotoninspiegel nicht beeinflussen oder das Gegenteil der SSRI bewirken, d. h. die Serotonin-Wiederaufnahme verstärken (Haig 2016: 96). Laut Andreasen (1984, zitiert nach Luhrmann 2015: 306) geht der psychiatrische Ansatz trotz

z. T. unbewiesener Hypothesen und widersprüchlicher Faktenlage davon aus, dass schwere psychische Leidenszustände genauso wie Krebs oder Bluthochdruck als Krankheiten eingeordnet werden können, die sich auf hirnorganische Fehlfunktionen zurückführen lassen. Lehmann und Stastny (2007: 421) kritisieren, dass sich die zeitgenössische Psychiatrie entsprechend dem biologistischen Paradigma im Wesentlichen als pharmakologische Disziplin darstellt. Charakteristisch ist die meist dauerhafte Verabreichung von Psychopharmaka, die mit gegebenenfalls ergänzenden Maßnahmen wie hirnchirurgischen Eingriffen oder Elektroschocks kombiniert wird, da alle psychischen Vorgänge im Gehirn verortet werden (Heinz 2014: 184). Im Folgenden werden Psychopharmaka als primäre Therapieform nach einer allgemeinen Einführung im Hinblick auf Anwendungsdauer und Begleiterscheinungen kritisch beleuchtet:

Die Wirkung von Psychopharmaka wurde zufällig bei Narkose-Experimenten entdeckt, wodurch die Hypothese entstand, dass der Anwendungsbereich auf das Organ Gehirn abzielen sollte (Treichler 1984: 16). Nachdem die Gefährlichkeit des 1935 erfundenen Insulinschocks entdeckt worden war, der bis dato als entscheidendes Mittel gegen Schizophrenie postuliert wurde, kam es seit den 1950er-Jahren zu einer vermehrten Anwendung von Psychopharmaka (Jervis 1978: 54). Die psychopharmakologische Behandlung stellt laut Jervis (1978: 175) eine symptomatische Therapieform dar, die Beschwerden verdeckt oder dämpft, ohne deren Ursache zu beseitigen. Seibt (2014: 2) unterscheidet sechs Psychopharmaka-Klassen: Antidepressiva, Antiepileptika, Neuroleptika, Tranquilizer, Lithiumsalze und nicht klassifizierte Schlafmittel. Der Arzt und Psychotherapeut Josef Zehentbauer (2018 (4): 8, 9) konstatiert, dass dem Menschen noch nie zuvor so viele ‚Psycho-Drogen‘ zur Verfügung standen wie heute. Neben *Phytotherapeutika* (Baldrian, Johanniskraut, Hopfen etc.), *homöopathischen Mitteln* (Globuli), *legalen und illegalen ‚Glücksdrogen‘* (Alkohol, Haschisch, Crack o. Ä.) und *Schlafmitteln* mit den Wirkstoffen Noctamid, Mogadan oder Stilnox nennt er *Beruhigungsmittel* (Tranquilizer oder Anxiolytika wie Valium, Tavor o. Ä.), *Neuroleptika* wie Haldol, Zyprexa und Risperdal, die sich durch einen starken Dämpfungseffekt auszeichnen sowie *Antidepressiva*, die beruhigend, stimmungsaufhellend und/oder antriebssteigernd wirken sollen. Der Apotheker André Beckmann argumentiert, dass Antidepressiva weder psychische noch körperliche Abhängigkeit verursachen und die Persönlichkeit nicht verändern, sondern vielmehr wiederherstellen (Droll 2019: 20). Dagegen fordern ForscherInnen in Bologna und Kopenhagen, dass SSRI in die Liste der Medikamente aufgenommen werden, die wie Benzodiazepine nach Behandlungsende Entzugserscheinungen hervorrufen können (Deeg 2019: 1). Darüber hinaus gibt Schnekenburger (2019: 3) zu bedenken, dass die erstmalige Verabreichung eines Antidepressivums nur bei 30 Prozent der depressiven PatientInnen die erhoffte Wirkung erzielt,

während weitere 30 Prozent durch den Einsatz von Antidepressiva keinerlei Linderung verspüren.<sup>71</sup> Rufer (2007: 402) zitiert Studien, die zu dem Ergebnis kamen, dass psychopharmakafreie, psychotherapeutisch ausgerichtete Behandlungskonzepte sowohl bei Unipolarer Depression als auch Schizophrenie einer Psychopharmakotherapie überlegen sind. Antidepressiva zeigten sich in verschiedenen weiteren Studien nicht wirksamer als Placebos (Rufer 2006: 412). Eine Ausnahme bildeten schwere Depressionen, die besser auf Antidepressiva ansprechen als auf Placebopräparate (BPE 2018: 11).<sup>72</sup> Rufer (2007: 412) unterstellt VersuchsleiterInnen pharmazeutischer Studien Voreingenommenheit (*bias*), da auf Grund der für PsychiaterInnen und Versuchspersonen leicht identifizierbaren pharmakologischen Nebenwirkungen „sogar sogenannte Doppelblindversuche keineswegs wirklich blind sind.“ Die in verschiedenen Studien stark variierenden Placeboeffekte zeigen die Bedeutung der Atmosphäre sowie des menschlichen Faktors, d. h. der Arzt-Patient-Beziehung, für die Behandlung auf (Rufer 2007: 412, 413).

Im Rahmen der Regio 2019, einer jährlich stattfindenden Veranstaltung des *Landesverbandes Gemeindepsychiatrie Baden-Württemberg e. V.* und des *Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V.* unter dem Themenschwerpunkt *Verantwortungsvoller Umgang mit Psychopharmaka*, hielt Jann E. Schlimme, Psychiater und Psychotherapeut in Berlin, einen kritischen Vortrag zum Thema *Genesung von seelischen Krisen und der Stellenwert von Psychopharmaka*. Er führte aus, dass sich die Verabreichung von Antidepressiva seit Mitte der 1990er-Jahre um 800 % erhöht hat und prangerte in diesem Zusammenhang den in den letzten Jahrzehnten praktizierten zu starken psychiatrischen Verlass auf eine Psychopharmakotherapie an, da eine wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von Antidepressiva nur bei schwersten Formen der Depressionen vorhanden ist (siehe oben). In Bezug auf das Absetzen von Neuroleptika zitierte er eine über sieben Jahre angelegte follow-up-Studie von Lex Wunderink aus den Niederlanden mit 103 Ersterkrankten, die zeigte, dass Menschen, die ihre Neuroleptika reduzierten, innerhalb der ersten sechs Monate doppelt so viele Rückfälle erlitten wie die MT-Gruppe der aufrechterhaltenden Pharmakotherapie, während sich die Rezidivraten der beiden Gruppen nach drei Jahren angleichen. Nach fünf Jahren war die symptomatische Remission, d. h. die Abschwächung der Symptome wie Stimmen hören, in beiden

---

<sup>71</sup> Florian Holsboer arbeitet seit 30 Jahren an einer Verbesserung der Wirkweise von Antidepressiva. Mithilfe eines entwickelten Gentests werden Betroffene in verschiedene Gruppen eingeteilt, die spezifisch angreifende Medikamente erhalten sollen. Demgegenüber vergleicht er die zeitgenössischen Antidepressiva mit Breitbandantibiotika (Rütten 2019: o. S.).

<sup>72</sup> Diese Faktenlage führte dazu, dass Betroffene mit leichter und mittelschwerer Depression in Großbritannien zuerst eine Psychotherapie erhalten, bevor sie mit Antidepressiva behandelt werden dürfen. Die britische Regierung bildete dafür mehr als 6.000 psychologische GesundheitstherapeutInnen aus. In Deutschland plädieren PsychiaterInnen wie Uwe Gonther dafür, Antidepressiva nur temporär zu verabreichen und die psychosoziale Situation des Patienten genauer zu analysieren (Deeg 2019: 1).



Gruppen vergleichbar, während die funktionelle Erholung bei der Absetzgruppe doppelt so hoch ausfiel wie in der MT-Gruppe. Schlimme machte das paternalistische Muster in der Psychiatrie dafür verantwortlich, dass Professionelle trotz gegenteiliger Erkenntnisse vermehrt Psychopharmaka verordnen, und verglich PsychiaterInnen gar mit „Dealern, die meistens am Schlechtesten über Nebenwirkungen ihrer Produkte aufklären.“ Er räumte ein, dass das Gehirn im Rahmen einer längerfristigen Psychopharmakotherapie ein Substitutionsverhalten an den Tag legt. So werden bei einer neuroleptischen Dauermedikation neue, zudem *empfindlichere* Dopamin-Rezeptoren als adaptive Reaktion auf die psychopharmakologische Blockade derselben gebildet. Dabei wäre bei der Hälfte aller Psychose-PatientInnen laut Schlimme eine temporäre Behandlung mit Benzodiazepinen ausreichend. Darüber hinaus sprach er sich für eine Intervall-Therapie an Stelle einer Langzeittherapie aus, in der Neuroleptika nach Bedarf dosiert und eingenommen werden, und erörterte die Nebenwirkungen von langfristig hohen Dosen an Neuroleptika, die von Einschränkungen des Antriebsschwungs sowie des Arbeitsgedächtnisses bis hin zu subjektiven Empfindungen einer ‚chemischen Mauer‘ bzw. eines ‚emotionalen Roboteranzugs‘ reichen, was zu einem therapeutischen Stillstand führen kann.<sup>73</sup> Ähnlich (selbst)kritisch äußert sich der Psychiater Volkmar Aderhold, der die Institution Psychiatrie 2007 verlassen hat, um durch Fachvorträge, Fortbildungen und Publikationen systemimmanente Veränderungen herbeizuführen. Er prangert den Fokus auf einer biologistischen Herangehensweise der deutschen Psychiatrie an, die eine therapeutisch ausgerichtete ‚Beziehungspsychiatrie‘ vernachlässigt und Chronifizierungen, Unterbringungen, Zwangsbehandlung, Arbeitsunfähigkeit, Autonomieverlust und eine mangelhafte soziale Inklusion Psychiatrerieerfahrener nach sich ziehen kann (Olostiak-Brahms 2016: 1, 2). Analog dazu argumentiert Treichler (1984: 25), dass „dem Menschenbild unseres naturwissenschaftlichen Zeitalters die aus Leib, Seele und Geist entstehende Ganzheit des Menschen verlorenging“ und postuliert eine anthroposophisch ausgerichtete Psychiatrie. McKenzie und Shah (2015: 321) führen symbolhaft aus: „The brain is married to the environment, and it is in that relationship that we view mental illnesses. Trying to understand the marriage by looking at only one partner is unlikely to give an accurate picture.“ Luhrmann (2015: 306) schlussfolgert, dass der biomedizinische Ansatz in dem Rekurs auf schwere psychische Leiden gescheitert ist. Das Postulat, dass Letztere als Gehirnkrankheiten mit eindeutig identifizierbaren genetischen Ursachen und klaren, zielgerichteten pharmakologischen Interventionen verstanden werden können, d. h. das sog. *Bio-Bio-Bio-Modell*, bestehend aus Gehirnschädigungen, genetischer Verursachung

---

<sup>73</sup> Schlimme führte aus, dass die sog. S3-Leitlinien Schizophrenie in Deutschland eine mindestens 12-monatige Erhaltungstherapie nach Erstmanifestation einer Psychose empfehlen, um Rückfällen vorzubeugen.

sowie pharmakologischer Heilung, konnte nicht verifiziert werden. Trotzdem werden Studien mit neurobiologischer Verortung erheblich mehr Ressourcen zur Verfügung gestellt als der Initiierung und Erforschung sozialpsychiatrischer Projekte, wie Stephan Schietering (2014: 35), Ärztlicher Direktor des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) in Emmendingen, kritisch anmerkt.

Im Folgenden soll ein cursorischer Überblick über aktuelle Studien mit neurochemischen Arbeitshypothesen gewährt werden: Forschungsarbeiten der Universität Freiburg befassen sich derzeit mit der Entwicklung eines Nasensprays, das das neuronale Protein Homer1a, das in Tierversuchen mit Mäusen eine antidepressive Wirkung erzielt hat, mit Hilfe eines Peptids aus dem HI-Virus in menschliche Zellen transportieren soll. Während marktübliche Antidepressiva abbauehemmend bzw. stimulierend auf eine Gruppe von Neurotransmittern wie Dopamin, Serotonin oder Noradrenalin wirken, die als Monoamine Nebenwirkungen verursachen können, da sie auch andere Hirnrezeptoren binden können, sollen Peptide eine nebenwirkungsarme, spezifischere und schnellere Wirksamkeit erzielen. Der Neurobiologe Tsvetan Serchov, der die Forschungsgruppe leitet, sieht im Präfrontalkortex des Gehirns „de[n] richtige[n] Ort für den Einsatz gegen Depressionen.“ (Schnekenburger 2019: 3) Thoma (2016: 41) konstatierte nach dem Besuch eines psychiatrischen Fachkongresses, dass primär neurobiologisch ausgerichtete Forschungsprojekte innerhalb der deutschen Psychiatrie finanziell gefördert werden, während die Beteiligung von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen sowie sozialpsychiatrische Versorgungsfragen kaum eine Rolle spielen. Beispielsweise setzte der Verbund OptiMD biologische Ziele für eine effizientere Behandlung von Depressionen. So intendieren die Forschenden, den Darm Betroffener mit einem Antibiotikum (Mikro-Zyclin) zu behandeln, dessen Wirkungsspektrum auch das Gehirn schwer depressiver Menschen umfassen soll (ebd.: 42). Bezogen auf die Schizophrenie-Forschung wird angestrebt, einen Biomarker in Form spezifischer Aktivierungsmuster im Gehirn zu ermitteln, wodurch Schwere und Verlauf der schizophrenen Erkrankung antizipiert werden könnten. Alternative Therapieformen wie der Offene Dialog<sup>74</sup>, dessen Wirksamkeit in Studien nachgewiesen wurde, sowie geistes- und humanwissenschaftliche Einordnungen psychischer Leidenszustände werden demgegenüber vernachlässigt (ebd.: 42, 43). Ferner kritisiert Thoma (2016: 43), dass eine seit der ausgerufenen ‚Dekade des Gehirns‘ angekündigte baldige Entschlüsselung des Gehirns nicht erfolgt ist und stellt den Fokus auf hirnorganische Ansätze für die Behandlung psychischer Beeinträchtigungen grundsätzlich in Frage. Abschließend verweist Thoma (2016: 43) auf einen wissenschaftlichen *bias*, wenn er konstatiert, dass vorwiegend männliche, weiße, doppelt promovier-

---

<sup>74</sup> Dieser therapeutische Ansatz wird ausführlich in Kapitel 3.3.5. behandelt. Vorab sei erwähnt, dass er sich durch eine sehr zurückhaltende Verabreichung von Psychopharmaka auszeichnet, während der gleichberechtigte, therapeutische Dialog zwischen verschiedenen Parteien zentral ist.

te und habilitierte Professionelle aus dem universitären Umfeld, die untereinander gut vernetzt sind, die psychiatrische Spitzenforschung in Deutschland repräsentieren und gestalten. Haller (2005: 77) konstatiert, dass Erkenntnisse und Paradigmen der Genforschung sowie anderer biologischer Wissenschaften im öffentlichen und politischen Diskurs präsent sind. Die Diskussion gesellschaftlicher Probleme wird daher bevorzugt mit biologischen an Stelle von sozialen oder politischen Termini geführt. Hintergrund ist die Hoffnung, gesundheitliche Probleme auf *technische* Weise lösen zu können.

Genetische und biochemische Erwägungen sollten laut Estroff (1981: 215) jedoch nicht die Bedeutung zwischenmenschlicher, sozialer und kultureller Faktoren für die Anerkennung, Behandlung und Konsequenzen der Erfahrung sowie Exposition psychiatrischer Probleme innerhalb eines bestimmten kulturellen Kontextes mindern. Kleinman (1980: 25, 32) zufolge hat die Voreingenommenheit des biologischen Reduktionismus die Bedeutung sozialwissenschaftlicher Impulse für die Medizin und Psychiatrie v. a. im klinischen Bereich erheblich gemindert. Psychosoziale Anliegen wie die Sichtbarmachung störender, jedoch behebbarer Probleme in der individuell-spezifischen Lebenswelt werden so von dem überbewerteten wissenschaftlich-technischen Streben nach Symptomkontrolle überlagert (Kleinman 1988: 9). Auch Rufer (2007: 409) kritisiert: „Die Biologie – Neurotransmitter, Moleküle, Gene – kann nicht verstanden werden, Einfühlung ist unmöglich.“ So fordert die Betroffene Kundisch (2019: 32):

„Weg vom ‚Biologismus‘ und von anderen einseitigen Menschenbildern. Es gibt keine Beweise für die Vermutungen über Ursachen von sogenannten Krankheiten unserer Psyche oder Seele. Und doch baut sich das ganze Lehrsystem und leider auch die Forschung auf dieser einseitigen Meinung auf und führt so zu einem absoluten Übergewicht pharmakologischer Behandlung“.

Kundisch (2019: 32) plädiert dafür, dass biografische, interpersonelle und gesellschaftliche Stressoren für die Entwicklung einer psychischen Krise im selben Maße berücksichtigt werden wie biochemische Prozesse. Lehmann (2007: 12) schlussfolgert, dass „die Psychiatrie als naturwissenschaftliche Disziplin dem Anspruch, psychische Probleme überwiegend sozialer Natur zu lösen, nicht gerecht werden kann.“

Im Hinblick auf die Etablierung eines alternativen Modells als Konkurrenz für biomedizinische Axiome, plädiert Kleinman (1980: 387) für ein medizinethnologisches Engagement sowie eine engere Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Medizinethnologen (Kleinman 1980: 376). Während Erstere Experten für die medizinische Einschätzung von Gesundheitsproblemen und deren Behandlung sind, könnten Medizinethnologinnen in einer Beraterrolle zwischen diskrepanten ethnischen und biomedizinischen Sichtweisen vermitteln, Konflikte in der klinischen Kommunikation mildern sowie gemeinsame Behandlungsziele von Ärztin und Betroffenenem sowie dessen sozialem Netzwerk aushandeln. Die sozialwissenschaftliche Veror-

tung stellt für MedizinethnologInnen dabei dieselbe Handlungsbasis dar wie die Naturwissenschaften für klinische PharmakologInnen (Kleinman 1980: 377). Im Kontrast zu biomedizinischen Schwerpunkten würde die Medizinethnologie den Bedeutungskontext, innerhalb dessen gesundheitliche Beschwerden erfahren und benannt werden, als zentrale analytische und komparative Fragestellung apostrophieren (Kleinman 1980: 380). In diesem Zusammenhang argumentiert auch Wulff (zitiert nach Machleidt 2013: 377), dass psychische Symptome kulturelle Botschaften darstellen, die im Rahmen ihres biografischen, gesellschaftlichen und kulturellen Kontextes verstanden werden müssen, indem diese Rahmenbedingungen dechiffriert werden. Wulff (zitiert nach Machleidt 2013: 377) schlussfolgert, dass jede Psychiatrie im Rahmen dieser kulturellen Übersetzungsleistung in ihrem therapeutischen Kern auch als Ethnopsychiatrie verstanden werden sollte. Kleinman (1980: 382) fordert Medizin und Psychiatrie daher auf, fachliche Begrenzungen anzuerkennen und professionelle Ansprüche entweder entsprechend zurückzufahren oder illness-Konzepte in die medizinische Versorgungspraxis zu inkludieren. Die letztere Alternative würde bio- und ethnomedizinische Paradigmen zu einem fachübergreifenden Rahmenmodell integrieren. Diese bis dato nicht existente transdisziplinäre Vereinigung würde das biomedizinische Modell um soziale sowie kulturelle Fragestellungen und Methoden erweitern und sowohl die Ausbildungs- als auch Versorgungspraxis der medizinischen Professionen nachhaltig verändern (Kleinman 1980: 382). Kleinman (1980: 382, 383) spricht sich für eine solche Integration aus, die jedoch eine langwierige Reform, soziopolitische Maßnahmen sowie die Bereitschaft von medizinisch Tätigen erfordern würde, ihre Dominanz innerhalb der akademischen Medizin zu relativieren. Prävalente Machtasymmetrien zwischen den beiden Paradigmen und deren VertreterInnen erschweren diesen Prozess, der jedoch auf Grund wachsender Unzufriedenheit unter NutzerInnen psychiatrischer Hilfen notwendig erscheint (Kleinman 1980: 384).

Vierzig Jahre nach Kleinmans (1980) Publikation haben sich seine Visionen einer stärkeren interdisziplinären Kooperation zwischen Ärzten und Medizinethnologinnen sowie der Etablierung eines alternativen, integrativen medizinisch-sozialwissenschaftlichen Modells in dem Sinne verwirklicht, dass die Psychiatrie in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend multifaktorielle Ansätze in ihren Theorien der Krankheitsgenese und Behandlungsmethoden anerkennt und anwendet. Neben genetischen bzw. biologischen Einflüssen wie Hirnschädigungen oder -stoffwechselstörungen (Hammer/Plöbl 2015: 14) werden psychosoziale Kausalitätsfaktoren wie persönliche Schicksalsschläge, traumatische Erlebnisse und psychische Stresserfahrungen als potentielle Auslöser psychischer Erkrankungen diskutiert. Beide Erklärungsansätze vereinen sich in multikausalen bzw. systemischen Modellen der Krankheitsätiologie, wobei eine Interdependenz der unterschiedlichen Faktoren anerkannt wird. So können psychosoziale Ein-

flüsse biologische Veränderungen des Gehirns und/oder der Gene auslösen und umgekehrt (Hammer/Plöbl 2015: 15). Sowohl Verhaltensweisen als auch das Gehirn als dynamisches System werden von inneren (genetischen, hormonellen o. Ä.) sowie äußeren Umweltfaktoren wie Stress und früh erlittene Notsituationen beeinflusst (Kirmayer/Lemelson et. al. 2015: 20). Psychische Prozesse sind daher sowohl auf neurobiologische als auch soziokulturelle Einflüsse zurückzuführen (Ryder/Chentsova-Dutton 2015: 403). Biologische, psychologische, ökonomische, soziale und politische Umstände können Symptome bzw. Krankheiten verursachen und aufrechterhalten (Kirmayer/Lemelson et. al. 2015: xxi). So beschreibt Golsabahi-Broclawski (2014: 23) einen Zusammenhang zwischen der Prävalenz bestimmter Diagnosen und aktuellen gesellschaftspolitischen Ereignissen. Beispielsweise steht die Häufigkeit der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung in einem engen Zusammenhang mit zeitgenössischen Umweltkatastrophen und Kriegsgebieten, während depressive Störungen und Burn-out-Symptomatiken oftmals mit sozialen Transformationsprozessen, wirtschaftlichen Umbruchzeiten und politischem Wandel koinzidieren.<sup>75</sup> Zehentbauer (2018 (4): 2) differenziert in diesem Kontext zwischen *sozial-krankmachenden Faktoren* wie Armut, gesellschaftlicher Diskriminierung, belastenden Arbeitsbedingungen usw. und *individuell-psychisch-krankmachenden Faktoren* wie einer lieblosen Kindheit, stressinduzierten Traumata, genetischen Dispositionen, Störungen im Neurotransmitter-Haushalt wie ein zu niedriger Serotoninspiegel, chronischen Krankheiten etc. Vor diesem Hintergrund ist der Resilienzfaktor<sup>76</sup> entscheidend, der bei jedem Menschen unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Sowohl genetische Faktoren als auch die psychische Grundausstattung und Prägung sind ursächlich für den Grad der Widerstandskraft verantwortlich (Zehentbauer 2018 (4): 3). Kleinman (1988: 6) fasst zusammen: „In the broader biopsychosocial model now making headway in primary care, disease is construed as the embodiment of the symbolic network linking body, self, and society“.<sup>77</sup> Diese multifaktoriellen Modelle werden als *Vulnerabilitäts-Stress-Modelle*<sup>78</sup> bzw. Ver-

---

<sup>75</sup> In diesem Zusammenhang sei an die psychosomatische Betrachtungsweise Mitscherlichs erinnert, der argumentierte, dass jede Gesellschaft ihre eigenen Krankheiten hervorbringt (Stöckel 2013: 317, 318).

<sup>76</sup> Im 19. Jahrhundert bezeichnete Resilienz ursprünglich die physikalische Eigenschaft von Materialien, nach einer Verformung wieder in ihren Ursprungszustand zurückzukehren (Tlusty 2020: 2). In der Entwicklungspsychologie wird der Begriff häufig als psychische Widerstandsfähigkeit beschrieben (Hapkemeyer/Scheibner 2014: 8). Demzufolge kann der Aufbau einer sicheren, frühkindlichen Bindung die Stressresistenz erhöhen (Tlusty 2020: 3) sowie die Fähigkeit, mit Krisen und belastenden Lebensereignissen erfolgreich umzugehen (Bott 2014: 4). Lauterbach (2014: 20) bezeichnet Resilienz als Prozess und Ergebnis des Prozesses gleichermaßen. Kritisiert wird, dass die Widerstandsfähigkeit des Resilienzkonzeptes die ‚Widerständigkeit‘ im Sinne einer Hinterfragung der Rahmenbedingungen einer Situation vernachlässigt und die allgemeine Krisenhaftigkeit als gegeben akzeptiert (Tlusty 2020: 6).

<sup>77</sup> Die Darstellung eines multikausalen Erklärungsmodells am Beispiel der Psychose liefern McKenzie und Shah (2015).

letzlichkeits-Stress-Modelle bezeichnet und sollen im Folgenden ausführlich erörtert werden: Wie bereits erwähnt, variiert der Ausprägungsgrad der individuell-spezifischen Vulnerabilität. Ursachen für eine erhöhte Erkrankungsbereitschaft können biologischer oder psychosozialer Natur sein, wobei biologische Faktoren genetisch bedingt oder durch körperliche Traumata, Geburtskomplikationen, Erkrankungen o. Ä. erworben sein können. Zu den psychosozialen Entwicklungsbedingungen zählen kritische Lebensereignisse, psychische Traumatisierungen und frühe Stresserfahrungen (Hammer/Plöbl 2015: 17). Nach Hammer und Plöbl (2015: 17, 18) manifestiert sich eine Erkrankungsbereitschaft, wenn genetische bzw. erworbene biologische Faktoren auf der einen sowie psychosoziale Stressoren auf der anderen Seite ungünstig koinzidieren. Während eine erhöhte individuelle Prädisposition nicht per se zu einer psychischen Erkrankung führt, kann erst im Zusammenwirken mit biologischen, sozialen oder psychologischen Stressoren aus der Verletzlichkeit eine psychische Erkrankung emergieren, wenn nicht genügend Ressourcen bzw. Schutzfaktoren zur Verfügung stehen (ebd.: 16). Vor einer psychischen Krise treten in der Regel zunächst individuelle Frühwarnsymptome auf. Durch die Bedeutung von Bewältigungsstrategien in Form von Selbsthilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten, welche die Krise abfangen können bzw. deren Verlauf maßgeblich beeinflussen, wurde das Modell zum sog. *Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell* erweitert (ebd.: 16, 22). Die Überschreitung der persönlichen kritischen Grenze kann zu einer Ausbildung körperlicher oder psychischer Symptome einer Erkrankung führen, je nachdem, wo sich die individuell-spezifische Verletzlichkeit, d. h. die ‚Sollbruchstelle‘ des Betroffenen verortet (ebd.: 18). Die persönliche Vulnerabilität ist langfristig gesehen jedoch durchaus modifizierbar und muss nicht mit einer dauerhaften Erkrankung oder Beeinträchtigung korrelieren (ebd.: 22). Hammer und Plöbl (2015: 23) führen Entspannungsübungen, Tagesstruktur sowie ein gesundheitsförderndes Verhalten als Faktoren an, die eine psychische Disposition langfristig reduzieren können. Das Modell bietet unterschiedliche Ansatzpunkte für die Bewältigung einer Krise. Auf der Ebene der Vulnerabilität können medikamentöse Therapien und Veränderungen im Alltagsverhalten die Verletzlichkeit reduzieren. Für die Bewältigung von Stressproblemen sind psychosoziale Therapieangebote und Selbsthilfestrategien relevant. Durch den Verweis auf die individuell verschiedentlich ausgeprägte Disposition hat das Modell laut Hammer und Plöbl (2015: 24) zu einer Entstigmatisierung psychischer Krankheiten beigetragen. Betroffene und Angehörige können sich in Anbetracht der komplexen, multikausalen Erkrankung von Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen entlasten, wobei eingeräumt wird, dass

---

<sup>78</sup> Vulnerabilität bzw. Verletzlichkeit/Erkrankungsbereitschaft bedeutet die Anfälligkeit eines Organismus für eine bestimmte Erkrankung (Hammer/Plöbl 2015: 14).

sowohl die Entstehungsbedingungen als auch der Verlauf psychischer Erkrankungen noch nicht vollständig entschlüsselt sind.

Das vorliegende Kapitel befasste sich mit dem positivistischen Ansatz der Biomedizin, dessen Entstehungskontext, Charakteristika sowie kulturellen Setzungen. Auf die psychiatrische Versorgungspraxis angewandt, wurde das biologistische Paradigma der Hirnstoffwechselstörung am Beispiel der Depression illustriert und die pharmakologische Behandlung bezogen auf Wirksamkeit, mögliche Placeboeffekte sowie Absetzproblematik von Antidepressiva bzw. Neuroleptika diskutiert. Trotz vermehrter Kritik an der biomedizinischen Ausrichtung der Psychiatrie und eines angeprangerten Scheiterns des Postulates der Hirnstoffwechselstörung konnte gezeigt werden, dass Studien mit neurobiologischer bzw. -chemischer Verortung noch immer höhere Ressourcen und Aufmerksamkeit erhalten als eine sozialwissenschaftliche Beleuchtung psychischer Probleme. Die im psychiatrischen Kontext angewandte biomedizinische Ausrichtung wird für ihren Reduktionismus im Rahmen einer Vernachlässigung kultureller sowie psychosozialer Faktoren zugunsten postulierter universaler, ahistorischer physikalischer Prozesse kritisiert. Ein stärkerer Fokus auf der subjektiven illness-Perspektive und deren Bedeutungszuschreibung durch den Betroffenen in seiner partikularen Umwelt kann laut Kleinman (1980) durch eine engere Zusammenarbeit zwischen Medizinethnologen und Psychiaterinnen zur Etablierung eines fachübergreifenden Rahmenmodells sichergestellt werden. Zeitgenössische, integrative biopsychosoziale Ansätze gehen von dem Zusammenwirken genetischer Prädispositionen, neurochemischer bzw. biologischer Prozesse und lebensgeschichtlicher, psychosozialer Faktoren aus, die den Verlauf der Erkrankung und die individuelle Prognose beeinflussen (Estroff 1981: 214). Laut Estroff (1981: 208) lernen Psychiaterinnen zunehmend, Patienten nicht in einem psychischen Vakuum zu betrachten, sondern soziale, kulturelle und zwischenmenschliche Kontextfaktoren zu berücksichtigen, die der Betroffenenkritik an einer zu starken Ausrichtung auf biologistische Ätiologien und Behandlungsansätze Rechnung tragen sollen. Die Rolle biomedizinischer Herangehensweisen für die Diagnostik von psychiatrischen Störungsbildern soll im folgenden Kapitel an Hand der beiden Diagnosemanuale ICD und DSM kontextualisiert werden.

### **3.3.2. Diagnostik: ICD, DSM sowie kulturelle Einflüsse**

Im Rahmen der biomedizinischen Diagnostik werden spezifische Syndrome, d. h. objektivierbare Symptomkombinationen, bestimmten Krankheitsbildern zugeordnet. Jeder Erkrankung werden eine nachvollziehbare Verursachung, ein identifizierbarer Schadensmechanismus mit daraus resultierenden Hauptsymptomen und charakteristischem klinischen Verlauf sowie

mehr oder weniger kausal wirkende Therapiemöglichkeiten zugeschrieben. Im Kontrast zu allgemeinmedizinischen Krankheitsbildern, die auf technisch objektivierbaren Symptomen als Voraussetzung für die Anwendung des klassischen Krankheitsbegriffes basieren, zeichnen sich psychische Leidenszustände durch einen Mangel an Objektivierbarkeit von Krankheitszeichen aus, da sich in bildgebenden und/oder laborchemischen Verfahren zumeist keine biologischen Marker nachweisen lassen<sup>79</sup> (Heinz 2014: 29). Blech (2005: 67) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Ehrenkodex der Ärzteschaft ein akkurates Diagnostizieren erfordert: Während ein Arzt, der eine Diagnose stellt, obwohl keine Krankheit nachgewiesen werden kann, als vorsichtig gilt, wird das Übersehen einer Erkrankung als fatale medizinische Fehleinschätzung gebrandmarkt. Die im Rahmen der Diagnostik auf Jaspers zurückgeführte *Schichtenregel* besagt, dass sich die Diagnose an der schwersten Erkrankung orientieren soll. In modernen Krankheitsklassifikationen ist sie jedoch weitgehend zu Gunsten des Konzepts der *Komorbiditäten* ersetzt worden, das eine Koexistenz verschiedenster psychischer Störungen anerkennt und alle Auffälligkeiten gleichermaßen dokumentiert (Heinz 2014: 126).

Im Folgenden sollen Historie sowie Anwendungsbereich der beiden zeitgenössischen, parallel existierenden Diagnosemanuale, ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) und DSM (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*) in ihrer Eigenschaft als kulturell konstruierte Dokumente (Davies 2017: 43) ausführlich erörtert werden: Im Jahre 1959 berief die WHO ein Expertenkomitee, das die Notwendigkeit einer globalen Erhebung valider und reliabler Daten über Prävalenz und Inzidenz psychischer Krankheiten postulierte. Im Zuge dessen entwickelte die WHO Mitte der 1960er-Jahre ein komplexes Langzeitprojekt, das aus vier verschiedenen Komponenten bestand: Programm A behandelte die Standardisierung psychiatrischer Klassifikation, Diagnostik und Statistik, während Programm B die Entwicklung international applikabler Techniken für die Untersuchung psychisch Kranker im Rahmen psychiatrischer und epidemiologischer (Vergleichs-)Studien umfasste. Die beiden Schritte A und B waren Wegbereiter für das Programm C, das psychiatrische Krankheiten bei geografisch determinierten Populationen erforschte. Abschließend stellte Programm D ein internationales Trainingsprogramm in sozialer Psychiatrie und psychiatrischer Epidemiologie dar (Machleidt 2013: 370). Hintergrund dieser kostenintensiven und umfangreichen Initiativen war die Auffassung, dass standardisierte Erhebungsmethoden für eine globale Erforschung psychischer Krankheiten wie der Schizophrenie entscheidend seien (Machleidt 2013: 370). Im Rahmen transkultureller Untersuchungen wurde die Variabilität in der Diagnostik durch Unterschiede in der fachärztlichen Ausbildung und theoretischen

---

<sup>79</sup> siehe Kapitel 2.1.



Orientierung verstärkt. Dadurch wurden ÄrztInnen nicht mehr als objektivierende Instanz betrachtet, sondern zunehmend als sozialisations- und kulturgebundenen Subjekt (Machleidt 2013: 370, 371). Ethnologisch orientierte Forscher wie Arthur Kleinman und Erich Wulff plädierten für eine kulturrelativistische, emische Perspektive, wobei sie die transkulturelle Anwendung westlicher Nosologie hinterfragten. Vielmehr sollte die Entwicklung von Norm bzw. Abnorm, Krankheitsverständnis, -klassifikation und Behandlungsansätzen aus dem Selbstverständnis der jeweiligen Ethnien entwickelt werden, die eigene Verständniszugänge zu psychischer Krankheit und Gesundheit aufwiesen (Machleidt 2013: 381). Nichtsdestotrotz wurden zwei Nosologien ausgearbeitet, die eine internationale Anwendbarkeit und universale Gültigkeit postulierten (Heinz 2014: 17). Die von der WHO entwickelten, kompatiblen diagnostischen Systeme, DSM und ICD, wurden in ihren jeweiligen neuesten Fassungen in über zwanzig bzw. vierzig Sprachen übersetzt (Frances 2014: 49). Während das aktuelle ICD-10 primär von der WHO angewandt wird, stellt das DSM-IV das Diagnosemanual der *American Psychiatric Association* (APA) dar (Heinz 2014: 16). Diese Klassifikationssysteme weisen bestimmte (psychische) Verhaltensweisen bzw. Zustände als pathologisch aus, die medizinischen Handlungsbedarf signalisieren (Rufer 2007: 407). Die diagnostischen Kriterien des DSM-IV wurden erstmals unter Einbeziehung einer Arbeitsgruppe von EthnologInnen erstellt, die kulturspezifische Sichtweisen auf bestimmte Störungsbilder berücksichtigen sollte. Jenkins fasste als einer der beteiligten Ethnologen verfügbares kulturelles Material über Schizophrenie und ergänzende Texte zusammen, die Berücksichtigung im DSM-IV finden sollten. Das Inkludieren soziokultureller Aspekte in das DSM-IV wird als bedeutender Meilenstein betrachtet, auch wenn die Abhandlungen im Rahmen der Publikation angesichts begrenzter Kapazitäten letztlich kürzer als intendiert ausfielen (Jenkins/Barrett 2004: 3). Für eine Fortführung dieser fachübergreifenden Zusammenarbeit schlagen Lewis-Fernandez und Aggarwal (2015: 434) vor, dass kulturelle Variationen durch interdisziplinäre Triangulation in das DSM integriert werden können, wobei soziokulturelle Kontextanalysen, neurobiologische Theorien und psychologische Dimensionen Berücksichtigung finden sollten.

Im Rahmen der psychiatrischen Anwendung der Diagnosemanuale wird u. a. von Andreasen (2007, zitiert nach Parnas/Gallagher 2015: 68) Kritik geübt, der die diagnostische Vormachtstellung des DSM anprangert, welche es Anwendern erschwert, potentiell bedeutsamen Symptomen, die nicht im DSM verzeichnet sind, fachmedizinische Aufmerksamkeit entgegenzubringen. Des Weiteren prangert er den dehumanisierenden Einfluss auf die psychiatrische Praxis an, da die Krankengeschichte als das zentrale psychiatrische Instrumentarium für die Diagnostik oftmals auf das Abarbeiten von DSM-Checklisten reduziert wird, das ein Kennenlernen des Patienten als Individuum erschwert. Parnas und Gallagher (2015: 77) plädieren

daher für den Einsatz eines freundlich-neutralen, nicht-wertenden Gesprächs zwischen Patientin und Arzt, das eine spontane, narrative Verbalisierung der Betroffenenenerfahrungen unter Berücksichtigung der jeweiligen Kontextfaktoren zulässt. Indem die Patientenausführungen als ‚gestört‘ abgetan werden, erhalten ihr Inhalt, die verwendeten Metaphern sowie inhärente Botschaften jedoch oftmals kaum hermeneutische Aufmerksamkeit. Während die Betroffenen und deren Erfahrungswissen marginalisiert werden, bilden die sozialen Bedeutungen, die mit dem Etikett der Krankheit bzw. Störung verbunden sind, die Bezugspunkte für das Verständnis für NutzerInnen psychiatrischer Hilfen und deren Behandlung (Liegghio 2013: 127). Menschlichkeit wird laut Liegghio (2013: 128) wiederhergestellt, wenn bestimmte anomale Ausführungen der PatientInnen als legitime Möglichkeit anerkannt werden, über ihre Erfahrungen und Gefühle zu sprechen, selbst wenn sie Angst auslösen und/oder eine potentielle Gefährlichkeit ausdrücken.

Ein weiterer Kritikpunkt wird von Davies (2017: 41) geäußert, der aufzeigt, dass die Diagnosekriterien und -definitionen des DSM-III größtenteils nicht auf den Ergebnissen evidenzbasierter Forschung basierten, sondern auf Abstimmung und Konsens der bearbeitenden Task Force, welche die kulturell verwurzelten professionellen Ansichten und Hypothesen einer bestimmten Gruppe von PsychiaterInnen widerspiegelte. Mitglieder der Task Force räumten ein, dass nur wenige der im DSM beschriebenen psychiatrischen Störungen auf validen Forschungsergebnissen beruhen (ebd.: 37). Das DSM-III verschärfte die Medikalisierung von sozial induziertem Leiden und führte zu einer unangemessenen und extensiven Verordnung von Psychopharmaka (ebd.: 33). Der Einfluss des DSM-III setzt sich bis heute fort, da die meisten Krankheitsklassifikationen und -kriterien unverändert übernommen wurden, obwohl der Task Force bei der Erstellung des DSM-IV bewusst war, dass die Definitionen und Kategorien des DSM-III größtenteils nicht auf wissenschaftlicher Evidenz basierten, sondern auf subjektiver Willkür eines elitären Zirkels von PsychiaterInnen und PsychologInnen (Davies 2017: 42, 43).

Therapeutischer Nutzen und Sinnhaftigkeit von Diagnosen werden von Fachärztinnen für psychische Erkrankungen, Nutzern psychiatrischer Hilfen und Sozialwissenschaftlern im Allgemeinen unterschiedlich evaluiert. Während der Psychiater Nicolas Rüschi Diagnosen am 19.10.19 als „Sprachregelung, um komplexe Probleminhalte zu besprechen“ umschrieb, bezeichnet Rufer (2007: 407) sie als willkürliche moralische und soziale Definition. Kritik an der psychiatrischen Diagnostik wird auch durch Liegghio (2013: 124, 125) geäußert, die anmerkt, dass normative psychiatrische Diagnosemanuale angewandt werden, um bestimmte non-konforme Verhaltensweisen zu etikettieren, kontrollieren und verändern. Jaccard (1983, zitiert nach Kempker 1991: 53) gibt zu bedenken, dass die im Rahmen der Diagnostik ge-

schaffene Krankheitsentität, zu der Ärzte in Beziehung treten, eine therapeutische Auseinandersetzung mit der Patientensicht erschweren. Laut Cooper (1978, zitiert nach Kempker 1991: 16) erfolgt die psychiatrische Gewaltausübung des Klassifizierens und Diagnostizierens auf Grund einer fehlenden fachärztlichen Bereitschaft, die PatientInnen und deren Verhaltensweisen verstehen zu wollen. Blech (2005: 65) kritisiert, dass Diagnosen die Geschäftsgrundlage der Medizinindustrie bilden, weshalb ihr Interesse darin besteht, gesunde Menschen zu diagnostizieren. Auch Lehmann (2016: 7) führt ökonomische Beweggründe für die Diagnostik an, wenn er den Einfluss der Pharmaindustrie auf Anpassungen der diagnostischen Kriterien anführt und argumentiert, dass beispielsweise die akzeptierte Trauerzeit nach einem Todesfall auf zwei Wochen reduziert wurde, „dann wird die Trauer zur absatzträchtigen Störung bzw. Krankheit.“ Darüber hinaus gibt der Medizinhistoriker Roy Porter (zitiert nach Wolters/Beyer et. al. 2013: 15, 16) zu bedenken, dass im DSM divergierende, sich überschneidende oder oft inkompatible, je nach Ausgabe variierende Terminologien zu finden sind, die den ärztlichen Interpretationsspielraum befeuern. Studien verweisen ebenfalls auf die Problematik, psychiatrische Diagnosen gesellschaftsübergreifend zu standardisieren. So finden sich Variationen in den klinischen Kriterien für die Diagnose Schizophrenie nicht nur zwischen britischen und amerikanischen sowie britischen und französischen PsychiaterInnen, sondern auch zwischen FachärztInnen für psychische Erkrankungen *innerhalb* eines Landes (Helman 2001: 176). So argumentiert Davies (2017: 44), dass das Problem der unzureichenden diagnostischen Reliabilität in den 1970er-Jahren durch zwei Studien offengelegt wurde, welche die Wahrscheinlichkeit untersuchten, dass zwei PsychiaterInnen unabhängig voneinander einem Patienten dieselbe Diagnose stellten. Für viele Störungen wurden denselben PatientInnen in 32 % bis 42 % der Fälle verschiedene Diagnosen gestellt. Diese Zahlen haben sich bis dato nicht signifikant verbessert. Für die Kategorien Generalisierte Angststörung, Major Depression und Schizoaffektive Störung beträgt die diagnostische Uneinigkeit zwischen 30 % und 40 %. Diese Ergebnisse stellen die klinische Rechtfertigung für diese psychiatrische Nosologie grundsätzlich in Frage. Zudem gibt Eisenberg (zitiert nach Helman 2001: 177, 178) zu bedenken, dass die westliche Psychiatrie kein konsistentes Wissen verkörpert, sondern multiple, z. T. widersprüchliche Erklärungsansätze wie das biologistische, psychodynamische, behaviorale oder sozialkonstruktivistische Modell, die jeweils unterschiedliche Aspekte des klinischen Bildes sowie der Therapiemöglichkeiten fokussieren. Helman (2001: 179) fasst zusammen:

„[T]here are thus a number of factors that can affect the standardization of psychiatric diagnostic concepts between different societies. These include the lack of hard physiological data, the vagueness of diagnostic categories, the range of explanatory models available, the subjective aspect in diagnosis, and the influence of social, cultural and political forces on the process of diagnosis.“

Den letztgenannten Aspekt beleuchten Berrios und Markova (2015: 47), wenn sie argumentieren, dass die historischen psychiatrischen Forschungsobjekte durch soziale Entscheidungen, Vorschriften sowie Werturteile des 19. Jahrhunderts determiniert wurden (s. Kapitel 2.3.). Einige dieser diagnostischen Kriterien sind in zeitgenössischen Manualen noch immer vertreten, während andere wie Homosexualität weniger Stabilität gezeitigt haben. Auch Heinz (2014: 25) räumt ein, dass soziokulturelle Einflüsse darüber entscheiden, ob ein Leidenszustand als Krankheit, Variation des menschlichen Lebens oder übernatürliche Strafe für Fehlverhalten eingeordnet wird.<sup>80</sup> In diesem Zusammenhang führt Fuchs (2002: 26) aus:

„Was gilt überhaupt als Diagnose? Es ist ja nur scheinbar so, als wäre die Diagnose etwas Objektives, Neutrales. Betrachten wir allein die Vielfalt von Krankheitskonzepten in früheren und gegenwärtigen Kulturen – Dämonenverhexung, Ahnenfluch, Böser Blick, Wirkung von üblen Dämpfen, Miasmen oder Erdstrahlen, Krankheit als Folge von Erbsünde, Schuld, von angreifenden Mikroorganismen, Umweltgiften, Kindheitstraumen, unbewussten Triebkonflikten, fehlerhaften Genen, Hirnstoffwechselstörungen, um nur einige zu nennen – dann müssen wir einsehen, dass die Diagnose im ärztlichen Sprechzimmer nur eine zeit- und kulturgebundene Sicht darstellen kann.“

Trotzdem werden psychische Krankheiten im Rahmen der psychiatrischen Nosologie als uniforme Einheiten betrachtet (Kleinman/Good 1985: 2). Demgegenüber weisen EthnologInnen auf eine kulturelle Prägung von psychiatrischen Diagnosekategorien und Krankheitsätiologien hin (Kleinman/Good 1985: 3). Kleinman und Good (1985: 3, 4) akzentuieren die Variationsbreite von illness-Ausprägungen am Beispiel von Depressionen, die die Sinnhaftigkeit einer transkulturellen Anwendung biomedizinischer Kategorien in Frage stellt. Die kulturelle Prägung diagnostischer Kriterien manifestiert sich beispielsweise in der herausragenden Bedeutung, die die deutsche psychopathologische Tradition allen *Störungen des Ich-Erlebens* beimisst, die im Rahmen schizophrener Psychosen durch Gedankeneingebung, -ausbreitung und/oder -entzug auftreten können. Die Grundlage hierfür ist Immanuel Kants Postulat „*Das: I c h d e n k e muß [sic] alle meine Vorstellungen begleiten können* (Hervorh. i. Orig.)“ (Heinz 2014: 128). Kants Anthropologie in pragmatischer Hinsicht stellte wegweisende Erkenntnisse für eine Systematik psychischer Funktionen und ihrer Störungen dar, ohne auf zeitgenössische physiologische oder psychologische Ansätze zurückzugreifen (Heinz 2014: 175). Die von Kant getroffenen grundlegenden Differenzierungen wie die zwischen Gefühlen und Erkenntnisvermögen wurden für die heutige Psychopathologie richtungsweisend (Heinz 2014: 194).

Bezüglich der Problematik einer reliablen, validen Diagnostik psychischer Krankheiten konstatiert Szasz (1982, zitiert nach Kempker 1991: 53): „Früher diagnostizierten Ärzte Krankheiten, die sie nicht behandeln konnten; jetzt behandeln sie Krankheiten, die sie nicht diagnostizieren können“. Illustriert wird diese Aussage am Beispiel der von dem amerikanischen

---

<sup>80</sup> siehe Kapitel 3.1.

Psychologen David Rosenhan im Jahre 1973 veröffentlichten Studie mit dem Titel *On being sane in insane places*. Er argumentiert, dass gewisse psychiatrische Diagnosen – im Gegensatz zu jenen anderer medizinischer Fachdisziplinen – einen pathologischen Zustand nicht entschlüsseln, sondern erst erschaffen. In einem Experiment wurden acht gesunde PatientInnen, die behaupteten, Stimmen gehört zu haben, in zwölf verschiedene psychiatrische Einrichtungen aufgenommen. Während die MitpatientInnen die ScheinpatientInnen oftmals als solche erkannten, enttarnte das medizinische Fachpersonal niemanden als gesund. Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 19 Tagen wurden ihnen insgesamt 2.100 Tabletten<sup>81</sup> verabreicht, die die vermeintlichen Erkrankten zum Schein einnahmen, während der durchschnittliche Kontakt zu Ärzten und Psychologinnen 6,8 Minuten betrug (Kempker 1991: 54, 55). In einem Gegenexperiment wurden psychiatrischen Einrichtungen ScheinpatientInnen angekündigt, in Wahrheit jedoch 193 tatsächlich Betroffene geschickt (Blech 2005: 98), von denen 83 als Simulanten verdächtigt bzw. mit hoher Wahrscheinlichkeit für ScheinpatientInnen gehalten wurden (Kempker 1991: 55).

Trotz dieser grundsätzlichen Problematik einer validen, reliablen und konsistenten psychiatrischen Diagnostik werden weitere Störungsbilder in die Diagnosemanuale inkludiert. Laut Porter (zitiert nach Wolters/Beyer et. al. 2013: 16) hat sich der Umfang des DSM von der Erstausgabe 1952 bis zum Jahr 2000 nahezu verzehnfacht.<sup>82</sup> Diese kontinuierliche Ausbreitung psychiatrischer Diskurse führt zu steigenden, elaborierteren Definitionen psychischer Abweichungen und erhöht das individuelle Risiko, im Laufe des Lebens psychiatrisch diagnostiziert zu werden. Dadurch fallen bestimmte Krankheiten zumindest statistisch in den Bereich des ‚Normalen‘. Heinz (2014: 19) warnt vor einer Pathologisierung menschlicher Verhaltensweisen, die auf die gesellschaftliche Idealnorm des leistungsbereiten, glücklichen und zufriedenen Bürgers zurückweist. Blech (2005: 233) gibt zu bedenken, dass die steigende Anzahl psychiatrischer Diagnosen mit einer verminderten gesellschaftlichen Toleranz gegenüber ungewöhnlichen Verhaltensweisen korrelieren könnte. Der US-amerikanische Psychiater Allen Frances, der zwanzig Jahre lang an den jeweiligen aktualisierten DSM-Ausgaben mitgearbeitet hat (Frances 2014: 11), warnt vor den Gefahren des DSM-V in Form von falschen Diagnosen bei gesunden Menschen, einer weiteren Aufblähung der diagnostischen Inflation sowie einer Begünstigung unangebrachten Medikamentenkonsums (Frances 2014: 19). Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Ulrich Hegerl, hält am Beispiel der Depression

---

<sup>81</sup> Obwohl alle ScheinpatientInnen dasselbe Symptom vorspielten, wurden ihnen verschiedenste pharmakologische Präparate verordnet (Blech 2005: 98).

<sup>82</sup> Auch die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (ICD) weist eine kontinuierliche Erhöhung der Anzahl psychischer Leidenszustände auf, die als Störungen ausgewiesen werden (Heinz 2014: 18).

dagegen, dass immer mehr Menschen auf Grund medizinischer Fortschritte in der Identifizierung psychischer Krankheiten sowie einer wachsenden Bereitschaft Betroffener, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, diagnostiziert werden, was dazu führt, dass die Depression nicht mehr hinter verschleiernenden Diagnosen wie chronischen Rückenschmerzen oder Migräne versteckt wird. Weiter führt Hegel aus, dass die Depression gut behandelbar, aber *nicht heilbar* sei und erklärt den Ausbruch einer Depression mit einer irreparablen genetischen oder durch Traumatisierungen in der Kindheit erworbenen Veranlagung. Durch Antidepressiva und Psychotherapie lasse sich das Rückfallrisiko jedoch deutlich reduzieren (Rütten 2019: o. S.). Der ambivalente Charakter von Diagnosen wird daran ersichtlich, dass sie unter PatientInnen einerseits Erleichterung über die Gewissheit einer eindeutigen, unter Umständen gut behandelbaren Krankheit auslösen können (Blech 2005: 69). Blech (2005: 65) macht darüber hinaus auf sozialrechtliche und versicherungstechnische Anforderungen aufmerksam, die eine ärztliche Diagnose für Leistungserbringungen voraussetzen. Zudem kann eine auf dem Krankheitsbegriff basierende Diagnose für strafrechtliche Entlastung sorgen. Andererseits impliziert eine psychiatrische Diagnose die Möglichkeit, dass der Betroffene gegen seinen Willen zum Schutz seiner selbst oder anderer Menschen in einer psychiatrischen Klinik untergebracht (Heinz 2014: 8) oder, wie oben ausgeführt, als chronisch krank titulierte werden kann. Die Folgeschwere einer Diagnostik wird zudem vor dem Hintergrund evident, dass NutzerInnen psychiatrischer Hilfen mit ‚schweren‘ psychischen Leiden wie Schizophrenie, einer bipolaren Störung oder schweren Depressionen eine um durchschnittlich 25 Jahre geringere Lebenserwartung haben als die Durchschnittsbevölkerung (Lehmann 2021: 9).<sup>83</sup> Fuchs (2002: 27) fasst zusammen:

„Die medizinische Diagnose ist also keineswegs etwas Harmloses. Sie bedeutet auch eine neue soziale Rolle. Der Status des Betroffenen verändert sich, er ist zum Patienten geworden. Er hat sich zu gedulden, soll sich vorgegebenen Verhaltensmustern unterwerfen, bestimmten diagnostischen Maßnahmen unterziehen. Er hat andererseits Anspruch auf Behandlung, Kostenerstattung, Lohnfortzahlung, Ausfallentschädigung, Berentung.“

Das vorliegende Kapitel befasste sich mit dem allgemeinmedizinischen Prozess des Diagnostizierens, bevor psychiatrische Spezifika herausgearbeitete wurden, die u. a. in einem oftmaligen Fehlen der für eine valide, reliable Diagnostik erforderlichen objektivierbaren Krankheitszeichen bestehen. Nachdem Historie und Anwendungsbereich der als universalistisch geltenden Diagnosemanuale DSM und ICD beleuchtet wurden, bezog sich Kritik auf die Vernachlässigung soziokultureller Variationen innerhalb der Diagnostik sowie ein mangelhaftes Eingehen auf die illness-Narrativen von PatientInnen, die im Rahmen einer nicht-wertenden

---

<sup>83</sup> Die hohe Sterblichkeitsrate wird jedoch oftmals ausschließlich der als ungesund vorverurteilten Lebensweise Psychatriebetroffener angelastet und seltener Nebenwirkungen von Psychopharmaka (Lehmann 2021: 9).

Konversation anerkannt und entschlüsselt werden sollten. Weitere Kritikpunkte bezogen sich auf den Einfluss ökonomischer Aspekte auf die Diagnostik, eine fehlende einheitliche Auslegung psychischer Leidenszustände auf Grund nationaler klassifikatorischer Unterschiede, des subjektiven fachärztlichen Interpretationsspielraumes sowie differenter, z. T. widersprüchlicher innerfachlicher Erklärungsmodelle. Der relative, zeit- und kulturgebundene Charakter von Diagnosen konnte an Hand Kants Anthropologie in pragmatischer Hinsicht dargestellt werden. Die Problematik einer validen Diagnosestellung wurde am Beispiel der Studie mit ScheinpatientInnen illustriert. Dass trotz dieser Schwierigkeiten zunehmend weitere Störungsbilder in die Diagnosemanuale inkludiert werden, kann eine Verschärfung der Problemfelder sowie eine unangebrachte Psychiatisierung von Lebensproblemen nach sich ziehen. Der ambivalente Charakter von Diagnosen zeigt sich an Hand entlastender Funktionen einerseits und der Gefahr von psychiatrischen Zwangseinweisungen und Chronifizierungen andererseits. Auf den letztgenannten Aspekt werde ich im folgenden Kapitel näher eingehen, wenn die Rolle der Psychiatrie als Fachklinik für die Behandlung psychischer Leidenszustände erörtert wird.

### **3.3.3. Die Institution Psychiatrie**

Helman (2001: 62) fasst Bedeutung und Spezifika des (Fach-)Krankenhauses als medizinische Institution wie folgt zusammen: „In most countries, the main institutional structure of scientific medicine is the *hospital* (Hervorh. i. Orig.). Unlike in the popular and folk sector, the ill person is removed from family, friends and community at a time of personal crisis.“ Goffman (1977, zitiert nach Jervis 1978: 130) definiert Einrichtungen wie Gefängnisse, Heime und Psychiatrien, die strukturelle Analogien aufwiesen, als totale Institutionen, die er (Goffman 1977: 17) wie folgt beschreibt: Eine Vielzahl ähnlich gestellter Individuen nutzt diese Einrichtung als zentrale Arbeits- und Wohnstätte im Rahmen eines formal reglementierten Lebens, das temporär von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten unter einer Autorität stattfindet. Im Folgenden soll der Fokus der Betrachtung auf das psychiatrische Fachkrankenhaus gerichtet werden: Goffman (1977: 72) akzentuiert in diesem Zusammenhang gemeinsame Tätigkeiten der stationären PatientInnen wie die unbezahlte Arbeits-, Beschäftigungs-, Gruppen- oder Bewegungstherapie, wobei jede verordnete Handlung per se als therapeutisch zu verstehen ist. Während die Reintegration des Patienten in die Gesellschaft im Zuge eines rationalen Plans verfolgt wird, herrscht unter NutzerInnen psychiatrischer Hilfen laut Goffman (1977: 72) oftmals „das Gefühl [vor], daß [sic] die in der Anstalt verbrachte Zeit verlorene, vergeudete und nicht gelebte Zeit ist, die (...) irgendwie abgesehen oder ‚durchgestan-

den‘ oder ‚hinter sich gebracht‘ werden“ müsse. Goffman (1977: 128) definiert psychisch Kranke im streng soziologischen Sinne unabhängig von ihrer psychischen Verfassung als Personen, die „irgendwie in das Räderwerk einer psychiatrischen Klinik“ geraten sind und beantwortet die Frage, wer in eine psychiatrische Einrichtung eingewiesen wird, mit Verweis auf sog. Karriere-Zufälle, da die Zahl der nicht-hospitalisierten Betroffenen die der stationär aufgenommenen übersteigen kann. Die Lebensbedingungen der PatientInnen unterliegen der Zuständigkeit des Psychiaters, der laut Goffman (1977: 341) über ein unklares diagnostisches Mandat sowie „eine ähnlich diffuse Verordnungsvollmacht“ verfügt, solange die angeordneten Maßnahmen psychiatrische Rechtfertigung finden, wobei Goffman (1977: 88) kritisch einräumt: „In einem Milieu, wo das Abnorme die normale Erwartung ist, wird das Normale niemals anerkannt.“ PsychiaterInnen verfügen zudem über einen weiten Interpretationsraum in der Deutung des Verhaltens von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen (Goffman 1977: 352). In diesem Zusammenhang spricht Cooper (zitiert nach Kempker 1991: 58) von der sog. *dreifachen Unmöglichkeit*: Aus allen drei Varianten der Reaktionsweisen von PatientInnen (schweigen, lügen oder die Wahrheit sagen), könne ein psychiatrisches Symptom interpretiert werden. Daraus lässt sich die Frage ableiten, ob 43 Jahre nach Goffmans (1977) Publikation trotz zwischenzeitlich erfolgter Reformprojekte zumindest ein Teil seiner Thesen auf die kontemporäre Psychiatrie übertragbar ist. In diesem Zusammenhang führt Murphy (1987: 19) aus:

„To a certain degree, the hospital is a ‚total institution‘, a custodial place within which the inmates live out all aspects of their lives; it is an island of social relations. The totality is not as great as that of the services or prisons, but in long-term care facilities, such as mental hospitals and physical rehabilitation centres, it comes close.”

Betroffenenverbände kritisieren die stationär noch immer praktizierte Reduzierung von PsychiatriepatientInnen auf die sog. drei ‚S‘ (still, satt und sauber) (Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener e. V. 2015: 21). Spezifische Definitions- und Behandlungsstandards, die eine Einordnung von Betroffenen ermöglichen, lassen laut Schütze, Karwinkel et. al. (2010: 14) zudem wenig Raum für die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Lebenskontexte. Murphy (1987: 18, 19) thematisiert den im Rahmen der Hospitalisierung erfolgten Verlust individueller Wahlmöglichkeiten, der eine Anpassung des Patienten an Forderungen, Routinen und Zeitpläne der Institution impliziert, da Größe und Komplexität des Krankenhauses einen sorgfältig rationalisierten Koordinationsplan erfordern.



Die erworbene Krankenrolle<sup>84</sup> dominiert fortan alle anderen sozialen Rollen, wobei laut Murphy (1987: 19) Alter, Geschlecht und sozialer Stand in der Behandlung weniger Berücksichtigung finden als zu erwarten wäre.<sup>85</sup> Demgegenüber bietet die Institution Psychiatrie dem medizinischen Fachpersonal mit ihren Vorgaben Orientierung, Sicherheit und das bedeutsame Gefühl, für die Gesundung von PatientInnen essenzielle Beiträge zu leisten (Schütze/Karwinkel et. al. 2010: 14).

Umfangreiche Denkanstöße im Rahmen einer psychiatriebasierten Kritik liefern die sog. *Mad Studies*, deren VertreterInnen oftmals den Begriff *survivor*, d. h. Überlebender des psychiatrischen Systems, verwenden.<sup>86</sup> Die Mad Studies brachten u. a. das theoretische Konzept des (Psycho-)Ableismus hervor. Darunter versteht man die normative Bewertung von Menschen an Hand vermuteter, zugeschriebener oder tatsächlicher psychischer, kognitiver sowie sozialer Fähigkeiten. Diese wertenden gesellschaftlichen Normvorstellungen werden von Betroffenen verinnerlicht und können zu (Selbst-)Stigmatisierungen führen (La 2017: 14).<sup>87</sup> Shimrat (2013: 147) verwendet die Metapher des ‚Krieges‘ gegen psychische Krankheiten, während die wichtigsten ‚Waffen‘ des psychiatrischen ‚Arsenals‘ Diagnose, Medikamente und Elektrokrampftherapie darstellen. Beresford (2013: ix) prangert den Reduktionismus des biomedizinischen Modells an: „Medicalized individual models of mental illness (...) have increasingly been exported to colonize, subvert, and overshadow other cultural and societal understandings and interpretations of these fundamental human experiences.“ Darüber hinaus wird kritisiert, dass sich die psychiatrische Reichweite, deren Merkmale stetig zunehmende diagnostische Kriterien, das Postulat, biologistisch-technische Lösungen für strukturelle und soziale Probleme zu liefern sowie die ungünstige psychiatrische Allianz mit der Pharmaindustrie sind, sowohl national als auch global kontinuierlich ausdehnt (Beresford 2013: ix). Burstow (2013: 89) argumentiert, dass sich die Psychiatrie durch Worte legitimiert und führt exemplarisch die Patientenakte an, professionelle Texte wie das DSM und Regierungsbescheide wie die Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetze (Burstow 2013: 81). Psychiatrische Para-

---

<sup>84</sup> Estroff (1981: 214) argumentiert, dass sowohl PatientInnen als auch das medizinische Fachpersonal sowie die Gesamtgesellschaft an der Konstruktion und Aufrechterhaltung einer paradoxen Welt mitwirken, die NutzerInnen psychiatrischer Hilfen z. T. widersprüchliche Hinweise auf ihre Identität sowie das erwartete Verhalten, Denken und Fühlen liefern.

<sup>85</sup> siehe auch Kapitel 3.3.4. und 5.3.4.2.

<sup>86</sup> Nach Ingram (2008, zitiert nach Menzies/LeFrançois et. al. 2013: 13), können die Mad Studies im Allgemeinen als ein Forschungsprojekt mit dem Ziel der Wissensproduktion und politischen Aktivität verstanden werden, die Kritik an den sog. ‚psy-zentrierten‘ Denkweisen, Verhaltensmustern und Institutionen ausüben. Dabei positionieren sich die Mad Studies gegen eine Biopsychiatrie, während sie Betroffenenerfahrungen und -kulturen anerkennen und wertschätzen. Die Mad Studies zielen darauf ab, unterdrückende Rhetorik, Praktiken, Konzepte, Gesetze und Systeme sowohl im Bereich der psychischen ‚Gesundheit‘ als auch innerhalb der Psy-Wissenschaften und in der Gesamtgesellschaft zu transformieren.

<sup>87</sup> siehe auch Kapitel 3.5. und 5.1.

digmen weisen dabei laut Burstow (2013: 82) einen hegemonialen Charakter auf, da der gesellschaftliche Diskurs von fachmedizinischen Kategorien wie ‚Schizophrenie‘, ‚psychische Krankheit‘ oder ‚Symptome dieser Störung‘ geprägt ist (siehe Kapitel 2.2.). Burstow (2013: 89, 90) schlägt vor, sich der psychiatrischen ‚Herrschaft‘ zu widersetzen, indem ihre Sprache boykottiert und die eigene Rhetorik selbstreflektierend analysiert werden. Ferner führt Burstow (2013: 84) aus, dass Euphemismen wie ‚Psychatriepatient‘ die Tatsache verschleiern, dass psychiatrische Einrichtungen ‚Gefängnisse‘ darstellen, deren Behandlungspraktiken eine Form von sozialer Kontrolle konstituieren.

Trotz der mannigfaltigen Kritik an der psychiatrischen Versorgungspraxis kann konstatiert werden, dass seit der Psychiatrie-Enquête strukturelle Transformationsprozesse im Rahmen sukzessiver Enthospitalisierungsbestrebungen sowie einer interdisziplinären Ausrichtung stattgefunden haben. Einige Reformprojekte sollen im Folgenden exemplarisch für diese Entwicklung präsentiert werden: Eine nutzerorientierte Neuerung stellt die *Experience-Involvement-Ausbildung* (EX-IN) zum Genesungsbegleiter dar (Schulz/Afting-Ijeh 2014: 25). Von 2005 bis 2007 wurde im Rahmen eines EU-Projektes in sechs europäischen Ländern das EX-IN-Curriculum erstellt. Deutschlandweit werden inzwischen an ca. 40 Standorten EX-IN-Kurse angeboten.<sup>88</sup> Das Erfahrungswissen Betroffener, das vormals kaum in die bestehende psychiatrische Versorgung eingeflossen ist, soll in Beratung, Begleitung und Behandlung von PatientInnen im Sinne einer verbesserten Nutzerorientierung und der Gewinnung weiterführender Erkenntnisse über genesungsfördernde Faktoren zu einer Qualitätssteigerung des bestehenden psychiatrischen Hilfesystems führen. Für ausgebildete GenesungsbegleiterInnen besteht die Möglichkeit, zumeist im Rahmen eines Minijobs in Psychiatrien zu arbeiten (Selbsthilfe mit Köpfchen e. V. o. J.: 1), wobei anerkannt wird, dass eigene Hospitalisierungserfahrungen zu einem besonderen Verständnis für psychisch belastete Menschen führen können (Selbsthilfe mit Köpfchen e. V. 2016 (1): 1). Das Prinzip der Peer-Arbeit hat sich in Hamburg in *allen* psychiatrischen Einrichtungen etabliert. Die EX-IN-Mitarbeiterin Schulz berichtet, dass unter NutzerInnen psychiatrischer Hilfen mitunter Vorbehalte hinsichtlich der Stabilität von GenesungsbegleiterInnen, die z. T. selbst noch in (pharmakologischer) Behandlung sind, vorherrschen (Schulz/Afting-Ijeh 2014: 26). Demgegenüber berichten weitere Peers in der Arbeit mit PsychatriepatientInnen von einem Vertrauensvorsprung, der in einer schnelleren Kontaktaufnahme resultiert (Hiller 2016: 19). Laut Schulz werden Genesungsbeg-

---

<sup>88</sup> Anfang 2018 wurde auch in Südbaden ein EX-IN-Kurs unter der Trägerschaft des *Sozialpsychiatrischen Dienstes Freiburg* in Zusammenarbeit mit dem Verein *Selbsthilfe mit Köpfchen e. V.* angeboten. Die Ausbildung bestand aus zwölf Modulen zu insgesamt 300 Unterrichtsstunden sowie zwei Praktika mit insgesamt 120 Stunden. Pro Modul betragen die Kursgebühren zwischen 100 und 150 Euro (Selbsthilfe mit Köpfchen e. V. 2016 (1): 1).

leiterInnen noch längst nicht als vollwertige, entlastende oder bereichernde Mitglieder des multiprofessionellen psychiatrischen Teams betrachtet (Schulz/Afting-Ijeh 2014: 25). Rollenkonflikte, Vorurteile, Unwissenheit, Diskriminierungen von Peers sowie „die Auflösung automatisierter Patient-Helfer-Machtverhältnisse“ stellen weitere Problemfelder dar (Hiller 2016: 20).

Weitere systemimmanente Reformanstöße erfolgten durch die Einführung der sog. *Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung* (StäB), die seit Anfang 2018 von psychiatrischen Einrichtungen angeboten werden kann. Im Rahmen dieser Behandlungsform besuchen idealerweise multiprofessionelle Teams, bestehend aus Krankenpflegern, Ärztinnen und Sozialarbeiterinnen, den Patienten täglich, um die Behandlungsintensität eines stationären Klinikaufenthaltes zu gewährleisten. Als Voraussetzung muss eine entsprechende Schwere der Erkrankung vorliegen, die die stationäre Aufnahme der Betroffenen gerechtfertigt hätte, wenn die Möglichkeit der StäB nicht existierte. Darüber hinaus darf die zu Hause betreute Nutzerin psychiatrischer Hilfen weder für sich noch für ihr Umfeld eine Gefahr darstellen. Vorteile dieser Therapieform liegen in einem stärkeren Einbezug des sozialen Netzwerks der PatientInnen sowie einer – im Vergleich zu stationären Aufenthalten – größeren Sichtbarmachung damit verbundener Dynamiken. Studien zufolge sinkt durch die StäB die Belastung für Angehörige, während Betroffene eine höhere Zufriedenheit mit der Behandlung aufweisen und sie seltener abbrechen. Stationäre Krankenhausaufenthalte können verkürzt oder vollständig vermieden werden. Laut der Deutschen Krankenhausgesellschaft hat nur eine niedrige zweistellige Zahl an Kliniken das Angebot bisher implementiert. Offene Fragen existieren hinsichtlich der Einhaltung von Hygienevorschriften im häuslichen Umfeld des Patienten. Zudem argumentieren Krankenhäuser, dass der Tagessatz von 200 Euro, den DKG und GKV-Spitzenverband auf Bundesebene ausgehandelt hatten, für sie nicht refinanzierbar sei, weshalb jede Klinik, die Interesse an der Einführung der StäB zeigt, mit den lokalen Krankenkassen nachverhandelt. Einen Bericht über die Auswirkungen dieser Behandlung auf das finanzielle Budget sowie die Versorgungslage der PatientInnen müssen Krankenhäuser und Krankenkassen dem Bundesgesundheitsministerium bis zum Ende des Jahres 2021 vorlegen (Stukenberg 2019: 1).

Das Prinzip der aufsuchenden psychiatrischen Hilfe (*Home Treatment*), auf dem Angebote wie die StäB fußen, ist in Ländern wie England und den Niederlanden bereits flächendeckend etabliert (Stukenberg 2019: 1). Deutschlandweit wird das Home Treatment in unterschiedlichen Versionen bereits an einigen Standorten wie Hamburg, Frankfurt/Main, Krefeld und Günzburg zu stationären oder teilstationären Tagessätzen angeboten (Greve/Aderhold 2007: 22). Beispielsweise wird das Home Treatment in der Donauwörther Fachklinik für Psychiat-

rie, Psychotherapie und Psychosomatik durch ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Arzt, Pflegekräften und einem Sozialarbeiter, durchgeführt, das bis zu acht PatientInnen gleichzeitig individuell betreut. Zirka 50 NutzerInnen psychiatrischer Hilfen werden jährlich aus vier verschiedenen Landkreisen versorgt (Augsburger Allgemeine Zeitung 2018 (1): 1).

*Psychiatrische Institutsambulanzen*, die als Schnittstelle zwischen der Klinik und einem niedergelassenen Psychiater gelten, betreuen Betroffene ambulant im Krankenhaus (Stukenberg 2019: 1). Einen weiteren Zugang zu niederschweligen ambulanten Angeboten bieten psychiatrische bzw. psychosoziale *Krisendienste* u. a. in Solingen, Bielefeld, Berlin und Wuppertal in Form von aufsuchender Soforthilfe. Während sie in der Regel 24 Stunden am Tag telefonisch erreichbar sind, verfügen sie mancherorts nicht über ärztliche bzw. therapeutische Behandlungsmöglichkeiten (Greve/Aderhold 2007: 22). Das in Oberbayern etablierte Kriseninterventionssystem der aufsuchenden Hilfe (Augsburger Allgemeine Zeitung 2017: 1) wurde im Jahre 2015 flächendeckend für den gesamten Bezirk eingeführt. Aufsuchende Beratung wird durch ein Kriseninterventionsteam gewährleistet, das u. a. aus Psychologen und Sozialpädagoginnen besteht. Die Zahl der Zwangseinweisungen konnte durch aufsuchende Kriseninterventionsteams auf unter ein Prozent aller Einsätze reduziert werden, während die Konsultierung des allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienstes eine unverändert hohe Anzahl an Unterbringungen zur Folge hat. 2018 lag die Zahl der Anrufe bei den Kriseninterventionsteams bei durchschnittlich 2.000 pro Monat. Der Ausbau des Krisendienstes ist mit der Einführung des Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes für alle bayerischen Bezirke flächendeckend geplant (Starzengruber 2019: 20) und soll eine zentrale Telefonnummer umfassen, unter der sich Betroffene und Angehörige rund um die Uhr von erfahrenen Fachkräften wie Psychologen, PsychotherapeutInnen oder Sozialpädagogen beraten lassen können (Aerzteblatt.de 2018: 1). Krisendienste können so als Brücke zu anderen Hilfesystemen fungieren und Zwangseinweisungen verhindern (Wunder 2017: 1).

In der Gesamtschau lässt sich festhalten, dass Goffmans (1977) Definition einer totalen Institution laut Betroffenen(verbänden) sowie den Mad Studies zumindest teilweise auf zeitgenössische psychiatrische Einrichtungen anwendbar ist. Kritisiert werden u. a. die normative, oftmals negative Auslegung von Verhaltensweisen und Reaktionsformen seitens der PsychiaterInnen, die Vernachlässigung individueller Wahlmöglichkeiten, Bedürfnisse und Lebenskontexte sowie die Vormachtstellung der psychiatrischen Deutungshoheit, deren fachärztlicher Diskurs in der Gesamtgesellschaft reproduziert wird und wenig Raum für alternative Interpretationsformen bereithält. Nichtsdestotrotz zielten Reformprojekte der vergangenen Jahrzehnte auf eine sukzessive Öffnung und Ambulantisierung der Institution Psychiatrie ab, die eine gemeindezentrierte psychiatrische Behandlung durch Institutsambulanzen, niedergelassene

FachärztInnen sowie aufsuchende Hilfen in Form von Krisendiensten, Home Treatment und StäB umfassen. Darüber hinaus schlägt sich ein wachsender Einbezug von Erfahrungswissen Betroffener in der EX-IN-Ausbildung nieder. Während alle dargestellten Maßnahmen ausbaufähig sind<sup>89</sup>, bieten sie vielversprechende Ansätze für eine Dezentralisierung und stärkere Multiperspektivität der Institution Psychiatrie. Im folgenden Kapitel wird der Fokus von ambulanten, stationsäquivalenten und ähnlichen Versorgungsmöglichkeiten auf die stationäre Einweisung in eine psychiatrische Klinik sowie darauffolgende therapeutische Interventionen verlagert und im Kontext von ethnologischen Ritualtheorien analysiert.

### **3.3.4. Rituale der psychiatrischen Behandlung und ihre Funktionen**

Bedeutende Ritualforschung wurde u. a. von Arnold van Gennep und Emile Durkheim sowie Durkheims Studenten, Henri Hubert und Marcel Mauss, geleistet. Loudon (zitiert nach Helman 2001: 156) definiert Rituale als jene Aspekte vorgeschriebenen und repetitiven formellen Verhaltens im Rahmen bestimmter Brauchtümer, die keine direkten technologischen Folgen haben und von symbolischer Natur sind. Laut Myerhoff (1977: 200, zitiert nach Goethals 2003: 304) stellen Rituale intendierte, künstliche Abgrenzungen dar, im Rahmen derer ein Aspekt des sozialen Lebens in Form einer Handlung oder Interaktion ausgewählt, fixiert und fokussiert behandelt wird. Turner (1977, zitiert nach Goethals 2003: 304) akzentuiert die zeitlich geordnete Abfolge formellen, strukturierten Verhaltens als Charakteristikum eines Rituals, das sich von der alltäglichen Routine abhebt. Im sozialen Bereich können Rituale bestimmte zentrale gesellschaftliche Werte ausdrücken und erneuern, v. a. im Hinblick auf zwischenmenschliche Relationen sowie die Beziehung von Menschen zu der Natur bzw. übernatürlichen Welt, die für das Funktionieren der Sozialgruppe wesentlich sind (Loudon, zitiert nach Helman 2001: 156).

Im Folgenden werde ich mich fokussiert mit sog. Übergangsriten befassen, die nach einer allgemeintheoretischen Einführung auf die psychiatrische Praxis übertragen werden sollen: Van Gennep (1999: 181) zufolge gehört ein Individuum gleichzeitig oder nacheinander verschiedenen sozialen Kategorien an. Von der Geburt bis zum Tod finden formal differente, funktional jedoch ähnliche Zeremonien statt, die den Übertritt zwischen sozialen Kategorien markieren und die Verbindung mit der entsprechenden Sozialgruppe sicherstellen. Das Leben eines Menschen besteht daher laut van Gennep (1999: 15) aus einer Folge von Etappen mit

---

<sup>89</sup> So steht die kostenintensive Ausbildung von EX-IN-Mitarbeitenden in keinem Verhältnis zu ihren späteren beruflichen Verdienstmöglichkeiten. Zudem mangelt es an einer flächendeckenden, bundesweiten Etablierung von Krisendiensten (mit therapeutischen Befugnissen) und aufsuchender psychiatrischer Hilfen wie Home Treatment und StäB (Anm. S. T.).

ähnlichen End- und Anfangsphasen. Im Rahmen transitorischer Zeremonien wird das Individuum aus einer genau definierten sozialen Situation in eine andere überführt. Da solche Zustandsveränderungen nicht ohne Störfaktoren für das individuelle und soziale Leben erfolgen, sollen Übergangsriten schädliche Auswirkungen abschwächen (Van Gennep 1999: 23) und die überkommene Struktur bestätigen (Mischung 2006: 215). Nach van Gennep können Übergangsriten einen Positions-, Orts-, Altersgruppen- oder Zustandswechsel begleiten (Turner 2000: 94). Van Gennep (1999: 21) definiert „eine besondere Kategorie der *Übergangsriten* (,rites de passage’) (...), die sich bei genauer Analyse in *Trennungsriten* (,rites de séparation’), *Schwellen-* bzw. *Umwandlungsriten* (,rites de marge’) und *Angliederungsriten* (,rites d’agrégation’) gliedern (alle Hervorh. i. Orig.).“ Dabei bezeichnen Schwellenriten einen Raum- und Umwandlungsriten einen Zustandswechsel. Übergangsriten bestehen theoretisch aus drei Phasen: Während Trennungsriten die Ablösungsphase und Schwellen- bzw. Umwandlungsriten die Zwischenphase kennzeichnen, markieren Angliederungsriten die Integrationsphase (Van Gennep 1999: 21). Zunächst erfolgt die Loslösung des Einzelnen bzw. der Gruppe von einem früheren festen Punkt der Sozialstruktur. Das rituelle Subjekt, d. h. der ‚Passierende‘, ist in der mittleren ‚Schwellenphase‘ von Ambiguität gekennzeichnet, während es einen kulturellen Bereich durchschreitet, der geringe bis keine Merkmale des vergangenen oder zukünftigen Zustands aufweist. Der Übergang ist in der dritten Phase vollzogen. „Das rituelle Subjekt (...) befindet sich wieder in einem relativ stabilen Zustand und hat demzufolge anderen gegenüber klar definierte, sozialstrukturbedingte Rechte und Pflichten.“ (Turner 2000: 94) Victor Turner zeigt die Anwendbarkeit einer solchen rituellen Strukturierung auf die eigene westliche Gesellschaft auf. Er fokussiert sich auf die mittlere Transitionsphase, die er als Stadium der *Liminalität* bezeichnet (Mischung 2006: 216). Nach Turner dient die Liminalität nicht nur einer Akzentuierung der Bedeutung von Übergangsphasen, sondern auch dem Verständnis menschlicher Reaktionen auf liminale Erfahrungen, die persönlichkeitsprägend wirken können (Thomassen 2009: 14). Er fokussierte sich dabei hauptsächlich auf Rollenumkehrungen, die während eines rituellen Übergangs stattfinden können sowie die angewandte Symbolik (Goethals 2003: 307). Während Liminalität Antistruktur verkörpert, d. h. das Fehlen von Fixpunkten in einem bestimmten Moment, wird sie gleichzeitig als Ursprung von Struktur betrachtet (Thomassen 2009: 23). Ein in Schwellensituationen immer wiederkehrendes Thema ist das Abstreifen jeglicher die prä- und postliminale Zeit kennzeichnender Charakteristika. Eigenschaften wie Geschlechtslosigkeit, Anonymität sowie Positionslosigkeit innerhalb der Sozialstruktur sind für den Schwellenzustand charakteristisch (Turner 2000: 102).

Krankheit als Übergang zu Genesung oder Tod steht exemplarisch für eine nicht-religiöse transitorische Phase, in der die Patientin bis zu ihrer Genesung in einem Zustand sozialer Beurlaubung steht, der durch Ambiguität, Unbestimmtheit sowie eine partielle Isolation von der Gesellschaft gekennzeichnet ist (Murphy 1987: 112). Helman (2001: 85) akzentuiert den sozialen Prozess des Krankwerdens, der neben dem Betroffenen weitere Personen umfasst, die ihn mit Rechten und Pflichten der gesellschaftlich akzeptierten Krankenrolle vertraut machen. Wenn die Rolle von medizinisch Tätigen bestätigt wird, erscheint sie umso gewichtiger (Helman 2001: 85). Heilungsriten weisen eine starke individuell-intentionale Komponente auf (Mischung 2006: 217). Auf psychiatrische Behandlung bezogen, stellt die Einweisung in eine Fachklinik allein in rein materieller Hinsicht die Übertretung einer Grenze dar, die der psychischen Abweichung einen offiziellen Charakter zuweist. Während sie im Vorfeld der stationären Aufnahme von der Krisenbetroffenen und ihrem sozialen Netzwerk in dem fließenden Übergangsbereich noch tragbaren Verhaltens verortet wurde, wird sie im Rahmen ärztlicher Konsultierung zu einem manifesten Ziel psychiatrischer Diagnostik (Wolters/Beyer et. al. 2013: 13). Im Rahmen der ärztlichen Konsultierung unterziehen sich Erkrankte bestimmten Aufnahmeritualen (Helman 2001: 164): Die Anamnese, Fragen der Kostenübernahme, juristische Formalitäten einer Unterbringung, die Krankengeschichte und persönliche Dokumente des Patienten markieren den Übergang in das Feld psychiatrischen Handelns, das fachmedizinische Maßnahmen für eine Besserung der Beschwerden, Heilung oder Sicherung (im Rahmen von Zwangsmaßnahmen) ergreift (Wolters/Beyer et. al. 2013: 13). Lemert (1967: 42) spricht in Bezug auf die Diagnostik von (psychischen) Krankheiten von sog. *degradation rituals*. Auch der amerikanische Ethnomethodologe Harold G. Garfinkel beschrieb 1956 Voraussetzungen für erfolgreiche sog. *Entwürdigungszeremonien* (Finzen 2013: 42). Die Initiation eines Patienten in eine stigmatisierte Rolle durch medizinisches Fachpersonal kann im Rahmen der Hospitalisierung erfolgen, indem Betroffenen ein abgewerteter Status vermittelt wird. Dieser Prozess ist zentral für die Generierung von Stigma (Lee et. al. 2006, zitiert nach Yang/Kleinman et. al. 2006: 1533). Diese *degradation ceremonies* dienen sozialen Grenzsicherungsmaßnahmen gegen existenzielle Bedrohungen des sozialen Zusammenhalts. Hintergrund ist die „Grundvoraussetzung menschlichen Zusammenlebens, dass die Mitglieder einer Gruppe sich auf die Berechenbarkeit des Verhaltens der übrigen Mitglieder verlassen können“ und aufgestellte Regeln, Werte und Normen einhalten, weshalb abweichendes Verhalten mit Sanktionen belegt wird (Finzen 2013: 42, 49). Für Garfinkel (1956, zitiert nach Finzen 2013: 164) sind Degradierungsrituale ein Zeichen für die Funktionsfähigkeit einer Gesellschaft, da ihre Sozialstrukturen über Routinen verfügen, bestimmten Mitgliedern den angestammten sozialen Status zu entziehen, sie aus ihrem sozialen Netzwerk auszuschließen und ihnen eine

neue Identität auf einem niedrigeren sozialen Niveau zuzuweisen (Finzen 2013: 165). Daher implizieren sie laut Höhmann (1973: 51) einen Statuswechsel im Sinne eines Übergangsrituals nach Arnold van Gennep. Die Sichtbarmachung der Betroffenen bildet „eine Bedingung für das Auftreten derjenigen Zeremonien der Statusdegradation, durch die die angeklagte Person rituell aus der legitimen Ordnung entfernt, als ‚außerhalb‘ stehend definiert und zum ‚Fremden‘ gemacht wird.“ (Garfinkel 1968, zitiert nach Höhmann 1973: 61) Zur Wiederherstellung des Gleichgewichts wird der Hospitalisierte Ritualen der Reinigung in Form von standardisierten medizinischen Heilungsritualen als Periode der sozialen Transition unterzogen, die eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft ermöglichen sollen (vgl. Dobler 2004: 36 und Helman 2001: 164). Im Zuge dessen finden Arztkonsultationen wie Visiten meistens zu bestimmten Uhrzeiten an festgelegten Orten statt. Sie beinhalten implizite und explizite Verhaltensregeln, Kleiderordnungen und zu diskutierende Themen, wobei die Konsultation einer festgelegten Reihenfolge folgt. Im Rahmen des rituellen Informationsaustausches werden Beschwerden und Symptome von der Patientin kommuniziert, während der Arzt über Diagnosen und weitere Behandlungsschritte aufklärt (Helman 2001: 168). Zu den rituellen Symbolen der ärztlichen Begegnung können u. a. der weiße Kittel, ein Stethoskop sowie weitere medizinische Instrumente zählen (ebd.: 169). Heilungsrituale erfüllen psychologische Funktionen, indem sie im Krankheitsfall standardisierte Verfahren bereitstellen, Beschwerden medizinisch einordnen und damit Ängste und Unsicherheiten seitens des Patienten abbauen (ebd.: 165). Darüber hinaus üben sie soziale Funktionen aus, indem sich eine helfende Gemeinschaft dem Kranken temporär annimmt. Protektive Maßnahmen der Heilungsrituale bestehen in der Isolierung des Betroffenen aus seinem häuslichen Umfeld, um ihn bzw. sein soziales Netzwerk vor körperlichen oder psychischen Gefahren zu schützen (ebd.: 167). Die Entlassung aus dem Krankenhaus markiert den Erwerb des neuen Status als geheilt oder zumindest gesünder sowie die Wiedereingliederung in die soziale Gemeinschaft (Helman 2001: 164).

Im vorliegenden Kapitel wurde van Genneps Ritualtheorie und Turners Fokus auf Liminalität auf die Einweisung in eine psychiatrische Fachklinik übertragen. Im Krankheitsfall als nicht-religiöse liminale Phase wird der Betroffene im Rahmen von Trennungsriten aus seinem häuslichen Umfeld isoliert und in ein Krankenhaus eingewiesen. Dort erfolgen standardisierte Aufnahme-rituale, die ihn mit der neu erworbenen sozialen Krankenrolle vertraut machen. Sog. *degradation rituals* können im Rahmen der Zuschreibung einer psychiatrischen Diagnose erfolgen. Der stationäre Aufenthalt als liminale Transitionsphase umfasst medizinische Heilungsrituale mit standardisierten Verlaufsformen und ritueller Symbolik, die den Kranken in eine gesunde Person transformieren sollen. Nach einer erfolgreichen Behandlung wird der



Rekonvaleszent im Rahmen von Angliederungsriten aus dem Krankenhaus entlassen und in sein soziales Umfeld reintegriert. Die oben dargestellte Phaseneinteilung ist nicht auf stationäre Aufenthalte in einer psychiatrischen Fachklinik beschränkt, sondern kann ebenso auf alternative Behandlungsformen wie Soteria-Einrichtungen zur Behandlung psychischer Leidenszustände übertragen werden, die im Folgenden ausführlich präsentiert und am Ende des Kapitels mit einer psychiatrischen Standardbehandlung kontrastiert werden sollen. Darüber hinaus lege ich einen weiteren Themenschwerpunkt auf das Therapiekonzept des sog. Offenen Dialoges, das ebenfalls im Vergleich mit psychiatrischen Interventionen diskutiert wird.

### **3.3.5. Alternative Behandlungsformen: Soteria und Offener Dialog**

Der Begriff Soteria (altgriechisch: Rettung, Heil, Wohl, Bewahrung) etablierte sich im psychiatrischen Kontext im Zuge der psychiatriekritischen Bewegung der 1970er-Jahre. Laut der *Internationalen Arbeitsgemeinschaft Soteria* (im Folgenden als IAS abgekürzt) entstand in Kalifornien unter der Leitung des Psychiaters Loren Mosher eine wohngemeinschaftsähnliche Einrichtung als alternatives Pilotprojekt zur Begleitung von Menschen mit psychotischer Schizophrenie (IAS o. J. (3): 1). Für Mosher bezeichneten Psychosen einen Bewältigungsmechanismus als Reaktion auf jahrelange Traumatisierungen, der einen Rückzug Betroffener aus der konventionellen Realität implizierte (Aderhold/Stastny et. al. 2007: 150). Während sich die Mitarbeitenden der Soteria-Einrichtung an der vorherrschenden Psychopathologie orientierten, vermieden sie den Gebrauch psychiatrischer Diagnosen und zeigten sich intuitiver, freier, toleranter, reflektierter und flexibler gegenüber veränderten psychischen Zuständen als im Rahmen der üblichen psychiatrischen Praxis (ebd.: 151). Temporär eingesetzte Tranquillizer wurden Antipsychotika vorgezogen (ebd.: 161). Im Rahmen der Therapie lag der besondere Fokus auf der Biografie der Krisenbetroffenen, prägnanten Lebensereignissen sowie Auslösefaktoren der psychischen Probleme (Aderhold/Stastny et. al. 2007: 153). In Anlehnung daran gründete der Schweizer Psychiater Luc Ciompi 1984 ein bis dato bestehendes Soteria-Projekt in Bern (IAS o. J. (3): 1). Ciompi etablierte das sog. *Weiche Zimmer*, in dem Reize zur Beruhigung des Betroffenen auf ein Minimum reduziert werden (Haehn/Deniffel 2015: 16). In Deutschland entstanden, orientiert an den Kriterien der beiden Soteria-Begründern Loren Mosher und Luc Ciompi, Soteria-Projekte ausschließlich in Trägerschaft psychiatrischer Kliniken wie im Jahre 1999 am Münsterklinikum in Zwiefalten oder 2003 am Klinikum München-Ost (IAS o. J. (3): 1). Weitere Soteria-Einrichtungen bestehen in Reichenau am Boden-

see, Berlin und Gangelt in Nordrhein-Westfalen (Stoll 2018: 23).<sup>90</sup> Darüber hinaus fand eine Integration sog. Soteria-Elemente in den klinischen Alltag psychiatrischer Einrichtungen statt wie offen geführte Stationen und eine intensive therapeutische Beziehung zu der Patientin. Die Klinik in Gütersloh führte Soteria-Konzepte erstmals von 1992 bis 1999 in die pflichtversorgende Psychiatrie ein. Trotz durchwegs positiver Ergebnisse wie einer deutlichen Verbesserung der Compliance von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen und Angehörigen, einer erheblichen Verminderung des Medikamentenbedarfs sowie einer Reduzierung von Zwangsmaßnahmen gegen Null, musste dieses Behandlungskonzept auf Veranlassung des Klinikträgers aufgegeben werden. Die etablierten Stationen mit Soteria-Elementen in deutschen Städten wie Aachen, Bremen, Gießen und Friedberg wurden inzwischen aus unterschiedlichen Gründen ebenfalls wieder aufgegeben, so dass derzeit nur noch an der LVR-Klinik in Bonn eine Station mit Soteria-Elementen existiert (IAS o. J. (3): 1).

Aus der Praxis entwickelten sich Kernelemente des Soteria-Konzeptes, die in einem zurückhaltenden Umgang mit Neuroleptika bestehen, einer Psychosebegleitung in Form des aktiven Dabei-Seins (‘being-with’) und einem milieuthérapeutischen Ansatz (IAS o. J. (3): 1). Unter Letzterem versteht man das familiäre Zusammenleben der BewohnerInnen, die sich die Verrichtung alltagspraktischer Tätigkeiten teilen (Stoll 2018: 23). Spezifische Kriterien für Soteria-Einrichtungen wurden nach Definitionen von Loren Mosher und Luc Ciompi festgelegt und umfassen eine gemeindezentrierte, offene, freiwillige und heimartige Einrichtung mit bis zu zehn Betten sowie zwei medizinisch Tätigen, die in 24- bis 48-Stunden-Schichten arbeiten, um die nötige langfristige Eins-zu-Eins-Betreuung zu gewährleisten (IAS o. J. (2): 1). Zwischen Fachpersonal und BewohnerInnen sowie innerhalb der professionellen Teammitglieder bestehen minimale Hierarchisierungen (Aderhold/Stastny et. al. 2007: 159). Das soziale Umfeld soll mit der Zeit als Ersatzfamilie erlebt werden können, in der Autonomie und persönliche Entscheidungsfreiheit erhalten bleiben. Das Betreuersteam umfasst neben psychiatrischen Fachkräften speziell geschulte Laien und ehemalige PsychiatriepatientInnen. Im Umgang mit den sog. KlientInnen soll der Gebrauch pathologisierender Rhetorik vermieden werden. Mit Ausnahme von Familieninterventionen existieren keine formellen Therapiesitzungen, wobei sämtliche Aktivitäten als potentiell therapeutisch eingestuft werden. Eine neuroleptische Medikation wird nicht oder nur in niedriger Dosis eingesetzt, um akute Dämpfungseffekte in Verbindung mit der Unterdrückung emotionaler Ausdrucksfähigkeit sowie langfristig toxi-

---

<sup>90</sup> In Nordamerika und Europa wurden seit 1984 ähnliche Soteria-Einrichtungen etabliert (Aderhold/Stastny et. al. 2007: 156).

sche Wirkungen zu verhindern.<sup>91</sup> Ein temporär begrenzter Einsatz von Benzodiazepinen ist möglich. Die Aufenthaltsdauer sollte ausreichend sein, um die individuellen Erfahrungen sinnstiftend in die Kontinuität der persönlichen Biografie einordnen zu können. Eine Aufrechterhaltung persönlicher Beziehungen zu den BetreuerInnen nach der Entlassung wird gefördert (IAS o. J. (2): 1).

Kriterien für akutpsychiatrische Stationen mit integrierten Soteria-Elementen sollen dazu führen, den Soteria-Gedanken im Alltag einer allgemeinspsychiatrischen Akutstation umzusetzen. Sie umfassen u. a. ein ganzheitliches Psychoseverständnis, das die psychische Dimension akzentuiert, d. h. Psychosen werden als psychische Extremreaktionen im Rahmen einer schweren Krise verstanden. Dabei wird die Psychoseerfahrung als subjektive Realität des Patienten respektiert, die grundsätzlich sinn- und bedeutungsvoll sein kann. Diese Individualisierung der Erfahrung soll Menschen in psychischen Krisen mit ihrem subjektiven Erleben und ihrer spezifischen Lebensgeschichte in den Mittelpunkt rücken (IAS o. J. (1): 1). Durch ‚Dabeisein‘ und ‚Mittun‘ soll sich ein therapeutisches Verständnis für den Klienten entwickeln (Aderhold/Stastny et. al. 2007: 159). Ein Einbezug des sozialen Netzwerks des Betroffenen in den therapeutischen Prozess sollte frühzeitig erfolgen und kontinuierlich fortgesetzt werden (IAS o. J. (1): 1).

Im Folgenden soll die Soteria in Zwiefalten exemplarisch ausführlicher präsentiert werden: Außerhalb des Klinikkomplexes gelegen, verfügt das separate Haus mit großem Garten über acht Behandlungsplätze. Die psychiatrischen Stationen der Klinik geben ein Zehntel des Stellenanteils an die Soteria ab. Pro Jahr werden durchschnittlich 50 Betroffene aufgenommen<sup>92</sup>, während die durchschnittliche Verweildauer bei 67 Tagen liegt. Die größte Altersgruppe bilden BewohnerInnen bis zu 30 Jahren. Die dreigliedrige Behandlung umfasst die Akutphase, die sich auf eine Reduzierung von Angst fokussiert. Die Aktivierungsphase umfasst Stabilisierung, Angehörigengespräche, Küchen-, Haus- und Zusatzdienste sowie das Verfassen von Anträgen. In der Phase der Vorbereitung auf die Entlassung sollen die Grenzen der Belastbarkeit ausgetestet sowie der Grundstein für die Reintegration in den häuslichen Alltag gelegt werden. Letztere beinhaltet die Klärung der Bereiche Wohnen, Arbeit, Familie, Nachsorge und Rückfallprophylaxe. Psychopharmaka werden nur in Rücksprache mit den KlientInnen eingesetzt (Haehn/Deniffel 2015: 16). Ein Behandlungsziel ist der informierte, Selbstverantwortung übernehmende Betroffene (Lehmann 2016: 3). Im Gegensatz zu PsychiatriepatientInnen melden sich ehemalige BewohnerInnen der Soteria nach der Rekonvaleszenz häufig

---

<sup>91</sup> Der zurückhaltende Umgang mit Psychopharmaka gemäß der Maxime *Verhandeln statt behandeln* bildet ein Charakteristikum, wobei Alternativen zu einer medikamentösen Behandlung diskutiert und Dosisanpassungen in regelmäßigen Abständen überprüft werden sollen (IAS o. J. (1): 1).

<sup>92</sup> In die lokale Psychiatrie werden durchschnittlich 80 bis 90 PatientInnen eingewiesen.

bei ihren ehemaligen Behandlern zurück (Haehn/Deniffel 2015: 16). Im Rahmen der *Regio 2019* (s. Kapitel 3.3.1.), referierte Alex Gogolkiewicz, Ärztlicher Direktor der Klinik Zwiefalten, über die lokale Soteria. Die primäre Zielgruppe der Einrichtung sind junge Ersterkrankte, die eine F2-Diagnose gemäß ICD-10 aufweisen, um schwere Rezidive frühzeitig zu verhindern. Ein Höchstmaß an Freiheit<sup>93</sup>, Normalität sowie Vertrauen in die medizinisch Tätigen bilden den Ausgangspunkt des Aufenthaltes unter milieuthérapeutischem Ansatz, der als Krankenkassenleistung finanziert wird. Das primäre Behandlungsziel umfasst eine erfolgreiche Reintegration in das häusliche Umfeld, die qua Eins-zu-Eins-Betreuung, gemeinsamer Freizeit- sowie Alltagsgestaltung erfolgen soll. Acht Pflegekräfte, ein Facharzt sowie ein Psychologischer Psychotherapeut betreuen die BewohnerInnen. Im anschließenden Workshop, den Gogolkiewicz zusammen mit den Angehörigen eines Betroffenen gestaltete, wurden die Themeninhalte seines Vortrages vertieft. Er gab zu bedenken, dass Soterien unrentable Einrichtungen seien, weshalb sie in Deutschland nicht flächendeckend etabliert würden. Auch die Soteria in Zwiefalten stelle für die psychiatrische Klinik ein Minusgeschäft dar. Gogolkiewicz argumentierte jedoch, dass Kosten langfristig eingespart werden könnten, wenn Ersterkrankte von Beginn an adäquat behandelt würden. Der Vater des Betroffenen gab in diesem Zusammenhang zu bedenken: „Manchmal ist die Psychiatrie die zweite Traumatisierung. Psychisch kranke Menschen brauchen eine menschliche Umgebung, um wieder gesund zu werden.“

Positive Effekte der Soteria-Behandlung werden nicht nur von ehemaligen BewohnerInnen und deren Angehörigen kommuniziert. Studien, die sich auf den Soteria-Prototyp in Kalifornien beziehen, zeigten im Rahmen von Vergleichen zwischen einer Experimental- und Kontrollgruppe (Soteria vs. Psychiatrie) nach sechswöchiger Behandlung, dass sich die Soteria in Bezug auf die Reduzierung akuter Symptome als ebenso wirkungsvoll erwies wie die psychiatrische Einrichtung, in der Neuroleptika routinemäßig (zu 100 %) verabreicht wurden. Eine Folgeuntersuchung nach zwei Jahren ergab, dass die psychopharmakafreie Gruppe, die 43 % aller Soteria-BewohnerInnen ausmachte, in Bezug auf die Parameter soziales und berufliches Funktionieren, Rückgang sog. Psychopathologie, Vermeidung von Rehospitalisierung sowie Unabhängigkeit deutlich über dem gesamten Gruppenschnitt lag (Aderhold/Stastny et. al. 2007: 155). Der *Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.* bezweifelt jedoch, dass trotz positiver Studienergebnisse Interesse an einer flächendeckenden Implementierung der Soteria-Konzepte besteht (Pullen 2016: 13). Aderhold, Stastny et. al. (2007: 156) kritisieren, dass das Soteria-Modell im psychiatrischen Diskurs marginalisiert wird und in fachärztlicher Literatur kaum Erwähnung findet. Mögliche Gründe hierfür machen sie (ebd.: 156) in dem Festhalten an einer biologistischen Ausrichtung sowie an der Krankenhausbehandlung als medizi-

---

<sup>93</sup> So existieren in der Soteria weder geschlossene Bereiche noch Zwangsmaßnahmen.

nischem Standard aus. Zudem sollen Erfolgsversprechungen in Bezug auf die neue atypische Neuroleptikabehandlung<sup>94</sup> einen richtungsweisenden Paradigmenwechsel im Bereich psychiatrischer Krankenhausbehandlung obsolet machen (Aderhold/Stastny et. al. 2007: 161). Haehn und Deniffel (2015: 17) kritisieren in diesem Zusammenhang einen vorherrschenden Personalmangel, der durch höhere Medikamentendosen kompensiert werde.

Im Folgenden wird ein weiterer kurativer Ansatz, der sog. *Open Dialogue*, als Alternative zu einer klassischen psychiatrischen Behandlungsform diskutiert: Seit den 1960er-Jahren wurde von dem Psychiater Yrjö Alanen in der psychiatrischen Klinik Turku, Finnland (Seikkula/Alakare 2007: 235), Forschung im Hinblick auf Verbesserungen der Behandlungsergebnisse von PatientInnen mit schizoaffektiver Störung durchgeführt. In den 1980er-Jahren wurde laut der *Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen gemeinnützige GmbH* (im Folgenden als GpG NRW abgekürzt) unter der Leitung von Alanen die sog. *bedürfnisanangepasste Behandlung* (Need Adapted Treatment) entwickelt (GpG NRW o. J. (1): 1). Individuelle psychodynamische Psychotherapie bildete den Ausgangspunkt, bevor die Familie des Betroffenen im Sinne einer systemischen Therapie in die Behandlung involviert wurde. Weitere Schwerpunkte bildeten die Einzigartigkeit jeder Patientenbegegnung (Seikkula/Alakare 2007: 235), eine schnelle Frühintervention und die Kontinuität der therapeutischen Beziehung (Seikkula/Alakare 2007: 236). Diese Innovationen wurden von Tom Andersen mit dem Fokus auf das reflektierende Team und Jaakko Seikkula, der eine Netzwerkorientierung in den Ansatz inkludierte, zum *Open Dialogue*<sup>95</sup> weiterentwickelt (GpG NRW (1): 1). Dessen Anfänge liegen im Keropudas-Krankenhaus im finnischen Tornio (Olson/Seikkula et. al. 2014: 2), wo in den 1980er-Jahren Dutzende LangzeitpatientInnen als unheilbar galten und in die sog. B-Psychiatrie, eine Einrichtung für Chroniker, überwiesen wurden (Seikkula/Alakare 2007: 235). Unter der Leitung des Psychologen Seikkula wurde der Ansatz des Offenen Dialoges in West-Lappland vorrangig als Behandlungsmöglichkeit für Schizophrenien und Psychosen entwickelt (Seikkula/Trimble 2005: 1). Das Klinikpersonal modifizierte die Einweisungspraxis von PatientInnen, indem in Anlehnung an Alanen als Reaktion auf die akute psychische Krise ein Netzwerktreffen mit dem Betroffenen, seinen Angehörigen und Professionellen anberaumt wurde, das gemeinsam über eine Hospitalisierung entscheiden sollte (Olson/Seikkula et. al. 2014: 2). Diese sog. *Therapieversammlungen* sollten dazu dienen, Informationen über das Problem zu sammeln, gemeinsam einen Behandlungsplan zu entwickeln und einen psychotherapeutischen Dialog zu fördern (Seikkula/Alakare 2007: 236). Im Gegensatz zu der

---

<sup>94</sup> Negative Folgeerscheinungen der atypischen Neuroleptika beschreiben Aderhold, Stastny et. al. (2007: 162). In Selbstversuchen mit dem Neuroleptikaprototyp Chlorpromazin berichtet der Psychiater Klaus Ernst (zitiert nach Itten 2007: 254-255) von erheblichen Nebenwirkungen.

<sup>95</sup> Der Begriff ‚Offener Dialog‘ wurde 1996 eingeführt (Seikkula/Alakare 2007: 236).

konventionellen psychiatrischen Behandlungspraxis soll in den ersten drei bis vier Wochen einer psychotischen Krise eine neuroleptische Medikation entweder vermieden oder zu einem späteren Zeitpunkt in geringstmöglicher Dosierung verabreicht werden (GpG NRW o. J. (5): 1), während Benzodiazepine im Falle von Ängsten und/oder Schlafstörungen die Mittel der ersten Wahl darstellen (Aderhold/Greve 2007: 14). Die psychosozialen Interventionen zielen von Anbeginn auf die Vermeidung unnötiger Klinikaufenthalte (Seikkula/Alakare 2007: 238) und Chronifizierungen ersterkrankter psychotischer PatientInnen (Aderhold/Greve 2007: 12). Akute Psychosen werden als Reaktion auf konfliktreiche Lebenssituationen betrachtet (Bayerischer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. 2018 (3): 1). Demzufolge wird die klassische ‚Krankheitsperspektive‘ durch eine ‚Krisenperspektive‘ ersetzt (GpG NRW o. J. (3): 1). Ein möglichst rascher und im Verlauf konsequenter Einbezug des Netzwerkes der Betroffenen sowie die Verlagerung der Behandlung in ihr Lebensumfeld bilden einen methodologischen Schwerpunkt (Schütze/Karwinkel et. al. 2010: 12).

Im Zentrum der Behandlung steht die oben bereits umrissene sog. *Therapieversammlung*, bei der sich alle relevanten Personen des professionellen und sozialen Netzwerkes des Patienten für die gemeinsame Entwicklung von Lösungsansätzen auf Augenhöhe begegnen sollen. Entscheidend ist, dass der Betroffene stets anwesend ist und als Experte für seine Krise betrachtet wird. Solche Sitzungen können in akuten Phasen täglich stattfinden, während sie im weiteren Verlauf seltener werden. Über fünf Jahre liegt die durchschnittliche Häufigkeit der Versammlungen bei zwischen 25 und 40 Treffen (GpG NRW o. J. (4): 1). Die medizinisch-therapeutischen Fachkräfte tragen dafür Sorge, dass innerhalb von 24 Stunden nach Eingehen des Hilferufes das erste Netzwerktreffen im Zuhause des Betroffenen oder an einem anderen für ihn sicheren Ort stattfindet (GpG NRW (2): 1). Die Leitung der Therapieversammlung wird von den Initiatoren des Treffens übernommen (Seikkula/Alakare 2007: 237). Dabei handelt es sich um kleine, mobile, multiprofessionelle Teams (GpG NRW o. J. (3): 1). Diese können aus einem Vertreter der Klinikstation, sozialen Fürsorge und psychiatrischen Ambulanz bestehen (Seikkula/Alakare 2007: 242), wobei der Therapieversammlung mindestens zwei TherapeutInnen beiwohnen sollten (Olson/Seikkula et. al. 2014: 8). Teilnehmende Mitglieder des sozialen Netzwerkes können aus Familie, Freunden, Vorgesetzten, Nachbarn sowie VertreterInnen von Behörden wie Versicherungsträgern und Arbeitsämtern bestehen (Seikkula/Alakare 2007: 239). In der durchschnittlich anderthalb Stunden dauernden Therapieversammlung sitzen die Teilnehmenden im Kreis (Seikkula/Alakare 2007: 237, 238). Zunächst werden seitens der klinischen VertreterInnen Sicherheit und Vertrauen aufgebaut (Seikkula/Alakare 2007: 244). Die Behandlung folgt keinem universellen, vorab festgelegten Schema. Stattdessen wird die Therapie am Individuum des Patienten, seinen illness-Artikulationen

und dem spezifischen Lebenskontext ausgerichtet. Auch der Treffpunkt der Sitzungen wird gemeinsam ausgehandelt (Seikkula/Alakare 2007: 241). Im Rahmen der Therapieversammlung liegt ein besonderer Fokus auf der Formulierung offener Fragen, um den Narrativen der Patientin Raum zu gewähren, während die pathologische Symptomatik in den Hintergrund tritt (Olson/Seikkula et. al. 2014: 8). Für die TherapeutInnen bedeutet dieser dialogische Prozess einen Verzicht auf die Auswahl und das Festlegen von Themen sowie eine formale und inhaltliche Anpassung an die Äußerungen des Klienten (Olson/Seikkula et. al. 2014: 13). In der ersten Therapieversammlung werden routinemäßig lediglich zwei Standardfragen gestellt: ‚Welche Geschichte liegt der Idee, heute zusammenzukommen, zugrunde?‘ sowie ‚Wie würdet ihr das Treffen gerne nutzen?‘, wobei die zweite Frage zu Beginn jeder weiteren Sitzung wiederholt wird (Olson/Seikkula et. al. 2014: 9, 10). Die weitere inhaltliche Ausgestaltung der Sitzungen obliegt der Betroffenen (Olson/Seikkula et. al. 2014: 11). Den inhaltlichen Schwerpunkt bildet eine Normalisierung des Diskurses im Zuge der dialogischen Praxis im Gegensatz zu einem psychiatrischen Fokus auf der Pathologisierung von Betroffenenartikulationen und der Verwendung von Fachterminologie (Olson/Seikkula et. al. 2014: 22, 25). Ein Gegenkurs zu pathologisierender Rhetorik wird entworfen, indem eine neue gemeinsame Sprache kreiert wird, die verbale Äußerungen der Netzwerkmitglieder aufnimmt und Worte aus dem Dialog zwischen Netzwerkmitgliedern und TherapeutInnen inkludiert (Seikkula/Trimble 2005: 10). Die neu entstandene Sprache ist geprägt von dem Verständnis von Symptomen als verdichtete Form der im körperlichen Ausdruck verarbeiteten Erfahrungen (Seikkula/Trimble 2005: 11). In diesem Sinne werden schwere Symptome als Verkörperung von auf traumatischen Erfahrungen beruhenden psychosozialen Dilemmata verstanden, die in der Alltagssprache nicht ausgedrückt werden können (Olson/Seikkula et. al. 2014: 23). Ein Beispiel für solche in anderer Form nicht kommunizierbaren Erfahrungen sind Halluzinationen, die in metaphorischer Form für traumatische Erlebnisse stehen können (Seikkula/Trimble 2005: 6). „The person who exhibits the most severe symptoms may also have the least access to language. More time may be devoted to exchanges with the most acutely symptomatic person whose voice may be the most incoherent, and thus, the weakest.” (Olson/Seikkula et. al. 2014: 23) Der Dialog ist laut Seikkula und Trimble (2005: 11) in der Lage, die Symptomatik sukzessive auszugleichen und aufzulösen, wenn die neu gefundene Sprache für die Beschreibung der in Worten bisher unausdrückbaren traumatischen Erlebnisse und des jeweiligen Kontextes der Symptomentstehung genutzt werden kann. Dadurch gewinnt der Betroffene laut Seikkula und Trimble (2005: 11) die Kontrolle über die beschriebene Situation und die damit verbundenen Gefühle. Am Ende jeder Sitzung reflektiert der Therapeut über die erarbeiteten Optionen für

die Behandlungsplanung, die er zur Diskussion stellt, anstatt eine Expertenempfehlung auszusprechen (Olson/Seikkula et. al. 2014: 26).

Der Offene Dialog zeichnet sich durch das Ziel aus, die Krisen im Rahmen einer polyphonen<sup>96</sup> Betrachtungsweise zu verstehen, wobei jede Krise einzigartige Merkmale aufweist. Daher werden voreilige Entscheidungen und schnelle Schlussfolgerungen über die Art der Krise, Diagnosen, Medikation und weitere Behandlungsmodalitäten vermieden (Olson/Seikkula et. al. 2014: 27). Olson, Seikkula et. al. (2014: 28) argumentieren, dass das Hauptziel einer psychiatrischen Untersuchung in einer korrekten Diagnostik besteht. Dementsprechend sind die Fragen des Facharztes auf diagnostische Informationen ausgerichtet und seltener auf das Erschließen eines größeren Sinnzusammenhangs durch die narrativen Ausführungen der PatientInnen. Für einen Psychiater, der die Behandlungsform des Offenen Dialoges zum ersten Mal praktizierte, bedeutete das Aushalten von Ungewissheit eine bedeutende Umstellung, da der Behandlungsprozess nicht mehr gemäß konkreter, standardisierter, von Experten vorgeschriebener und kontrollierter Schritte erfolgte (Olson/Seikkula et. al. 2014: 28). Die im Open Dialogue praktizierte wechselseitige Bezogenheit des Dialoges als Sonderform von Psychotherapie verändert die Position von Professionellen, die als Teilnehmende in einem gleichberechtigten Meinungsaustausch betrachtet werden (Seikkula/Trimble 2005: 5). Im Rahmen des Sammelns von Stimmen wird kein Konsens angestrebt, sondern ein kreativer Austausch multipler Sichtweisen, die zu Spannungen zwischen Teilnehmenden oder innerhalb einer Person führen können (Olson/Seikkula et. al. 2014: 16). Letzteres Phänomen wird als vertikale (GpG NRW (2): 1) bzw. innere Polyphonie bezeichnet (Olson/Seikkula et. al. 2014: 16).

Zusammenfassend lassen sich sog. *Sieben Therapeutische Prinzipien* des Offenen Dialoges festhalten, die oben beschrieben wurden: sofortige Hilfe, die Perspektive des sozialen Netzwerks, Flexibilität und Mobilität, Verantwortung, psychologische Kontinuität, Toleranz von Unsicherheit sowie Dialog und Polyphonie (Olson/Seikkula et. al. 2014: 3). Die Wirksamkeit des Offenen Dialoges und seines Vorläufers wurde in zahlreichen Untersuchungen überprüft. Finnische und schwedische Studien zur Evaluation der bedürfnisangepassten Behandlung ergaben u. a. eine Symptommfreiheit bei bis zu 80 % der PatientInnen nach fünf Jahren Behandlung, einen höheren Anteil voller Erwerbsfähigkeit, seltenere Therapieabbrüche, Neuroleptikafreiheit bei 40 bis 70 % der PatientInnen während der gesamten Therapie, in den übrigen Fällen erhebliche Dosisreduzierungen, deutlich kürzere stationäre Aufenthalte sowie eine verbesserte psychosoziale Funktionsfähigkeit (Aderhold/Greve 2007: 15). In einer zweijähri-

---

<sup>96</sup> Unter einer polyphonen Konversation verstehen Olson, Seikkula et. al. (2014: 5) den kollaborativen Austausch zwischen verschiedenen Stimmen, der zu einer Reduzierung der Polarität zwischen sog. ‚Kranken‘ und ‚Gesunden‘ beitragen sowie zu einem gemeinsamen Verständnis führen soll.



gen Verlaufsstudie zur Evaluation des Offenen Dialoges wurden PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie entweder mit Methoden des Open Dialogue oder im Rahmen der konventionellen psychiatrischen Praxis behandelt. Die PatientInnen der Vergleichsgruppe wiesen wesentlich längere Klinikaufenthalte auf (ca. 117 Tage gegenüber 14 Tagen in der Open-Dialogue-Gruppe) und wurden alle mit Neuroleptika behandelt, verglichen mit einem Drittel im Offenen Dialog. Im Zuge der psychiatrischen Behandlung wurden weniger Familientreffen organisiert (ca. 9, während im Rahmen des Offenen Dialoges 26 Sitzungen stattfanden) und 71 % der PatientInnen erlitten mindestens einen Rückfall, verglichen mit 24 % im OD. Während 57 % der Vergleichsgruppe erwerbsunfähig war, lag die Zahl unter OD-PatientInnen bei 19 %. Zirka 50 % der PsychiatriepatientInnen wiesen mindestens gelegentlich leichte Symptome auf; in der Offener-Dialog-Gruppe waren es 17 % (Seikkula/Alakare 2007: 246). Insgesamt betrachtet, ist das Auftreten von Schizophrenie in Westlappland seit der Etablierung des Offenen Dialoges von 33 neuen PatientInnen pro 100.000 EinwohnerInnen im Jahre 1985 auf zwei seit 2000 zurückgegangen (ebd.: 247). Seikkula und Alakare (2007: 247) schlussfolgern, dass die positiven Resultate des Offenen Dialoges eine Neubewertung von Psychosen fördern kann, die nicht mehr als Krankheitszeichen interpretiert werden müssen, sondern als ein Bewältigungsmechanismus einer akuten psychischen Krise. Der reduzierte Bedarf an Neuroleptika lässt den Schluss zu, dass Halluzinationen nicht von einem veränderten biochemischen Zustand des Gehirns ausgelöst werden, sondern eine psychische Stressreaktion auf reale Erlebnisse ausdrücken, der primär therapeutisch und nicht medikamentös zu begegnen ist (Seikkula/Alakare 2007: 247, 248).<sup>97</sup>

In Deutschland wurden Prinzipien der bedürfnisangepassten Behandlung von der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Havelland-Kliniken GmbH in Nauen eingeführt (Schütze/Karwinkel et. al. 2010: 13), im Zuge derer nach einem Ausbildungscurriculum an Stelle der bisher praktizierten Visiten sog. ‚reflecting teams‘ eingeführt und Hometreatment initialisiert wurden (ebd.: 12). Einen Vorteil der Methodik sehen die medizinisch Tätigen darin, im häuslichen Umfeld der PatientInnen Einblicke in komplexe Dynamiken zwischen dem Betroffenen und Mitgliedern seines sozialen Netzwerkes zu erhalten, die sich im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht offenbart hätten (Schütze/Karwinkel et. al. 2010: 14). Schwierigkeiten in der Realisierung ähnlicher Projekte ergeben sich aus strukturellen, finanziellen und institutionellen Rahmenbedingungen: Die therapeutische Betreuung durch mobile Krisenteams verursacht signifikante Mehraufwände. So entspricht ein zweistün-

---

<sup>97</sup> In diesem Zusammenhang sei jedoch an die Interrelationen zwischen psychosozialen Faktoren, genetischen Prädispositionen sowie hirnrnorganischen Stoffwechselaktivitäten erinnert (Hammer/Plöbl 2015: 15).

diger Hausbesuch durch zwei Professionelle den Kosten für einen stationären Behandlungstag. Aus diesem Grunde ist eine Finanzierung durch Krankenkassen und gegebenenfalls ergänzende Leistungsträger weit über den bisher etablierten Rahmen der psychiatrischen Institutsambulanzen hinaus erforderlich. Das Home Treatment zu stationären oder teilstationären Tagessätzen könnte als Ansatz in Frage kommen. Darüber hinaus stellt dieses psychotherapeutische Krisenverständnis gegenüber den üblichen sozialarbeiterischen und medizinischen Konzeptionen psychiatrischer Versorgung einen signifikanten Paradigmenwechsel dar, da nicht die pathologische Symptomatik den primären Ausgangspunkt der aufsuchenden Hilfen bildet, sondern die persönlichen Bedürfnisse, Lebensprobleme und/oder aktuellen Konflikte der an der Krise Beteiligten. Medizinische Eingliederungshilfe, Behandlung und Rehabilitation stellen zwar integrale Bestandteile der gesamten Hilfe dar, sind jedoch in dem Sinne nachrangig, dass sie als ergänzende Module und nicht als Selbstzweck betrachtet werden (GpG NRW o. J. (3): 1). Besonders großen Einfluss hat diese veränderte Sichtweise auf die Medikation, die erheblich reduziert wird (Greve/Aderhold 2007: 24). Die Zeit-, Kosten- und Personalintensität der alternativen Behandlungsform stellen für Aderhold (zitiert nach Olostiak-Brahms 2016: 6) jedoch keinen Hinderungsgrund dar, da die damit erworbene höhere psychosoziale Funktionsfähigkeit und Autonomie der Betroffenen Mehraufwände mittel- und langfristig ausgleicht.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sowohl dem Offenen Dialog als auch Soteria-Konzepten als alternative therapeutische Ansätze eine kritische Auseinandersetzung mit primär biomedizinisch ausgerichteten Konzepten von ‚Behandlung‘ und ‚Krankheit‘ zugrunde liegen. Die Bewältigung psychotischer Krisen erfordert eine essentielle Bezogenheit auf den individuell-spezifischen Lebenskontext der Betroffenen. Die Konzepte von Soteria und Open Dialogue verweisen auf die Einordnung von Psychosen als Reaktion auf ungelöste Beziehungs- und Lebensprobleme. Im Rahmen dieser Entpathologisierung wird die klassische psychiatrische ‚Krankheitsperspektive‘ durch eine ‚Krisenperspektive‘ ersetzt, die das gesamte soziale Netzwerk zur Lösung der psychosozial verorteten Konflikte mobilisiert (Greve/Aderhold 2007: 24). Dementsprechend werden illness-Narrativen und Symptomen wie Halluzinationen, die als Metaphern für traumatische Erlebnisse gelten, im Rahmen eines therapeutischen Ansatzes besondere Bedeutung beigemessen. Im Kontrast zu der alltagspsychiatrischen Akutversorgung, die zumeist einem biomedizinischen Ansatz folgt, zeichnet sich der therapeutische Ansatz des Offenen Dialoges durch einen besonderen Fokus auf eine gemeinsame, gleichberechtigte Aushandlungspraxis aus, die auf standardisierte Behandlungsformen verzichtet, da jede Krise als einmalig betrachtet wird. Der Fokus liegt auf einer nicht-wertenden dialogischen Praxis, in der nicht die Professionellen, sondern die Betroffenen für

die inhaltliche Ausgestaltung sorgen und letztlich über eine Hospitalisierung und weitere Behandlungsschritte entscheiden. Der Gegendiskurs zu pathologisierender Rhetorik umfasst darüber hinaus den zurückhaltenden Umgang mit Neuroleptika.<sup>98</sup> Behandlungsziele von Soteria und Offenem Dialog bestehen in einer Vermeidung von Klinikaufenthalten und Chronifizierungen erkrankter Psychotiker. Im Gegensatz zu den meisten Psychiatrien zeichnen sich die offen geführten Soteria-Einrichtungen zudem durch einen Verzicht auf Zwangsmaßnahmen jeglicher Art aus. Die Wirksamkeit beider Ansätze konnte in Studien festgestellt werden. Wie die o. g. Beispiele gezeigt haben, bedarf eine bundesweit flächendeckende Etablierung dieser alternativen Behandlungsansätze jedoch finanzieller, personalspezifischer, struktureller sowie ideologischer Anpassungen bzw. Paradigmenwechsel. Ein Nachteil der beiden Konzepte liegt in ihrer Beschränkung auf die Behandlung (erkrankter) Betroffener mit schizoaffektiver Störung unter Vernachlässigung weiterer psychiatrischer Diagnosegruppen.

Unabhängig davon, welche Therapieformen Krisenbetroffene in Anspruch nehmen, kann der Aufenthalt in einer Einrichtung für Menschen mit psychischen Problemen laut Höhmann (1973: 61, 62) das Zuschreiben von Vorurteilen durch die Bevölkerung begünstigen, die zu einer Etikettierung mit dem Status als psychisch anomal beitragen. Mit dieser Problematik werde ich mich in den folgenden beiden Kapiteln befassen.

### **3.4. Vorurteile und Stereotype**

*„Bevor das Urteil urteilt, verurteilt das Vorurteil.“  
(Heimito Nollé)*

Hartmann und Bräunling (2007: 195, 196) vom Berliner Weglaufhaus<sup>99</sup> mahnen an, dass Zwangsmaßnahmen, soziale Abwertung, Diskriminierung sowie Stigmatisierung eine Folgeerscheinung psychiatrischer Krankheitsdefinitionen sein können. Exemplarisch führen sie Alltagssituationen an wie eine Anfrage bei der Wohnungsbaugesellschaft, die den Besichtigungstermin absagt, nachdem sie von der Psychatriebetroffenheit des Interessenten erfahren hat sowie den Umgang mit Sozialämtern, die Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose den Zugang zu Teilen des Hilfesystems verwehren. Auch Zuaboni, Sloksnath-Bernetta und Rüschi (2018: 21) konstatieren, dass psychische Erkrankungen trotz der relativ hohen gesellschaftlichen Verbreitung mit zahlreichen Vorurteilen und Stereotypen behaftet sind. Für Nut-

---

<sup>98</sup> Seikkula und Alakare (2007: 244, 245) argumentieren, dass die essentielle psychologische Arbeit des Besprechens von Problemen und der Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit durch den dämpfenden Effekt von Neuroleptika verhindert werden kann.

<sup>99</sup> Die sog. Villa Stöckle, ein psychosoziales Angebot für Krisenbetroffene und Menschen in Wohnungsnot, vertritt eine antipsychiatrische Grundhaltung (Hartmann/Bräunling 2007: 198, 199).

zerInnen psychiatrischer Hilfen bedeuten die negativen gesellschaftlichen Reaktionen weitere psychosoziale Stressoren zusätzlich zu der Krankheitslast. Im Folgenden soll zunächst ein wissenschaftstheoretischer, differenzierter Überblick über Vorurteile, Stereotype und Stigmatisierungen gewährt werden, bevor die Termini auf die Lebenssituationen psychisch Kranker angewandt werden.

Güttler (2003, zitiert nach Baumann 2010: 80) definiert Vorurteile wie folgt:

„Vorurteile sind Urteile bzw. Aussageformen über Personen und Personengruppen, die falsch, voreilig, verallgemeinernd und klischeehaft sind, nicht an der Realität überprüft wurden, meist eine extrem negative Bewertung beinhalten und stark änderungsresistent, d. h. durch neue Informationen nur schwer oder kaum zu modifizieren sind und sich somit durch eine bemerkenswerte Stabilität auszeichnen.“

Für Bergmann (2005, zitiert nach Baumann 2010: 81) sind Vorurteile durch ihren normativen und moralischen Gehalt bestimmt. Lin (1999, zitiert nach Baumann 2010: 81) gibt zu bedenken, dass die Entstehungsbedingungen und Funktionen sowohl von positiven als auch negativen Zuschreibungen identisch sind, d. h. es existieren sowohl positive<sup>100</sup> als auch negative Vorurteile. Im allgemeinen Sprachgebrauch hängt dem Begriff zumeist jedoch eine negative Konnotation an. Hinsichtlich der Entstehung von Vorurteilen herrschen vier verschiedene Erklärungsansätze vor, die ich im Folgenden kurz zusammenfassen möchte: Der *konflikttheoretische Ansatz* nach Campbell, Sherif und Tajfel geht davon aus, dass Vorurteile und Stereotype auf Grund von konfliktbelasteten Gruppenprozessen, bei denen z. B. Fremdgruppen diskriminiert werden, entstehen. Der *lerntheoretische Ansatz* nach Lin und Eagly/Steffen besagt, dass Fremdbilder im Laufe der Sozialisation erlernt werden. Der *persönlichkeitstheoretische Ansatz* nach Dollard, Miller et. al. fokussiert sich darauf, dass persönliche Konflikte durch Vorurteile auf andere soziale Gruppen übertragen werden. Schließlich betont der *kognitive Ansatz* nach Rokeach und Wilkes die fehlerhafte bzw. vereinfachte Zuschreibung bestimmter Attribute auf soziale Gruppen (Baumann 2010: 82). Insgesamt betrachtet, weisen Vorurteile eine signifikante Änderungsresistenz auf, die Albert Einstein (zitiert nach Baumann 2010: 82) mit den Worten: „Welch triste Epoche, in der es leichter ist, ein Atom zu zertrümmern als ein Vorurteil“ veranschaulichte. Der Vorteil von Vorurteilen liegt im Schutz vor Reizüberflutung im Alltagsleben sowie allgemeinen Ambivalenzen, der insbesondere in bedrohlichen Situationen schnelle Entscheidungen ermöglicht (Finzen 2013: 28).

Vorurteile können laut Finzen (2013: 30) zu Diskriminierung<sup>101</sup>, Isolierung und ungerechtfertigter Benachteiligung Betroffener führen.<sup>102</sup> Die sog. *Allport-Skala zur Erfassung von Vorur-*

---

<sup>100</sup> Ein Beispiel hierfür könnte die Vorstellung sein, dass Mütter treusorgend sind und ihre Kinder beschützen.

<sup>101</sup> Diskriminierung wird von Finzen (2013: 26) als die Umsetzung abwertender Vorurteile in Handlungen definiert.

*teilen und Diskriminierung* aus dem Jahre 1954 (ebd.: 34) eruiert in fünf Stufen die Zusammenhänge zwischen Vorurteilen und Diskriminierung. Die erste Phase bilden abschätzige Bemerkungen wie Verleumdungen. In einem zweiten Schritt wird der Kontakt mit Mitgliedern der abgelehnten Gruppe gemieden. Im Zuge der Diskriminierung als dritter Stufe entstehen Bestrebungen, Mitglieder der abgelehnten Gruppe von öffentlichen Einrichtungen fernzuhalten und ihnen den Zugang zu gewissen Rechten und Privilegien zu verwehren, wobei eine institutionalisierte Form der Diskriminierung z. B. im Rahmen der Apartheid erfolgen kann. Körperliche Gewaltanwendung wird als vierte Stufe angeführt. Zuletzt folgt die Vernichtung am Beispiel des Massenmordes oder Genozids. Diese Skala erfasst ausschließlich das Denken und Handeln von Menschen mit Vorurteilen, während die Betroffenen- bzw. Opferperspektive ausgespart wird (Finzen 2013: 35). Da sich soziale Gruppen durch eine Abgrenzung von anderen Gruppen definieren und erhalten, werden psychisch Kranke von Gesunden unterschwellig mitunter als weniger moralische, minderwertige Menschen betrachtet, die durch ihre Charakterschwäche selbst für ihre Probleme verantwortlich sind (Jervis 1978: 98) und zu Egozentrik neigen (Haig 2016: 238). Haig (2016: 36) zufolge werden die subjektiven Leidenszustände von Menschen mit psychiatrischer Diagnose – im Gegensatz zu jenen physisch Erkrankter – von Außenstehenden oftmals in Frage gestellt oder relativiert.<sup>103</sup>

Nachdem Vorurteile ausführlich erörtert wurden, soll der Fokus im Folgenden auf der Darstellung von Stereotypen liegen. Eine Gegenüberstellung und Zusammenfassung der beiden Phänomene erfolgt im Anschluss. Laut Baberowski (2008: 9, 10) findet eine Entwicklung des Selbstseins dadurch statt, dass die soziale Umwelt sowie das Selbst stereotypisiert und in feste Bilder einfügt werden. Einerseits wirken solche Vorstellungen vom Anderen in einer von Reizen und Informationen überfluteten Umwelt entlastend, andererseits können sie zu Intoleranz führen. Der Ausdruck *Stereotype* geht auf den Journalisten und Autor Walter Lippmann zurück, der diesen Begriff 1922 prägte und mit ihm die „Bilder in unseren Köpfen“ beschrieb, die sich als „schablonisierte und schematisierte Vorstellungsinhalte zwischen unsere Außenwelt und unser Bewusstsein schieben“ (Baumann 2010: 84). Ein Stereotyp kann ein „starrer Eindruck (...) [sein], der nicht nur in geringem Ausmaß mit der Realität übereinstimmt, sondern vor allem dadurch zustande kommt, dass wir zuerst urteilen und dann erst hinschauen.“ (Baumann 2010: 84) Solche vorgefassten Meinungen zeugen, ähnlich wie Vorurteile, von Generalisierungen über eine Gruppe von Menschen (Baumann 2010: 84). Da es nicht möglich

---

<sup>102</sup> Ein Betroffener bezeichnete die Psychiatrie als die ‚Medikalisierung von Vorurteilen‘ (Shimrat 2013: 156).

<sup>103</sup> Exemplarisch führt Haig (2016: 36) auf humorvoll-zynische Weise an, „[w]as Leute zu Depressiven sagen, was sie in anderen lebensbedrohlichen Situationen nie sagen würden: (...) ‚Was glaubst du, warum hast du denn Magenkrebs?‘ (...) ‚Ach, du hast Alzheimer? Wem sagst du das. So geht’s mir auch ständig.‘ ‚Oh, Meningitis. Na ja, eigentlich ist es doch eine Willensfrage.‘“

ist, jeder Situation und jedem Menschen so zu begegnen, als seien sie einmalig, ist die Bildung sog. Arbeitsstereotypen laut Bem unvermeidbar (Baumann 2010: 86). Analog dazu führt Schur (1974: 45) an, dass die Stereotypenbildung die Bedürfnisse der TeilnehmerInnen widerspiegelt, ihre Erwartungen so zu ordnen, dass sie die Handlungen der Anderen antizipieren können. Die dabei entstehende selektive Wahrnehmung hat das Potential für Reaktionen, die auf ungenauen Einschätzungen basieren. Bierhoff und Herner (2002, zitiert nach Baumann 2010: 87) erklären, dass einmal erworbene Stereotype wie eine sich selbst erfüllende Prophezeiung wirken.

Devine (1989, zitiert nach Baumann 2010: 86) zufolge verläuft die Anwendung von Stereotypen in zwei Phasen: Im Anfangsstadium wird das Stereotyp automatisch aktiviert, wenn eine Zielperson, z. B. ein verhaltensauffälliger Mensch, wahrgenommen wird. Man spricht dabei von der *automatischen Verarbeitung*. Die zweite Phase der *kontrollierten Verarbeitung* kann individuell unterschiedlich verlaufen, je nachdem, was die beurteilende Person selbst über die Gruppe der Zielperson denkt. Bem (1974, zitiert nach Baumann 2010: 86, 87) räumt ein, dass Stereotype zwar durch neue Erfahrungen modifiziert werden können, viele Stereotype jedoch trotz widersprüchlicher Erkenntnisse unbeeinflusst bleiben. Er erklärt dieses Phänomen dadurch, dass das Individuum Widerlegungen des Stereotyps als *Ausnahmen* betrachtet. Näpel (2011: V) schlussfolgert, dass Stereotype oftmals kaum Aussagekraft über die tatsächliche Beschaffenheit der Betroffenen besitzen, sondern über die Wahrnehmung von und das relationale Verhältnis zu ihnen.

Gemeinsamkeiten von Vorurteilen und Stereotypen lassen sich unter folgenden Stichpunkten zusammenfassen: Urteilsbildung über andere Personen bzw. Gruppen, die stabil und oftmals änderungsresistent sind, Schutz vor kognitiver Überanstrengung, Abgrenzung der Eigengruppe sowie Stabilisierung des Selbstwertgefühls (Baumann 2010: 87). Werth und Mayer (2008, zitiert nach Baumann 2010: 87) betrachten Stereotype als einen Teil von Vorurteilen. Exemplarisch kann dargelegt werden, dass bei Stereotypen die *kognitive* und *affektive* Komponente gemeinsam auftreten müssen, um zu einem echten Vorurteil zu werden. Die *kognitive* Komponente besagt, dass ein Stereotyp die Basis von Vorurteilen darstellt, aber noch kein Vorurteil ist (Baumann 2010: 88). Sie könnte sich in dem Satz äußern: ‚Von psychisch kranken Menschen wird gesagt, sie seien arbeitsscheu.‘ Die stereotype Überzeugung als *affektive* Komponente betont die positive bzw. negative Empfindung gegenüber Personen auf Grund ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe. Das heißt, die Entstehung eines Vorurteils wird erst durch die Ergänzung der affektiven Komponente mit einer subjektiven Zustimmung wie: ‚Ich glaube, dass psychisch kranke Menschen arbeitsscheu sind‘, bedingt (vgl. Baumann 2010: 88). Daly (1996: 9) betont, dass die mitunter diffamierende Rhetorik von Medienbil-

dern sowie politischen Programmen, die gesamtgesellschaftliche Botschaften von Macht, Einfluss und Autorität transportieren, mächtige Kommunikatoren von Ideen, Werten und sozialen Normen darstellen. Serrano (2016: 7) spricht in diesem Zusammenhang von unterschwellig nachwirkenden Vorstellungen von psychischen Erkrankungen als ‚Irrsinn‘ (siehe Kapitel 2.2.). Während sich Menschen mit psychiatrischer Diagnose um eine Rückkehr und Integration in die ‚normale‘ soziale Umwelt bemühen, wird ihnen das Bild von psychisch Kranken zurückreflektiert (Jervis 1978: 98, 99). Auf diese Problematik soll im folgenden Kapitel ausführlicher eingegangen werden.

### 3.5. Stigmatisierung und *labeling approach*

„Wäre die Lebenslage von Patient und Psychiater gleich,  
käme es mitunter womöglich zu einem Rollenwechsel.“  
(Kurt Haberstick)

Laut Finzen (2013: 26) stellen Vorurteile und Diskriminierung Rahmenbedingungen für Stigmatisierungen dar. Hohmeier (1975: 8) definiert Stigmata als *soziale Vorurteile*, die sich dadurch auszeichnen, dass sie drei Dimensionen umfassen: kognitive Aussagen über Eigenschaften einer Person oder Gruppe, Bewertungen dieser Eigenschaften und die explizite oder implizite Angabe, welches Verhalten dieser Person gegenüber geboten ist. Den Definitions- und Ausgliederungsprozesse beschreibenden Term der Stigmatisierung führte Erving Goffman 1967 (Albrecht 1975: 83) in die Soziologie ein (Hohmeier 1975: 6).<sup>104</sup> Etymologisch mit ‚stechen‘ und ‚Stiche zufügen‘ verbunden, bedeutete stigmatisieren ursprünglich tätowieren. So stellten Stigmata physische Male bzw. Kennzeichen dar, mit denen in der griechischen Antike Sklaven (Lipp 1975: 31) oder Verbrecher gebrandmarkt wurden, um der Öffentlichkeit zu signalisieren, dass jene Personen gemieden werden sollten (Baumann 2010: 89). Auf sozialer Ebene weisen Stigmata auf eine gesellschaftliche Unterlegen-, Besiegt- oder Unterworfenheit des Trägers hin (Lipp 1975: 31). Stigmata drücken Unterlegenheit bzw. Defekte des Trägers aus, für die er selbst verantwortlich ist (Lipp 1975: 32). Stigmatisierung wird von Goffman als Prozess sozialer Konstruktion betrachtet, wobei das Stigma eine besondere Art von Beziehung zwischen einem Merkmal und einem Stereotyp konstituiert (Yang/Kleinman et. al.

---

<sup>104</sup> Der Begriff Stigma wurde unabhängig von Goffman auch von J. und E. Cumming entwickelt. Sie führen aus (zitiert nach Albrecht 1975: 102): „The word ‚stigma‘ is often used to describe the way in which society stamps those who have been mentally ill. (...) [S]tigma acquires [sic] its meaning through the emotion it generates within the person bearing it and the feeling and behavior towards him of those affirming it. These two aspects of stigma are indivisible since they can each act as a cause or effect of the other ... Either way, stigma, like other social definitions, is generated and reinforced in interaction.“ Im Folgenden werde ich mich jedoch auf Goffmans Ausführungen zu Stigmatisierungen fokussieren.

2006: 1525). Goffman (2016: 12, 13) unterscheidet drei Arten von Stigmata: ‚Abscheulichkeiten des Körpers‘ wie Behinderungen, ‚individuelle Charakterfehler‘, z. B. psychische Störungen, Gefängnishaft, Arbeitslosigkeit, Alkoholismus, Homosexualität sowie die ‚phylogenetischen Stigmata von Rasse, Nation und Religion‘.<sup>105</sup> Darüber hinaus differenziert Goffman (2016: 12) zwischen *diskreditierten* und *diskreditierbaren* Identitäten, je nachdem, ob das Stigma des Trägers evident oder weder bekannt noch unmittelbar wahrnehmbar ist.<sup>106</sup> In diesem Zusammenhang spricht Goffman (2016: 64) von der *Visibilität* eines bestimmten Stigmas. Das Stigma kann nicht nur den ursprünglich Stigmatisierten erfassen, sondern, ähnlich wie bei einer ansteckenden Krankheit, auch auf seine Kontaktpersonen übertragen werden wie Angehörige, Freunde oder Kollegen (*Stigma by Courtesy* bzw. *Stigma by Association*) (Finzen 2013: 52).

Die Stigmatisierung ist ein sozialer, subjektiver und relationaler Prozess, der sich oftmals in alltäglichen, subtilen Interaktionsformen manifestiert (Yang/Kleinman et. al. 2006: 1532). Laut Goffman (2016: 22) entstehen Stigmatisierungen v. a. in gemischten Kontakten, die ein soziales Aufeinandertreffen von Stigmatisierten und ‚Normalen‘ beinhalten – entweder in einer gezielten Zusammenkunft oder zufälligen Begegnung. Der Begriff der Stigmatisierung ist durch seine Integration in die interaktionistische Theorie des Identitätsaufbaues geprägt (ebd.: 10): Goffman zufolge (2016: 10) wird die soziale Identität des Fremden, d. h. seine Kategorie sowie seine Eigenschaften, beim ersten Anblick antizipiert, woraus normative Erwartungen als ‚rechtmäßig gestellte Anforderungen‘ entstehen. Diese *virtuale* soziale Identität manifestiert sich laut Goffman (2016: 10) aus Attributen, die man einer Person auf Grund ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe zuschreibt. Im Gegensatz dazu konstituiert sich die *aktuale* soziale Identität aus Eigenschaften, Merkmalen und Verhaltensweisen, die eine Person tatsächlich besitzt. Stigmata stellen jene Attribute dar, bei denen es zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität zu einer negativen Abweichung kommt. Die Definition eines solchen Stigmas ist von dem jeweiligen soziokulturellen und -historischen

---

<sup>105</sup> Murphy (1987: 110) kritisiert Goffmans Ansatz für eine mangelhafte Ausdifferenzierung zwischen Kriminellen, kulturellen Minderheitengruppen und Menschen mit Behinderungen im Rahmen der geteilten Gemeinsamkeit einer Abweichung von sozialen Normen. Dabei akzentuiert er die Wahlmöglichkeit, die Menschen beispielsweise für die Entscheidung zwischen einer kriminellen und bürgerlichen Laufbahn – im Gegensatz zu der genetischen Determiniertheit der Hautfarbe – zur Verfügung stehen.

<sup>106</sup> Der Psychiater und Stigmaforscher Nicolas Rüsch verwendete am 18.10.19 die Formulierung *pass as normal*. Darunter ist zu verstehen, dass die psychische Krankheit Betroffenen nicht unbedingt angesehen werden muss. Allerdings können beispielsweise Nebenwirkungen von Neuroleptika wie Gangunsicherheiten, verwaschene Sprache, Wortfindungsstörungen, Inkontinenz o. Ä. zu einer Fremdwahrnehmung führen, dass mit dem Betroffenen „irgendetwas nicht stimmt“.



Kontext abhängig: „Ein und dieselbe Eigenschaft vermag den einen Typus zu stigmatisieren, während sie die Normalität eines anderen bestätigt, und ist daher als ein Ding an sich weder kreditierend noch diskreditierend.“ (Goffman 2016: 11) Über das Attribut hinaus können weitere negative Charakteristika, die größtenteils auf Vermutungen basieren und objektiv nichts mit dem tatsächlich gegebenen Merkmal zu tun haben müssen, zugeschrieben werden (Hohmeier 1975: 7). Auf Menschen mit psychiatrischen Diagnosen bezogen, kann aus einem konkreten Stigma wie dem Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung auf weitere Stigmata im Sinne von ‚Charakterfehlern‘ geschlossen werden.

Wie gezeigt wurde, existieren Vorurteile, Diskriminierung und Stigmatisierung situationsabhängig und spezifisch für einen bestimmten kulturellen, sozialen und zeitlichen Kontext (Finzen 2013: 159). Goffman (1977, zitiert nach Finzen 2013: 159) spricht in diesem Zusammenhang von einem sog. *sozialen Rahmen*, innerhalb dessen Grenzen die eigenen soziokulturellen Werte und Normen gelten. Die Untersuchung von Stigmatisierungsprozessen erfordert daher auch eine Analyse der jeweiligen Kontextbedingungen. Letztere können die Gesamtgesellschaft (Finzen 2013: 159) umfassen oder begrenzte soziokulturelle Felder wie die Familie, Gemeinde, psychiatrische Einrichtungen, die lokalen und überregionalen Medien o. Ä. (Finzen 2013: 160).

Aus einer ethnologischen Perspektive wird Stigma als universelles Phänomen, d. h. eine geteilte existentielle Erfahrung betrachtet, wobei die Bedeutungen, Praktiken und Folgen von Stigmatisierung kulturell variieren. Im Allgemeinen ist Stigmatisierung eine mächtige, weit verbreitete Reaktion auf Krankheit, Behinderung und Andersartigkeit. Ethnologische Stigma-Ansätze fokussieren seine sozialen Dimensionen, wobei Stigma im moralischen Leben der Betroffenen eingebettet ist (Yang/Kleinman et. al. 2006: 1528). Auch Kleinman (2008, zitiert nach Röttger-Rössler/Stodulka 2014: 18) legt den Fokus auf kulturelle und moralische Dimensionen der Stigmatisierung. Stigmata bergen als fortlaufende Reihe von Veränderungen, Entbehungen und Beschränkungen ein hohes Potential für Marginalisierungen. Nach Kleinman (1988: 159) stigmatisieren psychische Krankheiten, da sie soziokulturelle Konventionen bezüglich akzeptablen Verhaltens und Erscheinungsbildes brechen, während sie weitere kulturelle Kategorien der Definition von Fremdheit, Unmenschlichkeit oder Gefahr evozieren. Stigmatisierte werden auf diese Weise zu einem *alien other*, d. h. fremden Anderen, auf den die Gruppe Attribute projiziert, die im Kontrast zu ihren eigenen Werten stehen. In diesem Sinne trägt die Stigmatisierung zu einer Definition der Gruppenidentität bei, während sie gleichzeitig die Inferiorität und Gefährdung des Stigmatisierten offenlegt (Goffman 2016: 14). Estroff (1981: 215) zitiert Studien (u. a. von Brand und Clairbone, 1976), die darauf hinweisen, dass physische Krankheiten in westlichen Gesellschaften seltener Stigmatisierungen

ausgesetzt sind als psychische. Selbst wenn Letztere nachweislich auf biochemische, genetische oder neurochemische Ursachen zurückgeführt werden könnten, würde sich der gesellschaftliche Umgang mit psychisch Kranken dadurch vermutlich nicht signifikant verändern, da Kirk (1974, zitiert nach Estroff 1981: 215) zufolge das mitunter seltsame, irritierende Verhalten Betroffener eine negative soziale Reaktion auslöst und nicht die Ursache solchen Verhaltens. Krankheit kann demzufolge nicht nur ein Anlass für Fürsorge und medizinische Hilfe sein, sondern auch exkludierende Praktiken nach sich ziehen (Gelhaus 2008: 44), wobei die Intensität von Ablehnung und Isolierung Betroffener mit dem Schweregrad der Gefährlichkeit und Offensichtlichkeit der Abweichung korreliert, wie Gelhaus (2008: 45) am Beispiel der Lepra illustriert. Gelhaus (2008: 45) schlussfolgert, dass Kranke mit einem ausgeprägten Stigma, d. h. einer besonders deutlichen Andersartigkeit, auch heute noch verstärkt benachteiligt und zurückgewiesen werden. Lehmann und Stastny (2007: 425) kritisieren die strukturelle Stigmatisierung psychisch Kranker, die sich u. a. in Sondergesetzen manifestiert. In diesem Zusammenhang führt Millett (2007: 31) am Beispiel des Vergleichs mit einer physischen Erkrankung wie der Lungenentzündung aus:

„[N]iemand wird vorgeladen, um die Erkrankten vor Gericht anzuklagen und einen Richter davon zu überzeugen, dass die PatientInnen schuldig sind (...). Wir werden nicht isoliert und vor FreundInnen gedemütigt, verlieren nicht die Arbeit und das Sorgerecht für die Kinder. Lungenentzündung tut keinem Menschen so etwas an.“

Krehan (1978, zitiert nach Baumann 2010: 92) greift die Verinnerlichung von Zuschreibungen auf, indem er darstellt, dass neben der Stigmatisierung durch die Umwelt, die er als *Fremdstigmatisierung* bezeichnet, auch *Selbststigmatisierungen* eintreten können. So stufen sich Betroffene mitunter selbst als abweichend ein und handeln dementsprechend. Dadurch kann es zu Verhaltensweisen kommen, die Vorurteile scheinbar bestätigen. Wenn das Stigma wie im Falle einer Erkrankung erst später im Leben auftritt, hat das Individuum in der Zwischenzeit „über die Normalen und die Stigmatisierten gründlich gelernt (...). Voraussichtlich wird sein besonderes Problem seine Neuidentifizierung sein, und mit besonderer Wahrscheinlichkeit wird es eine Mißbilligung [sic] seiner selbst entwickeln“ (Goffman 2016: 48). Betroffene fühlen sich laut Furåker und Blomsterberg (2003, zitiert nach Baumann 2010: 91) erst dann stigmatisiert, wenn folgende drei Sachverhalte auftreten: Erstens muss die negative Haltung aktive moralisierende oder verurteilende Funktionen erfüllen, die zweitens gegenüber dem Stigmatisierten kommuniziert wird, der die negativen Sichtweisen drittens als signifikant bewerten muss. Estroff (1981: 234) differenziert in diesem Zusammenhang zwischen *primären Defiziten* (Symptomen) wie Gedankenflucht und *sekundären (sozialen) Problemen* wie daraus resultierenden Ängsten und Selbstzweifeln. Sie argumentiert, dass viele Psychatrieerfahrere erwerbstätig sein oder Sozialbeziehungen mit Menschen ohne psychiatrische Diagno-

se aufbauen könnten, wenn die primären Symptome ihre einzigen Defizite bzw. Differenzen konstituierten. Betroffene entwickeln jedoch zusätzlich Ängste, Meidungsverhalten, Gefühle der Inkompetenz und Unzulänglichkeiten sowie eine ambivalente Haltung sich selbst gegenüber, die zwischen Verständnis und Abneigung oszilliert (Estroff 1981: 234). Die Internalisierung eines Gefühls, ein Außenseiter, seltsam oder nicht ‚normal‘ zu sein, erhöht die Sensibilität für soziale Ablehnung (Kleinman 1988: 162). Der Stigmatisierte antizipiert schließlich negative soziale Reaktionen unabhängig von ihrem tatsächlichen Auftreten. In diesem Stadium hat er das Stigma im Sinne eines tiefen Schamgefühls und einer beschädigten Identität vollständig internalisiert, wobei sein Verhalten von dieser negativen Selbstwahrnehmung geformt wird (Kleinman 1988: 160). Lemert (1967: 40, 41) prägte in diesem Zusammenhang den Begriff der *sekundären Devianz*<sup>107</sup>, worunter man das Phänomen versteht, dass Stigmatisierte infolge des Konformitätsdrucks gesellschaftlich antizipierte Verhaltensweisen übernehmen.

Während *primäre Devianz* Verhalten bezeichnet, an welches Stigmatisierungen anzuknüpfen versuchen (Kaiser/Sack et. al. 1974: 320), stellt sekundäre Devianz abweichendes Verhalten dar, das als Verteidigung, Angriff oder Anpassung an offene und verdeckte Probleme auftritt, die durch die gesellschaftliche Reaktion auf primäre Devianz entstehen (Lemert 1967: 17). Sekundäre Devianz betrifft laut Lemert (1967: 40) soziale Prozesse, die das Stigma erschaffen, aufrechterhalten und intensivieren können. Häufig konstituiert sie den Ausgangspunkt einer sog. *Karriere* der Interdependenzen zwischen bestimmten Verhaltensweisen des Stigmatisierten und Reaktionen seiner sozialen Umwelt. Letztere können durch gesellschaftliche Strafen und/oder sich zunehmend verschärfende Ablehnungen gekennzeichnet sein (Schur 1974: 76). Finzen (2013: 45) führt den Gedanken auf psychisch Kranke bezogen weiter, wenn er argumentiert, dass das Stigma auf diese Weise zu einer ebenso belastenden *zweiten Krankheit* werden und ein Genesungshindernis ersten Ranges darstellen kann. Analog dazu argumentieren Link, Cullen et. al. (1989, zitiert nach Yang/Kleinman et. al. 2006: 1527) in ihrer ‚Modifizierten Labelingtheorie‘, dass das Labeling Betroffene mit psychischen Erkrankungen

---

<sup>107</sup> Die Bezeichnung *deviantes*, d. h. abweichendes Verhalten, hat ihren Ursprung in der Soziologie. Als moralisches Urteil impliziert sie eine Übertretung von Normen, die als richtig, moralisch und gesund betrachtet werden (Jervis 1978: 74). Laut Jervis (1978: 74) wird der Begriff ‚abweichendes Verhalten‘ in erster Linie in Zusammenhang mit gesellschaftlichen Sanktionen verwendet, „die darauf abzielen, den Abweichenden zum normalen Verhalten zurückzubringen“ oder ihn „aus der Gemeinschaft der ‚normalen‘ Individuen auszuschließen.“ Hintergrund ist die anvisierte Aufrechterhaltung der Stabilität der bestehenden sozialen Ordnung. In säkularisierten Gesellschaften mit der Prävalenz einer Wissenschaftsideologie wird der Abweichende positivistischen Paradigmen folgend als Kranker bzw. als biologisch anomales Wesen etikettiert (Jervis 1978: 75, 76).

einem Risiko für die Verschlimmerung bestehender Symptome aussetzt. Negative psychosoziale Konsequenzen, welche die Vulnerabilität für weitere psychiatrische Rückfälle erhöhen, können aus einer antizipierten Ablehnung resultieren oder aus der Reaktion des Betroffenen auf das Stigma. In diesem Zusammenhang akzentuiert Goffman (zitiert nach Schur 1974: 74) die Bedeutung der Unterstützung und des Zusammenseins mit Gleichgesinnten und/oder anderen Menschen, die die Abweichung nachvollziehen können. Stodulka (2017: 152) zufolge spielen Emotionen für eine Transformation der Bedeutung von Stigmatisierung und marginalisierten Identitäten eine entscheidende Rolle. Eine positive Neubewertung der stigmatisierten Identität gestaltet sich ohne die emotionale Mobilisierung durch die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft schwierig (Stodulka 2017: 152). Das Gefühl einer gelungenen Integration ist für die Etablierung des individuellen Wohlergehens und der Zunahme des Selbstwertes konstitutiv. Als Mitglied anerkannt und akzeptiert zu werden und Zugriff auf gemeinschaftliche soziale sowie emotionale Ressourcen zu haben, kann stigmabezogenen Erfahrungen der Scham und Minderwertigkeit entgegenwirken (Stodulka 2017: 159).

Ähnlich wie Vorurteile und Stereotype dienen auch Stigmata der Orientierung in sozialen Interaktionen, indem sie Situationen im Voraus strukturieren, Unsicherheiten minimieren, Entscheidungshilfen konstituieren und das Bedürfnis nach Einordnung des Gegenübers befriedigen (Hohmeier 1975: 10), die Wahrnehmung jedoch selektiv steuern. Die eigene Identität soll durch die Abgrenzung vom ‚Abnormalen‘ gewahrt und stabilisiert werden (Hohmeier 1975: 11). Darüber hinaus belohnen Stigmatisierungsprozesse Normtreue, indem sie Kontrastgruppen schaffen, von denen sich konformistische Individuen vorteilhaft abheben können (Hohmeier 1975: 12).

Die Stigma-Theorie stützt sich im Wesentlichen auf den so genannten *labeling approach* und basiert auf dem Postulat, dass sich abweichendes Verhalten als Resultat sozialer Definitionsprozesse und nicht als Charakteristikum einer Person konstituiert. Stigmatisierten Personen wird innerhalb gesellschaftlicher Definitionsvorgänge ein negatives Merkmal bzw. eine negative Verhaltensweise, zugeschrieben (Baumann 2010: 89, 93). Der in den späten 1950er- und frühen 1960er-Jahren entstandene *labeling approach* folgte dem symbolischen Interaktionismus von Mead, dessen Perspektive Soziologen für die Konzeption des Prozesses der Zuschreibung devianten Verhaltens nutzten (Schervish 1973: 47, 53). Gründerväter des aus der Kriminalsoziologie stammenden *labeling approach* (Schmid 1990: 14) sind Becker, Lemert und Tannenbaum (Keckeisen 1976: 35), deren Hauptinteresse jenen Menschen galt, die zu Objekten gesellschaftlicher Definition und Kontrolle werden (Keckeisen 1976: 38). Becker führt aus, dass gesellschaftliche Gruppen abweichendes Verhalten schaffen, indem sie Regeln aufstellen, deren Verletzung solches konstituiert und die Betroffenen als Außenseiter etiket-

tiert (Schur 1974: 16). Erst die Definition eines Verhaltens als beispielsweise kriminell und die darauffolgende gesellschaftliche Sanktionsordnung produzieren abweichendes Verhalten. Dabei kann das Label als diskreditierendes Urteil bezeichnet werden (Keckeisen 1976: 38). Die Abweichung ist jedoch nicht statisch, sondern ein fortlaufender Prozess sozialer Aus-handlungsprozesse (Schur 1974: 16). Soziale Etikettierung kann in Form von Gesetzen, be-stimmten institutionellen Vorgaben sowie interpersonellen Reaktionen entstehen (Schur 1974: 19).

Der *labeling approach* nimmt einen kritischen Standpunkt gegenüber der herrschenden Moral und den Instanzen sozialer Kontrolle wie Polizei, Justiz und Sozialarbeit ein, die diese Nor-men durchsetzen (Karstedt 1975: 178, 179). In diesem Zusammenhang werden psychische Krankheiten als Mythos betrachtet: Im Rahmen gesellschaftlicher Zuschreibungsprozesse werden bestimmte Symptome und/oder Verhaltensweisen als abweichend bzw. pathologisch deklariert (Helman 2001: 175). Psychische Krankheit<sup>108</sup> bezeichnet gemäß dem *labeling app-roach* einen Fall sozialer Devianz, der lediglich auf Grund von externen kulturellen, sozialen, ökonomischen oder politischen Gründen als medizinische Abweichung bzw. Krankheit defi-niert wird, unabhängig von tatsächlichen Krankheitsattributen (Kleinman 1980: 74, 75).

Kritik wird an der Einseitigkeit von Stigmatheorie und *labeling approach* geäußert, da sie primär von der institutionellen Reaktion ausgehen und das ursprüngliche Problem der Betrof-fenen vernachlässigen (Böhnisch 1975: 153). Helman (2001: 176) gibt zu bedenken, dass die-se Perspektive den biologischen Aspekt psychischer Krankheit ausblendet, die v. a. im Rah-men von Gehirntumoren, Demenzen o. Ä. definitive körperliche Komponenten aufweisen. Darüber hinaus wird kritisiert, dass am Ende des Prozesses das verfestigte Muster abweichen-den Verhaltens steht. Entgegen dem theoretischen Vorsatz ist Devianz nun doch zu der Eigen-schaft des Verhaltens selbst geworden (Keckeisen 1976: 40, 41). Gouldner (zitiert nach Schervish 1973: 47) prangert die Tendenz in Richtung einer philosophischen Sentimentalität an sowie die pessimistische Perspektive der Passivität und Hilflosigkeit des postulierten Ge-brandmarkten. Schervish (1973: 48) fordert eine balanciertere Sichtweise, die politischen Gruppenwiderstand und Gegendiskurse der Etikettierten in den Fokus rückt. Auch Warren und Johnson (1972, zitiert nach Estroff 1981: 228) kritisieren die Vernachlässigung der empi-rischen Erforschung der emischen Perspektive Betroffener, die Zuschreibungen von Devianz kreativ nutzen.<sup>109</sup>

---

<sup>108</sup> Da psychische Krankheit gemäß dem *labeling approach* lediglich auf sozialen Zuschreibungsprozessen basiert, ist sie ein relatives Konzept, das nicht gesellschaftsübergreifend verglichen werden kann (Helman 2001: 175, 176).

<sup>109</sup> siehe hierzu Kapitel 6

Das vorliegende Kapitel lieferte die wissenschaftstheoretische Grundlage für die Differenzierung zwischen Vorurteilen, Stereotypen und Stigmatisierungen im Rahmen des *labeling approaches*. Neben einer Distinktion zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität erfolgte eine Differenzierung zwischen diskreditierbaren und diskreditierten Identitäten. Des Weiteren wurde der soziale Rahmen als Kontextfaktor diskutiert und die Interdependenzen von Fremd- und Selbststigmatisierungen aufgezeigt, die als sog. sekundäre Probleme bzw. sekundäre Devianz oftmals eine Karriere von Stigmatisierten zur Folge hat und bezogen auf Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose als zweite Krankheit betrachtet werden kann.

## 4. Forschung im Kontext psychischer Krankheit

### 4.1. Wissenschaftliche Verortung

„Wenn wir bedenken, dass wir alle verrückt sind, ist das Leben erklärt.“  
(Mark Twain)

#### 4.1.1. Die *Anthropology at Home*/Autoethnography

Vor der Darstellung der empirischen Ergebnisse werde ich meine wissenschaftliche Verortung in der *Anthropology at Home*, *Autoethnography* und *user-led research* aufzeigen. Im Anschluss daran folgt die deskriptive Präsentation der im Rahmen meiner einjährigen ethnografischen Studie besuchten Forschungseinrichtungen. Abschließend werde ich meine methodischen Zugänge aufzeigen und den Forschungskontext sowie meine eigene Doppelrolle als Forscherin und Betroffene kritisch reflektieren. Das vorliegende Kapitel befasst sich zunächst mit den historischen Hintergründen für die Entstehung der *Anthropology at Home*, Kritikpunkten und Herausforderungen dieser Form ethnografischer Forschungspraxis sowie Gegenargumenten der Befürworter. Zum Abschluss des Themenkomplexes werden bedeutende VertreterInnen der einheimischen Ethnologie genannt, bevor ich im Speziellen auf *Anthropology-at-Home*-Studien im psychiatrischen Kontext eingehe. In einem weiteren Schritt soll die Autoethnography als eine Unterform der *Anthropology at Home* präsentiert werden.

Da ich für die empirische Untersuchung der o. g. wissenschaftstheoretischen Phänomene einen Forschungsstandort in Deutschland gewählt habe, verorte ich mich in der *Anthropology at Home*, deren bereits in den 1990er-Jahren immer stärker hervortretende Präsenz sich seit Beginn des 21. Jahrhunderts nochmals verstärkt hat (Kohl 2012: 181). Als Gründe für ein wachsendes epistemologisches Interesse, im eigenen Land zu forschen, nennt Jackson (1987: 8, 9) u. a. eine zunehmende Anzahl an Ethnologiestudierenden, den Vorwurf eines neokolonialen intellektuellen Imperialismus westlicher Forschungspragmatiken, die Entdeckung weiter Felder unerforschter Fragestellungen innerhalb der eigenen Gesellschaft<sup>110</sup> sowie den oftmals leichteren Zugang zu Letzterer, der mit Zeit- und Kostenersparnissen korrelieren kann. Viele einheimische EthnologInnen verorten sich in einer postkolonialen Kritik an ethnografischer Praxis, die mit der posthumer Veröffentlichung der Tagebücher Malinowskis begann und den Status des Autors als emotionslosen Beobachter sowie weitere positivistische Annahmen wie die Neutralität der ethnografischen Feldforschung in Frage stellten (Reedy/King 2019: 570). Der noch bis in die 1980er-Jahre herrschende Positivismus und Objektivismus in der Ethnologie, der dem Vorbild des Wissenschaftsideals der ‚exakten‘ Naturwissenschaften entlehnt

---

<sup>110</sup> So kritisierten zahlreiche frühere einheimische EthnologInnen in den USA den latenten, in Folge des Zweiten Weltkrieges und des anschließenden Kalten Krieges gesellschaftlich tabuisierten Rassismus (Leyton 2009: 33).

war, wickelt sich einer zunehmenden Anerkennung von Subjektivität (Illius 2006: 88, 89). Die ab 1986 von Clifford und Marcus angestoßene *Writing-Culture-Debatte* nahm die Kritik an einem ethnografischen Elitismusdenken auf (Reedy/King 2019: 570). Multivokale Ethnografien sollten einen kritischen Blick auf die Autorschaft von Texten werfen und inhärente Machtverhältnisse berücksichtigen. Im darauffolgenden *literary turn* wurde eine konsequente Anwendung von Selbstreflexion für das ethnografische Schreiben postuliert. Weitere Ziele bestanden in einer transparenteren Wissens- und Textproduktion (Repräsentationskrise), der Ausarbeitung von Fragestellungen bezüglich der Rechtfertigung ethnologischer Praxis (Legitimationskrise) sowie der kritischen Reflexion traditioneller methodologischer Vorgehensweisen (Empiriekrise) (Lubrich/Stodulka et. al. 2018: 180). Leyton (2009: 54) argumentiert, dass einheimische EthnologInnen durch ihre Arbeit die in diesem Zusammenhang angeprangerte hegemoniale ethnologische Fremderforschung in Frage stellen, welche mitunter für westliche Eliten machtsichernde Funktionen erfüllt. Vor dem Hintergrund der langjährigen ethnografischen Tradition, Fremdheit zu erforschen, üben Arbeiten einheimischer EthnologInnen, die sich mit den untersuchten Anderen identifizieren, Kritik an dieser innerfachlichen Herangehensweise. Wenngleich die Auffassung, dass die empirische Studie des Anderen hegemonialen Paradigmen entspringt, nicht von allen EthnologInnen geteilt wird, ist das Verständnis von der ethnografischen Forschungspraxis als einer im (nichteuropäischen) Ausland durchzuführenden empirischen Erhebung zumindest innerhalb westlicher Gesellschaften oftmals prävalent (Leyton 2009: 30). Weiter argumentiert Leyton (2009: 31):

„Ich gehe von der Vermutung aus, dass es Menschen der ‚Ersten Welt‘ wegen des Erbes einer ‚distinctive other tradition‘ (...) der Ethnologie z. T. gar nicht verstehen, Objekt einer Ethnologie sein zu können, die doch woanders, aber jedenfalls nicht hier forscht, kurz: Ich gehe davon aus, dass es für sie mehrheitlich ungewöhnlich ist, sich als ‚natives‘, als Menschen mit Kultur zu verstehen.“

Im Zuge dessen können sich ForschungsteilnehmerInnen der einheimischen Ethnologie „unversehens in der Rolle des primitiven Eingeborenen“ fühlen (Leyton 2009: 31), die ihnen ungewohnt und befremdlich erscheint.<sup>111</sup> Weitere Herausforderungen einer einheimischen Studie sieht Beer (2008: 32) in signifikanten Mehrbelastungen, da die Ethnografin neben der Feldforschung die Rollen in ihrem alltäglichen vertrauten sozialen Umfeld weiterhin ausfüllen muss. Zudem müssen die Forschenden nach dem Abschluss der empirischen Studie zumeist in den Beziehungswelten weiterleben, in die ihre Forschung eingebettet ist (Ellis/Adams et. al. 2011: 282). Darüber hinaus wurden (gesellschafts)kritische Anthropology-at-Home-

---

<sup>111</sup> Diese Erfahrung machte auch ich im Zuge meiner einheimischen ethnografischen Studie, als viele Forschungsteilnehmenden auf meine wissenschaftliche Verortung folgendermaßen reagierten: „Du bist Ethnologin? Ihr erforscht doch ‚Eingeborene‘ in fremden Kulturen. Warum bist du dann hier *bei uns*?“ Es dauerte mehrere Wochen bis Monate, um Misstrauen, vorherrschende Vorurteile und Assoziationen in Bezug auf ethnologische Gegenstandsbereiche unter den Betroffenen abzubauen.



Studien bis in die 1960er-Jahre größtenteils negativ bewertet (Leyton 2009: 33, 34) und mit dem Vorwurf eines inhärenten bias behaftet. So warfen Kritiker einheimischen EthnologInnen vor, die Rolle eines Fürsprechers der Forschungsgruppe zu Ungunsten einer seriösen Wissenschaftlichkeit zu praktizieren (Aguilar 1981: 16). Hinsichtlich bias-Vorwürfen räumt Davies (1999: 108) ein, dass die Schwierigkeit einer einheimischen Ethnografie darin besteht, nicht von der Annahme auszugehen, dass ihre spezifische Perspektive von den Informanten geteilt wird und verweist dabei auf einen angewandten Verfremdungsprozess. Auch Kohl (2012: 96) argumentiert, dass der durch das Studium ‚fremder‘ Kulturen geschulte ethnologische Blick im Rahmen einer Hinwendung zu der Anthropology at Home verfremdend wirkt und spricht dabei von relationaler Fremdheit: Das Verdienst der Ethnologie besteht darin, „eine Perspektive entwickelt zu haben, die es erlaubt, die eigenen sozialen Institutionen, Normen und Werte, Gewohnheiten und kulturellen Selbstverständlichkeiten aus der distanzierten Sicht eines von außen kommenden Beobachters zu betrachten.“ Weitere Befürworter der Anthropology at Home führen ferner aus, dass einheimische ForscherInnen Anforderungen an soziale Verhaltensweisen und Erwartungen seitens der untersuchten Gemeinschaft effektiver erfüllen können, wodurch die Interaktion natürlicher verläuft. Die größere linguistische Kompetenz sowie die umfassendere Fähigkeit, nonverbale Zeichen zu deuten, werden ebenso akzentuiert wie die Befähigung, als Insider durch vorhandenes Hintergrundwissen einen differenzierteren Blick auf die Erforschten auszuüben (Aguilar 1981: 18). Spradley (1970: 6) akzentuiert in diesem Zusammenhang das Ziel, eine Verständnisbrücke zu bauen, indem eine Beschreibung der Lebensweise Betroffener aus der Perspektive des Insiders bereitgestellt wird. Messerschmidt (1981: 3) kritisiert das u. a. von Diamond und Lévi-Strauss vertretene tradierte epistemologische Hauptinteresse der Ethnologie an der Erforschung archaischer bzw. ‚primitiver‘ Gesellschaften, zu dem die Anthropology at Home einen fachlichen Widerspruch darstellen würde. Im Gegensatz dazu postuliert Messerschmidt (1981: 3) eine erweiterte Auffassung von der Ethnologie als Studie menschlicher und sozialer Verhältnisse sowohl in ‚modernen‘ als auch ‚archaischen‘ Gesellschaften, in der einheimische ForscherInnen eine maßgebliche Rolle spielen. Darüber hinaus führt Messerschmidt (1981: 3, 4) an, dass der traditionelle Gegenstandsbereich der Ethnologie seit jeher Menschen, Kultur, Sozialstruktur und Gemeinschaft in einer Vielzahl von Zeiten, Verhältnissen, Ausdrucksformen und Orten bestand. Die angewandten Datenerhebungstechniken zeichneten sich schon immer durch Innovation und Eklektizismus unter Einbeziehung rezenter sowie vergangener verwandter Geistes- und Sozialwissenschaften aus, um die Anforderungen der Gegenwart zu meistern. Das ethnografische Ziel bestand damals wie heute in einer Förderung des Verständnisses menschlicher Lebensformen. Aus diesem Grunde sind lebensweltliche Phänomene in zeitgenössischen ‚Industrie-

gesellschaften‘ Nordamerikas genauso bedeutsam und instruktiv wie solche in ehemals als ‚primitiv‘ bezeichneten Gesellschaften andernorts. Messerschmidt (1981: 5) spricht in diesem Zusammenhang von *anthropology of issues* und verweist dabei auf globale Manifestationen und Implikationen einer fachlichen Ausreifung, die sich mit kontemporären virulenten Streitfragen (issues) befasst. Im Rahmen einer Studie der heimischen Gesellschaft verlieren EthnologInnen laut Messerschmidt (1981: 5) weder ihr methodologisches Erbe noch die holistische Perspektive, sondern erweitern sie durch innovative Verfahrensweisen.

Bedeutende ForscherInnen der Anthropology at Home sind u. a. der amerikanische Ethnologe Lloyd Warner, der einige Jahre nach einem längeren ethnografischen Feldforschungsaufenthalt bei den australischen Murngin mit ähnlichen methodologischen Verfahren die Gesellschaft einer Kleinstadt im amerikanischen Mittelwesten untersuchte und einer der Pioniere der Stadtethnologie wurde (Kohl 2012: 96). Messerschmidt (1981: 12) führt aus: „The study of the so-called American Tribe is not new. Many of our mentors, such as Conrad Arensberg, Solon Kimball, Ruth Benedict, Margaret Mead, Walter Goldschmidt, John Gillin, and John Bennett were pursuing or writing about research in American society“. Darüber hinaus begannen Ethnologen wie Firth and Gluckman ihre Karrieren mit Studien über ihre Heimatländer Neuseeland resp. Südafrika (Aguilar 1981: 15). Einheimische ethnografische Studien im *psychiatrischen* Kontext wurden u. a. von Estroff (1981) durchgeführt, die im Rahmen einer zweijährigen Feldforschung die Lebensweisen von chronisch psychisch Kranken in Madison, Wisconsin, erforschte (Estroff 1981: xiii, xviii). Scheper-Hughes (1979) untersuchte die sozialen Bedingungen, welche die Tendenz, an einer Schizophrenie zu erkranken, im ländlichen Irland verstärkten oder minderten. Studien innerhalb des institutionellen Rahmens der Hospitalisierung wurden u. a. von Caudill (1958), Edgerton (1973), Goffman (1961) und Rapoport (1960) durchgeführt, die soziokulturell konstruierte Merkmale des Patiententums erforschten, die auf Erfahrungen von Behinderten bzw. psychisch Kranken basierten. Die Autoren konnten die Sichtweisen und Haltungen von als anders und kulturell inakzeptabel etikettierten Betroffenen aufzeigen (Estroff 1981: 211). Sie richteten ihren Fokus auf deren Lebensstrategien, während Pathologien und Medikalisierung weitestgehend ausgeklammert wurden (Estroff 1981: 212). Gleason (1989, zitiert nach Davies 1999: 74) führte eine ethnografische Studie mit Menschen mit schweren psychischen und physischen Handicaps durch und verbrachte fünfzehn Monate in drei Einrichtungen. Weitere psychiatriebezogene Anthropology-at-Home-Studien in Nordamerika wurden u. a. von Reynolds und Farberow (1977) durchgeführt, die psychiatrische Rehabilitationszentren in Kalifornien untersuchten, indem sie der Arbeitshypothese einer Patientenidentität folgten und in einigen dieser Einrichtungen lebten (Estroff 1981: 210). Die Arbeiten beleuchteten den Umgang Betroffener mit ihren als deviant bezeichneten

Identitäten, die sie annahmen, ausübten oder ablehnten, während die Verhaltensweisen ihrer Mitmenschen ihnen gegenüber sowie kulturell geformte Wertvorstellungen von Devianz und psychischer Krankheit die Konstruktion ihrer subjektiven Realität und Identität beeinflussten (Estroff 1981: 212).

Die fachinterne Bedeutung der Anthropology at Home wird m. E. in den folgenden Jahren bzw. Dekaden weiter zunehmen, da zu befürchten ist, dass weitere Zoonosen zu globalen Gesundheitskrisen führen werden. Durch den Verlust des natürlichen Lebensraumes von Wildtieren durch Abholzung und weitere Übergriffe in die Natur, Wilderei, Intensivtierhaltung von Nutztieren, (Pelz)Tierfarmen und (illegale) Tiermärkte können neben den bereits verzeichneten Zoonosen wie Ebola, Tuberkulose, Schweinegrippe, SARS oder MERS weitere auf den Menschen übertragbare Erreger zu weltweiten Epidemien führen (vgl. Werner 2021: 59), die mit signifikanten Reiseeinschränkungen verbunden sind und die Feldforschung im eigenen Land zu einer attraktiven, praktikablen Alternative erheben.<sup>112</sup>

Nach der Präsentation der Anthropology at Home werde ich im Folgenden eine Abgrenzung zu der sog. *Autoethnography* vornehmen, die eine weitere wissenschaftliche Verortung meiner Arbeit darstellt. Messerschmidt (1981: 13) fasst zusammen: „There are many ways to label anthropology at home. In this book and elsewhere in the literature you will encounter the terms *insider research and autoethnography* (...), *indigenous anthropology* (...), *native research* (...), and *introspective research* (alle Hervorh. i. Orig.)“. Autoethnografische Forschungsansätze zeichnen sich dadurch aus, dass der Ethnograf nicht nur als Sammler von Daten über die zu untersuchende Gemeinschaft in Erscheinung tritt, sondern im Rahmen einer Doppelidentität selbst dieser sozialen Gruppe angehört (Davies 1999: 181). In diesem Zusammenhang spricht Stanley (1992, zitiert nach Davis 1999: 184) von *sociological autobiography*. Ausgangspunkt des ethnografischen Erkenntnisinteresses ist dabei die eigene Autobiografie. Leyton (2009: 4) benennt in diesem Zusammenhang den Begriff des „Sich-selbst-Untersuchens“ und der *Auto-anthropology*, welche im Vergleich mit der Bezeichnung Anthropology at Home „noch stärker auf das eigene Subjekt hin angelegt ist. Deutlich wird der Bezug zum eigenen Ich und zur eigenen Lebensgeschichte (...) ausgedrückt.“ Eine häufig genutzte Datenquelle ist demzufolge die vorausgegangene eigene lebensweltliche Erfahrung, die Jackson (1993, zitiert nach Leyton 2009: 25) mit dem prägnanten Satz *Ich bin eine Feld-*

---

<sup>112</sup> Ethnologische Perspektiven auf die Corona-Pandemie und ihre forschungspraktischen Auswirkungen können u.a. unter folgenden Webseiten abgerufen werden: <http://www.cultureinquarantine.co/>, <http://www.medizinethnologie.net/aktuelles/>, <http://www.americananthro.org/covid-19> sowie <http://www.americanethnologist.org/features/collections/pandemic-diaries>

notiz umschrieb.<sup>113</sup> Die *Autoethnography* stellt einen Ansatz für Forschung und Textproduktion dar, der darauf abzielt, persönliche Erfahrungen (Auto) zu beschreiben und systematisch zu analysieren (graphy), um kulturelle Erfahrungen (ethno) zu verstehen (Ellis/Adams et. al. 2011: 273). Das autoethnografische Arbeiten impliziert das retrospektive und selektive Schreiben über gesellschaftliche Phänomene, das darauf beruht bzw. dadurch ermöglicht wurde, dass die Forscherin Teil dieser Kultur ist und/oder eine bestimmte soziokulturelle Identität aufweist (Ellis/Adams et. al. 2011: 276). Analogien zu dem Entstehungskontext der *Anthropology at Home* werden im Folgenden evident: „The ‚crisis of confidence‘ inspired by postmodernism in the 1980s introduced new and abundant opportunities to reform social science and reconceive the objectives and forms of social science inquiry.“ (ebd.: 273) Die Autoethnografie als einer dieser innovativen Ansätze erkennt Subjektivität, Emotionalität sowie den Einfluss des Forschers auf die Studie an und trägt diesen Phänomenen Rechnung, anstatt sie zu verschweigen bzw. ihr Nichtvorhandensein zu postulieren (ebd.: 274). Formen der Autoethnografie differieren in Bezug darauf, wie viel Gewicht der Studie von Anderen, der Person des Ethnografen sowie seinen Interaktionen mit den Forschungsteilnehmenden, der traditionellen Analyse, den Interviewkontexten sowie zugrunde liegenden Machtverhältnissen eingeräumt wird (ebd.: 278). Selbst wenn die persönliche Erfahrung der Forscherin nicht das Hauptaugenmerk der Ethnografie bildet, verleiht die Selbstreflexion der Ethnografie laut Ellis, Adams et. al. (2011: 278) Kontext und Mehrdimensionalität. Darüber hinaus wird im Rahmen der Autoethnografie anerkannt, dass sich während des Forschungsprozesses Freundschaften entwickeln können, da Autoethnografen interpersonelle Verbindungen mit den Forschungsteilnehmenden wertschätzen und aufrechterhalten (ebd.: 281). Ein Ziel besteht in der Ausarbeitung bedeutungsvoller, zugänglicher sowie evokativer Studien, die in der persönlichen Erfahrung begründet sind (ebd.: 274). Der produzierte Text soll u. a. dazu beitragen, Vorurteile abzubauen, desiderable soziokulturelle Transformationsprozesse zu fördern und marginalisierten Menschen Gehör zu verschaffen, die beispielsweise auf Grund der Diagnose einer Erkrankung an sozialer Isolation leiden (Ellis/Adams et. al. 2011: 280). Davies (1999: 189) fasst zusammen:

„The interaction of the ethnographer-as-researcher, informed by the theoretical positions of other social research and in a dialogue with a social scientific community, with the ethnographer-as-informant, with access to the knowledge and experience of an insider, differs in degree but not in kind to other manifestations of the research relationship through which generalizable knowledge about social and cultural realities is produced.“

---

<sup>113</sup> Analog dazu bezeichnete Hennigh (zitiert nach Messerschmidt 1981: 13) sich selbst als Erhebungsmittel bzw. Schlüsselinformanten.

Themenschwerpunkte autoethnografischer Studien können in der Abdeckung zahlreicher theoretischer Felder liegen wie der sozialen Beschaffenheit von Gesundheit und Krankheit, der sozialen Welt von Krankenhäusern sowie Feedbackmechanismen, die stigmatisierte Identitäten produzieren und perpetuieren (Davies 1999: 185). So sehen sich beispielsweise einheimische EthnologInnen, die Minderheitengruppen in der ‚Ersten Welt‘ angehören, auf Grund historischer und gegenwärtiger Machtstrukturen oftmals dazu veranlasst, einen diskursiven Gegenentwurf zu erstellen (Leyton 2009: 39). Hsu (1973, zitiert nach Leyton 2009: 42) prangert jedoch an, dass minoritären EthnologInnen in einer Zusammenarbeit mit nicht einheimischen EthnologInnen oftmals die Rolle der Faktensammler zukommt, während Letztere die angesehenere Theoriearbeit leisten. Leyton (2009: 39) zufolge ist dieses Vorgehen ein Abbild disziplininterner ungleicher Machtverhältnisse sowie eine – von einem wissenschaftstheoretischen Standpunkt aus betrachtet – irrationale Praxis, da gerade minoritäre Forschende und EthnologInnen aus der ‚Dritten Welt‘ essenzielles zu realisierendes Kritikpotential für bestehende Wissenschaftstheorien bereitstellen können. Die ungleiche Stellung von minoritären EthnologInnen zeigt sich u. a. in „*unserer hall of fame* (Hervorh. i. Orig.), in der sich keine außerwestlichen oder ‚minoritären‘ EthnologinnEn finden lassen“ (Leyton 2009: 43).<sup>114</sup> Einheimische AutoethnografInnen sammelten instruktive Erkenntnisse für das Verständnis der Erfahrungs- und Wissenswelten von Menschen: Beispiele für medizin- bzw. psychiatrie-basierte Forschungen im Rahmen einer Autoethnografie liefern Church (1995) sowie VertreterInnen der sog. *user-led research*, die im folgenden Kapitel ausführlicher präsentiert werden sollen. Daneben möchte ich exemplarisch den Betroffenenautor Murphy (1987) anführen, der seine Krankheit als erweiterte ethnologische Feldforschung bezeichnete, da er sich in einer sozialen Welt wiederfand, die ihm zu Beginn ebenso fremd erschien wie ein Aufenthalt im Amazonas-Regenwald (Murphy 1987: ix). Quellen seiner Feldforschung machten eigene Hospitalisierungserfahrungen, Fachliteratur und Feldforschungen unter weiteren Betroffenen aus (Murphy 1987: x). Murphy (1987: 135) räumt ein, dass er eine soziale Gruppe erforschte, der er selbst angehörte, wobei er diese Mitgliedschaft weder intendierte noch vollständig akzeptierte.<sup>115</sup>

Die Bezogenheit auf persönliche biografische Lebenserfahrungen wird in der *user-led research*, die im Folgenden ausführlich dargestellt werden soll, noch deutlicher. Dabei werde

---

<sup>114</sup> Eine grundsätzliche Diversifizierung von Forschungsansätzen durch Entkolonialisierung und Globalisierung ist jedoch zu beobachten (vgl. Fischer 2006). So verzeichnet die Ethnologie in den letzten Jahrzehnten u. a. Zuwächse in der Erforschung von Randgruppen und Minderheiten im eigenen Land, der Tourismusforschung, Unternehmensethnologie sowie dem Studium besonderer Berufsgruppen wie der IT-Branche (Illius 2006: 92).

<sup>115</sup> Murphy (1987: 136) schlussfolgert: „Zumindest weiß ich, welche Fragen ich stellen muss (Übersetzung S. T.).“

ich zunächst auf Historie und Charakteristika der betroffenenkontrollierten Forschung eingehen, bevor ich mich Beweggründen und Intentionen dieser sozialwissenschaftlichen Praxis zuwende. Nachdem ich Vorteile der Nutzer-geleiteten Forschung und Vorurteile gegenüber ihren Ausübenden aufgezeigt habe, verweise ich auf Parallelen zwischen der Organisationsethnologie und meiner Arbeit, die nicht als aktivistische Ethnografie verstanden werden soll.

#### **4.1.2. Die *user-led research***

Die interdisziplinäre *user-led research* (auch: *service user* bzw. *survivor research*<sup>116</sup>), die sich auf empirische Erhebungen durch betroffenenkontrollierte Forschung fokussiert (Rose 2011: 423), nimmt den ethnografischen Ansatz der Auto-anthropology auf. Die Betroffenen- bzw. Nutzer-geleitete Forschung ist in Großbritannien<sup>117</sup> am weitesten entwickelt, wobei wegweisende Projekte u. a. in Kanada und den USA durchgeführt wurden. Sie entstand aus der Betroffenenbewegung<sup>118</sup> (Krämer/Rose 2017: 38), die sich vor rund dreißig Jahren formierte (Beresford/Rose 2009: 16). Das Ziel, eine Feldforschung aus der Perspektive von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen durchzuführen, entstand in Großbritannien Mitte der 1980er-Jahre, als Erstmitglieder der Betroffenenbewegung ihre Unzufriedenheit über ihre Repräsentation in zeitgenössischen Studien artikulierten (Sweeney 2009: 29). AktivistInnen der Bewegung, die über Forschungsqualifikationen verfügten, nutzten ihre Fachkenntnisse, um die Ziele der Bewegung zu realisieren (Rose/Beresford 2009: 3). Unterfinanzierte und isolierte lokale Projekte bildeten den Anfang, die bis heute den Großteil der Forschungsprojekte konstituieren. Lokale Streitfragen, Behandlungsmethoden oder Dienstleistungen werden aus der Nutzerperspektive erforscht (Rose/Beresford 2009: 9). In den 1990er-Jahren wurden Betroffenenpublikationen wie *Speaking Our Minds*<sup>119</sup> von Read und Reynolds (1996) publiziert, die den Stimmen von Psychiatrieerfahrenen Gehör verschafften. Zeitgleich entstanden die Forschungsprogramme

---

<sup>116</sup> Die Begriffe *service user researcher* und *survivor researcher* werden oftmals synonym verwendet, wobei letzterer Begriff auf Menschen rekurriert, die sich selbst als Überlebende der psychischen Beeinträchtigung oder des psychiatrischen Systems bezeichnen (Rose/Beresford 2009: 4). Um der Problematik der unterschiedlichen Bezeichnungen Rechnung zu tragen (s. Kapitel 1), werde ich mich im Folgenden auf die Verwendung des Terminus *user-led research* beschränken.

<sup>117</sup> Die Einführung des National Health Service (NHS) in den 1990er-Jahren sowie des Community Care Act führte in Großbritannien zu einer verstärkten Betroffenenbeteiligung. Im Nationalen Rahmenvertrag für psychiatrische Dienste wird die Beteiligung Betroffener an der Planung, Bereitstellung und Evaluation von Schulung und Ausbildung geregelt (Hughes 2007: 369).

<sup>118</sup> Im Rahmen der Betroffenenbewegung der 1980er-Jahre machten sich NutzerInnen psychiatrischer Hilfen für mehr Selbstbestimmung, Empowerment, Wahlfreiheit und das Recht stark, für sich selbst zu sprechen (Sweeney 2009: 34).

<sup>119</sup> Weitere Beispiele für betroffenenkontrollierte Forschung ist Lees Studie, in der sie fünf autobiografische Berichte von kanadischen Psychiatriepatienten analysierte (Lee 2013: 105) sowie die in meiner Arbeit mehrfach zitierte Ethnografie von Church (1995).

UFM und S4L (s. unten). Die user-led research verzeichnet seit der Jahrtausendwende ein starkes Wachstum an betroffenengeleiteten Projekten (Sweeney 2009: 29).

Die user-led research zeichnet sich dadurch aus, dass die wissenschaftlichen Studien von Menschen initiiert und durchgeführt werden, die traditionellerweise auf Grund ihres Alters, einer Behinderung, ihrer sozioökonomischen Situation, einer psychiatrischen Hospitalisierungserfahrung o. Ä. die Beforschten darstellen (Beresford 2009: 44). Psychiatriebetroffene ForscherInnen besitzen entweder akademische Qualifikationen im Rahmen einer Vorbildung oder erwerben Forschungskennnisse durch Schulungen bzw. Praxiserfahrung (Wallcraft 2007: 360). Nutzer-geleitete Studien können durch unabhängige service user researchers durchgeführt werden, die ihr eigenes Projekt verfolgen, im Rahmen betroffenenkontrollierter Organisationen sowie in nicht-betroffenenkontrollierten Institutionen wie Universitäten, Wohlfahrtseinrichtungen und Freiwilligenorganisationen. In Großbritannien bestehen drei Hauptinitiativen zur Förderung der user-led research: die *Strategies of Living, User-Focused Monitoring* (UFM) und *The Service User Research Enterprise* (SURE) (Beresford/Rose 2009: 16). Sie dienen der Ausbildung von BetroffenenforscherInnen, der Evaluation von Gesundheitsleistungen und der Durchführung von qualitativen sowie quantitativen Forschungsprojekten<sup>120</sup> (Beresford/Rose 2009: 17). Darüber hinaus fördern gemeinnützige Organisationen wie MIND, das *Salisbury Centre for Mental Health* oder die *Mental Health Foundation* betroffenenkontrollierte Forschung (Wallcraft 2007: 361, 362).

Die Nutzer-geleitete Forschung verortet sich in der aus der Feministischen Theorie emergierten *emancipatory research*, die darauf abzielt, das Erfahrungswissen des Insiderforschers als Stärke anzuerkennen (Gilburt/Rose et. al. 2008: 2) und Machtasymmetrien zwischen Forscherin und Studienteilnehmenden zu reduzieren (Beresford/Rose 2009: 18). Beweggründe für eine Nutzer-geleitete Forschung bestehen in einer kritischen Hinterfragung konventioneller Forschung, die oftmals die Positionen von traditionell mächtigen Institutionen wie der Psychiatrie und Pharmaindustrie stärken, während die Lebensprobleme und das Feedback von Betroffenen über Behandlungsprozesse vernachlässigt werden (Beresford/Rose 2009: 17, 18). Die Intention der user-led research besteht daher in der Realisierung von persönlichem Empowerment, sozialen und politischen Transformationsprozessen sowie der Generierung von Eigentheorien, die dominante Erklärungsmodelle für psychische Krankheiten und den gegenwärtigen Umgang mit Betroffenen hinterfragen (Beresford/Rose 2009: 18). Während fachärztliche Diagnosen im Rahmen des Forschungsprozesses weitestgehend ausgeklammert blei-

---

<sup>120</sup> Faulkner (2009: 123) konstatiert, dass die Betroffenenforschung qualitative Methoden in der Regel bevorzugt, da sie der persönlichen Narrative von Psychiatrieerfahrenen und dem Verständnis der Bedeutungsebene einen hohen Stellenwert beimisst.

ben, liegt der thematische Schwerpunkt auf individuell-spezifischen Sichtweisen und Interpretationen der persönlichen Leidenszustände (Sweeney 2009: 31, 32), d. h. eine disease-Perspektive wird zu Gunsten von illness-Erfahrungen vernachlässigt. Betroffenenforscher wie Armes (zitiert nach Sweeney 2009: 32) argumentieren im Sinne einer sozialkonstruktivistischen Perspektive, dass Sichtweisen auf psychische Probleme von bestimmten Diskursen wie dem biomedizinischen Erklärungsmodell geformt werden. Die Macht der Institution Psychiatrie wird daran erkennbar, dass sie ihren Diskurs durchsetzt, während Betroffenenherangehensweisen marginalisiert bleiben (siehe auch Kapitel 2.2.). Die Aufgabe von service user researchers besteht daher im Aufzeigen einer Multiperspektivität (Sweeney 2009: 32). Auch Wallcraft (2009: 137) argumentiert, dass Nutzer-geleitete Forschungsergebnisse und Textproduktionen dazu beitragen können, biomedizinisch-psychiatrische Erklärungsmodelle zu hinterfragen. Die Glaubwürdigkeit von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose soll durch das in der empirischen Datenerhebung begründete Wissen erhöht werden (Grounded Theory, s. auch Kapitel 4.3.5.). Der Forschungsansatz zeichnet sich durch einen ethischeren und gleichberechtigteren Zugang aus (Beresford/Rose 2009: 18). Die Hauptcharakteristika werden wie folgt zusammengefasst: „respect for subjectivity, its reluctance to distance the researcher from the researched, its critiques of knowledge, power, value-free research and the standard hierarchy of evidence, and its empowering methodologies.” (O’Hagan 2009: i)

Vorteile der user-led research liegen in einem reziproken Austausch zwischen Forschenden und StudienteilnehmerInnen, wobei die untersuchten Themen der Arbeit auch für Letztere relevant sind. Service user researchers können dazu beitragen, dass andernfalls ungehörte Stimmen zur Sprache kommen wie jene von Psychiatrieerfahrenen, die ihre Erfahrungen nicht mit im Gesundheitsbereich Tätigen teilen möchten (Gilburt/Rose et. al. 2008: 8). Nach Dilthey (zitiert nach Heckmann 1992: 158) ist das eigene Erleben bzw. Erlebthaben die wichtigste Grundlage für das Fremdverstehen. Durch ein Hineinversetzen wird das Nachbilden und -erleben einer kommunizierten Erfahrung ermöglicht. Durch das eigene Erfahrungswissen, das im Rahmen des Forschungsdesigns genutzt wird (Beckett et. al. 2009: 153), verfügen service user researchers – im Gegensatz zu nicht-betroffenen ForscherInnen – über Erfahrungs- und Wissenswelten (Coldham/Russo et. al. 2009: 182), die Letztere nicht ohne Weiteres nachempfinden können (Rose 2011: 425), was sie zu andernfalls nicht evidenten Themen und Konzepten führen kann (Gilburt/Rose et. al. 2008: 2). In diesem Zusammenhang bemerkt Nettle (1996: 204, 205), dass BetroffenenforscherInnen die Narrativen von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose durch ihr Erfahrungswissen besser einordnen, reflektieren und interpretieren können. BetroffenenforscherInnen werden daher als *Experten aus Erfahrung* bezeichnet (Rose 2011: 425), deren Doppelidentität Zugang zu einer breiteren Wissensbasis ermöglichen



soll (Rose 2011: 426). Laut Beresford und Rose (2009: 13) trauen Informanten ihnen eher zu, das Gesagte zu verstehen, Fragen in angemessener Form zu formulieren und sie mit Respekt zu behandeln. Die kommunizierte Doppelrolle der service user researchers sowie das Mitteilen eigener Hospitalisierungserfahrungen können ForschungsteilnehmerInnen laut Krämer und Rose (2017: 40) dazu veranlassen, sich wertgeschätzt zu fühlen und eigene Erfahrungen unbefangener mitzuteilen. Die Forschungsteilnehmenden finden auch zu den Textproduktionen einen oftmals erleichterten Zugang. Gleichzeitig erfahren PsychiatrievertreterInnen mitunter unangenehme Wahrheiten bzw. ihre Aufmerksamkeit wird auf Streitthemen gelenkt, mit denen sie sich nur ungern auseinandersetzen (Nettle 1996: 204).<sup>121</sup>

Trotz der oben dargestellten mannigfaltigen Vorteile einer user-led research existieren weit verbreitete Vorbehalte gegenüber BetroffenenforscherInnen, die sich u. a. in der Annahme äußern, dass sie selbst zu instabil seien, um die Forscherrolle auszuüben (Krämer/Rose 2017: 39). Hinsichtlich bias-Vorwürfen bemerkt Rose (2011: 425), dass service user researchers den Ursprung ihrer Arbeit, d. h. ihre persönliche Positionalität, zumeist offenlegen. Darüber hinaus ist jede akademische Arbeit an eine bestimmte Verortung gebunden. Laut Nettle (1996: 205) beeinflusst die ‚Schulung‘ als Psychiatriepatient Betroffenenforscher in ihrer Studie nicht mehr oder weniger, als die akademische Ausbildung Professioneller deren Arbeit prägt. Armes (2009: 144) leugnet den bias-Faktor nicht, sondern argumentiert, dass die Arbeit genau dadurch an Qualität gewinnt, da ihr Zentrum die wohl wichtigste Perspektive darstellt, d. h. die Erfahrungs- und Lebenswelten Betroffener. Darüber hinaus wird das Paradigma der wissenschaftlichen Objektivität grundsätzlich hinterfragt: „The riposte is that no one can be truly objective and that researchers are deluding themselves if they think they can be. Survivor researchers are at least upfront about where they are coming from when they conduct research.” (Coldham/Russo et. al. 2009: 176) In diesem Zusammenhang führen Coldham, Russo et. al. (2009: 176) exemplarisch an: „I wonder why talking to people using their language and recording the results is considered valuable in the commercial world of marketing research that I used to inhabit, but is not considered good evidence in the academic and medical world.” Weitere Herausforderungen und Problemstellungen ergeben sich für BetroffenenforscherInnen mitunter in kollaborativen Co-Partnerschaften zwischen ForscherInnen mit und ohne psy-

---

<sup>121</sup> Beispielsweise enthielten die Hauptergebnisse einer UFM (User-Focused Monitoring)-Studie in Bristol aus dem Jahre 2002, in der 76 derzeitige und kürzlich entlassene stationäre PatientInnen in drei lokalen Krankenhäusern von 18 BetroffenenforscherInnen interviewt wurden, viele Empfehlungen und Kritikpunkte (Davies 2009: 98) wie ungenügend Kontakt zu medizinischem Fachpersonal, ein Fehlen von sinnvoller Beschäftigung, unzureichende Informationen sowie eine mangelhafte Betroffenenbeteiligung im Rahmen der Planung und Evaluation von psychiatrischer Versorgung und Behandlung (Davies 2009: 99).

chiatische Diagnose. Einige BetroffenenautorInnen berichten in diesem Kontext, dass sie von ihren KollegInnen nicht als gleichwertig anerkannt und behandelt wurden. An einigen Beispielen aus der Praxis wird deutlich, dass die Involviertheit der psychiatriee erfahrenen MitarbeiterInnen in den Forschungsprozess oftmals lediglich auf Teilbereiche wie Interviewführung oder die Erstellung bzw. Analyse von Fragebögen beschränkt ist, während ForscherInnen ohne psychiatrischen Hintergrund die Studie kontrollieren (Ostrer/Morris 2009: 71, 73). In diesem Zusammenhang führt Beckett (et. al. 2009: 157) zynisch aus, wie service user researchers von ihren KollegInnen wahrgenommen werden können: „,We have some *loonies* to do evaluations for you, but don't worry: *normal* people will keep an eye on them (alle Hervorh. i. Orig.)!““ ForscherInnen mit psychiatrischer Diagnose werden oftmals noch immer primär als Forschungsobjekte betrachtet und nicht als gleichwertige wissenschaftliche MitarbeiterInnen (Coldham/Russo et. al. 2009: 176). Beresford und Rose (2009: 19) argumentieren zudem, dass es enttäuschend, jedoch nicht verwunderlich ist, dass die Betroffenenforschung fast eine Generation später noch immer marginalisiert und unterfinanziert ist, während der Großteil der offerierten Finanzmittel von vielen Millionen Pfund noch immer größtenteils an RCT-basierte Studien vergeben wird.<sup>122</sup> O'Hagan (2009: i) zufolge stellt diese Praxis ein weiteres Beispiel für den Widerwillen dar, alternative Vorstellungen und Praktiken alltäglicher Lebenswelten zu akzeptieren sowie Macht und Ressourcen mit den Menschen zu teilen, die durch das prävalente System marginalisiert wurden.

Trotz meiner Verortung in der user-led research und der Autoethnografie bezeichne ich meine Arbeit nicht als aktivistische Ethnografie, obwohl ich einige Ziele des akademischen Aktivismus teile wie die Hinterfragung dominanter Diskurse, das Wecken des Bewusstseins von ÄrztInnen (Reedy/King 2019: 565) für illness-Narrativen und deren Bedeutung für die Lebenswelt Betroffener, eine Textproduktion unter Einbeziehung multivokaler Sichtweisen sowie die Berücksichtigung der emotionalen Dimension<sup>123</sup> in der Interaktion mit Forschungsteilnehmenden (ebd.: 570). Darüber hinaus soll das Bewusstsein für Machtverhältnisse, konkurrierende Identitäten, ethische Dilemmata sowie Spannungen zwischen institutionellen Intentionen und Betroffenenzielen geweckt werden (ebd.: 574). Wie im Rahmen der Organisationsethnologie war meine Forscheridentität jedoch dominant (ebd.: 576), d. h. es kam weder zu Co-Produktionen von Texten noch zu einer aktiven Mitarbeit meinerseits in Selbsthilfver-

---

<sup>122</sup> Die in der psychiatrischen Forschung als Goldstandard betrachteten Randomisierten Kontrollierten Studien (RCT) sollen als naturwissenschaftliche Methode Objektivität sicherstellen, indem sie die Position des Forschers neutralisieren. Im Gegensatz dazu argumentieren VertreterInnen der user-led research, dass jede Forschung die Subjektivität der Forscherin beinhaltet (Rose/Beresford 2009: 5).

<sup>123</sup> Lubrich, Stodulka et. al. (2018: 183, 184) verweisen auf den Einfluss von emotionalen Prozessen und affektiven Phänomenen als Erkenntnis-, Wahrnehmungs- und Darstellungsmodi auf die Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie auf das ethnografische Schreiben.

einen wie ASK! (s. Kapitel 4.2.). Ebenso war es mein Anliegen, marginalisierte Gemeinschaften sichtbar zu machen und empathische Beschreibungen sowie Berichte aus der Perspektive der Teilnehmenden zu liefern (ebd.: 567), wobei die Darstellung der Betroffenenperspektive auf das Schreiben der Ethnografie beschränkt war (ebd.: 575) und keine weiteren (politischen) Aktivitäten meinerseits erfolgten. Darüber hinaus teile ich mit der Organisationsethnologie die Hauptziele einer empathischen Repräsentation der Teilnehmenden im Rahmen der Textproduktion sowie einer kritischen Selbstreflexion (ebd.: 568). Die Konzeption der Ethnografie erfolgte zudem in erster Linie für akademische Zielgruppen (Reedy/King 2019: 569).

## **4.2. Forschungseinrichtungen**

### **4.2.1. Zugang zum Feld**

Vor der Präsentation der empirischen Ergebnisse werde ich zunächst den Zugang zum Feld erörtern, eine ausführliche Beschreibung der von mir besuchten Forschungseinrichtungen vornehmen sowie die Methodenwahl evaluieren. Abschließend werden der Zugang zum Feld, die oben ausgeführte Doppelrolle als Forscherin und Betroffene sowie feldspezifische Herausforderungen einer kritischen Reflexion unterzogen.

Breidenstein, Hirschauer et. al. (2015: 50) beschreiben den Zugang zum Feld als „die Sicherung und Gestaltung eines sozialen Kontextes (...), in dem die Forschung überhaupt stattfinden kann.“ Mein persönlicher biografischer Bezug zu der Dissertationsthematik wurde in den vorangegangenen beiden Kapiteln ausführlich erörtert. Da ich im Rahmen meiner Individualpromotion an keine kollaborativen Forschungsprojekte angeschlossen war, erfolgte die Erschließung des Feldes sowohl selbstständig als auch eigenverantwortlich im Rahmen situationsbezogener, dialogischer und partizipativer Absprachen mit ForschungspartnerInnen bzw. -institutionen. Mein ursprüngliches Vorhaben, in einem institutionellen psychiatrischen Kontext Feldforschung zu betreiben, verwarf ich schnell, da die dafür erforderliche Zustimmung einer Ethikkommission sehr zeitaufwendig und mit ungewissem Ausgang verbunden gewesen wäre. Um ein höheres Maß an Planungssicherheit sicherstellen und gleichzeitig trotzdem mit Psychiatrieerfahrenen arbeiten zu können, entschied ich mich dafür, gemeindenahе, niederschwellige sozialpsychiatrische Hilfseinrichtungen bzw. Selbsthilfevereine zu kontaktieren und nach positiver Rückmeldung Rahmen und Inhalt meiner ethnografischen Studie mit den jeweiligen Verantwortlichen vor Ort persönlich auszuhandeln.<sup>124</sup> Konkret schrieb ich zu Beginn meines Projektes mehrere Hilfseinrichtungen per E-Mail an und erläuterte mein Forschungsvorhaben sowie die akademische Verortung in allgemein verständlicher Sprache. Ne-

---

<sup>124</sup> Für dieses Vorhaben war kein positiver Beschluss einer externen Ethikkommission erforderlich.

ben positiven Reaktionen der Verantwortlichen, die mich zu persönlichen Gesprächen einladen, um Art und Umfang meiner Teilnahme zu besprechen, erhielt ich auch Absagen. So lehnte der Sozialpsychiatrische Dienst Freiburg meine Bewerbung auf Grund von Zeit- und Personalmangel ab. Nach positiven persönlichen Vorstellungsgesprächen in den Freiburger Hilfseinrichtungen *Freiburger Hilfgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V.* (FHG) und *Selbsthilfe mit Köpfchen e. V.* (SMK) wurde mir seitens der Geschäftsführung der FHG und der Betroffenengruppen der SMK die Erlaubnis erteilt, in den genannten Einrichtungen meinem Promotionsvorhaben nachzugehen. Darüber hinaus handelten wir Art, Dauer, Form und Frequenz der von mir zu besuchenden Hilfsangebote aus. Eine informed-consent-Vereinbarung unterbreiteten Herr Stodulka und ich der Geschäftsführung der FHG, während ich den Betroffenen(gruppen) der SMK und FHG – in Anlehnung an die Arbeiten von Gilbert, Rose et. al. (2008) im Rahmen der user-led research – Informationsblätter über meine Person, den akademischen Hintergrund, angewandte Datenerhebungstechniken, Forschungsziele und Anonymisierungsmodalitäten aushändigte, die ich erläuterte. Breidenstein, Hirschauer et. al. (2015: 56) geben zu bedenken, dass

„radikale forschungsethische Forderungen nach ‚informierter Zustimmung‘ ein unrealistisches Bild der Forschungspraxis [implizieren], auch und gerade weil sie voraussetzen, dass die Feldteilnehmer sozialwissenschaftliche Vorgehensweisen und Wissenstraditionen aus der Perspektive von Sozialwissenschaftlern verstehen und beurteilen können müssen.“

So ist der Versuch, *völlige* Transparenz herzustellen, indem den potentiellen Informanten etwa ganze Forschungsanträge überreicht werden, laut Breidenstein, Hirschauer et. al. (2015: 56) „ein sicherer Weg, die Forschung nicht zustande kommen zu lassen.“ Dagegen empfehlen Taylor und Bogdan (zitiert nach Breidenstein/Hirschauer et. al. 2015) eine vertrauenswürdige Präsentation in allgemein verständlicher Sprache. Auch ich wollte die Forschungsteilnehmenden zu Beginn nicht mit zu vielen Informationen auf einmal überfordern und nutzte die gesamte Kennenlern- bzw. explorative Phase, um sukzessive spezifische Fragen zu beantworten und die Forschungsthematik zu präzisieren. In den genannten Hilfseinrichtungen betrieb ich von April 2018 bis Mai 2019 die qualitativ ausgerichtete ethnografische Studie. Hinsichtlich des Zeitrahmens konstatieren Snow und Anderson (1993: 29):

„Since ethnographic fieldwork involves prolonged and persistent observation within a bounded sociohistorical context, it is ideally suited for sustained contact with the same individuals across time and for grasping changes in behavior and orientation among those individuals.“

Auf Grund der tradierten ethnologischen Praxis, einen Feldforschungsaufenthalt von mindestens einem Jahr durchzuführen sowie der Hinweise mehrerer Psychiater, dass die Weihnachtszeit sowie der Frühlingsanfang für Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose oftmals kritische Zeitpunkte der psychischen Instabilität darstellen, sah ich es als notwendige Praxis an, die Betroffenen, die ich in den Hilfseinrichtungen kennenlernen sollte, über min-

destens zwölf Monate zu begleiten.<sup>125</sup> Wie der Betroffenenautor Telfer (2004: 71), der Mitte der 1990er-Jahre in Südastralien eine ethnografische Studie zum Thema Adoption durchführte, bestand mein Forschungsziel darin, Betroffenennetzwerke aufzubauen und an Gruppentreffen, Alltagsroutinen und anderen Aktivitäten teilzunehmen (Telfer 2004: 75). So gelang es mir, in der explorativen Phase Kontakt zu BesucherInnen der Forschungsstätten zu knüpfen und sukzessive die Erlaubnis einzuholen, Daten über bestimmte Personen in anonymisierter oder – nach vorheriger Rücksprache, Aufklärung und Zustimmungsversicherung – personalisierter Form für die Dissertation zu erheben und zu verarbeiten. Meine Mitarbeit in den einzelnen Forschungseinrichtungen erfolgte unentgeltlich.<sup>126</sup> Eine ausführliche Beschreibung der von mir besuchten Angebote der FHG und SMK erfolgt in den nächsten beiden Kapiteln.

Darüber hinaus trat ich dem *Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.* (BPE) bei<sup>127</sup>, dessen psychiatriekritische bzw. antipsychiatrische Haltung mir alternative Sichtweisen auf den in psychiatrischen Fachdiskursen postulierten Krankheitsbegriff und implizierte Behandlungsmaßnahmen aufzeigte (s. Kapitel 4.2.4.). Die Betroffenen vorbehaltene Mitgliedschaft berechnete u. a. dazu, die dreimal jährlich erscheinende Verbandszeitschrift *BPE-Rundbrief* per Post zu erhalten, an der BPE-Jahrestagung teilzunehmen, Seminare und Arbeitskreise besuchen zu dürfen sowie über psychiatriebezogene Aktionen und Treffen sowohl auf Landes- als auch Bundesebene informiert zu werden (BPE o. J. (4): 1). In diesem Zusammenhang war meine Teilnahme an der BPE-Jahrestagung mit anschließender Mitgliederversammlung vom 12. bis 14. Oktober 2018 in Kassel hilfreich. Unter dem Tagungsmotto *Raus aus den Schubladen* wurden Unzulänglichkeiten und Defizite des psychiatrischen Versorgungssystems aus der Betroffenenperspektive beleuchtet und nicht-psychiatrische Alternativen im Rahmen der Selbsthilfeaktivität apostrophiert (BPE 2018 (1): 2). Des Weiteren besuchte ich am 15.12.18 ein Seminar des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Bayern zum Thema *EX-IT: Raus aus der Psychiatrie, nicht rein* in Augsburg und fertigte für die Vorstandschaft ein Protokoll der Sitzung an, das auf der Vereinshomepage veröffentlicht wurde.

Neben meiner Involviertheit in FHG, SMK und BPE erhob ich in folgenden Veranstaltungen empirische Daten: Am 29.2.19 fand die *Regio 2019* statt, die von dem *Landesverband Ge-*

---

<sup>125</sup> „Anthropologists often advocate spending at least a year among the group, because this is for many groups seen as a natural cycle during which most rituals and events will be observed no matter how a culture divides up its time” (O’Reilly 2005: 93).

<sup>126</sup> In den genannten Einrichtungen erhielt ich den Status als Hospitantin und nahm in der FHG jeden Mittwoch, d. h. an meinem Besuchstag, an einem für mich kostenlosen Mittagessen teil, das werktags für FHG-Mitarbeitende und -BesucherInnen angeboten wird.

<sup>127</sup> Der Beitritt erfolgte nach dem persönlichen Kennenlernen des in Freiburg sehr präsenten Selbsthilfeakteurs Mirko Olostiak-Brahms, der als mein Informant der ersten Stunde gilt und mich in psychiatriekritische bzw. antipsychiatrische Betroffenenendiskurse einführte.

*meindepsychiatrie Baden-Württemberg e. V.* und dem *Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V.* durchgeführt wurde. Das diesjährige Thema lautete *Verantwortungsvoller Umgang mit Psychopharmaka: Einsetzen – Reduzieren – Absetzen*. Neben Fachvorträgen von Psychiatern und Psychotherapeutinnen fanden Arbeitsgruppen zu ausgewählten Themenbereichen statt. Des Weiteren besuchte ich den Fachvortrag *Versorgung junger Menschen mit psychischer Erkrankung* im *Zentrum für Psychiatrie Emmendingen (ZfP)*, der u. a. von Stephan Schieting, Medizinischer Direktor und Chefarzt der *Klinik für Allgemeine und Gemeindenahe Psychiatrie*, gehalten wurde und am 10.10.18 im Rahmen des *Welttages seelische Gesundheit* im ZfP Emmendingen stattfand. Darüber hinaus wohnte ich der Vernissage der Kunstaussstellung *Gesehen werden – Gleich und anders* mit künstlerischen Arbeiten von Menschen mit Krisenerfahrungen am 8.11.18 bei, die auf Initiative des *Gemeindepsychiatrischen Verbundes* im Treppenhaus des *Museums für Neue Kunst* in Freiburg besichtigt werden konnte und an der mehrere FHG-BesucherInnen aktiv involviert waren. Daneben besuchte ich die Fachtagung *Chronische Erkrankungen – eine Herausforderung für die Seele*, die am 27.10.18 stattfand und von der *Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg* in Kooperation mit dem *Selbsthilfe-Büro Freiburg/Breisgau-Hochschwarzwald* durchgeführt wurde. Teilnehmerinnen und Referenten waren neben Ärztinnen der Psychiatrie und Psychosomatik Therapeuten sowie Betroffene und Angehörige. Zudem nahm ich an der Vernissage der Fotoausstellung *(Un)menschlich – Die Depression hat viele Gesichter* teil, die am 1.4.19 im Theatersaal der VHS-Zentrale im Schwarzen Kloster in Freiburg stattfand. Die Ausstellung, die vom *Freiburger Bündnis gegen Depression e. V.* initiiert wurde, konnte bis zum 17.5.19 in der VHS-Galerie besichtigt werden. Den Einführungsvortrag hielt Katharina Domschke, Ärztliche Direktorin an der *Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie* der Uniklinik Freiburg. Dem Vortrag mit anschließender Diskussionsrunde zum Thema *Chancen und Grenzen von Selbsthilfegruppen als Unterstützung bei und nach einer psychischen Erkrankung* von Frau Domschke wohnte ich ebenfalls bei. Er fand in den Räumlichkeiten des *Selbsthilfe-Büros Freiburg/Breisgau-Hochschwarzwald* statt. Des Weiteren absolvierte ich eine Weiterbildung zur IWS-Gruppenleiterin (In Würde zu sich stehen), die von dem Psychiater und Stigmaforscher Nicolas Rüschi von der *Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II* der Universität Ulm durchgeführt wurde. Das Programm zielt darauf ab, Betroffene in ihren Offenlegungsentscheidungen zu unterstützen und dadurch Recovery, Empowerment und Stigma-Bewältigung zu fördern (Zuaboni/Sloksnath-Bernetta et. al. 2018: 21, 23).<sup>128</sup> Das Konzept basiert auf einem Arbeitsbuch von Patrick W. Corrigan und Kollegen aus Chicago mit dem Originaltitel *Coming Out Proud* (jetzt: *Honest, Open, Proud* (Zuaboni/Sloksnath-Bernetta et. al. 2018: 22),

---

<sup>128</sup> Eine ausführliche Beschreibung des Betroffenenprogramms liefern Rüschi/Oexle et. al. (2018).

um Verwechslungen mit der LGBT-Bewegung zu vermeiden, Anm. S. T.). Zudem wohnte ich Treffen der Initiative *ASK! e. V.* bei, die sich für eine außerstationäre Krisenbegleitung in Freiburg einsetzt und aus Psychiatrieerfahrenen (u. a. Mirko Olostiak-Brahms), Angehörigen, Professionellen und Ehrenamtlichen besteht. Eine außerstationäre Begleitung von Menschen in psychischen Krisen soll unter Anwendung von Soteria- und Open-Dialogue-Ansätzen realisiert werden, die den Fokus auf individuelle, subjektive Sichtweisen auf psychische Leidenszustände und nicht auf medizinisch-pathologisierende Erklärungsmuster legen (*ASK! e. V. o. J. (1): 5*). Geplant sind eine Anlaufstelle mit Krisentelefon, der Einsatz mobiler Krisenteams und eine Krisenwohnung (*ASK! e. V. o. J. (2): 1*) sowie Fortbildungen in der systemischen Familien- und Netzwerktherapie, die dem Psychiater Volkmar Aderhold unterliegt und auf Prinzipien des *Open Dialogue* basiert (*ASK! e. V. o. J. (3): 1*). Abschließend besuchte ich das interdisziplinäre *Psychosomatische Dienstagskolloquium*, das von der Freiburger *Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* initiiert wurde und jedes Semester dienstagsabends stattfand. ReferentInnen waren neben Therapeutinnen Fachärzte der Psychiatrie bzw. Psychosomatik sowie Professoren der psychischen Gesundheitsforschung.

Die Heterogenität der differenten Veranstaltungsformen, -einrichtungen und der zu Grunde liegenden Deutungsmuster im Rahmen des Themenkomplexes der psychischen Gesundheit erachtete ich insofern als unabdingbar als sie, insgesamt betrachtet, eine für meine Arbeit entscheidende Mehrdimensionalität, Multiperspektivität und Polyvokalität offenbarten, die einseitigen Betrachtungsweisen vorbeugen sollte. So werden neben Betroffenenperspektiven, die von Psychiatriebefürwortern über -kritiker bis hin zu antipsychiatrisch motivierten Vorstellungen und Praktiken rangieren können, in meiner Arbeit auch die Standpunkte, Erklärungsmodelle und Handlungslogiken von im Bereich der Psychiatrie tätigen Professionellen berücksichtigt, um einen Perspektivenrelativismus auf das soziokulturelle Phänomen der psychischen Krankheit sowie illness-disease-Interrelationen aufzuzeigen. Doch zunächst sollen die von mir besuchten Forschungseinrichtungen zur Generierung empirischer Daten ausführlicher dargestellt werden.

#### **4.2.2. Die Freiburger Hilfgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V.**

Die *Freiburger Hilfgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V.* (im Folgenden als FHG abgekürzt) emergierte 1970 aus einer Studentenbewegung und Bürgerinitiative. Bis dato besteht die Intention des gemeinnützigen Vereins darin, Betroffene in sozialen Fragen der Rehabilitation und gesellschaftlichen Reintegration zu unterstützen. Zu diesem

Zweck bietet die FHG in den Lebensbereichen *Wohnen, Freizeit, Beschäftigung* und *Tagesstrukturierung* sowohl innerhalb als auch außerhalb ihrer Räumlichkeiten Unterstützung an (FHG o. J. (3): 7). Der Jahresumsatz der Freiburger Hilfsgemeinschaft bemisst sich auf eine Millionen Euro und die Einrichtung zählt 17 Beschäftigte (Rißmann-Schleip o. J. (3): 21).

Im Folgenden soll ein historischer Abriss der Gründungsgeschichte der FHG aufgezeigt werden, bevor ich im Einzelnen auf die von mir besuchten Angebote eingehe: Mitte der 1960er-Jahre entstanden in der katholischen und evangelischen Hochschulgemeinde Freiburgs Sozialkreise, die sich für marginalisierte soziale Gruppen wie Strafgefangene, Obdachlose und psychisch Kranke einsetzten. Diese studentische Arbeit erfuhr im Laufe der Studentenbewegung ab 1968 eine Politisierung, die zunehmend tradierte gesellschaftliche Strukturen hinterfragte. Streitthemen stellten soziopolitische Ursachen individuellen Leidens dar sowie die gesellschaftliche Verantwortung für die von sozialer Ausgrenzung Betroffenen. Zudem wurde in ganz Europa zunehmend Kritik an der institutionellen, auf Verwahrung ausgerichteten psychiatrischen Praxis der Großkrankenhäuser geäußert, in denen PatientInnen unter z. T. menschenunwürdigen Bedingungen leben mussten. In diesem Kontext entstand im *Sozialpolitischen Arbeitskreis Psychisch Kranke* (SPAK) die Initiative, öffentlichkeitswirksam für offene Angebote zu werben, die eine Integration psychisch Erkrankter vorantreiben sollte. Die Intention bestand in der Entwicklung von gemeindezentrierten Hilfsstrukturen außerhalb der geschlossenen Anstalten. Im Rahmen der von der SPAK veranstalteten Öffentlichkeitswoche im Januar 1970 schloss sich eine Gruppe Freiwilliger zum *SPAK Freiburger Bürger* zusammen (FHG o. J. (1): 1). Dieser Arbeitskreis erkannte den sich abzeichnenden sozialen Wandel von der tradierten Klinikpsychiatrie hin zu einer gemeindenahen Sozialpsychiatrie sowie zu einer wachsenden Akzeptanz von Selbsthilfegruppen und Laienhelferorganisationen (Kiefer 2014: 20). Innerhalb weniger Wochen wurde in Absprache und mit finanzieller Unterstützung des Lionsclub Freiburg die Etablierung einer Begegnungsstätte beschlossen und der Trägerverein Freiburger Hilfsgemeinschaft gegründet. Das erste Quartier in der Zasiusstraße 55 wurde zum Namensgeber der Einrichtung: *Club 55*. Die Bezeichnung wurde gewählt, weil sie sich durch Neutralität auszeichnete und weder den Hilfscharakter der Neugründung noch die Pathologie der Zielgruppe akzentuierte, sondern als Begegnungsstätte zwischen „Bürgern für Bürger mit oder ohne Psychiatrie-Erfahrung“ fungieren sollte. Studierende und Freiburger BürgerInnen implementierten das Pilotprojekt, aus dem sich sukzessive die bis heute bestehenden Angebote manifestierten: das betreute Wohnen in Gruppen sowie in Einzelwohnungen, das Ambulant Intensiv Betreute Wohnen und die Tagesstätte mit Mittagstisch und Zuverdienstmöglichkeit (FHG o. J. (1): 1). Während der von der FHG betriebene Vorläufer aller Tagesstätten, der Club 55, bereits 1970 gegründet wurde, wurden diese gemeindenahen Hilfseinrichtungen erst



30 Jahre später von der Politik als essentieller Bestandteil der psychiatrischen Versorgung anerkannt (Katt 2014: 44). Die Grundlage der Hilfsangebote sollen Vertrauen, ein partnerschaftliches Miteinander auf Augenhöhe, Selbstbestimmung sowie Normalität bilden. Darüber hinaus sieht der Verein seine Aufgabe in einer breit angelegten Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel, über die Lebenssituation psychisch Erkrankter zu informieren und Stigmatisierungsprozessen entgegenzuwirken (FHG o. J. (1): 1), um zu einer erhöhten gesellschaftlichen Toleranz gegenüber Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose sowie dem Abbau von Vorurteilen und Abwehrreaktionen beizutragen (FHG o. J. (5): 1).

Gegenwärtig ist die FHG in der ersten Etage eines Mietshauses im Freiburger Stadtteil Littenweiler beheimatet und verfügt zur Bereitstellung ihrer zahlreichen Angebote über einige Räumlichkeiten wie Küche mit Vorratskammer, Speiseraum, Bürozimmer der Angestellten, Aufenthaltsraum mit zahlreichen Sitzgelegenheiten und Theke, an der belegte Brötchenhälften und Getränke verkauft werden, Mal- und Handarbeitsraum, der auch als zusätzlicher Speiseraum für die meist zwanzig bis dreißig BesucherInnen des Mittagstischs fungiert, Räumlichkeiten des Arbeitsbereiches, Raucherzimmer, zwei Balkone und WCs (Anmerkungen S. T.). Die oben bereits angesprochene Begegnungsstätte *Club 55* ermöglicht die zwanglose Zusammenkunft von Menschen, die ihre Freizeit nicht alleine verbringen möchten und beinhaltet informelle Treffen mit Gesprächen, Spielen und anderen Aktivitäten, die in den Räumlichkeiten der FHG stattfinden, zusätzliche Angebote an Feiertagen wie Ostern und Weihnachten sowie externe Aktivitäten wie Wanderungen, Ausflüge etc. An vier Tagen in der Woche ist der Club 55 nachmittags bzw. abends geöffnet und bietet in regelmäßigen Abständen Kaffee und Kuchen oder Abendessen an (FHG 2018 (1): 1). Das etablierte Skatspielen im Club findet vorzugsweise montags und mittwochs unter zehn bis zwölf Männern statt, die sich selbstständig organisieren (Rißmann-Schleip o. J. (3): 32). Der Club-Besuch soll Vereinsamungstendenzen entgegenwirken sowie den Erfahrungsaustausch unter Betroffenen im Rahmen einer freundlichen und vorurteilsfreien Atmosphäre fördern (FHG 2018 (1): 2). Dieser Treffpunkt bietet zudem eine alternative Anlauf- und Kontaktstelle in persönlichen akuten Krisensituationen (Kiefer 2014: 21). Den Club 55 besuchte ich montags in unregelmäßigen Abständen.

Das Pendant zum Club 55 sind die so genannten *Jungen Clubber*, die sich an eine jüngere Zielgruppe psychisch Belasteter richten, welche sich in der Regel fünfmal im Monat zu unterschiedlichen Aktivitäten wie gemeinsamen Spieleabenden, Kino- und Restaurantbesuchen, gemeinsamem Kochen, Spaziergängen sowie weiteren Unternehmungen wie Minigolf, Kegeln etc. treffen und von freiwilligen FHG-MitarbeiterInnen begleitet werden (FHG o. J. (4): 2). Hintergrund für dieses Angebot ist die Hypothese, dass viele Teilnehmende den Club 55 nicht besuchen würden und sich stattdessen Aktivitäten mit Gleichaltrigen wünschen (Riß-

mann-Schleip o. J. (2): 33). Darüber hinaus sehen sich viele Junge Clubber ähnlichen sozialen Herausforderungen gegenüber wie Ausbildungs- bzw. Arbeitssuche, Umgang mit der Erkrankung und den Medikamenten etc., über die sie sich in der Gruppe austauschen und zugleich eine positive gemeinsame Zeit verbringen können (Rißmann-Schleip o. J. (2): 32). Ihren Aktivitäten wohnte ich nach der explorativen Phase in regelmäßigen Abständen bei.

Das Angebot der *Tagesstätte* umfasst den für alle BesucherInnen offenen, ohne Voranmeldung nutzbaren *Mittagstreff* sowie den *Zuverdienstbereich*, der nach individueller Absprache genutzt werden kann. Der Mittagstreff kann wochentags von 9.00 bis 14.00 Uhr besucht werden (FHG 2018 (2): 1). Die Finanzierung des Mittagstreffs und seiner Angebote erfolgt pauschal durch die Stadt Freiburg. BesucherInnen tragen lediglich die Kosten für Getränke und Speisen selbst. Der Zuverdienstbereich wird schwerpunktmäßig über die Eingliederungshilfe nach § 53 ff. Sozialgesetzbuch XII finanziert (FHG 2018 (2): 2). Der *Mittagstreff* bietet die Möglichkeit zwangloser Konversation, gemeinsamer Spiele o. Ä., der Einnahme eines Frühstücks, das käuflich zu erwerben ist, der Nutzung von PC und Internet, der Teilnahme an dem gemeinsamen Mittagessen<sup>129</sup> von BesucherInnen und MitarbeiterInnen der FHG sowie an wechselnden Angeboten wie Bewegungs- oder Gesprächsgruppen (FHG 2018 (2): 1). Im Jahr 2018 besuchten 195 Personen die Tagesstätte (Mittmann o. J.: 20). Wesentlich mehr Männer als Frauen nutzten die Clubangebote (ca. 75 % Männer und 25 % Frauen in den Jahren 2016 und 2017), wobei eine Erklärung für dieses Phänomen noch nicht eruiert werden konnte (Rißmann-Schleip o. J. (3): 40). Pro Öffnungstag lagen die Besucherzahlen 2018 konstant zwischen 15 und 25 Personen (Berger/Mittmann et. al. o. J.: 16). Menschen in einer psychischen Krise nutzen die Tagesstätte u. a. auf Grund des Wunsches, eine psychiatrische Hospitalisierung zu vermeiden, da sie „befürchte[n], dass [ihnen] nicht Gespräche und Zuwendung im notwendigen Maß zuteil werden, sondern die Therapie sich auf die psychopharmakologische Behandlung reduziert.“ (Rißmann-Schleip o. J. (4): 49) Über die BesucherInnen der FHG wird keine Akte geführt, die persönliche Daten wie Wohnort, Beruf oder Krankenstatus dokumentiert (Dietrich o. J.: 18). Die ehemalige Vorsitzende der FHG, Renate Lepach (2014: 26), bemerkt diesbezüglich: „Ich habe gelernt, wie wichtig es für psychisch Kranke ist, Orte zu haben, an denen sie ihre Patientenrolle ablegen können – wo es keine Rolle spielt, ob und an welcher Form der Erkrankung sie leiden.“ Reich (o. J.: 13) zufolge verfügen nahezu alle BesucherInnen der FHG über ein geringes Einkommen. Der niederschwellige Zugang zu der Tagesstätte ermöglicht vielen Menschen mit psychischen Problemen – auch aus der Wohnungslosenhilfe – die erstmalige Kontaktaufnahme zu Angeboten der sozialpsychiatrischen

---

<sup>129</sup> Das 3,20 Euro teure Mittagessen, an dem täglich ca. 25 Personen teilnehmen, wird von BesucherInnen der FHG zubereitet (Mittmann o. J.: 46, 47).

Hilfe (Rißmann-Schleip o. J. (1): 21). Da psychisch Kranken der Zugang zu Arbeit und Beschäftigung oftmals erschwert wird (Haller o. J.: 50), bietet die FHG bei bestehendem Interesse an einer Tätigkeit mit *Zuverdienstmöglichkeit* verschiedene Arbeitsoptionen an: im Versand- und Verpackungsservice sowie in der Kleinteilmontage des *Zuverdienstbereiches*<sup>130</sup>, im *Mittagstreff* durch Thekendienst, Kochtätigkeit und Reinigungsarbeiten (Hauswirtschaftsbereich der FHG) sowie in der Zusammenarbeit mit der Gärtnerei Echinios (FHG 2018 (2): 1) in Buchenbach (Haller o. J.: 50). Ein Großteil der Arbeit im *Zuverdienstbereich* definiert sich über das Verpacken von Fundraising-Boxen, in welche Teilnehmende beispielsweise Handtücher, Socken oder Seifen verpacken. Die Zusammenstellung von unterschiedlichen Kartensets in einer vorgegebenen Reihenfolge stellt zudem einen wiederkehrenden Auftrag dar. Arbeitsaufträge der Druckindustrie bestehen zumeist in der Papierweiterverarbeitung, während sich der Briefversandservice um die Versendung von Programmheften und Flyern für Kunden wie Galeristen, Kulturvereine, Bildungseinrichtungen oder Weinhändler kümmert. Im Rahmen einer Aufarbeitung von Tischen und Sitzmöbeln sind die Mitarbeitenden des Arbeitsbereiches darüber hinaus für die Oberflächenbehandlung zuständig. Die Zusammenarbeit mit der Gärtnerei Echinios erfolgt über halbtägige Außenarbeitsplätze. Dortige Aufgabenfelder umfassen u. a. das Binden von Sträußen, das Umtopfen von Pflanzen, Kompostpflege und Holzaufbereitung (Haller/Lechner o. J.: 21). Matthias Berger (2014: 36), der ehemalige Ärztliche Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg, bemerkt, dass das niederschwellige Zuverdienstangebot der FHG in dieser Art für Freiburg einmalig ist und für viele KlientInnen, die nicht in einer Werkstatt arbeiten können oder möchten, einen elementaren Ausgangspunkt für ihre psychische Stabilisierung darstellt.

Den Mittagstreff besuchte ich jeden Mittwoch zu den angegebenen Öffnungszeiten. Neben meiner Mitarbeit im Hauswirtschafts- (Küchen- und Thekendienst) und Zuverdienstbereich der FHG (s. o.) hielt ich mich verstärkt im Aufenthaltsraum auf, um mit den BesucherInnen in Kontakt zu treten. Seit Januar 2019 leitete ich darüber hinaus eine *Fokusgruppe*, an der BesucherInnen der FHG auf freiwilliger Basis teilnehmen konnten. Sie fand mittwochs von 11 bis 12 Uhr statt (siehe Kapitel 4.3.3.). Das sogenannte *Malen nach Arno Stern*, das Maren Moormann im Rahmen der Kooperation mit den *Freiburger Lebenskünstlern* jeden Dienstag anbietet, besuchte ich in unregelmäßigen Abständen. Diese spezielle Art der Ausdrucksmöglichkeit im Malen soll es Teilnehmenden ermöglichen, sich im Rahmen einer Begegnungsstätte auszutauschen oder für sich zu bleiben (Mittmann o. J.: 47, 48).

---

<sup>130</sup> Zu den Arbeitgebern der Auftragsarbeiten zählen die Unternehmen Neue Masche, Visual Statements GmbH, die Schreinerei Stilelemente, KNF Deutschland und Arbeitsaufträge aus der Druckindustrie (Haller o. J.: 51, 52).

Ein weiteres Hilfsangebot der FHG, die offene *Frauengesprächsgruppe* mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen, trifft sich jeden ersten und dritten Samstag im Monat zum Austausch über verschiedenliche Themen sowie zu gemeinsamen Aktivitäten wie der Zubereitung eines Frühstücks, Ausflügen, Film- und Buchbesprechungen etc. (FHG o. J. (2): 2). Die Intention des Angebotes besteht darin, „Frauen einen männerfreien Raum zu bieten, in dem sie unter sich sind, Frauenthemen besprechen, diskutieren, miteinander lesen, gemeinsam kochen und essen und vieles mehr können.“ (Rißmann-Schleip o. J. (3): 34) Nach Abschluss der explorativen Phase besuchte ich die Frauengesprächsgruppe regelmäßig.

Der von der FHG angebotene *Dialog*<sup>131</sup> soll einen gleichberechtigten Austausch subjektiver Wissens- und Erlebniswelten zwischen Angehörigen, Psychiatrieerfahrenen, Professionellen und Bürgerhelfern ermöglichen. Er findet jeden letzten Montag im Monat statt. Der Erfahrungsaustausch auf Augenhöhe soll in einem herrschaftsfreien Diskurs erfolgen, der die traditionell zumeist asymmetrische psychiatrische Kommunikationsstruktur aufbrechen soll (FHG 2018 (3): 1, 2). Verständnis, Akzeptanz und Respekt für unterschiedliche Perspektiven sowie die Demokratisierung der psychiatrischen Landschaft stehen dabei im Fokus (FHG 2018 (3): 2). Moderiert wird der Dialog von dem Sozialpädagogen und Psychotherapeuten Michael Götz-Kluth. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang die fehlende Bereitschaft von psychiatrischem Fachpersonal, an den Sitzungen teilzunehmen (Rißmann-Schleip o. J. (2): 28). Rißmann-Schleip (o. J. (2): 28) wirft die Frage auf, ob es an der für Professionelle mitunter ungewohnten Situation liegen könnte, Rollenasymmetrien aufzuheben. Den Dialog besuchte ich in unregelmäßigen Abständen.

#### **4.2.3. Die Selbsthilfe mit Köpfchen e. V.**

Die *Selbsthilfe mit Köpfchen e. V.* (im Folgenden als SMK abgekürzt) stellt eine weitere von mir besuchte Forschungseinrichtung dar. Der Schwerpunkt des gemeinnützigen Vereins liegt im Bereich der Selbsthilfearbeit für Menschen mit psychischen Problemen. Die Mitgliederzahl belief sich zum 31.3.18 auf knapp 90 Menschen. Das Gruppenangebot umfasst krankheitsbewältigende Projekt-, Freizeit- sowie Selbsthilfegruppen (SMK 2019 (1): 1). Zu diesen zählen Gesprächskreise, sportliche Aktivitäten wie Fußball oder Lauftreffs sowie der Besuch von Kunst- und Kulturveranstaltungen, die das Knüpfen sozialer Kontakte fördern. Die SMK betreibt zudem Öffentlichkeitsarbeit und vertritt die Interessen ihrer Zielgruppen in Gremien auf politischer Ebene (SMK 2016 (2): 1). In ihren Leitlinien ist die Zusammenarbeit mit allen

---

<sup>131</sup> Unter einem Dialog versteht man Veranstaltungsreihen, in denen sich Betroffene, Angehörige und Fachleute aus der Psychiatrie auf Augenhöhe über subjektive Perspektiven und relevante Themen austauschen, wobei auch der Abbau wechselseitiger Vorurteile im Vordergrund steht (Piel o. J.: 1).

im Bereich der psychischen Erkrankungen verorteten Institutionen wie Behörden, Fachärztinnen und Sozialarbeitern verankert, zu denen der Verein nicht in Konkurrenz treten möchte. Vielmehr versteht er sich als Ergänzung zu systemischen sozialpsychiatrischen Unterstützungsangeboten (SMK 2019 (2): 1). Für Menschen mit psychischen Problemen bietet der SMK e. V. Selbsthilfegruppen für spezifische Krankheitsbilder wie bipolare Störungen, Psychosen, Zwänge etc. an und organisiert Freizeitaktivitäten wie Radtouren, Wandern, Achtsamkeitstraining oder das Frühstückstreffen für Frauen, an dem ich partizipierte. Die Gruppen sollen einen verständnisvollen und geschützten Rahmen der gegenseitigen Unterstützung darstellen, in dem Teilnehmende „Experten in eigener Sache“ werden und aktiv auf den Genesungsprozess hinwirken können (SMK 2017: 2).

In der SMK partizipierte ich jeden ersten und dritten Donnerstag im Monat am *Frauenfrühstückstreffen für Frauen in Lebenskrisen*, das ähnliche Funktionen erfüllt wie die Frauengesprächsgruppe der FHG, und nahm an einer Selbsthilfegruppe von Menschen mit einer bestimmten psychiatrischen Diagnose teil, deren Zustimmung zur Nutzung der erhobenen Daten an eine noch rigidiere Anonymisierung meinerseits gekoppelt ist. Diese Treffen fanden zweimal im Monat statt.

#### **4.2.4. Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.**

Im Gegensatz zu der FHG und SMK, die das im biomedizinischen Erklärungsmodell verankerte Postulat der psychischen *Krankheit* reproduzieren und sowohl in ihren Internetauftritten als auch im Umgang mit Betroffenen transportieren, zeichnet sich der *Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.* (im Folgenden als BPE abgekürzt) durch inhomogene, plurale, mitunter divergierende Sichtweisen auf psychische Leidenszustände aus, die von Psychiatriebefürwortern bis zu antipsychiatrisch eingestellten Mitgliedern reichen, welche das biologistische Paradigma der Psychopathologie ablehnen. Diese Multiperspektivität stellte eine Bereicherung für meine Arbeit dar. Im Folgenden werde ich zunächst eine bedeutende Mitbegründerin des BPE sowie Ziele, Intentionen und vereinsinterne Strömungen darstellen, bevor ich seine sich zunehmend verschärfende Rhetorik im Rahmen einer Schwerpunktverlagerung in Richtung Antipsychiatrie sowie den Umgang mit bestimmten Mitgliedern kritisch beleuchte:

Der BPE ist eine gemeinnützige Selbsthilfeorganisation rezenter und ehemaliger PsychiatriepatientInnen mit elf angeschlossenen Landesverbänden (BPE o. J. (2): 2). Die größte Organisation Psychiatrie-Erfahrener im deutschsprachigen Raum (Peitz 2019: 13) setzt sich für eine rechtliche Gleichstellung von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose sowie bessere Lebensbedingungen ein und wirkt in Richtung einer humaneren psychiatrischen Hospitalisie-

rung sowie sinnvoller Alternativen (BPE o. J. (2): 3). Als ältester Betroffenenverband Deutschlands fordert der BPE eine gewalt- und zwangsfreie Psychiatrie sowie die Anerkennung von Autonomie, Selbstbestimmung, Menschenrechten und -würde im Rahmen der psychiatrischen Behandlungspraxis (Heland-Graef 2019: 9).

Die Gründung des BPE erfolgte im Oktober 1992 in Bedburg-Hau (Seibt 2017: 4). Eine bedeutende Mitbegründerin und Ehrenvorsitzende des BPE, Dorothea Buck (BPE 2017: 5), ist am 9.10.19 im Alter von 102 Jahren verstorben. Im Jahre 1936 wurde sie erstmals mit der Diagnose Schizophrenie in eine psychiatrische Anstalt eingewiesen, wo sie die inhumanen, in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts üblichen psychiatrischen Behandlungspraktiken wie Kaltwasserkopfgüsse und Dauerbäder zur ‚Disziplinierung‘ (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V. 2019 (2): 1) sowie Insulin-, Cardiazol-, und Elektroschocks miterlebte (Buck-Zerchin 2007: 22). „Als besonders erniedrigend empfand sie jedoch die ‚völlige Sprachlosigkeit‘: Die Patienten untereinander hatten Sprechverbot, Gespräche zwischen Personal und Patienten waren unüblich.“ Sie wurde von den Nationalsozialisten als ‚lebensunwertes Leben‘ eingestuft und zwangssterilisiert. Als Zeugin der Euthanasie psychisch Kranker setzte sie sich zeitlebens für eine humanere Psychiatrie ein und initiierte das bis heute bestehende Psychose-Seminar, aus dem der Trialog emergierte (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V. 2019 (2): 1).<sup>132</sup> Zudem war sie Wegbegleiterin der EXperience-INvolvement-Bewegung (EX-IN), in der Betroffene und Angehörige zu GenesungsbegleiterInnen ausgebildet werden (BPE 2017: 5). Buck plädierte für eine sinnvoll-verstehende Herangehensweise an psychisches Leid und kritisierte primär auf somatische Prozesse abzielende medizinische Interventionen (BPE 2019: 4). Die biologistische Praxis bezeichnete sie als „dogmatisierten Irrtum (...), dessen praktische Anwendung viele Leben zerstörte.“ (BPE 2019: 5) Für ihr Lebenswerk erhielt sie 2008 das Bundesverdienstkreuz (BPE 2019: 4).

Seit der Gründung des BPE, der 2017 ca. 1.000 Mitglieder<sup>133</sup> zählte, existieren zwei vereinsinterne Fraktionen: ReformierInnen, die sich für eine Veränderung des psychiatrischen Systems engagieren sowie antipsychiatrisch Eingestellte (Seibt 2017: 4). Fraktionsübergreifend bestehen vorrangige Ziele in der Implementierung einer größeren Anzahl an betroffenengeleiteten Tagesstätten, besser geförderten Selbsthilfe-Beratungsstellen und Peer-Assistenzbüros, alternativen Weglaufhäusern und Soteria-Angeboten unter entscheidendem Einbezug von Experten aus Erfahrung (Peitz 2017: 11), wobei das „Recht auf Anderssein“ akzentuiert wird

---

<sup>132</sup> Buck bemängelte eine unzureichende Präsenz von PsychiaterInnen im Rahmen dieser Sitzungen (Buck-Zerchin 2007: 23).

<sup>133</sup> Voraussetzung für die Mitgliedschaft ist Psychiatrieerfahrung (BPE o. J. (2): 4).

(Peitz 2017: 12). Des Weiteren werden Alternativen zu biologistisch-medikamentösen Paradigmen gefordert und der Einfluss der Pharmaindustrie auf die psychiatrische Ärzteschaft angeprangert. Funktionierende, effektivere Alternativen zu einer psychiatrischen Herangehensweise sieht der BPE in dem Soteria-Konzept, einer kompetenten psychologischen Psychotherapie an Stelle einer Medikalisierung sowie der Etablierung ganzheitlicher Hilfe- und Versorgungsmodelle unter stärkerer Förderung und Gewichtung der Selbsthilfe sowie deren festem Bestandteil in Lehreinrichtungen. Der BPE postuliert einen „Ressourcen- statt Krankheitsansatz“ und prangert in diesem Zusammenhang den „professionellen ‚Diagnosevergabezwang‘“ an (Peitz 2014: 10). Dabei versteht sich der BPE als „Interessenvertreter (...) für diejenigen, die durch psychiatrische Maßnahmen mundtot sind“ und verfolgt das Ziel, durch Bildungs-, Informations- und Öffentlichkeitsarbeit sowie persönliche Unterstützung Betroffener gesellschaftliche Vorurteile abzubauen (BPE o. J. (3): 2).

Kritik an Praktiken, Rhetorik und Thesen des BPE soll im Folgenden fokussiert behandelt werden: Durch interne Machtverschiebungen hat der antipsychiatrische Flügel des BPE in Form einer Führungsclique in den letzten Jahren zunehmend an Einfluss gewonnen, der die Psychiatrie mit organisierter Kriminalität vergleicht, radikale Lösungen fordert und die Ärzteschaft polemisch und pauschal attackiert. Unhaltbare absolute Aussagen wie „Psychiatrie war nie erfolgreich darin, menschliches Leid zu lindern“ (Dernbach 2019: 11) und mangelnde Dialogbereitschaft<sup>134</sup> werden transportiert. Menschen, die Psychopharmaka einnehmen, werden als ‚arzhörig‘ diffamiert (s. Seibt 2014: 6) und PsychiaterInnen sehen sich dem Vorwurf gegenüber, Schäden durch Medikamentenkonsum aus Profitstreben wissentlich in Kauf zu nehmen: „[D]ie Menschen werden sehenden Auges geschädigt und abhängig gemacht, weil man daran gut verdient.“ (Seibt 2014: 6) Der Totschlag einer jungen Psychiatriepflegerin wurde in einem BPE-Forum gutgeheißen und der Vorstand distanzierte sich nicht eindeutig von diesen Aussagen (Wojke 2019: 11). In einem Vortrag von Matthias Seibt wurden Vergleiche zwischen der zeitgenössischen Psychiatrie und dem Nationalsozialismus gezogen, in dem die Psychiatrie als „verlogen“ und Hitler als „ehrlicher Verbrecher“ dargestellt wurden (Peitz 2019: 13). Auf der neu gestalteten Homepage des BPE (BPE 2020: o. S.) werden unter der Rubrik *Die Verbrechen der Psychiatrie* radikale rhetorische Aussagen getroffen wie der Vergleich von Psychopharmaka mit „Gift“, das postulierte „[m]assenhafte[] Töten Unschuldiger“ durch das psychiatrische System sowie das „Ausüben von Gehirnwäsche“ im Rahmen einer Hospitalisierung. Thesen wie „Während ‚Verrückte‘ z. B. bei den Indianern als Scha-

---

<sup>134</sup> „Wenn wir Psychiatrie ‚von innen her‘ ändern wollen, statt Alternativen zu schaffen, verhindern wir ihre Überwindung. Alternativen (...) entstehen sicher nicht am runden Tisch mit Psychiater\*innen und Sozialarbeiter\*innen.“ (Dernbach 2019: 12)

manen hoch verehrt werden, bringt die Psychiatrie diese Menschen um“ sind nicht nur aus ethnologischer Perspektive untragbar und offenbaren eine gefährliche Tendenz der Stereotypisierung und Diskriminierung des psychiatrischen Versorgungssystems und seiner Ausübenden.

Zudem ist der Umgang mit BPE-Mitgliedern, die divergente Meinungen vertreten und/oder kontrovers diskutierte Berufsstände repräsentieren, äußerst problematisch: So wurde ein Mitglied des geschäftsführenden Vorstands im Rahmen der Mitgliederversammlung 2019 unter schwerwiegenden inhaltlichen und formalen Verfahrensfehlern abgewählt (Daszkowski et. al. 2019: 29)<sup>135</sup>, weil es vor seiner Erkrankung mehrere Jahrzehnte als Psychiatriepflegerin gearbeitet hat (Benz et. al. 2019: 25). Ott und Pullen (2019: 31) kritisieren diese Stigmatisierungspraktiken des Vereins, der sich selbst zum Ziel gesetzt hat, gegen Diffamierungen jeglicher Art eintreten zu wollen. In der Folge kam es zu Vereinsrücktritten<sup>136</sup> (Ott/Pullen 2019: 31) und mahnenden Worten eines Fördermitglieds (Fördermitglied Anonymus 2019: 27). Gangolf Peitz (2020: 1), der den monatlich erscheinenden digitalen BPE-Newsletter *Seelische Gesundheit* als Selbsthilfemedien-Projekt auf Wunsch des Vorstands im Jahre 2018 aufgebaut hat, beendete kürzlich sein Engagement im Hinblick auf BPE-interne Ausgrenzungs- und Desintegrationspraktiken, zensurähnliche Reglementierungen sowie einen tendenziellen Abbau von fairer Kommunikation, Transparenz und Vielfalt. Die kompromisslosen antipsychiatrischen Schwerpunktverlagerungen innerhalb des BPE, die auf der vereinsinternen Website, in Rundbriefen und Selbsthilfeveröffentlichungen transportiert werden, verunsicherten auch ein Neumitglied, Melanie Künzel (2018: 15), die ihren Lebensentwurf abgewertet sieht, da sie selbst psychiatrische Hilfen in Anspruch nimmt. Sie kritisiert die Absolutheitsansprüche antipsychiatrischer Haltungen und die Abwertung alternativer Handlungsentscheidungen und Bewältigungsstrategien (Künzel 2018: 15). Befremdlich wirkte in diesem Zusammenhang auf meine Zimmernachbarin und mich, die wir im Rahmen der BPE-Jahreshauptversammlung 2018 Neumitglieder waren, auch die Aussage des Leiters einer Arbeitsgruppe, der vorab erklärte: „Diejenigen, die in psychiatrischer Behandlung sind, sollen meine AG nicht besuchen! Die sind von der Psychiatrie infiltriert.“ Meine Zimmernachbarin hätte die AG interessiert,

---

<sup>135</sup> Während der Mitgliederversammlung 2019 wurden schwerwiegende Fragen „in einem emotionalen Schnellverfahren (...) abgestimmt und eher nach gerade vorherrschender Stimmung(serzeugung) und Wortgewalt entschieden“ (Peitz 2019: 13).

<sup>136</sup> So verließ auch das Freiburger BPE-Gründungsmitglied Barbara Kaiser-Burkart den Verein. Der ‚Exodus‘ an Rück- und Austritten mangels Authentizität, Aufgeschlossenheit und Attraktivität wird u. a. auf externe Selbstisoliations- und interne Ausgrenzungspraktiken zurückgeführt sowie auf die strukturelle Beeinflussung bzw. Vereinnahmung des Vereins durch einen Landesverband. Diese Tendenzen konterkarieren die Pluralität und Multivokalität des BPE (Peitz & Team 2021: 1).



doch sie scheute aus Angst, als Psychiatriepatientin „dann fertig gemacht oder rausgeschmissen zu werden“ vor der Teilnahme zurück.

Insgesamt betrachtet, leistet der BPE bedeutende Beiträge für die Verbesserung der rechtlichen und gesellschaftlichen Stellung von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose. Einen Schwerpunkt bilden die im Rahmen der Selbsthilfearbeit eruierten vielfältigen illness-Perspektiven Betroffener, die dominante biomedizinische disease-Diskurse sowie darauf aufbauende psychiatrische Behandlungspraktiken kritisch hinterfragen. Dass einige BPE-Mitglieder erniedrigende, z. T. traumatische Erfahrungen im Zuge einer psychiatrischen Hospitalisierung machen mussten, soll hier nicht in Abrede gestellt werden. Durch das Erschaffen von Feindbildern, fehlende Dialogbereitschaft und die Diskriminierung von Mitgliedern, die sich in freiwilliger fachärztlicher Behandlung befinden bzw. aus beruflichen Gründen mit dem psychiatrischen Versorgungssystem verbunden sind, wird es m. E. jedoch nicht gelingen, als Kritiker von Missständen in der medizinischen Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen ernst genommen zu werden.

### **4.3. Methodenwahl**

Die von mir angewandten Datenerhebungstechniken sind überwiegend qualitativer Natur, um der emischen Perspektive<sup>137</sup> Betroffener und deren Bedeutungskomplexen Ausdruck zu verleihen. Qualitative Forschungsverfahren rekonstruieren Sinn bzw. subjektive Sichtweisen wie Alltagstheorien, Wirklichkeitskonzepte und Bewältigungsmuster, wobei das Verstehen eines Ausschnitts aus der sozialen Wirklichkeit angestrebt wird (Helfferich 2005: 19, 23). Laut Hollstein (2006: 13) zeichnen sich qualitative Verfahren durch eine besonders dichte Ansetzung an den individuellen Akteuren sowie ihren Wahrnehmungen, Relevanzsetzungen und Deutungen aus. Darüber hinaus sind Offenheit in der Erhebung, Berücksichtigung von Kontextfaktoren, Sinnverstehen und Interpretativität der Analyse konstitutive Merkmale qualitativer Sozialforschung (Franke/Wald 2006: 155, 160). Die Ethnologie ist mit ihrem elaborierten qualitativen Methodenrepertoire und der Berücksichtigung der emischen Perspektive dafür prädestiniert, das sensible und gesellschaftlich höchst relevante Thema der psychischen Erkrankungen achtsam und verantwortungsvoll zu behandeln. Wie Kleinman (2015: xix) bemerkt, solle die Domäne der psychischen Gesundheit nicht ausschließlich in die Hände von Laborwissenschaftlerinnen und Bürokraten fallen. Er plädiert für interdisziplinäre Ansätze, da

---

<sup>137</sup> Auf Medizinethnologie bezogen, postuliert der emische Ansatz die Determinierung von Norm und Abnorm sowie die Entwicklung von Krankheitsverständnis, -terminologie, -klassifikation und Behandlungsansätzen aus dem Selbstverständnis der spezifischen soziokulturellen Lebenswelten (Machleidt 2013: 381).

psychiatrische Ausprägungen die Verwobenheit von biologischen *und* soziokulturellen Systemen widerspiegeln. Die Aufarbeitung des letztgenannten Kontextes ist somit entscheidend für ein holistisches Verständnis von psychischer Gesundheit und Krankheit (Kirmayer/Lemelson et. al. 2015: xxi). Zur Erforschung dieser Phänomene bin ich dem ethnografischen Ansatz gefolgt, eine begrenzte Anzahl an Betroffenen über einen bestimmten Zeitraum zu begleiten, um ihre Weltsicht und die Organisation ihrer Alltagswelt nachvollziehen zu können (Helman 2001: 9). O'Reilly (2005: 84) beschreibt die ethnologische Feldforschung wie folgt: „We learn about people's lives (...) from their own perspective and from within the context of their own lived experience. This involves not only talking to them (...) but also learning from them by observing them, participating in their lives, and asking questions“. Estroff (1981: xvi) sieht die Essenz der ethnologischen Erkenntnisgewinnung in der Erfahrung von und intensiven Begegnung mit Andersartigkeit, die reflektiert, organisiert, verstanden und kommuniziert werden soll. Diese Fähigkeiten erfordern ein Bewusstsein für die eigenen Beteiligungsformen und Reaktionen auf die zu erforschenden Phänomene. Wie in Estroffs (1981: 205, 206) Studie über psychische Krankheit, ‚anomales‘ Verhalten und fachärztliche Behandlungsformen innerhalb eines bestimmten kulturellen Kontextes lag der Fokus meiner Arbeit auf einer relativistischen, holistischen und akteurszentrierten ethnologischen Ausrichtung. Meine längerfristig angelegte institutionelle Eingebundenheit ermöglichte mir die Anwendung ‚sanfter‘ Methoden in weitestgehend natürlichen Situationen, auf die ich in den folgenden Kapiteln näher eingehen werde. Mehrere qualitative Erhebungsverfahren wurden kombiniert und sukzessive eingesetzt, um neue Kontexte zu erschließen, die Forschungsfrage einzugrenzen sowie zu vertiefen und erhobene Daten zu ergänzen sowie auf Fehlerhaftigkeit zu überprüfen (vgl. Helman 2001: 265). Diese Triangulation differenter Datenerhebungstechniken soll eine präzisere und umfassendere Erkenntnisgrundlage gewährleisten (Franke/Wald 2006: 154). Die Anwendung multimethodaler Vorgehensweisen kann zudem als Korrektivfunktion eine Aufdeckung mögliche Diskrepanzen zwischen verbalen Versicherungen und tatsächlichem Verhalten ermöglichen, die einen längeren persönlichen Kontakt voraussetzt (Girtler 1992: 138, 139).

Der von mir angewandte Methodenpluralismus zielte darauf ab, unterschiedliche Erfahrungswelten Psychiatrieerfahrener zu erschließen, Spannungsverhältnisse zwischen divergierenden Wirklichkeitskonstruktionen aufzuzeigen, virulente Diskussionsthemen zu vermitteln und Wissensbestände sowie Handlungsentscheidungen verstehbar zu machen. Das Sampling erfolgte nicht nach bestimmten Ausschlusskriterien, da ethnografische Ansätze eine Vielzahl unterschiedlicher Interpretationen intendieren und nicht eine möglichst konsistente Antwortbasis zur Entwicklung statistischer Generalisierungen (Davies 1999: 98). Wie Estroff (1981:

xvii) bin ich mir darüber im Klaren, dass die von mir befragten Forschungsteilnehmenden keinen bundesweiten Durchschnitt von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose repräsentieren (Estroff 1981: xviii). Davies (1999: 79) argumentiert, dass die Auswahl von Informanten von Faktoren wie deren Zugänglichkeit, Teilnahmebereitschaft, Insiderwissen sowie Fähigkeit, ethnografische Fragestellungen zu verstehen, abhängt. Da meine Studie auf Freiwilligkeit, Interesse und Bereitschaft zur Mitarbeit basierte, war ich offen für die Menschen, die sich mir anschließen wollten.

#### **4.3.1. Teilnehmende Beobachtung und Gesprächstechniken**

Den methodologischen Großteil meiner Feldforschung machte die *Teilnehmende Beobachtung* aus. Im Kontrast zu künstlichen Laboruntersuchungen basiert sie auf sozialen Beziehungen zwischen Forscherin und Informanten (Hauser-Schäublin 2008: 38). Im Forschungsprozess spielen Empathie und Einfühlen in das Feld eine zentrale Rolle (Hauser-Schäublin 2008: 42). O'Reilly (2005: 101) zufolge umfasst diese Methode verschiedenste Aktivitäten wie Feldnotizen, Nachfragen, Gespräche sowie das Erstellen von Listen und Datenbanken. Teilnehmende Beobachtung kann laut Spittler (2001: 13) weder durch Experimente noch Interviews ersetzt werden. In Bezug auf das Ausbalancieren von Nähe und Distanz führt O'Reilly (2005: 109) aus: „Participating enables the strange to become familiar; observing enables the familiar to appear strange.“ Die Teilnahme übersteigt die bloße Anwesenheit des Forschers und umfasst das Beteiligt- und Dabeisein, Mitmachen und Teilhaben an der Daseinsgestaltung der Forschungsteilnehmenden (Fischer 2002: 10). Unter dichter Teilnahme versteht Spittler (2001: 12) eine dichte Beschreibung, soziale Nähe und gemeinsames Erleben. Demgegenüber zeichnet sich die Beobachtung nicht durch Passivität und Einseitigkeit aus, sondern durch eine Wahrnehmung mit allen Sinnen unter Einbezug des körperlichen und seelischen Fühlens (Spittler 2001: 19). Diese ganzheitliche Perzeption ist jedoch nicht mit Vollständigkeit gleichzusetzen (Fischer 2002: 13). Denn jede Feldforschung zeigt nur einen Ausschnitt aus der Wirklichkeit, der durch den spezifischen Ort, Zeitpunkt, angewandte Datenerhebungstechniken sowie individuelle Charakteristika von Forscherin und Teilnehmenden begrenzt und geprägt wird (Fischer 2002: 18). Im Rahmen der Beobachtung erfolgt zudem eine Auswahl durch selektive individuelle Wahrnehmung und Interpretation der Sinneseindrücke (Spittler 2001: 17).

Vor allem durch Teilnehmende Beobachtung erschloss ich mir vor allem in der explorativen Forschungsphase der ersten Monate das Feld, um Alltagsabläufe in den Hilfseinrichtungen kennenzulernen sowie Kontakte zu BesucherInnen zu knüpfen. Dazu bedurfte es eines hohen

Maßes an Offenheit wie von Girtler (1995) sowie Snow/Anderson (1993) propagiert. Auch Breidenstein, Hirschauer et. al. (2015: 47) akzentuieren die „Nicht-Festgelegtheit“ als prägendes Merkmal der explorativen Phase, in der um Vertrauen in der zu erforschenden sozialen Gruppe geworben wird (Senft 2002: 224), was ein großes Maß an Anpassungs- und Einfühlungsvermögen sowie flexibles Eingehen erfordert, um einen Zugang zu den Forschungsteilnehmenden zu finden (Senft 2002: 225). In diesem Sinne versteht Förster (2001: 462) ethnografische Arbeit als „das Bauen von Brücken, das Füllen von Lücken zwischen der uns vertrauten alltäglichen Lebenswelt und jenen anfangs noch bruchstückhaften Sedimenten eines anderen Alltags, den zu erkennen und zu beschreiben wir vorab nicht in der Lage sind.“ Darauf folgt eine problemorientierte, theoriegeleitete und zielgerichtete Phase (Fischer 2002: 13), in der Blickwinkel und Fokus sukzessive zugespitzt werden, während die Selektivität zunimmt (Breidenstein/Hirschauer et. al. 2015: 45). Davies (1999: 196) beschreibt diesen Prozess wie folgt: „Ethnographic data collection is sometimes characterized as having a funnel shape, with very broad and fairly indiscriminate interests in its early phases but becoming narrower and more focused on specific kinds of data as the inquiry proceeds.“ In meinem Falle betrat ich das Feld mit der breit gefassten Fragestellung *Umgang mit persönlichen Krisen unter BesucherInnen Freiburger Hilfseinrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen*, bis ich mich im Laufe der Zeit auf unterschiedliche Krankheitskonzepte fokussierte und nach mehreren Analysedurchgängen der empirischen Daten gemäß *Grounded Theory* den Titel für meine Dissertation formulieren konnte. Nach der Grounded Theory von Glaser und Strauss<sup>138</sup> (1967, zitiert nach Merckens 1992: 218) wird die Teilnehmende Beobachtung im Verlaufe des Forschungsprozesses zu einer aktiven Suche, die als erste Phase der Auswertung begriffen werden kann, da spätere Beobachtungen auf der Basis früherer Wahrnehmungen vorgenommen werden.

Teilnehmende Beobachtungen führte ich in der FHG hauptsächlich im Aufenthaltsraum durch, der als zentrale Stätte der Zusammenkunft gilt. Darüber hinaus partizipierte ich als teilnehmende Beobachterin (unentgeltlich) am Zuverdienst- (Verpacken von Kartensets, Brillenputztüchern und Seifen, Abfüllen von Tee sowie Sortieren von Dokumenten) und Hauswirtschaftsbereich (Thekendienst, Einkauf von Lebensmitteln, Mithilfe bei der Zubereitung des Mittagessens, Tisch decken, spülen und abtrocknen) des Mittagstreffs. Weitere teilnehmende Beobachtungen führte ich auf der Jahreshauptversammlung des BPE 2018 durch, bei den Jungen Clubbern sowie im Rahmen der von mir angebotenen Fokusgruppe in der FHG. Folgende Gesichtspunkte wurden methodologisch abgedeckt: die persönliche Interaktion mit den Gästen im Rahmen meiner Mitarbeit hinter der Theke, in der Küche, im Arbeits- und

---

<sup>138</sup> siehe Kapitel 4.3.5.

Aufenthaltsraum, das passive Zuhören und Beiwohnen von Konversationen zwischen FHG-BesucherInnen und Beobachtungen allgemeiner Art sowie bezogen auf Raumnutzung und Interaktion der Gäste.

*Informelle Gespräche* bildeten im Rahmen der Teilnehmenden Beobachtung einen methodologischen Schwerpunkt. Spittler (2001: 8) argumentiert, dass natürliche Gesprächssituationen im Gegensatz zu artifiziellen Interviewsituationen keine unvermeidlichen Verzerrungen aufweisen und eine Teilnehmende Beobachtung über einen längeren Zeitraum voraussetzen. Das Warten auf einen geeigneten Zeitpunkt im Rahmen einer stetigen Präsenz steht dabei – im Gegensatz zu der Vereinbarung von Interviewterminen – im Fokus (Spittler 2001: 19). Spittler (2001: 21) führt weiter aus, dass der Forscher die wichtigsten Informationen nicht durch Interviews erhält, sondern durch die informelle, implizite Kooperation mit der zu erforschenden Gruppe. Aus der längerfristigen Eingebundenheit in die Alltagspraxis der Betroffenen soll sich ein Verständnis entwickeln. Auch Davies (1999: 94) argumentiert, dass die Gesprächsformen von Ethnografen, deren primäre Forschungsstrategie die Teilnehmende Beobachtung ist, oftmals unstrukturiert sind, d. h. sich einer natürlich ergebenden Unterhaltung annähern. Trotzdem hat die Forscherin forschungsrelevante Themen und Fragestellungen im Hinterkopf, die das informelle Gespräch lenken, ohne der Interaktion signifikante Struktur aufzuerlegen. Informelle Konversationen reichen von alltäglichen Konversationen über private Austauschformen bis hin zu informellen themenorientierten Diskussionen (Gingrich/Zips 2006: 285). Koegel (1987: 35) gibt zu bedenken, dass direkte Formen der Befragung für die Erforschung sensibler, heikler Themenfelder ungeeignet sind. In diesem Sinne habe auch ich auf direkte standardisierte Fragen wie „Welche Diagnose haben Sie?“ verzichtet und stattdessen versucht, durch das Teilen des Alltags der Betroffenen allmählich deren Lebenswelten und sinnstiftende Handlungsprozesse kennenzulernen und nachzuvollziehen. Durch informelle Gespräche, die sich im Rahmen des Mittagstreffs und Clubs 55 der FHG, der beiden Frauenfrühstücksgruppen von SMK und FHG, des Dialogs und der Selbsthilfegruppe der SMK ergaben, knüpfte ich Netzwerke zu den ProtagonistInnen. Denn „Forschungsbeziehungen sind fragile Gebilde. (...) Beide Seiten müssen sich aufeinander einlassen, ohne rechte Gründe und Sicherheiten für Vertrauen zu haben.“ (Breidenstein/Hirschauer et. al. 2015: 62) Persönliche Fragen zu Biografie und Krankheitsaspekten, die im Laufe der Zeit zunehmen sollten, setzen jedoch ein gewisses Vertrauensverhältnis voraus (Senft 2002: 222). Daher hängen der Zugang zum Forschungsfeld sowie die Qualität der erhobenen Daten in signifikanter Weise von dem in den Forschungsbeziehungen aufgebauten gegenseitigen Vertrauen ab (Deutsche Gesellschaft für Sozial- und Kulturanthropologie e. V. 2020 (1): 2). Inhalt und Verlauf der informellen Konversationen notierte ich in der Retrospektive qua Gedächtnisprotokoll in mein Feldta-

gebuch<sup>139</sup> (vgl. Schlehe 2008: 125). In diesem Zusammenhang konnte ich nicht zuletzt auf Grund eigener Hospitalisierungserfahrungen das von Girtler (1995: 221) propagierte sog. *ero-epische Gespräch*<sup>140</sup> anwenden, das in einer ungezwungenen Atmosphäre stattfand (Girtler 1995: 225). Informelle Gespräche trugen dem Bedürfnis vieler Psychatriebetroffener Rechnung, ihr Lebensführungswissen, Handlungsentscheidungen, Diskontinuitäten, Bedeutungszuschreibungen und Bewältigungsstrategien ihrer Erfahrungen narrativ zu fassen. So nutzte ich natürliche Gesprächsformen, wie von Spittler (2001: 18) propagiert, wann immer es möglich war und profitierte davon, dass Teilnehmende mitunter Themen anschnitten, die mir nicht präsent waren.

Im Rahmen meiner Feldforschung griff ich für die fokussierte Bearbeitung einer spezifischen Fragestellung (die Erfahrung von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen im Rahmen einer retrospektiven Aufarbeitung) auf eine themenzentrierte Gesprächstechnik zurück: das leitfadenorientierte narrative Experteninterview. Laut Spittler (2001: 8, 18) besitzt das Interview den forschungsökonomischen Vorteil, dass in relativ kurzer Zeit viele Informationen gesammelt werden können, während es gleichzeitig nur einen extrem beschränkten Ausschnitt möglicher Erzähl- und Gesprächsformen repräsentiert und einen artifiziellen Charakter aufweist. Zur Bearbeitung der o. g. Fragestellung fiel meine Wahl auf das narrative Leitfaden-Interview, da es sich für die Erforschung sozialer Themenkomplexe eignet, die nicht oder nur schwer zugänglich sind (Girtler 1992: 150). So eignen sich narrative Interviews laut Glinka (1998: 25) „für die Rekonstruktion komplexer Sachverhalte in der sozialen Wirklichkeit“ wie lebensgeschichtliche Prozesse. In dem unstandardisierten, offen geführten narrativen Interview nach Fritz Schütze (Girtler 1992: 155) wird der Informant gebeten, eigene Erlebnisse narrativ zu fassen (Glinka 1998: 9). Den Interviewten wird dabei besonders viel Raum gewährt, um ihre eigene Erzählweise zu entfalten (Schlehe 2008: 125). Lebensgeschichtliche Fragmente als sog. Selbstnarrationen und autobiografisches Erzählen bilden einen zentralen Zugang zu subjektiven, emischen Erfahrungen (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 20). Sie sind gekennzeichnet durch eine zeitliche Ablaufstruktur, die eine Zustandsveränderung über einen bestimmten Zeitrahmen hinweg erkennen lässt (Glinka 1998: 25). Im Zentrum der Geschichte steht demnach ein Ereignis, das als destabilisierendes Element Wandel und Diskontinuität

---

<sup>139</sup> siehe folgendes Kapitel

<sup>140</sup> Roland Girtler führte in den Jahren 1978 bis 1980 unter Wiener Wohnungslosen eine empirische Studie durch (Girtler 1995: 42). Als Methoden wandte er u. a. Teilnahme und (genaues) Beobachten an sowie geduldige Gespräche (ebd.: 216). Unter einem *ero-epischen Gespräch* (ebd.: 221) versteht er die Verwobenheit von Frage und Narrative im Rahmen des Gesprächs (ebd.: 219). Beide Parteien sollen sich in diesem Gespräch persönlich einbringen, so dass eine Unterhaltung auf Augenhöhe stattfinden kann (ebd.: 221). Hintergrund für diese Wortschöpfung ist Girtlers (1995: 220) Ablehnung der Begriffe *Interview*, da es kurze, schnelle Antworten impliziere und *narratives Interview*, das einen Widerspruch in sich darstelle.

bewirkte (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 22). Der Betroffene war in diese Prozesse entweder als Erleidender verwickelt, „der nur noch auf äußere Rahmenbedingungen reagieren konnte“ oder als aktiv Handelnder. Mitunter ist er nicht in der Lage, die damaligen Ereignisse differenziert und distanziert zu überblicken. Die Erinnerung an das Geschehene kann zudem mit Schmerzen verbunden sein (Glinka 1998: 25). Durch den Erzählvorgang wird die Selbstreflexion angeregt. Nach Schütze taucht die Erzählerin noch einmal in das damals Erlebte ein und analysiert es aus der heutigen Perspektive (Glinka 1998: 26). Daher vermittelt autobiografisches Erzählen<sup>141</sup> konstruierte bzw. rekonstruierte Wirklichkeiten (Picard 2014: 185). Die subjektive Perspektive der Erinnerungen an besondere Lebenserfahrungen und die individuelle Bewertung der damaligen Verhältnisse durch den Interviewten können so „mit den strukturalen Handlungsspielräumen in einen wirkungsgeschichtlichen Zusammenhang“ gesetzt werden (Gingrich/Zips 2006: 283). In einem Prozess der Umarbeitung bzw. einer Sinnstiftenden Umdeutung des Vergangenen werden „aktuelle oder jüngere Ereignisse oder Wertungen in ältere Schichten aus der Erlebenszeit selber eingewoben“. Während bei der Erinnerung an Vergangenes „auf die Wahrnehmung des Erlebten zum Zeitpunkt des Erlebens“ abgezielt wird, werden gleichzeitig die aktualisierten Erinnerungen in der unmittelbaren Gegenwart aufgeschichtet (Picard 2014: 190). Lucius-Hoene und Deppermann (2004: 24) sprechen in diesem Zusammenhang von einer doppelten Zeitperspektive, die eine Differenzierung zwischen dem erzählenden Ich der aktuellen Situation und dem erzählten Ich als erinnerten Handlungsträger bedingt. Diese doppelte Zeitperspektive unterscheidet ferner zwischen erzählter Zeit als der Zeit, in der die Geschichte sich ereignete und der Erzählzeit im Hier und Jetzt (ebd.: 25). Da Erinnerungen selektiv sind und konstruiert sowie uminterpretiert, transformiert und/oder verdrängt (ebd.: 30) werden können, kann das Inkludieren neuer Interpretationsschemata – beispielsweise aus der Psychotherapie – zu grundlegenden Um- und Neuinterpretationen der Erfahrungsgeschichte führen (ebd.: 31). Dabei verleiht der Interviewte der bloßen zeitlichen Ereignisabfolge Kohärenz, d. h. eine sinnstiftende Bedeutungsstruktur (ebd.: 21). Die Art und Weise, die Auswahl der kommunizierten Gesichtspunkte sowie der Umfang des Erzählten hängen u. a. von Charakteristika der Erzählsituation, der ZuhörerIn, kommunikativen Zielen des Interviewten sowie anlassbedingten Gesprächskonventionen ab. Daher sind Narrativen sowohl formal als auch rhetorisch und thematisch an den jeweiligen Kontext gebunden (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 32, 33). Die Besonderheit des narrativen *Leitfaden*-Interviews besteht darin, dass die vorgeschriebene Ablaufstruktur des narrativen Interviews aus Erzählstimulus, Haupterzählung und Nachfrageteil gebrochen wird (vgl. Glinka 1998: 10-18). Narrative Leitfaden-Interviews zeichnen sich laut Helfferich (2005: 159) durch

---

<sup>141</sup> siehe auch Kapitel 5.2.4.

die Rekonstruktion subjektiver Theorien und Formen des Alltagswissens im Rahmen der Gewährleistung maximaler Offenheit aus, wobei der Interviewer durch die Einführung von Themen in den offenen Erzählraum strukturierend eingreift. Der Leitfaden enthält neben im Interview anzusprechenden Themenschwerpunkten auch offen formulierte Fragen sowie Stichworte (Bock 1992: 94). Sowohl die Themen als auch deren Reihenfolge können im Laufe des Interviews verändert und um neue Gesichtspunkte ergänzt werden. Zudem besteht die Möglichkeit, dass der Interviewer vertiefend nachfragt, indem er Ad-hoc-Fragen stellt (Schlehe 2008: 127). Der Leitfaden soll bei Interviewerin und Befragtem zu einem Spannungsabbau beitragen, das Vergessen fundamentaler Gesichtspunkte verhindern, ein offenes Kommunikationsklima fördern und ein „behutsames Sich-Einfühlen in die Lebenswelt der Befragten“ ermöglichen (Bock 1992: 95). Aus diesen Gründen entschied ich mich für die Erstellung eines Leitfadens<sup>142</sup>, die nach dem sog. SPSS-Prinzip (Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsummieren) erfolgte (vgl. Helfferich 2005: 161-167).

Im Folgenden werde ich darlegen, warum die von mir geführte Gesprächsform als Experteninterview deklariert werden kann: Laut Pfadenhauer<sup>143</sup> (2005: 124) zeichnen sich Expertinnen durch relativ exklusive Wissensbestände für sozial relevante Problemlösungen aus, die Laien für die Eruiierung lebenspraktisch relevanter Fragen zu Rate ziehen. Fleischmann (2009: 86) gibt zu bedenken, dass die Experteneinschätzung in der Regel mit respektierten Autoritäten wie Fachmedizinerinnen und Expertenkomitees assoziiert wird. In diesem Kontext wird die Ansicht Betroffener oftmals ausgespart, obwohl diese in akademischen Kreisen ebenfalls als Experten gelten. Demzufolge werden ExpertInnen als Personen definiert, die, ausgehend von spezifischem, auf ein klar abgrenzbares Problemfeld bezogenes Erfahrungs- und Praxiswissen, in der Lage sind, mit ihren Interpretationen das betreffende Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend zu strukturieren (Bogner/Menz 2005: 45). In diesem Zusammenhang differenziert Klafki (2007: 133) zwischen professionellen ExpertInnen wie im psychiatrischen Bereich Tätige und ExpertInnen aus Erfahrung wie Psychatriebetroffene. In jedem Fall ist der Expertenstatus relativ und relational; er „wird in gewisser Weise vom Forscher verliehen, begrenzt auf eine spezifische Fragestellung“ (Meuser/Nagel 2005: 73) und ein zu untersuchendes Forschungsfeld (Bogner/Menz 2005: 45), wobei jedes Interview in Form und Inhalt einmalig ist (Meuser/Nagel 2005: 80). Es zielt auf die Erhebung von sog. *Deutungswissen*<sup>144</sup>

---

<sup>142</sup> siehe Anhang

<sup>143</sup> Pfadenhauer (2005: 123) bezeichnet SchamanInnen als „empirisch früheste Ausformung des Experten“.

<sup>144</sup> Daneben werden das *technische Wissen*, das fachspezifische Anwendungsroutinen, Regelabläufe und bürokratische Kompetenzen beinhaltet sowie das *Prozesswissen* unterschieden, das Kenntnisse über und Involviertheit in Handlungsabläufe, Interaktionsroutinen und organisationale Konstellationen bezeichnet (Bogner/Menz 2005: 43).



ab, d. h. jenen subjektiven Sichtweisen, Regeln, Interpretationen und Relevanzen der Expertin, „die das Bild vom Expertenwissen als eines heterogenen Konglomerats nahe legen.“ (Bogner/Menz 2005: 43, 44) Deutungswissen lässt sich im Gegensatz zu technischem Wissen, das keiner weiteren Interpretation bedarf, als Ausdruck subjektiver Sinnkonstruktion des Interviewten verstehen (Bogner/Menz 2005: 44).

Teilnehmer des leitfadenorientierten narrativen Experteninterviews, das Erfahrungswissen über psychiatrische Zwangsmaßnahmen erheben sollte, war Mirko Bialas<sup>145</sup>, den ich im Rahmen der BPE-Veranstaltung *EX-IT: Raus aus der Psychiatrie, nicht rein* am 15.12.2018 in Augsburg flüchtig kennenlernte. Im Laufe des Seminars berichtete er im Plenum von seinem beruflichen Hintergrund und den erlittenen psychiatrischen Zwangsmaßnahmen. Der 46-jährige Diplom-Soziologe ist Geschäftsführer des Selbsthilfevereins *Münchner Psychiatrie-Erfahrene e. V. (MüPE)*, der Rechte und Interessen von Psychiatrieerfahrenen auf individueller sowie gesellschaftlicher Ebene in Form von Informations- und Beratungsangeboten bzw. Öffentlichkeitsarbeit vertritt.<sup>146</sup> Nachdem ich mich gegen Ende der Datenerhebungsphase verstärkt mit dem Thema der psychiatrischen Zwangsmaßnahmen befasst hatte<sup>147</sup>, kontaktierte ich Herrn Bialas per E-Mail.<sup>148</sup> Auf Grund seiner akademischen Ausbildung in der Nachbardisziplin Soziologie schätzte ich sein Interesse, an einer ethnologischen Studie teilzunehmen, als vielversprechend ein. Zudem verfügte er – wie mir im Rahmen der BPE-Veranstaltung schien – über die für das Interview nötige narrative Kompetenz und emotionale Belastbarkeit (vgl. Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 298). In der ersten E-Mail der Kontaktaufnahme fügte ich mein Forschungsexposé bei, das er auf Grund seines sozialwissenschaftlichen Hintergrundes wie erwartet mit Interesse nachvollziehen konnte. Nach positiven Rückmeldungen fand das Vorgespräch zum Interview am 4.6.19 in einem Café in München statt. Folgende Themenschwerpunkte standen im Fokus: die Offenlegung der eigenen biographisch motivierten Beweggründe für die Feldforschung (Glinka 1998: 131), die Erörterung der Art der Datenprotokollierung, Fragen der Anonymisierung, die Vermeidung von Schaden für den Betroffenen durch Retraumatisierungen, eine Orts- und Terminfindung für das Interview sowie die Entwicklung einer eigenen Sinnggebung für das Interview seitens des Informanten

---

<sup>145</sup> Mirko Bialas hat für sich entschieden, in meiner Arbeit nicht anonymisiert werden zu wollen.

<sup>146</sup> Die MüPE hat in Anlehnung an Wikipedia ein spezielles Online-Nachschlagewerk für Menschen mit psychischen Problemen entwickelt, das sich mit relevanten Themen wie psychischen Krankheiten, Psychiatrie, Stigmatisierung usw. befasst und unter <http://www.wiki.muepe.org> aufgerufen werden kann.

<sup>147</sup> Laut Pfadenhauer (2005: 125) ist der Erwerb einer hohen Kompetenz für das Thema des Experteninterviews seitens der Interviewenden vor der Durchführung desselben konstitutiv (Pfadenhauer 2005: 125).

<sup>148</sup> Seine Kontaktdaten entnahm ich der *Teilnehmerliste BPE-Tagung 2018 in Kassel mit Adressfreigabe*, an deren Besitz ich mich rechtzeitig erinnerte.

(vgl. Glinka 1998: 11). Vor dem ersten Interview händigte ich Herrn Bialas eine schriftliche Einverständniserklärung (Informed Consent) aus, die nach der Vorlage von Lucius-Hoene und Deppermann (2004: 299) erstellt wurde. Das erste leitfadenorientierte narrative Experteninterview, das am 15.7.19 von ca. 17.15 Uhr bis 20.15 Uhr in der MüPE stattfand, zeichnete ich per Diktiergerät auf. Es diente vornehmlich dazu, das Gegenüber besser kennenzulernen und sich dem Themenschwerpunkt psychiatrischer Zwangsmaßnahmen langsam anzunähern, wobei neben dem sozialen Hintergrund des Interviewten auch dessen beruflicher Werdegang, illness-Empfindungen, disease-Erfahrungen und Stigmatisierungserlebnisse thematisiert wurden. Nach dem Interview verfasste ich ein Protokoll des Gesprächsverlaufes, in dem u. a. folgende Aspekte erfasst wurden: Zeit, Ort, Sitzordnung, Beschreibung des Gesprächspartners (Auftreten, Mimik, Gestik, Stimmung), Kooperationsbereitschaft, Erzählstil, Gesprächsatmosphäre, Kommunikation außerhalb der Bandaufnahme sowie Veränderungen im Verlaufe des Interviews (vgl. Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 306). Das zweite Interview fand am 27.9.19 am selben Ort von ca. 11.30 Uhr bis 13.30 Uhr statt und widmete sich in dezidiert, vertiefender Form dem Themenkomplex psychiatrischer Klinikaufenthalte einschließlich Zwangsmaßnahmen. Diesmal experimentierte ich mit dem Methodenrepertoire, indem ich kein Diktiergerät benutzte, sondern eine Mitschrift von den narrativen Ausführungen des Befragten anfertigte. Auf Grund meiner persönlichen Vorliebe für die schriftliche Protokollierung machte ich mit dieser methodologischen Abwandlung positive Erfahrungen.

Die Entscheidung, Herrn Bialas zu interviewen, anstatt – wie im bisherigen Forschungsverlauf – auf zahlreiche informelle Gespräche zurückzugreifen, fand jenseits der oben ausgeführten Gesichtspunkte vor dem Hintergrund statt, dass ich davon ausgegangen war, dass sich unsere Zusammenkünfte nicht zuletzt auf Grund der räumlichen Distanz auf die beiden Interviews beschränken würden. Tatsächlich hat sich nach der Datenerhebungsphase zwischen uns jedoch eine Paarbeziehung mit gemeinsamer Zukunftsplanung entwickelt, die im Rahmen einer offenen, transparenten ethnografischen Forschungspraxis nicht verschwiegen werden soll.

#### **4.3.2. Feldtagebuch und Gedächtnisprotokolle**

Die Dokumentation soll die Sicherung erhobener Daten in Form von Niederschriften, Filmen, Zeichnungen, Tonaufnahmen o. Ä. garantieren, die eine analytische Weiterbearbeitung des gewonnenen Materials ermöglicht (Fischer 2008: 293). Die von mir im Rahmen der Feldforschung festgehaltenen Aufzeichnungen bestehen größtenteils aus Niederschriften in Form von Gedächtnisprotokollen, die ich mit Datum, Ort, Uhrzeit und Informationen zu den Protagonis-

tInnen versah (vgl. Fischer 2008: 297). Feldnotizen<sup>149</sup> in Form von Mitschriften *während* informeller Konversationen, einer Sitzung der Selbsthilfeangebote von SMK und FHG wie Frauenfrühstückstreff, Junge Clubber etc. habe ich wie Girtler (1995) vermieden, den Gesprächsverlauf, Teilnahmeformen und Beobachtungen jedoch möglichst unmittelbar danach in mein Feldtagebuch notiert. Laut Flick (2004: 255) unterliegt jede Verschriftlichung sozialer Realitäten textuellen und technischen Strukturierungen sowie Begrenzungen. O'Reilly (2005: 98, 99) weist auf den selektiven Charakter von Feldaufzeichnungen hin, da die Forscherin eine Auswahl an für sie relevant erscheinenden zu notierenden Informationen wie Namen, Daten, Details, Zitate etc. trifft. Während Feldnotizen zu Beginn der Forschung allgemeiner und umfassender Natur sind, werden sie im Laufe der Zeit spezifischer und zielgerichteter. Die Dokumentation von Tagesereignissen, Stimmungen in den Forschungseinrichtungen, Ideen zu theoretischen Aspekten etc. erfolgte fortwährend in mein *Feldtagebuch*, laut Fischer (2008: 307) „eines der wichtigsten Hilfsmittel in der Feldforschung.“ Dabei unterschied ich nicht zwischen persönlichem und wissenschaftlichem Tagebuch, sondern benutzte ein einziges Journal für die Verschriftlichung der oben genannten Aspekte sowie von Kontextbeschreibungen, vorläufigen Interpretationen, Selbstreflexionen, spontanen Eindrücken, persönlichen Befindlichkeiten, Teilnehmenden Beobachtungen und Gedächtnisprotokollen. In diesem Sinne erfolgte keine Trennung von deskriptiven, analytischen und methodologischen Aufzeichnungen (vgl. Fischer 2008: 308 und Schlehe 2008: 135).

Die oben bereits umrissenen *Gedächtnisprotokolle* akzentuieren laut Beer und Fischer (2003: 10) einen bestimmten Aspekt von Niederschriften, da sie erst nach dem betreffenden Vorgang angefertigt werden. Dabei sind wesentliche Informationen wie Namen, Zahlen, Zusammenhänge, zentrale Aussagen (Beer/Fischer 2003: 12) sowie Daten, Gehörtes und Beobachtetes festzuhalten. Auf Grund der selektiven, unzuverlässigen Gedächtnisleistung soll das retrospektive Festhalten der Ereignisse möglichst bald erfolgen. So lange werden die zu protokollierenden Informationen als sog. *mental notes* gespeichert (Fischer 2008: 297). Die zumeist in Stichworten erfolgte Niederschrift wird bestenfalls noch am selben Tag zu einem zusammenhängenden Text ausgearbeitet, der auch nach längerer Zeit nachvollziehbar bleibt (Beer/Fischer 2003: 13). So fertigte ich die Gedächtnisprotokolle im Anschluss an eine miterlebte Einheit an – entweder unmittelbar danach in einem separaten Raum oder am Abend, nachdem ich die Hilfseinrichtung verlassen hatte. Laut Beer und Fischer (2003: 10, 11) wird auf die Methode der Gedächtnisprotokolle zurückgegriffen, wenn die Forscherin sich während eines Erlebnisses dessen Bedeutung nicht bewusst war oder im besagten Moment aus

---

<sup>149</sup> Unter Feldnotizen versteht Fischer (2008: 298) im engeren Sinne Aufzeichnungen, die im Augenblick der Beobachtung, Teilnahme oder Unterhaltung erfolgen.

praktischen Gründen keine Aufzeichnungen anfertigen konnte. Zudem eignen sich Gedächtnisprotokolle als nachträgliche Niederschrift der erinnerten Ereignisse aus Gründen der Pietät (Fischer 2008: 297) „oder weil man die Situation persönlicher Unterhaltung nicht stören will“ (Fischer 2008: 298). Die methodologische Anwendung von Gedächtnisprotokollen erfolgte im Verlaufe der Feldforschung aus nahezu allen oben angeführten Gründen. Im Rahmen der Verschriftlichung des Erlebten griff ich sowohl auf Stichpunkte als auch zusammenhängende Sätze zurück, was die weitere Aufbereitung der Protokolle für die hermeneutische Erschließung erheblich vereinfachte und beschleunigte.

### **4.3.3. Fokusgruppe**

Neben den oben ausgeführten Datenerhebungstechniken bot ich in der problemorientierten Forschungsphase nach persönlicher Absprache mit der Geschäftsführung von Januar 2019 bis Mai 2019 in der FHG eine offene Fokusgruppe auf freiwilliger Basis an, die ich den FHG-BesucherInnen als ‚Gesprächsgruppe‘ ankündigte. Sie fand jeden Mittwoch von elf bis zwölf Uhr statt. Nach der explorativen Phase sollte sie der fokussierten Behandlung bzw. Vertiefung ausgewählter, für meine zwischenzeitlich spezifizierte Forschungsfrage relevanter Themenkomplexe dienen. Laut Helman (2001: 267, 268) konstituieren Fokusgruppen intensive Gespräche mit einer überschaubaren Anzahl an Teilnehmenden (gewöhnlich acht bis zwölf Personen), die ihre gesundheitsbezogenen Vorstellungen und Praktiken im Rahmen von Gruppendiskussionen durch Ausführungen zu Schlüsselfragestellungen und Interaktionen offenbaren. Fokusgruppen sind vergleichbar mit interaktiven Interviews, die detaillierte und persönliche Erfahrungs- und Wissenswelten der Teilnehmenden in Bezug auf emotionsbeladene und sensible Themenfelder aufdecken. Wie interaktive Interviews bestehen Fokusgruppen aus mehreren Gesprächssitzungen und sind im Gegensatz zu traditionellen Einzelinterviews mit unbekanntem Personen innerhalb etablierter Beziehungssysteme zwischen den Teilnehmenden und dem Forscher verortet (Ellis/Adams et. al. 2011: 279). Die Gruppe trifft sich an einem von der Ethnografin arrangierten Ort, wobei Letztere die Rolle des Moderators übernimmt, der die Interaktionen der Mitglieder erleichtert und zu diskutierende Themenfelder einführt. Die Gruppendiskussionen entwickeln zudem oftmals eine Eigendynamik, in der weitere Gesprächsthemen aufgeworfen werden. Forschungspraktische Herausforderungen bestehen in der größeren Komplexität der Interaktionen im Vergleich zu Einzelgesprächen, die der Ethnograf zu dirigieren hat und der Schwierigkeit, die Diskussion auf für die Forschungsfrage relevante Themen zu lenken, ohne die Gruppendynamiken zu unterbrechen (Davies 1999: 105). Diesen Problemfeldern werde ich mich in Kapitel 6.2. ausführlicher widmen. Im Fol-

genden sollen der Zugang, Ablauf sowie das angewandte Methodenrepertoire der Fokusgruppensitzungen dargestellt werden:

Durch Mund-zu-Mund-Propaganda sowie per Aushang am Schwarzen Brett der FHG machte ich BesucherInnen auf das Angebot aufmerksam. Das letztgenannte Einladungsschreiben beinhaltete neben den angesetzten Terminen die Themen der jeweiligen Sitzungen sowie einen prägnanten Cartoon als Blickfang (siehe Anhang). Die Sitzungen fanden im Malraum der FHG statt, der die nötige Ruhe bot, wobei die Teilnehmenden im Kreis um einen Tisch saßen, auf dem das zu bearbeitende Textmaterial ausgebreitet wurde. Zu Beginn der ersten Zusammenkunft legte ich meine Beweggründe für das Angebot offen und klärte über die Anonymisierung der auf diese Weise erhobenen Daten auf. Diese Schritte wiederholte ich jedes Mal, wenn ein neuer Gast der Fokusgruppe beiwohnte. Wie Essien (2009: 68) legte ich die zu diskutierenden Themen vor dem Beginn der Fokusgruppe fest und lenkte die Fragen in eine bestimmte Richtung, wobei die Teilnehmenden gleichzeitig ebenfalls ein Mitspracherecht bezüglich der für sie bedeutsamen Aspekte hatten. TeilnehmerInnen waren neben Sozialarbeiterinnen und Praktikantinnen vor allem psychiatrienerfahrene BesucherInnen der FHG. Die Gruppengröße schwankte mitunter beträchtlich, wobei sich im Laufe der Zeit ein harter Kern aus mehreren Teilnehmenden bildete, der den Treffen, wenn auch nicht jede Woche, so zumindest sehr oft beiwohnte. Ich teile Essiens (2009: 69) Beobachtung, dass Mitglieder der Fokusgruppe aus verschiedenen sozioökonomischen Verhältnissen stammten und differente Ansichten über psychische Krankheiten und Lebensstrategien aufwiesen. Insgesamt fanden 14 Fokusgruppentreffen statt, die ich per Mitschrift dokumentierte.

Die Fokusgruppe bot mir die bereichernde Möglichkeit, verschiedene methodologische Komponenten zusammenzustellen und zu erproben, um unterschiedliche subjektive Zugänge zu den Forschungsschwerpunkten der psychischen Krankheit, Diagnosepraktiken, Therapie und Heilung zu erhalten. Der multimethodale Ansatz soll im Folgenden exemplarisch dargestellt werden: Mein Denkanstoß zu Beginn des Treffens am 27.2.19 zum Thema Psychiatrie I waren zwei *Karteikarten*, auf die ich die folgenden offenen, narrativ ausgelegten Diskussionsfragen notiert hatte: *Was hat mir gut getan/weitergeholfen?* und *Wo sehe ich Verbesserungsmöglichkeiten?* Die Teilnehmenden sollten mir ihre Assoziationen per *free listing* mitteilen. Diese freie Aufzählung von Begrifflichkeiten und Phänomenen soll zugrunde liegende Vorstellungen von Gesundheit, psychischer Erkrankungen und Heilung aufzeigen (vgl. Helman 2001: 268). Im Hintergrund hatte ich für mich ein Kontrollblatt mit folgenden Unterpunkten erstellt, die ich im Laufe der Sitzung abdecken wollte: *Entscheidungsfreiheit/Mitspracherecht bei der Behandlung? Vorbereitung auf Entlassung/Alltag zu Hause? Umgang auf Augenhöhe? Ausreichend Gesprächsangebote? Art der Einweisung (freiwillig, durch Angehörige*

etc.)? Aufklärung durch Psychiater (bezüglich Medikamenten etc.)? Therapieangebote sinnvoll (Ergo-, Musik-, Gruppentherapie o. Ä.)? Ähnlich verfuhr ich am 20.2.19 zum Thema Psychopharmaka, wobei ich diesmal bestimmte forschungsrelevante Schlagworte vorgab und auf sechs Karteikarten in Form von diskussionsanregenden Stichpunkten notierte: *Nutzen <-> Kosten einer medikamentösen Therapie; Alternativen; Absetzen; Hirnstoffwechselstörung; Nebenwirkungen; Gründe für Entscheidung dafür/dagegen*. Am 6.2.19 zum Thema psychische Krankheit II bildeten fünf Karteikarten mit offen formulierten, narrativ ausgelegten Fragen den Diskussionsanstoß: *Welche Ursachen liegen eurer Meinung nach einer psychischen Erkrankung zugrunde? Wann habt ihr einen Arzt/Psychiater aufgesucht? Woran habt ihr gemerkt, dass ihr ‚krank‘ seid? Findet ihr den Krankheitsbegriff sinnvoll/Welche alternativen Bezeichnungen fallen euch ein? Was bedeutet die Krankheit für euch?/Nehmt ihr sie an?/Warum (nicht)?*

Darüber hinaus nutzte ich weitere methodologische Zugänge: Am 16.1.19 zum Thema Diagnose I sowie in der Sitzung vom 30.1.19 zum Thema Krankheit I eröffnete ich die Sitzung mit der Präsentation von jeweils einem humorvoll-provokanten *Cartoon*, zu dem die Teilnehmenden sich äußern sollten. Am 16.1.19 lieferte ich nach einer kurzen theoretischen Einführung in die Thematik *Auszüge aus dem ICD-10* (Deckblatt, Inhaltsverzeichnis, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen als Übersicht sowie exemplarisch das Unterkapitel F31: Bipolare affektive Störung mit Unterformen) zur Ansicht für die Teilnehmenden, die zuvor noch nie Einsicht in dieses Diagnosemanual hatten und sich umfassend darüber austauschten. Nachdem ich ursprünglich zu Beginn jeder Sitzung leicht zugängliches *theoretisches Wissen* über die zu behandelnden Themen vermitteln wollte, nahm ich im Laufe der Zeit zunehmend davon Abstand, um einer Verwissenschaftlichung der niederschwellig konzipierten Fokusgruppe vorzubeugen, da Konzentrationsfähigkeit und Aufnahmekapazität der meisten BesucherInnen eingeschränkt waren und sie sich lieber selbst mit Beiträgen zu Wort meldeten, als allgmeintheoretischen Abhandlungen zu folgen. Aus diesem Grund musste auch das zu Beginn der Fokusgruppenreihe anvisierte *pile sorting* (vgl. Helman 2001: 268) in dieser spezifischen Forschungssituation aufgegeben werden. Es wäre nicht zielführend gewesen, die Teilnehmenden mit dieser komplizierten, einen hohen Grad an Fokussierung und Konzentration erforderlichen Form der Befragung zu überfordern.

Stattdessen wandte ich die Datenerhebungstechnik der *Semantischen Netzwerkanalyse* an, indem ich die TeilnehmerInnen aufforderte, mir ihre Gefühle, Gedanken und Erfahrungen zu einem bestimmten, vorgegebenen Thema zu beschreiben (vgl. Helman 2001: 268). So erstellte ich am 20.3.19 vor der Sitzung ein *Poster*, dessen Zentrum das Stichwort *Alternative Behandlungsformen* bildete und forderte die Teilnehmenden auf, mir ihre Assoziationen qua

kollektiven Brainstormings mitzuteilen. Es folgten zahlreiche Wortbeiträge, die ich auf dem Poster stichpunktartig protokollierte. Für mich hatte ich, für die Teilnehmenden nicht ersichtlich, ein Kontrollblatt mit folgenden in der Sitzung abzudeckenden Stichpunkten erstellt: *Erfahrungen? Wann würdet ihr sie aufsuchen und nicht die Psychiatrie? Ersatz oder Ergänzung zu psychiatrischer Behandlung? Was können alternative Behandlungsformen leisten, was die Psychiatrie nicht kann und umgekehrt?* Dasselbe Vorgehen fand am 27.3.19 zum Thema Stigmatisierung statt. Diesmal hatte ich auf meinem Kontrollblatt für mich folgende in der Sitzung aufzuwerfende Fragestellungen notiert: *Vorurteile/Stereotype, persönliche Erfahrungen, Benachteiligung (finanziell, beruflich, sozial), Mobbing, Outing (Wann? Warum (nicht)?, Wem gegenüber?), Gegenmaßnahmen? Umgang damit?*

Abschließend arbeitete ich im Rahmen einer weiteren methodologischen Abwandlung in der Sitzung am 10.4.19 zum Thema Psychische Krankheit/Störung I mit *Betroffenenzitaten* als Denk- und Diskussionsanstoß. Nach einem kurzen theoretischen Input meinerseits zu den Begriffen Krankheit und Störung präsentierte ich den Teilnehmenden der Fokusgruppe ein Blatt mit acht Zitaten von Psychiatrieerfahrenen außerhalb der FHG, die ich im Rahmen der bisherigen Datenerhebungsphase gewonnen hatte. Alle Zitate beinhalteten das Thema Krankheit bzw. Gesundheit wie z. B. „Wirtschaftliche Interessen stehen hinter dem Konstrukt Krankheit“, „Die Depression ist eine ernste Krankheit und muss vom Psychiater behandelt werden“, „Ich nehme den Krankheitsbegriff an, weil ich mich wirklich eingeschränkt fühle“ und „Man wird einfach in Schubladen gesteckt.“

Die verschiedenen methodologischen Zugänge garantierten vielfältige, abwechslungsreiche Sitzungen und wurden von den Mitgliedern der Fokusgruppe mit unterschiedlich starkem Zuspruch angenommen. Durch die Erprobung vielfältiger Zugänge und Techniken kristallisierten sich im Laufe der Zeit für mich die von den Teilnehmenden favorisierten Gesprächsmethoden und Arbeitsformen heraus, die ich im weiteren Verlauf verstärkt anwandte.

#### **4.3.4. Halboffene Fragebögen**

Neben der oben dargestellten Fokusgruppe erweiterte ich mein Methodenrepertoire gegen Ende der empirischen Datenerhebungsphase um eine schriftliche Befragung qua halboffener Fragebögen in der FHG (siehe Anhang). Wie Sökefeld (2008: 148) ausführt, geht dem Einsatz von Fragebögen in der Regel eine längere Feldforschungsphase voraus, in der die Forscherin relevante Themenvertiefungen der untersuchten Fragestellung aufdeckt sowie Kenntnisse über die für die Forschungsteilnehmenden bedeutsamen Aspekte und deren Verbalisierung gewinnt. Mit dem Verteilen von Fragebögen wird die natürliche Situation zu Gunsten einer

problemorientierten Arbeitsweise verlassen (Fischer 2002: 18). Eine möglichst offene Erhebungsform erachtete ich als sinnvoll, da den Rezipienten dadurch genügend Freiraum eingeräumt wird, um ihre subjektiven Erfahrungs- und Wissenswelten auszuformulieren und für sie substanzielle Bedeutungskomplexe einzubringen, die ich eventuell nicht berücksichtigt hatte. Daher wählte ich neben einer geschlossenen Frage mit vorgegebener Antwortmöglichkeit (Geschlecht) größtenteils offene Fragestellungen (vgl. Sökefeld 2008: 150), die möglichst einfach und eindeutig formuliert waren, so dass die Teilnehmenden den Fragebogen nach der Aushändigung ohne meine Beteiligung ausfüllen konnten. Für etwaige Nachfragen stand ich jedoch ausdrücklich zur Verfügung. Im Einleitungstext klärte ich die Befragten über den forschungsrelevanten Hintergrund dieser Erhebungsform, Datenschutz sowie Anonymisierung auf (vgl. Sökefeld 2008: 159). Neben allgemeinen Daten wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Schulabschluss, Beruf und aktuellem Berufsstand<sup>150</sup> deckte ich folgende, für die Beantwortung meiner Forschungsfrage relevanten Themenbereiche ab: subjektive Sichtweise auf die Krankheitsätiologie, illness-Empfindungen sowie Erfahrungen mit disease-Zuschreibungen, der psychiatrischen Behandlung und einer Pharmakotherapie. Das Sample war, wie von Snow und Anderson (1993) beschrieben, möglichst breit und sollte einen Querschnitt durch alle Formen von Betroffenheit liefern, da ethnografische Erhebungen nicht darauf abzielen, Konsistenz für die Entwicklung statistischer Generalisierungen zu generieren, sondern vielfältige Interpretationsweisen im Sinne einer Polyphonie (Davies 1999: 98). Die Verteilung der Fragebögen erfolgte über mehrere Wochen, so dass auch Teilnehmende, die die FHG nicht wöchentlich aufsuchten, die Chance hatten, an der Befragung zu partizipieren. Wie Sökefeld (2008: 151) bemerkt, werden Fragebogenerhebungen auch bei Informanten durchgeführt, die der Forscherin aus Teilnehmenden Beobachtungen oder informellen Gesprächen nicht gut bekannt sind. Auf Grund verschiedener Aspekte wie Häufigkeit und Länge der Besuche, persönlicher Bereitschaft zur Kooperation etc. haben sich auch im Rahmen meiner Feldforschung zu manchen BesucherInnen der Tagesstätte im Laufe der Zeit intensivere Forschungsbeziehungen entwickelt als zu anderen, deren Stimmen ich mir auf diese Weise einzuholen gedachte. Wie sich herausstellte, waren Letztere jedoch mehrheitlich auch nicht an einer schriftlichen Befragung interessiert.<sup>151</sup> Von den 20 vorbereiteten Exemplaren wurde lediglich knapp die Hälfte von Teilnehmenden ausgefüllt, zu denen ich ohnehin ein gutes For-

---

<sup>150</sup> Da ich im Laufe der bisherigen Feldforschung von zahlreichen Betroffenen erfahren hatte, dass sie (aktuell) nicht (mehr) in ihrem erlernten Beruf tätig waren, sondern Erwerbsminderungsrente bezogen, fachfremd arbeiteten o. Ä., erschien es mir sinnvoll, zwischen *Beruf* und *derzeitigem Berufsstand* zu differenzieren.

<sup>151</sup> Ursprünglich war ich davon ausgegangen, dass das Gefühl der Anonymität und damit der Sicherheit beim Ausfüllen von Fragebögen stärker sei als in einer Interviewsituation und die Gäste deshalb im Schreiben mehr von sich preisgeben würden als im persönlichen Kontakt mit der Forscherin.



schungsverhältnis unterhielt, das sich in einem umfangreichen Datenmaterial unabhängig von den Fragebögen niederschlug. Andere BesucherInnen der FHG erklärten sich zwar bereit, an der schriftlichen Befragung teilzunehmen und nahmen den Fragebogen mit, um ihn zu Hause in Ruhe auszufüllen, vergaßen jedoch, ihn wieder mitzubringen. Als ich sie eine oder mehrere Wochen später wiedersah und mich nach dem Fragebogen erkundigte, erhielt ich jedes Mal die gleiche Antwort: „Oh, den habe ich vergessen. Ich bringe ihn nächste Woche mit!“ Leider kam es in den meisten Fällen nicht dazu. Neben der eingeräumten Vergesslichkeit kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Betroffenen insgeheim doch nicht an der Befragung teilnehmen wollten und sich nicht traute, das offen anzusprechen. Neben diesen Problematiken musste ich nach der Durchsicht der ausgefüllten Fragebögen feststellen, dass die Qualität der erhobenen Daten unbefriedigend ist. So nutzten die meisten Befragten den großzügigen Freiraum nicht, sondern antworteten nur äußerst knapp in Form weniger oberflächlicher Stichpunkte. Ein möglicher Grund kann in der Ungewohntheit gesucht werden, sich schriftlich auszudrücken, da ich von den meisten Teilnehmenden, wie oben angeführt, durch andere methodologische Zugänge, die auf verbale Kommunikationsformen rekurrierten, bereits reichhaltige Ausführungen zu den genannten Themenbereichen erhalten hatte. Vor dem Hintergrund dieser forschungspraktischen Unwägbarkeiten können die spärlichen Daten aus der Fragebogenauswertung in der Gesamtanalyse vernachlässigt werden. Die von mir angewandten Formen der Datenauswertung, Grounded Theory und Feinstrukturanalyse, sollen im folgenden Kapitel präsentiert und evaluiert werden.

#### **4.3.5. Datenauswertung: *Grounded Theory* und Feinstrukturanalyse**

Die Monographie von Barney Glaser und Anselm Strauss<sup>152</sup> *The Discovery of Grounded Theory* aus dem Jahre 1967 bildet die Basis für qualitative Forschung und Analyse gemäß der sog. *Grounded Theory* (O'Reilly 2005: 200), welche die Generierung von Theorie aus qualitativen Daten postuliert (Davies 1999: 198). Die Datenauswertung impliziert für die Autoren sowohl wissenschaftliche als auch künstlerische Fertigkeiten. Das Hauptziel besteht in der Interpretation qualitativer Daten, um Konzepte und Relationen zu entdecken, die zu einem theoretischen Erklärungsschema weiterverarbeitet werden (O'Reilly 2005: 201). Laut Mayring (2002: 106) ist das klassische Anwendungsgebiet der Grounded Theory die Feldforschung, die eine Involviertheit der Forscherin durch Teilnehmende Beobachtung o. Ä. voraussetzt. Da die generierten Theorien in den empirischen Daten begründet sind, weisen sie eine hohe Validität auf. Das induktive Vorgehen des Forschers manifestiert sich in dem Betreten

---

<sup>152</sup> Strauss entwickelte seine Ideen zusammen mit Juliet Corbin später weiter (O'Reilly 2005: 200).

des Feldes ohne Arbeitshypothese, während wenige Forschungsfragen und Problemfelder mitgedacht werden, und einer Skepsis gegenüber theoretischen Konzepten (O'Reilly 2005: 178, 200), bis diese aus dem Datenmaterial emergieren (Scheibelhofer 2006: 320).

Im Rahmen des sogenannten iterativ-zyklischen Prozessmodells der *Grounded Theory* greifen Datengewinnung, -analyse und Theoriebildung zeitlich ineinander (Strübing 2008: 30). So erfolgt eine Überschneidung von Erhebung und Auswertung der Daten, indem theoretische Konzepte und Hypothesen laufend entwickelt, verknüpft und verfeinert werden (Mayring 2002: 105). Während die Interpretation auf die Theorieentwicklung abzielt, dient sie gleichzeitig als Grundlage für die Entscheidung, welche zusätzlichen Daten noch erhoben werden sollen (Flick 2000: 196). O'Reilly (2005: 177, 183) spricht in diesem Zusammenhang von einem spiralförmigen Prozess, in dem sich der Forscher von einer Idee zu Theorie, Forschungsdesign, Datenerhebung, Analyse und empirischen Ergebnissen bewegt, wobei zwei Schritte vorwärts einen oder zwei Schritte zurück implizieren können. Der Forschungsschwerpunkt wird in diesem Prozess sukzessive eingegrenzt (O'Reilly 2005: 98). Im Rahmen dieses rekursiven Forschungsdesigns erfolgt eine mehrfache Abwechslung von Datenerhebung und -analyse, wobei die vorläufigen Analyseergebnisse „unmittelbar in eine zweite und dritte Runde der Materialgewinnung eingespeist“ werden, wodurch der Zyklus von Neuem beginnt (Breidenstein/Hirschauer et. al. 2015: 45). Die kontinuierliche Oszillation zwischen Induktion und Deduktion erfolgt u. a. im Rahmen der Entwicklung und Überprüfung von theoriegeleiteten Arbeitshypothesen (Bock 1992: 91). Das zirkuläre Ablaufmuster verweist darauf, dass Theorieentwürfe nach der Überprüfung an der empirischen Realität fortwährend korrigiert, erweitert oder verworfen werden (Hermanns 1992: 114). Der Daten interpretierende und Theorie produzierende Forscher wird als Subjekt des Forschungsprozesses anerkannt (Strübing 2008: 16). Das Zusammenspiel zwischen Forscherin und ihrem empirischen Material schließt auch den Einbezug eigener Erfahrungen in den Analysevorgang ein (O'Reilly 2005: 200).

Die Aufbereitung des empirischen Datenmaterials erfolgt mit Hilfe von Auswertungskategorien, sog. Codes (Mayring 2002: 105). Das Kodieren, d. h. das Versehen des empirischen Materials mit Kategorien (Davies 1999: 208), soll einen interpretativen Zugang zu den erhobenen Daten ermöglichen (Strübing 2008: 19). Im Rahmen des *offenen Kodierens*, das hauptsächlich auf Vergleichen, dem sog. Dimensionalisieren beruht (Strübing 2008: 21, 23), werden besonders aufschlussreiche Passagen kodiert, wobei die entstehenden Codes den Inhalt der Text-

stellen treffend wiedergeben sollten.<sup>153</sup> Bezeichnungen für Kodes können Aussagen von Informanten darstellen (In-vivo-Kodes) oder aus der Literatur entlehnt sein (konstruierte Kodes) (Flick 2000: 198). Die dem empirischen Material zugeordneten Kodes werden zunächst möglichst textnah und später immer abstrakter formuliert (Strübing 2008: 21). Diese thematische Gliederung des Textmaterials in Kategorien (Merkens 1992: 234) räumt dem empirischen Material Priorität ein, d. h. es werden so lange Kategorien entworfen, bis es abgearbeitet ist (Merkens 1992: 236).<sup>154</sup> Die Zuordnung der Kategorien sollte laufend überprüft werden (Strauss 1987, zitiert nach Meuser/Nagel 2005: 88), wobei eine Textpassage mehreren Kategorien angehören kann (O'Reilly 2005: 186). In meinem Fall erfolgte das Kodieren manuell am PC, ohne computergestützte Software. Auf thematisch passende Inhalte aus meinem Feldtagebuch wird dabei stichpunktartig verwiesen. Da Kontextfaktoren stets im Hinterkopf behalten werden sollten (O'Reilly 2005: 186), legte ich darüber hinaus eine eigene Datei an, in der Informationen wie Alter, Biografie, Krankengeschichte sowie aktuelle Entwicklungen im Leben meiner ForschungsteilnehmerInnen verschriftlicht wurden. Diese deskriptiven, Hintergrundinformationen beschreibenden Ergebnisse sollten später dazu dienen, das Hauptargument zu stützen (O'Reilly 2005: 193, 194). Doch zunächst erfolgte in einem weiteren Schritt das sog. *axiale Kodieren*, das auf mögliche Relationen zwischen Kategorien abzielt, wobei stärkere Relevanzentscheidungen und erste Hypothesen getroffen werden (Strübing 2008: 21). Dieser Prozess erfordert einen ständigen Vergleich zwischen Begriffen, empirischen Phänomenen, Fällen und Fragen an den Text (Flick 2000: 197). Es erfolgt die Auswahl vielversprechender Achsenkategorien, die mit möglichst vielen auf sie passenden Textstellen angereichert (Flick 2000: 201) und weiter abstrahiert werden (Strübing 2008: 27). Dieser Prozess, der das axiale Kodieren auf einem höheren Abstraktionsniveau fortsetzt (Flick 2000: 202), wird als *selektives Kodieren* bezeichnet (Strübing 2008: 21). Strauss (1987, zitiert nach Hermanns 1992: 115) definiert die für die emergierenden theoretischen Konzepte bedeutsamen Kategorien als *Kernkategorien*. Im Laufe der Zeit konnte auch ich aus den einzelnen Kodes Konzepte abstrahieren und als Analyseheuristiken für meine Arbeit verwenden. In den darauffolgenden Monaten fuhr ich damit fort, meine Feldaufzeichnungen den jeweiligen Konzepten zuzuordnen, besonders aussagekräftige Textbeispiele aus meinem Feldtagebuch auszuwählen und für die Arbeit auszuformulieren. Die weitere Abstrahierung erfolgte im Rahmen einer Loslö-

---

<sup>153</sup> Die gebildeten Kategorien sollten analytische und metaphorische Qualitäten besitzen, wobei die analytische Kraft in der Möglichkeit theoretischer Generalisierung besteht, während die Metaphorik ein Sinnverständnis ohne zusätzliche Erläuterungen garantieren soll (Strauss 1987: 33, zitiert nach Meuser/Nagel 2005: 87).

<sup>154</sup> Im umgekehrten Fall würde der Entwurf eines Kategoriensystems vorausgehen, dem das Datenmaterial zugeordnet und unpassende Feldaufzeichnungen verworfen werden würden (Merkens 1992: 136).

sung von den Texten und ihren Terminologien, indem diese in ethnografische Diskurse übersetzt werden, „um einen Anschluss der Interpretation an allgemeinere disziplinäre Diskussionen zu ermöglichen.“ (Strauss 1987, zitiert nach Meuser/Nagel 2005: 88) Im Rahmen der sog. theoretischen Generalisierungen wird aus einer erweiterten Perspektive der Fachterminologie eine Interpretation der empirisch generalisierten Tatbestände durchgeführt. Die Anwendung ethnologischer Theorien auf das Datenmaterial (Meuser/Nagel 2005: 89) bedingt drei Entscheidungsalternativen: Wenn sich die Konzepte als inadäquat herausstellen, müssen sie angereichert und aufgefüllt werden. Im Falle einer Falsifizierung sollten durch die entdeckten Zusammenhänge Neuformulierungen theoretischer Erklärungen vorgenommen werden. In einem anderen Fall gelten die Konzepte als bestätigt. Je weiter der Auswertungsprozess vorangeschritten ist, desto notwendiger erscheint es, einen Schritt zurückzugehen, um die Angemessenheit einer Generalisierung sowie ihrer Fundierung in den Daten zu überprüfen (Meuser/Nagel 2005: 90, 91). Strauss verlässt sich hier „auf die Korrekturwirkung der Daten selbst“, so dass eine falsche Interpretation zu Ungereimtheiten im Laufe der Analyse weiterer Daten führt und eine Neuinterpretation der ursprünglichen Daten erfordert (Hermanns 1992: 118). „Die Analyse und Theorieentwicklung zielen darauf ab, Muster in den Daten sowie Bedingungen, unter denen diese zutreffen, zu entdecken. (...) Schließlich wird die Theorie ausformuliert und erneut an den Daten überprüft.“ (Flick 2000: 203) Die Überprüfung des Prozesses der Datenerhebung, -kodierung und -analyse durch die im Entstehen begriffene Theorie wird als *Theoretisches Sampling* bezeichnet (Strübing 2008: 30). Die Auswahl der Analysepassagen erfolgt dabei unter Berücksichtigung der Fragestellungen und Ergebnisse, die bisher bereits gewonnen wurden (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 327). Darüber hinaus können Differenzierungen, Erweiterungen und Modifikationen des theoretischen Modells erarbeitet werden, welche die konzeptuelle Dichte der Theorie erhöhen können, „indem Varianten des Phänomens systematisch erarbeitet und durch übergreifende Kategorien integriert werden“. Zudem kann eine Erhöhung der theoretischen Reichweite erzielt werden, indem der Untersuchungsbereich erweitert wird (Strübing 2008: 33). Am Ende dieses Prozesses steht die Saturierung der generierten Theorie (Hermanns 1992: 117), die Glaser und Strauss wie folgt definieren:

„Als ‚theoretische Sättigung‘ bezeichnen Glaser und Strauss ‚das Kriterium, um zu beurteilen, wann mit dem Sampling (je Kategorie) aufgehört werden kann‘ (1998: 69). Mit Sättigung ist der Punkt im Verlauf der Analyse gemeint, an dem zusätzliche Daten und eine weitere Auswertung keine neuen Eigenschaften der Kategorie mehr erbringt und auch zu keiner Verfeinerung des Wissens um diese Kategorie mehr beiträgt.“ (Strübing 2008: 33)

Die theoretische Sättigung ist beispielsweise erreicht, wenn sich Illustrationen für eine Kategorie im Material wiederholen. Sie kann sowohl auf theoretische Konzepte als auch Theorien angewandt werden (Strübing 2008: 33).<sup>155</sup> Die Anwendbarkeit der empirischen Generalisierung bleibt jedoch auf das vorliegende Datenmaterial begrenzt (Meuser/Nagel 2005: 89). Die aus dem empirischen Material begründete Theorie wird von Glaser und Strauss daher als *gegenstandsbezogene Theorie* bezeichnet. Erst der Vergleich verschiedener gegenstandsbezogener Theorien kann zu der Entwicklung einer ‚formalen Theorie‘ führen (Hermanns 1992: 114). Im Rahmen weiterer schrittweiser Generalisierungen sollen formale Theorien über die Entstehungskontexte der gegenstands begründeten Theorie hinaus Gültigkeit besitzen, die durch die Anwendung auf verschiedene Kontexte überprüft werden kann (Flick 2000: 205).

Die Aufbereitung ausgewählter Passagen aus den Feldaufzeichnungen im Rahmen einer hermeneutischen Erschließung erfolgte qua *Feinstrukturanalyse*, einer Abwandlung der Sequenzanalyse nach Oevermann. Ziel ist „die Erfassung von Sinngehalten, die sich in der selektiven Abfolge kleinster Gesprächseinheiten reproduzieren.“ (Froschauer/Lueger 2003: 110) Zunächst wird die Grobstruktur des Gesamttextes durch eine Gliederung in Erzählsegmente erarbeitet (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 317). Die Segmentierung kann in Texteinheiten erfolgen, die größeren thematischen, lebenszeitlichen oder ereignisreichen Abschnitten entsprechen. Innerhalb größerer Segmente wie eines lebensgeschichtlichen Abschnitts werden Subsegmente identifiziert und Haupt- und Nebenerzähllinien erkannt (ebd.: 318). In einem nächsten Schritt wird eine intensive Wort-für-Wort-Analyse (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 317) kurzer, entscheidender Textstellen (Froschauer/Lueger 2003: 111) vorgenommen, um die pragmatisch-rhetorischen Aspekte interaktiver Wirklichkeitsherstellung auszuarbeiten (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 317). In der Regel wird ein zu analysierender Textausschnitt von ca. vier bis acht Zeilen gewählt, wobei die zeitliche Abfolge bei der Sequentialität berücksichtigt werden soll, d. h. nachfolgende Textstellen bleiben bei der Interpretation unberücksichtigt (Froschauer/Lueger 2003: 112, 114). Das Teilungskriterium stellt üblicherweise eine syntaktische Regel bzw. Pause dar (Froschauer/Lueger 2003: 114). Die so abgegrenzten Ausschnitte sollten handlungslogisch, erzählstrukturell und thematisch abgeschlossen sein (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 319). Im Rahmen der Interpretation wird zunächst eine Paraphrase vorgenommen (Froschauer/Lueger 2003: 115). In einem weiteren Schritt wird der Text Wort für Wort bzw. Satz für Satz sequenziell durchgearbeitet, wobei die Einbettung der

---

<sup>155</sup> O'Reilly (2005: 198) gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken: „A concept and a theory cannot easily be distinguished, since a theory is often built on one or more concepts, but theories vary in the extent to which they explain, or offer abstract propositions about, an entire society or limited aspects of social life“.

Stelle in die größere Texteinheit berücksichtigt wird, d. h. man pendelt zwischen Wort- und Strukturebene (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 320). Erst später erfolgt eine Ordnung der Interpretation in Themen und Probleme (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 324). Intentionen und Funktionen der Äußerungen, d. h. der subjektive Sinn, stehen im Fokus der Analyse (Froschauer/Lueger 2003: 115). Prägnante W-Fragen werden schwerpunktmäßig untersucht (Was wird von der Erzählerin wie und wozu auf diese Weise dargestellt?), wobei für jede Äußerung der Kontextbezug und interaktive Konsequenzen berücksichtigt werden (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 321). Untersucht werden zudem latente Bedeutungen sowie die sich aus der Sinneinheit ergebende Rollenverteilung, d. h. die Struktur und Dynamik sozialer Beziehungen. Darüber hinaus wird der Frage nachgegangen, welche Optionen sich für die nächste Sinneinheit ergeben, um die laufende Interpretation kritisch zu überprüfen (Froschauer/Lueger 2003: 117, 118). Nachdem mehrere Sequenzanalysen thematisch bzw. problemstrukturell geordnet wurden, werden sie auf die wesentlichen wiederkehrenden Kernkonzepte, abstraktere Strukturmerkmale und Befunde untersucht (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 327). An diesem Punkt erfolgen die Abkehr der sequenziellen Betrachtungsweise und die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen unterschiedlichen Textstellen. Abstrahierungen entlang folgender Dimensionen können vorgenommen werden: Problembereiche, Deutungsmuster sowie Handlungs- und Selbstdarstellungsstrategien (ebd.: 328). Im Anschluss daran erfolgt eine Entscheidung, welche Fragestellungen nicht weiter behandelt werden sollen (ebd.: 327). Relevante Ausschnitte werden gebündelt und vertieft, in der Textarbeit entstandene Hypothesen überprüft sowie Literatur eingearbeitet. Weitere Feldaufzeichnungen, die zu der Prüfung und Vertiefung der Hypothese sowie zum Fokusthema passen, werden ausgewählt (theoretisches Sampling, s. o.) (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 328). In einer zusammenfassenden Interpretation werden Annahmen geprüft, neu formuliert, korrigiert und gegebenenfalls ergänzt (Froschauer/Lueger 2003: 120). Eine konsistente Gesamtperspektive soll entwickelt werden, die sich nach den wesentlichen Fragestellungen richtet, die Darstellungen zusammenführt und die Terminologie vereinheitlicht. Abschließend werden die Ergebnisse zu einschlägigen Theorien in Bezug gesetzt und evaluiert, ob sie die Literatur ergänzen, bestätigen, ihr widersprechen oder sie modifizieren (s. o.) (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 329).

O'Reilly (2005: 203) gibt zu bedenken, dass jede Feldforschung der Grounded Theory gemäß neue Theorien generiert, eine Praxis, die für angestrebte Generalisierungen im Rahmen von Metaanalysen wenig effizient erscheint. Für die Auswertung der empirischen Ergebnisse einer lokal begrenzten ethnologischen Dissertationsstudie erwies sich dieses hermeneutische Verfahren jedoch als geeignet. Die beschriebenen Auswertungsverfahren der Feinstrukturanalyse und Grounded Theory ermöglichten es mir, das empirische Material inhaltlich zu ordnen,

interpretativ zu erschließen, entscheidende Konzepte herauszuarbeiten, mit ethnografischer Literatur in Beziehung zu setzen und nach mehreren Durchgängen der Datenerhebung, Analyse und theoretischem Sampling das theoretische Konzept des *disease comfort* auszuformulieren, das in Kapitel 6 ausführlich präsentiert wird. Vor der Darstellung der empirischen Ergebnisse sollen jedoch zunächst der Zugang zum Feld, meine Doppelrolle als Forscherin und Psychiatrieerfahrene sowie feldspezifische Problematiken einer kritischen Reflexion unterzogen werden.

#### **4.4. Reflexion**

##### **4.4.1. Zugang zu Feld und Forschungseinrichtungen**

Qualitativ arbeitende SozialwissenschaftlerInnen reflektieren O'Reilly (2005: 59) zufolge zunehmend ihre eigenen Rollen, Positionen, Erwartungen, Voreingenommenheiten, politischen Verflechtungen sowie Freundschaften inner- und außerhalb des Feldes in einem Bewusstsein für die soziale Konstruiertheit ethnografischer Studien. Der Zugang zu dem Untersuchungsgegenstand ist in diese reflexive Betrachtungsweise einzubeziehen, da er laut Breidenstein, Hirschauer et. al. (2015: 59) auf Grund seiner für die Beobachtung und Analyse des Feldes reichhaltigen Erkenntnisquellen bereits als Bestandteil der Forschung anzusehen ist. Eine entscheidende Rolle spielen in diesem Zusammenhang sog. *gatekeeper*, die den Feldzugang regeln (Breidenstein/Hirschauer et. al. 2015: 52) und im Folgenden einer kritischen Betrachtung unterzogen werden sollen: Sowohl in niederschweligen Hilfseinrichtungen für Menschen mit psychischen Problemen als auch psychiatrischen Kliniken sorgen *gatekeeper* mitunter dafür, dass der erhoffte Zugang zum Feld verschlossen bleibt. So schrieb ich die Verantwortliche einer Selbsthilfegruppe der SMK zweimal an, erhielt jedoch keinerlei Rückmeldung. Nach einer dritten Nachfrage meinerseits erhielt ich eine kurze Absage, ohne dass mir Gelegenheit eingeräumt wurde, mich und mein Forschungsprojekt den TeilnehmerInnen der Selbsthilfegruppe vorzustellen. In der Begründung der Absage hieß es sinngemäß: „Ich habe die Teilnehmer gefragt, ob sie es wollen und sie waren dagegen.“ Es lässt sich leicht imaginieren, wie eine solche Befragung ausgesehen haben könnte: Die Gruppenleiterin teilt den Versammelten am Anfang der Sitzung, überspitzt formuliert, mit: „Da ist jemand, der über euch forschen will. Aus der *Ethnologie*?! Wollt ihr das?“ Unter solchen Umständen ist es nicht verwunderlich, wenn die Teilnehmenden sich dagegen aussprechen. Eine ähnliche, noch interessantere Situation erlebte ich in der FHG. Nachdem mir im Vorstellungsgespräch mit der Geschäftsführung am 11.1.17 die Teilnahme am von der FHG angebotenen Gesprächskreis U35 zugesichert worden war, wurde diese Zusage am 5.3.17 plötzlich per E-Mail widerrufen. Daraufhin trug ich einige Gegenargumente vor, die die FHG-Mitarbeiterin zu

überzeugen schienen, denn noch am selben Tag antwortete sie mir schriftlich und gestattete mir jetzt nun doch, am Gesprächskreis U35 teilzunehmen. Doch als ich mich zwei Tage später in der FHG einfand und den Gruppenraum betrat, um an der ersten Sitzung teilzunehmen, eilte die FHG-Mitarbeiterin auf mich zu, um mich wieder hinauszukomplimentieren. Dann eröffnete sie mir, dass ich nun doch nicht in meiner Rolle als Forscherin am Gesprächskreis teilnehmen dürfe. Als Begründung für diese doppelte Kehrtwende hieß es auf einmal, der Gesprächskreis U35 sei für mein Forschungsprojekt „nicht geeignet“. Erneut wurde mir nicht einmal die Möglichkeit eingeräumt, die TeilnehmerInnen persönlich zu sprechen. Diese (in jenem Augenblick für mich nicht sehr lustige) Anekdote verdeutlicht ein Dilemma, das nicht nur im Rahmen geplanter (sozialwissenschaftlicher) Studien in psychiatrischen Kliniken zutage tritt. Dort müssen vor der Bewilligung einer Feldforschung aufwändige Anträge bei Ethikkommissionen gestellt werden. Ursprünglich wurden diese laut Faulkner und Tallis (2009: 56) implementiert, um PatientInnen vor potentiell schädlichen Forschungsvorhaben zu schützen.<sup>156</sup> Von vielen Interessenten werden die Vorgaben von Ethikkommissionen jedoch als zu überwindendes Hindernis gesehen und weniger als Quelle nützlicher Anweisungen für eine ethische Forschungspraxis. Faulkner und Tallis (2009: 59) kritisieren, dass die erforderlichen Formulare nicht auf qualitative Sozialforschung ausgerichtet sind:

„The forms that had to be filled out were written in a way that implied you would be doing a randomized controlled trial (...). The forms were not in any way ‚user friendly‘, and did not seem to be designed for research that might want to ‚measure‘ people’s thoughts and feelings around something they had experienced.“

So erfordert das Erkenntnisinteresse ethnografischer Studien ein dem jeweiligen empirischen Kontext angepasstes, gegenstandsbezogenes Forschungsdesign. Durch den Wechsel von induktiven und deduktiven Verfahren der Datengenerierung können im Laufe des Forschungsprozesses durch neue empirische Erkenntnisse sowohl methodologische als auch epistemologische Modifizierungen vorgenommen werden, weshalb es nahezu unmöglich ist, Forderungen von Ethikkomitees nachzukommen, im Voraus eine exakte Formulierung der Forschungsfragen vorzunehmen (Deutsche Gesellschaft für Sozial- und Kulturanthropologie e. V.<sup>157</sup> 2020 (2): 2). Die offen angelegten, interaktiven und kollaborativen Datenerhebungsformen können im Laufe des Feldaufenthaltes zu Veränderungen der Rollen-, Macht- sowie Reziprozitätsverhältnisse führen, was eine dynamische Anpassung des Forschungsdesigns erfordert (DGSKA 2020 (1): 1). Eine graduelle Erschließung der relevanten Fragestellungen und Forschungsfelder kann dazu führen, dass soziale Konstellationen und Situationen vor Ort auftre-

---

<sup>156</sup> Vor diesem Hintergrund merken Faulkner und Tallis (2009: 60) kritisch an: „Würde ein Ethikkomitee beispielsweise einem Sozialforscher mit Multipler Sklerose gegenüber die Erlaubnis für ein Interview mit anderen Betroffenen einfordern (Übersetzung S. T.)?“

<sup>157</sup> In den folgenden Zitaten verwende ich die Abkürzung DGSKA.



ten, die bei der Planung der Forschung nicht abzusehen waren (DGSKA 2020 (2): 3). Da die ethnologische Forschungspraxis auf Wissensgenerierung angelegt ist und nicht auf eine reine Hypothesenprüfung, ist ein prozessuales Ethikmanagement erforderlich (DGSKA 2020 (1): 2). Das Einholen der informierten Zustimmung der ForschungspartnerInnen sollte situationsabhängig und einzelfallbezogen erfolgen, während das Abarbeiten einfacher Checklisten als nicht adäquat betrachtet wird (DGSKA 2020 (2): 3). Im Gegensatz zu Forderungen von Ethikkomitees werden in der ethnografischen Praxis keine universellen ethischen Normen im Rahmen eines starren normativen Regelwerkes proklamiert, sondern Eigenverantwortung, selbstverpflichtende Erklärungen und die eigene ethische Urteilskraft der Forscherin (Hahn/Hornbacher et. al. 2008: 2). Diese grundlegenden epistemologischen, forschungsvorbereitenden und -praktischen Differenzen können das Einholen einer Forschungserlaubnis für qualitative ethnografische Studien bei Ethikkomitees erheblich erschweren. Breidenstein, Hirschauer et. al. (2015: 50, 51) argumentieren, dass schwere Erreichbarkeit und eine „hochkompetente[] Abwehr von Zugangsversuchen – im Extremfall unter Hinweis darauf, dass die Forscher angeblich Forschungsstandards nicht gerecht würden“ u. a. institutionellen Machterhaltungsinteressen dienen. So führt Tschudin (2001, zitiert nach Faulkner/Tallis 2009: 60) an, dass europäische Ethikkommissionen ein paternalistisches Klima erzeugen, das alternative außerfachliche Herangehensweisen tendenziell ausschließt. Darüber hinaus kann der postulierte Schutz der PatientInnen vor möglichen schädlichen Einflüssen unangemessene und bevormundende Formen annehmen (Faulkner/Tallis 2009: 57). In meinem konkreten Fall stellt sich die Frage, warum mir in den beiden Selbsthilfegruppen nicht einmal ein Kennenlerntermin mit allen Beteiligten konzidiert wurde, in dem ich in Ruhe Fragen über meine Person, die fachliche Anbindung<sup>158</sup> und das Forschungsprojekt hätte beantworten können, um etwaige Ängste und Unsicherheiten seitens der Betroffenen abzubauen. Der Grat zwischen dem berechtigten angestrebten Schutz der KlientInnen vor unangemessener Beforschung und paternalistischer Bevormundung scheint in manchen Fällen so schmal zu sein, dass ein gemeinsames Aushandeln der Forschungspartizipation unter besonderer Berücksichtigung der Meinungsbildung der Zielgruppe nicht erwünscht ist. Der Ruf nach mehr Selbstbestimmtheit, Eigenverantwortung und Empowerment Betroffener, der in Psychiatrien und Hilfseinrichtungen für Menschen mit psychischen Problemen immer wieder artikuliert wird, kann nur schwerlich realisiert werden, wenn die Beschneidung der Entscheidungsfreiheit institutionelle Strukturen, Denkmuster und Handlungsabläufe durchzieht. Ich stimme mit dem Betroffene-

---

<sup>158</sup> Wie sich gerade zu Beginn der Feldforschung zeigte, hatten viele Betroffene erhebliche Vorbehalte gegenüber der Ethnologie, ihrem Gegenstandsbereich sowie der Sinnhaftigkeit einer in diesem Fach verorteten Studie über Menschen mit psychischen Problemen.

nator Telfer (2004: 77) überein, der argumentiert: „The rejection of my request to attend the meetings of this organization meant that I had to grapple with the implications of not being able to secure full and unconstrained access to a group of people who appeared absolutely critical to my research project.”

Dass ein gemeinsames Aushandeln der Forschungsteilnahme zwischen Ethnologin und Betroffenen ohne Beteiligung von Mittelsmännern bzw. gatekeepern funktionieren kann, verdeutlichte der Zugang zu der Frauenfrühstücksgruppe der SMK. Hier erhielt ich die Gelegenheit, mit den Betroffenen in direkten Kontakt zu treten und im Rahmen eines Kennenlernertermins mit den Teilnehmerinnen das Dissertationsprojekt zu besprechen sowie Art und Umfang der Datenerhebung festzulegen.

#### **4.4.2. Doppelrolle Forscherin <-> Betroffene**

Wenn der Zugang zum Feld gesichert wurde, beinhaltet die ethnologische Feldforschung das Teilen intimer Informationen sowie den Aufbau von einem vertrauensvollen Verhältnis im Rahmen von gegenseitigem Respekt (Funk/Thajib 2019: 137). Die Grenze zwischen professioneller und persönlicher Kommunikation verläuft in diesem Prozess fließend, da Ethnografen ihre Persönlichkeit als epistemologisches Werkzeug nutzen (von Vacano 2019: 80). Rollenkonflikte und -unsicherheiten können aus der kontinuierlichen Oszillation des Ethnografen zwischen teilnehmen und beobachten, emischer und etischer Perspektive, Insider und Outsider, positivistisch-distanzierten und emotional involvierten Positionalitäten (Brocco/Rutert 2019: 23, 24) sowie den simultanen Rollen des professionellen Forschers und der Privatperson (Thajib/Dinkelaker et. al. 2019: 9) resultieren. In diesem Sinne kann Ethnografie als ein hybrides Unternehmen zwischen professionellen und privaten Dimensionen verstanden werden (Rehsmann 2019: 199). Debatten um Positionalität standen ab Mitte der 1980er-Jahre im Rahmen des *reflexive turn* im Fokus. Literatur über Positionalität emergierte aus feministischen, poststrukturalistischen und postkolonialen Traditionen, welche die methodologische Hegemonie des neo-positivistischen Empirizismus sowie der empirischen Unvoreingenommenheit und objektivistischen Neutralität infrage stellten und das Bewusstsein für strukturelle Machtungleichheiten weckten (Brocco/Rutert 2019: 23, 24). Rollenkonflikte können ein essentielles analytisches Werkzeug für Selbstreflexion und Datenanalyse darstellen, da sie ein tieferes Verständnis für die Beteiligten fördern (Brocco/Rutert 2019: 27). Neben einer unablässigen Reflexion des Spannungsfeldes zwischen eigen und fremd (Beer 2008: 32) standen für mich die kritische Beleuchtung der eigenen Rollenambiguität und daraus resultierende potentielle Rollenkonflikte im Fokus: Die Nutzerforscherin Church (2013: 189) beschreibt

ihren ambivalenten Status mit den treffenden Worten: „I continue to experience myself as a sort of hybrid creature: neither in nor out, betwixt and between the survivor community and the academy”.

Murphy (1987: 3), ein weiterer Betroffenenautor, sah sich zeitgleich als Subjekt und Objekt der Feldforschung, während er sowohl als Autor und Hauptfigur als auch als Ethnograf und Informant in Erscheinung trat. Trotz des offensichtlichen lebensgeschichtlichen Bezuges möchte er seine Studie nicht als persönliche Autobiografie verstanden wissen. Reedy und King (2019: 576) sprechen in diesem Zusammenhang von „conflicting researcher identities“, die der Betroffenenforscher Telfer (2004: 71) wie folgt beschreibt: Die komplexe Kombination mehrerer Faktoren wie die feldspezifische Situation, das eigene Geschlecht, der akademische Status und das persönliche Auftreten hält eine Vielzahl an ethnografischen Möglichkeiten, Einschränkungen, Verpflichtungen und misslichen Situationen bereit. Telfer (2004: 78) bezeichnet seine Forscherrolle als polyseme Position von sowohl Insider als auch Outsider in unterschiedlichen Feldkontexten.

Nach Abu-Lughod (1991, zitiert nach Colic-Peisker 2004: 91) sollten Autoanthropologen das Gewirr an Widersprüchen und Unsicherheiten lösen, das die Korrelationen zwischen persönlicher Erfahrung, Wissenschaftlichkeit, Professionalität und persönlicher Narrative umgibt. Das fortwährende Aushandeln der Forscher-Betroffenen-Identität und daraus resultierende Rollenkonflikte erfordern ein hohes Maß an Selbstreflexion. Indem solche Spannungsfelder identifiziert, akzeptiert und untersucht werden, können sie als Erkenntnisquelle dienen und die akademische Forschungsarbeit bereichern, anstatt sie zu beeinträchtigen (Reedy/King 2019: 581). So bemerkt die Autoethnografin Colic-Peisker (2004: 91, 92), dass sie sich auf Grund der Tatsache, dass ihre Ethnografie teilweise autobiografischer Natur war, dazu veranlasst sah, ihre eigene Positionalität anzuerkennen und zu erforschen. Auf diese Weise wurden ihre eigenen Erfahrungen zu einem wertvollen heuristischen Hilfsmittel im Rahmen einer theoretischen Sensibilisierung. Die holistische Einbringung der Forscherin wird von SozialwissenschaftlerInnen daher zunehmend als berechtigter Forschungsansatz anerkannt (Colic-Peisker 2004: 92), der einer Ethnografie Authentizität verleihen kann (Colic-Peisker 2004: 86). Murphy (1987: 136) argumentiert: „Given the subjective element in all research by humans on humans, I was not too worried about my own objectivity. (...) I have to be on guard continually against projection.” Daher sollten Autoethnografen im Rahmen einer Dezentrierung der eigenen Perspektive nicht der Annahme verfallen, dass ihre eigenen Erfahrungen mit psychischen bzw. physischen Beeinträchtigungen jenen der Forschungsteilnehmenden entspre-

chen (Murphy 1987: 115).<sup>159</sup> Im Zuge dieses sog. *sampling bias* sollten sich InsiderforscherInnen sowohl vor der Gefahr der Projektion ihrer Sichtweisen auf die zu untersuchende Gemeinschaft (Aguilar 1981: 23) als auch vor der Annahme schützen, dass sie die von den Befragten vorgetragenen Erlebnisberichte auf Anhieb verstehen (Telfer 2004: 79). Erschwert wird diese Aufrechterhaltung einer offenen, unvoreingenommenen Herangehensweise dadurch, dass viele Informanten – wie bereits von Telfer (2004: 79) beobachtet – davon ausgehen, dass die eigene Betroffenheit des Forschers weitere Erklärungen erübrigt. So zeigten sich viele Forschungsteilnehmenden von meinen zahlreichen Nach- und Verständnisfragen irritiert, indem sie antworteten: „Warum fragst du das überhaupt? Du weißt doch, wie es in der Psychiatrie läuft!“ Da ich mir darüber hinaus der erhöhten Gefahr des *going native*, d. h. des Eintauchens in eine Kultur (Spittler 2001: 14) unter dem Verlust der kritischen Distanz (Bock 1992: 92), bewusst war, entschied ich mich im Zweifelsfall für die Akzentuierung der Forscherrolle, was zur Folge hatte, dass ich nicht so viel Nähe zu den Befragten in den Hilfseinrichtungen zuließ, wie vor dem Hintergrund meiner eigenen Betroffenheit möglich gewesen wäre. Denn wie Murphy (1987: 114) bereits beobachten konnte, herrscht unter PatientInnen oftmals eine weitgehend egalitäre Sozialstruktur vor, die er selbstironisch wie folgt beschreibt:

„I have (...) almost always [been] the holder of the most prestigious professional position. Nobody, however, has called me ‚doctor‘ or ‚professor‘ or even ‚mister‘; they have used only first names. There has been some deference to the fact that I was more informed about disability than most of them, but it has given me little authority. In fact, I have often been chagrined to find that many of my opinions have been shrugged off – a blow to the ego of somebody accustomed to having his audiences take notes on everything he says. (...) Much more serious attention was paid to (...) outside ‚experts‘. The disabled thus engage in the same invidious distinctions and practices they ostensibly deplore.“

Weitere Maßnahmen einer kritischen Distanzierung vom Feld bestehen Srinivas (1966, zitiert nach Aguilar 1981: 24) zufolge im Austausch mit wissenschaftlichen Kollegen sowie in der fachspezifischen Deskription und Analyse der Forschungsergebnisse.

Insgesamt betrachtet, stimme ich mit Telfer (2004: 80, 81) überein, der schlussfolgert, dass seine biografische Positionierung manche Problemfelder zur Folge hatte, ihm jedoch viele Türen geöffnet hat, die andernfalls verschlossen geblieben wären. Auch für mich lagen die überwiegenden Vorteile der Verortung in der Auto-anthropology und user-led research darin, dass ich ohne die Offenlegung meiner persönlichen Betroffenheit weder zum BPE noch zu den Selbsthilfegruppen der SMK Zugang erhalten hätte. Nachdem manche Gäste der Hilfsein-

---

<sup>159</sup> In diesem Zusammenhang ist auch die selektive Wahrnehmung erwähnenswert, da Vorwissen, theoretische Ausbildung, Voreingenommenheiten, Sozialisation, individuelle Persönlichkeit o. Ä. determinieren, welche Phänomene der sozialen Interaktion wahrgenommen und als besonders signifikant bewertet werden (Kohl 2012: 119). Omer, Alon et. al. (2007: 52) konstatieren, dass daraus resultierende Beschreibungen den Gegenstandsbereich nicht neutral abbilden, sondern verändernd in ihn eingreifen und ihn mitgestalten.

richtungen im persönlichen Gespräch zunächst verhalten, distanziert und misstrauisch reagiert hatten, als der Begriff „Doktorarbeit“ gefallen war, zeigten sie sich deutlich aufgeschlossener und interessierter, als sie von meiner eigenen Betroffenheit erfuhren. Oftmals äußerten sie sich mit den Worten: „Das finde ich gut! Nicht, dass du auch krank bist, sondern, dass Betroffene selber forschen.“ Zudem wurde meine Bereitschaft, bestimmte Aspekte der persönlichen Erfahrung offenzulegen, von vielen Forschungsteilnehmenden als Signum meiner Vertrauenswürdigkeit betrachtet. Die von mir im Laufe der Zeit bereitgestellten lebensgeschichtlichen Informationen definierten meinen Insider-Outsider-Status laufend neu (vgl. Telfer 2004: 79). Auch Rehsmann (2019: 195, 196) argumentiert, dass ihre Doppelrolle als Forscherin und Angehörige eines Krebspatienten sowohl ihre ethnografische Feldforschung als auch die Datenauswertung bereichert habe. Durch ihre persönlichen Erfahrungen der Betroffenheit entwickelte sie ein tieferes Verständnis von Krankheit, Betroffenenarrativen, dem Krankenhausalltag und sich selbst als Privatperson und Ethnografin. Sie (Rehsmann 2019: 199) führt an, dass das Verschweigen der Synchronität ihrer persönlichen und professionellen Involviertheit nicht aufrichtig und unreflektiert gewesen wäre.

Hinsichtlich des in Feldforschungsbeziehungen als Ideal apostrophierten Konzeptes der Reziprozität (von Vacano 2019: 79) stimme ich mit Perujo (2019: 107) überein, die argumentiert, dass das empathische, nicht-wertende Zuhören der Ethnografin eine diskursive Arena des gegenseitigen Austausches zwischen Forschungsteilnehmenden und Ethnologin darstellte, von dem beide Seiten profitierten:

„In return for the wealth of data my informants provided, I offered them supportive listening, empathy, and comforting company. Sharing in their often painful experiences provided crucial insight into the research topic for me, and at the same time, provided a valuable opportunity for them to release these negative emotions and rely on my supportive presence. I was there for them and I felt with them.” (Perujo 2019: 104)

Darüber hinaus kann die bewusste Entscheidung für eine Anthropology at Home bzw. Autoethnography als Akt der Reziprozität betrachtet werden, da Machtasymmetrien durch das Teilen bestimmter Positionalitäten wie in der Betroffenenforschung abgebaut werden können (vgl. von Vacano 2019: 81).

#### **4.4.3. Feldspezifische Problemstellungen**

Neben den oben dargestellten positiven Erfahrungen wurde ich im Laufe der empirischen Datenerhebungsphase mit feldspezifischen Herausforderungen und Problematiken konfrontiert, die im Folgenden illustriert werden sollen: Die einheimische Ethnologin Estroff (1981: xvii) konstatiert, dass ihr Geschlecht im Rahmen der Feldforschung mitunter hinderlich war, da über die Hälfte der Forschungsteilnehmenden männlich waren, was im Laufe der Studie zu

Spannungen führte. So schien es Estroff (1981: xvii) oftmals unangemessen, als einzige Frau an den Gruppentreffen teilzunehmen. Eine ähnliche Erfahrung machte ich während meiner Besuche im Club 55, der überwiegend von Männern<sup>160</sup> einer höheren Altersgruppe frequentiert wird. Als junge, weibliche Forscherin fühlte ich mich in dieser Runde des Öfteren unwohl und deplatziert, was im weiteren Verlauf dazu führte, dass ich den Club 55 nur noch selten aufsuchte. Ich stimme mit Estroff (1981: xvii) überein, die schlussfolgert, dass die Zusammenarbeit mit einem (älteren) männlichen Forschungskollegen an dieser Stelle hilfreich gewesen wäre. Doch nicht nur Alters- und Genderkonstellationen können situationsspezifisch hinderlich sein, sondern auch Familienstand und akademischer Status, wie ich im Rahmen des Frauenfrühstücks der SMK erfuhr. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmerinnen der Frauengruppe hatte nicht studiert, sondern eine Lehre absolviert bzw. einen Ausbildungsberuf gewählt, den sie nicht mehr ausübten, waren über 50 Jahre alt und geschieden. Die Themenschwerpunkte bestanden hauptsächlich in Garten- und Hausarbeit, Scheidung sowie Erzählungen über Kinder und Enkelkinder. Als ledige, kinderlose, jüngere Frau mit akademischem Hintergrund fiel es mir oftmals schwer, mich in diesem Gesprächsverlauf aktiv einzubringen. So fand ich mich größtenteils in der Rolle als interessierte ZuhörerIn wieder.

Wie Colic-Peisker (2004: 87, 88) erlebte ich zudem, dass mein universitärer Hintergrund den Insiderstatus als Betroffene beeinträchtigte. Chatterton et. al. (2010, zitiert nach Reedy/King 2019: 575) bemerken, dass Akademiker mitunter als ausbeuterisch, verantwortungslos, hochmütig und voreingenommen vorverurteilt werden. Die Betroffene Sonja La, die ihr Studium auf Grund einer psychischen Erkrankung abbrechen musste (La 2017: 13), berichtet von einer ablehnenden Haltung einiger Mitglieder des BPE ihr gegenüber und erklärt das mit Hilfe des Konzeptes des Psychoableismus: „Es ist die Verinnerlichung der Vorstellung, Menschen, die sich mit theoretischem/akademischen [sic] Wissen beschäftigen, seien etwas Besseres.“ (La 2017: 15) Auch ich sah mich in der FHG primär zu Beginn der Feldforschung auf Grund meines akademischen Status und der Promotionsabsicht offenen Feindseligkeiten seitens mancher Besucher gegenüber, die mich als verlängerten Arm der Psychiatrie einstufte und Akademiker jeder Provenienz unterschiedslos ablehnten. Bogner und Menz (2005: 58) argumentieren in diesem Zusammenhang, dass Akademiker, die als potentielle Kritiker wahrgenommen werden, nicht als gewissenhafte ForscherInnen mit wertneutralem Erkenntnisinteresse betrachtet werden, sondern als ideologisch vorbelastete VertreterInnen einer bestimmten unerwünschten Weltanschauung. Riemann (1977: 25) argumentiert, dass sich Stigmatisierte oftmals ihres sozialen Status bewusst sind und eindeutig bestimmte Einzelpersonen oder Inhaber

---

<sup>160</sup> Ca. 75 % Männer und 25 % Frauen besuchten den Club 55 in den Jahren 2016 und 2017 (Rißmann-Schleip o. J. (3): 40).

sozialer Kategorien wie spezifische Berufsgruppen als (potentielle) Stigmatisierer identifizieren können. Die von Lemert (1967: 42) beschriebenen *degradation rituals*, die oftmals im Zuge der Diagnostik einer psychischen Krankheit und/oder der Einstufung als arbeitsunfähig stattfinden und in deren Verlauf Betroffene die Konsequenzen erfahren, zum Subjekt von Behandlung oder Rehabilitation gemacht worden zu sein (Lemert 1967: 17), wirken bei manchen Betroffenen scheinbar in dem Sinne nach, dass sie nicht nur PsychiaterInnen und andere im Bereich der psychischen Gesundheit Tätige als Zufüger unerwünschter disease-Zuschreibungen ablehnen, sondern jede Form akademischer Autorität als allgemeine soziale Kategorie. Zudem wurde ich des Öfteren mit missgünstigen Reaktionen auf mein Promotionsvorhaben konfrontiert, die auf mögliche Minderwertigkeitsgefühle der Aggressoren verwiesen.<sup>161</sup> Ähnlich wie Reedy und King (2019: 575) versuchte ich, Vertrauen aufzubauen, indem ich in der FHG hauswirtschaftliche Aufgaben wie Kochen, Thekendienst etc. übernahm und sukzessive Beziehungen zu den BesucherInnen knüpfte. Im Laufe der Zeit konnte ich Vorbehalte meiner Person und Profession gegenüber zunehmend abbauen. Ein Beispiel für einen gelungenen Aufbau einer Forschungsbeziehung ist Nikolaus, der mir zu Beginn der empirischen Datenerhebungsphase mit Anfeindungen und verbalen Attacken begegnet war und gegen Ende der Feldforschung zu einem Stammgast meiner Fokusgruppe wurde. Diese nicht für möglich gehaltene Entwicklung verdeutlichte mir die Notwendigkeit einer längerfristig angelegten ethnografischen Studie, in der Vertrauen zu der Zielgruppe in kontinuierlichen persönlichen Kontakten sukzessive ausgebaut werden kann. Gerade in der explorativen Phase war ich nur unzureichend auf die z. T. hochaggressiven Verhaltensweisen mancher BesucherInnen vorbereitet. Auch im Rahmen der Fokusgruppe fiel es mir auf Grund meiner fehlenden therapeutischen Ausbildung oftmals schwer, die heftigen emotionalen und expressiven Reaktionen mancher Teilnehmenden aufzufangen. Schmalz (2014: 16) verweist auf die hohe Emotionalität Psychiatrieerfahrener und die erforderliche Bereitschaft von Personen, die mit ihnen arbeiten, „sich anrühren lassen zu können, dabei aber das Gefühl für das Eigene nicht zu verlieren“, aber auch „sich beschimpfen lassen zu können“. Ich stimme mit Estroff (1981: xv) überein, die argumentiert, dass die Feldforschung unter Menschen mit psychischen Problemen ambivalente Gefühle von Wut, Frustration, Niedergeschlagenheit und Begeisterung im Hinblick auf Forschungsteilnehmende, Mitarbeitende der Hilfseinrichtungen und ihre

---

<sup>161</sup> So ereiferte sich eine Psychiatrieerfahrene ohne akademische Vorbildung: „Sie sind Doktor, aber ich bin Professor!“ Ich stimme mit der Betroffenenforscherin Wallcraft (2009: 138) überein, die konstatiert: „Ich habe festgestellt, dass Psychiatrieerfahrene untereinander beste Freunde oder größte Feinde sein können (Übersetzung S. T.).“

eigene Forschungssituation in ihr evozierte.<sup>162</sup> Diese Ambivalenz durchzieht ebenso die Standortwahl ihrer Feldforschung (d. h. ihre Heimatstadt), die sie mit den treffenden Worten evaluiert: „It was too easy to escape the fieldwork setting. At the same time there was no escape” (Estroff 1981: xvii.).

Feldspezifische *ethische* Herausforderungen ergaben sich zudem vor dem Hintergrund, dass manche Forschungsteilnehmende kognitive Aussetzer aufwiesen (über mögliche medikamentöse oder lebensweltliche Gründe kann nur spekuliert werden) und sich von einem Tag auf den anderen nicht mehr erinnern konnten, wer ich bin, was die Erhebung von Daten dieser Betroffenen aus Gründen der Pietät verunmöglichte. Darüber hinaus entwickelten sich im Laufe der Zeit Freundschaften zu HauptinformantInnen sowie eine Paarbeziehung zu einem Interviewten (siehe Kapitel 4.3.1.), die Streitfragen um bestehende Machtverhältnisse, die Forscheridentität und ethische Problematiken aufwarfen (Reedy/King 2019: 577). Tillmann-Healy (2003, zitiert nach Reedy/King 2019: 578) plädiert für die Entwicklung von Freundschaft als eigenständigem methodologischem Ansatz, der ein Ausmaß von Verständnis und tiefer Erfahrung ermögliche, das unter Verwendung ‚traditioneller‘ Erhebungsverfahren nicht erreicht werden könne. Freundschaft als Methode erfordert laut Reedy und King (2019: 578) die von Ellis postulierte radikale Reziprozität. Es muss jedoch erwähnt werden, dass die entstandenen, über die Feldforschung hinausgehenden privaten Sozialkontakten von mir nicht intendiert waren, sondern sich zufällig ergaben. Gefühle von Verrat und Ausnutzung der entstandenen persönlichen Beziehung können durch eine Methode der Participatory Action Research (PAR) gemildert werden, indem den Betroffenen schriftliche Kapitelentwürfe vorgelegt werden, um offenzulegen, wie die persönlichen Daten verarbeitet und repräsentiert werden (Reedy/King 2019: 578). Dieses Angebot nahmen jedoch keine der von mir beschriebenen HauptinformantInnen in Anspruch. Wie ich feststellte, kann zudem das Verlassen des Feldes im Rahmen der Autoethnografie durch die Intensität der Kontakte mit verstärkten Schuldgefühlen verbunden sein (vgl. Bourgois 2013: 2).

---

<sup>162</sup> Diese Aufzählung ist um Gefühle der Trauer zu ergänzen, da im Laufe meiner einjährigen Feldforschung sieben Gäste der Hilfseinrichtungen scheinbar plötzlich und unerwartet gestorben sind.



## 5. Psychische Krankheit – Erfahrungswelten, Bedeutungszuschreibung und Handlungsentscheidungen

*„Der größte Ruhm im Leben liegt nicht darin,  
nie zu fallen,  
sondern jedes Mal wieder aufzustehen.“  
(Nelson Mandela)*

Die Präsentation der empirischen Ergebnisse erfolgt auf unterschiedliche Art und Weise: Während ich in manchen Kapiteln personenzentriert arbeite, indem ich bestimmte Forschungsteilnehmende, spezifische Aspekte ihrer Krankheitserfahrung und/oder tiefgreifende lebensgeschichtliche Vorkommnisse fokussiert behandle (wie in den Kapiteln 5.2.2., 5.2.3., 5.2.4. und 5.3.3.), um eine biografische Tiefe zu erzeugen, bauen andere Kapitel auf von mir durchgeführten Teilnehmenden Beobachtungen auf, die kontextualisiert und analysiert werden (siehe Kapitel 5.1.3. und 6.2.). Darüber hinaus lasse ich persönliche Hospitalisierungserfahrungen im Rahmen der Autoethnografie in bestimmte Themenkomplexe einfließen (siehe Kapitel 5.1., 5.3.4.2. und 5.3.5.). Die überwiegende Darstellungsweise der empirischen Ergebnisse erfolgt jedoch in Form von polyphonen Collagen bzw. Montagen, die unterschiedliche Lebens-, Erfahrungs- und Wissenswelten Betroffener sowie ihre Bedeutungskomplexe im Sinne einer balancierten Multiperspektivität und -vokalität aufzeigen. Dadurch wird der ethische Anspruch einer stringenten Anonymisierung realisiert. Den Grad der Anonymisierung handelte ich mit den Forschungsteilnehmenden individuell aus, weshalb es im Folgenden zu verschiedentlichen Darstellungsweisen kommt: Soweit nicht anders angegeben, sind alle Personen-, Alters-, Berufs- und Herkunftsangaben sowie weitere personenzentrierte Kontextinformationen anonymisiert. Der Entfremdungseffekt soll jedoch nur so weit vorangetrieben werden, dass bedeutsame Kontextfaktoren erhalten bleiben.<sup>163</sup> Des Weiteren wurden die Vornamen so anonymisiert, dass trotz der Verfremdung Alter, Konstitution und Wesenszüge der Betroffenen bis zu einem gewissen Grad antizipiert werden können.<sup>164</sup> In der Darstellungsweise befolge ich die Grundregel, dass ich Teilnehmende, die ich im Rahmen der Feldforschung geduzt habe, was unter Betroffenen üblich ist, beim (anonymisierten) Vornamen nenne, während ich alle anderen Personen, die ich siezte bzw. nicht persönlich kenne, mit Vor-

---

<sup>163</sup> In diesem Zusammenhang halte ich mich an die Ausführungen Glinkas (1998: 24): „[W]ir können einen alleinlebenden Rentner nicht in die Rolle eines Familienvaters mit fünf Kindern transformieren und wir sollten auch den Arbeitsplatz ‚Universität‘ nicht mit der Arbeitsstelle ‚Autowerkstatt‘ maskieren. (...) Wir würden aus der bayerischen Großstadt kein unterfränkisches Dorf mit 600 Seelen werden lassen.“

<sup>164</sup> So würde ich eine weibliche Informantin namens Cheyenne nicht mit Friedhilde anonymisieren.

und Zunamen anführe.<sup>165</sup> Dabei wird im Laufe der Zeit beim Lesen ersichtlich, dass bestimmte ForschungsteilnehmerInnen häufiger und ausführlicher vertreten sind, während andere seltener zu Wort kommen. Fischer (2002: 17) merkt in diesem Zusammenhang an: „Je enger und intensiver der Kontakt, desto weniger werden es sein.“ Soziale Online-Medien spielten in den narrativen Ausführungen Betroffener keine Rolle, weshalb sie im Folgenden vernachlässigt werden.

### 5.1. Vorurteile, Stereotype und Stigmatisierung im Alltag

Laut Finzen (2013: 60) können Stigmatisierungserfahrungen signifikante Auswirkungen auf die emotionale Befindlichkeit, die subjektive Lebensqualität sowie das Selbstwertgefühl Betroffener haben. Stodulka (2017: 148) argumentiert, dass die Vulnerabilitäten, die mit der stigmatisierten Identität verbunden sind, selbst nach dem Verlassen der stigmabehafteten Situation persistieren können. So berichtete eine Psychiatriebetroffene, die nach dreimonatigem Aufenthalt aus einer psychiatrischen Klinik entlassen worden war, am 1.3.18: „Die Leute denken, man ist dumm, wenn man in die Psychiatrie musste. Das Wort ‚Emmendingen‘<sup>166</sup> löst in Freiburg starke Reaktionen aus. Ich muss den Leuten dann erklären, dass es dort wie in einer großen WG ist.“ Dass allein der Ortsname, in dem die Psychiatrie ansässig ist, unter Menschen ohne psychiatrische Erfahrung Vorurteile und zumeist negativ konnotierte Assoziationen evozieren kann, erlebte auch ich im Oktober 2014, als die PatientInnen der teilstationären Tagesklinik einer bayerischen Psychiatrie einen Tagesausflug nach Nürnberg unternahmen, um eine Freizeiteinrichtung zu besuchen. Wir hatten uns für eine Gruppenführung angemeldet und wurden einer jungen Studentin zugewiesen, die uns mit den Worten empfing: „Seid ihr *die* aus Günzburg<sup>167</sup>?“ Sowohl in ihrer Stimme als auch in der Art und Weise, wie sie uns musterte, schlangen Unwohlsein, Argwohn, Distanzierung, aber auch Abwertung und Herablassung mit, als erwartete sie – wie mir damals schien –, dass wir jeden Augenblick die Kontrolle über Sprache und Verhaltensweisen verlieren und negativ auffallen könnten. Diese antizipierte virtuelle soziale Identität, die im Widerspruch zu unseren aktuellen Attributen (vgl. Goffman 2016: 10, 11) stand (wir verhielten uns der Situation angemessen), ließ uns wie *alien others* erscheinen (vgl. Goffman 2016: 14). Diese Thematik manifestiert sich in einem weite-

---

<sup>165</sup> Ausnahmen bilden Mirko Olostiak-Brahms und Mirko Bialas, die ausdrücklich nicht anonymisiert werden wollten. Um sie namentlich voneinander zu unterscheiden, werde ich sie bei ihrem Vor- und Zunamen nennen, obwohl ich sie duze.

<sup>166</sup> In Emmendingen ist das Zentrum für Psychiatrie (ZfP) beheimatet, das das gesamte psychiatrische Versorgungsspektrum für Betroffene der Region Süd- und Mittelbaden abdeckt (Zentrum für Psychiatrie Emmendingen 2021: 1).

<sup>167</sup> Dort ist die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ansässig, die bayernweit einen relativ hohen Bekanntheitsgrad aufweist.

ren Fallbeispiel: Im Rahmen der Jahreshauptversammlung des BPE fanden sich die psychiatrierfahrenen Teilnehmenden am 12.10.18 am Veranstaltungsort, einer Jugendherberge in Kassel, ein. Wie mir meine Zimmernachbarin am späten Abend berichtete, muss ein ca. achtjähriger Junge, der mit seinen Eltern ebenfalls in der Jugendherberge eingeecheckt hat, jedoch nicht zu der BPE-Gruppe gehörte, beim Anblick der Plakate und Informationszettel, die auf die Jahrestagung hinwiesen, mit der Frage: „Ist hier ein Irrenhaus?“ reagiert haben. Wieder wurde das Stigma ‚psychisch krank‘ bzw. das Vorurteil des Irre-, d. h. nicht ‚Normalseins‘, in gemischten Kontakten (Goffman 2016: 22) evident. Gleichzeitig manifestierten sich die historisch verankerten Vorstellungen von ‚Irrenanstalten‘ und deren Bewohnern<sup>168</sup>, die generationsübergreifend tradiert werden. So kontextualisiert Finzen (2013: 70) stereotype Bilder von psychisch Kranken, die Menschen ohne psychiatrische Diagnose in ihrer Wahrnehmung prägen: „Es ist nicht die Krankheit, die sie und ihr Leben entwertet. Es sind die Vorstellungen, die Gesunde und Kranke damit verbinden, die sie stigmatisieren.“ Wie solche Vorstellungen konkret aussehen können, illustrierte der Sozialarbeiter eines sozialpsychiatrischen Fachpflegeheims, Herr Mayr, der im Rahmen einer Selbsthilfegruppensitzung am 25.1.19 als Gastredner fungierte. Er berichtete von seinem Vorhaben, in einem Vorort von Freiburg ein Wohnheim für psychisch Kranke zu errichten, woraufhin ihm negative Reaktionen seitens ansässiger BürgerInnen entgegengeschlagen seien wie: „Dann werden unsere Frauen vergewaltigt und unsere Kinder ermordet, weil jeder Bewohner ein Messer bei sich trägt.“ Als er diese Beispiele anführte, reagierten die Mitglieder der Selbsthilfegruppe mit Kopfschütteln, entsetzten Gesichtern und/oder hörbarem scharfen Einatmen der Luft.

Wie der individuelle Umgang mit potentieller Visibilität ihrer Beeinträchtigung (vgl. Goffman 2016: 64), die negative Zuschreibungen und Stigmatisierungspotentiale bergen kann, von Betroffenen gehandhabt wird, sollen folgende empirische Beispiele illustrieren: Als eine Interessentin am 20.10.18 zum ersten Mal das Frauenfrühstück der FHG besuchte und in einer Vorstellungsrunde dazu aufgefordert wurde, über sich und ihre Krankheitserfahrungen zu berichten, erklärte sie: „Ich wurde von meiner...“, brach den Satz jedoch ab und zögerte, um nach ein bis zwei Sekunden mit den Worten „...Ärztin auf dieses Angebot aufmerksam gemacht“ fortzufahren. In jenem Augenblick schien es mir, als hätte sie zuerst den Begriff *Psychiaterin* benutzen wollen, sei sich dann aber möglichen negativen Reaktionen seitens der Zuhörenden bewusst geworden und habe stattdessen die neutralere und unverfänglichere Umschreibung *Ärztin* gewählt. Wie dieses Beispiel verdeutlicht, kann es Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose selbst unter Gleichgesinnten schwer fallen, ihre psychische Krankheit offen anzusprechen. Riemann (1977: 30) argumentiert, dass soziale Ab- und Ausgrenzungser-

---

<sup>168</sup> siehe Kapitel 2.3.

fahrungen wie Stigmatisierungen u. a. in bestimmten Haltungen und Routinen Betroffener sichtbar werden können, die zumeist unbewusst ablaufen. So haben viele Psychiatrieerfahrene die im öffentlichen Diskurs verbreitete Wahrnehmung psychisch Kranker als defizitär, potentiell gefährlich o. Ä. (s. Kapitel 2.2.) sowie damit verbundene negative Zuschreibungsprozesse verinnerlicht. Die so beschädigte Identität zeichnet sich durch Gefühle der Erniedrigung, Minderwertigkeit, Abweichung und schambehafteten Andersartigkeit aus (Goffman 1963, zitiert nach Kleinman 1988: 159, 160). Die Stigmatisierte antizipiert schließlich – wie in o. g. Beispiel ersichtlich wurde sogar unter Gleichgesinnten – negative soziale Reaktionen unabhängig von ihrem tatsächlichen Auftreten (Kleinman 1988: 160).

Weitere Erfahrungsberichte über die potentielle Visibilität ihrer Beeinträchtigung lieferten folgende Betroffene: Ilse erzählte am 17.11.18: „Ich habe einen schönen Garten, aber wenn ich gerade in einer depressiver Phase bin, pflege ich ihn nicht. Dann frage ich mich, was die Nachbarn wohl darüber denken.“ Auch Rudolph machte sich am 8.3.19 über offene und verdeckte Stigmata Gedanken: „Ich weiß nicht, ob man mir die Krankheit anmerkt. Die Nachbarn merken ja, dass ich nicht arbeiten gehe und das ist für einen Mann in meinem Alter, der keine körperlichen Leiden hat, nicht normal. Dann denken die sich bestimmt: ‚Da stimmt irgendetwas nicht!‘“ Sogar Fremden gegenüber setzt sich die Sorge, als psychisch Kranker identifiziert werden zu können, fort, wie Volker am 8.3.19 einräumte: „Wenn ich mit dem Bus in die Institutsambulanz des ZfP fahre, steige ich immer ein, zwei Stationen früher aus, damit die Leute nicht sehen, dass ich in die Psychiatrie will.“ Glaser und Strauss (1964, zitiert nach Riemann 1977: 31) entwickelten das Konzept des *awareness context*<sup>169</sup>, im Zuge dessen sie zwischen *closed awareness* (der Andere weiß noch nichts von der psychischen Krankheit), *open awareness* (das Gegenüber ist informiert) sowie *suspicion awareness* (der Betroffene ist sich nicht sicher, ob der Andere etwas merkt) differenzieren. Wie die oben dargestellten Beispiele aufzeigen, leben Betroffene oftmals in einem suspicion-awareness-Kontext und möchten vermeiden, dass aus einem diskreditierbaren Stigma ein diskreditiertes wird (vgl. Goffman 2016: 12). Finzen (2013: 47) argumentiert, dass Psychiatrieerfahrene, die ihre psychische Krankheit verbergen, unter einer dauernden Anspannung leiden, entdeckt und diskreditiert zu werden. Darüber hinaus können sie nicht mit Rücksichtnahme rechnen, die bekannten Betroffenen unter Umständen gewährt wird. Das Verstecken der Krankheit vor der Öffentlichkeit kann zu einer Art Doppelleben in zwei verschiedenen Welten oder zum Abbruch der Beziehung zu Freunden und Bekannten führen. Zudem erfordert es laut Finzen (2013: 55) eine gro-

---

<sup>169</sup> Er „wird definiert als: ‚the total combination of what each interactant in a situation knows about the identity of the other and his own identity in the eyes of the other‘“ (Glaser/Strauss 1964: 670, zitiert nach Riemann 1977: 31).

ße Kraftanstrengung, nach außen so zu tun, als sei alles in bester Ordnung. Manche Stigmata können auf Grund ihrer hohen Visibilität jedoch nicht immer verborgen werden. In diesem Zusammenhang sind Ritznarben von Borderline-PatientInnen zu nennen, die als sichtbare Stigmata auf eine psychische Krankheit hinweisen können. So erzählte Madeleine am 30.1.19: „Ich habe Borderline, habe mich aber seit Jahren nicht mehr geritzt. Die Leute schauen immer auf meine Arme, die voller Narben sind, aber das stört mich nicht.“

Einen entspannteren Umgang mit potentiellen negativen Zuschreibungsprozessen der sozialen Umwelt pflegt auch Joachim, der am 11.1.19 berichtete: „Wenn die Dame vom SpDi zu mir kommt, fragt sie immer zuerst, ob ich meine Medikamente genommen habe und wenn ich einfach Nein sage, interpretiert sie einiges in mein normales Verhalten hinein.“ Goffman (2016: 57) argumentiert in diesem Zusammenhang: „Wohin er [der Betroffene] auch immer geht, wird sein Verhalten die anderen [sic] fälschlich darin bestätigen, daß [sic] sie in Gesellschaft dessen sind, was sie im Effekt fordern, aber entdecken können, nicht vor sich zu haben, nämlich eine geistig makellose Person wie sie selbst.“ Aus diesem Beispiel wird zudem der im öffentlichen Diskurs dominante Glaube an das biomedizinische Paradigma der Hirnstoffwechselstörung evident (s. Kapitel 2.2.), das in der Annahme *Wenn psychisch Kranke regelmäßig die Ihnen verordneten Psychopharmaka einnehmen, normalisiert sich ihr Verhalten und umgekehrt* Ausdruck findet. Joachim scheint sich jedoch einen Spaß daraus zu machen, seine Betreuerin in Aufregung zu versetzen und nimmt ihre Reaktion mit Humor.

Wege einer Entstigmatisierung zum Abbau von Vorurteilen und Stereotypen sah Saskia am 17.5.18 in der diskursiven Gleichstellung psychischer Beeinträchtigung mit physischen Krankheiten: „So hoffe ich, dass Depressionen irgendwann behandelt werden wie eine Erklärung. Dass jeder anerkennt, dass es eine ernste Krankheit ist und kein Zeichen von Charakterchwäche, fehlendem Willen o. Ä.“ Das zunehmende Outing von Personen des öffentlichen Lebens hält sie in diesem Zusammenhang für sinnvoll, wie sie am 22.11.18 ergänzte: „Promis outen sich, was wichtig ist und Robert Enke hat bewirkt, dass man sich mit der Krankheit mehr auseinandergesetzt hat, so traurig der Anlass auch war.“<sup>170</sup> Arno machte den Grund für die Verbreitung von Vorurteilen und stereotypen Vorstellungen am 13.4.18 in einer mangelhaften gesellschaftlichen Aufklärung über psychische Krankheiten aus: „Klar, es gibt manche, die Vorurteile haben und denken, alle Menschen mit psychiatrischer Diagnose sind verrückt, aber meistens hat es etwas mit Unwissenheit zu tun.“ Beide Psychiatrieerfahrene argumentieren hier im Sinne einer biomedizinisch-pathologisierenden Herangehensweise an psychische Beeinträchtigungen, die als eigenständige Krankheiten zu betrachten sind, über die noch mehr gesellschaftliche Aufklärungsarbeit zu leisten ist. Laut Günther, einem weiteren Betroffenen,

---

<sup>170</sup> siehe auch Kapitel 2.2.

stellt die zwischenmenschliche Begegnung einen instruktiven Faktor für den Abbau von Vorurteilen bereit, wie er am 25.1.19 erläuterte: „Wenn man einen psychisch Kranken einlädt, der von sich erzählt, sehen die Menschen, dass man mit ihm ganz normal reden kann und Ängste können abgebaut werden.“ Herr Mayr gab daraufhin zu bedenken, dass ein solches Vorgehen „dann vielleicht wieder den Charakter der Zurschaustellung von psychisch Kranken“ hätte. Eine höhere Visibilität Psychiatrieerfahrener im Rahmen von Informations- und Antistigma-kampagnen wird u. a. in sog. *Mad-Pride*-Veranstaltungen angestrebt, die in Anlehnung an die LGBT-Bewegung regelmäßig stattfinden. So organisierten sich mehrere Selbsthilfegruppen und -vereine 2018 zu einer Demonstration durch Köln, um „Barrieren in den Köpfen abbauen zu helfen.“ (Linz 2018: 28) Zudem wurden psychiatrische Zwangsmaßnahmen angeprangert, indem ein Fixierbett mit Zwangsfixierten zur Schau gestellt wurde. Dabei kam es jedoch auch zu Missverständnissen, was Inhalt und Sinn der Veranstaltung betraf: So missinterpretierten manche Mitglieder der lokalen Bevölkerung die Demonstration als Weinfest, was den Ruf nach mehr Transparenz zur besseren Einordnung der Veranstaltung durch Außenstehende laut werden ließ (Linz 2018: 28).

Das vorliegende Kapitel befasste sich mit der exemplarischen Erfassung von Vorurteilen und stereotypen Vorstellungen von psychisch Kranken, die häufig in gemischten Kontakten zutage treten. Unter den von mir begleiteten Menschen mit psychischen Problemen herrschen oftmals Unsicherheiten bezüglich der Visibilität ihrer Psychiatriebetroffenheit vor, die viele auf Grund von Angst vor negativen Zuschreibungen durch Nachbarn oder Fremde kaschieren möchten. Die Verinnerlichung einer beschädigten Identität kann so weit reichen, dass es manchen Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose selbst unter Gleichgesinnten schwerfällt, ihre Betroffenheit offen anzusprechen, während andere die Reaktionen ihrer Mitmenschen gelassener hinnehmen. Durch Begegnung, Informations- und Aufklärungsarbeit sowie eine im öffentlichen Diskurs anerkannte Betrachtung psychischer Beeinträchtigungen als eigenständige Krankheitsentitäten erhoffen sich Betroffene den Abbau gesellschaftlicher Vorurteile und Stereotype. Eine weite Verbreitung und Reproduktion biomedizinischer Paradigmen sowohl unter Psychiatrieerfahrenen als auch Menschen ohne psychiatrische Diagnose konnten exemplarisch ebenso festgehalten werden wie kulturspezifische Vorstellungen von Normalität und ‚normalem‘ Verhalten wie Erwerbstätigkeit in einem bestimmten Alter, wenn keine physischen Beeinträchtigungen vorhanden bzw. sichtbar sind, regelmäßige Gartenpflege sowie das Befolgen des fachärztlichen Medikationsplanes als Grundlage für eine Normalisierung des Verhaltens psychisch Kranker. Ersterer Aspekt, d. h. die Debatte um Erwerbstätigkeit von Menschen mit psychischen Problemen, wird im folgenden Kapitel unter dem Schwerpunkt der Betroffenenperspektive fokussiert behandelt.

### 5.1.1. Streitthema Arbeit(sunfähigkeit)

Von der Erfahrung, dass psychische Erkrankungen den Lebenslauf fragmentieren und das Berufsleben beeinträchtigen können, berichtete Ramona des Öfteren. Sie ist 39 Jahre alt und seit 20 Jahren psychiatrieerfahren. Im Laufe der Zeit nahm sie das Studium verschiedener Fächer auf, konnte jedoch auf Grund mehrerer Krankheitsschübe und damit verbundener stationärer Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken weder den angestrebten Universitätsabschluss erreichen noch eine geeignete Anstellung finden. Die gelernte Fremdsprachenkorrespondentin ist derzeit (Stand 5.4.19) Empfängerin von Arbeitslosengeld II und als arbeitssuchend gemeldet. Die Umschulung zur Bürokauffrau, die im September 2018 begann, soll helfen, ihre prekäre Lage zu lösen. Auch die Betroffene Lisa thematisierte am 15.12.18 die Problematik fragmentierter Lebensläufe: „Ich bin noch jung, habe aber eine Lücke im Lebenslauf von zehn Jahren. Ich kann mich nicht überall bewerben wie andere Gleichaltrige.“ Iris dagegen gelang nach mehreren Krankheitsepisoden und Klinikaufenthalten die Reintegration in den Ersten Arbeitsmarkt. Die 51-Jährige war nach einem Klinikaufenthalt im ZfP Emmendingen im April 2018 zunächst krankgeschrieben. Im Rahmen einer Wiedereingliederungsmaßnahme im August 2018, in der sie drei Tage pro Woche für fünf Stunden arbeitete, fand sie wieder in die Erwerbstätigkeit zurück und arbeitet derzeit (Stand Oktober 2018) regulär in Teilzeit. Die Arbeit in ihrem erlernten Beruf erfüllt sie. Trotzdem sorgt sie sich um ihre finanzielle Zukunft, da sie in ihrem bisherigen Leben auf Grund des Krankheitsverlaufs immer in Teilzeit gearbeitet hat und befürchtet, von ihrer späteren Rente nicht leben zu können.

Dass Menschen mit psychiatrischen Diagnosen aktiv nach Arbeit suchen, um ihrem Leben Sinn und ihrem Alltag Struktur zu verleihen, kann an mehreren Fallbeispielen veranschaulicht werden: Die 56-jährige Hannelore ist gelernte Physiotherapeutin und war mehrere Jahre in diesem Beruf tätig, bevor sie auf Grund einer psychischen Erkrankung frühberentet wurde. Am 4.10.18 erzählte sie, dass sie bei ihrem ehemaligen Arbeitgeber hospitiert habe, weil sie „wieder einen Job wollte“, jedoch eine Absage erhalten habe, was sie nicht nachvollziehen konnte. Sie macht das Stigma der psychischen Erkrankung dafür verantwortlich:

„Die suchen doch händeringend Personal! Und ich habe die Ausbildung und werde trotzdem nicht genommen! Ich vermute, die haben noch Infos über mich im Computer in meiner Personalakte gespeichert und da steht vielleicht, dass ich aus Krankheitsgründen ausgeschieden bin.“

Auch Philippa berichtet von Schwierigkeiten, auf dem Ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Sie ist Ende dreißig, gelernte Heilpädagogin und absolvierte nach einer akuten psychischen Krise eine Umschulung im pflegerischen Bereich. Seit August 2018 ist sie als arbeitslos gemeldet. Am 4.10.18 erzählte sie: „Ich schreibe tausend Bewerbungen und kriege nur Absagen. Habe ich ‚Arschloch‘ auf der Stirn stehen? Anders kann ich es mir nicht erklären. Ich mache alles:

Sekretariat, Kostenrechnungen etc. und trotzdem kriege ich nichts! Das nagt am Selbstwertgefühl!“ Gabriel, der seit vielen Jahren erfolglos arbeitssuchend ist, stimmt dem zu, wie er am 6.2.19 formulierte: „Ich habe mich in den letzten Jahren 400 Mal beworben und nur Absagen gekriegt. Ich bin Ingenieur und habe in renommierten Unternehmen gearbeitet.“ Auch er beklagt das Fehlen sozialer Wertschätzung seitens des beruflichen Umfeldes, das sich negativ auf sein psychisches Wohlbefinden auswirkt: „Es ging mir immer besser, wenn die Kollegen auf mich zugegangen sind und zu mir gesagt haben: ‚Das kannst du gut!‘“ Aus den Beispielen von Hannelore, Philippa und Gabriel wird jedoch nicht ersichtlich, ob es sich nach Goffman (2016: 12) um ein *diskreditiertes* Stigma handelt, d. h. ob potentielle ArbeitgeberInnen eine Absage erteilten, weil sie von der Erkrankung der BewerberInnen wussten oder ob ein *diskreditierbares* Merkmal vorliegt, d. h. das Stigma weder bekannt noch unmittelbar wahrnehmbar ist. Im letzteren Fall könnten die Absagen auch aus anderen Gründen erfolgt sein wie beispielsweise der höher eingeschätzten fachlichen Kompetenz anderer BewerberInnen.

Um dem Szenario einer Nichtberücksichtigung der Bewerbung vorzubeugen, verheimlichen viele Betroffene ihre psychische Erkrankung vor potentiellen ArbeitgeberInnen: Andrea wurde im Jugendalter zum ersten Mal psychiatrisch diagnostiziert. Die gelernte Altenpflegerin erzählte am 25.1.19: „Am Anfang bin ich in Bewerbungsgesprächen immer offen mit meiner Erkrankung umgegangen, aber potentielle Arbeitgeber haben mich daraufhin nicht eingestellt. Dann habe ich angefangen, es zu verschweigen und Arbeit gefunden.“ So habe auch ihr derzeitiger Arbeitgeber keine Kenntnis über ihre psychische Erkrankung. Am 16.1.19 entstand im Rahmen der Fokusgruppe folgender Dialog, der einen weiteren Aspekt der Problematik des Verheimlichens erhellte: Der 33-jährige Mario, der laut eigenen Angaben „mit 18 den Hauptschulabschluss und danach nichts mehr gemacht“ habe, erklärte: „Eine psychiatrische Diagnose ist für den Arbeitgeber ein gefundenes Fressen“, woraufhin die damalige Praktikantin der FHG erwiderte: „Er muss es aber nicht erfahren.“ „Ja, aber wer arbeitet schon gut, wenn er etwas verheimlichen muss?“, entgegnete Mario. Dass Psychiatrieerfahrene nicht nur unter dem Druck der Verheimlichung leiden und stets mit der Angst leben müssen, dass sich das diskreditierbare Stigma in ein diskreditiertes umwandeln könnte (etwa bei einer unbedachten Äußerung, Verhaltensweise o. Ä., die den Verdacht schürt, dass mit dem Betroffenen ‚etwas nicht stimmt‘), sondern zudem die Sorge berechtigt ist, dass auf Grund der ‚Aufdeckung‘ der psychiatrischen Diagnose eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses erfolgen kann, mussten zwei ForschungsteilnehmerInnen am eigenen Leib erfahren: So erzählte Gabriel am 6.2.19: „Es ist irgendwie durchgesickert. Ich habe Freunde, Kollegen, alles verloren. Nachdem es sich herumgesprochen hatte, dass ich krank bin, wollte keiner mehr etwas mit mir zu tun haben. Vorher haben sie immer gesagt, was für ein toller IT-Experte ich bin.“ An diesen



Ausführungen wird evident, wie das Wissen um eine Diagnose die Einschätzung und Beurteilung des Betroffenen beeinflussen und zu seinen Ungunsten umbewerten kann. Dabei überlagert die stereotype Vorstellung von ‚psychisch Kranken‘ wie bei Gabriel die aktuelle Identität des Betroffenen nachhaltig. Von einer ähnlichen Erfahrung berichtete Vera Maria, die mit Ende zwanzig bereits auf über 20 stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen zurückblicken kann. Sie hat ihre Krankengeschichte in einer veröffentlichten Autobiografie verarbeitet, die sie auf Lesungen und Vorträgen bewirbt, weshalb ich sie im Folgenden nicht anonymisiere. Im Rahmen der Fokusgruppe erzählte sie am 20.2.19:

„Mir wurde wegen meines Buches die Arbeit als Alltagsbegleiterin in einem Seniorenheim gekündigt. Ich habe der Putzfrau dort von meinem Buch erzählt. Das ist dann zur Chefin durchgesickert und mir wurde gekündigt. Es hieß, sie habe Bedenken, wenn die Angehörigen der Senioren von meiner Erkrankung erfahren. Sie hatte Angst um den Ruf des Heimes.“

Der Verhaltensweise der Arbeitgeberin können sowohl eigene Vorbehalte als auch das Wissen um latente Vorurteile und stereotype Vorstellungen über psychisch Kranke in der öffentlichen Meinung zugrunde liegen, die, wie sie befürchtet, negativ auf sie und ihre Einrichtung zurückfallen könnten.

Auch wenn die Offenlegung einer psychiatrischen Diagnose nicht zwangsläufig zu einer Kündigung des Arbeitsverhältnisses führen muss, haben Psychiatrieerfahrene oftmals mit dem Vorurteil der Unzulänglichkeit zu kämpfen: Am 14.10.18 stellten die Arbeitsgruppen auf der BPE-Jahreshauptversammlung in Kassel ihre erarbeiteten Ergebnisse vor. Die *AG Psychiatrie-Erfahrene auf dem Ersten Arbeitsmarkt* fasste zusammen: „Uns wird von den Behörden nichts zugetraut; ein Gesunder muss 100 Prozent geben, wir 200 bis 300 Prozent, um zu beweisen, dass wir etwas leisten können.“ Auch der Betroffene Heiko plädierte am 15.12.18 für einen strukturellen Paradigmenwechsel im sozialrechtlichen Umgang mit Betroffenen: „Die Menschen im Jobcenter sollten umdenken! Psychisch Kranke sind auch in den Ersten Arbeitsmarkt vermittelbar! Wir wollen auch vernünftiges Geld verdienen und teilhaben.“ Finzen (2013: 11) argumentiert, dass sich Vorurteile gegenüber psychisch Kranken auch auf das Arbeitsleben auswirken können. So werden sie mitunter als unzuverlässig, unzurechnungsfähig oder gar gefährlich angesehen – oftmals unabhängig von ihrem aktuellen Gesundheitszustand und der tatsächlichen Leistungsfähigkeit. Das kann dazu führen, dass Betroffene nach einer überwundenen psychischen Krise auf Dauer für bestimmte Tätigkeiten als ungeeignet erachtet werden, ohne dass für diese Annahme ein nachvollziehbarer Grund vorliegt (Finzen 2013: 34). Gleichzeitig machen viele Betroffene jedoch die Erfahrung, dass sie oftmals nicht das gleiche Arbeitspensum schaffen wie Menschen ohne psychiatrische Diagnose und eine persönliche Einschränkung in der Verrichtung alltagspraktischen Tätigkeiten wahrnehmen, wie Beate ausführte. Die gelernte Medizinische Fachangestellte kann ihren Beruf wegen psychi-

scher Probleme nicht mehr ausüben. In der FHG ist sie zweimal in der Woche im Arbeitsbereich tätig. Sie und eine Bekannte, die ebenfalls jeden Tag die FHG besucht, um Freunde zu treffen und sich auszutauschen, unterhielten sich am 25.9.18 über ihre Erkrankung, wobei die Freundin bemerkte: „Hier ist es so langweilig, aber wenn ich etwas mache, wird es mir schnell zu viel!“ Beate erwiderte: „Mir geht es genauso. Das ist schon eine komische Krankheit.“ Von ähnlichen Erfahrungen berichteten zwei junge Männer Ende zwanzig, die sich im Rahmen eines Treffens der Jungen Clubber am 25.9.18 über die Problematik der Erwerbstätigkeit unterhielten: „Mein Arbeitgeber hat gefragt, ob ich nicht mehr arbeiten will – Vollzeit –, aber ich habe abgelehnt. Mehr Arbeit bedeutet mehr Druck und mit Druck kann ich nicht umgehen, dann werde ich wieder krank.“ Sein Freund pflichtete ihm bei: „Ich könnte keine acht Stunden am Tag arbeiten. Es geht nicht mehr und ich will es auch nicht mehr.“ Der Psychiater Thomas Fuchs (2002: 29) erläutert: „Die Störung, das Nicht-mehr-Können in der Krankheit besagt als Krise: ‚ich [sic] kann nicht mehr weiter wie bisher.‘ Wir werden an der bloßen Fortsetzung des Gewohnten gehindert“. Ein bis dato selbstverständlicher Sinnzusammenhang hat in der Krise seine Gültigkeit verloren, ohne dass eine neue Sinnggebung erkennbar ist (Fuchs 2002: 81). Krankheit als Krise, d. h. als Nahtstelle von zwei Lebensabschnitten, wurde vor allem von Viktor v. Weizsäcker postuliert (Fuchs 2002: 88). Fuchs (2002: 35) erläutert, dass sich im Leiden die Erfahrung von der Zeitlichkeit der eigenen Existenz in verschärfter Weise manifestiert, die sich in ein ‚Davor‘ und ein mögliches ‚Danach‘ ohne Leid aufspaltet. Die beiden jungen Männer im oben dargestellten Beispiel haben die Erkenntnis ihrer veränderten Erwerbsfähigkeit jedoch offensichtlich akzeptiert und gelernt, sich vor dem Hintergrund der Erkrankung umzuorientieren und realistisch einzuschätzen, so dass sie kein Leid mehr verursacht. In diesem Kontext ist zu berücksichtigen, dass als mögliche Ursache für die Ausbildung einer psychischen Erkrankung u. a. auch die zeitgenössische Verdichtung des Arbeitspensums genannt wird. Diesen Standpunkt vertrat ein Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes Freiburg, der am 11.4.19 in der FHG seine Arbeit vorstellte. Er führte unter Berücksichtigung seiner Erfahrungen im Umgang mit Betroffenen aus:

„Das Arbeitsleben hat sich sehr verändert: Immer weniger Personal soll immer mehr Leistung erbringen. Psychische Krankheiten durch Stress am Arbeitsplatz sind rapide angestiegen. Es gibt viel mehr Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen als noch vor 30 Jahren. Auch die Fehlitage wegen psychischer Probleme nehmen zu.“

In der anschließenden Diskussionsrunde gab Ludmilla zu bedenken:

„Die Seelen, die unter dem enormen Arbeitspensum leiden, sind eigentlich gesund, das gesellschaftliche System ist krank! Wenn man merkt, dass es die eigenen Nerven angreift, ist das ein Zeichen dafür, dass man innerlich noch lebendig ist. Wenn man dagegen Psychopharmaka bekommt, wird man zu einem Zombie, das nur noch funktioniert in diesen kranken Strukturen.“

Ludmilla argumentiert hier, dass ein gesundes Individuum durch die schädlichen arbeitsweltlichen Strukturen krank gemacht wird. Wenn es normalpsychologische, gesunde Stressreaktionen zeigt, wird es pathologisiert, während die sozioökonomischen Belastungsfaktoren weiterbestehen. Auch Fuchs (2002: 114) wirft die Frage auf, ob die Pathologie einer fortwährenden Revolutionierung und Beschleunigung der Lebens- und Arbeitswelt noch im Individuum verortet werden kann, das diesem Tempo nicht mehr gewachsen ist oder ob es sich dabei um eine Form von kollektiver, gesellschaftlicher ‚Manie‘ handelt. In diesen Zusammenhang lässt sich Marios Aussage am 6.2.19 einordnen: „Ich will gar nicht rein in die reguläre Arbeitswelt. Ich habe keine Lust, dort funktionieren zu müssen. Deshalb arbeite ich hier im Zuverdienstbereich der FHG.“ Auch BPE-Mitglieder reflektieren über Vor- und Nachteile einer Beschäftigung auf dem Ersten Arbeitsmarkt. Als vorteilhaft werden gesellschaftliche Anerkennung, eine höhere finanzielle Existenzgrundlage, die Unabhängigkeit von Behörden, ein steigendes Selbstwertgefühl sowie eine normalisierende Wirkung auf Betroffene angeführt. Demgegenüber können sich die höheren arbeitsweltlichen Anforderungen und Belastungen, ein erhöhtes Burnout-Risiko sowie eine mögliche Notwendigkeit zur Verheimlichung der Diagnose, d. h. zum Aufbau einer ‚doppelten Identität‘, belastend auf Betroffene auswirken (Wiegmann 2018: 23). Am 8.5.19 ergänzte Mario die Debatte um einen weiteren Aspekt: „Wir werden nicht gebraucht! Viele psychisch Kranke leben auf der Straße oder werden in Zentren abgeschoben. Und das nagt am Selbstwert.“ Dazu bemerkt der Psychiatrieprofessor Lamb (1981: x), dass die Gleichsetzung mit Menschen, die an einer körperlichen oder geistigen Behinderung leiden, wie die gemeinsame Arbeit in Werkstätten, unter Psychiatrieerfahrenen ein vermindertes Selbstwertgefühl evozieren kann, da die Botschaft transportiert wird, dass diese Art der Tätigkeit die einzige für sie angemessene Arbeitsform darstellt.

Dass Menschen mit psychiatrischen Diagnosen selbst die Initiative ergreifen, um auf dem Ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen, sollen folgende Beispiele veranschaulichen: Der 55-jährige psychiatrieerfahrene Hartz-IV-Empfänger Peter erzählte am 22.6.18, dass er nach seinem sechsmonatigen Aufenthalt in einer Psychiatrie eine geringfügige Beschäftigung suche, weil „ich nichts zu tun habe, mir langweilig ist und ich nicht nur den ganzen Tag in der Wohnung herumsitzen kann.“ Am 27.7.18 berichtete er, dass er einen 1-Euro-Job als Gärtnergehilfe gefunden habe: „Ich muss viel in der Erde wühlen, aber es tut gut. Das frühe Aufstehen strukturiert meinen Tag. Sonst liege ich immer bis nachmittags im Bett.“ Am 23.11.18 gab er an, dass eine anvisierte Umschulung zum Industriemechaniker gescheitert sei. Die Maßnahme sei vom Jobcenter nicht bewilligt worden, weil Peter den beruflichen Anforderungen angeblich nicht gewachsen und uneinsichtig sei. Am 8.3.19 berichtete er, dass er reguläre Teilzeitarbeit in einer Tischlerei gefunden habe. Ein weiterer Psychiatrieerfahrener, der im Arbeitsbe-

reich der FHG tätig ist, äußerte sich am 22.8.18 hinsichtlich der Bedeutung von Arbeit als Strukturgeber ähnlich: „Die Arbeit dort ist besser als nichts. Außerdem komme ich so unter Leute. Ich kann nicht nur in der Bude herumsitzen.“ Auch die Argumentation einer 58-jährigen Nutzerin psychiatrischer Hilfen, die nach einer psychischen Krise arbeitssuchend ist, wie sie am 1.3.18 einräumte, zielte in diese Richtung: „Ich kann nicht nur daheim sitzen! Mir fällt die Decke auf den Kopf! Außerdem brauche ich das Geld. Ich möchte wenigstens auf 450-Euro-Basis arbeiten.“ Lambs (1981: x) Postulat, dass die gesicherte staatliche finanzielle Unterstützung durch Erwerbsminderungsrenten o. Ä. den ‚verrückten‘ Lebensstil Betroffener fördere und perpetuiere, indem sie ihn durch ein gesichertes, regelmäßiges Einkommen attraktiv mache und Ausdruck sowie Kontinuität von ‚Unzulänglichkeiten‘ der Erwerbslosigkeit belohne, kann hier nicht zugestimmt werden. Vielmehr sehen sich Betroffene oftmals der Unterstellung gegenüber, (mehr) arbeiten zu können, als sie vorgeben. Davon berichtete die 55-jährige Laila, die nach einem traumatischen Vorfall bei ihrem ehemaligen Arbeitgeber psychische Probleme entwickelt hat. Nachdem sie am 7.6.18 von ihrer absolvierten Ausbildung zur Genesungsbegleiterin erzählt hatte, räumte sie am 5.7.18 ein, dass sie nicht in diesem Beruf arbeiten könne, da es für sie zu anstrengend sei. Zu jener Zeit erwartete sie das Urteil des Sozialgerichts bezüglich der Bewilligung oder Ablehnung ihrer Erwerbsminderungsrente.<sup>171</sup> Voreilige Schlüsse, die auf ihre angebliche volle Erwerbsfähigkeit abzielen, verurteilt sie: „Wenn jemand sagt, ich kann doch arbeiten, werde ich richtig sauer!“ Am 4.10.18 berichtete sie jedoch erleichtert, dass ihre Erwerbsminderungsrente für die nächsten zwei Jahre bewilligt worden sei. Die Betroffene Katja suchte im Zuge ihres Antrages auf Erwerbsminderungsrente eine Rentenberatungskanzlei auf, wie sie am 9.11.18 ausführte:

„Der Berater hat gesagt, er kann sich gar nicht vorstellen, dass ich nicht wenigstens ein paar Stunden am Tag arbeiten kann. Ich mache einen so kompetenten Eindruck. Ja, das kann schon sein, aber man sieht es mir ja nicht an, dass ich nicht einmal den Haushalt auf die Reihe kriege. Das hat Erinnerungen in mir geweckt, wie viele Ärzte mir nicht geglaubt haben, dass es mir so schlecht geht. Dann hat er noch zu mir gesagt, dass ich irgendwann bestimmt wieder ein *wertvolles* Mitglied der Gesellschaft sein werde.“

Hier verbalisiert sie ein Charakteristikum psychischer Erkrankungen: Im Kontrast zu physischen Leidensformen sind psychische Beeinträchtigungen oftmals nicht sichtbar. Dadurch können Betroffene unrechtmäßigen Unterstellungen, Vorurteilen und Anschuldigungen durch Außenstehende und sogar FachärztInnen ausgesetzt sein. Die Aussage des Beraters, dass Katja erst wieder ein „wertvolles“ Gesellschaftsmitglied sein wird, wenn ihre Erwerbsfähigkeit

---

<sup>171</sup> Die Höhe der Erwerbsminderungsrente liegt laut Deutscher Rentenversicherung zuletzt bei unter 800 Euro monatlich (Faßbinder 2018: 30). Der pensionierte Psychotherapeut Argeo Bämayer (zitiert nach Lehmann 2019: 10) kritisiert, dass psychiatrische Gutachten über die wirtschaftliche und medizinische Versorgung bei Arbeitsunfähigkeit, Frührente, Arbeitslosigkeit o. Ä. unwissenschaftlich, spekulativ und subjektiv geprägt seien und letztlich die Interessen von Krankenkassen und anderen Leistungserbringern fokussierten.

wiederhergestellt ist, verweist auf soziokulturelle Normen und Konventionen bezüglich gesellschaftlich als angemessen und normal deklarierten arbeitsweltlichen Verhaltens. In einer von Produktivität, Wirtschaftswachstum und individuellem Leistungsstreben geprägten Industriegesellschaft wird der Wert eines Menschen – wie das Zitat verdeutlicht – mitunter an seiner Erwerbsfähigkeit gemessen. Diese normative Haltung kann am Beispiel der im Februar 2020 beschlossenen Grundrente illustriert werden<sup>172</sup>, die GeringverdienerInnen ab Januar 2021 ausbezahlt werden soll (Marschall 2020: 1). Laut Arbeitsminister Hubertus Heil ist sie „vor allem ein Erfolg für die Menschen, die jeden Tag hart arbeiten und den Laden am Laufen halten.“ (Müller 2020: 1). Der Ausdruck des Respektes vor der Leistung dieser Menschen soll dadurch zum Ausdruck gebracht werden (Marschall 2020: 1). Link und Phelan (2001, zitiert nach Yang/Kleinman et. al. 2006: 1525) argumentieren für eine soziologische Definition von Stigma, die fünf Komponenten enthält: Labeling, Stereotypisieren, kognitive Separation, emotionale Reaktionen sowie Statusverlust und Diskriminierung. Letzterer Aspekt beinhaltet die *strukturelle Diskriminierung*, die stattfindet, wenn stigmatisierte Gruppen durch institutionelle Vorgaben und Praktiken benachteiligt werden. Das, Kleinman et. al. (2001, zitiert nach Yang/Kleinman et. al. 2006: 1526) zeigen, dass staatliche Behörden und Regierungsstellen soziale Gruppen stigmatisieren. Corrigan, Markowitz et. al. (2004, zitiert nach Yang/Kleinman et. al. 2006: 1527) fokussieren die sozialen Mechanismen von Stigma, indem sie strukturelle Determinanten des Stigmas psychischer Krankheit beschreiben, die aus ökonomischen, politischen und historischen Quellen gespeist werden. Strukturelle Diskriminierung kann in intentionaler institutioneller Diskriminierung bestehen wie beispielsweise einem offiziellen Wahlverbot für psychisch Kranke sowie in unintendierter Art und Weise, indem die Politik die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen einschränkt. In diesem Fallbeispiel kann von einer strukturellen Diskriminierung (psychisch) Kranker gesprochen werden, die auf Grund akuter Krisen, diverser Klinikaufenthalte und damit verbundener Zeiten der Arbeitslosigkeit sowie Brüchen im Lebenslauf die geforderten 33 Jahre Erwerbstätigkeit nicht erreichen können. Die Konzeption der Grundrente verweist zudem auf eine gesellschaftliche Definition ‚normaler‘ Erwerbstätigkeit (Vollzeit, mit wenig Wechseln des Arbeitgebers bzw. idealerweise kaum Zeiten der Erwerbslosigkeit, Arbeitsbeginn mit Anfang zwanzig), während Abweichungen von dieser Idealnorm – ob verschuldet oder nicht – abgewertet werden. Bauman (1998: 5) argumentiert in diesem Zusammenhang, dass Arbeit in westlichen Gesellschaften als ‚normaler‘ menschlicher Zustand postuliert wird, während Erwerbslosig-

---

<sup>172</sup> „Mit der Grundrente sollen alle Personen, die mindestens 33 Beitragsjahre in der gesetzlichen Rentenversicherung nachweisen können, einen Zuschlag erhalten. Den vollen Aufschlag auf die Rente erhalten sie jedoch erst nach 35 Jahren.“ (Müller 2020: 1)

keit als anomal betrachtet wird. Das Ideal der Vollbeschäftigung ist ein unverzichtbarer Bestandteil der ‚normalen Gesellschaft‘ (Bauman 1998: 36). Bauman (1998: 5) erklärt: „The first outspoken premise is that in order to get something which one needs to stay alive and happy, one must do something which is seen by others as valuable and worthy of being paid for“. Eine weitere stillschweigende Annahme besteht darin, dass nur die Art von Arbeit als wertvoll anerkannt wird, die an Löhne oder Gehälter geknüpft ist, verkauft und erworben werden kann und den moralischen Wert aufweist, den die Arbeitsethik proklamiert (Bauman 1998: 5, 6). In diesem Sinne wird die ‚Arbeit‘ an der psychischen Gesundheit nicht bzw. nur selten gesellschaftlich gewürdigt. Jervis (1978: 33) spricht von einem Mangel an Produktivität, der mit einem Verlust an gesellschaftlicher Vertragsfähigkeit, d. h. an Macht und Wert in zwischenmenschlichen Beziehungen einhergeht, wenn Betroffene als krank oder dauerhaft invalide tituliert werden. Konkrete Leistungserwartungen und die mit gesellschaftlich definierter Produktivität verbundenen Rollen in der rezenten „Hochleistungs-Turbo-Gesellschaft“ können nicht mehr erfüllt werden (Dobler/Riedl 2017: 1, 4, 7). Goffman (zitiert nach Baumann 2010: 90) zählt Arbeitslosigkeit zu dem Stigma der ‚individuellen Charakterfehler‘, in dessen Rahmen negative Attribute wie Faulheit, Selbstverschuldung oder Arbeitsunwille als individuelle charakterliche Defizite angeführt werden. Diese Generalisierungen können die Zuschreibung weiterer negativer Merkmale zur Folge haben.

Dass ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben für NutzerInnen psychiatrischer Hilfen trotz der finanziellen Absicherung mit ambivalenten Gefühlen einhergehen kann, verdeutlicht das Fallbeispiel von Sebastian, der am 12.12.18 erzählte:

„Ich hatte mit Mitte 20 zum ersten Mal eine Psychose und bin Frührentner. Ich bin froh, dass ich das mit meinem Psychiater durchgezogen habe und mir keine Gedanken mehr darüber machen muss. Aber man ist dann auch isoliert und wird nicht mehr gebraucht. Zuerst war ich sehr offenherzig und vertrauensvoll und habe jedem meine Leidensgeschichte erzählt, aber die Leute haben negativ darauf reagiert. Alle hassen mich, weil ich nicht arbeite. Manchmal denke ich, alle wollen mir etwas Böses. Wie Herr Haller [der Leiter des Arbeitsbereichs in der FHG, Anm. S. T.]. Der schaut mich immer so komisch an, wenn er reinkommt und mich hier sitzen sieht. Als wollte er sagen: ‚Warum sitzt du hier bloß herum und kommst nicht in den Arbeitsbereich?‘“

Riemann (1977: 30) führt das Konzept der *Intentionalisierungen* an, wenn er beschreibt, dass sich die Mitgliedschaft in einer stigmatisierten sozialen Gruppe auf die Wahrnehmung Betroffener auswirkt, die durch Misstrauen umstrukturiert wird. Sebastians Narrative zeigt, dass sich Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose situationsspezifisch angegriffen bzw. stigmatisiert fühlen. Riemann (1977: 80) spricht dabei von interpretativen Ordnungsleistungen Betroffener, mit deren Hilfe sie in der jeweiligen *Szene* oder *Beziehung* das Verhalten Anderer als gegen sich (d. h. als psychisch Kranke/r) gerichtet, identifizieren. Dass die Ereignisse als intendierter Angriff ausgelegt werden, verhilft Betroffenen zu einer strukturierten, antizipierbaren und im Handlungsvollzug methodisch bewältigbaren Umwelt (Riemann 1977:

81). Was dabei als Ausdruck von Stigmatisierung und eben nicht als zufällige Unfreundlichkeit, Missverständnis usw. gedeutet wird, ist abhängig von dem, was Betroffene bisher in ihrem Leben als Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose an und über Stigmatisierungen meinen erfahren zu haben. Auf Grundlage dieses Wissens wird in der jeweiligen Situation die Stigmatisierung entdeckt bzw. interpretiert, wobei neue Erfahrungen das zugrunde liegende Muster erweitern und verändern können (Riemann 1977: 84).

Die leidvolle Erfahrung, dass berufliche Ziele wegen der Erkrankung aufgegeben werden müssen, teilen einige ForschungsteilnehmerInnen. So erzählte Rudolph am 8.3.19:

„Ich konnte mein Studium auf Grund meiner schizophrenen Erkrankung nicht beenden. Damals habe ich gemerkt, dass alle an mir vorbeiziehen: Freunde, Kommilitonen usw. und dass ich sie nicht mehr einholen kann. Dadurch habe ich mich minderwertig und abgehängt gefühlt. Manchmal denke ich darüber nach, was ich alles beruflich hätte erreichen können, wenn ich nicht krank geworden wäre.“

Abbott (2016: 2) postuliert einen prozessualen Ansatz, in dem Veränderung – im Kontrast zu Stabilität – der natürliche Zustand sozialen Lebens ist. Laut Fuchs (2015: 102, 103) unterbrechen psychische Krankheiten die Kontinuität des gewohnten Lebens. Dabei wird die implizite, d. h. gelebte Zeit vom expliziten *Zeiterleben* überlagert, wenn das selbstvergessene Tun durch eine plötzliche Störung unterbrochen wird. Dadurch weist die Zeit Gemeinsamkeiten mit der Gesundheit auf, die zumeist unbewusst bleibt, solange keine Erkrankung vorliegt<sup>173</sup> (Fuchs 2002: 45). Fuchs (2015: 103) führt aus, dass zeitliche Abstimmungen bzw. Rückkopplungen das Verhältnis des Menschen zu seiner sozialen Umwelt, d. h. zwischen der Eigenzeit des Individuums und der sog. Weltzeit, determinieren. Zeit kann dabei als eine relationale Ordnung von Prozessen definiert werden, die miteinander in Wechselwirkung bzw. Resonanz treten. Beispiele für Formen sozialer Synchronisierungen sind Terminabstimmung und Pünktlichkeit. Fuchs (2002: 117) konstatiert, dass die Eigenzeiten seit der Neuzeit zunehmend der Kollektivzeit unterworfen sind. So sind wesentliche biografische Rollenwechsel und Übergänge wie Schul- und Berufseintritt, Karrierestufen, Heiratsalter und Berentung mehr oder weniger stark normiert. Festgelegte Mindest- und Höchstalter markieren den Ein- und Austritt in gemeinsame soziale Zeiträume, die von der lokalen Bevölkerung internalisiert wurden. In *desynchronisierten* Zuständen wird diese grundlegende Kontemporalität mit den Anderen unterbrochen. „So bedeutet etwa Krankheit eine Verlangsamung, ein Nicht-mehr-Können und damit ein partielles Ausgeschlossenensein vom Leben der anderen [sic].“ (Fuchs 2015: 104) Fuchs (2015: 104) spricht hier von einer *Retardierung*, die verglichen mit der *Akzeleration* der Eigenzeit gegenüber der Weltzeit, die ein Warten Betroffener erforderlich macht, als leidvoller erfahren wird. So berichtete auch Hannelore am 4.10.18:

---

<sup>173</sup> siehe Kapitel 3.1.

„Als ich krankheitsbedingt nicht mehr mithalten konnte, hat das sehr an mir genagt. Ich musste lernen, loszulassen. Vorher habe ich tausend VHS-Kurse besucht, aber irgendwann hatte ich es satt, immer nur Legenden über mich und meine Arbeit zu erzählen. Ich hatte ja in Wahrheit keine und war krank.“

Bei Arno war die Fallhöhe laut eigener Aussage besonders hoch. Er arbeitete als selbstständiger Steuerberater. Nach dem Krankheitsausbruch musste er seine Arbeit aufgeben und betätigt sich derzeit vor allem ehrenamtlich, doch nichts kann ihn wirklich befriedigen, wie er am 27.7.18 einräumte. Die Gewissheit, krankheitsbedingt nie wieder den erlernten Beruf ausüben zu können, war für einen anderen Psychiatrieerfahrenen „die schlimmste Zeit meines Lebens“, wie er am 8.3.19 aufwarf. Trauer ist laut Fuchs (2002: 43, 44) „Ausdruck eines Bruchs, den die gelebte Synchronie mit Anderen erlitten hat, und in dem das ‚Nicht-mehr‘ oder ‚Niemehr‘ der gemeinsamen Zeit schmerzhaft gefühlt wird.“ Während die Eigenzeit ins Stocken gerät und zurückbleibt, kann sich der Trauernde nicht von der Vergangenheit lösen, die sich lähmend auf Gegenwart und Zukunft legt (Fuchs 2015: 108), während die Zeit der Anderen weiterläuft (Fuchs 2002: 44). In diesem Prozess wird der Betroffene auf sich selbst zurückgeworfen: „Leid und Schmerz (...) erzeugen ein unausweichliches ‚Ich-Jetzt-Hier‘“ (Fuchs 2002: 55). Anschluss an die Gegenwart kann jedoch durch multiple, oftmals schmerzhafte individuelle Leistungen wie Verzicht, Umdeutung und Neubewertung wiederhergestellt werden (Fuchs 2002: 120). So nutzen einige Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose im Rahmen einer beruflichen Neuorientierung ihr Erfahrungswissen, um ‚ihre Krankheit zum Beruf zu machen‘ wie AbsolventInnen einer EX-IN-Ausbildung. Exemplarisch kann Astrid angeführt werden, eine Frührentnerin, die eine Anstellung in einer psychiatrischen Klinik als Genesungsbegleiterin anstrebt, wie sie am 9.11.18 erzählte. Ein anderes Beispiel ist Rainer Höflacher (nicht anonymisiert), der seit 35 Jahren berufsunfähig ist und als EX-IN-Ausbilder, Vorsitzender des *Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V.*, Leiter einer Selbsthilfegruppe, Mitinitiator des Recoverycolleges Südbaden und weiterer sozialpsychiatrischer Angebote sein Erfahrungswissen als präsender Selbsthilfeakteur transportiert. Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose vielfältigen Problemen im Berufsleben gegenüberstehen können: fragmentierte Lebensläufe durch Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsfehlzeiten infolge von Krankschreibungen, Vorurteile gegenüber Erwerbslosen, die unter einer Erkrankung leiden, die man ihnen nicht ansieht, der Kampf um staatliche Unterstützung, Sorgen um die finanzielle Zukunft, Frühberentung, Stigmatisierung am Arbeitsplatz bis hin zu Kündigung, psychosozialer Druck, die eigene Erkrankung aus Angst vor Nichteinstellung bzw. Kündigung verschweigen zu müssen sowie Vorurteile im Hinblick auf die tatsächliche Leistungsfähigkeit und aktuelle Identität Betroffener sind virulente Themen. Daneben existieren jedoch auch einige Beispiele einer erfolgreichen (Re-)Integration in die Arbeitswelt, die nicht zuletzt auf die Eigeninitiative der Betroffe-



nen zurückzuführen ist, einer sinnvollen, tagesstrukturierenden Tätigkeit nachzugehen, die einer gefühlten Isolation entgegenwirken und das Selbstwertgefühl durch gesellschaftliche sowie intersubjektive Anerkennung und Wertschätzung steigern soll, die sich positiv auf den psychischen Gesundheitszustand auswirken können. Dabei bezeichnen NutzerInnen psychiatrischer Hilfen mitunter die rezenten sozioökonomischen arbeitsweltlichen Strukturen als krank und behandlungswürdig, nicht das pathologisierte Individuum, das auf diese mit psychogenen Symptomen reagiert. Das gesellschaftliche Ideal der Vollbeschäftigung als postulierte ‚normalen‘ menschlichen Zustand beinhaltet nicht die ‚Arbeit‘ an der psychischen Gesundheit, weshalb erwerbslose Psychiatrieerfahrene mitunter nicht als ‚wertvolle‘ Gesellschaftsmitglieder betrachtet werden. *Intentionalisierungen* legen das Misstrauen Betroffener auf Grund früherer Stigmatisierungserfahrungen offen, die die gegenwärtige Situation strukturieren. Erwähnenswert ist zudem der Rückgriff der meisten Betroffenen des Samples auf eine pathologisierende Rhetorik im Rahmen ihrer Selbstbeschreibungen. So bezeichnen sie sich als ‚krank‘ und ihre wahrgenommenen psychischen Beeinträchtigungen als ‚Krankheit‘<sup>174</sup>, die sie in ihrer Lebensführung einschränkte und verheerende Folgen sowohl für das Selbstbild als auch den weiteren Lebenslauf hatte. Selbstzweifel sowie Unzufriedenheit über *Retardierungen*, die sich einstellen können, wenn berufliche Ziele oder erfolgreiche Karrieren auf Grund der psychischen Erkrankung aufgegeben werden müssen, können jedoch in neue berufliche Chancen umgemünzt werden, wenn Betroffene ihr Erfahrungswissen nutzen, um sich als Peer, Selbsthilfeaktivist o. Ä. zu betätigen oder sich ein anderes, neues Berufsfeld erschließen und durch Umbewertungen der individuellen Situation wieder Anschluss an die Gegenwart gewinnen (vgl. Fuchs 2002: 120).

### **5.1.2. Reaktionen des sozialen Netzwerkes**

Im Zuge meiner einjährigen Feldforschung konnte ich beobachten, dass sowohl qualitativ als auch quantitativ mangelhafte Sozialkontakte unter Psychiatrieerfahrenen häufig anzutreffende Phänomene sind. Dabei ist es im Einzelfall unterschiedlich, ob sich die soziale Isolation vor dem Beginn der psychischen Probleme manifestiert hat oder eine Folgeerscheinung der psychiatrischen Diagnose ist. Saskia, die aus einem anderen Bundesland stammt, bemerkte am 1.3.19: „Ich bin 2014 nach Freiburg gekommen. Als Zugezogene hat man keine Chance, in die Gemeinschaft integriert zu werden“, woraufhin Laila zu bedenken gab: „Und wenn man dann noch sagt, man hat Depressionen, ist es ganz vorbei.“ Rudolph berichtete am 9.11.18:

---

<sup>174</sup> Eine genauere Ausdifferenzierung des allgemeinen Krankheitsbegriffes in konkrete illness- und disease-Formen sowie damit verbundene Bedeutungszuschreibungen durch die AnwenderInnen erfolgt in den Kapitelkomplexen 5.2. und 5.3.

„Ich war seit dem Kindergarten immer Außenseiter. Ich bin nie angekommen.“ Günther erwiderte, ihm sei es genauso ergangen. Des Weiteren beklagen einige Psychiatrieerfahrene, schon immer das „Schwarze Schaf der Familie“ gewesen zu sein (Nikolaus, 28.5.18; Mario, 6.2.19), weil sie nicht so geraten seien, wie die Familie es sich gewünscht hätte, weshalb Nikolaus den Kontakt zu seiner Herkunftsfamilie gänzlich abgebrochen habe und Mario nur noch losen Kontakt zu den Familienmitgliedern pflege. Auch Paarbeziehungen können von einer psychiatrischen Diagnose beeinträchtigt werden. So erzählte Arno am 27.7.18, dass seine damalige Freundin mit seiner Krankheit nicht zurechtgekommen sei und sich von ihm getrennt habe. In einer Sitzung der Selbsthilfegruppe am 6.10.18 stellten wir fest, dass neun von zehn TeilnehmerInnen derzeit ohne PartnerIn waren. Ilse erzählte am 18.8.18, dass ihr abends manchmal auffalle, wie wenig sie tagsüber gesprochen habe: „An manchen Tagen rede ich nur mit meiner Physiotherapeutin.“ Die experimentellen PsychologInnen Katerina Johnson und Robin Dunbar fanden heraus, dass Menschen mit weitverzweigten sozialen Kontakten mehr körpereigene Endorphine ausschütten, die an den Opioid-Rezeptoren im Gehirn andocken (Bartens 2016: 1, 2). Dieses körpereigene System der Schmerzlinderung übertrifft sogar die Wirkung handelsüblicher Opiate. PatientInnen mit Depressionen und Schizophrenie verfügen jedoch zumeist über unzureichende Sozialbeziehungen, was sich verheerend auswirken kann, denn jüngsten Studien zufolge ist die Signalweitergabe über den Opioid-Rezeptor bei Betroffenen beeinträchtigt, sodass körpereigene Stimmungsaufheller wie Endorphine ihre Wirkung nur bedingt entfalten können. In der o. g. Studie verfügten Teilnehmende, die sich belastet und gestresst fühlten, ebenfalls über einen begrenzten Freundeskreis. Johnson resümiert, dass sowohl die Quantität als auch die Qualität der Sozialbeziehungen Gesundheit und sogar Lebenserwartung beeinflussen können. Das Gefühl der sozialen Eingebundenheit wirkt sich positiv auf das Immunsystem aus und trägt dazu bei, dass weniger Stresshormone ausgeschüttet werden (Bartens 2016: 2). Der Freiburger Psychologe Markus Heinrichs argumentiert, dass die Faktoren einer als unzureichend empfundenen sozialen Unterstützung und Integration das Risiko eines vorzeitigen Todes als Einzelfaktoren sogar stärker erhöhen als die klassischen Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel oder Bluthochdruck. So hätten Menschen, die sich einsam fühlen, ein um 29 Prozent erhöhtes Risiko für einen Herzinfarkt sowie ein um 32 Prozent erhöhtes Risiko für einen Hirnschlag (Füssler 2020: 3). Studien aus Frankreich und Finnland zeigen zudem den Zusammenhang zwischen Einpersonenhaushalten<sup>175</sup> und der Entwicklung psychischer Krankheiten wie Depressionen sowie Angst- und Zwangsstörungen auf. Die Wahrscheinlichkeit, innerhalb von acht Jahren an einer Depression zu erkranken, ist einer finnischen Studie aus dem Jahre 2012 zufolge bei Alleinlebenden um

---

<sup>175</sup> Rund 40 Prozent aller Menschen leben in Deutschland in Einpersonenhaushalten (Gall 2018: V1).

nahezu 80 Prozent erhöht. Die gefühlte Einsamkeit<sup>176</sup> war dabei der größte Einfluss nehmende Risikofaktor für eine psychische Erkrankung (Spiegel.de 2019: 1).

Doch auch das Vorhandensein einer eigenen Familie muss nicht zwangsläufig vor Gefühlen der Einsamkeit schützen, wie Irina am 22.11.18 berichtete: „Ich habe zwar zwei Kinder, aber die leben woanders und meine Enkelkinder sehe ich auch nur selten. Ich bin verheiratet, aber mein Mann kann mit meiner Krankheit nichts anfangen. Er ist nicht empathisch.“ Sie sei auf der Suche nach einer Gemeinschaft, in der sie sich zugehörig fühlen könne. Von ähnlichen Erfahrungen mit Reaktionen seitens der Familie, die auf fehlendem Einfühlungsvermögen und Unverständnis für die illness-Ausprägungen Betroffener wie die Schwierigkeit, alltagspraktische Verrichtungen durchzuführen, basieren, berichtete Hannelore am 22.11.18: „Als mein Sohn bei mir zu Besuch war, meinte er: ‚Hier müsste mal wieder geputzt werden!‘ Dann habe ich gesagt: ‚Da liegt der Lappen, du kannst das gerne machen.‘ Hinterher hat er sich dann bei mir entschuldigt.“ Über eine mangelhafte familiäre Unterstützung in Zeiten der persönlichen Krise berichtete auch Karina am 1.3.18: „Mein bester Freund in der schlimmen Zeit war der Fernseher. Meine Familie kam mich zwar besuchen, ging dann aber schnell wieder. Ich habe eine Großfamilie und bin trotzdem allein. Ich soll nur schnell wieder funktionieren.“ Beate erzählte am 16.5.18, dass sie die FHG seit 18 Jahren frequentiere. „Zu Hause schweigen mein Mann und ich uns nur an.“ Am 15.9.18 ergänzte sie, dass ihr Psychologe zu ihr gesagt habe, dass ihr Mann ebenfalls leicht depressiv sei. „Und so ziehen wir uns gegenseitig runter.“ Die Psychologin Sonia Lippke gibt zu bedenken, dass sich die Einsamkeit insbesondere unter einander vertrauten Menschen förmlich wie ein Krankheitserreger ausbreiten könne. Sie vergleicht diesen Vorgang mit der Weitergabe eines Schnupfens: Wenn sich in einem sozialen Netzwerk ein einsamer Mensch befinde, könne es vorkommen, dass sich dessen Stimmung, Mimik und Körperhaltung auf andere Mitglieder übertrage, woraufhin letztere ebenfalls ein Einsamkeitsgefühl entwickeln könnten. „Und ganz ähnlich wie bei einer Infektionskrankheit ist die Wahrscheinlichkeit der Ansteckung höher, je näher man sich ist.“ (Weiss/Witte 2018: 118) Kleinman, Das et. al. (1997, zitiert nach Yang/Kleinman et. al. 2006: 1528, 1529) prägten den Begriff des *social suffering*, wobei das Stigma auf Grund der ätiologischen Vorstellungen von psychischer Krankheit, die Betroffenen und ihren Angehörigen moralische Charakterfehler unterstellen, nicht nur den psychisch Erkrankten, sondern sein gesamtes soziales Netzwerk umfassen kann. Ilse resümierte am 1.8.18: „Verwandte zu haben, heißt nicht automatisch, dass die einen unterstützen.“ Lippke bezeichnet dieses soziale Phä-

---

<sup>176</sup> Gabriel Spitzer, der Ärztliche Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Ulm, bezeichnet Einsamkeit als Krankheit, da sie in dem Bereich des Gehirns Reaktionen auslöst, in dem das Schmerzzentrum angesiedelt ist (Gall 2018: V1).

nomen als *Alone in the crowd*. Es entsteht, wenn Menschen von anderen Kontaktpersonen umgeben sein können, sich aber dennoch einsam fühlen, weil es nicht gelingt, eine wirkliche Verbindung zu ihnen aufzubauen, die auf Verständnis und Resonanz beruht (Weiss/Witte 2018: 118). Alternative Mensch-Tier-Beziehungen können über unzureichende zwischenmenschliche Sozialkontakte hinweghelfen, wie Katja am 26.10.18 erläuterte:

„Ich komme mit Tieren langfristig besser klar als mit Menschen. Die haben immer nur zu mir gesagt, was ich falsch mache. Ich konnte es ihnen nie recht machen. Tiere sind dagegen hochsensibel und empfindsam wie ich. Deshalb bin ich so stark auf Tiere fixiert. Sie ersetzen mir die Menschen. Es ist so ein Glücksgefühl, wenn sie sich freuen, mich zu sehen und mit mir schmusen.“

Saskia stimmte dem am 19.4.18 zu, als sie argumentierte: „Tiere akzeptieren einen so, wie man ist.“ In der ersten bundesweiten Studie zum Thema *Hund – Katze – Mensch. Die Deutschen und ihre Heimtiere* wurde festgestellt, dass der Medikamentenverbrauch unter Tierhaltern deutlich geringer ausfällt als bei der restlichen Bevölkerung. Heimtiere können als Ansprechpartner, Begleiter sowie Alltagshelfer fungieren und unter Alleinstehenden einer Vereinsamung entgegenwirken (Fressnapf Journal 2013: 36, 37). Der Psychologische Psychotherapeut Rainer Wohlfarth, Leiter des Freiburger *Ani.Motion – Institut für tiergestützte Therapie*, spricht von Haustieren als Ruhepol, emotionale Stütze, Kontaktstifter, Dialogpartner und Balsam für die Seele. Er argumentiert, dass Tiere ein Allheilmittel sind und führt an, dass TierbesitzerInnen seltener Herzinfarkte erleiden und übergewichtig sind sowie weniger häufig an Einsamkeit bzw. Depressionen leiden, was wissenschaftlich nachgewiesen werden konnte (Kremser 2020: 18).<sup>177</sup> Der Zukunftsforscher Peter Wippermann führt aus, dass Tiere in einer durch Orientierungslosigkeit und Unsicherheit geprägten Gesellschaft zum treuen Freund und emotionalen Anker des Menschen werden können (Fressnapf Journal 2013: 37). Jäger (2015: 15) bezeichnet Heimtiere als Therapeuten für jede Lebenslage und jedes Alter. Am Beispiel der Katze führt sie aus, dass der Körperkontakt zu einem Ansteigen des Oxytocin-Blutspiegels führt. Das Hormon bewirkt eine Verbesserung der sozialen Interaktionen, eine Reduzierung von Ängsten und Stress sowie eine verringerte Wahrnehmung von Schmerzen. Da PatientInnen mit einer Depression über einen erniedrigten Oxytocin-Spiegel verfügen sollen, können Katzen aktiv zu einer psychischen Gesundung beitragen (Jäger 2015: 15). Auch Hundehaltung soll insbesondere bei Personen in Singlehaushalten das Risiko für Depressionen verringern, indem die Tiere psychosoziale Unterstützung in Umgebungen bieten, in denen menschlicher Beistand nicht möglich ist (Stadtkurier 2020: 8). Der Psychotherapeut Andreas Steiger fasst zusammen, dass ein Haustier in emotional belastenden Lebenssituationen als

---

<sup>177</sup> Eine Studie ergab, dass Heimtiere die Kosten im britischen Gesundheitssystem um umgerechnet rund 2,7 Millionen Euro jährlich reduzieren (Kremser 2020: 19). Während die britische Regierung im Januar 2018 ein Ministerium für Einsamkeit schuf, wird das Phänomen in Deutschland als individuelles, privates Problem betrachtet (Gall 2018: V1).

Vertrauter und Seelentröster fungieren kann, dem Betroffene ihr Leid anvertrauen können, ohne dafür bewertet oder verurteilt zu werden. Gleichzeitig akzentuiert er, dass Tiere fehlende Bindungen bzw. disharmonische Relationen zu Familienmitgliedern abfedern, menschlichen Sozialbeziehungen jedoch nicht ersetzen können (Werner 2021: 45, 46).

Neben einer mangelhaften psychosozialen zwischenmenschlichen Unterstützung beklagen manche NutzerInnen psychiatrischer Hilfen finanzielle Abhängigkeitsverhältnisse von ihrem sozialen Netzwerk. So erzählte Gabriel am 8.6.18, dass er seit dem Verlust des Arbeitsplatzes unter Existenzängsten leide. „Meine Eltern haben mich seitdem finanziell unterstützt. Aber was ist, wenn sie mal nicht mehr sind?“ Sebastian legte am 12.12.18 dar, dass er sich einen Umzug in eine eigene Wohnung finanziell nicht leisten könne. Derzeit bewohne er ein Kellerzimmer im Hause seiner Eltern. „Wenn ich ausziehen würde, müsste ich selber Miete und GEZ-Gebühren zahlen. Das kann ich nicht.“

Der Aufbau neuer Freundschaften bzw. das Aufrechterhalten des bestehenden sozialen Netzwerks kann sich durch die psychiatrische Diagnose erschweren. So erzählte Astrid am 13.4.18, dass sie mittlerweile fast nur noch Freunde mit psychiatrischem Hintergrund habe. Günther fühlt sich laut eigener Aussage am 27.7.18 unter Psychiatrieerfahrenen wohler, da „immer eine gewisse Schwere in der Begegnung liegt, weil die Leute schon viel durchgemacht haben.“ Unter ihnen sei es angenehmer als am Stammtisch, „wo alle die ganze Zeit lachen.“ Engelbert hingegen hat seine Erkrankung zum Anlass genommen, sich von bisherigen Freunden zu trennen: „Ich wollte die eh loswerden. Ich bin froh, dass ich sie nicht mehr habe. Ich habe nämlich schon vor der Erkrankung gemerkt, dass es nicht mehr passt. Jetzt würden sie mich eh nicht mehr verstehen.“ Goffman (2016: 49) argumentiert:

„Es sollte hinzugefügt werden, daß [sic], wenn ein Individuum spät im Leben ein neues stigmatisiertes Ich erwirbt, das Unbehagen, das es gegenüber den neuen Gefährten fühlt, langsam dem Unbehagen weichen kann, das den Gefährten von früher gilt. Post-Stigma-Bekanntschaften können es einfach als eine fehlerhafte Person sehen; Prä-Stigma-Bekanntschaften, die einer Vorstellung dessen, was es einmal war, verhaftet sind, können unfähig sein, es entweder mit formalem Takt oder mit vertrauter voller Akzeptierung zu behandeln“.

Von einer perzipierten Sprachlosigkeit, die sich darin äußert, dass Hemmungen bestehen, den Gesundheitszustand des Betroffenen zu thematisieren, berichten viele Psychiatrieerfahrene. So erzählte Katja am 9.11.18: „Ich gehe Verwandten und Nachbarn gegenüber offen mit meiner Krankheit um. Diese fragen allerdings immer nur meine Mutter, was mit mir los ist, nie mich selbst. Sie sagen dann, sie können es sich nicht erklären, warum ich das habe.“ Arno entgegnete: „Wenn ein Familientreffen stattfindet, fragt jeder jeden, wie es ihm geht und was er gerade macht, nur ich werde nie gefragt. Es wird totgeschwiegen, was mit mir los ist.“ „Mein Vater sagt auch nichts zu meiner Krankheit, er schweigt das tot“, warf Katja ein. Um unangenehme Situationen zu vermeiden, bleiben manche Betroffene Familientreffen bewusst

fern, wie Madeleine am 30.1.19 berichtete: „Mein Bruder heiratet bald, aber ich gehe nicht hin. Ich weiß, wie die Leute da über mich reden. Ich bin in meiner Verwandtschaft nur ‚die Komische‘.“ Astrid erzählte am 27.7.18, dass sich ein Verwandter über sie und ihren Minijob folgendermaßen geäußert habe: „Dann siechst du wenigstens nicht mehr die ganze Zeit vor dich hin.“ An diesen Beispielen wird deutlich, dass das soziale Umfeld oftmals Berührungsängste mit den als psychisch krank stigmatisierten Betroffenen haben, denen Vorurteile (sie siechen vor sich hin, d. h. sind erwerbslos und verfügen über keine geordnete, geregelte Tagesstruktur) bzw. generalisierende, stereotype Vorstellungen („die Komische“) von psychisch Kranken anhaften. Anstatt sich mit der alltäglichen Lebenswelt, tatsächlichen illness-Ausprägungen und der aktuellen Identität Betroffener auseinanderzusetzen, werden psychiatrische Diagnosen und ihre Implikationen für die Erfahrungswelten von PatientInnen aus Scham, Unverständnis, Unsicherheit o. Ä. „totgeschwiegen“. Am Beispiel einer Studie in Hongkong argumentieren Lee et. al. (2005, zitiert nach Yang/Kleinman et. al. 2006: 1533), dass Familienmitglieder nicht nur Gefühle der Scham mit den psychisch Kranken teilen, sondern das Stigma aus Angst vor sozialer ‚Kontamination‘ bzw. Gesichtsverlust perpetuieren und sich schlimmstenfalls gänzlich von dem Betroffenen abwenden. Das persönliche soziale Netzwerk kann in Zeiten psychischer Krisen jedoch auch stabilisierend wirken, wie Mirko Olostiak-Brahms<sup>178</sup> am 23.6.18 erläuterte:

„Ich habe eine Psychose ohne psychiatrische Hilfe überstanden. Es war nicht einfach, aber ich hatte das Glück, Leute um mich zu haben, die mich in diesem Zustand akzeptiert haben und es ertragen haben, mich so zu sehen, was nicht selbstverständlich war. Sie haben mich so sein lassen, wie ich war, und nicht gedacht: ‚Dem muss man helfen! Da muss man jetzt eingreifen!‘“<sup>179</sup>

Auch Günther, dessen Frau ebenfalls psychiatrieerfahren ist, bemerkte am 27.7.18, dass sie ihn mehr stabilisiere als Psychopharmaka: „Seitdem ich sie vor zehn Jahren kennengelernt habe, habe ich nur noch einmal eine leichte Psychose erlitten, während ich vorher regelmäßig schlimmere hatte, obwohl ich vor und nach dem Kennenlernen dieselben Medikamente genommen habe.“

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich Menschen mit psychiatrischen Diagnosen oftmals in Positionen sozialer Isolation bzw. mangelhafter familiärer Unterstützung befinden.

---

<sup>178</sup> Mirko ist 53 Jahre alt und mein Informant der ersten Stunde. Ich lernte ihn während einer Sitzung von ASK! e. V. kennen. Durch ihn bin ich dem BPE e. V. beigetreten. Seine psychischen Krisenerfahrungen trug er u. a. im Juni 2018 auf dem *Vierten Internationalen Psychiatrie-Kongress zu seelischer Gesundheit und Recovery* in Bern (s. Universitäre Psychiatrische Dienste 2018) vor (verfügbar unter [www.vielfalter.podspot.de/files/ueber-den-zaun.mp3](http://www.vielfalter.podspot.de/files/ueber-den-zaun.mp3)). Mirko ist Genesungsbegleiter, aktives BPE-Mitglied, Selbsthilfeakteur, Moderator der Sendung *Vielfalter* des linksgerichteten *Radio Dreyeckland* in der Region Freiburg (s. [Radio Dreyeckland.de](http://RadioDreyeckland.de) (o. J.) (1) bis (3)) sowie Verfasser zahlreicher Texte und Gedichte, in denen er Gesellschaftskritik übt, seine Hospitalisierungserfahrungen verarbeitet und rezente Gefühle zum Ausdruck bringt.

<sup>179</sup> Einen weiteren Erfahrungsbericht über die außerklinische Bewältigung eines psychotischen Schubs unter Zuhilfenahme des sozialen Netzwerks bietet Bellion (2007).

Von Betroffenenseite werden eine fehlende Integration in die örtliche Gemeinschaft, der Verlust früherer Beziehungen sowie eine Außenseiterrolle als „Schwarze Schafe“ beklagt. Gefühle der Vereinsamung können längerfristig schwere körperliche und psychische Gesundheitsfolgen nach sich ziehen. Abhilfe versprechen sich Betroffene von einem diskursiven Austausch mit Gleichgesinnten, von denen sie sich oftmals besser verstanden fühlen sowie alternativen Beziehungen zu Tieren, deren positive Effekte auf die psychische Gesundheit evidenzbasiert sind. Auch bestehende Partnerschaften sowie eine eigene Familie sind keine Garantien für einen interessierten, verständnisvollen und offenen Umgang mit den illness-Empfindungen Psychiatrieerfahrener und ihren Schwierigkeiten in der Verrichtung alltagspraktischer, für nicht-betroffene Kontaktpersonen oftmals selbstverständlicher Tätigkeiten. In einigen Fällen besteht ein finanzielles Abhängigkeitsverhältnis von dem sozialen Netzwerk. Vorurteile sowie stereotype Vorstellungen können sich in Berührungängsten, fehlender Resonanz, Schamgefühlen, abfälligen Kommentaren und mangelhaftem Einfühlungsvermögen gegenüber NutzerInnen psychiatrischer Hilfen manifestieren, wobei das Stigma der psychischen Krankheit schwer wiegt. Doch es wurde auch gezeigt, dass Partnerschaften stabilisierender wirken können als eine Psychopharmakotherapie und empathische, freundschaftliche Beziehungen in persönlichen Krisenzeiten die Aufnahme in eine psychiatrische Einrichtung erübrigen können. Zudem kann die psychische Erkrankung als Chance und Anlass für eine zwischenmenschliche Neuausrichtung genutzt werden, indem nicht mehr funktionierende Freundschaften aufgegeben werden.

### **5.1.3. Umgang mit ‚anomalem‘ Verhalten unter Psychiatrieerfahrenen**

Während die vorherigen Kapitel die Reaktionen nicht-psychiatrnisierter Kontaktpersonen auf Betroffene thematisiert haben, befasse ich mich im Folgenden schwerpunktmäßig mit reaktiven Verhaltensweisen auf ‚anomales‘ Verhalten unter Psychiatrieerfahrenen. Das erste empirische Fallbeispiel ereignete sich am 21.11.18 im Malraum der FHG, wo sich um 12.30 Uhr insgesamt sieben Personen um den gedeckten Tisch versammelt hatten. Neben einem Mitarbeiter des Arbeitsbereiches und einer Praktikantin der FHG befanden sich vier Psychiatrieerfahrene im Raum, die das Angebot des Mittagstisches der FHG regelmäßig in Anspruch nahmen. Über Ludmilla, die zu meiner Linken saß, hatte mir eine Mitarbeiterin der FHG am Morgen berichtet: „Sie ist wieder ein bisschen psychotisch.“ Während wir auf das Mittagessen warteten, rülpste Ludmilla ein paar Mal hintereinander laut und mit offenem Mund. Daraufhin tauschten Manfred, ein Betroffener, der den Mittagstisch regelmäßig besuchte, und ich vielsagende Blicke aus, als wollten wir uns nonverbal mitteilen: „Das hätte jetzt nicht sein

müssen.“ Der Rest der Tischrunde ignorierte den Vorfall, indem diskret zur Seite geschaut oder mit dem Besteck gespielt wurde. Ludmilla suchte das Gespräch mit Manfred, zu dem sie ein gutes Verhältnis unterhielt und mit dem sie vor dem Essen oftmals noch einige Worte wechselte. Doch diesmal sprach sie scheinbar zusammenhanglos und wechselte rasch von einem Thema zum nächsten. Manfred reagierte darauf, indem er in einem ruhigen, sachlichen Ton erwiderte: „Ich kann dir nicht folgen. Ich bin gerade mit meinen Gedanken woanders.“ Ludmilla entgegnete, dass das für sie in Ordnung sei. Nachdem das Mittagessen aufgetischt worden war und alle Gäste eine Weile schweigend gegessen hatten, legte Ludmilla das Besteck beiseite und fing an, den Salat mit den Fingern aus ihrem Schüsselchen zu holen, was sie zuvor noch nie getan hatte. Ich sah in die Runde, um die Reaktionen der Anderen abzuschätzen, doch die meisten taten so, als würden sie es nicht bemerken, blickten stur auf ihre Teller und aßen ruhig weiter. Kurze Zeit später hielt Ludmilla ein paar Augenblicke inne und schloss die Augen, während der Rest der Tischrunde weiteraß. Nach dieser Pause referierte sie über Meditation, zählte Erzengel auf und verwendete dabei zahlreiche Begriffe, die ich nicht verstand, wobei sie von einem Thema zum nächsten sprang: „Das mit der Landwirtschaft... Ich muss nur eine gerade Linie ziehen... auf dem Balkon... und die dann abgehen. Wir stellen keine Fragen, geben nur Antworten.“ Manfred blickte verwundert und hilflos in die Runde, während die Anderen Ludmillas Verhalten in der oben dargestellten Form weiterhin ignorierten. Dann wandte sie sich an den Mitarbeiter des Arbeitsbereichs der FHG: „Sie sprechen wohl nicht gerne beim Essen!“ Er erwiderte: „Ich höre mir nur nicht gerne so einen *Blödsinn* (Hervorh. S. T.) an!“ Während ich befürchtete, dass Ludmilla, die im Laufe der Zeit durch mehrere heftige emotionale und expressive Reaktionen aufgefallen war, diese Aussage derart in Rage versetzen könnte, dass eine ernste Auseinandersetzung folgen würde, verteidigte sie sich zu meiner Überraschung nur mit den beherrscht vorgetragenen Worten: „Ich habe keinen Blödsinn geredet.“ Nach diesem Zwischenfall verhielt sie sich sehr ruhig und unauffällig. Möglicherweise hatten sie die Worte des FHG-Mitarbeiters verletzt, weshalb sie sich im Folgenden stark zurückhielt, um nicht erneut abfälligen Kommentaren ausgesetzt zu sein. Nach dem Essen hatten es unsere Tischgenossen ungewöhnlich eilig, den Raum zu verlassen. Auch Manfred machte sich sogleich auf den Heimweg, was sehr ungewöhnlich für ihn war, da wir (Ludmilla, Manfred, ich und weitere anwesende Personen) normalerweise nach dem Mittagessen noch eine Weile zusammensaßen und uns unterhielten. Doch nach kurzer Zeit fand ich mich mit Ludmilla allein im Malraum wieder. Ich wollte mich nicht sofort verabschieden, weil ich die Befürchtung hatte, dass Ludmilla davon getroffen sein könnte, obwohl mir die Situation recht unangenehm war, weil ich nicht wusste, wie ich mich ihr gegenüber verhalten sollte. Vor Ludmilla standen zwei Gläser, davon war eines gefüllt mit Apfelsaft, das



andere mit Wasser, ihr Schüsselchen mit einem Rest Salat und eine Dessertschale. Während sie das Gespräch wieder aufnahm, schob sie das Geschirr fortwährend wie bei einem Hütchenspiel hin und her. Beinahe hätte sie ein Glas umgekippt, dann füllte sie Wasser in das Glas mit Saft und fragte mich, ob ich noch Wasser haben wolle, woraufhin ich mein Glas erneut füllte. Als Nächstes erzählte sie, sie komme aus Potsdam und sei in Berlin aufgewachsen, um im nächsten Moment fortzufahren: „Kann man sagen, dass Menschen, die auf dem Mond gewesen sind, auf dem Mond waren?“, wobei sie laut lachte. Intuitiv versuchte ich, Ludmillas Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment zu lenken, indem ich den geplanten Tagesausflug der FHG nach Straßburg thematisierte und mich erkundigte, ob sie daran teilnehmen wolle. Ludmilla bejahte und nannte einige Sehenswürdigkeiten, die einen Besuch wert seien. Dann stellte sie die Dessertschale auf ein unbenutztes Glas und schob es weit von sich, stand auf, schaltete das Licht aus, setzte sich wieder, stützte die Ellenbogen auf dem Tisch ab, legte den Kopf in die Hände und verharrte mehrere Augenblicke still. „Möchten Sie den Nachtisch nicht mehr essen? Er ist wirklich lecker“, warf ich ein, um die nach meinem Empfinden angespannte Stille zu durchbrechen. „Nein. Darf ich ihn Ihnen anbieten?“ Ich lehnte dankend ab. Dann sprach sie wieder scheinbar zusammenhanglos und zwar so schnell, dass ich ihr kaum folgen konnte, wobei sie mich die ganze Zeit mit starrem Blick fixierte. Einmal hob sie ziemlich heftig ihre Stimme, dann wurde sie wieder ruhiger, blickte auf die Gläser, nahm das Glas mit Apfelsaftschorle und goss mir mit den Worten: „Das ist noch unbenutzt!“ etwas von der Flüssigkeit in mein Glas. „Ich habe so einen starken Knoblauchgeschmack im Mund vom Mittagessen“, erklärte ich. „Wenn ein Prinz kommt und Sie küssen will...“, fing Ludmilla an. „...fällt er gleich in Ohnmacht!“, ergänzte ich und wir beide lachten. Nach diesem positiven, versöhnlichen Ende verabschiedete auch ich mich.

Die nächste Teilnehmende Beobachtung ereignete sich am 3.4.19 im Aufenthaltsraum der FHG. Nachdem Lucy bei Ahmed, der an diesem Tag Thekendienst hatte, eine Tasse Kaffee erworben hatte, gab sie ihm einen 20-Euro-Schein, woraufhin Ahmed ihr das Wechselgeld auf die Theke legte. „Stimmt das auch?“, entgegnete sie. „Zähl‘ bitte nochmal nach!“ Zur Erklärung muss hinzugefügt werden, dass Lucy an Kontrollzwängen leidet. Wenn sie den Aufenthaltsraum der FHG oder ein anderes Zimmer verlassen möchte, steht sie auf, geht ein paar Schritte, bleibt stehen und dreht sich um, um nachzusehen, ob sie etwas vergessen hat. Einige Sekunden bis Minuten sucht sie den Platz, an dem sie gegessen hat, mit den Augen ab. Dann wendet sie sich ab, entfernt sich um wenige Meter, hält inne und wendet sich erneut auf der Suche nach möglicherweise liegengelassenen Wertgegenständen um. Diese Prozedur kann mehrmals hintereinander wiederholt werden. Den meisten Gästen der FHG ist dieses Verhalten vertraut bzw. Lucys Diagnose bekannt, so auch Ahmed, der unverzüglich anfang zu grin-

sen. Ronaldo, der mir gegenüber auf der Couch saß und die Szene verfolgt hatte, rief in den Raum: „Hast du sie beschissen?“ Ahmed erwiderte: „Nein, ich habe richtig herausgegeben.“ „Ich habe Kontrollzwänge...“, erklärte sich Lucy. „Ja, das merke ich“, entgegnete Ahmed mit einem schiefen Lächeln, bevor er Lucys Bitte nachkam. Auch Ronaldo fing an zu lachen. Lucys skeptischer Blick heftete sich an das Wechselgeld und sie bat Ahmed, es erneut nachzuzählen. Er grinste über das ganze Gesicht, versuchte jedoch, sich zusammenzunehmen. Dann nahm er das Wechselgeld in die Hand und zählte mit ausladender Gestik das Geld vor Lucys Augen ab: „Eins, zwei, drei...“ Nach jedem Wort legte er die entsprechenden Münzen bzw. Scheine in hohem Bogen und im Zeitlupentempo auf die Theke. Sein Tonfall hätte darauf schließen lassen können, dass er zu einem Kleinkind oder einer geistig Zurückgebliebenen sprach. Ronaldo lachte weiter. Daraufhin meldete sich eine andere Besucherin, die gegenüber von der Theke an einem Bistrotisch saß, zu Wort: „Lacht nicht so! Für sie ist das nicht lustig!“ „Nein, das ist gar nicht lustig“, bestätigte Lucy. „Für mich ist das ernst.“ Nachdem Ahmed vor ihren Augen das Wechselgeld abgezählt hatte, meinte sie: „Einmal noch, bitte!“ Aus seinem Dauergrinsen wurde allmählich Unmut. Er wirkte zunehmend enerviert, als er entgegnete: „Ich habe es dir jetzt schon zweimal durchgezählt!“ „Ja, einmal noch, bitte!“ Er tat ihr den Gefallen. Als Lucy gehen wollte, nahm sie das Wechselgeld und warf im Weggehen einen Blick zurück auf den Tresen. „Liegt da jetzt nichts mehr?“ Ahmed erwiderte gereizt: „Nein, du hast das ganze Geld eingesteckt!“ „Also auf dem Tresen liegt nichts mehr?“ „Nein, das siehst du doch!“ Er war dem Verzweifeln nahe. „Schau doch nach, da liegt nichts mehr!“ Lucy blickte erneut auf den Tresen, dann auf Ahmed, dann verließ sie schließlich den Raum. „Hast du sie beschissen?“, mischte Ronaldo sich wieder ein. „Nein! Aber für mich ist das auch anstrengend, wenn sie die ganze Zeit immer dasselbe will“, erklärte sich Ahmed.

Ein letztes Beispiel für den Umgang mit unkonventionellem Verhalten unter Betroffenen stammt aus meiner Zeit als stationäre Patientin einer bayerischen Psychiatrie im Juni 2014. Im allabendlichen Sitzkreis zum gemeinsamen Tagesausklang hatten sich unter der Leitung zweier PflegerInnen alle PatientInnen der Station im Gruppenraum eingefunden, als ein junger Mann das Zimmer betrat, der sich die Kapuze seiner Jacke tief in das Gesicht gezogen hatte. Da ich ihn zum ersten Mal sah, vermutete ich, dass er an diesem Tag stationär aufgenommen worden war und nun zum ersten Mal die Abendrunde besuchte. Während der Sitzung hielt er die Arme verschränkt und blickte die ganze Zeit starr zu Boden. Es entstand der persönliche Eindruck, dass er keinen Kontakt zu den anderen TeilnehmerInnen wünschte und sich sogar davor fürchtete. Zwei Herren Mitte 50, die seit ca. einer Woche auf Station waren, sich angefreundet hatten und links von mir saßen, fingen an, über ihn herzuziehen: „Was ist denn das für einer?“, meinte der erste. „Der kann die Kapuze doch runternehmen! Wir beißen

doch nicht“, erwiderte der andere. Die Herren schienen nicht auf die Idee zu kommen, dass der junge Mann möglicherweise *genau deshalb*, d. h. weil er z. B. an akuten sozialen Ängsten litt, in die Psychiatrie aufgenommen wurde. Über dieses Fallbeispiel hinaus beobachtete ich im Rahmen des (teil)stationären Aufenthaltes weitere Formen von Mobbing unter PatientInnen, übler Nachrede sowie diskreditierender Kommentare über Aussehen und/oder Verhalten bestimmter NutzerInnen psychiatrischer Hilfe, die mitunter in verbalen Auseinandersetzungen sowie aktiven Exklusionsprozessen der Betroffenen kulminierten. Die von dem psychiatrischen Fachpersonal aufgestellten Verhaltensregeln, die im Korridor der Station auf einem großflächigen Plakat nachzulesen waren und u. a. einen respektvollen, empathischen und toleranten Umgang untereinander unter besonderer Berücksichtigung der Eigenheiten der PatientInnen proklamierten, wurden häufig vernachlässigt.

In der Gesamtschau lässt sich festhalten, dass die empirischen Fallbeispiele die u. U. naheliegende Hypothese, dass geteilte Erfahrungen der Hospitalisierung, Diagnostizierung und gemeinsamer Identität als psychisch krank zu einem verständnisvolleren Zugang zu Betroffenen und ihrem mitunter abweichenden, unkonventionellen Verhalten führen können, nicht immer zutreffen muss. Vielmehr wären die Reaktionsformen in den drei geschilderten Szenen in ähnlicher Form auch in einem anderen Kontext denkbar, in denen Menschen ohne psychiatrische Diagnose auf die psychisch erkrankten Protagonisten getroffen wären. Die beträchtliche Bandbreite an Verhaltensmustern soll im Folgenden zusammengefasst werden: Während die Betroffenenreaktionen im ersten Textbeispiel von einem ‚ruhigen und sachlichen Nichteingehen auf die Ausführungen der Betroffenen‘, ‚ignorieren‘, ‚sich um die eigenen Angelegenheiten kümmern, um dann schnell das Weite zu suchen‘ bzw. ‚bleiben und versuchen, das Beste daraus zu machen‘ rangierten, offenbarte die zweite Teilnehmende Beobachtung weitere soziale Phänomene: ‚sich lustig machen‘, aber auch ‚helfend eingreifen‘, ‚die Betroffene verteidigen‘ sowie ‚Verständnis und Geduld aufbringen, auch wenn man sich selbst in der Situation überfordert fühlt‘. Das dritte Fallbeispiel thematisierte Vorurteile, soziale Ab- und Ausgrenzungsphänomene sowie einen entwertenden Umgang unter PsychiatriepatientInnen, die nicht auf eine empathischere, tolerantere Haltung durch gemeinsames Erfahrungswissen schließen lassen. Seibt (2018: 13) fasst zusammen:

„Von der Psychiatrie verlangen wir, dass sie besser mit Menschen in Krisen umgeht. Wir Psychiatrie-Erfahrenen selber sind dazu aber meistens auch nicht in der Lage. Oft sind Psychiatrie-Erfahrene genau so [sic] hilflos im Umgang mit kriselnden oder einfach nur schwierigen Mitmenschen, wie es Angehörige oder Psychiatrie-Profis sind.“

Die allgemeine Unsicherheit im Umgang mit ‚anomalem‘ Gebaren kann dadurch verstärkt werden, dass NutzerInnen psychiatrischer Hilfen auf Grund akuter Krisen oder einem permanenten Leidensdruck oftmals selbst nicht über die psychische Souveränität verfügen, in mit-

fühlender, verständnisvoller Weise auf die Eigenheiten ihres Gegenübers einzugehen und dessen ‚Ver-rücktheiten‘<sup>180</sup> aufzufangen. Der Frage, wie eine Pharmakotherapie für die psychische Stabilität bzw. Gesundheit von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose evaluiert wird, soll im folgenden Kapitel unter besonderer Berücksichtigung zugrunde liegender Krankheitskonzeptionen Betroffener nachgegangen werden.

## **5.2. Krankheitskonzepte von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen**

### **5.2.1. Standpunkte zu Psychopharmakotherapien und Laien-Erklärungsmodelle für Psychopathologien**

Vorab kann konstatiert werden, dass unter PsychatriepatientInnen und Professionellen multiple, z. T. divergierende Standpunkte hinsichtlich Wirksamkeit und Notwendigkeit einer Pharmakotherapie vorherrschen, wobei sich die Abgrenzung nicht eindeutig zwischen Betroffenen und im medizinischen Bereich Tätigen ziehen lässt. Im Folgenden soll eine Perspektivenreflexivität auf das kulturelle Phänomen der psychischen Krankheit und deren Behandlung aufgezeigt werden, ohne die verschiedenen Positionierungen normativ werten, d. h. verifizieren bzw. falsifizieren zu wollen. Shimrat (2013: 146) führt aus, dass psychiatrische Herangehensweisen den Ausbruch einer psychischen Erkrankung auf genetische Prädispositionen und/oder einen aus dem Gleichgewicht geratenen Hirnstoffwechsel zurückführen. Diese nicht evidenzbasierte Erklärung stellt die Grundlage für die Hypothese dar, dass psychische Ausprägungen wie extreme oder ungewöhnliche Gedanken und Emotionen als Krankheit zu betrachten sind und daher in den medizinischen Zuständigkeitsbereich fallen. Diese Sichtweise ermöglicht es Theoretikern, politischen Entscheidungsträgern und Ärzten, den Einfluss von Lebenskontexten, die an der Verursachung sog. Nervenzusammenbrüche beteiligt sind, zu vernachlässigen. Matthias Seibt (2018: 5) vom BPE bezeichnet das prävalente psychiatrische Paradigma der Hirnstoffwechselstörung als Lüge. Nach einem ersten Psychatrieaufenthalt nahm er sieben Jahre lang Neuroleptika ein, bevor er sich kritisch mit psychiatrischen Fachdiskursen auseinandersetzte. Ein weiteres führendes BPE-Mitglied, Martin Lindheimer (2016: 17), stellt eine entscheidende Frage:

„Es heißt, man sei nicht verrückt, man habe nur eine ‚Stoffwechselstörung‘. Wer brav seine Psychopharmaka nimmt, der mache es richtig. Man brauche es [sic] wie der Diabetiker sein Insulin. Aber: Warum kommen die Leute dann immer wieder in Krisen trotz der fabulösen langjährigen hochdosierten Psychopharmaka-Prophylaxe mit modernsten Neuroleptika?“

---

<sup>180</sup> Hier verwende ich die Begrifflichkeit des BPE (2018 (2): 1), der eine pathologisierende Rhetorik weitestgehend verwirft und stattdessen den Gegendiskurs der ‚Ver-rücktheiten‘ postuliert (ausführlich s. Kapitel 5.3.2.).

Der geschäftsführende Vorstand des BPE (2015: 14) nimmt die von Shimrat (2013: 146) geäußerte Kritik auf, indem er anprangert, dass bis dato keine chemischen, biologischen oder physikalischen Tests existieren, die eine eindeutige Abgrenzung zwischen psychisch Kranken und Gesunden markieren können. Andere NutzerInnen psychiatrischer Hilfen, wie einige meiner ForschungsteilnehmerInnen, übernehmen hingegen psychiatrische Erklärungsmodelle und Terminologien bei der Beschreibung ihrer psychischen Leiden. So hielt Saskia am 13.10.18 dagegen: „Es gibt Antipsychiatrie-Eingestellte, die negieren, dass sie eine Krankheit haben. Depressionen und Psychosen müssen aber vom Arzt behandelt werden.“ Laila warf in leicht abfälligem Ton ein: „Meine Freundin hat dieselbe Krankheit wie ich, nimmt aber nichts und glaubt nicht daran.“ Des Weiteren sprach Matthias am 25.6.18 von „chemischen Prozessen in meinem Gehirn“, als er die Ursache seiner Depression beschrieb. Seibt (2018: 5) beschreibt diese Internalisierung psychiatrischer Diskurse seitens einiger Betroffener wie folgt:

„Einige Psychiatrie-Erfahrene hassen uns. Unsere Sicht macht aus ihnen statt psychisch Kranken normale Menschen, die ihre Probleme mit ärztlich verschriebenen Drogen bekämpfen. Unsere Sicht macht aus dem Halbgott in Weiß eine ‚dampfende Geldmaschine im Ärztekittel‘ (Thomas Bernhard).“

Des Weiteren zieht er (Seibt 2017: 1) Parallelen zwischen den Institutionen Psychiatrie und Kirche: Die gesellschaftliche Akzeptanz und Übernahme psychiatrischer Erklärungen für eine Vielzahl von Ereignissen des menschlichen Lebens nehme in bestürzender Schnelligkeit zu, wobei die Psychiatrie sukzessive den Platz einnehme, den noch vor 200 Jahren die katholische Kirche innehatte. Seibt (2018: 5) zufolge stünden PsychiatriepatientInnen, die ihre Psychopharmakotherapie beenden wollten, vor einer schwierigeren Aufgabe als Alkohol- oder Nikotinabhängige, da sie gleichzeitig bzw. nacheinander Substanzentzug und ‚Sektenausstieg‘ aus der gesellschaftlich hochgeschätzten ‚Kirche‘ Psychiatrie meistern müssten. Die Metapher der Kirche findet sich auch an anderer Stelle: So schreibt Stephan Borchert (2018: 4), ein Psychiatrieerfahrener, von einer ‚feindlichen Übernahme‘ des psychiatrischen Systems, das aus seinem Körper einen Absatzmarkt für Therapien und Drogen mache, wobei die Lebensberichte Betroffener in diesem Sinne einer Beichte gleichen, in der sie sich eine Krankheit eingestehen. Psychiatrieerfahrende, die *Compliance*<sup>181</sup> aufweisen, verbalisieren ihre angebliche Krankheit Borchert (2018: 4) zufolge wie Bekehrte, die „durch langes Leiden endlich zum richtigen Bewusstsein und zur Krankheitseinsicht gelangt [sind].“ Dieser Argumentation folgend, wären Saskia, Laila und Matthias Anhänger der ‚Kirche Psychiatrie‘, die sich von ihren Dogmen hätten bekehren lassen.

Ungeachtet dieser antagonistischen Positionierungen wird von vielen Betroffenen eine zu schnelle Medikalisierung mit Psychopharmaka kritisiert. Ruth berichtete am 17.5.18, dass

---

<sup>181</sup> Darunter versteht man die Krankheitseinsicht von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen und ihre Bereitschaft, aktiv an therapeutischen Maßnahmen mitzuwirken.

Psychiatrie für sie bedeute, „immer gleich Medikamente zu kriegen und den ganzen Tag nur herumzusitzen.“ Helman (2001: 80) konstatiert, dass die Biomedizin darauf ausgerichtet ist, physikochemische Informationen über den Patienten zu sammeln und zu quantifizieren, während weniger messbare soziale und emotionale Faktoren vernachlässigt werden. Der Fokus auf physiologischen Fakten impliziert, dass Symptome als Erstes mit zugrunde liegenden physischen Prozessen in Verbindung gebracht werden. Auf PsychiatriepatientInnen bezogen, erfolgt durch das vorherrschende Paradigma der Hirnstoffwechselstörung in vielen Fällen die Verordnung einer Therapie mit psychoaktiven Substanzen, die von Betroffenen kritisch hinterfragt wird. So berichtete Fabian am 28.11.18: „Im ZfP ist es so, dass genau geschaut wird, dass jeder Medikamente nimmt. Dann sagen die: ‚Sie nehmen noch nichts? Sie brauchen unbedingt etwas!‘ Das ist dort echt extrem.“ Er selbst würde nur im äußersten Notfall wieder Psychopharmaka einnehmen und wieder absetzen, sobald es ihm besser gehe. Weiter führte er aus: „Meist ist es ja so, dass man noch ein Medikament obendrauf kriegt, wenn es einem wieder schlechter geht oder man wieder in einer Krise ist. Anstatt zu schauen, wie es auch anders gehen kann, welche anderen Möglichkeiten man hat.“ Mario schilderte am 20.2.19 ähnliche Erfahrungen: „Ich bin ohne Medikamente nach Emmendingen gekommen, nach fünf Tagen musste ich anfangen, welche zu nehmen. Es ist ein Wunder, dass ich überhaupt fünf Tage ohne dort sein konnte.“ Man habe als Psychiatriepatient keine Chance, sich dagegen zu wehren. Barbara gab am 28.11.18 zu bedenken: „Aber wenn man sich wehrt und sagt, ich nehme die Medikamente nicht, heißt es gleich, ‚Sie sind nicht therapierbar, Sie sind nicht mehr meine Patientin, da ist die Tür!‘“ So habe es ihre Psychiaterin gemacht und dann wisse man gar nicht mehr, an wen man sich wenden solle. Es gehe einem ja schlecht. Die Erfahrung, dass im Zuge einer Verweigerung der Einnahme von Psychopharmaka durch Betroffene seitens des psychiatrischen Fachpersonals mit Therapieabbruch gedroht wird, teilen auch Günther, Joachim und Andrea. Ludmilla erzählte am 13.3.19 von einer Bekannten, die in der Psychiatrie eigentlich zur Ruhe habe kommen wollen, „aber ihr wurde Gewalt angedroht, wenn sie sich weigert, Medikamente zu nehmen.“ Lee (2013: 113) kritisiert: „Psychiatry contradicts itself. It asserts that the patient is an autonomous person worthy of respect who must be helped to become more autonomous. But patients are helped as the doctor thinks best. So much for autonomy.“ Ilse schilderte am 13.10.18 einen weiteren Vorfall:

„Eine Freundin von mir wollte keinen Elektroschock, aber der Psychiater hat sie so lange unter Druck gesetzt, bis sie eingewilligt hat. Normalerweise versucht man als Arzt doch immer, epileptische Anfälle zu verhindern. Nicht so in der Psychiatrie. Schizophrene, die weniger Hirn haben, sind halt leichter zu handhaben...“

Für die transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS), die im Gegensatz zu der von Ilse erwähnten Elektrokrampftherapie<sup>182</sup> „absolut ungefährlich“ sowie „schmerzlos“ sein und „ohne körperlichen Eingriff“ erfolgen solle, so Lukas Frase, Funktionsoberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg, wurden kürzlich StudienteilnehmerInnen gesucht. Das Universitätsklinikum Freiburg untersuchte, „ob eine kombinierte Therapie aus Gruppen-Psychotherapie und einer leichten Stimulation bestimmter Hirnregionen den Behandlungserfolg [bei Depressionen] weiter steigern kann.“ (Normann/Frase 2018: 1) Bei der tDCS wird eine leichte elektrische Stimulation der frontalen Großhirnrinde angestrebt, wo die Regulation der Gefühle gesteuert wird, die bei Menschen mit Depression als vermindert aktiv gilt. In einer randomisierten Vergleichsstudie überzeugte die transkranielle Gleichstromstimulation, die als schonende Alternative zu der Elektrokrampftherapie betrachtet wird, jedoch nicht. Laut der Publikation im *New England Journal of Medicine* war sie einer Psychopharmakotherapie nicht gleichwertig und wies nicht unerhebliche Nebenwirkungen auf wie Hautrötungen, Tinnitus und Nervosität. Darüber hinaus wurde bei zwei Patienten eine manische Störung neu diagnostiziert (Aerzteblatt.de 2017: 1). Des Weiteren suchte die Interventionelle Biologische Psychiatrie des Universitätsklinikums Freiburg (2020: 19) in einer Anzeige der Zeitung *Der Sonntag in Freiburg* StudienteilnehmerInnen für die operative Methode der Tiefen Hirnstimulation (TSH)<sup>183</sup> zur Behandlung therapieresistenter Depressionen, die auf eine psychopharmakologische sowie EKT-Behandlungen nicht angesprochen haben. Die enge Kooperation zwischen Psychiatrie und Neurochirurgie der Universitätsklinik Freiburg ist europaweit einzigartig. Obwohl der Wirkmechanismus der TSH bei psychisch Kranken noch weitgehend unbekannt ist, arbeiten die führenden Wissenschaftler an der Zulassung des Verfahrens als Standardtherapie (Stadtkurier 2021: 7). Erinnerung sei in diesem Zusammenhang an die in Kapitel 3.2.1. erörterten historischen Zusammenhänge der Wiederaufnahme eines Leitspruches einer früheren Reform: Bereits Wilhelm Griesinger prägte das Postulat, dass ‚Geisteskrankheiten‘ Gehirnkrankheiten seien, Mitte des 19. Jahrhunderts, d. h. an der

---

<sup>182</sup> Der Elektroschock, der von dem Kraepelin-Schüler Ugo Cerletti in einem Schlachthaus zur Betäubung von Schweinen beobachtet wurde und seit 1940 in Psychiatrien als Behandlungsmethode bei endogenen Depressionen und schizophrenen Erkrankungen Anwendung findet, wird für das kolportierte Ziel kritisiert, PatientInnen, bei denen Psychiater „mit ihrem ‚Latein‘ am Ende sind bzw. die sie nicht ‚handhaben‘ können“, besser manipulieren zu können (Kempker 1991: 40). Unterschiede zwischen EKT und tDCS bestehen darin, dass bei ersterem Eingriff „unter Narkose und nach Gabe von Muskelrelaxantien starke Stromstöße auf das gesamte Gehirn abgegeben werden“, während die tDCS lokal über Elektroden auf der Kopfhaut erfolgt, die über einen längeren Zeitraum mit geringen, in der Regel nicht spürbaren Stromstärken im Bereich von wenigen Milliampere stimuliert werden (Aerzteblatt.de 2017: 1). Kritische Beiträge zur Anwendung der EKT liefert Lehmann (2018 (1) und (2)).

<sup>183</sup> Die THS ist in der Neurologie zur Behandlung von Krankheiten wie Parkinson ein Standardverfahren, wobei Elektroden in einer bestimmten Hirnregion implantiert werden (ebd.: 19).

Wende von der pädagogischen, sozialen Reformpsychiatrie zur neurobiologisch determinierten ‚Hirnpsychiatrie‘ (Finzen 2013: 94).

Durch den latenten Druck und die Angst vor negativen Konsequenzen wie einem Therapieabbruch fühlen sich PatientInnen wie Barbara und Mario verunsichert und in ihrer eigenen Entscheidungsfähigkeit und Selbstbestimmtheit eingeschränkt. Mangels Alternativen zum psychiatrischen System lassen sich Betroffene wie Barbara, Günther, Joachim und Ilse Freundin jedoch in ihrer Notlage trotz Bedenken auf die vorgeschlagene Pharmako- bzw. Elektrokampftherapie ein. Eine internationale Studie bestätigte, dass Psychiatrisierte eine Isolierung, die Erhöhung der Psychopharmakadosis, eine Zwangsbehandlung oder die vorzeitige Entlassung angedroht werden, wenn sie die vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen ablehnen (Lehmann 2021: 8). In der SWR-Sendung *Odyso* sprach Martin Zinkler, Ärztlicher Direktor am Klinikum Heidenheim, in diesem Zusammenhang von einem schwierigen Abhängigkeitsverhältnis mit den Behandlern. PatientInnen zu einer medikamentösen Therapie zu zwingen, stelle einen Verstoß gegen die fundamentalen Menschenrechte Betroffener dar. Darüber hinaus könnten sich NutzerInnen psychiatrischer Hilfen kaum gegen eine solche Bevormundung wehren, da alle psychischen Fähigkeiten wie Denken, Fühlen, Wollen und Bewegen durch die (neuroleptische) Medikation reduziert würden, wodurch Planung, Initiative und Durchhaltevermögen erschwert würden (Odyso 2020: o. S.).

Kritisiert wird ferner, dass Psychopharmaka trotz begründeter Zweifel an ihrer Wirksamkeit und/oder Verträglichkeit weiter verabreicht werden bzw. die Dosis sogar noch erhöht wird (Shimrat 2013: 148).<sup>184</sup> Diese Erfahrung musste Steve machen, wie er am 13.3.19 berichtete: „Ich kenne mich mit Neuroleptika gut aus, da ich seit 25 Jahren welche einnehme und daher ein gewisses Mitspracherecht bei der Auswahl habe.“ Von den 30 verschiedenen Präparaten habe er im Laufe seiner Erkrankung 18 ausprobiert. „Doch dann wurde mein Zustand 2002 immer schlimmer. Die Ärztin hat daraufhin das Neuroleptikum erhöht, dabei lag es an dem Medikament. Ich wollte es nicht erhöhen, dann hat sie mich knallhart aus dem ZfP geworfen.“ Im Medizin-Magazin *Visite* wurde die Problematik am 29.1.19 am Beispiel von Antidepressiva thematisiert. Bruno Müller-Oerlinghausen, Facharzt für Pharmakologie mit besonderem Arbeitsschwerpunkt in der Psychopharmakologie, führte aus, dass Nebenwirkungen wie Suizidgedanken durch Antidepressiva hervorgerufen werden können. Da viele PsychiaterInnen die Symptomatik jedoch auf die Psychopathologie zurückführen und nicht auf durch das Medikament verursachte Begleiterscheinungen, erhöhen sie oftmals die Dosis, was schlimmsten-

---

<sup>184</sup> In diesem Zusammenhang wird vor der sog. Tachyphylaxis gewarnt, d. h. der ausbleibenden Wirksamkeit von Psychopharmaka trotz Dosiserhöhung durch das Einsetzen einer Arzneimitteltoleranz (Lippert 2021: 6).



falls den Suizid der Betroffenen zur Folge haben kann (Rosbach 2019: o. S.). Nebenwirkungen von Psychopharmaka sind nicht zuletzt vor diesem Hintergrund ein weiteres, unter Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose viel diskutiertes Thema.<sup>185186</sup> Joachim gab am 13.4.18 zu bedenken: „Jetzt ist man schon mit der Krankheit gestraft und dann hat man auch noch Nebenwirkungen von den Medikamenten.“<sup>187</sup> Jasmin umschrieb das Dilemma am 27.3.19 wie folgt: „Meine Psychiaterin hat mich vor die Wahl gestellt: entweder Depression oder Übergewicht durch die Antidepressiva. Da habe ich gesagt: ‚Wenn ich plötzlich so dick bin, werde ich ja auch traurig!‘“

Ein scharfer Gegner einer psychopharmakologischen und oftmals biochemisch ausgerichteten Medizin ist Karl-Hermann Schwörer<sup>188</sup>, genannt Charly, mein Informant der ersten Stunde. Im Folgenden soll seine Sichtweise auf Pharmakotherapien an Hand eines Erfahrungsberichts über gravierende Nebenwirkungen einer medikamentösen psychiatrischen Behandlung dargestellt werden. Nachdem sein Traum von einem Chemiestudium nicht realisiert werden konnte, eignete sich der gelernte Industriemechaniker als Autodidakt selbst umfangreiches Wissen an und ist nun Experte auf dem Gebiet der biochemischen Wirkweisen von Psychopharmaka und deren Einfluss auf die Funktion einzelner Hirnareale. Nachdem ich ihn zu Beginn meiner Feldforschung in der FHG kennengelernt hatte<sup>189</sup>, ließ er mich in zahlreichen Privatsitzungen in der FHG an seinem Wissen teilhaben. Der 69-Jährige leidet selbst unter einer psychischen Krankheit, die er nur wenigen engsten Vertrauten gegenüber offenlegte, weshalb ich im Folgenden – auch posthum – Stillschweigen bewahren werde. In der Vergangenheit hat Charly zahlreiche Betroffene als ehrenamtlicher Betreuer unterstützt und in Sachen Rechtsschutz, Lebensunterhalt, psychiatrischer Behandlung und Beendigung einer Pharmakotherapie beraten. Er bezeichnete PsychiatriepatientInnen des Öfteren als „humanoide Verwertungsobjekte, die den Ärzten ein dickes Honorar bescheren.“ Seine Erfahrungen als Betreuer sowie sein umfangreiches Fachwissen über Hirnforschung und physische sowie psychische Begleitscheinungen von Psychopharmaka stellten konstitutive theoretische sowie praxisbezogene

---

<sup>185</sup> Eine Aufstellung häufiger Nebenwirkungen von Neuroleptika und Antidepressiva liefert Shimrat (2013: 156).

<sup>186</sup> Im Anschluss an die Regio 2019 in Stuttgart (s. Kapitel 4.2.) veröffentlichte der *Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V.* (2019 (1)) in Zusammenarbeit mit dem *Landesverband Gemeindepsychiatrie Baden-Württemberg e. V.* ein Manifest zum verantwortungsvollen Umgang mit Psychopharmaka. Peitz (2019) verweist auf Aufklärungsbögen zu Psychopharmaka für KlinikpatientInnen.

<sup>187</sup> In der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* wurde ein potentiell lebensbedrohliches Zusammenspiel zwischen Psychopharmaka-Konsum und Covid-19-Infektionen beschrieben mit verstärkten Risiken für eine Pneumonie und Vergiftung. Im Covid-Verdachtsfall sollen bestimmte Medikamente wie Neuroleptika stark reduziert bzw. abgesetzt werden (Peitz & Team 2021: 1).

<sup>188</sup> Charly stimmte der Nutzung und Veröffentlichung personenbezogener Daten zu.

<sup>189</sup> Nicht nur in diesem Zusammenhang kann ich bestätigen, dass nicht der Forscher sich die Informanten aussucht, sondern umgekehrt.

Impulse für meine Arbeit dar. Im Laufe der Feldforschung hat sich zwischen uns eine enge Freundschaft entwickelt, die dazu geführt hat, dass wir seit dem Frühjahr 2019 regelmäßige Sitzungen unseres Wissenschaftsdiskurses in der FHG zunehmend außen vor ließen und uns hauptsächlich für private Unternehmungen verabredeten.<sup>190</sup> Trotzdem besuchten wir weiterhin Fachvorträge und er hielt mich hinsichtlich seiner zu betreuenden Betroffenen auf dem Laufenden. So teilte er mir am 15.10.19 schriftlich mit, dass er derzeit eine Dame Mitte fünfzig unterstütze, die auf Grund einer Absetzpsychose nach jahrzehntelangem Seroquel-, Clozapin-<sup>191</sup> und Citalopram-<sup>192</sup> Konsum im ZfP Emmendingen behandelt werde.<sup>193</sup> Charly erzählte, dass die von ihm betreute Dame unter Sphinkterdystonie<sup>194</sup>, Spinaler Muskelatrophie<sup>195</sup>, Stuhlinkontinenz und Harnverhalt leide, einer „pharmakogenen Blasendysfunktion, d. h. die Blase kann sich nicht entleeren, da der Schließmuskel nicht richtig funktioniert, weshalb die Dame einen Katheter braucht.“ Ihr Gewicht habe sich von 80 kg auf 40 kg reduziert. Die Stuhlinkontinenz führe dazu, dass sie sich nicht mehr zutraue, genügend zu essen. Sie sei so schwach, dass sie im Rollstuhl sitzen müsse. Von einem seiner Besuche berichtete er mir am 15.10.19 per E-Mail in eindrücklichen Worten:

„Sie hängt da wie eine Halbtote im Rollstuhl und krümmt sich von Zeit zu Zeit vor Schmerzen. Man sieht eine Frau in der neurochemischen Hölle schmoren. Noch einmal ein neurochemischer Hieb für’s Hirn und der Hypothalamus legt den Schalter auf Hypothermie um. Dann geht es bei ihr einem schnellen Ende entgegen. Hätte man sich jemals ausmalen können, dass hirnfressende Bestien das Gehirn von Patienten langsam aber sicher bis zu ihrem Tode verzehren?!“

Im Oktober verfasste Charly eine Beschwerde an den Ärztlichen Direktor des ZfP, die er mir am 15.10.19 weiterleitete. Er argumentierte: „Clozapin und Citalopram sind neurochemische Halogensubstanzen und damit Hirngifte, siehe auch die Labordaten aus der Europäischen Datenbank für Chemikalien.“ Des Weiteren suchte er das Gespräch mit dem behandelnden Psychiater seiner Betreuten. Darüber berichtete er mir am 26.10.19:

„Neurochemische Halogensubstanzen, die in über 90 Prozent der Psychopharmaka vorhanden sind, wirken zellschädigend. Sie hat Clozapin und Seroquel gekriegt, das Härteste, was es in der Psychiatrie gibt. Seit ihrem 20. Lebensjahr ist sie in Behandlung. Ich habe zu ihm [behandelnder Psychiater] gesagt, dass Clozapin eine Suchtdroge mit schlimmen Nebenwirkungen ist. Dann ist er an die Decke gegangen und hat gesagt, das ist Blödsinn, er hat das studiert. Daraufhin erwiderte ich: ‚Sie haben Ihre Wissenschaft und ich weiß es aus der Praxis, aus der Erfahrung der Patienten.‘ Dann ist er noch mehr an die Decke gegangen und hat zu meiner Betreuten gesagt: ‚Wenn der [Charly] dabei ist, rede ich nicht mehr

---

<sup>190</sup> siehe auch Unterkapitel „12.3.5 Von Informanten zu Freunden“ von Verena Keck (2008: 271-272)

<sup>191</sup> Dabei handelt es sich um atypische Neuroleptika. Lehmann und Stastny (2007: 422) zufolge erweisen sie sich nicht als harmloser als ihre Vorgänger, da sie unter dem Verdacht stehen, Diabetes, Fettleibigkeit, Herz-Kreislaufstörungen, Blutbildschäden und Rezeptorenveränderungen zu produzieren, die chronische Psychosen auslösen können.

<sup>192</sup> ein Antidepressivum

<sup>193</sup> Shimrat (2013: 145) konstatiert, dass die simultane Verabreichung von Neuroleptika, Benzodiazepinen, Antidepressiva und Phasenprophylaktika eine häufige Form psychiatrischer Behandlungspraxis konstituiert.

<sup>194</sup> eine Bewegungsstörung des Schließmuskels

<sup>195</sup> eine neuromuskuläre Erkrankung mit Muskelschwund und Lähmungserscheinungen

mit Ihnen. Den will ich hier nicht mehr sehen!’ Der Witz ist, dass die Ärzte im ZfP sagen, sie wissen nicht, warum sie nicht laufen kann und warum ihre Schließmuskeln nicht funktionieren. Ursache unbekannt. Dabei sind es eindeutig die Psychopharmaka, die dafür verantwortlich sind. Die Nebenwirkungen stehen dick im Beipackzettel! Und trotzdem wird es von Seiten der Psychiatrie gelehrt.“

Der behandelnde Psychiater kündigte zudem an, Zwangsmaßnahmen anzuwenden, sollte die Dame sich einer Pharmakotherapie verweigern. Wie das oben angeführte Zitat verdeutlicht, setzte Charly sich nachdrücklich für die fachärztliche Anerkennung des *Erfahrungswissens* Betroffener und deren sozialem Netzwerk ein, die von dem behandelnden Psychiater jedoch mit dem Verweis auf das im Studium angeeignete professionelle Fachwissen abgetan wurde. Illness-Beschreibungen und Laien-Erklärungsmodelle auf der einen sowie professionelle disease-Konzeptionalisierungen auf der anderen Seite treffen hier in divergierender Weise aufeinander, die durch Machtungleichheiten und Rollenasymmetrien geprägt ist, die dazu führen, dass der Facharzt für psychische Erkrankungen seine Deutungsansprüche durchsetzt, indem er seine institutionell legitimierten Befugnisse nutzt, um den Dialog mit Charly abubrechen und die Patientin durch die Drohung mit Zwangsmaßnahmen zu der Befolgung ärztlicher Anweisungen zu veranlassen. Eine dialogische, partizipativ-kollaborative Begegnung auf Augenhöhe, in der Krankheitserklärungen und Behandlungsanpassungen konsensuell ausgehandelt werden, ist auf Grund des apodiktischen fachärztlichen Verhaltens hier nicht möglich. Andere Psychiater wie Jann Schlimme, der im *Berliner Manifest* Missstände in psychiatrischen Einrichtungen anprangert, zeigen sich jedoch weitaus kritischer und selbstreflektierter. In psychiatrischen Einrichtungen habe er in den letzten zehn bis zwanzig Jahren eine Zunahme der Verabreichung von Psychopharmaka beobachtet. Er erklärt, dass diese trotz schwerer Nebenwirkungen zu häufig, zu lange und in einer zu hohen Dosierung verabreicht würden und spricht sich gegen eine Dauermedikation aus (Odysso 2020: o. S.). Die von Charly betreute Dame konnte Ende Oktober 2019 vom ZfP zur Weiterbehandlung der physischen Leiden in ein Freiburger Allgemeinkrankenhaus verlegt werden, wo Charly zufolge „ihr Magendarmtrakt weiterbehandelt wird, der von Dystonien und Dyskinesien<sup>196</sup> auch in Mitleidenschaft gezogen wurde.“ Nach dem Aufenthalt im Klinikum wurde sie in ein Alten- und Pflegeheim verlegt, wie Charly am 28.10.19 ausführte. Am 21.1.20 teilte er mir freudig mit, dass die von ihm betreute Patientin erhebliche gesundheitliche Fortschritte gemacht habe. „Harnverhalt und Sphinkterdystonie haben sich wieder gelöst. Ihr Blasenschließmuskel öffnet und schließt sich wieder normal, so dass der Blasenkatheter entfernt werden konnte. Mit dem Katheter konnte sie nicht gehen, weil jeder Schritt Schmerzen verursacht hat.“ Er ergänzte: „Jetzt müssen wir nur schauen, dass sie von den Psychodrogen ganz wegkommt!“ Leider konnte Charly die weiteren Fortschritte nicht mehr miterleben, da er Mitte Februar 2020 plötzlich und un-

---

<sup>196</sup> motorische Störungen

terwartet verstorben ist. Er selbst hatte nach einer prägenden negativen Erfahrung mit einem Mediziner vor zwanzig Jahren beschlossen, nie wieder ÄrztInnen zu konsultieren, obwohl er unter mehreren chronischen Krankheiten litt, die er unbehandelt ließ. Es ist müßig, darüber zu spekulieren, ob eine frühzeitige, konsequente medizinische Behandlung Charlys Leben erleichtert oder verlängert hätte. Seine verfestigte Aversion gegen medizinische Interventionen behielt er bis zu seinem Tod bei. In mühevoller, monatelanger Recherchearbeit hat Charly eine Vergleichstabelle zum Thema *Wirkungsweise der Neurotransmitter auf die Gemütslage* für meine Dissertation zusammengetragen, die ich im Anhang posthum veröffentliche.

Kritik an einem durch Machtungleichgewichte geprägten Arzt-Patient-Verhältnis sowie an einer unzureichenden fachärztlichen Aufklärung über Psychopharmaka und deren Nebenwirkungen äußerte auch Volker am 23.11.18: „Ich habe im ZfP einen Mitpatienten kennengelernt, der anfangs selbstbewusst und stark war, nach einer Weile aber nur noch als Zombie herumgelaufen ist, bis er sich schließlich vor den Zug geworfen hat. Ich weiß nicht, ob es das falsche Medikament war oder die falsche Menge.“ „Es wird nie darüber aufgeklärt, inwiefern Medikamente die Persönlichkeit verändern oder unerwünschte Nebenwirkungen haben“, schaltete sich ein anderer Betroffener ein. „Das wollen die doch so, dass der Patient das nicht weiß!“, entgegnete ein Dritter. „Ich glaube auch, dass die das absichtlich unter Verschluss halten, damit man die Medikamente nimmt!“, erwiderte Volker. Eine internationale Studie bestätigte, dass Psychopharmaka oftmals ohne die informierte Zustimmung des Patienten verabreicht werden, d. h. ohne die Aufklärung über deren Risiken wie Toleranzbildung, Abhängigkeitserscheinungen, Wirkungsverlust sowie Reduktions- und Absetzprobleme (Lehmann 2021: 8, 9). Barbaras Argumentation zielte am 28.11.18 in eine ähnliche Richtung:

„Und man wird nie über Wechselwirkungen aufgeklärt. Ich habe ja mal eine Zeitlang Abilify<sup>197</sup> genommen und mir davon in die Hose gemacht, als ich unterwegs war. Und ich habe es nicht gemerkt. Aber man wird ja nicht aufgeklärt. Man ist ja nur der kleine, dumme Patient, der das nicht wissen muss. Der soll nur die Pillen schlucken und Ruhe geben (*erhebt die Stimme*).“

Hier berichtet Barbara von einem schambehafteten Erlebnis unter der Einnahme eines Neuroleptikums, das ihrer Meinung nach womöglich hätte verhindert werden können, wenn sie von ihrer Psychiaterin besser über die möglichen Nebenwirkungen<sup>198</sup> informiert worden wäre. Fraglich ist zudem, ob jeder Patient zur Ergänzung des ärztlichen Gesprächs die Beipackzettel der jeweiligen Psychopharmaka, die erfahrungsgemäß meistens sehr umfangreich sind, (aufmerksam) durchliest und den Inhalt auch versteht. Barbara fühlt sich als Mensch und Betroffene nicht ernst genommen, von oben herab behandelt und abgefertigt, wobei Parallelen zu

---

<sup>197</sup> ein atypisches Neuroleptikum

<sup>198</sup> Ich unterstelle hier, dass Barbara *Nebenwirkungen* statt *Wechselwirkungen* gemeint hat, da sie zum besagten Zeitpunkt nur ein Medikament eingenommen hat.

Charlys Erfahrungen mit der psychiatrischen Interaktion evident werden. Es wird kritisiert, dass kein Gespräch auf Augenhöhe stattfindet, in dem von ärztlicher Seite alle Risiken der psychopharmakologischen Therapie offengelegt und der Patientin Mitspracherecht, Handlungsmacht sowie Entscheidungsfreiheit eingeräumt werden. Helman (2001: 139) gibt zu bedenken, dass ein auf Gegenseitigkeit beruhendes Vertrauensverhältnis sowie geteiltes Verständnis zwischen Behandlerin und Patient wie Kongruenz zwischen dem professionellen Therapieansatz und illness-Verbalisierungen sowie vorherrschenden Behandlungserwartungen die Reaktion des Betroffenen auf die medikamentöse Behandlung mitbestimmen. Unzufriedenheit mit der Wirkweise und/oder das Auftreten von Nebenwirkungen veranlassen Betroffene jedoch häufig dazu, Psychopharmaka absetzen zu wollen,<sup>199</sup> wobei dieses Vorhaben von ärztlicher Seite oftmals nicht gebilligt wird. In der Fokusgruppensitzung am 20.2.19 zum Thema Psychopharmaka bemerkte Mario: „Ich traue mich nicht, abrupt abzusetzen. Ich suche einen guten Psychiater, der mich beim Absetzen unterstützt. Bei dem, den ich jetzt habe, klappt es nicht.“ Madeleine berichtete am 29.8.18, dass sie ihre Medikamente eigenmächtig abgesetzt habe:

„Es war hart, aber jetzt bin ich zufrieden. Die Medikamente hatten so viele Nebenwirkungen – Übelkeit, Schwindel, Gewichtszunahme – und auch nicht mehr richtig geholfen. Mein Psychiater war damals sehr ungehalten, weil ich alles abgesetzt habe, aber ich habe gesagt: ‚Es ist mein Körper und meine Entscheidung!‘“

Auch Joachim berichtete am 9.11.18, dass er kürzlich ohne das Wissen seines Psychiaters sein Neuroleptikum abgesetzt habe. Einen Monat später hatte er einen psychotischen Schub und nimmt seit Anfang 2019 wieder ein niedrig dosiertes Neuroleptikum ein. In psychiatrischen Fachkreisen wird das abrupte Absetzen seitens Betroffener oftmals für Rezidive verantwortlich gemacht. Auf Grund der kommunizierten fehlenden Bereitschaft einiger PsychiaterInnen, den Absetzprozess fachärztlich zu begleiten, sehen sich Psychiatrieerfahrene jedoch mitunter gezwungen, in Eigenregie Dosisanpassungen vorzunehmen. Über das Für und Wider des Ausschleichens eines Psychopharmakons gab Katja am 26.10.18 zu bedenken: „Man muss abwägen: Wie geht es mir jetzt mit den Nebenwirkungen und wie ging es mir vorher ohne das Medikament? Manchmal vergisst man das über die Jahre!“ Barbara beschrieb die Folgen des Absetzens am 28.11.18 wie folgt:

„Ich nehme jetzt nichts mehr. Ich merke zwar, dass ich nicht mehr so belastbar bin, weil die Medikamente als Puffer weggefallen sind. Aber man kann dem Leben ja nicht ewig aus dem Weg gehen. Neulich hatte ich so eine Situation in der Straßenbahn. Sie war voll, alle haben gedrängt und gestoßen, ich habe das kaum ausgehalten. Deshalb bin ich heute auch nicht mit auf den Weihnachtsmarkt nach Straß-

---

<sup>199</sup> Eine kritische Auseinandersetzung mit Nutzen und Risiken der Einnahme von Antidepressiva sowie Absetzsymptomen liefert Deeg (2019). Einen Leitfaden zum Absetzen von Psychopharmaka stellt der BPE (2014 (2)) bereit.

burg gefahren. Dort sind mir zu viele Leute. Mit Tabletten würde es mir in solchen Situationen besser gehen, aber man verlernt dadurch auch, mit so einer Situation umzugehen. Man verlernt das Leben.“

Barbaras Aussagen verdeutlichen einen Zwiespalt: Einerseits zeigt sie sich erfreut darüber, dass sie es geschafft hat, alle Psychopharmaka abzusetzen, ohne wieder so rückfällig zu werden, dass sie ihr Alltagsleben und die Arbeit im Zuverdienstbereich der FHG nicht mehr ausüben könnte. Andererseits beobachtet sie durch die fehlende Medikation eine Abnahme ihrer Stressresistenz. Wie Barbara haben viele PsychiatriepatientInnen das Bedürfnis, lebensweltliche Situationen wieder ohne den Schutzschild der Medikamente bewältigen zu können. In dem o. g. Fallbeispiel erkennt sie jedoch, dass sie auf manche Unternehmungen verzichten muss, die sie sich während der Pharmakotherapie zugetraut hätte. Dem Vorwurf, dass unter der Einnahme von Psychopharmaka ‚das Leben verlernt‘ werde, begegnete ein Ärztlicher Direktor einer bayerischen Psychiatrie im Rahmen eines informellen Gesprächs am Beispiel einer Angst- und Panikstörung, die sich wie in Barbaras Fall in Menschenmengen manifestieren kann, mit folgender Gegenargumentation, die darauf abzielt, dass nicht das Leben, sondern die *Angstreaktion* verlernt wird<sup>200</sup>:

„Wenn man die Erfahrung macht, dass man stressauslösende Situationen, die man sonst gemieden hat, mit den Tabletten gut bewältigt, kann sich diese positive Erfahrung bei regelmäßigen Wiederholungen im Gehirn festigen, so dass alte Ängste immer mehr überschrieben werden. Wenn man die Tabletten schließlich absetzt, sollen diese guten Erfahrungen frühere Ängste so überlagert haben, dass man die zuvor stressauslösenden Situationen fortan weder meidet noch mit großen Ängsten erlebt.“

Der Psychotherapeut Heinz-Peter Röhr (2017: 173) warnt jedoch vor einer medikamentösen Therapie von Angsterkrankungen. Sie solle unter großer ärztlicher Vorsicht erfolgen, da die Gefahr einer Gewöhnung bzw. Abhängigkeit bestehe. An dieser Stelle soll nicht weiter darüber spekuliert werden, ob Barbara noch immer unter Ängsten leidet, weil sie die Psychopharmakotherapie nicht lange genug durchgeführt hat, so dass die alten Angstmuster noch nicht ausreichend durch positive Erfahrungen überschrieben werden konnten, ob sie an ‚Entzugserscheinungen‘ bzw. Rebound-Effekten durch ein zu schnell erfolgtes Absetzen der Medikation leidet oder ob die Pharmakotherapie letztendlich nicht die intendierte kurative Wirkung erzielt hat.

Vor dem Hintergrund dieser Unwägbarkeiten wird eine Dauermedikation von vielen NutzerInnen psychiatrischer Hilfen kritisch hinterfragt, wie Charly am 20.2.19 ausführte:

„Eine Akutbehandlung von zwei, drei Wochen würde aber genügen, eine Dauerbehandlung mit Psychopharmaka dagegen ist schädlich: Wenn man Neuroleptika über längere Zeit einnimmt, bilden sich zum Ausgleich neue Dopamin-Rezeptoren, da das Gehirn darauf reagiert, dass die Neuroleptika den Dopamin-Spiegel senken. Bei Antidepressiva ist es genau umgekehrt: Das Gehirn bildet Rezeptoren zurück, um wieder den Normalzustand herzustellen. Damit das Medikament wirkt, braucht man folglich immer höhere Dosen, die man langfristig einnehmen muss und daran verdienen die Ärzte.“

---

<sup>200</sup> Das Zitat entstammt einem Gedächtnisprotokoll, das ich am 16.3.18 nach unserem Gespräch anfertigte.

Dieser Effekt wird auch in psychiatrischen Fachdiskursen diskutiert bzw. anerkannt (siehe Kapitel 3.3.1.). Zehentbauer (2018 (4): 9) empfiehlt daher, mit der Gabe von Neuroleptika äußerst zurückhaltend umzugehen, da „mit enormen Nebenwirkungen und dem Risiko bleibender Schäden“ zu rechnen ist. Eine möglichst niedrige Dosis ist im Berechtigungsfall zu wählen und das Absetzen langsam über einige Wochen und Monate unter ärztlicher Begleitung durchzuführen. Doch oftmals werden v. a. schizophrene PatientInnen als chronisch krank diagnostiziert, was einen dauerhaften Konsum von Psychopharmaka als sog. Erhaltungstherapie nach sich ziehen kann. Selina, die erst Mitte 20 Jahre alt ist, räumte am 25.9.18 ein: „Ich habe mich daran gewöhnt, mein Leben lang Medikamente einnehmen zu müssen.“ Der ebenfalls noch keine 30 Jahre alte Mario kritisierte am 28.11.18: „Man wird als chronisch krank abgestempelt, dann heißt es, es ist zu spät, da kann man nichts machen, Sie müssen diese Medikamente dauerhaft einnehmen. Man wird zum hoffnungslosen Fall.“ Auch Marie argumentierte am 10.4.19, dass die Diagnose *chronisch krank* den Betroffenen in eine Hoffnungslosigkeit treibe, die er nicht verdiene. Ziegler (2014: 38) bemerkt:

„Langzeit-‘ wird so gleichbedeutend mit ‚chancenlos auf einen Gesundungs- und Entwicklungsprozess‘. Eine solche Stigmatisierung seitens der Fachwelt führt meist zur sich selbst erfüllenden Prophezeiung: Die Betroffenen leben mehr gezwungen als freiwillig im institutionellen Rahmen.“

Zudem wird von Betroffenenenseite mitunter bemängelt, dass Psychopharmaka in ihrer Wirkung versagt hätten. So erzählten Günther und Astrid am 11.1.19, dass sie eine Psychose erlitten hätten, obwohl sie Neuroleptika als Dauermedikation einnahmen. Auch Irina berichtete am 22.11.18, dass die Antidepressiva-Gabe ihren psychischen Gesundheitszustand nicht verbessert habe. „Dann habe ich sie abgesetzt und es ging mir weder besser noch schlechter als vorher.“ Der Chemiker, Psychiater und Depressionsforscher Florian Holsboer kritisiert, dass Antidepressiva im Schnitt erst nach sechs bis acht Wochen ihre Wirkung entfalten und mit vielen negativen Begleiterscheinungen einhergehen können. Darüber hinaus weisen sie nur bei 70 bis 80 Prozent der Behandelten eine therapeutische Wirksamkeit auf. Trotzdem wäre es laut Holsboer aus ärztlicher Perspektive unverantwortlich, Fälle von schweren Depressionen nicht auch mit Antidepressiva zu therapieren (Rütten 2019: o. S.).

Neben den medikamentenbasierten Unwägbarkeiten wird die Rolle der Pharmaindustrie im Rahmen einer Medikalisierung von Betroffenen kritisch hinterfragt, wie Nikolaus am 7.11.18 ausführte: „Der Psychiater will einem die Arznei andrehen, weil er die mächtige Pharmedia hinter sich hat.“ Ähnlich äußerte sich Ludmilla am 30.1.19: „Die Psychiater geben Medikamente, um ihre Ruhe zu haben. Die haben ein anderes Weltbild, beeinflusst von der Pharmaindustrie. (...) Die wollen Karriere machen, das Heilen steht nicht mehr im Vordergrund.“ Claridge (zitiert nach Helman 2001: 136) zufolge hängt die Wirksamkeit jeder Medikation für ein Individuum, der sog. *total drug effect*, von zahlreichen Aspekten zusätzlich zu ihren

pharmakologischen Eigenschaften ab. Dazu zählen u. a. Charakteristika des Patienten wie Alter, Erfahrungen, Bildung, Persönlichkeit, soziokultureller Hintergrund, Merkmale der Ärztin wie professioneller Status, Ausstrahlung von Autorität, Persönlichkeit, Alter und Haltung sowie die *drug situation*, d. h. der Ort, an dem die Medizin verordnet wird, z. B. das Sprechzimmer eines niedergelassenen Arztes, eine Krankenhausstation o. Ä. Daneben beinhaltet der Makrokontext der Medikamentenverordnung laut Helman (2001: 136) die gesamten sozialen, kulturellen, politischen und ökonomischen Kontextfaktoren, welche die mit der Medikation verbundenen moralischen und kulturellen Werte umfassen, die ihren Gebrauch fördern oder verbieten sowie die Rolle ökonomischer Kräfte, die das Medikamente produzieren, bewerben und verkaufen. Vor diesem Hintergrund werden FachärztInnen für psychische Erkrankungen von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose wie Nikolaus und Ludmilla durch wirtschaftliche Anreize zunehmend primär als der Pharmaindustrie verpflichtet betrachtet als der Heilung ihrer PatientInnen. Indirekte Kritik an strukturellen Kontextfaktoren des psychiatrischen Versorgungssystems wurde am 11.1.19 auch von Günther verbalisiert, die auf eine stark limitierte, reglementierte therapeutische Interaktionszeit abzielt: „Was sollen Psychiater schon Anderes machen, als Tabletten zu verschreiben, wenn sie den Patienten zweimal im Quartal je eine Viertelstunde sehen?“ Ähnlich äußerte sich Mario am 20.2.19: „Ich bin total unzufrieden: Er [Marios Psychiater] hat nur fünf Minuten Zeit. Ich hole mir nur meine Medis ab und dann gehe ich wieder. Einmal bin ich drinnen ausgerastet, aber man darf da nicht laut oder wütend werden, weil die dann sagen: ‚Was hat der sich eingeworfen?‘“ Mario resümierte: „Man wird abgefertigt und mit Medis abgefüllt.“

Neben der mannigfaltigen Kritik an Nebenwirkungen von Psychopharmaka und deren Verordnungspraxis vertrauen einige Betroffene auf die als positiv erfahrene therapeutische Wirksamkeit. So bemerkte Engelbert am 11.1.19, dass er mit den Psychopharmaka ein zufriedenes und glückliches Leben führe. „Ich hinterfrage die Wirkung der Medikamente nicht mehr. Jetzt frage ich nur: Hilft es mir? Dann rein damit!“ Günther erwiderte: „Als Psychiatrierer erfahrener läuft man Gefahr, Medikamente zu verteufeln, aber manche wirken schon verdammt gut!“ Ähnlich äußerte sich Sebastian am 12.12.18: „Ich nehme die Medikamente, weil ich nie wieder so tief fallen will!“ Manche NutzerInnen psychiatrischer Hilfen zeigen sich skeptisch gegenüber der These, dass eine psychische Krise ohne Psychopharmaka bewältigbar ist, wie Steve am 27.3.19 im Rahmen der Fokusgruppe einräumte: „Ich war damals im psychotischen Schub dankbar, Medikamente zu kriegen. Ich stand nachts schon an der Autobahn. Ich war nicht mehr zu erreichen und habe alles, was man zu mir gesagt hat, umgedeutet.“ Mario hingegen steht einer nicht-medikamentenbasierten Therapieform offen gegenüber: „In Finnland haben die ersten Krankenhäuser ohne Medikamentengabe eröffnet. Die wollen dem



Patienten Raum geben, um zur Ruhe zu kommen und sich kreativ auszudrücken. Das dauert dann halt länger, bis man wieder entlassen wird.“ Steve entgegnete: „Lieber nehme ich Medikamente und bin dann in ein paar Wochen wieder fit!“ „Bin ich wieder fit geworden durch die Medikamente?“, entgegnete Mario. „Das ist fraglich. Sie haben nichts beschleunigt, ich musste mich einfach nur ausspinnen. Ich wäre in der Zeit wohl auch ohne die Medis wieder fit geworden.“ Unter NutzerInnen psychiatrischer Hilfen besteht weitgehend Konsens darüber, dass eine Psychopharmakagabe als Monotherapie für die psychische Stabilisierung nicht ausreichend sei. So bemerkte Günther am 11.1.19: „Ich finde es schlecht, wenn die Leute so auf Medikamente fixiert sind, wenn sie ihr Verhalten von der Tabletteneinnahme abhängig machen. Sie sollten lieber auf sich und ihr Leben schauen, eine Therapie machen etc.“ Ähnlich äußerte sich Ilse am 19.9.18: „Man muss auch selber etwas für sich schaffen. Das sind nicht nur die Medikamente. Mein Arzt hat mal zu mir gesagt: ‚Die Medikamente sind nur eine Stütze, alles Andere müssen Sie selber machen!‘“ Vicky Pullen (2016: 4) vom BPE gibt zu bedenken, dass Psychopharmaka Symptome lediglich unterdrücken bzw. sedierend wirken, mitunter lebenszeitverkürzend sind und den Betroffenen nicht heilen. Den letztgenannten Aspekt griff auch Ludmilla am 30.1.19 auf, als sie erklärte: „Die Medikamente konservieren die Krankheit nur. Sobald sie nachlassen, kommt die Krankheit wieder.“ Lindheimer (2016: 17) argumentiert, dass unerfüllte Wünsche und Probleme durch eine Gedanken und Emotionen unterdrückende Neuroleptikatherapie nicht bearbeitet werden können. Auch Shimrat (2013: 145) kritisiert, dass Psychopharmaka im Allgemeinen die Denk- und Gefühlsfähigkeit Betroffener einschränken<sup>201</sup> und ihnen daher eine aktive Auseinandersetzung mit zugrunde liegenden lebensweltlichen Problemen erschweren. Mirko Olostiak-Brahms‘ Argumentation zielte am 23.6.18 in dieselbe Richtung: „Wenn man Medikamente nimmt, bekämpft man dadurch nicht die Ursache und man verlernt, sich dem Problem zu stellen und es zu bewältigen.“ Doch welche Erklärungsmodelle benutzen Betroffene konkret für die Kausalitätszuschreibung ihrer illness-Empfindungen? Welche psychogenen Vorgänge, Körperprozesse oder Belastungsfaktoren machen sie für die Manifestation eines Leidensdrucks verantwortlich, der sie fachärztlichen Rat konsultieren ließ? Lee (2013: 107) konstatiert:

„In comparing psychiatric survivors’ accounts with other mainstream literature that is largely written by academics and/or practicing clinicians, one encounters contrasting explanations of their suffering. While the biomedical model of mental illness focuses on the abnormality of brain chemistry or pathological causes (...), many psychiatric survivors’ accounts talk about the external circumstances that have led them to be emotionally distressed and/or temporarily behaviorally out of control.“

---

<sup>201</sup> Auch während meiner Feldforschung beklagten manche Betroffene, dass sie durch die Pharmakotherapie nicht mehr das breite Gefühlsspektrum empfinden könnten wie vor der Behandlung. So führte Joachim am 11.1.19 aus: „Die Medikamente dämpfen einen. Man funktioniert nur noch.“ Andrea ergänzte: „Ich vermisse manchmal meine Manie. Jetzt bin ich so steif, ohne Glanz in den Augen. Die Manie war ein tolles Lebensgefühl!“

Diese Einschätzung teile ich nach der Auswertung meines empirischen Materials größtenteils. Während meiner einjährigen Feldforschung wurden von Betroffenenenseite in den seltensten Fällen internalisierende neurochemische Störungen als primäre Krankheitsätiologie genannt, sondern hauptsächlich externalisierende psychosoziale Faktoren: So erklärten Steve und Marie in der Fokusgruppensitzung am 27.3.19 einstimmig: „Allen Erkrankungen liegt eine psychische Ursache zugrunde. Es ist keine zufällige Gehirnstoffwechselstörung. Man kann z. B. durch das Erlebte in der Familie Schaden nehmen.“ Andrea sah den Tod ihres geliebten Vaters, den sie im Teenageralter verloren hat, als Auslöser für ihre psychische Erkrankung (11.1.19), Vera Maria führte die Wochenbett-Depression ihrer Mutter an (20.2.19), Mario den Druck seiner Eltern sowie des dominanten Bruders (20.2.19), Nikolaus das schlechte Verhältnis zu seiner Mutter und das Gefühl, ihren Ansprüchen und Erwartungen an seine Person nicht zu genügen (4.7.18), Nina den sexuellen Missbrauch, den sie erleiden musste (8.8.18), Elfy die fehlende Liebe ihrer Herkunftsfamilie sowie ihres Mannes (18.7.18), Ludmilla dauerhafte familiäre sowie arbeitsweltliche Belastungsfaktoren, die nicht mehr kompensiert werden konnten (10.4.19), Laila ein traumatisches Erlebnis während der Arbeit (4.10.18) und Charly eine durch ein pathogenes konfliktreiches soziales Umfeld überforderte Psyche (10.4.19). Abhilfe versprechen sich Betroffene nicht in erster Linie von einer Psychopharmaka-Verordnung, sondern, neben dem Beginn einer Psychotherapie<sup>202</sup>, die von nahezu allen in diesem Kapitel angeführten ForschungsteilnehmerInnen befürwortet wird, von Ablenkung in Form von Sport (Volker, 9.11.18), Lesen (Elfy, 18.7.18), Meditieren sowie Mantras (Ludmilla, 7.11.18), dem Erstellen eines Notfallplans für den Fall einer akuten Krise, in denen Tätigkeiten aufgelistet sind, die stabilisierend wirken sowie sozialen Netzwerken zur individuellen Unterstützung (Saskia, 4.10.18).

McKenzie und Shah (2015: 317) stellen fest, dass breiter Konsens darüber herrscht, dass prägnante Lebensereignisse wie der Verlust des Arbeitsplatzes, eine Scheidung, Gewalterfahrungen oder anderweitige stressinduzierte Traumata psychische Krankheiten auslösen können. „A significant research effort is now attempting to identify how social experiences get under the skin and alter gene expression, neurochemistry, and neural circuitry“ (McKenzie/Shah 2015: 317). So weist die neurobiologische Forschung jeder psychischen Einwirkung ein nachweisbares neurobiologisches Korrelat zu, da jede auf den Menschen einwirkende Infor-

---

<sup>202</sup> Die Psychotherapie stellte sich in verschiedenen Übersichtsarbeiten bei Depressionen als vergleichbar wirksam wie Antidepressiva heraus, wobei sie deutlich weniger Risiken und Nebenwirkungen aufwies (Deeg 2019: 1). Es konnte nachgewiesen werden, dass sich die Gehirnaktivitäten depressiver PatientInnen im Laufe einer erfolgreichen Psychotherapie verändern, so dass der Leidensdruck als nicht mehr so stark empfunden wird (Tarmas 2018: 12).

mation, die psychisch verarbeitet wird, ihre Entsprechung in Aktivitätsveränderungen des zentralen Nervensystems finde (Heinz 2014: 120). McKenzie und Shah (2015: 322) illustrieren die Interrelationen von psychischen und physischen Synergien wie folgt:

„[S]ocial defeat (...) and negative self-esteem (...) have neural correlates: sensitization of the mesolimbic stressors; changes in the immune system; and concomitant changes in the size and function of stress-related brain structures, such as the hippocampus and the amygdala. These mechanisms also interact“ (McKenzie/Shah 2015: 323).

Im psychosomatischen Dienstagskolloquium (s. Kapitel 4.2.) am 30.4.19 zum Thema *Persönlichkeitsstörung und Trauma* führte Wolfgang Wöller exemplarisch den Zusammenhang zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und somatischen Veränderungen im präfrontalen Cortex an, dem Zentrum der Emotionsregulierung. Unangemessene elterliche Reaktionen auf kindliche Affektzustände über einen längeren Zeitraum können Wöller zufolge ‚chaotische‘ biochemische Veränderungen im kindlichen Gehirn auslösen wie dauerhaft erhöhte Cortisolspiegel, Adrenalinschübe und ein vermindertes neuronales Wachstum im präfrontalen Cortex. Darüber hinaus können permanente Meldungen von Gefahr und Bedrohung zu dysfunktionalen Verhaltensweisen führen. Doch diese neuronalen Muster sind lebenslang modifizierbar. Wöller betonte, dass Psychotherapie für das Einüben neuer Verhaltensmuster eine größere Bedeutung zukommt als die Verabreichung von Psychopharmaka. Byrge, Sporns et. al. (2014, zitiert nach Kirmayer/Lemelson et. al. 2015: 20) fassen zusammen: „Brain networks do not arise autonomously but instead emerge in a constant dialog between intrinsic and evoked dynamics, local and global neural processing, and, perhaps most importantly, constant interaction between brain, body, and environment“.

In der Gesamtschau wird an Hand der in diesem Kapitel dargestellten empirischen Fallbeispielen evident, dass Psychiater und Patientin divergierende Auffassungen von Wirksamkeit und Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie vertreten können, was wiederum Implikationen für die Anwendung des Psychopharmakons sowie den gesamten Therapieverlauf hat: So können ungeklärte Dissensen dazu führen, dass Betroffene ihre verordneten Medikamente eigenmächtig absetzen. Kritik wird ferner – und häufig von Mitgliedern des BPE – an Macht und Einfluss der Psychiatrie geäußert, die mit der kirchlichen Institution verglichen wird, die ihr biologistisches Dogma der Hirnstoffwechselstörung und darauf aufbauende Behandlungsformen wie die Pharmako-, EKT- und tDCS-Therapie missionarisch unter den Betroffenen verbreiten wolle. Während viele NutzerInnen psychiatrischer Hilfen dem rezenten medikamentenbasierten Paradigma psychiatrischer Behandlung zumindest kritisch gegenüberstehen und signifikante physische Nebenwirkungen sowie ein abgestumpftes Gefühlserleben erfahren, die die Sinnhaftigkeit einer Dauermedikation infrage stellen und Chronifizierungen anprangern, berichten einige Betroffene von positiven, stabilisierenden Effekten einer Psycho-

pharmakotherapie. Hinsichtlich der Frage, ob eine psychische Krise auch ohne Medikation überstanden werden kann, herrschen geteilte Meinungen vor. Bemängelt wird zudem ein zu starker fachmedizinischer Verlass auf eine medikamentöse Monotherapie, wobei sich zeigt, dass viele Psychiatrieerfahrene sich davon keine Heilung versprechen. Bei der Suche nach Erklärungsmodellen für das psychische Leiden nennen sie in ihren Eigentheorien in den seltenen Fällen das im psychiatrischen Diskurs verankerte internalisierende neurochemische Modell der Hirnstoffwechselstörung, sondern, in der Tradition von Freud, meistens externalisierende psychosoziale Stressoren bzw. prägnante biografische Ereignisse. Damit sprechen sie sich gegen eine Medikalisierung von Lebensproblemen und für das Postulat von erlebnisreaktiv ausgelösten psychischen Problemen bzw. Erkrankungen aus. Abhilfe versprechen sich Psychiatrieerfahrene daher in erster Linie von Gesprächstherapien und einer gesunden Lebensweise. In mehreren Fachvorträgen und Publikationen hingegen werden komplexe Interdependenzen von emotionalem Stress und somatischen Veränderungen, d. h. internalisierenden und externalisierenden Faktoren, akzentuiert, die eine neurowissenschaftlich-biologische Herangehensweise an das Phänomen psychiatrischer Ausprägungen legitimieren. Die empirischen Fallbeispiele verdeutlichten jedoch signifikante Rollenasymmetrien, welche einen Universalitätsanspruch sowie die Dominanz fachmedizinischer disease-Konzeptualisierungen und darauf aufbauender therapeutischer Interventionen über das Erfahrungswissen, illness-Empfindungen und individuell-spezifische Behandlungswünsche Betroffener offenbaren. Ein gestörtes Arzt-Patient-Verhältnis kann entstehen, wenn PsychiaterInnen als verlängerter Arm der Pharmaindustrie wahrgenommen werden und Psychopharmaka aus Profitstreben verordnen, Nebenwirkungen herunterspielen bzw. verschweigen, Medikamente trotz negativer Begleiterscheinungen weiter verabreichen und/oder mit einem Therapieabbruch drohen, wenn die PatientInnen der Pharmakotherapie kritisch gegenüberstehen, anstatt gemeinsam in einem gleichberechtigten Dialog einen Konsens aushandeln zu wollen. Viele Psychiatrieerfahrene plädieren zudem für eine verlängerte Sprechstundenzeit mit dem behandelnden Arzt, die nicht nur dafür genutzt wird, Psychopharmaka zu verordnen bzw. Dosisanpassungen vorzunehmen, sondern zusätzliche Therapieansätze in die Wege zu leiten, mit deren Hilfe den psychischen Leidenszuständen zugrunde liegende lebensweltliche Problemfelder aufgearbeitet werden können.

### 5.2.2. Psychosen als spirituelle Bewusstseinsweiterung

„Sicherheitsnotsignale, lebensbedrohliche Schizophrenie.  
Neue Behandlungszentren bekämpfen die wirklichen Ursachen nie.“  
(Aus: Joachim Witt: *Goldener Reiter*)

Im Folgenden werden Betroffene mit einer diagnostizierten schizoaffektiven Störung fokussiert zu Wort kommen, die ihre Psychosen als spirituelle Bewusstseinsweiterung interpretieren. In psychiatrischen Fachdiskursen ist das sog. *zentrale schizophrene Syndrom* global verbreitet und gekennzeichnet „durch das Erlebnis der Eingebung von Gedanken, der Gedankenübertragung und des Gedankenentzugs [sog. Ich-Störungen, Heinz 2014: 123]; durch Stimmen, die der Betroffene in der dritten Person über sich sprechen hört oder die seine Handlungen und Gedanken begleiten [sog. Halluzinationen, ebd.]“ sowie „durch veränderte Wahrnehmung seiner physischen Umgebung [sog. Wahnwahrnehmungen, ebd.]“ (Finzen 2013: 20). Jenkins und Barrett (2004: 3) differenzieren zwischen *Positivsymptomen* wie Denk- und Sprachstörungen, Halluzinationen und Wahnvorstellungen, *Negativsymptomen* wie emotionaler und/oder sozialer Rückzug sowie Affektverflachung und *Störungen der Motorik* wie katonische Symptome. Bezüglich der Krankheitsätiologie herrschen verschiedene Erklärungsmodelle vor, welche die Implikationen sozialer Faktoren berücksichtigen. So argumentieren McKenzie und Shah (2015: 319), dass diese biologische Risikofaktoren modifizieren oder einen direkten, schädlichen Effekt auf Individuen und ihre Familien ausüben können. Genetische und epigenetische Prozesse interagieren lebenslang mit sozialen Faktoren und produzieren ein komplexes, miteinander verwobenes Kausalitätsnetz. Aktuelle Studien legen nahe, dass soziale Ausschließung zu einem erhöhten Auftreten von insbesondere psychotischen Erkrankungen führen kann (Heinz 2014: 168). Die Debatte über neuro- und biochemische Faktoren für kognitive, affektive und behaviorale Symptome dauert an (Estroff 1981: 232). Ralph Hoffman (zitiert nach Heinz 2014: 324) konnte im Rahmen einer Reizdeprivation verstärkte Ausbildungen akustischer Halluzinationen beobachten. Eine Erstmanifestation des Hörens von Stimmen erfolgte häufig nach längeren Perioden sozialer Isolation, weshalb davon ausgegangen werden kann, „dass soziale Deprivation dazu führt, dass die sozial isolierten Personen (...) eine Art ‚Suchreaktion‘ inklusive der neuronalen Korrelate akustischer Aufmerksamkeit [entwickeln], die das Auftreten akustischer Halluzinationen begünstigt.“ Angesichts der vielfältigen Verlaufsformen schizophrener Psychosen prägte Eugen Bleuler das Konzept der *Gruppe der Schizophrenien*, das dem Postulat folgte, dass nicht nur eine universale Krankheitsentität existiert. So können PatientInnen unter relativ kurzen, akuten Psychosen mit nur einer Krankheitsepisode leiden oder an regelmäßigen Rezidiven, wobei die Symptommanifestation oftmals relativ abrupt auftritt (Good/Subandi 2004: 168). Der Psychiater

Finzen (2013: 128) konstatiert, dass die Schizophrenie eine Erkrankung mit chronisch rezidivierendem Verlauf ist, die Anpassungen an das Alltagsleben und die Lebensplanung erfordert, sofern keine vollständige Genesung eintritt.

Kring und Germans (2004: 338) kritisieren, dass relativ wenige systematische Studien über die Beschaffenheit von emotionalen Störungsbildern der Schizophrenie und noch weniger wissenschaftliche Abhandlungen über Patientenberichte vorliegen, die sich mit illness-Empfindungen befassen. Sie argumentieren, dass dieser bedeutungsvolle Faktor für das Verständnis von Schizophrenien und der Konzeptualisierung geeigneter Behandlungsformen unerlässlich ist. Entscheidend sind die subjektiven Erfahrungen Betroffener, d. h. eine mögliche Beeinflussung ihres Selbstbildes durch die Erkrankung sowie ihre Auswirkungen auf engste Sozialbeziehungen und die Lebenswelt derselben (Jenkins/Barrett 2004: 7). Vorhandene Studien, die illness-Empfindungen thematisieren, ergaben, dass Betroffene sowohl in emotionalen als auch alltäglichen Situationen mehr negative Gefühle verspüren als Gesunde wie Kummer, Einsamkeit, Isolation, Ängste, Sorgen und Ablehnung (Kring/Germans 2004: 340). Psychosen können dramatische Episoden seltsamer, verwirrender Erfahrungen darstellen und zu charakteristischen Formen des sozialen Rückzugs führen (Good/Subandi 2004: 184). Die Bedeutung kultureller Aspekte für illness-Erfahrungen der Schizophrenie beschreiben Jenkins und Barrett (2004: 6, 7) wie folgt:

„Culture<sup>203</sup> is critical in nearly *every* (Hervorh. i. Orig.) aspect of schizophrenic illness experience: the identification, definition and meaning of the illness during the prodromal, acute, and residual phases; the timing and type of onset; symptom formation in terms of content, form, and constellation: clinical diagnosis; gender and ethnic differences; the personal experience of schizophrenic illness; social response, support, and stigma; and perhaps most important, the course and outcome of disorders with respect to symptomatology, work, and social functioning”.

Kleinman (2004: xv) konstatiert, dass die Schizophrenie in psychiatrischen Fachdiskursen den zentralen Problemfall bildet. „[T]he person with schizophrenia<sup>204</sup> has come to be known as *psychiatry's quintessential other* – the patient whose essence is *incomprehensibility* (alle Hervorh. S. T.) itself” (Lucas 2004: 149). So fehlen ein kommunizierbares Verständnis sowie eine Sprache, welche die subjektiven Erfahrungen der PatientInnen übersetzen könnte (Lucas 2004: 150). Der Professor für Psychologie, Bertram P. Karon (zitiert nach Itten 2007: 255, 257) kritisiert, dass eine Psychopharmakotherapie als prävalente primäre Behandlungsform

---

<sup>203</sup> Kultur wird von den Autoren in einer weiten Fassung als geteilte Symbole und Bedeutungen definiert, die Menschen im Prozess sozialer Interaktionen erschaffen. Kultur formt die Erfahrung (so auch die Wahrnehmung von Schizophrenie), Interpretation und Handlung. Sie stellt eine Orientierung für Gefühle, Denkweisen und die Verortung in der Welt dar. Während Kultur als Objekt betrachtet werden kann, d. h. als Korpus geteilter Wissensformen, Routinehandlungen und Werthaltungen, ist sie auch ein Prozess, der die Wissensproduktion und -reifung, praktische Transformationen und die Reproduktion von Werten impliziert (Jenkins/Barrett 2004: 5).

<sup>204</sup> Heinz (2014: 132) stößt die Frage an, ob der Begriff der Schizophrenie auf Grund der mit diesem Krankheitsbild verbundenen Vorurteile und Stigmatisierungsprozesse nicht überholt sei.

der Schizophrenie eine fachmedizinische Auseinandersetzung mit inhärenten Bedeutungskomplexen symptomatischer Ausprägungen nicht erfordere. Er (Karon, zitiert nach Itten 2007: 256) prangert die Verabsolutierung biologistischer Behandlungsformen wie Psychopharmaka und Elektroschocks gegenüber psychotherapeutischen Interventionen an und zeigte in einem Forschungsprojekt mit „Blind-Auswertung, dass Psychotherapie allein oder mit anfänglicher Medikation, die abgesetzt wurde, sobald es die Verfassung der PatientInnen zuließ [sic], zu einer schnelleren Entlassung aus dem Krankenhaus führte“. Des Weiteren traten kognitive Störungen seltener auf als unter einer Dauermedikation, Wiederaufnahmen konnten vermindert und die PatientInnen ein in vielerlei Hinsicht humaneres Leben führen. Auch die im März 2019 vom DGPPN publizierte S3-Leitlinie Schizophrenie spricht neue Empfehlungen aus wie eine psychosoziale Begleitung, psychotherapeutische Behandlung, Niedrigdosierung sowie begleitetes Reduzieren und Absetzen auf Wunsch der PatientInnen (Peitz 2020: 1).

Kring und Germans (2004: 340) kritisieren ein Ungleichgewicht zwischen Betroffenenarrativen und fachärztlichen Ausführungen, das impliziert, dass subjektive Erfahrungsberichte als weniger bedeutungsvoll eingeschätzt werden. Um dieser Tendenz entgegenzuwirken, sollen im Folgenden im Rahmen von zwei empirischen Fallbeispielen von schizophrenen Betroffenen, die Psychosen durchlebt haben, individuelle illness-Perspektiven fokussiert betrachtet werden und die Notwendigkeit einer Psychopharmakotherapie kritisch evaluiert werden: In ihrem Vortrag zum Thema *Was ist Psychose?*, der am 6.3.19 in den Räumlichkeiten der FHG stattfand, referierte die Betroffenenautorin Vera Maria ausführlich über Psychosen als spirituelle Bewusstseinsweiterung. Die 27-jährige Psychiatrieerfahrene mit Mehrfachdiagnosen, u. a. schizoaffektive Störung, teilt ihre krankheitsbasierten Erlebnisse und Erfahrungen in sozialen Online-Medien und führt Buchlesungen durch. Ihre Psychosen bezeichnete sie als „etwas Magisches und Märchenhaftes.“ Vera Maria erläuterte, dass sie währenddessen plötzlich Zugriff auf sonst verborgenes Wissen in ihrem Inneren gehabt habe, das jeder Mensch wie eine Schatztruhe in sich trage, die vorher stets verschlossen gewesen sei. Illustrierend führte sie an:

„So konnte ich plötzlich buddhistische Gleichungen aufstellen, obwohl ich mich vorher noch nie mit Buddhismus beschäftigt hatte: An Hand eines Klaviers, das schwarze und weiße Tasten hat, erkannte ich die Prinzipien des Yin und Yang. Das Klavier symbolisierte das Spiel des Lebens, zu dem gute und schlechte Zeiten gehören. Man sollte dankbar sein für dieses spannende, kontrastreiche Leben, anstatt es zu bewerten. Denn jeder spielt sein individuelles Musikstück auf dem Klavier des Lebens.“

Des Weiteren sprach sie im psychotischen Zustand mit Gottheiten, erkannte den Sinn des Lebens und sah sich selbst in der Zukunft. In ihrer Autobiografie schreibt Vera Maria (O. N. 2017: 18): „Für die Ärzte ist es Krankheit. Für Theologen wäre es ein Wunder.“ Doch nicht alle anwesenden Betroffenen befürworteten eine spirituelle Sichtweise von Psychosen als

magische Bewusstseinserebnisse. So meldete sich eine ZuhörerIn zu Wort und es entstand folgendes Zwiegespräch: „Das sind doch nur Vermutungen, Anmaßungen, die nicht der Realität entsprechen!“ Vera Maria entgegnete: „Das ist meine Realität. Realität ist immer subjektiv.“ „Psychose ist keine Realität, sondern eine Krankheit! Wenn du wieder normal bist, wirst du einsehen, dass alles nur Spinnereien, Symptome deiner Erkrankung waren!“, entgegnete die Betroffene. Liegghio (2013: 126) führt in diesem Zusammenhang aus, dass ein mit der Hospitalisierung einhergehendes Vorurteil in der Vorstellung besteht, dass die NutzerIn psychiatrischer Hilfen eine fehlerhafte oder gestörte Wahrnehmung, Sichtweise und Beurteilung der Realität aufweist. Sie präzisiert:

„[U]nder dominant psy discourses and practices a person who has alternative experiences of reality, often pathologized as being ‚psychotic‘ or as having ‚hallucinations‘, is disqualified (...) because their experiences are interpreted within a modernist framework as a break from reality, a break from what is considered to be real or true“ (Liegghio 2013: 126).

So bezeichnen PsychiaterInnen wie Heinz (2014: 69) alternative Bewusstseinserebnisse und ihre Botschaften als ‚psychotische Realitätsverkenning.‘ Die ZuhörerIn in der oben beschriebenen Szene reproduziert diese psychiatrische Sichtweise, d. h. das Postulat, dass es sich bei diesen Phänomenen um pathologische, psychogene, anomale Zustände handelt, die korrigiert werden müssen, damit der Betroffene wieder Anschluss an die konventionelle dominante psychiatrisch-soziokulturelle Wirklichkeitsauffassung findet. Vera Maria (O. N. 2017: 18) dagegen stellte die Frage: „War und bin ich geistig krank oder geistig erweitert?“ Im Vorwort ihres Buches erklärte sie (O. N. 2017: 6): „Es sind religiöse und allumfassende Wahrheiten, die sich mir in der Psychose offenbart haben.“ Gleichzeitig räumt sie jedoch auch ein, dass ihre psychotischen Erfahrungen nicht nur positive Aspekte bereithielten. So wurde ihre spirituelle Reise oftmals zu einem

„Horrorfilm (...), aus dem es kein Entrinnen zu geben schien. Ich war zeitweise so verwirrt und auch nicht mehr ansprechbar, dass ich ins Beruhigungszimmer gebracht werden musste. Ich war so neben der Spur, dass ich mir Suppe über den Kopf kippte, mich mit Essen vollschmierte und meine Kleidung zerriss. Ich habe geschrien, getobt und geweint. An vieles kann ich mich auch nicht mehr erinnern“ (O. N. 2017: 86).

Steve, ein weiterer Teilnehmer der Diskussionsrunde am 6.3.19, teilte Vera Marias spirituellen Erkenntnisgewinn. Er erläuterte: „In der Psychose werden unbewusste Inhalte plötzlich bewusst. Manchmal ist die Überflutung mit neuem Erkenntnisgewinn so stark, dass man ohne Medikamente nicht auskommt. Denn die Wahrheit und die Bewusstseinserebnisse müssen erst mal verkraftet werden.“ Weiter führte Steve aus: „Psychosen entstehen, wenn man sich selbst nicht versteht.“ Über seine persönliche Entwicklung berichtete er: „Ich bin immer größtenteils aufgetreten, weil ich meine eigenen Minderwertigkeitskomplexe verdrängt hatte. Durch die Psychose konnte ich meine Schwäche sehen, habe sie angenommen und lieben ge-



lernt. Dadurch wurde die Psychose überflüssig.“ Am 12.9.18 hatte Steve in einem informellen Gespräch erläutert, dass er sich seit Jahren mit Esoterik befasse. Für ihn seien Krankheiten Bewusstseinszustände. „Es ist wie im Buddhismus: Der Mensch hat mehrere Leben und durchläuft verschiedene Entwicklungsstufen. Die Psychose ist Realität und Erleuchtung: Man wacht morgens auf und sieht die Welt plötzlich so, wie sie ist. Aber die Ärzte wollen die Psychose bekämpfen.“ Am 20.3.19 ergänzte er im Rahmen der Fokusgruppe: „Krankheit und Schicksalsschläge zwingen den Menschen zum nächsten Entwicklungsschritt. Wenn er freiwillig nicht begreifen will, muss er es durch die Erkrankung tun.“ Wenn man jedoch einfach mit der chemischen Keule weitermache, ohne zu begreifen, worum es wirklich gehe, habe man im nächsten Leben die gleichen Probleme wieder. Am 30.1.19 resümierte Steve: „Erst als ich meine Komplexe angenommen habe, bin ich gesund geworden. Ein neues Ich entsteht, das die Krankheit überflüssig macht.“ Die Rolle einer medikamentösen Begleitbehandlung beurteilte er wie folgt: „Durch die Psychopharmaka bin ich wieder klar geworden. Medikamente sind notwendig, bis jemand sein wahres Ich erkennt und annimmt. Sich langsam so anzunehmen, wie man wirklich ist, ist ein Prozess, der über Jahre, Jahrzehnte andauert.“ Mit der Zeit benötige man immer weniger Medikamente. „Man hat es also mit seiner Einstellung selber in der Hand, ob man wieder psychotische Schübe kriegt.“ Weitere schizophrene PatientInnen wie Dorothea Buck betrachten Psychosen ebenfalls als einen Aufbruch des Unbewussten, die für die Betroffenen sinnvolle und substanzielle Erfahrungen bereithalten können (Siebrasse 2016: 4).

Lucas (2004: 155, 157, 159) argumentiert, dass schizophrene PatientInnen mitunter Bezug auf Kulturerzeugnisse nehmen, um ihre illness-Erfahrungen zu interpretieren, die eigenen Weltanschauungen zu verifizieren und das durchlebte Leid zu bestätigen. Auch Finzen (2013: 21) räumt ein, dass Betroffene ihrem kulturellen Hintergrund entsprechende Erklärungsmodelle wie Besessenheit für die Deutung der fremdartigen Erfahrungen zu Rate ziehen. Wie Steve zitieren einige Betroffene Werke aus der Parapsychologie, die ihnen eine gewisse Bestätigung ihrer außergewöhnlichen Bewusstseinszustände bietet (Good/Subandi 2004: 190). Kring und Germans (2004: 343) plädieren daher für einen multidisziplinären Behandlungsansatz, in dem TherapeutInnen Methoden wie ethnografische und narrative Fallanalysen anderer Disziplinen wie der Ethnologie, Linguistik und Soziologie anwenden, um einen komplexeren Einblick in die Beschreibungen der subjektiven, emotionalen Erfahrungswelten von PatientInnen zu gewinnen. Doch nicht nur Betroffene, sondern auch psychiatrische Fachkräfte diskutieren die spirituellen Dimensionen einer Psychose: So kritisiert der Arzt und Psychotherapeut Josef Zehentbauer (2018 (1): 1): „Seitdem diskriminierende psychiatrische Institutionen ihre Macht ausüben, können Heilige sich nicht mehr entfalten, gibt es kaum mehr Schamanen, Propheten,

Zauberer und wohltuende Hexen. Die Schul-Psychiatrie raubt uns spirituelle Dimensionen.“

Er (Zehentbauer 2018 (3): 1) führt aus:

„Menschen, die von der klassischen Psychiatrie als ‚Psychotiker‘ oder ‚Schizophrene‘ bezeichnet werden, müssen nicht unbedingt als krank gelten, sondern können – wenn auch unfreiwillig – Visionäre sein, Reisende in Grenzsituationen des Lebens, von denen wir mehr lernen könnten über den inneren und äußeren Kosmos.“

Dennoch stellt er klar, dass psychisch Leidende, die therapeutische Hilfe suchen, eine umfassende und humane medizinische Behandlung erhalten sollten (Zehentbauer 2018 (3): 1).<sup>205</sup>

Das Internationale Netzwerk Training, Bildung und Forschung zu Stimmen, INTERVOICE, postuliert den Ansatz, Stimmenhören zu akzeptieren, verstehen zu wollen und alternative Herangehensweisen an Lebensprobleme zu fördern, der sich auch bei Wahnvorstellungen wie Paranoia und anderen psychischen Problemen als hilfreich erweisen soll (Romme/Escher 2007: 134). Gleichzeitig kritisieren Romme und Escher (2007: 137) psychiatrische Denk- und Handlungslogiken, im Rahmen derer Betroffene von ihren als pathologisch definierten Erfahrungen entfremdet werden. Romme (zitiert nach Klafki 2007: 134) argumentiert, dass es „sinnlos [ist], den Boten zu töten, der die Botschaft überbringt, wenn die Botschaft die gleiche bleibt.“ Der Psychiater und Philosoph Andreas Heinz (2014: 345), Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Campus Charité Mitte in Berlin, beschreibt die kreative Narrative, mit der sich Betroffene ihre Erlebnisse erklären, als zutiefst menschlich, betont jedoch den krankheitswertigen Aspekt der basalen Beeinträchtigungen psychischer Funktionen. Als Beispiel führt er die Unfähigkeit an, die in der eigenen Polyphonie kreierte Artikulationen als eigen zu betrachten.

Aus den empirischen Beispielen wird ersichtlich, dass Betroffene wie Vera Maria und Steve den Krankheitsbegriff, d. h. psychiatrische disease-Zuschreibungen aufnehmen und ihn im Rahmen ihrer Auseinandersetzung mit illness-Erfahrungen mit positiven Konnotationen belegen. So bezeichnen sie ihre Psychosen als spirituelle „Erleuchtung“ (Steve) bzw. „etwas Magisches und Märchenhaftes“ (Vera Maria), die ihnen Wahrheiten offenbaren, um Erkenntnisgewinn zu erlangen, verborgenes Wissen zu enthüllen und innerlich zu wachsen. Die Psychose eröffnete ihnen laut eigener Aussage Ideen und Einsichten, die ihnen in ‚normalpsychologischen‘ Zuständen nicht zugänglich waren bzw. die sie verdrängt hatten. Durch die Psychose wurde den Betroffenen zufolge ein neuer, notwendiger biografischer Entwicklungsschritt eingeleitet. Eine antipsychotische Pharmakotherapie wurde nur insofern als notwendig erachtet,

---

<sup>205</sup> In seinen Büchern beschäftigt sich Zehentbauer (2018 (2): 1) mit einem kritischen Umgang mit Psychopharmaka, Selbstregulierungskräften des Menschen, mit denen die meisten psychischen Krisen ohne professionelle Hilfe überwunden werden könnten, der Chance auf eine Neugestaltung des eigenen Lebens sowie der Mobilisation von ‚Psycho-Drogen‘, die der menschliche Körper selbst produziert.

als sie die Wucht der Reizüberflutung, die mit den außergewöhnlichen Bewusstseinsereignissen einhergingen, abfangen sollten, damit der Betroffene durch die neuen Erkenntnisse nicht überfordert wurde. Dieser als überwiegend positiv dargestellte Prozess zeigte jedoch Konfliktpotential mit medizinisch-gesellschaftlichen Sichtweisen auf alternative Bewusstseinszustände und Realitätsauffassungen auf. Denn im psychiatrischen Fachdiskurs stellt die Psychose eine Diagnose, d. h. einen pathologischen Zustand dar, der mit Hilfe von Antipsychotika und weiterer therapeutischer Interventionen unterbunden werden soll. Spiritueller Erkenntnisgewinn wie bei Vera Maria und Steve wird dabei selten anerkannt. Dass Betroffene diesen dominanten psychiatrischen Diskurs wahrnehmen, internalisieren, reproduzieren und repräsentieren, verdeutlicht das Beispiel der Dame, die sich zu Wort meldete, um Vera Maria vorzuwerfen, ihre Psychose sei lediglich eine Krankheit und die außergewöhnlichen Bewusstseinsereignisse Symptome dieser Psychopathologie. Vera Maria müsse wieder zu der gesellschaftlich und psychiatrisch als ‚normal‘ betrachteten, konventionellen Realitätsauffassung zurückkehren, um das einzusehen. Hier wird die Beeinflussung des öffentlichen Diskurses durch psychiatrische Erklärungsmodelle und Paradigmen evident, die das dominante Welt- und Wirklichkeitsverständnis bilden, dem sich Vera Marias Erfahrungen einer alternativen Realität anpassen sollen.

Das folgende Kapitel führt die Thematik weiter, indem dargestellt wird, dass Psychosen Steve und Vera Maria zufolge nicht nur eine Erweiterung des Bewusstseins bewirken, sondern auch eine Chance auf psychische Heilung bieten können, die von den Betroffenen oben bereits angedeutet wurde.

### **5.2.3. Psychose als Heilungschance**

Vera Maria zitierte in ihrem Vortrag am 6.3.19 Sean Blackwell und seine Abhandlung *Am I bipolar or waking up?*, in der er Psychosen als Heilungschancen wahrnimmt. Sie selbst schreibt im Vorwort ihrer Autobiografie (O. N. 2017: 6): „Meine psychische Erkrankung hätte mich fast das Leben gekostet, aber auf ihrem Höhepunkt, während einer Psychose, wurde mir auf geheimnisvolle Weise das Leben wieder geschenkt.“ Im Rahmen ihres Vortrags argumentierte sie, dass jede Krankheit eine Funktion habe und schilderte ihre persönlichen illness-Erfahrungen als Ausgangspunkt für ihre Heilung:

„Während meiner Psychose habe ich in realen Menschen eine Symbolfigur wie den Teufel, Jesus oder den Tod gesehen<sup>206</sup> und dementsprechend mit den Menschen geredet. Ich hatte auf Grund meiner vier Suizidversuche ein schwieriges Verhältnis zum Tod. Während einer Psychose habe ich in einer Mitpa-

---

<sup>206</sup> Helman (2001: 181) erklärt in diesem Zusammenhang: „When it [language of distress] includes the verbal expression of emotional distress, including the description of hallucinations and delusions, it usually draws heavily on the symbols, imagery and motifs of the patient’s own cultural milieu.”

tientin den Tod gesehen. Ich habe aber nicht mir ihr geredet, sondern bin vor ihr weggelaufen. Später habe ich in einem anderen Mitpatienten den Tod gesehen. Diesmal habe ich mich mit ihm unterhalten und konnte so mit dem Thema Frieden schließen. Ich sagte zu ihm: ‚Ich weiß, ich rauche zu viel, ich will nicht an Lungenkrebs sterben.‘ Er antwortete: ‚Es sei dir verziehen, mach‘ dir keine Sorgen, wir sehen uns wieder, wenn du dein Leben gelebt hast.‘“

Hier beschreibt Vera Maria ein befreiendes Erlebnis: Während ihrer Psychose ist es ihr gelungen, ein vormals angstbehaftetes Thema, das bisher verdrängt wurde, aufzuarbeiten. In ihrem Dialog mit dem Tod setzte sie sich erstmals konsequent mit dem Thema auseinander und stellte sich ihren Sorgen und Befürchtungen, wodurch eine Aussöhnung stattfinden konnte, die es Vera Maria ermöglichte, den Tod nicht mehr als Bedrohung wahrzunehmen, sondern als einen nicht zu fürchtenden Teil des Lebens, was ihr psychische Erleichterung verschaffte. Es ist fraglich, ob sie diese oder eine ähnliche befreiende Erfahrung auch ohne den Hintergrund der Psychose gemacht hätte. Des Weiteren eröffnete sich Vera Maria während einer Psychose die Ursache ihrer Angststörung<sup>207</sup>: „Auch hier bekam ich plötzlich Ideen und Einsichten, die mir im normalen Zustand, also jenseits der Psychose, nicht zugänglich waren.“ (O. N. 2017: 56) So habe sie während einer Psychose ein Erklärungsmodell für ihre psychische Erkrankung entwickelt, wie sie am 12.3.19 im Rahmen ihrer Buchvorstellung in den Räumen der FHG eruierte: „Psychiater und Psychologen konnten mir vorher nie die Frage beantworten, warum ich krank geworden bin. Dann habe ich es in der Psychose für mich herausgefunden: Meine Mutter hatte eine Wochenbettdepression, als ich gerade geboren war.“ Dadurch habe sie Schuldgefühle ihrer Mutter gegenüber entwickelt und gedacht, sie müsse sich immer unter Kontrolle haben. Dadurch hätten sich Ängste und Zwangsstörungen bei ihr entwickelt. Sie argumentierte: „Für mich ist dies ein weiterer Beweis dafür, dass das Bewusstsein während einer Psychose erweitert ist und Zugänge tief ins Unterbewusstsein möglich werden, wodurch auf verborgenes Wissen zugegriffen werden kann.“ (O. N. 2017: 56, 57) Am 12.3.19 resümierte sie: „Mich hat meine Psychose geheilt; ich hatte danach keine bipolaren Schübe mehr.“ In diesem Prozess des Verstehens und der Genesung wurde die Psychiatrie von Vera Maria als feindlich wahrgenommen, „da sie die Heilungschance der Psychose durch die Medikamente unterdrücken will.“ In einem solchen feindlichen Umfeld könne die Psychose zum Horror werden, wohingegen das Zusammensein mit empathischen, verständnisvollen Menschen heilsam wirke. Von diesem beschriebenen ‚Horror‘ berichtete sie am 20.2.19 im Rahmen der Fokusgruppe ausführlicher: Auf der geschlossenen Station habe sie sich geweigert, Psychopharmaka einzunehmen. „Daraufhin haben mich sieben Personen niedergedrückt, mir eine Spritze gegeben und mich in die Isozelle gesteckt.“ Über die Folgen

---

<sup>207</sup> siehe auch O. N. 2017: 57-62

der medikamentösen Zwangsbehandlung<sup>208</sup> berichtete Vera Maria am 20.2.19 Folgendes: „Anschließend konnte ich ein paar Tage lang nicht mehr reden. Ich war so mit Psychopharmaka vollgepumpt.“ Der Psychiater Heinz (2014: 69) rechtfertigt Zwangsmaßnahmen, indem er argumentiert, dass eine Unterlassung derselben *inhuman* sei, da sie das Leben des Individuums hochgradig gefährden würde. Zur Beurteilung der Angemessenheit und Erforderlichkeit psychiatrischer Zwangsmaßnahmen wird Amelung (zitiert nach Heinz 2014: 164, 165) zufolge berücksichtigt, dass das momentane subjektive Werturteil der Betroffenen durch den Krankheitsausbruch verändert werden kann. Aus diesem Grunde soll ein Vergleich mit dem vermuteten Werturteil der Patientin *vor* der Symptomanifestation gezogen werden. So wird in vielen Fällen angenommen, dass ein psychotischer Patient, der eine Pharmakotherapie infolge seines psychotischen Erlebens ablehnt, sich vor dem Ausbruch der Erkrankung eine solche Behandlung gewünscht hätte. Dass diese psychiatrische Unterstellung nicht unbegründet ist, legte mir der Ärztliche Direktor einer bayerischen psychiatrischen Einrichtung in einem informellen Gespräch am 15.3.19 dar:

„Viele Zwangsmaßnahmen entstehen aus der Situation heraus, dass der Patient krankheitsbedingt die Medikamente verweigert. Dann wird er fixiert und niemandem ist damit geholfen. Später, wenn er die Spritze<sup>209</sup> gekriegt und sich beruhigt hat, sagt er dann: ‚Mir geht es jetzt viel besser. Warum haben Sie mir die Spritze nicht gleich gegeben?‘ Dann sagen wir: ‚Sie haben sich ja geweht.‘“

Darüber hinaus spricht Heinz (2014: 332) das *Recht* der Betroffenen auf psychiatrische Zwangsmaßnahmen an, d. h.

„wenigstens einmal im Leben gegen ihren aktuell geäußerten Willen behandelt zu werden, damit sie aus dem psychotischen Erleben zumindest so weit [sic] wieder herauskommt, dass sie sich für oder gegen eine Behandlung beziehungsweise für oder gegen das Erleben der Psychose entscheiden kann“.

Vera Maria steht einer antipsychotischen Pharmakotherapie jedoch generell kritisch gegenüber: „Ich hatte über 20 Klinikaufenthalte und die Medikamente wurden immer wieder umgestellt. Das spricht gegen die Medikamente.“ Stattdessen propagierte sie Open-Dialogue- und Soteria-Konzepte (s. Kapitel 3.3.5.), die auf die Medikalisierung mit Psychopharmaka größtenteils bzw. vollständig verzichten, wobei die persönliche Entscheidungsfreiheit der Betroffenen berücksichtigt wird. Weitere Vorteile der Soteria gegenüber psychiatrischen Einrichtungen sieht sie in dem Verzicht auf Zwangsmaßnahmen jeglicher Art, der offen geführten

---

<sup>208</sup> Weitere empirische Fallbeispiele für die Problematik psychiatrischer Zwangsmaßnahmen werden in Kapitel 5.3.3. ausführlich erörtert.

<sup>209</sup> Das verabreichte Neuroleptikum, Ciatyl, hemmt die Motorik, während es kaum therapeutisch wirkt, da negative Gefühle in den Betroffenen weiterarbeiten, ohne einen körperlichen Ausdruck zu finden. Der Wirkstoff wird zur Vermeidung einer tagelangen Fixierung oder auf Wunsch der PatientInnen verabreicht, wie Mitarbeitende des St.-Hedwig-Krankenhauses der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité berichten, die nach dem sog. Weddinger Modell arbeiten, das u. a. auf individuelle Betreuung, Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und deeskalierende Rhetorik setzt (Holch 2016: 1). Zu den Nebenwirkungen des Neuroleptikums zählen u. a. Krämpfe, Zittern sowie parkinsonähnliche Bewegungsstörungen (Odysso 2020: o. S.).

Einrichtung, die auf dem Prinzip der Freiwilligkeit basiert und die im Vergleich zu einer psychiatrischen Behandlung erheblich häufigeren therapeutischen Kontakte. Entscheidend ist laut Vera Maria das Postulat der oben beschriebenen alternativen Therapieformen, dass das individuell-spezifische Erleben Betroffener fokussiert wird, wobei insbesondere die Psychoseerfahrung als subjektive Realität anerkannt wird, die grundsätzlich bedeutungsvoll und sinnstiftend sein kann. Im Sinne der polyphonen Herangehensweise des Offenen Dialoges kommen auch psychotische Stimmen gleichberechtigt zu Wort. Hintergrund ist die These, dass Halluzinationen „auf traumatischen Erfahrungen beruhen [können], die in metaphorischer Form auftauchen.“ (Seikkula/Trimble 2005: 7) Betroffene dürfen die thematischen Inhalte der einzelnen Sitzungen bestimmen, wobei nicht die Symptomatik Ausgangspunkt der Hilfen ist, sondern die zugrunde liegenden Lebensprobleme. Dabei wird jede Krise als einmalig betrachtet, was dazu führt, dass die Therapie keinen standardisierten Behandlungsprogrammen folgt. Stattdessen werden potentielle Lösungsansätze in einer Begegnung auf Augenhöhe, in der Betroffene als ExpertInnen für ihre illness-Erfahrungen betrachtet werden, gemeinsam entwickelt. Wie Buck-Zerchin (2007: 25), die kritisiert, dass der Gesprächsmangel, den sie während ihrer fünf Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen von 1936 bis 1959 erlebte, bis heute den Klinikalltag prägt, prangert Vera Maria an, dass Psychoseinhalte und ihre Sinnzusammenhänge nicht thematisiert werden, da Psychiaterinnen – im Kontrast zu Verfechtern von Soteria- und Open-Dialogue-Konzepten – von einer ‚sinnlosen‘ Schizophrenie ausgehen. Buck-Zerchin (2007: 25) fordert, dass Betroffene ihre Psychoseinhalte verbalisieren bzw. sie verschriftlichen oder zeichnen dürfen, ohne ungewollte psychiatrische Eingriffe befürchten zu müssen.

In diesem Kapitel wurde dargestellt, dass das *Ausleben* einer Psychose Betroffenen zufolge zu einer inneren Heilung führen kann, da Bedeutungsinhalte evident werden, die biografische Erlebnisse sinnstiftend einordnen. So eröffnete sich Vera Maria im psychotischen Zustand ein Erklärungsmodell für ihre psychische Erkrankung, das sie zuvor vergeblich zu finden versucht hatte. Des Weiteren konfrontierte sie sich während ihrer Psychose unintendiert mit angstbehafteten Themen wie dem Tod, arbeitete diese erstmalig auf und erfuhr dadurch psychische Erleichterung. Vera Maria kritisiert, dass Psychosen in der Psychiatrie durch Psychopharmaka unterdrückt und Betroffenen somit potentielle Heilungschancen verweigert werden. So leistet die Psychiatrie bei der hermeneutischen Erschließung der Bedeutungsinhalte von Psychosen kaum Unterstützung, da Psychosen im dominanten medizinisch-psychiatrischen Fachdiskurs als Krankheitsbilder postuliert werden, die nicht als Remedium fungieren können, sondern, im Gegenteil, durch eine antipsychotische (notfalls Zwangs-)Behandlung untermindert werden sollen. In diesem Zusammenhang kritisiert Jervis (1978: 173): „Die vor-

herrschenden Behandlungsmethoden (d. h. hohe Dosen an Psychopharmaka und Einlieferung) unterdrücken noch weiter die restlichen Möglichkeiten des Betroffenen, seinen Erfahrungen einen Sinn und eine Geschichtlichkeit zu geben.“ Psychotische PatientInnen darin zu unterstützen, die Bedeutung der Krise zu erfassen und dem Geschehenen Sinn zu verleihen, sollte Betroffenen zufolge essentieller Bestandteil eines nachhaltigen psychiatrischen Therapiekonzeptes sein. Daher versprechen sich PsychiatriepatientInnen wie Vera Maria von alternativen Behandlungsformen wie Soteria- und Open-Dialogue-Konzepten, die von der *disease*-Perspektive abrücken und den Psychoseinhalten, d. h. *illness*-Expressionen, mehr Raum und Bedeutung konzederen, mehr Unterstützung sowie Verständnis. Diese therapeutischen Ansätze schmälern die Diskrepanz zwischen *krank* und *gesund*, indem Psychosen als Reaktion auf ungelöste Beziehungs- und Lebensprobleme interpretiert werden (im Kontrast zu psychiatrischen Paradigmen, die einen gestörten Hirnstoffwechsel als Krankheitsätiologie postulieren, der eine Pharmakotherapie erfordert) und von einer Krankheits- zu einer Krisenperspektive wechseln. Weitere signifikante Unterschiede zu psychiatrischen Behandlungsformen wurden herausgearbeitet (s. o.). Es ist jedoch nicht von der Hand zu weisen, dass manche PatientInnen mit schizoaffektiver Störung eine Antipsychotika-Therapie zur Linderung bzw. Beseitigung ihrer Symptome zumindest im Nachhinein gutheißen und das postulierte ‚Recht‘ auf psychiatrische Zwangsbehandlung für die Herstellung einer Entscheidungsfähigkeit zwischen dem psychotischen Erleben und dessen Beseitigung in diesem Sinne eine Daseinsberechtigung aufweist.

#### **5.2.4. Fallbeispiel: Elfys *illness*-Narrative und ihre Erfahrungen mit *disease*-Konzeptionen**

Das folgende Kapitel führt den Kontext psychischer Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis fort, indem an Hand eines weiteren personenzentrierten Fallbeispiels betroffenenbezogene *illness*-Narrativen mit *disease*-Konzeptionen kontrastiert werden.

Helman (2001: 95) argumentiert, dass Betroffenenenerklärungen für Krankheiten oftmals die Form einer Narrative annehmen. ‚(Krankseins-)Narrationen‘ sollen soziales Leiden verstehbar machen (Lux 2003: 17). Die Handlungsstränge, Kernmetaphern und rhetorischen Mittel, die die *illness*-Narrative strukturieren, sind kulturellen und persönlichen Modellen entlehnt, die Erfahrungen in bedeutungsvoller Weise positionieren und diese Bedeutungsgehalte wirksam kommunizieren (Kleinman 1988: 49). Angemessene methodische Ansätze aus der Ethnologie, Biografieforschung und Psychotherapie produzieren Kleinman (1988: 28, 29) zufolge Wissen über die persönliche innere Leidenswelt, die über eine Erfassung der körperlichen und psychi-

schen Symptome hinausgehen soll. In diesem Sinne besitzen auch biografische Narrationen Evidenzcharakter.

Im Folgenden werden die *illness*-Erfahrungen sowie die *idioms of distress* (vgl. Lux 2003: 23) der Betroffenen Elfriede Fischer, genannt Elfy, exemplarisch dargestellt. Sie ist 66 Jahre alt und bewohnt zusammen mit ihrer Mutter und ihren beiden Schwestern ein Haus. Die FHG besucht sie seit 18 Jahren regelmäßig, d. h. jeden Werktag zu den jeweiligen Öffnungszeiten. „Wenn ich den Club nicht gehabt hätte, hätte ich mir das Leben genommen oder würde es jetzt noch tun“, erzählte sie am 6.6.18. Sie besuche den Club, um dort Ruhe vor dem konfliktreichen Verhältnis zu ihrer älteren Schwester zu finden. Elfy ist geschieden und hat drei erwachsene Kinder: zwei Töchter und einen Sohn.

Im Laufe meiner einjährigen Feldforschung in der FHG avancierte sie zu einer meiner Hauptinformanten. Wir verbrachten jeden Mittwoch mehrere Stunden im Aufenthaltsraum der FHG, wo wir informelle Gespräche führten. Die Idee, Elfy ein eigenes Kapitel zu widmen, entstand in der problemorientierten Phase der Datenerhebung. Ich nahm ihren Ausspruch vom 1.8.18: „Über mein Leben müsste ein Film gedreht werden, meine Familie sollte ins Fernsehen kommen. Die gehören alle in die Psychiatrie gesperrt, für immer!“ zum Anlass, sie um die Erlaubnis zu bitten, sie in den Betroffenen Darstellungen ausführlicher als bisher geplant präsentieren zu dürfen, worauf sie sehr positiv reagierte. So röteten sich ihre Wangen und ihre Augen begannen zu leuchten, als sie erwiderte: „Du willst wirklich ein Kapitel über mich schreiben?“ Sie stimmte freudig zu unter der Bedingung, dass ich ihren ehemaligen Arbeitgeber anonymisiere, und begann sogleich, ausführlich von biografischen Erlebnissen und Erfahrungen zu erzählen, die wir ihrer Meinung nach bisher nicht genügend thematisiert hatten und die unbedingt Erwähnung in ‚ihrem‘ Kapitel finden sollten.

Meine Ausführungen über Elfy und ihre Lebensgeschichte beginnen in chronologischer Reihenfolge mit ihrer Kindheit. Peacock und Holland (1993: 368) geben zu bedenken: „[T]he individual self is fragmented rather than unitary and fixed; accordingly, one’s narration of self varies with circumstance, with discourse form and context“. Sie schlussfolgern, dass Lebensgeschichten für die Selbstbildung und -darstellung eine bedeutende Rolle spielen und historische Perioden, kulturelle Praktiken und psychische Geschehnisse beleuchten, wobei der Inhalt und die verbale Ausgestaltung mit der Zuhörerschaft variiert<sup>210</sup> (Peacock/Holland 1993: 374). Elfy wuchs mit drei Geschwistern (zwei Schwestern und einem Bruder) in Freiburg auf, wobei der Bruder bereits in jungen Jahren verstarb. In einem informellen Gespräch am 6.6.18 erzählte sie: „Von meiner Schwester und meiner Mutter habe ich keine Liebe bekommen und deshalb habe ich meine ganze Liebe in meine Puppen gesteckt.“ Darauf folgend berichtete sie

---

<sup>210</sup> siehe auch Kapitel 4.3.1. zum Thema Selbstnarrationen und autobiografisches Erzählen



ausführlich von ihrer ersten Puppe und den Spielen mit den Nachbarskindern, mit denen sie sich gut verstanden hat. Von ihrer Mutter wurde sie oft wegen Kleinigkeiten geschlagen. Ihr Vater hat Elfy zufolge ebenfalls unter seiner dominanten Ehefrau gelitten, konnte ihr jedoch nichts entgegensetzen. Am 9.1.19 führte sie weiter aus: „Ich wusste schon mit 12, dass ich eines Tages lebensmüde werden würde und dass ich bei meiner großen Schwester leben würde, weil ich so schlecht in der Schule war.“ Seit ihrer Kindheit leidet sie darunter, dass ihre Mutter ihr weder Liebe noch Körperkontakt geben konnte. „Wenn meine kleine Schwester ihr heute die Hand auf den Arm legt, sagt sie: ‚Bist du lesbisch?‘“ Am 15.8.18 ergänzte sie, dass sie schon als Kind das Jugendamt hatte aufsuchen wollen, ihre Mutter sie jedoch durch Einschüchterung davon abgehalten hat. „Ich wäre gerne ins Kinderheim gekommen und von dort zu Pflegeeltern, dann hätte ich ein besseres Leben gehabt.“ Geheiratet hat sie schließlich, um ihrer Herkunftsfamilie zu entkommen. Doch in der Ehe litt Elfy darunter, dass sie nahezu alleine für den Lebensunterhalt der Familie sorgen musste, da ihr Mann nur Gelegenheitsjobs in verschiedenen Kaufhäusern annahm, die er so nachlässig ausführte, dass er seine Anstellung nach kurzer Zeit wieder verlor. Am 6.6.18 führte sie aus: „Er war ein paar Monate hier, ein paar Monate da und dann wieder arbeitslos. Dann hat er bis 13 Uhr geschlafen. Und er hatte andere Frauen.“ Elfy selbst hatte einen festen Arbeitsplatz als Hotelangestellte (Beruf geändert). Nach 25 Dienstjahren erhielt sie von ihrem Arbeitgeber eine Urkunde, wie sie mir am 22.8.18 stolz berichtete. Am 9.1.19 führte sie aus, dass sie im Hotel 149 VerehrerInnen hatte und „alle mich dort mochten. Das Hotel war meine eigentliche Familie. Dort waren alle nett und haben zusammengehalten.“ An diesen schönen Erinnerungen hält sie sich fest, wenn es ihr nicht gut geht. „Die kann mir keiner nehmen, die wahren für immer.“ Am 12.12.18 räumte sie ein: „Ich hatte 21 Jahre lang einen Freund, sonst hätte ich mich wohl umgebracht. Mein Mann konnte mir auch keine Liebe geben.“ Trotzdem hat sie die Scheidung nach 25 Ehejahren sehr mitgenommen, da das bis dato gute Verhältnis zu ihrer Schwiegermutter im Zuge dessen abrupt geendet hat: „Ich habe sie geliebt, als wäre sie meine eigene Mutter oder Tante und dann hat sie gesagt: ‚Wenn dir das [die Art und Weise, wie sich Elfys Ehemann ihr gegenüber verhält] nicht passt, kannst du ja gehen...!‘ Das habe ich dann auch getan.“ Zu ihren drei erwachsenen Kindern pflegt Elfy ein gutes Verhältnis. Eine Tochter und ein Sohn leiden unter einer geistigen Behinderung und die besagte Tochter ist zudem psychisch erkrankt. Elfy macht sich Sorgen, was aus diesen beiden Kindern „werden soll, wenn ich mal nicht mehr bin“, wie sie am 9.1.19 schilderte. Ihre kranke Tochter besuchte die Sonderschule, lebt seit Kurzem bei einer Gastfamilie und arbeitet in einer Freiburger Behindertenwerkstatt. Die Ursache für die psychische Erkrankung ihrer Tochter sieht Elfy darin, dass „ihr Vater sich nicht um sie gekümmert hat“, wie sie mir am 9.1.19 erzählte. Die ältere Tochter hat selbst Familie

und bezieht Hartz IV. „Bianca [ihre älteste Tochter] ist schlau, die hat die Mittlere Reife gemacht. Wenn ich mit ihr gelernt hätte, hätte sie nicht so einen hohen IQ, das kommt nur davon, dass die Schwiegermutter immer mit ihr gelernt hat!“, spekulierte Elfy am 18.7.18. Ihre beiden Enkeltöchter, 15 und 17 Jahre alt, sieht sie jedoch nur selten, da ihr Schwiegersohn keinen Kontakt zu ihr wünscht. Elfy war nicht einmal zur Hochzeit ihrer Tochter eingeladen, worunter sie bis heute sehr leidet. Ihren Sohn, der bei seinem Vater wohnt, besucht sie seit 18 Jahren heimlich, weil ihre große Schwester den Kontakt verbietet, wie sie am 15.8.18 darlegte.

Seit der Scheidung von ihrem Ehemann bewohnt Elfy ein Zimmer im Haus ihrer Mutter und den beiden Schwestern, wobei sie sehr unter dem angespannten, konfliktreichen Verhältnis zu ihrer Mutter und vor allem ihrer großen Schwester leidet, die laut Elfy, „krankhaft diffizil“ ist, eine Redewendung, die sie in unseren zahlreichen informellen Konversationen sehr häufig benutzte, so auch am 6.6.18. Sie erzählte: „Meine große Schwester ist immer so böse zu mir. Sie ist rechthaberisch und droht mit Prügeln, wenn ich nicht gehorche. Sie hat mich auch schon mal geschlagen. Ich traue mich deshalb nicht, mich zu wehren.“ Auffällig ist, dass sie in ihren Ausführungen die ältere Schwester, die ihr so viel Kummer bereitet, nie beim Namen nennt, sondern immer nur von „D'Schweschda“ spricht. Unsere informellen Gespräche in der FHG leitete sie oft mit den Worten: „Svenja, d'Schweschda war heut widda bös' zu mir!“ ein. Im Gegensatz dazu erwähnte sie ihre kleine Schwester in ihren Erzählungen zumeist namentlich. „Meine Mutter hat mich früher immer beschimpft; jetzt tut das die große Schwester“, erklärte sie am 1.8.18. „Dann geht es los: ‚Du blöde Kuh, du falsche Schlange, du Sau, du Arschloch!‘“ Am 5.9.18 beschrieb sie den durch ihre große Schwester verursachten Leidensdruck wie folgt:

„Wenn ich abends vergesse, die Vorhänge im Haus zuzuziehen, weckt sie mich mitten in der Nacht auf, um das nachzuholen. Wenn ich etwas nicht machen kann, muss ich es solange probieren, bis es klappt, manchmal mehrere Stunden, z. B. einen Faden in ein Nadelöhr einfädeln. Ich darf kein Nachthemd mit langen Ärmeln tragen und keine warme Decke benutzen. Deshalb friere ich jede Nacht. Meine Schwester sagt mir, was ich tagsüber anziehen soll, meine Kinder dürfen nicht zu Besuch kommen, meine Schwester bestimmt, wann ich auf mein Zimmer gehen darf und welche Zimmer ich nicht betreten darf. Nachts liege ich oft wach und kann nicht schlafen. Daher komme ich morgens schlecht aus dem Bett und bin müde, aber meine Schwester verbietet es mir, den Kopf auf die Arme zu legen. Deshalb mache ich das in der FHG.“

So sitzt Elfy oft mit geschlossenen Augen, den Kopf nach vorne gebeugt oder zur Seite geneigt, mehrere Stunden im Aufenthaltsraum der FHG. Am 9.1.19 erzählte sie mir aufgeregt, dass sie sich in den 19 Jahren des Zusammenlebens mit ihrer Schwester zum ersten Mal gegen sie gewehrt habe: „Ich hatte mein Zimmer 45 Minuten lang gelüftet und nachdem ich das Fenster geschlossen hatte, sagte meine Schwester, ich solle es öffnen. Dann habe ich sie angeschrien. (...) Es kostet viel Kraft, ruhig zu bleiben und ihr nichts anzutun.“ Doch manchmal

überlistet Elfy ihre Schwester auch durch falsche Angaben und verschafft sich so etwas Freiraum: „Gestern habe ich meiner Schwester nicht gesagt, dass der Club geschlossen hat und bin trotzdem weggegangen. Eigentlich wollte ich zu meinem Sohn gehen, aber dann habe ich es mich doch nicht getraut aus Angst, erwischt zu werden.“

Ihre *illness*-Empfindungen beschrieb sie am 5.9.18 wie folgt: „Seit ich denken kann, bin ich jeden Tag traurig und enttäuscht. Es war vorher schon schlimm, aber seitdem ich bei meiner Schwester wohne, ist es noch viel schlimmer geworden.“ Seitdem sie sich zum ersten Mal gegen ihre Schwester gewehrt hat, verspürte Elfy einen „Druck auf der Brust: ein Ziehen und Stechen. Und Herzrasen. Der Hausarzt hat festgestellt, dass mein Blutdruck erhöht ist, hat das aber auf den familiären Stress zurückgeführt. Ich soll in ein paar Wochen wiederkommen.“

Am 6.6.18 berichtete sie: „Ich hatte mehrere Nervenzusammenbrüche und war monatelang lebensmüde“. Im ZfP Emmendingen war sie zweimal stationäre Patientin. Zur Beschreibung ihrer psychischen Befindlichkeit verwendet sie jedoch zumeist ihre eigenen Worte, anstatt auf disease-Zuschreibungen zurückzugreifen, d. h. vorherrschende *psychiatrische* Narrativen, in denen ExpertInnen durch professionelle Interpretation die Patientenausführungen neu erzählen (Lee 2013: 106). So bezeichnete sie sich selbst am 12.12.18 als „gemütskrank, lebensmüde“ und unter seelischen Schmerzen leidend. Darüber hinaus beschrieb sie ihre *illness*-Empfindungen qua Introspektion am 18.7.18 wie folgt:

„Ich habe oft Selbstmordgedanken, z. B., dass ich mir die Pulsadern aufschneide. Oder ich habe Angst, dass ich mal auf meine Schwester losgehe und sie töte, weil ich mir jeden Tag ihre Beschimpfungen anhören muss. Dann muss ich mich beherrschen und zurücknehmen, denn wenn ich Widerworte gebe, droht sie mir mit Schlägen und anderen Strafen, z. B. dass ich dann nicht mehr mit meinen Kindern telefonieren darf oder dass sie mich nach Emmendingen schickt. Ich habe oft Herzrasen. Es fängt morgens schon an. Dann bekomme ich Angst vor dem Tag mit seinen Maßregelungen“,

Des Weiteren berichtete Elfy von dem Gefühl, „einen Kloß im Hals“ zu haben und räumte ein, dass sie auf Grund der psychosozialen Stressoren häufig an ihren Fingernägeln knabbert, die extrem kurz und eingerissen sind. Am 14.11.18 evaluierte sie die fachärztliche Behandlung im Hinblick auf eine Linderung ihrer *illness*-Beschwerden:

„Ich bin lebensmüde. Leute, die sich umbringen wollen, wollen sich vor den Zug werfen oder aus dem Fenster springen. Das will ich nicht. Ich bin einfach nur müde und ohne Antrieb. Ich habe meinem Psychiater von meinen Selbstmordschmerzen erzählt und er hat gesagt, dann muss ich in die Psychiatrie und zwar für immer. Genauso hat er reagiert, als ich gesagt habe, dass ich aufpassen muss, dass ich meiner Schwester nichts antue. Aber ich will nicht nach Emmendingen. Dann sehe ich meine Kinder nur noch selten und darf nicht alleine spazieren gehen, weil ich einen Betreuer kriege, der immer mitkommt. Ich will das nicht.“

Kleinman (1988: 28) kritisiert in diesem Zusammenhang:

„[T]he modern medical bureaucracy and the helping professions that work within it (...) are oriented to treat suffering as a problem of mechanical breakdown requiring a technical fix. They arrange for therapeutic manipulation of disease problems in place of meaningful moral (or spiritual) response to illness problems.“

Elfy schlussfolgerte am 12.9.18: „Wenn meine Schwester mich nicht so drangsaliieren würde, wären die körperlichen Beschwerden nicht so schlimm.“ Kleinman zufolge können Depression, Angststörungen und gravierende familiäre Spannungen zu dem Beginn bzw. einer Verschlimmerung chronischer Schmerzen führen und umgekehrt (Helman 2001: 134). Aus Elfys Zitat wird darüber hinaus ersichtlich, dass sie genaue Vorstellungen von dem Ursprung ihrer Beschwerden hat, d. h. sie verwendet ein subjektives Laien-Erklärungsmodell, um sich verständlich zu machen. Am 25.7.18 befand sich Elfy in einem für mich beunruhigenden Zustand: Sie zeigte sich fahrig und sprach scheinbar zusammenhanglos über Wilhelm II, Dschinghis Khan, Queen Mum und Katharina die Große.

„Anastasia, die Großfürstin von Russland, deren Bruder erschossen wurde, hat mich als Baby im Arm getragen und meinen Schnuller in den Mund genommen. Danach steckte sie ihn zurück in meinen Mund. Dadurch hat sie ihre DNA und ihre ganze Kraft auf mich übertragen und ich kann Bilder sehen, die nur Anastasia selbst gesehen hat. Meine Schwester will mich deswegen nach Emmendingen schicken. Sie sagt: ‚Du fantasierst! Du siehst Bilder!‘, aber ich sage: ‚Das sind keine Halluzinationen, sondern die Bilder von Anastasia!‘“

An dieser Stelle wird der Antagonismus zwischen persönlichen Empfindungen und dominanten psychiatrischen Erklärungsmodellen evident: Für Elfy kann die Geschichte von Anastasia, die ihre Kräfte auf sie übertragen hat, eine positive, ermutigende Vorstellung bedeuten, aus der sie Kraft schöpft, um die psychosozialen häuslichen Belastungen besser ertragen bzw. bewältigen zu können. Ihre Schwester beruft sich jedoch auf psychiatrische disease-Diskurse („Halluzinationen“), als sie Elfys Beschreibungen ihrer persönlichen Kraftquelle als pathologische, zu behandelnde Wahnvorstellungen abtut. Eine Woche zuvor, am 18.7.18, hatte Elfy erzählt: „Meine Vorfahrin war Wäschefrau und Geliebte von Ludwig XIV. und ein Vorfahr von mir hat Napoleon vom Pferd gehoben.“ Snow und Anderson (1993: 211) argumentieren, dass idiosynkratische Verhaltensweisen und Ausdrucksformen in der Regel als Symptome psychischer Krankheiten interpretiert werden, jedoch auch Formen eines adaptiven Verhaltens darstellen können. In diesem Zusammenhang beschreiben sie sog. *grandiose delusions*, d. h. die subjektive Vorstellung des Betroffenen, dass er über außergewöhnliche Kräfte, Erkenntnisse oder Kontakte verfügt. Snow und Anderson (1993: 211, 212) betonen, dass diese Verhaltensweisen zumeist unbewusst auftreten. Diese alternativen Realitäten können sowohl gesellschaftliche Zuschreibungen von Wahnsinn und Verrücktheit als auch klinische Kategorien wie Schizophrenie und Paranoia evozieren. Für Betroffene, die sich in einem erniedrigenden und inhumanen sozialen Lebenskontext befinden, in dem ihnen häufig negative Aufmerksamkeit zuteil wird oder sie an sozialer Isolation leiden, können sie sich jedoch als funktional erweisen, indem in einem adaptiven Prozess eine private Realität mit privilegierten Einblicken und einem besonderen Status erschaffen wird, in die sie sich zurückziehen können.

Darüber hinaus unterzieht Elfy ihren Gesundheitszustand mitunter kritischen introspektiven Reflexionen, wie sie am 25.7.18 einräumte: „Ich höre zwar die Stimme von meiner Schwester, aber nicht, was sie sagt. Das heißt, ich höre sie sprechen, verstehe ihre Worte aber nicht. Ich habe Angst, taubstumm zu werden. Man kann vom seelischen Schmerz das Gedächtnis verlieren.“ Da mich ihre Worte beunruhigten, erkundigte ich mich bei einem Psychologen nach diesem Phänomen. Er erläuterte, dass es sich dabei um einen Schutzmechanismus handle, den Menschen entwickeln könnten, die chronischem Stress ausgesetzt seien. „Man schaltet innerlich sozusagen auf Durchzug“, erklärte er. Dadurch, dass ich Elfy in unserer darauffolgenden Zusammenkunft von den psychologischen Ausführungen berichtete, konnte ihr die Angst, taubstumm zu werden, weitgehend genommen werden. Über ihre individuell-spezifischen Selbsthilfestrategien zur Bewältigung der psychosozialen Anspannung berichtete sie am 12.12.18 Folgendes:

„Ich schaue fern und lese gerne Liebesromane, um den seelischen Schmerz zu betäuben. Ich flüchte dann in meine eigene Welt. Mein Traum ist ein ganzes Zimmer voller Liebesromane. Aber meine Schwester hat die meisten meiner Bücher einfach weggeworfen. (...) Die Liebesromane helfen mir, nicht durchzudrehen. Sie stellen das seelische Gleichgewicht wieder her.“

Trotz ihres insgesamt betrachtet unglücklichen Lebens verspürt Elfy temporär auch Energie und Lebenslust. So verkündete sie am 1.8.18 mit strahlendem Gesicht: „Manchmal habe ich wieder richtig Lust, Hotelgäste zu empfangen!“ Von ihrem sozialen Netzwerk fühlt sie sich nicht ausreichend unterstützt, wie sie am 9.1.19 einräumte:

„Ich habe noch einen Onkel, eine Tante und Cousins, aber die wollen sich nicht einmischen. Jemand müsste meine Schwester mal zurechtweisen, aber die wollen sich nicht damit belasten, der Psychiater [diesen besucht sie alle sechs Wochen] auch nicht. Er hat gesagt, wenn die Schwester mitkommt und durchdreht, kriegen es alle Leute mit, die im Wartezimmer sitzen und das will er nicht. Er sagt, ich soll mich damit abfinden. Das ist die größte Sauerei! Der will sich die Hände nicht schmutzig machen und nicht mit ihr streiten! Dabei wäre es wichtig, dass jemand meiner Schwester mal sagt, dass sie sich falsch verhält, vielleicht ändert sich dann was! Eine Sauerei ist das!“

Elfy kritisiert die mangelhafte fachärztliche Bereitschaft, im Rahmen der psychiatrischen Behandlung lebensweltliche Problemfelder aufzuarbeiten und ihr aktiv-unterstützend zur Seite zu stehen. Die Annahme, dass es mitunter die falschen Menschen trifft, die als psychisch krank tituliert werden und scheinbar psychiatrischer Behandlung bedürfen, äußerte auch Sebastian am 12.12.18, als er ausführte: „Ich leide darunter, dass die Leute mich nicht so akzeptieren, wie ich bin. Daraufhin hat mein Psychiater gesagt: ‚Dann erhöhen wir die Medikamentendosen!‘ Das ist ungerecht! Die Täter können so weitermachen wie bisher und ich werde ruhiggestellt, damit ich ihre Angriffe besser ertragen kann.“ In diesem Sinne argumentiert auch Elfy, wenn sie ihr konfliktreiches soziales Umfeld als krankhaft (diffizil) beschreibt und ihre eigene Reaktion als natürliche Anpassung bzw. Bewältigungsstrategie, ohne die sie die

täglichen verbalen Angriffe ihrer Schwester kaum aushalten würde. Der Arzt und Psychotherapeut Josef Zehentbauer (2018 (4): 7) teilt Elfys und Sebastians Ansicht:

„Psychische Krisen sind ein Ausbrechen aus der herrschenden Normalität und sind oft auch Ausdruck unerträglicher Lebenssituationen: in der Familie, am Arbeitsplatz, in der Schule. *Wenn die Psychotherapie (und mehr noch die Psychopharmakologie) einen ‚Menschen-in-psychischer-Krise‘ lediglich ‚repariert‘* (Hervorh. i. Orig.), damit er wieder in der herrschenden Normalität als Angestellter, als Hausfrau, Alleinerziehende, Schüler etc. funktionieren kann, dann bleiben die ursprünglich krankmachenden Strukturen (z. B. am Arbeitsplatz) unverändert. Gerade die Psychotherapie bietet die große Chance, über den individuellen Ansatz hinaus zu einer positiven Änderung der (oft krankmachenden) sozialen Umgebung beizutragen.“<sup>211</sup>

Mehr Unterstützung erfuhr Elfy hingegen von ihrem Hausarzt: „Er war sehr nett zu mir und hat mich in den Arm genommen und getröstet, als ich ihm vom Krach mit meiner Schwester erzählt habe. Er hat vorgeschlagen, ins Intensiv Betreute Wohnen zu gehen, wo ich auch Pflegestufe zwei hätte.“ Eine (fach)ärztliche Hauptaufgabe verortet Kleinman (1988: 49) in der Berücksichtigung von Laientheorien, indem die spezifische Rhetorik der illness-Erfahrung aufgenommen und ein für beide Parteien akzeptabler therapeutischer Ansatz ausgehandelt wird. Darüber hinaus besteht eine weitere klinische Anforderung in der empathischen Interpretation der Lebensgeschichte, die die illness zum Gegenstandsbereich einer Biografie erhebt (Kleinman 1988: 49). Diese Forderungen weisen signifikante Parallelen zu Soteria- und Open-Dialogue-Praktiken auf. In diesem Sinne offenbarte Elfys Hausarzt mehr Verständnis für ihre illness-Perspektive und zeigte ihr einen Weg aus dem individuellen Leiden auf, der im Verlassen des konfliktreichen sozialen Umfelds besteht. Infolgedessen wurde gegen Ende meiner Feldforschung (Stand 13.3.19) ein Umzug in ein Altenpflegeheim angedacht. Ohne das Wissen ihrer Schwester, die Elfy zufolge handgreiflich werden könnte, sollte sie von den Auszugsplänen erfahren, informierten sich Elfy und ihre Betreuerin in verschiedenen Einrichtungen über Möglichkeiten und Angebote. Am 10.4.19 räumte sie ein: „Mich zieht es schon weg von der Schwester, aber ich weiß nicht, ob ich es schaffe. Wenn der Druck auf der Brust schlimmer wird, schaffe ich es nicht.“ Diese Aussage verleitete mich zu dem Kommentar: „Ich glaube, der Druck auf der Brust wird besser, wenn du ausgezogen bist!“ Am Ende unserer Konversationen konstatierte sie immer wieder, dass es ihr gutgetan habe, ihre psychosozialen Probleme zu verbalisieren: „Alles aus dem Herzen rausschmeißen tun, damit wieder Platz für neuen Schmerz [Hervorh. S. T.] ist“, wie sie sich ausdrückte. Daher hatte ich ein schlechtes Gewissen, als ich das Feld im Mai 2019 verließ. Ich sorgte mich um Elfy, da meine

---

<sup>211</sup> Lösungsansätze bietet u. a. die sog. Systemische Therapie, eine Methode, die aus der Familientherapie entwickelt wurde. Dabei wird nicht nur das betroffene Individuum, sondern auch sein soziales System in die Therapie einbezogen, um Interaktionen, Kommunikationsformen und Regeln der TeilnehmerInnen zu ergründen, die psychische Probleme der Betroffenen auslösen. Bestehende schädliche Strukturen sollen so erkannt und durchbrochen werden. Dabei kommt die Mehrgenerationenperspektive in Form des sog. *Genogramms* zum Tragen, einer Art Stammbaum, in dem bedeutsame Lebensereignisse der Familienmitglieder festgehalten werden (Paulsen/Paulus et. al. 2018: 124).

Anwesenheit ihre sozialen Kontakte in der FHG verschoben hatte: Zu Beginn meiner Feldforschung pflegte Elfy enge Sozialbeziehungen zu zwei älteren Damen, mit denen sie die Zeit im Aufenthaltsraum der FHG verbrachte. Seit unserer Bekanntschaft kommunizierte Elfy jedoch hauptsächlich mit mir, wobei sie mich oft als eine ihrer wenigen Freundinnen bezeichnete. Gleichzeitig schätze ich Elfy jedoch auch als offen, aufgeschlossen und anpassungsfähig genug ein, um mit neuen, veränderten Bedingungen zurechtzukommen und ihre Chance wahrzunehmen, sich weiterhin in dem Maße, wie sie es benötigt, Gehör zu verschaffen.

Das vorliegende Kapitel befasste sich mit illness-Narrativen und *idioms of distress* (Lux 2003: 23) der Psychiatrieerfahrenen Elfy. Ihre introspektive Laintheorie verortete die Kausalitätszuschreibung ihrer psychischen und physischen Probleme in der sozialen Umwelt. Dieses *externalizing belief system* (vgl. Young, zitiert nach Helman 2001: 96), das psychische Umweltereignisse und Stresserfahrungen für die Symptommanifestation in einem ursächlichen Zusammenhang sieht, steht dem *internalizing belief system* professioneller biomedizinischer Erklärungsmodelle wie der Theorie der Hirnstoffwechselstörung gegenüber. An den Fallbeispielen von Elfy und Sebastian wurde evident, dass sich eine psychiatrische Behandlung auf Pharmakotherapien fokussiert, während ein verstärktes Eingehen auf illness-Narrative sowie den lebensweltlichen Kontext der Betroffenen oftmals vernachlässigt wird. Um das konfliktreiche soziale Umfeld für Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose erträglicher zu machen, werden stattdessen Dosiserhöhungen vorgeschlagen, wodurch die grundlegenden zwischenmenschlichen Problemfelder unbehandelt bleiben. Mehr Unterstützung erfuhr Elfy hingegen von ihrem Hausarzt, der konkrete, praktische Lösungsansätze für die Beendigung der konfliktreichen Sozialbeziehungen aufzeigte. In diesem Zusammenhang wird von Betroffene Seite argumentiert, dass ihr soziales Umfeld als ‚krank‘ zu betrachten ist, während sie lediglich gesunde Kompensationsstrategien für die Bewältigung der psychischen Belastungsfaktoren entwickelte wie *grandiose delusions* (Snow und Anderson 1993: 211), die von Angehörigen und PsychiaterInnen als biomedizinisch zuordenbare Erkrankung gedeutet werden können. Vor diesem Hintergrund sei an die in Kapitel 2.1. präsentierte medizinische Krankheitsdefinition Hucklenbroichs (2008: 10) erinnert, der im Unterpunkt fünf b) auch eine Lebensgemeinschaft als pathologisch bezeichnet, wenn sie ihren Mitgliedern unbehandelt kein möglichst konflikt- und leidfreies Zusammenleben bieten kann. Wie die empirischen Fallbeispiele verdeutlichten, fokussiert sich die psychiatrische Behandlung jedoch auf das betroffene Individuum und spart das soziale Netzwerk weitgehend aus. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass PsychiatriepatientInnen wie Elfy häufig ihre eigenen Worte für die Beschreibung ihrer illness-Empfindungen und die Psychopathologie ihrer Mitmenschen benutzen („krankhaft diffizil“, „seelische Schmerzen“, „gemütskrank“, „lebensmüde“, „Selbst-

mordschmerzen“ etc.). Diese Bezeichnungen offenbaren eine signifikante somatische Komponente psychischer Leidenszustände, die von Elfy perzipiert und im Rahmen der introspektiven illness-Narrativen ausführlich erörtert wird (u. a. ein Kloßgefühl im Hals, Herzrasen, Bluthochdruck, Schlaflosigkeit, Müdigkeit und Erschöpfung sowie ein Druckgefühl auf der Brust).

Das folgende Kapitel vertieft die in diesem Kapitel bereits umrissene zwischenmenschliche Begegnung, Interaktion und Kommunikation zwischen Laien und PsychiaterInnen (im Kontrast zu Kapitel 5.2.1., in dem die subjektive Beurteilung von Pharmakotherapien im Vordergrund stand), indem therapeutische Angebote und Arzt-Patienten-Beziehungen im Hinblick auf den Behandlungserfolg kritisch evaluiert werden.

### **5.3. Erfahrungen mit der psychiatrischen Behandlung**

#### **5.3.1. Therapieangebote und die Arzt-Patient-Interaktion**

Ein häufig geäußelter Kritikpunkt bezieht sich auf die von Betroffenen perzipierte ‚Sprachlosigkeit‘ der stationären psychiatrischen Behandlung. So führte Mario am 27.2.19 über seinen Aufenthalt im ZfP Emmendingen aus: „Mit mir hat nur der Stationsarzt während der Visiten gesprochen, das war’s. Wie soll man da die Ursache des Problems angehen?!“ In diesem Kontext konstatiert Borck (2003: 134):

„Eine der häufigsten Klagen über die Biomedizin richtet sich gegen ihre Vorgehensweise: Der Hausarzt widme sich nicht mit genügend Zeit seinen Patienten, sondern verschreibe aus einer eilig gestellten Diagnose vorschnell Medikamente (...). Im Krankenhaus tritt an die Stelle einer ausführlichen Anamnese (...) immer häufiger das Schema der Eingangsteste (...), die zusammen mit den vorformulierten Fragebögen und den erforderlichen Einwilligungensformularen lediglich die weitere Spezialdiagnostik festlegen.“

Borck (2003: 134) kritisiert einen Mangel an der von Victor von Weizsäcker im Rahmen seiner Heidelberger Anthropologischen Medizin postulierten *Begegnung* zwischen Arzt und Patientin. Diese sei in einem biomedizinisch geprägten Kontext auf Grund ihrer unzureichenden Systemrationalität nicht mehr vorgesehen. Die Abkehr von der Einzigartigkeit jeder Arzt-Patient-Beziehung und der Persönlichkeit der PatientInnen seien strukturell in der Biomedizin verankert (Borck 2003: 134). Demgegenüber argumentierte Selina am 25.9.18: „Ich fand die Zeit in der Psychiatrie nicht schlecht. Die Leute haben sich dort bemüht. Es fanden zwar wenig Gespräche statt, aber die, die ich hatte, haben mich weitergebracht.“ Im Rahmen einer informellen Diskussion über die Rolle von PsychiaterInnen am 23.11.18 konstatierte Volker: „Es kommt darauf an, wer einen behandelt. Wenn man auf so ein Relikt aus der Vergangenheit trifft, das einen von oben herab behandelt, das Vorgehen bestimmt und man kein Mitspracherecht hat, ist man arm dran. Jüngere Ärzte sind in der Regel besser.“ „Der Psychiater sollte einen beraten können“, ergänzte Arno. „Er sollte einen informieren, verschiedene Mög-



lichkeiten aufzeigen und dann hört man sich das an und entscheidet selber.“ Ein anderer Psychiatererfahrener gab zu bedenken: „Bei manchen Patienten ist es aber so, dass sie gar nicht selbst entscheiden können, ob sie Medikamente nehmen sollten oder wie das weitere Vorgehen aussehen sollte. Dann entscheiden die Ärzte oder gegebenenfalls der Betreuer.“ Rudolph argumentierte: „Wie soll ein Gespräch auf Augenhöhe mit dem Psychiater stattfinden können, wenn er das Fachwissen hat und der Experte bezüglich meiner Krankheit ist?“ Günther erwiderte: „Er sollte dir alles erklären können und dich beraten. Die Entscheidung musst du dann selber treffen.“ Im Rahmen der Arbeitsgruppe *Sich beschweren und Kritik üben* auf der Jahreshauptversammlung des BPE im Oktober 2018 in Kassel wurde erarbeitet, wie man sich PsychiaterInnen gegenüber als PatientIn am Besten zu verhalten habe. Die Präsentation der Ergebnisse am 14.10.18 beinhaltete folgende Zusammenfassung: „Es ist wichtig, dem Psychiater direkt in die Augen zu schauen und gerade zu sitzen: Brust raus, Rücken hoch, sich trauen, Fragen zu stellen oder zu widersprechen, wenn möglich, eine Begleitperson hinzuziehen.“ Diese ‚Anleitung‘ für ein selbstbewusstes Auftreten zeugt nicht von großem Vertrauen in die behandelnden ÄrztInnen, was nicht verwunderlich erscheint, da die überwiegende Mehrheit der BPE-Mitglieder auf Grund persönlicher Hospitalisierungserfahrungen zumindest psychiatriekritisch eingestellt ist. Dass der Dialog zu psychiatrischen BehandlerInnen gänzlich eingestellt werden sollte, proklamierte eine Vertreterin des antipsychiatrisch eingestellten Lagers innerhalb des BPE. Im Rahmen ihres Vortrags auf der Jahreshauptversammlung in Kassel am 13.10.18 erklärte sie: „Ich setze mich nicht mit Psychiatern an einen Tisch. Das mache ich grundsätzlich nicht. Das ist für mich Täterkonfrontation.“ Wie sie mir in einem informellen Gespräch nach der Mitgliederversammlung mitteilte, habe sie selbst Psychologie studiert, ein halbes Jahr „in der Klappe gejobbt“ und dabei „das letzte Bisschen Respekt vor der Psychiatrie verloren“. Während des Studiums „wurde uns allen eingetrichtert, was für tolle Hechte wir sind. Patienten sind nur *die Kranken*, Objekte der Diagnostik, Behandlung und Beobachtung. Die subjektive Patientensicht wird total vernachlässigt.“ Lindheimer (2016: 17), ein weiterer Psychiatrie-Gegner des BPE, führt aus, dass Psychiatrie Gewalt bedeute sowie Schikanierung, Verleumdung, Betrug, folterähnliche Behandlung, Drogen, Abhängigkeit, Gehirnwäsche, Unselbstständigkeit und Traumatisierung. Nach der stationären Entlassung sähen sich Psychiatrisierte mit weiteren Schwierigkeiten konfrontiert: Fettleibigkeit, gesellschaftliche Stigmatisierung, Angst, Einsamkeit, Todessehnsucht, Arbeitslosigkeit, Sozialleistungen und Zwangsverrentungen. Steve kritisierte den BPE des Öfteren für diese radikal antipsychiatrische Haltung wie am 20.3.19 im Rahmen der Fokusgruppe: „Es ist klar, dass so ein Verein die Psychiatrie verteufelt. Für mich war sie aber ein Segen – meine Rettung!“ Ähnlich äußerten sich auch Mario („Ich war draußen am Arsch, drinnen ging es wieder.“) und Gabriel („Ich hatte nie-

manden mehr. Die Psychiatrie hat geholfen.“) im Rahmen der Fokusgruppensitzung am 6.2.19. Zudem ließen sich während meiner einjährigen Feldforschung mehrere Menschen in psychischen Akutsituationen freiwillig in die Psychiatrie einweisen. Auch Joachim erklärte am 11.1.19, er habe das ZfP mehrfach freiwillig aufgesucht, als er psychotisch gewesen sei. Darüber hinaus konstatierte er: „Ich hatte immer das Gefühl, während unserer Gespräche mit dem Psychiater auf Augenhöhe zu sein, obwohl er viel mehr über meine Krankheit und die chemischen Prozesse, die in meinem Gehirn ablaufen, weiß als ich.“ Im Rahmen der Fokusgruppensitzung am 27.2.19 zum Thema Psychiatrie antwortete Gabriel auf die Frage, welche Maßnahmen ihm während der stationären psychiatrischen Behandlung weitergeholfen hätten, wie folgt:

„Mir hat der Kontakt mit Menschen, die ähnliche Probleme haben, geholfen. Man meint immer, es seien die Medikamente gewesen, die geholfen haben, dabei war es die Interaktion mit den Patienten. Außerdem war die Beschäftigung in Emmendingen gut. Dadurch hat man nicht so viel nachgedacht.“

Steve ergänzte: „Sport und Gärtnerei sind für Psychotiker sinnvoll. Aber es gibt insgesamt zu wenig Therapieangebote in der Psychiatrie und die meisten sind veraltet: Ergotherapie, Korbflechten... Wie viele Körbe soll ich denn noch flechten?! Spiele wären besser.“ Im Verlaufe des Gesprächs warf Gabriel ein: „In Emmendingen gab es auch mentales Training. Da wurde gesungen *Du bist okay, ich bin okay!*<sup>212</sup> Die Leute waren glücklich bei der Therapie. Wenn die Eltern einem sagen, man ist nicht okay, nagt das am Selbstwertgefühl. Das Stigma psychisch krank bedeutet ja *Du bist psychisch krank, du bist nicht okay!*“ Nikolaus ergänzte: „Mir hat es geholfen, Ruhe zu haben, weil in meiner Kindheit immer an mir herumgörgelt wurde. Ich hatte in der Psychiatrie eine andere Ruhe als zu Hause.“ Darüber hinaus wurde konsensuell festgehalten, dass innovative Beschäftigungstherapien wie die Tiergestützte Therapie (s. auch Kapitel 5.1.2.) sinnvoll und hilfreich seien und im Rahmen des psychiatrischen Therapieprogrammes mehr Beachtung finden sollten.

Bezüglich der ambulanten psychiatrischen bzw. psychologischen Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen wurden einige Kritikpunkte vorgetragen: Mario warf am 13.10.18 ein: „Ich gehe alle sechs Wochen zum Psychiater, aber da passiert gar nichts. Ich würde gerne länger mit ihm reden, aber die Kasse zahlt das nicht.“ Dabei ist zu erwähnen, dass alle Betroffenen des Samples gesetzlich versichert waren. Über eine private Krankenhaus-Zusatzversicherung, die je nach Tarif Sonderleistungen wie Einzelzimmer und/oder Chefarzt-

---

<sup>212</sup> Gabriel konnte sich auf meine Nachfrage nicht mehr an den Namen dieser Therapieform erinnern. Nach meinen eigenen Recherchen hat er vermutlich von der sogenannten Transaktionsanalyse gesprochen. Sie bietet Modelle für die Beobachtung, Deskription und das Verständnis der menschlichen Persönlichkeit sowie zwischenmenschlicher Interaktionen (Deutsche Gesellschaft für Transaktionsanalyse o. J. (2): 1) und kann u. a. als Psychotherapieform im Rahmen der Humanistischen Psychologie eingesetzt werden (Deutsche Gesellschaft für Transaktionsanalyse o. J. (1): 1).

behandlung umfasst (Faßbinder 2018: 30), verfügte keine/r der Forschungsteilnehmenden. Darüber hinaus bestünde durch dieses Angebot die Möglichkeit, im Anschluss an die stationäre Entlassung die ambulante Weiterversorgung durch den Chefarzt sicherzustellen. Termine könnten je nach individueller Bedarfslage vereinbart und die Sprechzeit von einer Viertel- auf eine halbe Stunde verlängert werden. Doch keine/r der befragten Psychiatrieerfahrenen verfügte über die finanziellen Mittel, diese Zusatzleistung in Anspruch nehmen zu können. Auch Katja gab am 16.5.18 zu bedenken: „Ich bin enttäuscht von meiner Psychotherapeutin, weil sie mich sofort mit Medikamenten vollballern wollte, anstatt über traumatische Ereignisse zu reden. Daraufhin habe ich die Therapie abgebrochen, aber die Suche nach einer neuer Therapeutin gestaltet sich schwierig.“<sup>213</sup> Dem könnte man entgegenhalten, dass die Therapeutin ihre Patientin zunächst mit Psychopharmaka stabilisieren wollte, bevor die eigentlichen traumatischen Inhalte in den therapeutischen Sitzungen hätten aufgearbeitet werden können. Die Idee, *experts by experience* in den Behandlungsprozess stärker einzubeziehen, die die illness-Erfahrung des ‚psychisch Krankseins‘ teilen, würden viele Menschen mit psychischen Problemen begrüßen, wie ein Teilnehmer der *Jungen Clubber* am 21.9.18 erklärte: „Ich habe eine Bekannte, die Psychologie studiert und selber betroffen ist. Sie braucht halt etwas länger fürs Studium. Ich würde aber generell lieber zu einem Psychologen gehen, der selber eine Diagnose hat, weil er dann weiß, was es heißt, krank zu sein.“ Weitere TeilnehmerInnen der Betroffenenrunde stimmten ihm zu. Ähnlich äußerte sich Irina am 22.11.18: „Ein junger männlicher Arzt kann nicht nachempfinden, was in mir vorgeht. Er hält sich nur an seine Lehrbücher. So ein Treffen unter Gleichgesinnten wie das Frauenfrühstück hier bringt mehr als eine Therapie bei jemandem, der noch nie erfahren hat, wie es ist, psychisch krank zu sein.“ Die Bedeutung einer fachärztlichen Berücksichtigung der von Katja und Irina angesprochenen illness-Perspektive für den Behandlungserfolg verdeutlicht Kleinman (1980: 81) an Hand einer Studie, in der PatientInnen mit Rückenschmerzen in zwei Gruppen eingeteilt wurden: Die erste konsultierte OrthopädInnen, während die zweite ChiropraktikerInnen aufsuchte. Die Behandlungsergebnisse lieferten keinen signifikanten Unterschied, während die zweite Gruppe von einer größeren Zufriedenheit mit der Behandlung berichtete,

„largely because [they] responded positively to the chiropractors‘ evident interest in the psychosocial management of their *illness problems*, while the latter responded negatively to the orthopedists‘ disinterest in this aspect of care and sole concern for the technical management of *disease problems*“ (alle Hervorh. i. Orig.).

---

<sup>213</sup> Nach einer Analyse der Bundestherapeutenkammer warteten PsychiatriepatientInnen 2017 durchschnittlich „sechs Wochen auf ein erstes Gespräch und fünf Monate auf eine so genannte Richtlinien-therapie, die von den Krankenkassen erstattet wird.“ (Deeg 2019: 1)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass viele NutzerInnen psychiatrischer Hilfen im Rahmen der fachärztlichen Begegnung ein Mitspracherecht bzw. persönliche Entscheidungsfreiheit einfordern. PsychiaterInnen sollten dabei die Rolle des empathischen Beraters einnehmen, der in einem Gespräch auf Augenhöhe über einzelne Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten informiert und die bestmögliche Entscheidung im Sinne der Patientin trifft, sollte diese nicht in der Lage sein, ein Urteil zu fällen. Während antipsychiatrisch eingestellte BPE-Mitglieder Missstände in der fachärztlichen Behandlung von Menschen mit psychischen Problemen anprangern und einen Dialog mit PsychiaterInnen mitunter verweigern, berichteten Betroffene meines Samples von positiven Erfahrungen mit dem psychiatrischen Hilfesystem. Der Aufenthalt in einem geschützten Raum, in dem sie zur Ruhe kommen, einer sinnvollen Beschäftigung nachgehen sowie innovative Therapieangebote wahrnehmen können, die ihr durch das Stigma der psychischen Krankheit bzw. familiäre Konflikte hervorgerufenen vermindertes Selbstbewusstsein stärken, wird ebenso angeführt wie der heilsame Austausch mit Gleichgesinnten. In diesem Sinne plädieren viele Psychiatrieerfahrene für eine stärkere Präsenz und Einbindung von ExpertInnen aus Erfahrung in den therapeutischen Prozess, die illness-Narrativen nachvollziehen können. Auf Grund fehlender finanzieller Mittel können private Zusatzversicherungen, welche die Gesprächs- und Interaktionszeit mit der Psychiaterin verlängern würden und dadurch der wahrgenommenen Sprachlosigkeit der therapeutischen Beziehung entgegenwirken sowie ein persönlicheres Verhältnis zwischen Arzt und Patientin aufbauen könnten, von den beforschten Betroffenen nicht in Anspruch genommen werden. Eine weitere Problematik besteht im bundesweiten Fachärztemangel.

Die Thematik der Interaktion zwischen Arzt und Patientin wird im folgenden Kapitel fortgeführt, wobei psychiatrische Diagnoseverfahren sowie die damit verbundenen Krankheitskonzeptualisierungen fokussiert betrachtet werden sollen.

### **5.3.2. Kritische Hinterfragung der Diagnostik**

Church (1995: 11) argumentiert, dass psychisch Kranke wenig Einfluss auf die Rhetorik und Bilder nehmen können, die sie beschreiben. Verbale Entmachtung stellt einen Hauptteil ihrer Erfahrungen dar. Ähnlich kritisch äußerte sich Nikolaus am 6.2.19: „Wir bestimmen nicht, was krank ist. Die Ärzte gehören der Eliteschicht an. Ich bin meiner Meinung nach nicht krank und du und du (*er zeigt auf alle TeilnehmerInnen der Fokusgruppe*) auch nicht. Das ist eine Art Terrorurteil. Man kriegt zehn verschiedene Diagnosen und die eigene Meinung spielt keine Rolle.“ Damit stimmt er Burstow and Weitz (1988, zitiert nach Church 1995: 11) zu, die harsche Kritik am psychiatrischen System formulieren:

„In the current psychiatric system, the power to speak is given exclusively and unjustly to the psychiatrist. The psychiatrists-as-oppressors impose their words on the patients-as-oppressed. At the same time, the ‚patients‘ (...) are robbed of their words. They have no say about what happens to them, and they are not listened to or believed.“

Obwohl sich das o. g. Zitat auf die Institution Psychiatrie Ende der 1980er-Jahre bezieht, empfinden manche Betroffene noch immer signifikante Machtasymmetrien zwischen Arzt und Patientin und kritisieren den Labeling-Prozess des Zuschreibens einer Diagnose, wie Gabriel am 10.4.19 erklärte: „Ich sehe mich nicht als psychisch krank an, das ist eine Unverschämtheit. Ich will den Arzt verklagen, es ist wie in der NS-Zeit!“ Gabriel schloss am 6.2.19: „Wir leben in einer Ärztesgesellschaft mit einem Riesenkatalog, was alles als krank gilt. Und viele glauben das. Es heißt, wenn jemand das studiert hat, muss er das doch am Besten wissen.“ „Die Diagnose ist ein Machtmittel“, argumentierte Nikolaus am 16.1.19. „Man sieht gleich an der Kleidung in weiß<sup>214</sup>, dass nur ein Arzt sie ausstellen darf. Dadurch grenzt er sich ab.“ Lee (2013: 107) teilt die Beobachtung, dass sich Psychiatrieerfahrene mitunter als Nonkonformisten betrachten, die von mächtigen Interessengruppen der psychischen Gesundheitsindustrie arbiträr als psychisch krank tituiert werden. In diesem Zusammenhang wird von Betroffenenseite zudem Kritik an den Diagnostikmanualen ICD und DSM geäußert, wie Nikolaus am 16.1.19 ausführte: „Wem nützt das ICD? Der Krankenkasse. Es macht es Ärzten leicht, Personen in Schubladen zu stecken und Menschen abzuhandeln, ohne genau auf sie einzugehen.“ Jones (2015: 170) konstatiert, dass klinische Informanten die Praxis der Diagnostik oftmals als oberflächlich und trivial bezeichnen. So beschrieb eine Fachkrankenschwester der Psychiatrie die Zuschreibung von Diagnosecodes als „total bullshit“, requisite only as a means of fulfilling the billing criteria required by clients‘ health insurers.“ Eine psychiatrische Krankenpflegerin, die in der FHG ein Praktikum absolvierte, wählte am 10.4.19 in der Fokusgruppe diplomatischere Worte: „Kategorisierungen sind Teil des Systems. Man kriegt nur Leistungen, wenn man etwas benennt. Dadurch wird die Behandlung gerechtfertigt. (...) Oft herrscht eine Wut auf Ärzte vor, weil sie hauptsächlich Symptome abklappern.“ Helman (2001: 177) argumentiert, dass die meisten psychiatrischen Diagnosen auf der subjektiven fachärztlichen Evaluation des verbalen und behavioralen Auftretens der Betroffenen basieren sowie auf den Ergebnissen von standardisierten psychometrischen Tests. Symptome und Zeichen einer Erkrankung sollen bestehenden psychischen Krankheitsentitäten zugeordnet werden, indem Vergleiche mit den ‚typischen‘ Lehrbuchbe-

---

<sup>214</sup> Der weiße Ärztekittel kann Helman (2001: 157) zufolge als rituelles Symbol betrachtet werden. Er symbolisiert bzw. Repräsentiert zahlreiche Attribute, die im Allgemeinen mit den heilenden Professionen assoziiert werden (ebd.: 157). Dazu zählen u. a. eine medizinische Ausbildung, die Berechtigung, ärztlich tätig zu sein, intime Details aus dem Leben der PatientInnen abzufragen sowie körperliche Untersuchungen durchzuführen, die Macht, PatientInnen notfalls gegen ihren Willen zu hospitalisieren sowie ein hoher sozialer Status (Helman 2001: 158).

schreibungen des jeweiligen Zustands gezogen werden. Diese Rahmenbedingungen der Diagnostik werden von einigen PsychiatriepatientInnen kritisch hinterfragt. So konstatierte Ludmilla am 10.4.19: „Diese Multiple-Choice-Verfahren in der Psychiatrie sind völlig ungeeignet zur Diagnose von psychischen Krankheiten. Das Phänomen ist dafür viel zu komplex.“ Gabriel thematisierte am 6.2.19 den Faktor Zeit: „Die eigene Geschichte wird oft nicht hinterfragt. Der Arzt hat nur drei Minuten Zeit im Gespräch zur Diagnoseerstellung.“ Am 16.1.19 ergänzte Mario: „Es ist schwierig, auf Grund eines einzigen kurzen Gesprächs die Person einzuschätzen.“ Helman (2001: 176, 177) ergänzt: „Unlike the diagnosis of medical ‚diseases‘, there is often little evidence of typical biological malfunctioning, as revealed by diagnostic technology.“ Auch von Betroffenenseite wird bemängelt, „dass die Psychiatrie keine exakte Wissenschaft ist. Psychiatrische Diagnosen sind subjektive Meinungsäußerungen über einen anderen Menschen. Ich habe ca. 10 verschiedene Diagnosen aus 4 unterschiedlichen F-Bereichen erhalten und kenne etliche, denen es genauso ergangen ist.“ (Pullen 2016: 4, 5) Gabriel berichtete am 6.2.19 von ähnlichen Erfahrungen: „Ich war bei sieben, acht Ärzten und bekam jedes Mal eine andere Diagnose: (...) Depression, schizo-affektive Störung, Psychose, narzisstische Störung...“ Die Erfahrungen von Gabriel und Vicky Pullen verdeutlichen, dass die Heilungserwartung als entscheidendes Motiv für eine fachärztliche Konsultation in Zusammenhang mit signifikanten illness-Beschwerden insbesondere im Rahmen von psychischen Leidenszuständen problematisch werden kann. Im medizinisch streng reglementierten Diagnoseverfahren suchen Betroffene nach Erklärungen für ihre illness-Beschwerden, die für sie stimmig sind. Dabei steht häufig die Frage im Vordergrund, ob sie in die aufgeführten disease-Kategorien der PsychiaterInnen eingeordnet werden möchten. Viele PsychiatriepatientInnen erhalten zahlreiche unterschiedliche Diagnosen, mit denen sie sich nicht identifizieren können bzw. die ihre individuellen Probleme nicht lösen. Eine weitere Erschwernis für eine valide, reliable Diagnosestellung fasst Helman (2001: 177) wie folgt zusammen: Das subjektive Element der psychiatrischen Diagnostik wird durch die diffuse und unbeständige Beschaffenheit der Diagnosekategorien verstärkt. Kendell betonte, dass diese sich mitunter inhaltlich überschneiden und Betroffene im Laufe ihrer Erkrankung unter verschiedene Kategorien fallen können. Darüber hinaus wird die Gruppe der psychisch Kranken dem jeweiligen soziopolitischen Zeitgeist gemäß unterschiedlich definiert (Geschäftsführender Vorstand des BPE e. V. 2015: 14). So stellte der Studienwunsch von Frauen vor 1900 einen häufigen Psychiatisierungsgrund dar. Erst zu Beginn der 1970er-Jahre wurde Homosexualität von der Liste psychischer Krankheiten gestrichen (Geschäftsführender Vorstand des BPE e. V. 2015: 14). Betroffene wie Mario reflektieren diese regelmäßigen Modifikationen in der Evaluierung

psychischer Ausprägungen kritisch: „Es ändert sich ja ständig was. Das ICD wird ständig angepasst. Jetzt darf man zum Beispiel nur noch zwei Wochen trauern.“

Trotz der mannigfaltigen Betroffenenkritik an der psychiatrischen Diagnostik bewerten manche Psychiatrieerfahrene die disease-Zuschreibungen als positiv. So erzählte Matthias am 25.6.18: „Mir hat meine Diagnose geholfen und die Medikamente, die ich auf Grund dieser Diagnose gekriegt habe, haben auch gut geholfen.“ Gabriel räumte am 6.2.19 ein:

„Eine Psychiaterin hat mal etwas Nettes zu mir gesagt, als ich in der Klinik war: ‚Sie sind halt ein sensibles Pflänzchen! Sie müssen mehr auf sich aufpassen.‘ Diese Diagnose fand ich sinnvoller als schizoaffektive Störung. (...) Unter ‚sensibles Pflänzchen‘ kann man sich mehr vorstellen als unter den Fachbegriffen.“

In diesem empirischen Fallbeispiel weisen Gabriels illness-Empfindungen und fachärztliche disease-Zuschreibung in Form der ‚Diagnose‘ „sensibles Pflänzchen“ eine hohe Kongruenz auf. Gabriel kann sich dadurch mehr mit der Einschätzung der Psychiaterin identifizieren, fühlt sich verstanden und artikuliert eine größere Akzeptanz sowie Zufriedenheit mit der fachärztlichen Beurteilung. Demgegenüber erläuterte er am 6.2.19 negative psychosoziale Folgen psychiatrischer disease-Zuschreibungen: „Ich bin mit einer falschen Diagnose in der Firma gemobbt worden. Es ist irgendwie durchgesickert.“ Hier können Vorurteile und stereotype Vorstellungen von Menschen mit psychischen Problemen indirekt zutage treten. Für Gabriel wirkt sich die Situation in zweierlei Hinsicht demoralisierend aus: Einerseits leidet er unter dem Mobbing und zweitens belastet ihn die seiner Meinung nach falsche Diagnose. Im Rahmen der Fokusgruppensitzung am 10.4.19 zum Thema Psychische Krankheit/Störung erörterte Ludmilla, dass eine gestörte Kommunikation innerhalb der Familie zu der Manifestation schizophrener Symptome führen könne. „Und der Betroffene ist der Schwächere, das Schwarze Schaf der Familie. Man wird abgeschoben als Kranker. Dabei ist die Beziehung zwischen dem Betroffenen und seiner Familie krank, nicht nur der Betroffene“, der spezifische, als pathologisch definierte Kompensationsformen entwickelt (s. u.).<sup>215</sup> Um emotionalen Belastungen zu entgehen, führte Mirko Olostiak-Brahms am 23.6.18 an: „Viele psychische Beschwerden sind normal und vergehen wieder, wenn man sich ihnen stellt, d. h. seine Lebenssituation ändert.“ Nicht alle NutzerInnen psychiatrischer Hilfen möchten sich daher als krank bezeichnet wissen. Sie argumentieren, analog zu Freud,

„that mental illness arose out of emotional conflict. (...) Ordinary life was thus a habituated management of personal pain. ‚Depression‘ and ‚psychosis‘ were simply names we gave to patterns of self-management which were so woefully inadequate that those who used them could not function. Diagnosis was not particularly important. What mattered to Freud was the clinician’s ability to recognize particular patterns of interpreting emotions and responding to them (...) and to help the person who enacted these patterns recognize them as patterns, as choices, which could be changed.“ (Luhmann 2015: 305)

---

<sup>215</sup> siehe auch Kapitel 5.2.4.

Der BPE (2018 (2): 1) entwirft einen alternativen, entpathologisierenden Gegendiskurs zu fachmedizinischen Psychopathologien, indem er den Term der *Ver-rücktheiten* an Stelle von psychischen Krankheiten postuliert, und akzentuiert mit diesem Konzept verbundene positive Aspekte wie das Kennenlernen neuer Perspektiven, die Stärkung von Selbsterfahrungen sowie das Freisetzen von Kreativität und Fantasie. Darüber hinaus publizieren der BPE (2018 (2)) sowie der *Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V.* (2016 (1) und (2)) Informationsbroschüren, in denen außerpsychiatrische Selbsthilfe-Maßnahmen zur Prävention sowie zum Umgang mit ‚Ver-rücktheiten‘ dargestellt werden. Der Psychiater Finzen (2013: 55) spricht in diesem Zusammenhang jedoch von einer *Verleugnung der Krankheit*. Dabei werden alternative Erklärungsmodelle für das Verhalten der Betroffenen gesucht wie Erschöpfung oder Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, die primär der Prävention von Stigmazuschreibungen dienen sollen.

Hinsichtlich der Anwendbarkeit des Krankheitsbegriffs auf psychische Leidenszustände fasste Gabriel am 10.4.19 zusammen: „Ich bin wahnsinnig geworden, aber das ist keine Krankheit, es lag am vielen Kummer.“ In der Fokusgruppensitzung am 6.2.19 relativierte er jedoch: „Ich würde statt Krankheit Kompensation sagen. Man kompensiert zum Beispiel zu viel Stress. Aber ein Körnchen Wahrheit steckt auch im Krankheitsbegriff.“ In den o. g. Fallbeispielen von Ludmilla, Mirko und Gabriel wird angenommen, dass nicht der Psychiatrisierte, sondern seine Lebenssituation pathologische bzw. für die psychische Gesundheit schädliche Züge aufweist, auf die der Betroffene mit unterschiedlichen Bewältigungsmechanismen in Form von Symptomen bzw. psychischen Auffälligkeiten reagiert. Doch wenn durch die Krankheit psychosoziale Belastungsfaktoren kompensiert werden könnten, müssten die pathologischen Ausprägungen nach der Beseitigung bzw. dem Verlassen der stressbehafteten Situation im Laufe der Zeit verschwinden. Da dies jedoch nicht immer der Fall ist, räumt Gabriel ein, dass im Krankheitsbegriff auch „ein Körnchen Wahrheit“ steckt. Er argumentiert wie Heinz (2014: 135, 136), dass ‚echte‘ psychische Krankheiten ohne spezifische aufrechterhaltende Ursache fortbestehen (siehe Kapitel 3.2.3.). Darüber hinaus ist der individuelle Leidensdruck konstitutiv, wie Steve einwarf: „Schlimm wird es nur, wenn es dich stört: Wenn du dein Leben nicht so leben kannst, wie du gerne würdest. Dann wird ein Arzt aufgesucht.“ Auch Ludmilla argumentierte: „Wenn ich will, dass das abgestellt wird, kann ich hingehen und mir helfen lassen. Wenn jemand also darunter leidet, kann er als krank definiert werden.“

Insgesamt betrachtet, haben Betroffene ein großes Bedürfnis, sich zu entpathologisieren, indem sie die Psychiatrie als Wissenschaft anprangern, deren Diagnostik auf den subjektiven Einschätzungen von FachärztInnen (an Stelle von objektivierbaren Laborbefunden) sowie im Kontext zeitgenössischer soziopolitischer Strömungen inhaltlich adaptiven Diagnosemanua-



len basiert, die Machtposition von PsychiaterInnen in Frage stellen und sich mehr Mitspracherecht bei der Aushandlung des Labels, das ihnen zugeschrieben wird, wünschen. Positive Erfahrungen mit der Diagnostik wurden beobachtet, wenn illness-Empfindungen und disease-Beschreibungen Kongruenz aufweisen, wie es bei Gabriel der Fall war und/oder die disease-Zuschreibung zu einer Verbesserung des Allgemeinzustands beigetragen hat. Der Krankheitsbegriff wird von Betroffenen insofern in Frage gestellt, als sie mitunter psychische Belastungsfaktoren wie gesellschaftliche Strukturen sowie familiäre Konfliktfelder als pathologisch bezeichnen, während sie ihre psychischen Reaktionen auf diese Stressoren als normal und natürlich, oftmals jedoch nicht zielführend bzw. potentiell selbstschädigend betrachten. Eine entpathologisierende Rhetorik wird vom BPE entworfen, der den psychischen Krankheitsbegriff ablehnt und stattdessen das Konzept der positiv konnotierten ‚Ver-rücktheiten‘ postuliert. Psychiater wie Finzen warnen jedoch vor den negativen Konsequenzen einer ‚Krankheitsverleugnung‘. Dass der Krankheitsbegriff im Hinblick auf psychische Leidensformen nicht vollständig negiert werden kann, wird auch von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen beobachtet, da die illness-Beschwerden nach dem Wegfall der psychosozialen Belastungsfaktoren weiterbestehen können. Darüber hinaus sehen viele Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose das Vorhandensein eines individuellen Leidensdrucks bzw. die Bereitschaft, sich in fachärztliche Behandlung zu begeben, als Voraussetzung für die Anwendbarkeit des Krankheitsbegriffs auf psychische Probleme. Heinz‘ (2014: 135, 136) Definition von psychischer Krankheit unter Berücksichtigung von sowohl disease- als auch illness- und sickness-Aspekten (Heinz 2014: 137) wurde in diesem Fall von Betroffenen bestätigt. Die Problematik, dass eine psychiatrische Behandlung nicht immer mit Freiwilligkeit korrelieren muss, wird im folgenden Kapitel an Hand dreier empirischer Fallbeispiele dargestellt.

### **5.3.3. Zwangsmaßnahmen – Erlebnisberichte und Reaktionen**

In der MDR-Sendung *nah dran*, die am 5.9.19 das Thema *Zwangseinweisung in die Psychiatrie: Fürsorge oder Freiheitsberaubung?* erörterte, wurde die virulente Eingangsfrage gestellt: „Darf man schwere seelische Leiden gegen den Willen der Betroffenen behandeln?“ (Wendelmann 2019: o. S.). Liegghio (2013: 126, 127) gibt zu bedenken, dass ein ‚gefährliches‘ Individuum ‚Psy-Diskursen‘ zufolge als unberechenbar und nicht vertrauenswürdig eingestuft wird. Der Schutz der öffentlichen Ordnung wird als zentrales Argument für die Apologie kontrollierender Interventionen wie Hospitalisierung, Beobachtung, Medikalisierung und Zwangsmaßnahmen angeführt. Bevor die Thematik an Hand empirischer Fallbeispiele illustriert wird, sollen die einzelnen psychiatrischen *Zwangsmaßnahmen* beschrieben und juristi-

sche sowie strukturelle Voraussetzungen für ihre Anwendung erörtert werden: *Zwangseinweisungen* in die Psychiatrie, auch als *Unterbringung* bezeichnet, werden bundesweit etwa 130.000 Mal pro Jahr durchgeführt, während sich die Zahl stationärer Behandlungen auf insgesamt 800.000 beläuft (Stiftung Warentest 2019: 26). Die Unterbringungsgesetze der einzelnen Bundesländer, die oft als Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG)<sup>216</sup> bezeichnet werden, verlangen als Voraussetzung für eine Unterbringung das Vorliegen einer psychischen Krankheit sowie einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung der betroffenen Person (Seibt 2018: 12). Seibt (2018: 12) kritisiert: „Rasende Autofahrer und prügelnde (Ehe)männer können also nach diesem Gesetz erst mal nicht eingesperrt werden.“<sup>217</sup> Die Zwangsunterbringung kann nach einem Gerichtsurteil oder im Notfall durch die Polizei erfolgen (Bräutigam 2018: 1). Laut Gesetzgebung muss bis Mitternacht des auf die Zwangseinweisung folgenden Tages eine Anhörung erfolgen (Seibt 2018: 12). Grundlage für den Richterentscheid ist ein medizinisches Gutachten. Der Einweisungsbeschluss wird nach sechs Wochen von einem Richter überprüft (Wendelmann 2019: o. S.). Im Rahmen der stationären psychiatrischen Behandlung können weitere Zwangsmaßnahmen angewandt werden. Unter *besonderen Sicherungsmaßnahmen* ist beispielsweise das Fixieren, d. h. das Festbinden am Bett und die Isolierung der Betroffenen in einem separaten Raum zu verstehen, wobei die Freiheit der Person weiter eingeschränkt wird. Im Sommer 2018 (Seibt 2018: 12) entschied das Bundesverfassungsgericht, dass eine Fixierung nur unter strengen Voraussetzungen zulässig ist. So muss sie, wenn sie die Dauer einer halben Stunde übersteigt, richterlich genehmigt werden (Badische Zeitung 2018: 1), während in den meisten Bundesländern zuvor eine ärztliche Anordnung ausreichend war (Rath 2018: 5). Eine Fixierung ist nur im Rahmen des Vorliegens einer Eigen- oder Fremdgefährdung zulässig, wenn mildere Mittel als nicht erfolgsversprechend eingeschätzt werden (Mayer 2018: 1). Bei der sog. Fünf-Punkt-Fixierung werden Arme und Beine sowie der Bauch festgebunden, bei der Sieben-Punkt-Fixierung zusätzlich Brust und Stirn. Als Voraussetzung für diesen Eingriff in die Freiheitsrechte der Betroffenen muss gesetzlich festgehalten werden, dass eine Fixierung nur das letzte Mittel sein darf. Darüber hinaus hat ein Arzt die Fixierung anzuordnen und zu überwachen, eine Eins-zu-eins-Betreuung muss sichergestellt werden (Bräutigam 2018: 1), ein richterlicher Bereitschaftsdienst soll von 6 bis 21 Uhr eingerichtet werden und die Maßnahmen sind zu dokumentieren (Rath 2018: 5). Die Entscheidung über Zulässigkeit und Fortdauer der Freiheitsentziehung obliegt einem Richter. Da das Bun-

---

<sup>216</sup> Darin werden neben der Unterbringung weitere ‚Hilfs- und Schutzmaßnahmen‘ für psychisch Kranke beschrieben wie ambulante vor- und nachsorgende Beratungsangebote (Bundesanzeiger Verlag GmbH 2019: 1).

<sup>217</sup> Die Unterbringung straffällig gewordener psychisch Kranker regeln die Paragraphen 63 und 64 des Strafgesetzbuches (Dejure.org o. J. (1) und (2)). Diese Unterbringung im Maßregelvollzug erfolgt im Falle einer verminderten oder gänzlichen Schuldunfähigkeit (Weber 2014: 35).

desverfassungsgericht einräumte, dass es in der Praxis auf Grund akuter Extremsituationen schwierig sein könne, vor einer Fixierung eine richterliche Genehmigung einzuholen, „ist auch eine nachträgliche richterliche Genehmigung möglich, wenn die Fixierung der Abwehr einer vom Betroffenen ausgehenden akuten Gefahr für ihn selbst oder die Ärzte und Pfleger dient. Dann muss die Klinik die richterliche Entscheidung so schnell wie möglich nachholen.“ (Bräutigam 2018: 1) Im Falle einer Fixierung können PatientInnen theoretisch vor Gericht Einspruch einlegen (Wendelmann 2019: o. S.). Von Betroffenen wird die Fixierung oftmals als eine bedrohliche und besonders belastende Situation empfunden, der sie ohnmächtig und hilflos ausgeliefert sind (Bräutigam 2018: 1).<sup>218</sup> Die Fixierung als sog. besondere Sicherungsmaßnahme ist im Paragraf 25 des baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfegesetzes (PsychKHG) geregelt (Mayer 2018: 1). In Baden-Württemberg wurden im Jahr 2015 rund 4.000 Fixierungen durchgeführt (Bräutigam 2018: 1), im Jahre 2016 waren es 5.300 (Augsburger Allgemeine Zeitung 2018 (2): 1). Bei den Anordnungen von Fixierungen verzeichnet Berlin einen Anstieg von 16 Prozent.<sup>219</sup> Ursächlich werden zu wenig Personal im Verhältnis zu der Anzahl an PatientInnen, eine Überbelegung der psychiatrischen Stationen sowie sanierungsbedürftige Räumlichkeiten angeführt, in denen sich Betroffene und Fachpersonal nicht wohlfühlen (Miles-Paul 2021: 1).

Eine weitere psychiatrische Zwangsmaßnahme, die sog. *Zwangsbehandlung* bzw. *-medikation* stellt einen körperlichen Eingriff gegen den Willen der Betroffenen dar. Dabei wird in Art. 2.1, Satz 1 des Grundgesetzes: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ eingegriffen (Seibt 2018: 12, 13).<sup>220</sup> Rechtsgrundlagen dieser grundrechtseinschränkenden Zwangsmaßnahmen sind die Paragraphen 1896 bis 1908 des Bürgerlichen Gesetzbuches, das sog. Betreuungsrecht (ausführlich s. Buzer.de 2018), sowie die Unterbringungsgesetze der Bundesländer (Seibt 2018: 12). Das aktuelle *Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz* Baden-Württembergs vom November 2014 regelt beispielsweise, dass eine Zwangsbehandlung nur bei krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit in die Behandlungsbedürftigkeit und akuter Selbst- oder Fremdgefährdung erfolgen darf. Daneben wird eine weitere Option angeführt, die paradoxerweise darin besteht, „die tatsächlichen Voraussetzungen *freier Selbstbestimmung* der untergebrachten Person so weit als möglich wiederherzustellen, um ihr ein möglichst selbstbestimmtes, in der Gemeinschaft eingegliedertes Leben in Freiheit zu ermöglichen (alle

---

<sup>218</sup> Eine Sammlung erschütternder Erfahrungsberichte von Betroffenen, die Zwangsmaßnahmen erleben, liefert der BPE (2014 (1)). Lehmann (2021: 10) spricht von „der unerträglichen Situation, gewaltsam entkleidet, gefesselt, betatscht und hilflos im eingekoteten und eingenässten Psychiatriebett liegen zu müssen.“

<sup>219</sup> 2020 wurden 3.290 Fixierungen beantragt, im Jahre 2019 2.831.

<sup>220</sup> Weitere Grundrechtseinschränkungen werden in folgenden Quellen thematisiert: Landesrecht Baden-Württemberg Bürgerservice (o. J.) sowie BPE (o. J. (1)).

Hervorh. S. T.)“ (Landesrecht Baden-Württemberg Bürgerservice o. J.: 1). Nur geschultes psychiatrisches Fachpersonal darf Zwangsmaßnahmen durchführen, nachdem alle alternativen therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind (Stiftung Warentest 2019: 26, 27). So finden Zwangsbehandlungen unter Aufsicht mehrerer ÄrztInnen und PflegerInnen statt. Während der Fixierung der Patientin wird das Medikament in die Vene oder den Muskel gespritzt (Wendelmann 2019: o. S.). Dabei bedeutet eine Unterbringung nicht automatisch, dass zwangsbehandelt werden darf. In einer separaten Verhandlung muss das Recht, gegen den Willen des Patienten Chemie oder Elektrizität in den Körper zu leiten, eingeholt werden. Der BPE sowie das UN-Hochkommissariat für Menschenrechte bezeichnen die Praxis der Zwangsbehandlung als Folter. Die Betroffene Kundisch (2019: 32) merkt kritisch an: „Was wirklich gut und hilfreich ist, muss niemandem aufgezwungen werden.“ Auch die Betroffenenautorin Lippert (2021: 3, 5) prangert die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zur Wiederherstellung der rechtlichen Handlungs- und Selbstbestimmungsfähigkeit an, die erst durch das psychiatrische Fachpersonal bzw. GutachterInnen und/oder RichterInnen aberkannt worden sind, wobei rechtlich legitimierte Grundrechtseingriffe als Schutzmaßnahme für Betroffene bzw. als begünstigende Maßnahme der staatlichen Fürsorge deklariert werden. Die europaweite Zunahme psychiatrischen Zwanges in den letzten Jahren (Demke 2019: 6) berücksichtigte der Europarat in der *Resolution 2291: Ending coercion in mental health: The need for a human rights based approach*, die am 26.6.19 einstimmig angenommen wurde (Demke 2019: 7). Eine Umfrage der Universität Hamburg unter PatientInnen, die Zwangsmaßnahmen und Alternativen erlebt hatten, ergab, dass Rückzugsmöglichkeiten, Beschäftigung, Bewegung, Entspannungsübungen sowie Gespräche mit Vertrauenspersonen im Akutfall eine beruhigende und stabilisierende Wirkung auf den Betroffenen hätten (Stiftung Warentest 2019: 27). Laut einer Ver.di-Umfrage unter rund 2.300 MitarbeiterInnen von über 160 psychiatrischen Kliniken geben über 60 Prozent der Befragten an, dass mindestens die Hälfte aller Zwangsmaßnahmen vermieden werden könnten, wenn die Stationen über mehr Personal verfügen würden. Drei Viertel der Teilnehmenden führten eine zu geringe stationäre Besetzung an, die lediglich ausreichend Zeit für die im Rahmen der Therapieabrechnung erforderlichen Dokumentationsaufgaben konzidiert. Die sog. Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) regelt seit 1990 die Personalstandards von Kliniken, in denen Psychotherapien kaum vorgesehen sind (Feldwisch-Drentrup 2019: 1). Am 19.9.19 wurde die Erstfassung einer neuen Richtlinie verabschiedet, die, vom Bundestag in Auftrag gegeben, vom *Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)*, vertreten durch Repräsentanten des GKV-Spitzenverbandes und der *Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKV)*, erarbeitet wurde und zum 1.1.20 in Kraft treten soll. Die ausgearbeiteten Mindestvorgaben „sollen eine leitliniengerechte Versorgung sicherstellen

und dürfen von den Krankenhäusern nicht unterschritten werden, sonst drohen finanzielle Sanktionen.“ (Bühning 2019: 1) So entfällt der Vergütungsanspruch, wenn die Vorgaben in einem Zeitraum von drei Monaten nicht erfüllt werden, wobei im ersten Jahr nach dem Inkrafttreten der Richtlinie (2020) noch keine Sanktionen verhängt werden sollen. Generell sieht die PPP-Richtlinie eine Übergangszeit von vier Jahren vor, in denen die neuen personellen Mindestanforderungen schrittweise umgesetzt und quartalsweise nachgewiesen werden müssen. Bei ungewöhnlich hohen Patientenzahlen oder Personalausfällen kann von den Mindestpersonalvorgaben abgewichen werden. Die Übergangszeit soll es den Kliniken ermöglichen, ihre Personalausstattung anzupassen, da dem G-BA zufolge durch die Mindestvorgaben ein erheblicher Personalmehrbedarf entsteht, der auf Grund des Mangels an TherapeutInnen und Pflegekräften in vielen Regionen nicht ad hoc gedeckt werden kann. Im Einzelnen sieht die neue PPP-Richtlinie folgende Änderungen vor:

„Einrichtungsunabhängig gelten hierbei in der Richtlinie festgelegte berufsgruppenspezifische Minutenwerte. Der G-BA hat die Minutenwerte der Psych-PV nach seinen Angaben dort erhöht, wo in Fachexpertengesprächen und im Stellungnahmeverfahren Defizite benannt worden seien: Bei der psychologischen Betreuung erfolgte eine Erhöhung der Minutenwerte um durchschnittlich 60 Prozent. Vorgesehen sind in der ‚Intensivbehandlung‘ 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche und 60 Minuten Gruppentherapie. Das ist nach Ansicht von BPTK-Präsident Dietrich Munz nicht ausreichend: ‚Für eine leitliniengerechte Versorgung wären 100 Minuten angemessen‘, sagte er gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt (DÄ).“ (Bühning 2019: 1)

Darüber hinaus wurden die Minutenwerte bei der Intensivbehandlung von PatientInnen um zehn Prozent angehoben. Die neuen Mindestvorgaben entsprechen 105 Prozent der alten Psych-PV. Fünf Prozent mehr entsprechen rund 3.700 Stellen bzw. 250 Millionen Euro jährlich. Weitere medizinische Qualitätsstandards wie eine intensivere pflegerische Betreuung psychisch Kranker oder therapeutisch geschulte Pfleger wurden nicht berücksichtigt. Andreas Heinz, der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) kritisiert:

„Wir brauchen substanzielle Zuwächse in den unterschiedlichen Berufsgruppen, beispielsweise der Ärztinnen und Ärzte für intensivierete Aufklärung und Deeskalation. Den gestiegenen Anforderungen an alle, die an der Behandlung beteiligt sind, wird nicht Rechnung getragen. Zudem steigt der Dokumentations- und Nachweisaufwand erheblich. Die Ressourcen, die das bindet, gehen direkt von der Behandlungszeit ab.“ (Bühning 2019: 1)

Des Weiteren seien die genannten Erhöhungen der Minutenwerte für Psychotherapien und sonstige Gespräche zu gering bemessen. Die PPP-Richtlinie soll dem G-BA zufolge kontinuierlich weiterentwickelt und alle zwei Jahre angepasst werden (Bühning 2019: 1). Der BPE begrüßt die neue PPP-Richtlinie, stellt jedoch weitere Forderungen wie verpflichtende Schulungen des gesamten psychiatrischen Personals bezüglich Deeskalation und Menschenrechten, die gleichberechtigte tarifliche Entlohnung von GenesungsbegleiterInnen sowie die

Schließung der Stationen bzw. Behandlungsverbot bei Nichterfüllung der neuen Personalvorgaben (Heland-Graef 2019: 9).

Insgesamt betrachtet, wird ein bundesweiter Mangel an finanziellen Mitteln, Personal und Zeit für die PatientInnen beklagt. Das ZfP Emmendingen zählt mit 1.500 MitarbeiterInnen zu den größten Psychiatrien Baden-Württembergs. Während die Klinik 1991 noch 3.800 PatientInnen aufnahm, sind es mittlerweile 7.800, während die Zahl der Mitarbeitenden nicht signifikant gestiegen ist. Zudem dauerte eine Behandlung im ZfP vor 30 Jahren durchschnittlich 49 Tage, während sich die Zahl mittlerweile auf 24 Tage beläuft (Müller 2019: 1). Allerdings stellt sich die Frage, ob eine Erhöhung der Personaldichte sowie der fachärztlichen Gespräche auf den Akutstationen Zwangsmaßnahmen tatsächlich verhindern würden oder ob vielmehr inhärente Vorurteile, stereotype Vorstellungen und Stigmata psychisch Kranker einer Rechtfertigung der Eingriffe zugrunde liegen. So wird in einem Gutachten im Auftrag des Komitees für Grundrechte und Demokratie argumentiert, dass Gewaltmittel wie psychiatrische Zwangsmaßnahmen die fachärztliche Sicht der Wirklichkeit durchdringt und Teil des Habitus wird, mit Problemen umzugehen (Lippert 2021: 7). Liegghio (2013: 127) argumentiert, dass die Angst vor Psychiatrisierten den entscheidenden Faktor für die Abgrenzung und Entfernung derselben aus der legitimen sozialen Ordnung ausmacht. Im Rahmen der dominanten Psy-Diskurse hängt der Ausschluss nicht zwingend von der tatsächlichen Gefährlichkeit Betroffener ab, sondern von der Antizipation ihres Potentials zur Gefährdung Anderer. Inwiefern diese Überlegungen auf den psychiatrischen Umgang mit bestimmten Personengruppen angewandt werden können, soll im Folgenden eruiert werden. Das erste empirische Fallbeispiel basiert auf Vera Marias Erfahrungen einer psychiatrischen Zwangsbehandlung, die sie am 6.3.19 schilderte:

„Vor einem halben Jahr, ich war gerade 26, wurde ich im ZfP in die Isozelle gesteckt und zwangsbehandelt. Ich hatte die psychotischen Gedanken, schwanger zu sein und wollte deshalb keine Medikamente nehmen. Dann wurde ich mit Neuroleptika zwangsbehandelt: Acht Leute haben mich niedergedrückt, in die Isozelle geschleift und mir eine Spritze in die Hüfte gegeben. Danach hatte ich einen Blackout. Als ich wieder zu mir kam, war ich vier Tage in der Isozelle eingesperrt und habe geschrien und gebettelt, dass sie mich rausholen. Doch mein Schreien wurde ignoriert. Ich fragte mich: „Sterben gerade die zwei Babys durch die Neuroleptika? Ich muss unbedingt zum Frauenarzt, um ihre Gesundheit checken zu lassen! Das ZfP will die Babys durch die Neuroleptika töten!“ Irgendwann wurde ich in die Offene verlegt und nach der Entlassung habe ich endlich einen Frauenarzt aufgesucht, der mir sagte, dass ich nicht schwanger war. Das wollte ich hören. Danach hörte die Psychose auf. Um diesen Besuch beim Frauenarzt hatte ich die ganze Zeit im ZfP gekämpft, doch er wurde mir nicht gewährt.“

Lee (2013: 118) gibt zu bedenken: „If they/we are traumatized by the system that is purporting to help, who is there to help them/us heal from these experiences? This is why psychiatric survivors are angry.“ Das Krankenhaus, das als Zufluchtsort für Betroffene fungieren sollte, die auf Grund von psychischen Krankheiten lebensweltliche Probleme haben, kann somit zum Gefängnis werden, in dem sie gegen ihren Willen eingesperrt werden (Helman 2001: 64). Der

oben geschilderte Vorfall zeigt auf, dass die Zwangsmaßnahmen Isolierung und Zwangsbehandlung möglicherweise hätten verhindert werden können, wenn im Vorfeld mit der Patientin über ihre Ängste und Befürchtungen gesprochen worden wäre. Doch die Psychoseinhalte wurden vom psychiatrischen Fachpersonal nicht ernst genommen (siehe auch Kapitel 5.2.2. und 5.2.3.). So wurden Vera Marias Vorstellung, schwanger zu sein und ihr Wunsch, zur Abklärung einen Gynäkologen aufzusuchen, als krankhafte Symptommanifestationen betrachtet und ignoriert, obwohl das Eingehen auf ihre Empfindungen und Bedenken möglicherweise eine gewaltfreie Lösung des Konflikts hätte vorantreiben können. Dieser alternativen Vorgehensweise halten Fachärztinnen des Berliner St.-Hedwig-Krankenhauses entgegen, dass sie auf etwaige Untersuchungswünsche der psychotischen PatientInnen generell nicht eingehen, da sich die Betroffenen dadurch in ihren wahnhaften Vorstellungen bestärkt fühlen würden, „nach dem Motto: ‚Jetzt schauen die schon nach, da ist also doch was!‘“ (Holch 2016: 302) In dem empirischen Fallbeispiel wird erneut ein biologistischer Ansatz verfolgt, in dem psychische Krankheiten wie Psychosen als Stoffwechselstörung des Gehirns betrachtet werden, die mit Hilfe von Psychopharmaka beseitigt werden sollen, ohne auf die Bedeutungskomplexe der Patientenausführungen einer alternativen, subjektiven Realität einzugehen.

Ein weiteres Beispiel für eine fehlgeschlagene bzw. von Unverständnis geprägte Kommunikation zwischen Betroffenen und psychiatrischem Fachpersonal, die zu einer Ergreifung von Zwangsmaßnahmen führen kann, lieferte eine Dame mittleren Alters am 27.3.19, als sie nach dem Mittagessen in der FHG Folgendes erzählte:

„Als ich bei der Aufnahme ins ZfP meine Unterhose unaufgefordert ausgezogen habe, haben sich vier Leute auf mich gestürzt, mich in ein Zimmer verfrachtet und mich fixiert. Dabei habe ich gar nicht randaliert, sondern war die ganze Zeit ruhig. Ein Andermal im ZfP konnte ich nachts nicht schlafen und um meinen Zimmernachbarn nicht zu wecken, bin ich auf dem Gang spazieren gegangen und habe einen Pfleger, der Nachtdienst hatte, angesprochen. Ich wollte mich nur mit ihm unterhalten, aber er hat mich daraufhin sofort in ein Isolierzimmer gesteckt. Die wollen nur ihre Aggressionen an einem auslassen!“

Auch an diesen Betroffenenenerfahrungen wird ein Mangel an zwischenmenschlicher Kommunikation evident. Das essentielle Bedürfnis des Menschen als soziales Wesen, mit Anderen in Kontakt zu treten und sich gerade in Zeiten der psychischen Krise mitzuteilen bzw. verbal auszutauschen, wird von dem psychiatrischen Fachpersonal unterbunden, bevor die Betroffene die Möglichkeit hat, sich und ihre gewaltfreien Absichten zu erklären. Hier wird die potentielle Gefährlichkeit von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose antizipiert, die auf zugrunde liegende Vorurteile und stereotype Vorstellungen verweist. Letztere strukturieren die Handlung der Pfleger, die es erschweren, sich auf die aktuelle Identität, d. h. auf den gegebenen Moment der an sich gefahrlosen Situation einzulassen und auf die Patientin als Individuum einzugehen. Buck-Zerchin (2007: 17) verweist auf ähnliche Erfahrungen der psychiatrischen Sprachlosigkeit, indem sie erklärt: „Ich erlebte die Psychiatrie deshalb als so un-

menschlich, weil nicht mit uns gesprochen wurde. Tiefer kann ein Mensch nicht entwertet werden, als ihn keines Gesprächs für wert oder fähig zu halten.“ Die Problematik der Sprachlosigkeit als Voraussetzung für die Anwendung von Zwang und Gewalt findet sich jedoch nicht nur in einem psychiatrischen Kontext wieder, wie das dritte empirische Fallbeispiel von Mirko Bialas illustriert, meinem Gesprächspartner im Rahmen der beiden leitfadenorientierten narrativen Experteninterviews (siehe Kapitel 4.3.1.). Der Diplom-Soziologe und Geschäftsführer des Selbsthilfevereins *Münchner Psychiatrie-Erfahrene e. V.* (MüPE) war bisher viermal stationärer Patient in psychiatrischen Einrichtungen und hat die Diagnose paranoide Schizophrenie. Über seine Zwangseinweisung berichtete Mirko am 27.9.19 Folgendes:

„Ich war im Februar 2015 mitten in einem psychotischen Schub sehr geräuschempfindlich und habe die ganze Zeit die Polizei angerufen, um mich über Ruhestörungen zu beschweren. Eines Tages habe ich es nicht mehr ausgehalten und bin zur Polizeiwache gefahren. Der Beamte sagte mir, er sei nicht zuständig. Da habe ich Prospekte, die da lagen, genommen und ihm mit den Worten: „Bitte helfen Sie mir!“ zugeworfen.<sup>221</sup> Mit etwas gutem Willen hätte er sie fangen können, doch er duckte sich weg und viele Polizisten sind auf mich zugestürmt, haben mich zu Boden geworfen und in eine Ausnüchterungszelle gesteckt. Ich wurde nie gefragt, ob ich freiwillig in die Psychiatrie gehen will. Ein Krankenwagen wurde gerufen und ich wurde in Handschellen nach Haar verfrachtet, wo ich fixiert wurde. (...) Die Protesthaltung, die ich eingenommen habe, war nicht ernst gemeint. Ich war in der Rolle des trotzigem, rebellischen Patienten gefangen, dabei hätte ich mich freiwillig einweisen lassen.“

Auch in diesem Beispiel werden die verheerenden Auswirkungen einer mangelhaften bzw. als unnötig erachteten Kommunikation mit dem Betroffenen – in diesem Falle durch die Polizei – deutlich. Eine Deeskalation der Situation hätte sich möglicherweise durch Nachfragen seitens der Beamten sowie das Klären der illness-Perspektive des Betroffenen realisieren lassen. Erneut wurde die virtuelle Identität des Betroffenen, d. h. eine hohe von ihm ausgehende Gefahr für die Beteiligten sowie die öffentliche Sicherheit, antizipiert und im Rahmen einer Gefahrenabwehr gehandelt. Mirko räumte ein, die Fixierung noch nicht verarbeitet zu haben, weshalb ich mich im Folgenden mit diesbezüglichen Nachfragen zum Schutz des Informanten zurückgehalten habe. Es sei auf jeden Fall eine traumatische Erfahrung gewesen. Mirko wisse nicht, wie lange er fixiert gewesen sei. Er sei „völlig desorientiert“ gewesen und habe sich die ganze Zeit „in fantastischen Welten bewegt“. So dachte er, dass die Fixierung zu seinem eigenen Schutz sei, da er „auserwählt“ sei und man ihn „vor fremden Mächten schützen“ wolle. Rufer (2007: 404) merkt an, dass Zwangsmaßnahmen die Grenze zwischen Fantasie und Realität verschwimmen lassen. „Das traumatisierte ich [sic] versucht, daran festzuhalten, dass die aktuelle Wahrnehmung der Realität nur ein böser Traum sei, aus dem es bald wieder erwachen werde“ (Rufer 2007: 404). Es besteht die Gefahr, dass die Betroffenen auf diese Weise in einen Zustand totaler Verwirrung fallen (Rufer 2007: 405) Rufer (2007: 406) kritisiert, dass die Symptome, welche im Rahmen der psychiatrischen Behandlung beseitigt werden

---

<sup>221</sup> Mirko hat viele Jahre erfolgreich Handball gespielt.



sollen (Halluzinationen, Verwirrung, Suizidalität und Hilflosigkeit) durch psychiatrische Eingriffe potenziert, chronifiziert und sogar produziert werden können. Dadurch wird die Verarbeitung der (prä-)psychiatrischen Traumatisierungen erheblich erschwert (Rufer 2006: 405, 406). Mirko erklärte, keinen Groll gegen die Institution Psychiatrie zu hegen und spricht sich für einen Dialog zwischen Betroffenen und Professionellen aus. „Aber der erste Schritt liegt bei den Profis.“ Auf die Frage, wen er für die Unterbringung verantwortlich mache, antwortete er:

„Früher hatte ich mehr mit der Rolle der Polizei zu kämpfen, jetzt mehr mit meiner Pflichtverteidigerin, die sich nicht für mich eingesetzt, sondern mehr das Gericht unterstützt hat. Sie hat sich nie mit mir unterhalten oder nach meinem Standpunkt gefragt. Der Gerichtsprozess war eine Farce. Es kam zu einem 6-Wochen-Beschluss, weil ich angeblich nicht einsichtig war. Das war eine Vorverurteilung. Bis heute bin ich mit dem Ergebnis unzufrieden, aber es würde viel Arbeit und Kraft kosten, jetzt noch etwas dagegen zu unternehmen.“<sup>222</sup>

Erneut ist die perzipierte Sprachlosigkeit im Umgang mit Betroffenen symptomatisch. Kempker (1991: 47) fasst zusammen, dass das psychiatrische ‚Urteil‘, psychisch krank bzw. psychotisch zu sein, eine ‚Verurteilung‘ zu Zwangsmaßnahmen impliziert, sobald bei der Betroffenen eine ‚erhebliche Gefährdung‘ festgestellt oder *vermutet* wird. Der Anwendungsbereich des Strafrechts wird nach Kempker (1991: 51) wie folgt überschritten: Während die Gesetzesübertretung durch nachträgliche, unmittelbare und repressive Interventionen sanktioniert wird, ermöglicht die Psychiatrie im Rahmen der Prävention antizipierter Gefährdungen durch Betroffene einen *vorbeugenden* Eingriff. Basaglia-Ongaro (zitiert nach Kempker 1991: 51) argumentiert: „Die Ausdehnung der Kontrolle auf das, was ‚voraussichtlich geschehen wird‘, bildet die Grundlage für das allmähliche Vordringen der Medizin in das Feld des menschlichen Verhaltens“. Kempker (1991: 47) beobachtet in diesem Kontext eine enge Kollaboration zwischen der Justiz als rechtsprechende und der Psychiatrie als ‚kranksprechende Gewalt‘. Nach Wolfgang Reichel, Professor für Rechtswissenschaft an der Universität Bremen (zitiert nach Kempker 1991: 49), wird Krankheit auf diese Weise zu einem normativen, administrativen Begriff, dessen Hauptmerkmal nicht das menschliche Leid, sondern die Störung (der öffentlichen Ordnung) ist. Gewalt und Sanktionen werden im Auftrag der Gesellschaft ausgeübt, während die Ausführenden ihre Taten als wissenschaftlich begründeten, heilsamen Dienst am Kranken postulieren (Kempker 1991: 50). Kempker (1991: 51) konstatiert resümierend: „Das ‚in dubio pro reo‘ (im Zweifel für den Angeklagten) der Justiz ist in der Psychiatrie schon lange zu einem ‚in dubio pro societate‘ (im Zweifel für die Gemeinschaft) oder ‚in dubio pro re publica‘ (im Zweifel für das Staatswohl) geworden.“

---

<sup>222</sup> In der Zwischenzeit hat Mirko sich hinsichtlich der damals erlittenen Behandlung durch Polizei, Psychiatrie und Gericht rechtlich beraten lassen und erwägt weitere Schritte. Sein Movens beschrieb er am 28.6.21 wie folgt: „Die Ungerechtigkeit – das vermeintliche Unrecht – liegt einem in der Magengrube wie ein Stein.“

Dass die Perspektive des involvierten psychiatrischen Fachpersonals durchaus mitreflektiert wird, wenn eine entspannte Begegnung auf Augenhöhe zwischen Betroffenen und Fachkräften stattfindet, verdeutlicht die Aussage von Astrid, die eine EX-IN-Ausbildung absolviert hat: „Als ich mein Praktikum im ZfP gemacht habe, bin ich dort auch traumatisierten Pflegern begegnet, die von Patienten zusammengeschlagen worden waren. Das hat mich schon bestürzt.“ Finzen (2013: 72) gibt zu bedenken, dass ein erhöhtes Suizidrisiko nicht nur auf psychisch Kranke zutrifft, sondern auch auf Risikogruppen der im psychiatrischen Kontext Tätigen wie Ärztinnen, Pfleger und Krankenschwestern.<sup>223</sup>

Dass auch unter Betroffenen divergierende Ansichten darüber vorherrschen, wie mit Menschen in akuten Selbst- oder Fremdgefährdungszuständen verfahren werden sollte, verdeutlicht folgendes Beispiel: Ein ehemaliges BPE-Mitglied berichtete am 27.7.18 über Mobbing und den Ausschluss aus dem Verband, weil es sich öffentlich für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in bestimmten Akutsituationen ausgesprochen hatte. Der BPE schildert seine Perspektive und die Gründe für den Ausschluss wie folgt:

„Als 2011 und 2012 nach den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) und des Bundesgerichtshofs (BGH) eine mögliche totale Abschaffung der Zwangsbehandlung im deutschen Rechtssystem möglich schien, fielen uns Psychiatrie-Erfarene aus Baden-Württemberg in den Rücken. Wir schlossen zwei Einzelmitglieder aus und trennten uns vom dortigen Landesverband.“ (Seibt 2017: 4)

Zwang und Druck zu Konformität werden somit nicht nur unilinear von Seiten der Psychiatrie bzw. Polizei auf Menschen mit psychischen Problemen ausgeübt. Auch innerhalb Betroffeneninstitutionen können ähnliche Mechanismen greifen.

Es kann zusammengefasst werden, dass Druck, Zwang und Gewalt sowie eine mangelnde Bereitschaft zur Kommunikation – seien die Ausübenden nun psychiatrisches Fachpersonal, Polizei-, Justizbeamte oder Betroffene –, Konflikte nicht deeskalieren, sondern verschärfen und zu Ressentiments sowie Traumatisierungen der Betroffenen zusätzlich zu der Krankheitslast führen können. Eine unzureichende Kommunikation bzw. die Omnipräsenz von Sprachlosigkeit im Umgang mit PsychiatriepatientInnen konnte in diesem Kontext an Hand mehrerer Erfahrungsberichte genauso beobachtet werden wie ein entwertender, inhumaner Umgang mit psychisch Kranken, der sie auch Jahre nach dem traumatisierenden Vorfall noch psychisch belastet. Ob die neue Richtlinie zur Personalausstattung in psychiatrischen Einrichtungen dazu beitragen kann, eine Dialogbereitschaft zu fördern und auch Psychoseinhalten in der fachärztlichen Behandlung mehr Gehör und Akzeptanz zu verschaffen, bleibt abzuwarten. An den Fallbeispielen wurde deutlich, dass Menschen in psychischen Akutsituationen derzeit institu-

---

<sup>223</sup> Die Perspektive des psychiatrischen Fachpersonals sowie der Polizeibeamten konnte nicht berücksichtigt werden, weshalb ich mich in den empirischen Fallbeispielen auf die Betroffenenberichte und deren Darstellung der Ereignisse beschränken musste.

tionell noch immer viel Misstrauen entgegengebracht wird. So werden sie als potentiell gefährlich eingestuft, was die teilweise unangemessen scharfe Reaktion auf deren als nicht bedrohlich intendierte Handlungen erklärt. Stereotype Vorstellungen vom gewaltbereiten, unzurechnungsfähigen Psychopathen sowie das Stigma, das psychischen Krankheiten noch immer anhaftet und in den gesetzlichen Regelungen zu Zwangsmaßnahmen Ausdruck findet, erschweren eine vorurteilsfreie Begegnung, in der man das Gegenüber als Individuum mit eigener Lebens- und Leidensgeschichte wahrzunehmen vermag und auf seine Ängste sowie Bedürfnisse in angemessener Form unvoreingenommen reagieren kann.

Die folgenden Kapitel verlassen den Kontext psychiatrischer Zwangsmaßnahmen, führen die Problematik der Hospitalisierung jedoch weiter, indem vertiefend Aspekte der Abhängigkeit und Gewöhnung sowie die Genese von Formen der *Communitas* unter PsychiatriepatientInnen beleuchtet werden.

### **5.3.4. Hospitalisierung und ihre Nebeneffekte**

#### **5.3.4.1. Abhängigkeit und Gewöhnung**

Lee (2013: 113) führt an, dass Betroffenenberichten zufolge das psychiatrische System Passivität und Abhängigkeit der PatientInnen fördere. Die stationäre Aufnahme erfolgt nach Helman (2001: 164) im Rahmen sog. *rituals of hospitalization*. Betroffene werden im Rahmen einer Ablösungsphase von Trennungsriten aus ihrem häuslichen Umfeld isoliert, um sich als Krankenhauspatient in einer Periode der sozialen Transition standardisierten medizinischen Heilungsritualen zu unterziehen. Diese Zwischenphase der sog. Umwandlungsriten intendiert einen Zustandswechsel, d. h. die Transformation eines kranken in einen genesenen Patienten (vgl. Helman 2001: 164 und van Gennep 1999: 184). Wie in verschiedenen anderen Übergangsriten korreliert der Wechsel der sozialen Kategorie hier mit einem räumlichen Übergang, d. h. einem Wohnortwechsel (Van Gennep 1999: 184). Helman (2001: 189) argumentiert:

„In many non-Western societies, particularly in rural or small-scale communities, mental illness is often considered to be more of a *social event*, one that intimately involves the patient's family, friends and community. In many cases, both mental and physical ill health are interpreted as indicating conflicts or tensions in the social fabric. Kleinman uses the term *cultural healing* (alle Hervorh. i. Orig.) for when healing rituals attempt to repair these social tears and ‚reassert threatened values and arbitrate social tensions‘. Healing takes place at many levels; not only is the patient restored to health, but so is the community in which he or she lives.”

Demgegenüber akzentuiert Waxler (zitiert nach Helman 2001: 190) die soziale Isolierung und Entfremdung von PatientInnen in westlichen Gesellschaften. Die psychiatrische Behandlung erfüllt die oben beschriebenen integrativen Funktionen kaum, sondern trägt zu einer Verstärkung der gesellschaftlichen Entfremdung bei. Betroffene werden abgegrenzt, während soziale

Bindungen zu Angehörigen und anderen sozialen Gruppen außerhalb der Kernfamilie weder geschaffen noch wiederhergestellt werden.

Das Verlassen der Klinik markiert den Erwerb des neuen Status als geheilt oder zumindest gesünder (Helman 2001: 164). Nach der Entlassung aus dem Fachkrankenhaus müssen die künstlich gezogenen Grenzen um die Betroffene wieder abgebaut und dieselbe im Rahmen von Angliederungsriten in ihr häusliches Umfeld reintegriert werden (vgl. Helman 2001: 164 und van Gennep 1999: 184). Im Folgenden soll der Schwerpunkt auf dieser Integrationsphase liegen, in der sich das rituelle Subjekt „wieder in einem relativ stabilen Zustand [befindet] und (...) demzufolge anderen [sic] gegenüber klar definierte, sozialstrukturbedingte Rechte und Pflichten [hat].“ (Turner 2000: 94) Schwierigkeiten im Rahmen dieser Angliederungsphase beschreibt Shimrat (2013: 154) wie folgt:

„[I]nstitutionalization – becoming habituated to and dependent on absolute routine, constant companionship, and being enclosed in a small space – sets in very quickly. Back in my apartment after even the briefest of psychiatric incarcerations, I have felt lost, disorientated, and hideously lonely.“

Psychiatrieerfahrene meines Samples berichteten über ähnliche Erfahrungen. So führte Peter am 8.6.18 nach einem sechsmonatigen stationären sowie teilstationären Aufenthalt im ZfP Emmendingen aus: „Ich bin gerade in einem Loch. In der Klinik hatte ich einen strukturierten Alltag und jetzt langweile ich mich zu Hause, weil ich nichts zu tun und so viel Zeit habe.“ Ruth gab am 7.6.18 zu bedenken: „Es ist schwer, nach einem Klinikaufenthalt wieder daheim zu sein, weil einem dort alles serviert wurde: Essen, Programme, Aktivitäten usw. und man sich danach plötzlich wieder selber um alles kümmern muss.“ Der Betroffenenautor Murphy (1987: 50, 51) beschreibt das Krankenhaus als *another universe*. Im Laufe der Hospitalisierung verlieren PatientInnen vermehrt das Interesse an externen Ereignissen und befassen sich vermehrt mit klinikinternen Personen, Abläufen und Geschehnissen. Dieser Prozess entfremdet sie zunehmend von ihrer alltäglichen Lebenswelt und trägt zu der separatistischen Eigenschaft der Krankenrolle bei. Murphy (1987: 51) bezeichnet das Krankenhaus als physischen und sozialen Kokon, der ihn nur unzureichend auf die Rückkehr in die soziale Gemeinschaft vorbereitete. Die Entlassung beschreibt er als geografischen Kurztrip und als eine in kultureller Hinsicht lange Reise. Im Rahmen der Wiedereingliederung in das heimische Lebensumfeld sehen sich kürzlich Entlassene vor der Herausforderung, trotz der Abwesenheit äußerer Bestimmungen als Strukturgeber den eigenen Tagesablauf sinnvoll zu gestalten (Dobler 2017: 79). Durch Eigeninitiative ergreifen PsychiatriepatientInnen kreative Methoden, um im Rahmen der Selbsthilfe „die ungewohnte Leere des Tages auszufüllen.“ (Dobler 2017: 79) So berichtete Saskia am 17.5.18:

„Als ich raus aus der Psychiatrie war, habe ich mir für jeden Tag einen Stundenplan gemacht, den ich abarbeiten musste – wie in der Schule, nur dass ich nicht Englisch und Mathe hatte, sondern Basteln,

das Frauentreffen usw. Jeden Tag etwas Anderes. Das hat mir geholfen, rauszukommen und aktiv zu werden. Sonst hätte ich daheim nur gegrübelt.“

Sinnstiftende Produktivität erfuhr Saskia hier in der Wahrnehmung verschiedener Handlungsmöglichkeiten wie Geselligkeit mit anderen Betroffenen und weitere strukturgebende Tätigkeiten, die sie ablenkten und ausfüllten (vgl. Dobler 2017: 82-84). Trotzdem bestehen bei vielen Rekonvaleszenten Befürchtungen, die Reintegration in die eigene Lebenswelt ohne professionelle Hilfe nicht meistern zu können. Volker äußerte am 10.8.18 seine Angst, nach der Entlassung aus dem ZfP, wo er acht Monate als stationärer Patient verbracht hatte, „wieder abzustürzen.“ Er erhofft sich eine gewisse Sicherheit und Stabilisierung von dem regelmäßigen Besuch der Psychiatrischen Institutsambulanz, der ihm die Wiedereingliederung in sein häusliches Umfeld erleichtern soll. Axel, der während meiner einjährigen Feldforschung drei stationäre Aufenthalte im ZfP verbrachte, erzählte am 9.11.18: „Ich bin seit einer Woche wieder zu Hause. Es ist schon eine große Umstellung. Vor allem, dass ich wieder für mich kochen muss, bereitet mir Probleme.“ Shimrat (2013: 144) führt über diese sog. *DrehtürpatientInnen* aus: „Many [patients] spend long, dull years being shunted back and forth between such venues, community crisis facilities (...), and hospital wards, their identities and activities revolving around diagnosis and medication.“ Lee (2013: 114) beschreibt den Teufelskreis aus Hospitalisierung, Gewöhnung sowie die negativen Konsequenzen einer unzureichenden Vorbereitung auf die Wiedereingliederung in das persönliche Lebensumfeld wie folgt: PatientInnen können von der Institution Psychiatrie und ihren Mitarbeitenden abhängig werden, da das Klinikumfeld kaum Ähnlichkeiten mit der Außenwelt aufweist. Ohne ausreichende klinikinterne Vorbereitung auf die Wiedereingliederung in die häusliche Lebenswelt sind PatientInnen den alltäglichen Anforderungen außerhalb der psychiatrischen Einrichtungen oftmals nicht gewachsen. Infolge dessen können Rehospitalisierungen erfolgen, die das psychiatrische Fachpersonal auf die Schwere der Erkrankung Betroffener zurückführt, während es die Angst Letzterer bestätigt, trotz intensiver Bemühungen scheinbar nicht ohne das psychiatrische Hilfesystem zurechtzukommen.

Diese Problematik wurde von Mario aufgegriffen, der am 27.2.19 seine Hospitalisierungserfahrungen beschrieb:

„Psychiatrie ist gut. Sie bietet einen geschützten Raum, wo man zur Ruhe kommen kann. Als ich wieder draußen war, ist der ganze Scheiß wieder von vorne losgegangen: Schule, Jobsuche,... Ich fühle mich in der Psychiatrie oft wohler als draußen. Zu mir wurde immer gesagt: ‚Arbeite was, dann wird was aus dir!‘ Ich schaffe aber nur ein paar Stunden am Tag. Ich putze in der FHG, aber es ist eh alles sinnlos. (...) Ich hatte keine Vorbereitung auf den Alltag zu Hause. Ich wurde wieder komplett ins kalte Wasser geschmissen. Ich würde mir eine gescheite Psychotherapie in der Psychiatrie wünschen, und wenn man dann ein Dreivierteljahr in der Klinik bleiben müsste.“

Das Dilemma besteht laut Mario darin, dass eine signifikante Diskrepanz zwischen den Anforderungen besteht, die außerhalb des geschützten Raumes der Psychiatrie an ihn herange-

tragen werden und seiner tatsächlichen Leistungsfähigkeit. Der Klinikaufenthalt stellt für ihn nur eine temporäre Entlastungssituation von familiären, sozialen und beruflichen Problematiken dar, die sich nach dem Verlassen der Psychiatrie fortsetzen. Die Ursachen für sein illness-Leiden sieht Mario im Psychologischen, d. h. in seinem persönlichen sozialen Umfeld. Um diese lebensweltlichen Problemfelder aufzuarbeiten, müsste konsequenterweise ein langfristiger therapeutischer Ansatz verfolgt werden, der in der Psychiatrie aus finanziellen, zeitlichen, strukturellen und institutionspolitischen Gründen jedoch nicht vorgesehen ist (siehe auch Kapitel 2.3. und 5.3.3.). Eine unzureichende Vorbereitung auf die Reintegration in den häuslichen Alltag kann dazu führen, dass PatientInnen wie Mario sich überfordert fühlen, wenn sie sich den spezifischen Erwartungen und Herausforderungen wieder ausgesetzt sind, da ihnen während des stationären Aufenthaltes keine praktischen Strategien für die Bewältigung ihrer psychosozialen Probleme aufgezeigt wurden. In der Folge fühlen sie sich in dem geschützten Raum der Psychiatrie wohler als „draußen“, ein Dilemma, das Rehospitalisierungen bis hin zu dem Phänomen der ‚Drehtürpatienten‘ begünstigen kann. In diesem Zusammenhang wirft Mario zudem die Frage nach der *Gesundung* auf. Psychiatrische Rituale dienen nicht primär der Statuserhöhung, in der die Identität eines psychisch Kranken in die einer gesunden Person transformiert wird. Vielmehr wird eine gewisse *Stabilität* der Betroffenen angestrebt, die es ihnen ermöglichen soll, ihren häuslichen Alltag wiederaufzunehmen. Sonja, eine Betroffene mit Asperger-Autismus, äußerte sich zu dieser Problematik am 11.7.18 wie folgt: „Die Leute verstehen nicht, dass man nicht geheilt ist, wenn man aus der Psychiatrie rauskommt, sondern, dass es dann weitergeht und dass man eine lange Schonzeit braucht, um wieder einigermaßen zurechtzukommen.“ Ronaldo bemerkte am 16.5.18: „Keiner ist gesund, wenn er aus der Psychiatrie rauskommt. Es ist nicht so wie nach einer Blinddarm-OP, nach der man das Krankenhaus geheilt verlässt. Psychisch Kranke können wieder rückfällig werden.“ In diesem Zusammenhang argumentiert van Genneep (1999: 21), dass sich das dreigeteilte Schema der Übergangsriten noch weiter aufgliedert, wenn die Umwandlungs- bzw. Schwellenphase ausreichend ausgestaltet ist, um eine eigenständige Phase zu bilden.<sup>224</sup> „Turner tentatively suggested that a liminal state may become ‚fixed‘, referring to a situation in which the suspended character of social life takes on a more permanent character” (Thomassen 2009: 15). Exemplarisch können chronische (psychische) Krankheiten angeführt werden. So wird der Übergang von einem kranken zu einem gesunden Patienten zu einem ‚Dauerzustand‘, d. h. einer *Institutionalisierung von Liminalität* (Thomassen 2009: 16). Für Betroffene ist die Erfahrung, in der Liminalität verhaftet zu bleiben, laut Thomassen (2009: 22) höchst kritisch. Die Erforschung

---

<sup>224</sup> Diese ‚Erstarrung‘ der Liminalität zu einem dauerhaften Zustand kann auch in der Trennungs- oder Angliederungsphase erfolgen (Thomassen 2009: 23).

der kognitiven und affektiven Folgen für Psychatrieerfahrene würde den Rahmen meiner Arbeit sprengen und bedarf weiterer empirischer Untersuchungen.

Dieses Kapitel befasste sich mit einer signifikanten Verlängerung der Liminalität im Zuge psychiatrischer ‚rituals of hospitalization‘. Auf Grund einer unzureichenden Vorbereitung auf die Wiedereingliederung in das häusliche Lebensumfeld sind viele PsychatriepatientInnen den Erwartungen und Herausforderungen, die außerhalb des geschützten Raumes der Psychiatrie an sie herangetragen werden, nicht gewachsen und fühlen sich von dem psychiatrischen Hilfesystem abhängig. In der Folge können Rehospitalisierungen und eine zunehmende Entfremdung von dem individuell-spezifischen Lebenskontext auftreten. Solange PsychatriepatientInnen kaum praktische Strategien für die Bewältigung ihrer alltagspraktischen psychosozialen Probleme aufgezeigt werden, kann sich dieser Teufelskreis perpetuieren und das Phänomen der ‚Drehtürpatienten‘ begünstigen. Eine Heilung im Sinne einer vollständigen Genesung wird jedoch auf Grund struktureller und ideologischer institutioneller Handlungslogiken in den seltensten Fällen erzielt. In diesem Sinne wird eine Institutionalisierung von Liminalität begünstigt, die Betroffene wahrnehmen und kritisch reflektieren, während das psychiatrische Fachpersonal – wie Lee (2013: 114) verdeutlichte – die vermehrten Rehospitalisierungen tendenziell primär auf die vermeintliche Schwere der psychischen Erkrankung zurückführt und nicht auf sekundäre Prozesse der Gewöhnung bzw. der oftmals fehlenden strategischen Langzeitperspektive in der Behandlung von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose im Sinne einer nachhaltigen Aufarbeitung lebensweltlicher Probleme, die weitere stationäre Aufenthalte als temporäre Entlastung von alltäglichen psychosozialen Problematiken überflüssig machen können.

Das folgende Kapitel führt die Problematik der Liminalität weiter, widmet sich jedoch fokussiert der stationären psychiatrischen Behandlung, die die Entstehung einer *Communitas* unter PatientInnen fördern kann.

#### **5.3.4.2. *Communitas* in der Psychiatrie**

Turner (2000: 160) differenziert zwischen zwei Hauptformen des Schwellendaseins: Rituale der Statuserhöhung und solche der Statusumkehrung. Ferner wird zwischen Riten der Lebenskrisen und kalendarischen Riten unterschieden. Erstere markieren kritische Übergangsmomente fundamentaler Einschnitte wie Geburt, Pubertät und Tod (Turner 2000: 161). Betroffene werden in Lebenskrisen durch das Schwellendasein, d. h. das Zwischenstadium der Statuslosigkeit, für den Erwerb eines höheren strukturellen Status gedemütigt und verallgemeinert (Turner 2000: 97, 162). In diesem Prozess werden die Betroffenen Turner (2000:

162) zufolge aus ihrem Alltagsleben isoliert (siehe oben), da „das, was im Sinne traditioneller Klassifikationskriterien nicht eindeutig klassifiziert werden kann, beinahe überall als ‚verunreinigend‘ und ‚gefährlich‘ betrachtet“ wird (Douglas 1966, zitiert nach Turner 2000: 107). Im Rahmen der stationären Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik, die als Stätte dieser Rituale fungiert, unterziehen sich PatientInnen dem standardisierten Eintrittsritual der Institution, welches sie vieler Merkmale ihrer sozialen Identität beraubt und zum ‚Fall‘ von Diagnose und Behandlung macht (Helman 2001: 164). Ethnologen wie Goffman betrachten Krankenhäuser als ‚kleine Gesellschaften‘ mit jeweiliger kultureller Praxis, Rhetorik, impliziten und expliziten Verhaltensregeln, Traditionen, Ritualen und Hierarchien. Dabei bilden die PatientInnen eine temporäre Leidensgemeinschaft (*community of suffering*) (Helman 2001: 62). Geteilte Erfahrungen der Hospitalisierung sowie psychischer Probleme können unter den PatientInnen Verständnis, Empathie und Zusammenhalt auslösen, wie Shimrat (2013: 154) beobachtet: „When I’ve been inside, I have always experienced a sense of belonging. Many of us were able and willing to listen to each other’s stories with the patience, gentleness, humour, and empathy lacking in our keepers. Ironically, we got a real sense of community from (...) other ‚sick‘ people.“ Die Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Freiburg, Katharina Domschke, bemerkte im Rahmen ihres Vortrags zum Thema *Chancen und Grenzen von Selbsthilfe* am 29.1.19, dass die meisten PatientInnen bei der Entlassung auf die Frage, was ihnen während ihres Aufenthaltes in der Psychiatrie am Meisten geholfen habe, erwidert hätten: „Die Mitpatienten.“ In einer multizentrischen Studie wurden insgesamt 454 PatientInnen nach der Bedeutung einzelner Behandlungselemente befragt. Die *Patientengemeinschaft* erzielte das dritthöchste Ranking, während die *medikamentöse Behandlung* niedriger bewertet wurde (Krüger/Randebrock et. al. 2016: 8, 12). Diese Ansicht teilten viele meiner Forschungsteilnehmenden wie Gabriel, der am 27.3.19 einräumte: „Die Menschen in der Psychiatrie haben mir mehr geholfen als die Psychiatrie selbst.“ Vor diesem Hintergrund lassen sich Parallelen zu dem von Turner (2000: 96) geprägten theoretischen Konzept der *Communitas* ziehen. Darunter ist eine Gemeinschaft Gleicher zu verstehen, die sich gemeinsam der allgemeinen Autorität ritueller FührerInnen unterwerfen (Turner 2003: 252). Buber (1984, zitiert nach Turner 2003: 259, 260) akzentuiert den Gemeinschaftsaspekt der *Communitas*: „Gemeinschaft aber (...) ist das Nichtmehr-ebeneinander, sondern Beieinandersein einer Vielheit von Personen“, weshalb *Communitas* das Zwischenmenschliche als Grundlage menschlicher Verbundenheit repräsentiert. Die Neophyten tendieren zu der Entwicklung intensiver Kameradschaft und Egalitarismus, während weltliche Rang- und Statusunterschiede nivelliert werden (Turner 2003: 252). Stodulka (2017: 152, 153) argumentiert, dass schmerzhaftes Erfahrungen von Demütigungen in der liminalen Phase im Zuge der ge-



fühlten Integration in die Initiationsgemeinschaft neu bewertet werden. So können Gefühle der Angst, Scham etc. positiven Gefühlen wie Zugehörigkeit und Freude weichen. Im Rahmen von Ritualen müssen sich die Neophyten einer Autorität mit möglicherweise variierenden Repräsentanten unterwerfen, welche die allgemeine Autorität der Tradition verkörpern (Turner 2000: 102). Die Schwellenwesen werden von den rituellen FührerInnen „auf einen einheitlichen Zustand reduziert, damit sie neu geformt und mit zusätzlichen Kräften ausgestattet werden können, die sie in die Lage versetzen, mit ihrer neuen Station im Leben fertig zu werden.“ (Turner 2000: 95) Sie gleichen einer tabula rasa, auf der man das ihrem neuen Status betreffende Wissen verschriftlicht (Turner 2000: 102). Oftmals durchlaufen sie körperliche Torturen und Demütigungen, die eine Zerstörung ihres früheren Zustands sowie Härte-tests darstellen, die sie auf ihre neue Verantwortung vorbereiten sollen (Turner 2000: 103). Murphy (1987: 113, 114) wendet das Konzept der *Communitas* auf medizinisch-klinische Fachbereiche an, wenn er schreibt:

„,[B]etween instructors and neophytes there is often complete authority and complete submission; among neophytes there is often complete equality'. This certainly describes the authoritarian and tutelary role of medical people, who serve the same purpose in rehabilitation wards as do tribal elders in bush schools. The equality of the neophytes is also present. Hospitals strip people of their previous identities and reduce them to the amorphous status of ‚patient‘“.

Helman (2001: 62) spricht in diesem Zusammenhang von *rituals of depersonalization*. Dabei werden die Betroffenen bestimmten Stationen zugeordnet, die auf ihrem Alter, Krankheitsbild o. Ä. basieren, während ein Kontrollverlust bezogen auf den eigenen Körper, das Verhalten, die Privatsphäre, den Freiraum, die Ernährung und die zeitliche Gestaltung erfolgt.

In diesem Kontext werde ich persönliche, subjektive Erfahrungen, wie es im Rahmen einer Arbeit der Autoethnography und user-led research postuliert wird, verarbeiten und mich in der Darstellung einer ‚PsychiatriepatientInnen-Communitas‘ gleichsam zum ‚Forschungsobjekt‘ machen. Während meines stationären Aufenthaltes in einer bayerischen Psychiatrie im Oktober 2013 konnte ich oftmals beobachten, dass Status-, lebensgeschichtliche und weitere individuell-spezifische Unterschiede zwischen PatientInnen nach der Einweisung zunehmend in den Hintergrund traten. Grundlage der folgenden Ausführungen sind private Tagebuchnotizen aus dieser Zeit, die ich in der Retrospektive analysiere. Als Anekdote kann das stationäre Aufnahmegespräch angeführt werden, das ich mit einer Fachkrankenschwester führte, die sich nach meinem beruflichen Werdegang erkundigte. Nachdem ich mein Ethnologie-Studium erwähnt hatte, vermerkte sie in meiner Akte „studiert *Ädnologie*“. Was es mit diesem ‚Ädnologie‘-Studium genauer auf sich hatte, schien trotz offensichtlicher Unkenntnis ihrerseits keiner weiteren Nachfrage wert zu sein, d. h. die Auseinandersetzung mit der individuellen Biografie und Lebenswirklichkeit der Patientin schien im Rahmen der Aufnahme in die rituelle

Gemeinschaft der psychiatrischen Klinik sekundär.<sup>225</sup> Doch nicht nur seitens des psychiatrischen Fachpersonals wurde die Auseinandersetzung mit lebensgeschichtlichen Aspekten oftmals zu Gunsten eines Fokus auf krankheitswertigen Ausprägungen als Kollektivmerkmal aller PatientInnen vernachlässigt. So wurde ich von MitpatientInnen weniger häufig gefragt: „Was machst du beruflich?“ oder „Welche Hobbys hast du?“ als „Und, was hast du [welche Krankheit/Störung]?“, „Wie lange bist du schon hier?“ und/oder „Was hältst du von den Therapieangeboten?“ Weitere Wesenszüge einer egalitären Gleichschaltung konnten in der Konzeption der Therapieangebote erfasst werden, die so zugeschnitten waren, dass sie von der Mehrheit der Teilnehmenden bewältigt werden konnten und nicht nach Alter, Geschlecht, Bildung, individuellen Vorkenntnissen sowie persönlichem Fitnesslevel (Bewegungstherapie) ausdifferenziert wurden. So bestand beispielsweise im Therapieprogramm *Gedächtnistraining* die Aufgabe der PatientInnen darin, aus einem Buchstabensalat einfache Substantive wie Tier, Auto, Haus o. Ä. zu formen, europäische Länder aufzuzählen sowie Kreuzworträtsel und Rechenaufgaben zu lösen, die meiner Einschätzung nach auf dem Niveau der vierten Jahrgangsstufe anzusiedeln waren. Für jemanden, der kurz vor dem Abschluss seines Bachelorstudiums stand und sich plötzlich auf das Niveau längst vergangener Zeiten zurückgeworfen sah, war das eine frustrierende, demoralisierende Erfahrung.<sup>226</sup> Sie kann als Demütigung bzw. Härtestest (Turner 2000: 103) oder *degradation ritual* (Lemert 1967: 42) bzw. Entwürdigungszeremonie (Finzen 2013: 42), d. h. einer persönlichen Erniedrigung im Zuge der Zuschreibung einer psychiatrischen Diagnose, interpretiert werden. Ich befürchtete, dass eine aktive Verweigerung der Teilnahme meinerseits am Gedächtnistraining negative Konsequenzen für mich und meine stationäre Behandlung nach sich ziehen könnte. Diese konnten durch psychiatrieinterne Sanktionen wie Verbote des Verlassens der Klinik für Spaziergänge, Einkäufe o. Ä. und/oder der Teilnahme an psychiatrieorganisierten Tagesausflügen sowie durch die Krankenkasse erfolgen, die bei gehäufter, fehlender Bereitschaft zur Teilnahme an den psychiatrischen Therapieangeboten die Kosten des Aufenthaltes nicht mehr übernommen hätte, wie es uns von Seiten der psychiatrischen Pflegekräfte oftmals als Drohszenario vor Augen geführt wurde. Dem Soziologen Talcott Parsons zufolge konstituiert das ‚Kranksein‘ eine soziale Rolle:

„[H]e must make every effort to get well again. In our own doctor-ridden culture, this means that he must seek medical advice; he must take his medicine and follow the doctor’s orders. (...) The sick per-

---

<sup>225</sup> Fairerweise muss hinzugefügt werden, dass Psychiater und Psychologe im Gegensatz zu den KrankenpflegerInnen erheblich mehr Gesprächsbereitschaft und Interesse für das Studium aufbrachten.

<sup>226</sup> Ähnlich empfand es Mirko Bialas, der zum Zeitpunkt seiner Hospitalisierung Student der Soziologie war. Über die Therapieangebote berichtete er am 27.9.19 im Rahmen des Interviews: „Sie haben kaum geholfen, sondern waren, böse gesagt, unter meinem Niveau.“ Er zog Vergleiche mit einem „Kindergarten“.

son is excused from work or school, household duties are suspended or at least limited (...). But in return, he must devote full time to getting better.” (Murphy 1987: 17)

Im Rahmen dieser sog. *social skills of sickness* (Murphy 1987: 18) verpflichtet sich der Betroffene, mit den zur Verfügung stehenden Fachkräften auf seine Gesundheit hinzuarbeiten (Estroff 1981: 240). So ordnete ich mich trotz meiner Bedenken der Gruppenleitung der psychiatrischen Therapieprogramme unter. Turner (2000: 105 und 2003: 254) benennt weitere Charakteristika der *Communitas*, denen ich im Folgenden als Zusammenfassung der Ergebnisse Äquivalente aus der Hospitalisierungspraxis einer bayerischen Psychiatrie zuordnen möchte, die auf eigenen Erfahrungen und Beobachtungen beruht: Der *Gemeinschaftsaspekt*, der von vielen Betroffenen als besonders heilsam empfunden wurde, fand oben bereits Erwähnung. *Homogenität* und *Gleichheit* der Schwellenwesen manifestierten sich u. a. in den oben beschriebenen eindimensionalen Therapieprogrammen, in denen die PatientInnen eine homogenisierte Einheit bildeten, die kaum Raum für individuelle Fertigkeiten, Vorwissen bzw. -bildung und biografische Gesichtspunkte ließ. *Fehlende Vermögensunterschiede, Status- und Ranglosigkeit* zeigten sich daran, dass die Schwellenwesen unabhängig von ihrem jeweiligen sozioökonomischen Hintergrund aus demselben Angebot an Mahlzeiten auswählen sowie dieselben Therapieprogramme besuchen durften. Des Weiteren galten die üblichen anberaumten Visiten für Privat- als auch KassenpatientInnen gleichermaßen, ohne dass beispielsweise eine zeitliche Bevorzugung von PrivatpatientInnen stattgefunden hätte.<sup>227</sup> Darüber hinaus wurden die Zimmer unabhängig vom versicherungstechnischen Status unter den PatientInnen zugeteilt und belegt, so dass es vorkommen konnte, dass eine Privatpatientin ein Dreibettzimmer bewohnte, während sich zwei KassenpatientInnen ein Zimmer teilten. *Sexuelle Enthaltbarkeit* (siehe auch Kapitel 5.3.5.), ein weiteres Merkmal von Neophyten, wurde in der psychiatrischen Hausordnung vorausgesetzt. *Demut* und *Selbstlosigkeit* manifestierten sich in der Verpflichtung, persönliche Befindlichkeiten sowie Bedürfnisse nach Abwechslung, mehr individuellen Freiheiten und Privatsphäre im klinischen Alltag o. Ä. hintenanzustellen und im Sinne einer Bereitschaft zur *Compliance* die Krankenrolle anzunehmen, wobei das Bestreben in der aktiven Mitwirkung an der individuellen Gesundheit liegen sollte. Vor diesem Hintergrund gibt Lee (2013: 106) zu bedenken, dass ein Patient mit hoher Compliance-Bereitschaft und -Performanz von dem Krankenhauspersonal in der Regel als ‚weniger krank‘ eingeschätzt und besser behandelt wird als ein Betroffener, der fachmedizinische Vorgaben und therapeutische Maßnahmen missachtet. Eine mögliche Konsequenz beschreibt Lee (2013: 112) wie folgt:

---

<sup>227</sup> Einen Unterschied machte indes die *Chefarztbehandlung* aus, die zumeist den PrivatpatientInnen vorbehalten war und neben der psychiatrischen Behandlung durch den Ärztlichen Direktor zusätzliche Gesprächstermine umfasste.

„For it is only when they are seen as ‚getting better‘ and, hence complying with treatment and behavioral norms, that they are able to speed up their release from the hospital. Weitz (1988) mentions how this ‚recovery‘ process induces a patient to conform – first, becoming compliant with a treatment, and then, saying things that the psychiatrists like to hear“.

*Totaler Gehorsam* sowie *Unselbstständigkeit* traten im getakteten psychiatrischen Arbeitsablauf mit strikten Zeitplänen zur Tagesgestaltung zutage, nach denen sich die PatientInnen zu richten und den Anweisungen des psychiatrischen Fachpersonals Folge zu leisten hatten, wollten sie Sanktionen vermeiden. Die *Aufhebung verwandtschaftlicher Rechte und Pflichten* garantierte NutzerInnen psychiatrischer Hilfen die temporäre Befreiung von sozialen Rollenverpflichtungen, die ihren Lebensalltag bestimmen, um sich während ihres stationären Klinikaufenthaltes vollumfänglich ihrer ‚Krankenrolle‘ zu widmen und auf eine baldige Genesung hinzuarbeiten. Es ist zu diskutieren, ob man psychiatrische Zwangsmaßnahmen wie Fixierung oder Zwangsbehandlung (siehe Kapitel 5.3.3.) zu den von Turner aufgeführten körperlichen Torturen zählen kann, die als Härte-tests dienen sollen, um den Betroffenen auf seine neue soziale Rolle vorzubereiten und gleichzeitig den alten Status als psychisch krankes Individuum zu zerstören (vgl. Turner 2000: 103).

Insgesamt betrachtet, fand im Rahmen des medizinisch-therapeutischen Regimes eine Nivellierung von Lebensläufen und -individualismen statt. Individualitäten traten zu Gunsten einer Vergemeinschaftung in den Hintergrund. Durch die Reduzierung auf einen einheitlichen Zustand im Rahmen der *rituals of depersonalization* wurden Betroffene durch fachmedizinisch-therapeutische Interventionen mit ‚zusätzlichen Kräften‘ ausgestattet, „die sie in die Lage versetzen [sollten], mit ihrer neuen Station im Leben fertig zu werden.“ (Turner 2000: 95)<sup>228</sup> Das starke Gemeinschafts- und Verbundenheitsgefühl innerhalb dieser *community of suffering* kann dazu führen, dass Mitglieder Paarbeziehungen eingehen. Mit dieser Thematik befasst sich das folgende Kapitel, nachdem in einer allgemeintheoretischen Einführung inhaltlich-konzeptuelle Unterschiede zwischen den Begriffen Affekt, Emotion und Gefühl herausgearbeitete wurden.

### **5.3.5. Umgang mit Affekten<sup>229</sup> zwischen PatientInnen am Beispiel der Verliebtheit**

*Emotionen* werden als Prozesse gesehen, die durch Reaktionen des Verhaltens, Erlebens oder Movens des gesamten Organismus auf bestimmte innerhalb oder außerhalb der Person lie-

---

<sup>228</sup> Mögliche Bedingungen für ein Fehlschlagen dieses Zieles wurden im vorigen Kapitel illustriert.

<sup>229</sup> Slaby und Mühlhoff (2019: 27) definieren Affekte als relationale Dynamiken zwischen entstehenden Körpern einer Umgebung. Stimmung bezeichnet dagegen einen überdauernden Ausdruck der Gestimmtheit des Menschen (Heinz 2014: 134).

genden Reize gekennzeichnet sind und zumeist von charakteristischem Ausdrucksverhalten begleitet werden (Freund/Keil 2006: 172). Sie reflektieren eine evaluierende Auseinandersetzung mit der Umwelt, die das Individuum auf bestimmte Handlungen vorbereitet (Von Scheve/Slaby 2019: 42). Die kommunikative Eigenschaft von Emotionen besteht darin, dass sie soziale Gemeinschaften schaffen und aufrechterhalten können. Durch das Teilen von Emotionen werden die soziale Zugehörigkeit und Angliederung von Akteuren geschaffen, akzentuiert und ausgehandelt (Röttger-Rössler/Stodulka 2014: 21).

*Gefühle* sind der Oberbegriff für viele Prozesse, die das eigene Leben entscheidend bestimmen wie Stimmungen und Einstellungen (Freund/Keil 2006: 172). Thonhauser (2019: 52) bemerkt, dass die Termini Emotion und Gefühl einerseits oftmals synonym verwendet werden. Andererseits werden Gefühle im Falle einer Differenzierung als körperlich empfundene Komponente eines emotionalen Vorfalls definiert. Thonhauser (2019: 52) fasst zusammen, dass Affekt als der breiteste Begriff eine relationale Dimension akzentuiert, wobei Gefühl als die subjektive, körperliche Erfahrungsdimension von Affekt bezeichnet werden kann, während die kulturelle Kategorie Emotion auf seine sozialen Dimensionen verweist.

*Gefühlsbildung* beinhaltet Röttger-Rössler (2019: 61, 63) zufolge u. a. die intentionalen, expliziten Formen der Emotionsmodulation, die beispielsweise in institutionellen Rahmen wie Schulen oder psychiatrischen Einrichtungen stattfindet. Die affektiven Dynamiken, die im Kontext von Gefühlsbildung entstehen, können zu affektiven Spannungen führen, die auf soziokulturelle Strukturen und *Gefühlsregeln* verweisen (ebd.: 70).<sup>230</sup> Die Erfahrung von affektiven Unstimmigkeiten können Betroffene dazu motivieren, ihre Emotionen zu transformieren oder Widerstand einzuleiten (Röttger-Rössler 2019: 71). Folglich werden Erwartungsstrukturen für Betroffene dann problematisch, „wenn sie ihnen nicht zu entsprechen glauben, wenn sie nicht fühlen, wie sie sollten oder wenn sie fühlen, was sie nicht fühlen sollten.“ (Röttger-Rössler 2006: 77)

Mit der letztgenannten Problematik möchte ich mich im Folgenden am Beispiel der Verliebtheit<sup>231</sup> bzw. Liebe<sup>232</sup> befassen. Dabei wird der Aspekt der Liebe beleuchtet, den Hatfield und Walster (1978, zitiert nach Freund/Keil 2006: 165) in der psychologischen Forschung über die Liebe als *romantische* oder *leidenschaftliche* Liebe bezeichnen. Gegenüber anderen For-

---

<sup>230</sup> Im Gegensatz zu *Gefühlsregeln* nach Arlie R. Hochschild berücksichtigen *Gefühlsordnungen* die Relationalität zwischen subjektiven und strukturellen Dimensionen von Affekten, Gefühlen und Emotionen und fokussieren sich insbesondere auf neu emergierende Praktiken der Dominanz, Verhandlung und Konformität bzw. des Widerstandes (Stodulka 2019: 311, 314).

<sup>231</sup> Physische und psychische Merkmale einer Verliebtheit beschreiben Röttger-Rössler (2006: 10, 67) und Freund/Keil (2006: 177).

<sup>232</sup> Das Wissen über Liebe, d. h. Theorien und Vorstellungen darüber, was Liebe ist, wie sie sich äußert und woran sie zu erkennen ist, variiert kulturell sowie epochal und prägt in entscheidendem Maße die subjektive Wahrnehmung derselben (Röttger-Rössler 2006: 59).

men der Liebe zeichnet sie sich über das Gefühl der Zusammengehörigkeit und Zuneigung hinaus durch sexuelle Anziehung und Aktivitäten aus (Freund/Keil 2006: 165). Freund und Keil (2006: 177) differenzieren zwischen Verliebtheit im ersten Stadium des Kennenlernens und Umwerbens und dem überdauernden Gefühl der Liebe. In der evolutionären Psychologie, Neurobiologie und physiologischen Anthropologie wird die These vertreten, dass dem Phänomen Liebe<sup>233</sup> drei unterschiedliche, jedoch miteinander verflochtene Bindungssysteme zugrunde liegen: (sexuelle) Lust, Verbundenheit und romantische Anziehung (Verliebtheit) (Röttger-Rössler 2006: 73). Röttger-Rössler (2006: 75) plädiert für eine Definition von Liebe als dem emotionalen Erleben positiver enger sozialer Bindungen. Sie ist gekennzeichnet durch ein dynamisches, komplexes System aus Verbundenheit, romantischer Anziehung, Sexualität, Lust sowie Fürsorge. Für das Bindungsverhalten ist die emotionale Kapazität des Einfühlungsvermögens, der Empathie zentral, d. h. der Fähigkeit, sich in andere Menschen hineinversetzen zu können, ihre Gefühle nachzuvollziehen und zu teilen sowie ihre Perspektive zu übernehmen (Röttger-Rössler 2006: 74). Mitleid, d. h. die Fähigkeit des Mitfühlens mit in leidvollen oder schwierigen Situationen befangenen Individuen, stellt eine Empathieform dar, die soziale Bindungen in besonderer Weise festigt und stärkt, indem sie nahezu immer unterstützende, tröstende oder helfende Verhaltensweisen auslöst (Röttger-Rössler 2006: 75). Die EthnologInnen Jankowiak und Röttger-Rössler gehen davon aus, dass die „Sehnsucht nach emotional engen und ausschließlichen Paarbindungen eine menschliche Universalie darstellt“ (Röttger-Rössler/Engelen 2006: 15). Keddi (2006: 146) legt dar, dass eine Beziehung an der Spitze der Faktoren steht, „die alle Bevölkerungsgruppen als entscheidend für das eigene Lebensglück ansehen, vor materiellen Gütern.“ Die Fähigkeit zu lieben ist Sigmund Freud zufolge einer der Eckpfeiler psychischer Gesundheit, während fehlgeschlagene Liebesbeziehungen Angst, Scham, Schuldgefühle und Depressionen nach sich ziehen können (Freund/Keil 2006: 165). Liebe hat die elementare Funktion, „Menschen aneinander zu binden und sich dauerhaft umeinander zu kümmern.“ (Freund/Keil 2006: 168)<sup>234</sup> Fredrickson (2001, zitiert nach Freund/Keil 2006: 172, 173) postuliert in ihrer *Broaden-and-Build-Theorie*, dass die zentrale Funktion positiver Gefühle in einer Erweiterung der Denk-Handlungs-Repertoires liegt und somit dauerhafte soziale, intellektuelle sowie physische Ressourcen aufbaut. Enge Beziehungen mit anderen Menschen bieten Zugang zu sozialen Ressourcen wie Unterstützung (Freund/Keil 2006: 182).

---

<sup>233</sup> Über die evolutionspsychologischen Funktionen von Liebe soll hier nicht näher eingegangen werden.

<sup>234</sup> So geht beispielsweise Sternberg (1986, zitiert nach Freund/Keil 2006: 170) in seiner Dreieckstheorie der Liebe davon aus, dass Bindung, Leidenschaft und Intimität als die definierenden Pole der Liebe gelten.

Vor dem Hintergrund dieser positiven psychologischen, lerntheoretischen und sozialen Aspekte der Liebe scheint es naheliegend, anzunehmen, dass Institutionen wie die Psychiatrie, in der Menschen verweilen, die neben der Belastung durch ihre Krankheit oftmals auch an einem Mangel an befriedigenden Sozialbeziehungen leiden (s. Kapitel 5.1.2.), Gefühle des Mitleids und der Empathie sowie eine gegenseitige Unterstützung, die sich zwischen PatientInnen entwickeln und zu einer Paarbeziehung führen können, zu fördern oder zumindest zu respektieren. Zwei Betroffene berichteten jedoch von gegenteiligen Erfahrungen:

Einerseits erzählte Gabriel in mehreren Fokusgruppensitzungen, dass er sich in einer stationären Rehabilitationseinrichtung für psychisch Erkrankte in eine Mitbewohnerin verliebt habe. „Wir durften aber nicht zusammen sein, das wurde uns verboten“, berichtete er am 27.2.19. „Als wir uns trotzdem geküsst haben, haben sie uns eiskalt rausgeschmissen. Ich war dann einige Zeit obdachlos.“

Eine ähnliche Erfahrung erlebte ich während meines Aufenthaltes in einer psychiatrischen Klinik in Bayern im Oktober 2013 mit, als sich zwei junge Menschen (die Patientin war 18 Jahre alt, ihr Freund zehn Jahre älter) ineinander verliebten.<sup>235</sup> Auch hier wurde, so erlebte es die betroffene junge Frau, seitens des psychiatrischen Fachpersonals eingegriffen in dem Versuch, die Beziehung des Paares zu sabotieren. Im Aufenthaltsraum der psychiatrischen Tagesklinik klagte sie MitpatientInnen oftmals ihr Leid: „Ich darf ihn nicht anschauen. Ich darf nicht mit ihm reden. Wir müssen unterschiedliche Therapieprogramme besuchen, weil sie uns trennen wollen. Wir sollen nichts mehr gemeinsam machen.“ Da mich das Thema damals beschäftigte, stellte ich während einer Visite, in der neben Psychiater und Psychologe auch eine Krankenschwester und ein Sozialarbeiter anwesend waren, die Frage, warum die Therapien so eingeteilt würden, dass das junge Paar kein Programm mehr zusammen besuchen könne. Von Seiten der psychiatrischen Fachkräfte wurde diese Vorgehensweise jedoch abgestritten und von „Zufall“ gesprochen.

In der Retrospektive ist es schwierig, die genaueren Umstände und Begebenheiten zu rekonstruieren, so dass einige Fragen ungeklärt bleiben: Wurde die Verliebtheit der beiden Paare vom klinischen Fachpersonal als pathologisch, sprich, Teil der krankhaften Symptomatik interpretiert? Trauten die Verantwortlichen den Paaren in ihrem rezenten Zustand oder generell als psychisch Erkrankte nicht zu, eine dauerhafte, stabile Beziehung zu führen, was auf inhärente Vorurteile, stereotype Vorstellungen und Stigmatisierungsprozesse schließen lassen

---

<sup>235</sup> Diese Ausführungen basieren auf privaten Tagebucheinträgen aus dieser Zeit.

könnte?<sup>236</sup> Oder haben die Verliebten im zweiten Fallbeispiel die Trennungsversuche nur als solche empfunden, ohne dass eine wirkliche psychiatrische Intention zugrunde lag? Zumindest sei ihnen laut Aussagen der jungen Frau von den Verantwortlichen in der Psychiatrie, nachdem diese von der Paarbeziehung erfahren hatten, in einem Gespräch nahegelegt worden, sich zurückzunehmen und sich dem Anderen nicht körperlich zu nähern. Warum wurden Gabriel und seine Partnerin für ihre positiven Emotionen mit institutionellen Sanktionen belegt, die sogar Gabriels Obdachlosigkeit zur Folge hatten? Lee (2013: 117) argumentiert:

„Human suffering has the potential to isolate the sufferer from the rest of society. (...) Similarly, people who experience emotional distress often retreat from social encounters despite their need for social companionship. Yet ironically, sometimes in mental hospitals a patient's friendship with another patient is viewed suspiciously, even if the relationship is reciprocal.”

Scheidecker (2019: 73) spricht von *affectional bonds*, wenn er die Bedeutungsqualität zwischenmenschlicher Bindungen darlegt: „This becomes apparent, for instance, in the desire for proximity with an attachment figure, the comfort (or discomfort) experienced in their presence, distress upon involuntary separation, or the grief that may be caused by losing them.” Warum nehmen die Verantwortlichen psychiatrischer Einrichtungen Kummer und Stressreaktionen der Betroffenen in Kauf, die mit einer Trennung einhergehen können, zumal es sich bei den Protagonisten um psychisch Vorbelastete handelt, die aus einer harmonischen Paarbeziehung neue Kraft schöpfen, Zuversicht gewinnen und den Mangel an essentieller psychosozialer Unterstützung (s. Kapitel 5.1.2.) ausgleichen könnten? Wie oben ausgeführt, können Mitleid und das empathische Einfühlen in die Lebens- und Leidensgeschichte des Gegenübers, wie es zwischen PsychiatriepatientInnen, die Krankheits- und Hospitalisierungserfahrungen teilen, mitunter der Fall ist, soziale Bindungen stärken und festigen. Gegenseitiges Verständnis und die gemeinsame Bewältigung problematischer Lebenssituationen können stabilisierend wirken und weiteren psychischen Krisen präventiv entgegenwirken. Darüber hinaus, so meine persönliche Erfahrung, können Paarbeziehungen zwischen Betroffenen sinnstiftend wirken, indem sie dazu beitragen, sich mit der eigenen psychischen Krise auszusöhnen und sie in die Kontinuität der individuellen Lebensgeschichte zu integrieren. Dabei wird die psychische Krankheit nicht mehr als störender Zwischenfall im persönlichen Lebenslauf

---

<sup>236</sup> Für diese Schlussfolgerung spricht ein weiteres Beispiel: In der deutschen Doku-Soap *Die Gruppe - Schrei nach Leben* aus dem Jahre 2018 (Staffel eins) wurden sechs junge Erwachsene mit psychischen Problemen über drei Monate hinweg im Rahmen gemeinsamer Gruppentreffen unter der Leitung einer Verhaltenstherapeutin begleitet. Im Laufe der Zeit entwickelte sich eine Paarbeziehung zwischen zwei betroffenen Teilnehmenden, die die Therapeutin sinngemäß wie folgt kommentierte: „Sie sollen den Augenblick genießen; ob die Beziehung in Zukunft Bestand hat, ist unwichtig.“ Diese Aussage lässt erhebliche Zweifel hinsichtlich der Fähigkeit des psychisch kranken Paares erkennen, eine tragfähige, nachhaltige Beziehung mit einer gemeinsamen Zukunftsperspektive aufzubauen. Es erscheint höchst fraglich, ob eine solche grundlegende Skepsis ohne den psychiatrischen Hintergrund der Verliebten gleichermaßen artikuliert worden wäre.



betrachtet, sondern als Mittel, das Chancen aufgezeigt sowie bestimmte zwischenmenschliche Begegnungen und Konstellationen erst ermöglicht hat. Die vormals pejorativ belegten Aspekte des Krankseins werden so zu einer bedeutungsvollen Erfahrung als Teil einer konsistenten persönlichen Biographie. Wie Aaron Antonovsky in seinen Untersuchungen zur Salutogenese herausfand, können Menschen, die ihr Leben als stimmig und kohärent einschätzen, ihre Ressourcen zur Gesunderhaltung besser nutzen. Sinnhaftigkeit, Stimmigkeit und das Erkennen der Bedeutung von Erfahrungen sind demnach elementare Voraussetzungen für die Erhaltung der Gesundheit (Lauterbach 2014: 20). Lauterbach (2014: 20) fasst zusammen: „Das Erleben von Glück und Zufriedenheit wird durch eine gelassene, von Sinnhaftigkeit getragene, auf die Bewältigung der Herausforderungen ausgerichtete – also salutogene – Lebenshaltung gefördert.“ In diesem Sinne soll das vorliegende Kapitel als Plädoyer an im psychischen Gesundheitsbereich Tätige verstanden werden, die Entwicklung einer Verliebtheit zwischen Betroffenen ernst zu nehmen, zuzulassen und ihnen die Chance zu konzederen, eine tragfähige, langfristige Paarbeziehung aufzubauen, die sie im Heilungsprozess unterstützen kann. Der folgende Kapitelkomplex abstrahiert spezifische beobachtete soziale Phänomene während der Datenerhebungsphase zu der Theoriegenese des von mir als *disease comfort* bezeichneten Verhaltens Psychiatrieerfahrener.

## 6. *Disease comfort*

„Ich habe mich eifrig darum bemüht, der Menschen Tun weder zu belachen  
noch zu beweinen noch zu verabscheuen, sondern es zu begreifen.“  
(Baruch de Spinoza)

### 6.1. Hintergrund und Definition

Nach mehreren Durchgängen der Datenerhebung und -analyse an Hand der *Grounded Theory* entwickelte ich das theoretische Konzept des *disease comfort* als heuristische Erweiterung der disease- und illness-Theorie Kleinmans (1980 und 1988). Es weist inhaltlich-konzeptuelle Parallelen zu der soziologischen Theorie der Selbststigmatisierung auf, die im Folgenden zur Kontextualisierung behandelt werden soll.

Der Soziologe Wolfgang Lipp nimmt für sich in Anspruch, den Begriff der Selbststigmatisierung 1975 geprägt zu haben. Dieser aktive Prozess basiert auf der Interaktion zwischen Betroffenen und Stigmatisierenden (Finzen 2013: 61) und bezeichnet das bewusste, radikale Bekenntnis zum eigenen Stigma (Riemann 1977: 25). „Auf diese Weise wird die Selbststigmatisierung zu einem manipulativen Instrument der Schwächeren gegenüber einer übermächtigen Gesellschaft.“ (Finzen 2013: 61) So kann Selbststigmatisierung am Ende als charismatischer Prozess der Entstigmatisierung verstanden werden (Lipp 1975: 46).

Lipp (1975: 36-43) unterscheidet verschiedene Gruppen von Selbststigmatisierern: *Exhibitionisten*, *Provokateure*, *Asketen* und *Ekstatiker*, von denen die ersten beiden Unterformen für die folgenden Betrachtungen am Relevantesten sind: *Exhibitionisten* kehren Mängel, die ihnen gesellschaftlich zugeschrieben werden, ostentativ nach außen, vergrößern diese dadurch und werten sie kritisch-distanziert um. So werden diese ‚Defekte‘ zum Persönlichkeitsmaßstab und Identitätsziel erhoben und in einer neuen, zum Ausgangsstigma gegenläufigen Bedeutung dargestellt, die Betroffene als Anrecht geltend machen (Lipp 1975: 40). Indem sog. *Provokateure* kulative, d. h. schuldhaftige Stigmata, übernehmen, versuchen sie, diese Schuld umzudefinieren, neu zu verteilen und an die stigmatisierenden Instanzen zurückzugeben. Diese Art der Selbststigmatisierung testet Macht, Gewalt, aber auch Ohnmacht ihrer Adressaten. Es wird weniger die Entlastung von ‚Defekten‘ angestrebt als die Umbewertung der gesellschaftlichen Sollvorschriften und Herrschaftsordnung (Lipp 1975: 37). Finzen (2013: 62) führt exemplarisch sich outende Homosexuelle an oder Mitglieder von Widerstandsbewegun-

gen wie Black Power, die ihre Rechte einfordern.<sup>237</sup> Verhaltensmuster und Bestrebungen im Sinne von *Exhibitionismus* und *Provokation* lassen sich in Grundzügen in der Politik des BPE wiederfinden, der den gesellschaftlich pejorativ belegten Begriff des Verrücktseins mit neuem, positivem Inhalt versieht, sich zu den verschiedenen Ausprägungen von sog. ‚Verrücktheiten‘ als essentiellm Recht der menschlichen Ausdrucksform bekennt und sie als Anrecht geltend macht. Darüber hinaus setzt sich der BPE für eine rechtliche sowie gesellschaftliche Verbesserung der Stellung psychisch Kranker ein, indem vorhandene Strukturen des Versorgungssystems, Rechtsvorschriften und institutionelle Vorgaben hinterfragt sowie stigmatisierende Instanzen in der Psychiatrie ausgemacht werden, die scharfer Kritik unterzogen werden bzw. deren ersatzlose Abschaffung gefordert wird.

Insgesamt betrachtet, stellt die Selbststigmatisierung nach Lipp – von der aus heutiger Perspektive relativ scharfen Rhetorik abgesehen – eine aktive Auseinandersetzung mit moralischen und gesellschaftlichen Normen dar. Betroffene versuchen, mit den Mitteln der Umkehrung das Stigma als Waffe zu erheben, um gesellschaftliche Normalitäts- und Moralvorstellungen zu hinterfragen bzw. zu bekämpfen (Finzen 2013: 62). Darüber hinaus wird das Stigma durch die Betroffenen in einem aktiven, interaktiven Prozess benutzt, um die Stigmatisierer zu *manipulieren* (Finzen 2013: 63). Auf Menschen mit psychiatrischen Diagnosen bezogen, wird vielfach Kritik an dieser Auffassung von Selbststigmatisierung geäußert. So wird sie – im Kontrast zu der soziologischen Bedeutung – im psychiatrischen Diskurs von Patrick Corrigan (2009, zitiert nach Finzen 2013: 64) wie folgt kontextualisiert: „Ein ‚Selbststigma‘ entstehe durch Wahrnehmung und Bewusstsein der Vorurteile („awareness“) durch die Betroffenen, Übereinstimmung damit („agreement“) und Übertragung auf sich selbst („application“).“ Scham über die eigene Erkrankung sowie ein erniedrigtes Selbstwertgefühl sind häufige Konsequenzen der Selbststigmatisierung. Hintergrund der Definition ist das Phänomen, dass die Ausprägung einer psychischen Krankheit in der Regel gegen Ende des zweiten Lebensjahrzehnts oder später erfolgt. Zu diesem Zeitpunkt ist die sozialisatorische Entwicklung Betroffener bereits abgeschlossen, d. h. gesellschaftliche Werte, Vorurteile und Normvorstellungen wurden internalisiert. Finzen (2013: 64, 65) argumentiert: „Wenn sie im Laufe ihrer Erkrankung wahrnehmen müssen, dass sie selbst jetzt zu jenen Menschen gehören, denen ihre

---

<sup>237</sup> Die letzten beiden von Lipp bezeichneten Formen bilden *Ekstatiker* und *Askesen*. Erstere verweisen auf gesellschaftliche Schuld, die sie auf sich laden, um sie umzukehren und aufzulösen (Lipp 1975: 43). Als Beispiel dienen Märtyrer, die mit dem auf sich genommenen Übel exekutiert werden (ebd.: 42). *Asketen* bezeichnen die *passive* aktivistische Variante der Provokateure, die beispielsweise freiwillig zölibatär leben (ebd.: 38). Sie stigmatisieren sich mit Charakteristika, die in der Alltagswelt Ächtung, Vorurteile oder Geringschätzung auslösen und nehmen die Konsequenzen der Abdrängung in Außenseiterlager durch Rückzugsbewegungen vorweg. Die Makel, die sie auf sich nehmen, werden so zum Spiegel der Gesellschaft (Lipp 1975: 39).

Vorurteile gegolten haben, die sie diskriminiert und abgewertet haben, geraten sie in eine emotionale und kognitive Falle.“ Abhilfe sieht die psychiatrische Stigmabewältigungsforschung in der Bewusstmachung des zentralen Dilemmas von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose, „dass *deren Wertesystem aus gesunden Tagen sich gegen sie selbst kehrt*.“ (Finzen 2013: 65, Hervorh. i. Orig.) Aus diesen theoretischen Betrachtungen lässt sich schlussfolgern, dass zu der soziologischen Theorie der Selbststigmatisierung erhebliche inhaltlich-konzeptuelle Unterschiede bestehen: Im psychiatrischen Diskurs ist der Betroffene weder Manipulator noch Aktivist, sondern Opfer einer sozialen, gesellschaftlichen Gesetzmäßigkeit, gegen die er sich – nicht zuletzt auf Grund seiner Erkrankung – kaum wehren kann (Finzen 2013: 68). Betroffene begeben sich demnach in der Regel nicht wie in Lipps Definition aktiv in die Rolle der Stigmatisierten, um ihre Ziele zu erreichen (Finzen 2013: 69). Es wäre jedoch zu kurz gegriffen, Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose ausschließlich auf die Rolle des passiven, machtlosen Opfers von gesellschaftlichen Zuschreibungsmechanismen zu reduzieren, da auch sie über Mittel verfügen, auf Sozialpartner manipulierend einzuwirken sowie ihr Stigma bzw. das disease-Label kreativ und zu ihrem Eigeninteresse zu nutzen, wie meine Forschungsergebnisse zeigen. Mein Theoriebeitrag erstreckt sich auf die Beschreibung idiosynkratischer Verhaltensweisen, die ich im Laufe meiner einjährigen Feldforschung unter Psychiatrieerfahrenen gehäuft beobachten konnte und mit der selbst gewählten Bezeichnung *disease comfort* (Definition s. unten) einführen möchte. Charakteristische Grundzüge dieses sozialen Phänomens beobachteten bereits folgende AutorInnen: Jervis (1978: 159) konstatiert, dass bei allen Formen psychischer Beeinträchtigung beobachtet werden kann, dass das Symptom und/oder die Krankenrolle von Betroffenen bedeutungsvoll genutzt wird, um bestimmte Privilegien zu erlangen. So zeichnet sich die Krankenrolle insbesondere durch eine geringere Verantwortungslast aus. Jervis (1978: 159) führt aus:

„In diesem Falle bedeutet das mehr oder weniger bewußte [sic] Produzieren psychiatrischer Symptome (...) oder ihre endgültige Beibehaltung, wenn sie einmal aufgetreten sind, daß [sic] man Aufmerksamkeit und Beachtung findet, gerechtfertigt ist für das, was einem nicht zu tun gelingt, die Besorgnis der Verwandten oder Therapeuten auf sich zieht, das Recht erwirbt, unbequeme Lebensentscheidungen nicht angehen zu müssen.“

Auch Ludwig (1971) and Haley (1969) argumentieren, dass psychische Krankheiten wie Psychosen mächtige Instrumente sind, die nicht nur dazu genutzt werden können, Kontrolle über andere Menschen auszuüben, sondern auch, verantwortliches Handeln zu umgehen (Estroff 1981: 229). Ludwig (1971: 61, zitiert nach Estroff 1981: 230) ergänzt, dass PatientInnen auf Grund ihrer Kenntnisse des gesellschaftlichen Wertesystems ein Repertoire an zielführenden Verhaltensweisen anwenden können, die als Auslöser für die erhoffte soziale Reaktion von

Behandlern oder anderen Sozialpartnerinnen fungieren können.<sup>238</sup> Estroff (1981: 230) führt exemplarisch aus, dass Betroffene mitunter Situationen sabotieren, indem sie vorgeben, ein Problem nicht selbstständig lösen zu können, um die intendierte Aufmerksamkeit von Bezugspersonen zu erhalten. Ludwig (1971: 17, zitiert nach Estroff 1981: 231) fasst zusammen, dass PatientInnen schnell begreifen, dass sich ihr Krankenstatus nicht nur nachteilig für sie auswirkt, sondern auch unverhoffte Vorteile bereithält: So stellt er ihnen nicht nur eine praktische Entschuldigung für die Expression andernfalls tabuisierter Emotionen, Gedanken und Verhaltensweisen zur Verfügung, sondern garantiert ihnen auch eine Art besonderer Aufmerksamkeit und konzentrierter Fürsorge, die sie nicht erhalten würden, wenn sie sich ‚normal‘ verhielten. Auch Gelhaus (2008: 43) argumentiert, dass der Krankenstatus vor sozialen Konsequenzen, die einer Vernachlässigung von Aufgaben und Rollenverpflichtungen sowie Auffälligkeiten im Verhalten, Aussehen o. Ä. einer Person folgen könnten, schützt. Gelhaus (2008: 44) spricht in diesem Zusammenhang von *sekundärem Krankheitsgewinn*. Gleichzeitig betont Jervis (1978: 159, 160), dass es sich dabei nicht um Simulation, sondern eine graduelle Induktion von Verhaltensschemata handelt, für die das psychiatrische System oftmals direkt verantwortlich ist und die sich alternativlos perpetuiert.

In Anlehnung an diese Vorarbeiten möchte ich im Folgenden theoriegenerativ das Konzept des *disease comfort* präsentieren. Es weist inhaltliche Übereinstimmungen mit der soziologischen Definition von Selbststigmatisierung auf und beinhaltet Merkmale der von den oben angeführten AutorInnen beschriebenen Problematiken. Im Rahmen des *disease comfort* richten sich Betroffene auf die diagnostische Fremdzuschreibung ein und spielen sie in bestimmten Situationen zu ihrem Vorteil aus. Meine Definition dieses sozialen Phänomens lautet wie folgt:

*Unter disease comfort versteht man ein Phänomen, das sich unter Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose beobachten lässt. Betroffene, die sich so verhalten, nutzen ihr diagnostiziertes Label, um sich selbst Vorteile zu verschaffen oder ein bestimmtes, für sie positives Ergebnis zu erzielen. Ein Beispiel dafür ist der Verzicht auf weitere Rechtfertigungen bei unpassendem bzw. von anderen Beteiligten als störend empfundenem Verhalten, das von der/dem Betroffenen mit dem Satz: „Ich bin halt krank!“ abgetan wird, wobei oftmals noch der Nachsatz „Ich kann nicht anders“ oder „Ich darf das“ folgt, obwohl der/die Betroffene im sonstigen Alltagsverlauf der bei ihm/ihr diagnostizierten disease eher kritisch gegenübersteht. Der Vorgang kann sowohl bewusst als auch unbewusst erfolgen. Voraussetzung ist in jedem Fall, dass die Betroffenen das ihnen von psychiatrischen Fachärzten bzw. Psychologen zugeschriebene disease-Konzept verinnerlicht haben und darauf zurückgreifen können.<sup>239</sup>*

Die von mir gewählte Bezeichnung trägt der Prävalenz anglophoner Fachtermini Rechnung und setzt sich aus zwei semantischen Komponenten zusammen: *Disease* wählte ich in Anlehnung an Kleinmans (1988 und 1980) Differenzierung zwischen *illness* und *disease* sowie da-

---

<sup>238</sup> In diesem Sinne stellt sich die bereits abgeschlossene Sozialisation hier – im Gegensatz zu der psychiatrischen Selbststigmatisierungstheorie – als *vorteilhaft* heraus.

<sup>239</sup> Daher habe ich bewusst den Terminus *disease* und nicht *illness comfort* gewählt.

rauf aufbauender disease-Konzeptionen (s. Kapitel 3.2.3.). *Comfort* stellt begrifflich die geeignetste Ergänzung dar, da das englische Substantiv unterschiedliche Übersetzungsmöglichkeiten mit multiplen denotativen Bedeutungen in sich vereint: So kann *comfort* nicht nur mit *Behaglichkeit* und *Bequemlichkeit* übersetzt werden, sondern, in einem weiter gefassten Sinne, zudem mit *Zufriedenheit*, aber auch *Beruhigung*, *Erleichterung* und *Trost*.<sup>240</sup> An Hand mehrerer empirischer Fallbeispiele werde ich im folgenden Kapitel diese verschiedenartigen Facetten und Ausprägungen von *disease comfort* exemplarisch beleuchten. Um Missverständnissen und Fehlinterpretationen vorzubeugen, muss vorab festgehalten werden, dass Betroffene sich sowohl mit dem disease-Label als auch ihren illness-Empfindungen und damit verbundenen -Denkmustern sowie -Verhaltensweisen in der Regel nicht wohlfühlen, wie die empirischen Fallbeispiele in Kapitelkomplex fünf verdeutlicht haben. Vielmehr zielt *disease comfort* auf ein notgedrungenes Annehmen der psychiatrischen Diagnose(n) ab, in der sich Psychiatrieerfahrene einrichten, um bestimmte gesellschaftliche Vorteile zu erhalten. Das heißt, die Erkrankung trägt nicht zum Wohlbefinden von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen bei, sondern kann sie dazu veranlassen, sich gezwungenermaßen in der für sie schwierigen Situation der Psychiatriebetroffenheit zurechtzufinden und zu versuchen, dabei das Beste für sich herauszuholen. Meine Intention ist es daher nicht, dieses soziale Phänomen aus moralisierender Perspektive zu werten, d. h. Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose, die kaum *disease-comfort*-Verhalten zeigen, zu idealisieren. Stattdessen steht die Erfassung des Handlungsaspektes von Menschen mit psychischen Problemen im Rahmen der kreativen Nutzung von *disease*-Zuschreibungen und deren Bedeutung im Fokus, die sich in als unangenehm bzw. lästig empfundenen Alltagssituationen manifestiert.

In einer inhaltlich-konzeptuellen Zusammenfassung kann *disease comfort* als Sozialisation in ein Krankheitsbild bzw. als Habitualisierung der Zuschreibung einer Diagnostik verstanden werden. Den wissenschaftstheoretischen Hintergrund für dieses Postulat bildet die Habitus-Theorie der Soziologen und Gesellschaftstheoretikers Pierre Bourdieu, die im Folgenden kontextualisiert werden soll: Bourdieus zentrale Intention war die Aufdeckung sozialer Disparitäten und Machtmechanismen in Wissenschaft, Bildung und Gesellschaft. Ursachen und Wirkmechanismen sollten ergründet sowie Handlungsstrategien entwickelt werden (Nestvogel o. J.: 28). Mithilfe zentraler Konzepten wie *Habitus*<sup>241</sup>, *Strategie*, *Feld*, *sozialer Raum* und *Kapital* gelingt es Bourdieus *Theorie der Praxis* Petermann (2004: 986) zufolge, die Trennung zwischen objektiver und subjektiver Perspektive aufzuheben. Durch die Habitus-Theorie soll-

---

<sup>240</sup> Als Quelle der Übersetzungsmöglichkeiten nutzte ich die Online-Wörterbücher von Langenscheidt (<http://www.langenscheidt.com/#>) und Pons (<http://www.de.pons.com>).

<sup>241</sup> Bourdieu verwendete hier den von dem Kunsthistoriker Erwin Panofsky eingeführten Begriff *habitus* (Petermann 2004: 985).

te das Paradox beschrieben werden, dass ein Verhalten auf ein Ziel gerichtet sein kann, ohne bewusst durch dieses geleitet zu sein (Jurt 2010: 5). *Habitus* wird als dauernde Beschaffenheit einer Person bezeichnet, die nicht ursprünglich, sondern erworben ist und zu einer zweiten Natur wird, da der Einzelne sich dieser Inkorporation nicht mehr bewusst ist (Jurt 2010: 8). *Habitus* definiert sich als eine dem Körper eingeschriebene Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsmatrix, d. h. ein System verinnerlichter Muster, das festlegt, was dem Individuum als selbstverständlich, richtig oder erstrebenswert gilt (Rey 2004: 335). Der *Habitus* wird so zu einer im Körper inkarnierten, zu Natur gewordenen Geschichte kollektiver, gesellschaftlich variierende Gewohnheiten (Jurt 2010: 5, 13). Bourdieu bezeichnet *Habitus* als eine generative Grammatik der Handlungsmuster, wobei eine akteurszentrierte Perspektive fokussiert wird (Jurt 2010: 9). *Habitus* bezeichnet strukturierte Strukturen, die ein Produkt der Vergangenheit sind und die Vorstellungen und Handlungsformen der Gegenwart prägen. Während die dauerhaft wirkenden Dispositionen den Eindruck von Regelmäßigkeit erwecken, ist keine Regel als Ursprung auszumachen. Bourdieu illustriert diese Regelmäßigkeiten der Vorstellungs- und Handlungsmuster am Bild eines Orchesters ohne Dirigenten (Jurt 2010: 10). Jurt (2010: 10) fasst zusammen:

„Der *Habitus* bedeutet, dass sich frühere Erfahrungen in der Form von Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata niederschlagen, die dann bei neuen Problemen in analoger Form übertragen oder modifiziert werden, was die Konstanz der Praktiken viel eher garantiert als formale Regeln oder Normen. Beim *Habitus* handelt es sich um ein erworbenes und nicht um ein angeborenes („natürliches“) Erzeugungsschema; darum können alle Gedanken, Wahrnehmungen und Handlungen frei hervorgebracht werden, die innerhalb der Grenzen dieses *Habitus* (als der Hervorbringungsbedingung) liegen.“

Der *Habitus* ist dauerhaft, aber nicht unveränderlich, wobei Bourdieu einräumt, dass die meisten Menschen rein statistisch auf Umstände treffen, die in Einklang mit den Kontextfaktoren stehen, die ihren *Habitus* ursprünglich geformt haben, wodurch Erfahrungen gemacht werden, die ihre Dispositionen verstärken (Jurt 2010: 13, 14). Individuen derselben Klasse weisen Bourdieu zufolge einen relativ homogenen *Habitus* auf, da sie ähnliche prägende Erfahrungen im Hinblick auf Familienstruktur, Bildung etc. durchlaufen (Rey 2004: 335). Bourdieu bezeichnet den *Habitus* als das Körper gewordene Soziale (Nestvogel o. J.: 31). Sozialstrukturen beruhen auf der Regularität gemeinsamer Praktiken, deren Zustandekommen den Handelnden zumeist nicht bewusst ist (Petermann 2004: 985). Der sog. *primäre Habitus* wird im Laufe der Sozialisation<sup>242</sup> in der Familie ausgebildet, wobei Denk- und Handlungsweisen, die mit dem sozialen Status der Eltern in Zusammenhang stehen, verinnerlicht und im Denken, Handeln und Reden reproduziert werden. Die Position, die die Familie im sozialen Raum einnimmt,

---

<sup>242</sup> Während *Enkulturation* das Erlernen kultureller Muster von und für Verhalten bezeichnet, verweist *Sozialisation* auf die Anpassungen an gesellschaftliche Verhaltens- und Rollenerwartungen (Beer 2006: 66). Sozialisation bezeichnet „weniger einen Prozess des aktiven Lernens, sondern das passive Formen des Individuums durch gesellschaftliche Strukturierung.“ (Gingrich/Zips 2006: 283)

wirkt dabei prägend. Ein *sekundärer Habitus* bildet sich Bourdieu zufolge durch die Sozialisation im Schulwesen aus, wobei der primäre Habitus verstärkt oder modifiziert werden kann (Jurt 2010: 11). Die sozialen Akteure sind so disponiert, dass sie die sozialen Strukturen ihrer Sozialisation durch ihre Praxis unwissentlich und unwillentlich fortführen (Petermann 2004: 985). Habitus wird demzufolge in klassenspezifischer Sozialisation erworben und zeigt sich gegenüber wechselnden Kontexten relativ stabil, was eine deterministische Tendenz dieses Begriffes offenbart (Jurt 2010: 14).

Mit der Habitus-Theorie stellt Bourdieu eine Relation zwischen Individuum und sozialen gesellschaftlichen Strukturen her, wodurch der Dualismus zwischen diesen beiden Konzepten aufgehoben werden soll (Nestvogel o. J.: 31). Bourdieu bezeichnet die Gesamtgesellschaft als *sozialen Raum* (Nestvogel o. J.: 28).

„Mit der Position im sozialen Raum sind spezifische Dispositionen, Wahrnehmungs-, Deutungs-, Bewertungs- und Handlungsschemata verbunden, die den jeweiligen Habitus ausmachen. Der Habitus ist strukturiert (durch die Sozialisationserfahrungen der Vergangenheit) und strukturierend (indem er auf seine Umwelt einwirkt).“ (Nestvogel o. J.: 31)

Im sozialen Raum befinden sich Statusgruppen, die sich durch differente Lebensweisen voneinander unterscheiden. Die menschliche Gesellschaft ist multidimensional, d. h. sie besteht aus zahlreichen verbundenen, relativ homogenen *Feldern*<sup>243</sup> (Rey 2004: 332). Ein bestimmtes Feld, z. B. das religiöse, ist ein Bereich, in dem Individuen und Institutionen um die Produktion, Aneignung und Kontrolle unterschiedlicher feldspezifischer Kapitalformen konkurrieren (Rey 2004: 331). Alle Felder folgen einer ökonomischen Logik, d. h. der Maximierung von Material oder symbolischem Profit, wobei *Kapital* von einem Feld in ein anderes transferiert werden kann (Rey 2004: 333). In diesem Zusammenhang differenziert Bourdieu zwischen drei Kapitalarten: ökonomisches, soziales und kulturelles (Nestvogel o. J.: 29, 30).<sup>244</sup> Die Position des Individuums im sozialen Raum hängt von Kapitalvolumen und der spezifischen Zusammensetzung der Kapitalarten ab. Jede Kapitalart kann in eine andere konvertiert werden, wobei die Tauschformen den Regeln des sozialen Raumes unterliegen (Nestvogel o. J.: 30). Mit der Kapitaltheorie beschreibt Bourdieu die unterschiedlichen Strategien von Angehörigen sozialer Gruppen, Prestige, Wertschätzung und Anerkennung, d. h. symbolisches Kapital, zu gewinnen (Petermann 2004: 983, 984). Habitus bezeichnet die Verinnerlichung objek-

---

<sup>243</sup> Die Ausbildung des Habitus-Begriffes erfolgte zeitlich vor der Entwicklung der Feldtheorie (Jurt 2010: 14).

<sup>244</sup> *Ökonomisches* Kapital konstituiert Vermögen, Einkommen und Geld, während *soziales* Kapital die der Person verfügbaren Sozialbeziehungen bildet. *Kulturelles* Kapital kann als *inkorporiertes*, d. h. verinnerlichtes Kapital die in Familie, Schule und Universität erhaltene Bildung als festem Habitusbestandteil beinhalten (Nestvogel o. J.: 29). In einem *objektivierten* Zustand besteht das kulturelle Kapital in Form von Kulturgütern wie Lexika, Büchern, Instrumenten, Bildern etc., während *institutionalisiertes* Kulturkapital die institutionelle Anerkennung von inkorporiertem Kapital in Form von Zeugnissen, Titeln und Diplomen darstellt (Nestvogel o. J.: 30).



tiver Strukturen des jeweiligen Feldes und bringt den Feldern entsprechend unterschiedliche Klassifizierungsschemata hervor, d. h. dasselbe Verhalten wird je nach Feld unterschiedlich bewertet (Jurt 2010: 15). Während der Habitus eines Individuums innerhalb eines Feldes relativ einheitlich ist (beispielsweise herrscht eine gewisse Vorhersehbarkeit bezüglich der Vorlieben der ‚Oberschicht‘ für bestimmte Sportarten, Gerichte und politische Werte vor) und die Positionen der Akteure in den verschiedenen Feldern im Allgemeinen homolog sind, zeichnet sich Bourdieus Verständnis von Habitus gleichzeitig durch eine inhärente Flexibilität aus, die Anomalien berücksichtigt. Habitus trägt dazu bei, das Feld als bedeutungsvolle, sinnhafte soziale Welt zu konstituieren, während das Feld den Habitus durch den Verlauf seiner individuellen und sozialen Entwicklung formt (Rey 2004: 336). Die *Strategie* der sozialen Akteure, je nach Struktur des Feldes die eigenen Dispositionen und Ressourcen einzubringen, wird akzentuiert. Eine „Determination der literarischen Position der Akteure durch ihr klassenmäßiges Ursprungsmilieu“ wird von Bourdieu somit verneint (Jurt 2010: 14). Handeln ist Bourdieu zufolge das Produkt der Begegnung zwischen Habitus und Feld (Rey 2004: 336). Sowohl die im Habitus des Einzelnen verinnerlichten als auch die objektiven Strukturen der spezifischen Logik eines Feldes sind nur in ihrem praktischen Vollzug sichtbar. Die ‚Spielregeln‘ eines Feldes sind keine expliziten Regeln wie normative Verhaltensanweisungen, sondern Regelmäßigkeiten, d. h. „strukturelle Tendenzen des in einem Feld üblichen, erwarteten und insofern ‚vernünftigen Verhaltens‘.“ Da der Habitus selbst das Produkt der Verinnerlichung dieser Regelmäßigkeiten ist, beinhaltet er eine Antizipation dieser (Gingrich/Zips 2006: 287). Der Einzelne ist weder vollständig frei noch gänzlich durch äußere Umstände und deren Strukturen determiniert, sondern findet immer gewisse Handlungs- und Deutungsspielräume zur Entscheidungsfindung vor (Gingrich/Zips 2006: 283).

Auf dieser wissenschaftstheoretischen Grundlage kann *disease comfort* durch die in Kapitel 3.3.4. beschriebenen psychiatrischen Hospitalisierungsrituale, die den Betroffenen mit der Krankenrolle vertraut machen, als Sozialisation in eine bestimmte Diagnose verstanden werden. Der Habitus wird geformt, wenn Betroffene in die soziale Welt der psychischen Erkrankung sozialisiert werden. Diese Habitualisierung in dem ‚Feld‘ der Psychiatrie erfolgt vor dem Hintergrund der Übernahme institutionalisierter Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsschemata des biomedizinischen Paradigmas, die sich prägend auf die Haltung, Eigenwahrnehmung und Lebensweise des Psychiatriepatienten auswirkt. Die Einverleibung des psychiatrischen Fachdiskurses als externe, objektive Struktur in internen Habitusstrukturen manifestiert sich unbewusst als *disease-comfort*-Ausprägungen. Durch diese Praxisform können sowohl Rückschlüsse auf den Habitus der Person, d. h. ihre ‚Klassenzugehörigkeit‘ als Patientin und damit verbundene Einstellungen und Prägungen als auch auf das Feld, d. h. die soziale

Welt der Psychiatrie mit ihren institutionalisierten Erklärungsmodellen, Behandlungsansätzen und strukturellen Einschränkungen, gezogen werden. Die Verinnerlichung des psychiatrischen Fachdiskurses in Form von diagnostischen Fremdzuschreibungen kann die Wahrnehmung der Umwelt, Lagentheorien, Selbstbild, Normen und Maßstäbe der Betroffenen nachhaltig prägen. Darüber hinaus kann sie besondere Formen von Gewohnheiten und Sozialverhalten von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen wie *disease-comfort*-Charakteristika fördern, die sich durch Praxis und Routine verfestigen. Habitus kann daher als die inkorporierte soziale Erfahrung des ‚psychisch Krankseins‘ beschrieben werden. Durch die spezifische Stellung des Patienten innerhalb des sozialen Feldes der Psychiatrie wird der Betroffene jedoch nicht vollständig determiniert, sondern besitzt eine gewisse Handlungsfreiheit. So sind die individuellen Praktiken innerhalb des spezifischen Rahmens der soziokulturellen Existenzbedingungen frei wählbar, weshalb nicht jeder Psychiatriepatient *disease comfort* ausdrückt. Darüber hinaus kann der Habitus als Produkt der Geschichte fortwährend modifiziert werden – beispielsweise durch das Engagement in Selbsthilfevereinen, die das Postulat der Psychopathologie ablehnen oder den diskursiven Austausch mit Nichtbetroffenen (Anm. S. T.). Welche *disease-comfort*-Erscheinungsformen ich im Laufe der empirischen Datenerhebungsphase beobachten konnte und welche Strategien Betroffene damit verfolgten, soll in den folgenden Kapiteln im Kontext der sozialen, zwischenmenschlichen Folgen dieser Verhaltensweisen eruiert werden.

## **6.2. Empirische Fallbeispiele**

Zu Beginn der von mir in der FHG angebotenen Fokusgruppenreihe am 16.1.19 hatte ich einfache Verhaltensregeln formuliert<sup>245</sup>, die ich in der ersten Sitzung präsentierte (und im Laufe der darauffolgenden Wochen des Öfteren wiederholen musste). Diese Regeln, die in jeder Selbsthilfegruppe in ähnlicher Form vorhanden sind, erachtete ich als Grundvoraussetzung für eine gewaltfreie Kommunikation sowie ein respektvolles, konstruktives Miteinander. Als Gedächtnisstütze für die TeilnehmerInnen legte ich zu Beginn jeder Fokusgruppensitzung ein DIN-A-4-Blatt in der Mitte des Tisches, an dem wir saßen, aus, auf dem diese Verhaltensregeln nachzulesen waren. Wie bereits erwähnt, machte ein Aushang am Schwarzen Brett der FHG über den gesamten Zeitraum der Fokusgruppensitzungen zusätzlich auf dieses Angebot aufmerksam. Neben den jeweiligen Daten waren auch die Themen, die wir behandeln würden, in chronologischer Reihenfolge verzeichnet, so dass sich jeder Besucher der FHG über eine

---

<sup>245</sup> Die von mir mündlich ausformulierten Stichpunkte lauteten respektvolles Miteinander, reden und zuhören, nicht urteilen, Selbstverantwortung, gegenseitige Wertschätzung, Vertraulichkeit und Pünktlichkeit.

mögliche Teilnahme an einer Sitzung seines Interesses Gedanken machen konnte. Am 30.1.19 fanden sich einige Teilnehmende im Malraum der FHG ein, um den Themenkomplex Krankheit I zu diskutieren. Nachdem ich fünf zusätzliche Minuten gewartet hatte, ging ich davon aus, dass kein Interessent mehr erscheinen würde (die Teilnehmerzahl schwankte, wie bereits erwähnt, mitunter beträchtlich) und begann die Sitzung um 11.05 Uhr mit der Präsentation eines Cartoons als Einstieg in die Diskussionsrunde. Nachdem ich ein paar Sätze gesprochen hatte, stand Nikolaus auf und wandte sich mit einer aggressiven, vorwurfsvollen Haltung an mich: „Die Anderen sind noch gar nicht da und Sie fangen schon an! Wir sind hier nicht in der Uni, sondern in einer Hilfseinrichtung. Die Leute, mit denen Sie zu tun haben, sind alle krank.“ Da ich den Wunsch nach Pünktlichkeit in ruhigem, freundlichem Tonfall bereits mehrmals erfolglos angesprochen hatte und ich Nikolaus' ausfällige Reaktion als unverhältnismäßig erachtete, nahm ich die Situation diesmal nicht duldsam und nachsichtig hin, sondern entgegnete spontan: „Ich bin auch ‚krank‘, ob ich nun von der Uni komme oder nicht. Und die Leute, die hier sitzen und mitmachen wollen, sind auch alle ‚krank‘. Trotzdem waren sie pünktlich.“ Nikolaus erwiderte nichts, sondern verließ den Raum, um Gäste der FHG zu suchen, von denen er annahm, dass sie an meiner Sitzung teilnehmen wollten. Tatsächlich erschien noch eine Person in seinem Gefolge. Auf Grund der von Sitzung zu Sitzung schwankenden Teilnehmerzahl, der Aushängung am Schwarzen Brett und meines beständig kommunizierten Wunsches nach Pünktlichkeit hielt ich es weder für notwendig noch für sinnvoll, vor Beginn jeder Sitzung durch die Räumlichkeiten der FHG zu wandern und potentielle TeilnehmerInnen zu fragen, ob sie an meiner Fokusgruppe partizipieren wollten. Tatsächlich bin ich im Laufe der Zeit dazu übergegangen, doch so zu verfahren, da ich die Erfahrung machen musste, dass wir nahezu keine Sitzung pünktlich beginnen konnten. Selbst nachdem ich als Geste des guten Willens das Akademische Viertel eingeführt hatte, erschienen immer wieder einzelne TeilnehmerInnen (zumeist ohne ein Wort der Erklärung) verspätet, was den Verlauf der Sitzungen erheblich beeinträchtigte, da ich die für das jeweilige Treffen geplante Vorgehensweise mehrmals erklären musste. Darüber hinaus geschah es oft, dass Teilnehmende mitten in der Sitzung den Raum verließen und nicht mehr zurückkehrten, ohne sich zu entschuldigen, einander ins Wort fielen und sich anschrien, wobei ich alle Mühe hatte, zu intervenieren. Auf meine kritischen Nachfragen erhielt ich zumeist folgende Antworten: „Ich kann nicht anders“, „Ich weiß auch nicht“, „Ich bin halt bipolar“ oder „So ist das halt mit der Erkrankung.“

So führte auch Nikolaus in dem oben dargestellten Beispiel die diagnostizierte psychische Erkrankung, d. h. das disease-Label an, um bestimmte Verhaltensweisen wie die Abwesenheit, Unpünktlichkeit etc. von Gruppenmitgliedern zu rechtfertigen. Sein Argument, dass es

normale Praxis sei, wenn psychisch Kranke in Hilfseinrichtungen auf Grund ihrer Beeinträchtigung Vereinbarungen und Regeln missachten, verliert an Schlagkraft, weil es Betroffene in der FHG gibt, die sich trotz der Erkrankung an Termine und Absprachen halten, einen ruhigen, respektvollen Umgangston pflegen etc. Einzig eine Argumentation aus egozentrischer Perspektive, die auf normativen Vorannahmen beruht („Unsere Erkrankung ist aber schlimmer als eure, deshalb dürfen wir das.“), könnte Nikolaus‘ These stützen. Eine relativistische Perspektive, die davon ausgeht, dass *alle* Gäste der FHG einen gewissen Leidensdruck verspüren und lernen müssen, mit der psychischen Beeinträchtigung umzugehen, scheint jedoch weitaus realistischer und gerechter. Während die Mehrheit der Betroffenen sich den spezifischen Alltagssituationen angemessen verhält und nicht auf den Krankenstatus als Rechtfertigung für Unpünktlichkeit, Aggressivität, das Nichtbefolgen von Grundregeln etc. zurückgreift, zeigen Nikolaus und Andere die *disease-comfort*-Perspektive auf, die im Folgenden in einem weiteren empirischen Fallbeispiel evident wird: Der Beginn der Fokusgruppensitzung am 17.4.19 verlief ruhig und harmonisch, bis Ludmilla, die – nicht nur im Rahmen der Fokusgruppe, sondern auch beim Frauenfrühstück der FHG, im Mittagstreff etc. – bereits des Öfteren durch cholerische, egozentrische Ausbrüche aufgefallen war, zehn Minuten zu spät dazustieß, das Gespräch sofort an sich riss und einen Streit mit einem anderen Teilnehmer provozierte, dem sie mehrmals ins Wort fiel. Kurze Zeit später verließen er sowie eine weitere Teilnehmerin mit den Worten: „Ich wäre gerne geblieben, aber mit der kann man ja nicht reden!“ den Raum. Als ich versuchte, Ludmilla zu beschwichtigen und positiv auf sie einzuwirken, ließ sie mich nicht ausreden, sondern fing an, mich anzubrüllen und zu beleidigen. Da meine persönliche Grenze überschritten war, erklärte ich, dass ich als Gruppenleiterin die Verantwortung trüge, gegebenenfalls eingreifen müsse und es jedem, der die von mir aufgestellten und mehrfach wiederholten Grundregeln einer gewaltfreien Kommunikation nicht respektieren könne oder wolle freistehe, zu gehen. Doch Ludmilla bestand darauf, zu bleiben, hörte jedoch nicht auf, die Sitzung durch Zwischenrufe und beleidigende Kommentare zu stören sowie die Anwesenden zu beschimpfen. Ich erklärte meinen Standpunkt, doch sie fiel mir erneut mit harschen Bemerkungen ins Wort. Auf meine ruhige Frage: „Darf ich ausreden?“ schrie sie nur: „Nein!“, um im weiteren Verlaufe ihre psychische Erkrankung zu schildern, wobei sie sich als Opfer darstellte, indem sie in einem hochaggressiven, lauten Tonfall aufzählte, was ihr im Leben bereits Schlimmes widerfahren sei. Es ist denkbar, dass eine bestimmte Gruppenkonstellation oder die Bemerkung eines Teilnehmenden in Ludmilla die Erinnerung an eine frühere, negative Erfahrung evoziert und entsprechend unangenehme Gefühle in ihr getriggert hat, die sie in Form von heftigen emotionalen und expressiven Reaktionen an den gerade Anwesenden ausgelassen hat. Trotz mehrmaligen guten Zuredens durch ver-

schiedene GruppenteilnehmerInnen gelang es jedoch nicht, sie zu beruhigen. Sie beharrte auf ihrem scheinbaren Recht, ihre GesprächspartnerInnen mit vorwurfsvollen, verletzenden Äußerungen vor den Kopf zu stoßen und der Gruppenleiterin permanent über den Mund zu fahren. Der Verweis auf ihre Erkrankung diente ihr hier als Apologie für ihr respektloses Verhalten und die diskreditierenden Äußerungen.<sup>246</sup>

Weitere empirische Illustrationen für an den Tag gelegtes *disease-comfort*-Verhalten stammen aus Teilnehmenden Beobachtungen, die ich im Rahmen der BPE-Jahrestagung durchführte, die vom 12.10.18 bis zum 14.10.18 in einer Jugendherberge in Kassel stattfand. Um 19.45 Uhr des 12.10.18 fanden sich zirka 140 BPE-Mitglieder im Veranstaltungsraum der Jugendherberge Kassel ein, um dem Vortrag des Betroffenen Gangolf Peitz zum Thema *Outsider Art* beizuwohnen. Der Raum war mit zirka 15 Reihen zu je zwölf Stühlen mit Blick auf ein Rednerpult im vorderen Teil des Raumes bestückt; der Vortragende sprach, hinter dem Pult stehend, mittels Mikrofon zum Publikum. Der einzige Ausgang bestand in einer Tür, die sich, aus der Perspektive des Vortragenden, auf der rechten Seite befand. Ich nahm in einer der hinteren Reihen Platz, um mir einen besseren Überblick über die mir größtenteils noch unbekanntes BesucherInnen zu verschaffen. Nachdem das Publikum die ersten fünf Minuten des Vortrags relativ still verfolgt hatte, verließen nun die Ersten den Raum, was durch die enge Anordnung der Stühle und Stuhlreihen und den Umstand, dass es nur einen einzigen Ausgang gab, nicht ohne Geräusche und eine gewisse Umständlichkeit ablief. Einige TeilnehmerInnen unterhielten sich trotz des Vortrags merklich hörbar. Als ich mich meinen Sitznachbarinnen näher zuwandte, fiel mir auf, dass die Frau, die zu meiner Linken Platz genommen hatte, scheinbar ungerührt alle paar Minuten hörbar aufstieß, während die Frau rechts von mir nach wenigen Minuten ebenfalls den Raum verließ. Währenddessen kamen immer wieder verspätete BesucherInnen an, die sich umständlich zu einem freien Platz vorarbeiteten. Ein Herr An-

---

<sup>246</sup> In diesem Zusammenhang irritierte mich, dass eine Fachkrankenschwester der Psychiatrie an der Sitzung teilnahm, die vollkommen passiv blieb (während Ludmilla verbal entgleiste, schüttelte sie nur mit dem Kopf oder hielt sich die Ohren zu), obwohl sie auf Grund ihrer Fachausbildung und des gesammelten Praxiswissens im Umgang mit aggressiven PatientInnen an einer Deeskalation der Situation hätte mitwirken können. Als ich sie am 24.4.19 darauf ansprach, erwiderte sie: „In der Psychiatrie werden einem Patienten, wenn er sich gar nicht beruhigt, Medikamente gegeben und er wird fixiert. In der Gruppe ist das aber eine schwierige Situation und ich weiß auch nicht, was man noch hätte tun können.“

Durch diesen Zwischenfall hat das Verhältnis zwischen mir und Ludmilla leider erheblich gelitten. Während sich im Laufe der Feldforschung zwischen uns eine Freundschaft entwickelt hatte, brach der Kontakt nach dieser Sitzung komplett ab. Ich war mir ihrer gelegentlich auftretenden cholерischen Wutausbrüche von Anfang an bewusst, doch die Heftigkeit dieser verbalen Attacke ließ mich schockiert zurück und beschädigte das für die Fortsetzung einer Freundschaft notwendige Grundvertrauen. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass sie gegebenenfalls reaktiviert werden kann. Perujo (2019: 105) argumentiert in diesem Zusammenhang, dass Ablehnung und Meidung zum Repertoire der Dynamiken einer Forschungsbeziehung gehören, die von beiden Seiten ausgehandelt wird.

fang fünfzig, den ich im Folgenden Jan nennen werde, erschien mit einer Verspätung von zehn Minuten und rief lauthals: „Oh, macht mal das Fenster auf, hier ist so eine schlechte Luft!“ in den Raum, ohne den Vortragenden zu beachten. Als niemand auf seine Äußerung einging, begab er sich unter geräuschvollem Stöhnen und Murmeln auf einen Platz, um schließlich ein paarmal lautstark zu gähnen. Nach weiteren zehn Minuten verließ er den Raum wieder; weitere Gäste folgten ihm. Eine Gruppe älterer Herren in der Reihe hinter mir riefen unter Gelächter und Gejohle, man solle hinten das Licht ausmachen, dann sei es gemütlicher. Der Referent musste mehrmals um Ruhe bitten, da ihn die ständigen Zwischenrufe und zahlreichen Privatgespräche störten. Nach etwa der Hälfte des Vortrages, der bis 20.30 Uhr dauern sollte, herrschte ein reges Kommen und Gehen. Zudem vernahm man laute Schnarchgeräusche von einer der vorderen Reihen. Nichtsdestotrotz verfolgten die meisten BesucherInnen den Vortrag bis zum Ende und verhielten sich dabei relativ ruhig.

Um 20.30 Uhr fand das Kulturprogramm des Abends statt, das von zwei Freiburger KünstlerInnen, die ebenfalls BPE-Mitglieder sind, dargeboten wurde: Mirko Olostiak-Brahms trug selbst verfasste Texte und Gedichte vor und ‚Flora Florenz‘ sorgte für die musikalische Darbietung selbstgeschriebener Lieder und Chansons. Zu dieser Veranstaltung war der Raum nur halb gefüllt, doch die Anwesenden verhielten sich größtenteils ruhig und lauschten interessiert. Als Mirko gerade einen seiner Texte vortrug, der von einem schlechten Tag handelte, an dem der Ich-Erzähler sich allein und wertlos fühlt, antriebslos ist und keinen Sinn in seinem Leben sieht, sprang Jan von seinem Platz auf und schrie erzürnt:

„Du mit deiner Scheißstimme und deiner Scheißgitarre, ich kann es nicht mehr hören! Und du mit deinem depressiven Geschwafel! Könnt ihr nichts Anderes? Wir könnten hier eine schöne Zeit haben und du ziehst uns immer nur runter mit deinen Scheißgedichten...!“

Daraufhin ertönten die ersten Raus-Rufe von Seiten des Publikums, doch Flora Florenz wandte ein: „Nein, nicht ‚Raus‘ rufen! Das ist unfair!“ Währenddessen schimpfte Jan im gleichen Tenor weiter, bis Mirko die Geduld verlor und seinerseits schrie: „Du kannst rausgehen, wenn es dir nicht gefällt!“, worauf Jan rot anlief und brüllte: „Ich bin auch Künstler, du Arschloch!“ Außer sich vor Wut rannte er zum Ausgang und schloss die Tür geräuschvoll hinter sich. Seit diesem Zwischenfall lag eine angespannte, nahezu bedrohliche Stimmung in der Luft des sich fortsetzenden Kulturabends, der harmonisch und gemütlich begonnen hatte.

Am nächsten Tag hatte ich Gelegenheit, mit Mirko über den Vorfall zu sprechen. Mit den Worten: „Bist du sehr geschockt, wie es hier zugeht?“, hatte er sich an mich gewandt. Dann räumte er ein: „Ich habe gestern Abend falsch reagiert. Ich habe mich auf Jan eingelassen, anstatt ruhig und besonnen zu handeln.“ Ich entgegnete, dass er sich keine Vorwürfe machen solle, da es schwierig sei, ruhig zu bleiben, wenn man beleidigt werde. Er antwortete: „Ja, schon, aber ich habe mir damit nur selbst geschadet. Denn danach war die Lesung für mich

gelaufen. Ich wollte eigentlich noch mehr vortragen, aber dann war die Luft raus.“ Darüber hinaus wandte er ein: „Manche Leute hier zeigen nicht die gewöhnlichen Umgangsformen wie zuhören, jemanden ausreden lassen etc. Es ist ein Spagat, sie darauf aufmerksam zu machen und sie gleichzeitig nicht ändern zu wollen, also so anzunehmen, wie sie sind.“

Diese empirischen Fallbeispiele verdeutlichen weitere *disease-comfort*-Ausprägungen, die Parallelen zu den von mir gemachten Beobachtungen und Erfahrungen im Rahmen der Fokusgruppensitzungen aufzeigen: Unpünktlichkeit, Zwischenrufe und weitere Störungen während des Betroffenenvortrags, die selbst nach der Bitte des Referenten um Ruhe nicht abnahmen, vorzeitiges Verlassen der Veranstaltung sowie darüber hinaus offen gezeigte Unaufmerksamkeit, zur Schau gestelltes Desinteresse etc., die in dieser Form, Häufigkeit und Intensität in einem anderen Kontext (z. B. im Rahmen nicht-betroffenen-zentrierter Veranstaltungen wie Universitätsvorlesungen, Gottesdienste, Klavierkonzerte, VHS-Vorträge oder Dichterlesungen) schwer vorstellbar sind. Die situationsspezifische Konstellation zwischen Mirko Olostiak-Brahms als Vortragendem und Jan als Störfaktor der Veranstaltung weist signifikante Gemeinsamkeiten mit der von mir gemachten Erfahrung mit Ludmilla auf. In diesem Zusammenhang thematisierte Mirko den schmalen Grat zwischen dem Versuch, die eigene Veranstaltung zu retten, einer empathischen, verständnisvollen Zuwendung und dem Aufzeigen von Grenzen, die dem Betroffenen verdeutlichen, dass sein Verhalten die Anwesenden stört, brüskiert, verletzt o. Ä.

Am Abend desselben Tages fand die BPE-Mitgliederversammlung im Veranstaltungsraum der Jugendherberge statt, die von zwei Vorstandsmitgliedern moderiert wurde. Nach einem langen Tag mit Vorträgen und Arbeitsgruppen schienen einige TeilnehmerInnen müde, unaufmerksam und nur noch beschränkt aufnahmefähig zu sein. So wurden immer wieder Zwischenfragen zu Themen gestellt, die bereits ausführlich erläutert worden waren, was den Fortgang der Veranstaltung erheblich verzögerte und die Moderatorinnen sichtlich enervierte. Darüber hinaus behinderte Jan die Bearbeitung der einzelnen Tagesordnungspunkte, indem er fortwährend unangemessene Fragen zu unpassenden Zeitpunkten stellte und seine Krankengeschichte zu Gehör brachte, wobei er die erlaubte Redezeit mehrmals überschritt. Schließlich verlor eine Moderatorin die Beherrschung und sie fuhr ihn an: „Jetzt halt‘ doch mal die Klappe!“ Die Stimmung kippte zunehmend in Richtung Anspannung und Aggressivität. Währenddessen versuchte Jan weiterhin, durch Zwischenrufe wie „Mich fragt ja keiner!“ auf sich aufmerksam zu machen. Nach der einstündigen Abendessen-Pause, die eigentlich dazu intendiert war, die erhitzten Gemüter zu beruhigen und die Aufnahmekapazität zu reaktivieren, eskalierte die Situation. Jan war außer sich und schrie permanent dazwischen: „Ich habe keine Rechte! Mich hört ja niemand! Alle mobben mich hier und grenzen mich aus! Niemand redet mit

mir!“, während er wild gestikulierte. Schließlich versuchte er, zu den beiden Moderatorinnen vorzudringen, woraufhin sich eine Traube aus männlichen BPE-Mitgliedern um ihn bildete, die versuchten, ihn zu beschwichtigen. Sie unterbreiteten ihm den Vorschlag, zusammen den Raum zu verlassen, um sich in Ruhe unterhalten zu können. Jan entgegnete: „Ihr wollt mich nicht hier haben! Ich darf hier nichts sagen!“ Als Antwort rief ein Herr aus dem Publikum: „Du hast schon mehr gesagt als wir alle zusammen!“ Nach langen Minuten des Verhandels und Zuredens verließ Jan schließlich in Begleitung mehrerer BPE-Mitglieder, die die ganze Zeit über ruhig und besonnen mit ihm umgegangen waren, den Raum. Eine Moderatorin atmete durch: „Gut, dann müssen wir nicht abstimmen, ob wir die Polizei rufen sollen.“ Diese Aussage veranlasste einen Herrn, von seinem Stuhl aufzuspringen und wutentbrannt in den Raum zu brüllen: „Seid ihr jetzt alle bescheuert?! Ihr könnt doch deswegen nicht die Polizei rufen!“ Erbost verließ er den Raum. Nach ein paar Minuten kehrte er zurück und wirkte sichtlich entspannter. Die restlichen Tagesordnungspunkte der Mitgliederversammlung konnten ohne weitere Zwischenfälle abgearbeitet werden.

Der Geschäftsführende Vorstand des BPE (2018: 19) reagierte in einer öffentlichen Stellungnahme auf das Verhalten von Jan:

„[W]ir sind alle sehr verschieden und nicht immer einfach, verträglich usw. (...) Aus gegebenem Anlass ist uns wichtig, darauf hinzuweisen, dass auch Ver-rücktheiten kein schlechtes Benehmen entschuldigen. Auch wir dulden nicht jedes Verhalten auf unserer Jahrestagung, weil die persönliche Freiheit dort endet, wo andere BesucherInnen beeinträchtigt werden.“

Insgesamt betrachtet, verschaffte sich Jan in dem oben dargestellten Beispiel in ähnlicher Form wie Ludmilla Gehör und argumentierte, dass niemand auf ihn eingehe. Hier wird der starke Wunsch der beiden Betroffenen nach Aufmerksamkeit, Interesse, Verständnis und empathischer Zuwendung deutlich. Durch die situationsspezifische Unangemessenheit der *disease-comfort*-Ausdrucksweise (Aggressivität, Beharren auf dem eigenen Standpunkt, verbale Entgleisungen etc.) fällt es den Anwesenden jedoch oftmals schwer, in gewünschter Weise auf die Betroffenen einzugehen, was Letztere noch mehr in Rage versetzt und zu einer endgültigen Eskalation der Situation führen kann. Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose wie Ludmilla und Jan stellt *disease-comfort*-Verhalten demnach eine (mehr oder weniger erzwungene) Möglichkeit bereit, das Bedürfnis zu befriedigen, die eigene disease-Historie, besondere problematische lebensgeschichtliche Prozesse sowie illness-Erfahrungen narrativ zu fassen und einer (frei- oder widerwilligen) Zuhörerschaft zu präsentieren. Doch auch Betroffene erkennen an – wie das oben dargestellte BPE-Zitat verdeutlicht –, dass der Verweis auf eine Erkrankung nicht jede Form unangemessenen Verhaltens rechtfertigen kann.

Dass Psychiatrieerfahrene sich der Problematik, aus dem persönlichen Krankenstatus individuelle Vorteile zu ziehen, durchaus bewusst sind, zeigt der Verlauf der Fokusgruppensitzung



am 6.2.19 zum Thema psychische Krankheit. Nikolaus stellte die Frage in die Runde: „Habt ihr die psychische Krankheit als Ausflucht fürs Nichtstun benutzt?“, worauf Mario entgegnete: „Ja, am Anfang, als ich 15 war und die Krankheit ausgebrochen ist, schon. Da dachte ich mir, ich bin krank, ich muss nichts tun.“ Gabriel warf ein: „Man wird träge und passiv. Es ist Gewohnheitssache.“ „Ja, aber habt ihr euch verweigert?“, beharrte Nikolaus und wollte auf diese Weise in Erfahrung bringen, ob die anderen Teilnehmenden seine Erfahrungen teilten. Mario entgegnete: „Es ist eher so, dass ich es mir nicht zutraue.“

In der Gesamtschau werden an den dargestellten empirischen Beispielen die unterschiedlichen Facetten des *disease comfort* evident: *Comfort* bezeichnet sowohl die *Bequemlichkeit* innerhalb des Krankenstatus<sup>4</sup>, in dem man es sich *gemütlich* macht und damit verbundene Annehmlichkeiten ausschöpft wie das Umgehen unangenehmer Regeln und das Heranziehen der Diagnose als Entschuldigung für unangemessenes Verhalten (hier: die mangelhafte Bereitschaft einiger Teilnehmenden, die Fokusgruppe von selbst pünktlich aufzusuchen, der Widerwille, sich im Rahmen von Vorträgen und Gruppensitzungen an grundsätzliche Verhaltensregeln (wie zuhören, das Gegenüber ausreden lassen, auf Zwischenrufe verzichten, dem Vortrag auch bei geringem Interesse bis zum Schluss beiwohnen, um den weiteren Verlauf nicht zu stören etc.) zu halten und das Beharren auf dem eigenen Standpunkt, obwohl das aggressive Verhalten die Beteiligten sichtlich stört, kränkt o. Ä.). Da Betroffene auf die persönliche Erkrankung als Apologie für ihre Unzulänglichkeiten zurückgreifen, dient sie hier als vermeintlicher *Rückzugsort* vor gestellten Anforderungen und Vorwürfen, wenn diese nicht erfüllt werden (können). In der Erkrankung kann ein gewisser *Trost* gefunden werden, da sie vor Erklärungsnöten, verbalen Auseinandersetzungen und gravierenden Konsequenzen, die Menschen ohne psychiatrische Diagnose drohen können, wenn sie sich vermehrt nonkonform verhalten, *schützen* soll. Wenn PsychatriepatientInnen sich durch *disease-comfort*-Artikulationen nicht für ihr unangemessenes Verhalten verantworten müssen, bedeutet das zunächst eine subjektive *Erleichterung*.<sup>247</sup> Gleichzeitig macht Betroffene dieser *Komfortstatus* „träge und passiv“; er wird zur Gewohnheit. Man *richtet sich* in dem Krankenstatus *ein* und verliert zunehmend die Fähigkeit, Eigenverantwortung zu übernehmen, was sich negativ auf Handlungsfähigkeit, Eigeninitiative und Selbstvertrauen auswirken kann, wie Mario in seinen Ausführungen umreißt. Ein weiterer Aspekt des *Trostes* und der *Erleichterung* durch *disease comfort* kann in seiner *Ventilfunktion* für die im Zuge der psychischen Krankheit entstandenen persönlichen Nachteile wie Stigmatisierung, Verlust von Arbeitsplatz und/oder Sozialpartne-

---

<sup>247</sup> Wie gezeigt wurde, ist *disease-comfort*-Verhalten jedoch nicht immer zielführend, d. h. kritische Nachfragen und Unmut seitens des Gegenübers können in bestimmten Situationen trotzdem nicht verhindert werden.

rInnen, Selbst- und Fremdvorwürfe etc. gesehen werden. Praxis und Routine können zu einer weiteren Verfestigung von *disease-comfort*-Performanz führen.

### 6.3. Weiterführende Fragestellungen

Aus den empirischen Fallbeispielen wird ersichtlich, dass sich *disease comfort* situationsspezifisch und kontextabhängig zeigt, wobei Modifikationen der Rahmenbedingungen zu einem veränderten Verhalten der Betroffenen führen können. In einem nicht-medizinischen Kontext spricht Stodulka (2016: 113) von affektiven Vermeidungs- und Aufmerksamkeitsfeldern als subjektive Zonen antizipierter Stresssituationen einerseits und Sicherheit, sozialer, ökonomischer, materieller und anderer Vorteile andererseits, die von Betroffenen gezielt aufgesucht werden. Stodulka (2016) untersuchte die affektiven Dynamiken der sozialen Interaktionen zwischen Akteuren in signifikanten asymmetrischen Machtpositionen am Beispiel der *anak Bendoro* und *anak Congklak* in Yogyakarta. NGO-Mitarbeitende und freiwillige AktivistInnen wurden von Mitgliedern der Straßengemeinschaften positiv evaluiert, wenn sie ihre Lebensweise verstanden, Zeit mit ihnen verbrachten, keine falschen Fragen stellten, finanzielle Unterstützung leisteten und sie nicht dazu verpflichteten, festgelegte Zeitplänen einzuhalten oder Pflichtveranstaltungen zu besuchen (ebd.: 145). AktivistInnen dagegen mussten sie mehrmals daran erinnern, dass klar artikulierte Verhaltensregeln befolgt und die gebotenen Leistungen wie die Teilnahme an Workshops und der Aufenthalt in offenen Häusern nicht nur mit Privilegien, sondern auch Verantwortung und Verpflichtungen verbunden waren (ebd.: 146). Die Frustration unter einigen Mitarbeitenden über eine mangelhafte Kooperationsbereitschaft und das Missachten von Vereinbarungen, die mit der Bereitstellung von Leistungen verbunden waren, wird an Hand mehrerer Fallbeispiele dargestellt. So wurde das Bereitstellen von Workshops, Arbeits- und Bildungsangeboten von einem Streetworker als nutzlos bezeichnet (ebd.: 148), wobei sich manche Straßengemeinschaften zugänglicher und kooperativer zeigten als andere. Die mangelhafte Wertschätzung der Versorgung mit Bildungsprogrammen, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Rechtsbeistand sowie Unterstützung im Umgang mit Behörden führte dazu, dass Mitglieder der *anak Bendoro* von AktivistInnen als verantwortungslos, arrogant und verwöhnt dargestellt wurden. Wenn sie sich jedoch vernachlässigt oder ungerecht behandelt fühlten, klagten sie die NGO-Mitarbeitenden an, unfair zu sein und sie auszubeuten (Stodulka 2016: 150).

Signifikante inhaltliche Parallelen zu meinen obigen empirischen Fallbeispielen im Kontext von *disease comfort* können konstatiert werden: Der Erhalt von sozialen Leistungen (das Verbringen von zwangsloser Zeit mit der Forscherin bzw. NGO-MitarbeiterInnen, welche die

Selbstnarrativen Betroffener in geduldiger sowie empathischer Art und Weise rezipieren und Verständnis für die Lebenssituation der ProtagonistInnen aufbringen sollen) ohne unangenehme Verpflichtungen (die Befolgung von Verhaltensregeln, die Einhaltung von Fristen, Zeitplänen etc.) wird von Betroffeneneseite als Idealzustand evaluiert. Wenn sie auf ihre Verantwortung hingewiesen werden, reagieren einige Teilnehmende ungehalten in Form von Anschuldigungen und Vorhaltungen, ungerecht und in ausbeuterischer Weise mit ihnen umzugehen. In meinen Fallbeispielen wurde mir vorgeworfen, nicht ausreichend Verständnis für die Erkrankung und damit verbundene Einschränkungen aufzubringen und Psychiatrieerfahrene wie Studierende meines Kurses zu behandeln. Unter den Beschuldigten können sich dadurch zunehmend Gefühle der Frustration ausbreiten, die den Nutzen der Zusammenarbeit und den Sinn der erbrachten Leistungen wie Fokusgruppe, Arbeitsangebote, Bildungsprogramme etc. infrage stellen. Die Kontextabhängigkeit der affektiven Vermeidungs- und Aufmerksamkeitsfelder lässt die Vermutung zu, dass manche Teilnehmenden gehäufte Unpünktlichkeit und Aggressivität möglicherweise nicht ausgelebt hätten, wenn ich die Fokusgruppe beispielsweise im Rahmen einer therapeutischen Sitzung in einer psychiatrischen Einrichtung abgehalten hätte. In diesem Fall hätten sie sich mit größerer Wahrscheinlichkeit an die Einhaltung von Terminen, Absprachen und institutionellen Regeln gehalten, da psychiatrische Kliniken über spezifische Sanktionsmöglichkeiten verfügen. So sind medizinische Fachangestellte dazu berechtigt, die Krankenkasse des Betroffenen bei gehäufter Abwesenheit, Unpünktlichkeit oder Noncompliance desselben darüber zu informieren, woraufhin der Versicherungsträger die Kostenübernahme der psychiatrischen Krankenhausbehandlung einstellen kann. Demgegenüber konnte ich als Hospitantin – im Gegensatz zu MitarbeiterInnen der FHG sowie FachärztInnen, PsychologInnen etc. – nicht von dem jeweiligen Hausrecht Gebrauch machen, bestimmten Teilnehmenden schlimmstenfalls die Tür zu weisen, worüber sich die Gäste der FHG im Klaren waren. Demzufolge erscheint es äußerst fraglich, ob sie dieselben nonkonformen Verhaltensweisen auch unter modifizierten Bedingungen ausleben würden, z. B. im Rahmen einer Fokusgruppe, die von einer FHG-Mitarbeiterin geleitet wird oder in der von einem Psychologen durchgeführten Gruppensitzung einer psychiatrischen Klinik. Auch Jan und Ludmilla hätten in einem anderen Kontext auf Grund ihres hochaggressiven, beleidigenden Verhaltens mit drastischeren Maßnahmen rechnen müssen: Sie hätten (unter Hinzuziehung der Polizei) des Hauses verwiesen oder psychiatrischen Zwangsmaßnahmen ausgesetzt werden können. Doch im Rahmen der Fokusgruppe einer niederschweligen Hilfseinrichtung sowie in der Zusammenkunft eines (psychiatriekritischen bzw. antipsychiatrisch eingestellten) Selbsthilfevereins konnten Bereitschaft und Wahrscheinlichkeit, dass ihnen rechtliche Schritte und/oder psychiatrische Interventionen drohen, von den Betroffenen (ob bewusst oder unbe-

wusst) als gering eingeschätzt werden, so dass sie die jeweiligen Ausprägungen des *disease comfort* in diesen Aufmerksamkeitsfeldern ohne die Gefahr gravierender Konsequenzen ausleben konnten. In einer Gesamtschau wird die Anpassungsfähigkeit von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen evident, d. h. sie antizipieren vor dem Hintergrund der spezifischen Kontextsituation, ob ihre *disease-comfort*-Performanz den gewünschten Erfolg zeitigt oder negative Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Stodulka (2016: 160) Ethnografie legte darüber hinaus den umsichtigen Opportunismus der Protagonisten offen. Sie passen ihre emotionalen Performanzen der Situation und des Kontextes der sozialen Begegnung an. Durch den Rückgriff auf mehrere Interaktionspartner wie Journalisten, lokale Aktivisten, Reisende, Forscherinnen etc. erweitern sie ihre Sozialbeziehungen, um die anvisierten Leistungen wie Konsumgüter, medizinische oder finanzielle Unterstützung, Obdach, sexuelle Beziehungen etc. zu erhalten (ebd.: 161).<sup>248</sup> Die sozialen Akteure wandeln die begrenzten materiellen, sozialen, ökonomischen, professionellen und sozialen Ressourcen in affektive Bindungen und lebenswichtige sozioökonomische Kooperationsformen mit zahlreichen Akteuren des weit verzweigten sozialen Netzwerks um (ebd.: 163). In Fallanalysen emotionaler Episoden zeigt Stodulka (2016: 162), dass eine adäquate Performanz und Kommunikation von Emotionen eine Fertigkeit für die Generierung von sozialem Kapital ist, das in ökonomisches transferiert werden kann. Die Fähigkeit der *anak Bendoro* und *anak Congklak*, die Darstellung ihrer Emotionen dem Kontext und den GesprächspartnerInnen anzupassen, kann als symbolisches Kapital betrachtet werden, das der Erschaffung, dem Zugang, der Mobilisierung sowie der Erweiterung sozialer Verbindungen und Kooperationen dienen kann. Yang und Kleinman (zitiert nach Stodulka 2016: 163) bezeichnen soziales Kapital als Akkumulation von Vertrauen durch die gegenseitige Kooperationsbereitschaft. In marginalisierten Kontexten kann Empathie eine lebenswichtige Grundlage für die Transformation unvorteilhafter Machtasymmetrien in soziales und ökonomisches Kapital konstituieren. Die Empathie der Protagonisten und die daraus resultierende Performanz von kontextuell angepassten Emotionen sind entscheidende soziale und emotionale Kompetenzen, um Vertrauen aufzubauen und als affektive ‚Währung‘ in emotionalen Ökonomien zu verbreiten. Erfolgreiche soziale Begegnungen können in einem erhöhten subjektiven Wohlergehen resultieren, weshalb die Protagonisten gezielt die Aufmerksamkeit von und Interaktion mit Sozialpartnern wählen, von denen sie sich affektive, soziale und ökonomische Vorteile versprechen (Stodulka 2016: 163, 165).

---

<sup>248</sup> Stodulka (2016: 161) betont, dass auch die Gesprächspartner wie NGO-AktivistInnen, Reisende etc. von dieser sozialen Interaktion profitieren. So kann das generierte soziale Kapital aus den Forschungsbeziehungen des Ethnografen im Feld in kulturelles Kapital in Form von Bildungsqualifikationen und ökonomisches Kapital wie eine Festanstellung transformiert werden.

Während der letztgenannte Aspekt auch auf Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose zutrifft (siehe oben), fallen sie im Rahmen ihres *disease-comfort*-Verhaltens oftmals durch ein mangelhaftes Einfühlungsvermögen auf. Die unzureichende Fähigkeit zur Empathie wird daran ersichtlich, dass Betroffene kaum antizipieren bzw. imaginieren, wie ihre emotionalen, z. T. hochaggressiven Expressionen auf das Gegenüber wirken. Die Art und Weise, wie sich Betroffene ‚Luft verschaffen‘ und ihre Frustration äußern, führt nicht zwangsläufig zu dem angestrebten Mitgefühl seitens der sozialen Umwelt, sondern kann – wie gezeigt wurde – im Gegenteil Unverständnis und eine abwehrende Haltung provozieren, die eine weitere empathische Annäherung erschweren oder sich negativ auf bereits existierende Sozialbeziehungen auswirken können. Soziales Kapital kann hier durch die ProtagonistInnen nicht aufgebaut oder vermehrt werden, sondern ist im Gegenteil hochgradig *gefährdet*. Während Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose in einer aus soziologischer Perspektive selbstermächtigenden Manipulation bewusst oder unbewusst auf ihr Gegenüber einwirken und kurzzeitig das Ziel einer erhöhten Aufmerksamkeit für sich und ihre illness-Narrativen erreichen können, wirkt sich ihr Verhalten in einer Langzeitperspektive mitunter selbstschädigend aus, da eine erhöhte Gefahr besteht, dass sich die GesprächspartnerInnen verstört oder verärgert von ihnen abwenden und den Kontakt gänzlich abbrechen. Der Verlust von sozialem Kapital als realistische Folgeerscheinung von *disease-comfort*-Verhalten kann sich für die ohnehin sozial, ökonomisch und gesellschaftlich marginalisierten Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose fatal auswirken, da funktionierende Sozialbeziehungen – wie gezeigt werden konnte – neben dem sozialen Mehrwert oftmals auch die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung, affektiven Anteilnahme und anderer Kooperationsformen beinhalten.

Weiterführende Fragestellungen und Problemfelder des *disease comfort* bestehen in der Abgrenzung zu tatsächlichen psychopathologischen Auffälligkeiten bzw. klinischen Krankheitsbildern. Ob beleidigende Äußerungen, Kontrollverlust oder übergriffiges Verhalten eines Betroffenen als *disease comfort* oder als Symptome einer manischen Episode, akuten Psychose o. Ä. einzuordnen sind, können EthnografInnen auf Grund ihrer fehlenden fachmedizinischen Ausbildung in der Regel nur schwer deuten. Gleiches gilt für die Manifestation von Unpünktlichkeit, dem kontinuierlichen Missachten bestimmter Verhaltensregeln etc. auf Grund von Antriebslosigkeit, Desinteresse, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen und/oder Gefühlen der Sinnlosigkeit, die in diesem Zusammenhang auch als Symptome einer depressiven Episode interpretiert werden könnte. Zudem sollten Triggerreize, die auf zugrunde liegende ungelöste Konflikte und unverarbeitete Vorerfahrungen verweisen und Betroffene dazu veranlassen können, kurzzeitig physisch und/oder verbal die Beherrschung zu verlieren, als mögliche Ursache für gezeigtes *disease-comfort*-Verhalten mitgedacht werden. Für eine wei-

terführende Untersuchung der Interferenzen des *disease comfort* mit psychiatrischen Krankheitskonzeptualisierungen bzw. Symptomkonstellationen ist daher eine interdisziplinär ausgerichtete Zusammenarbeit mit klinisch geschulten NaturwissenschaftlerInnen und PsychologInnen als beratende ExpertInnen ratsam. In einem weiteren Schritt kann eine Anwendung des *disease comfort* über den psychiatrischen Kontext hinaus auf somatische Krankheiten bzw. Beeinträchtigungen erprobt werden. Aus eigenen empirischen Beobachtungen kann das Beispiel des älteren Herrn angeführt werden, der sich an der Supermarktkasse vordrängt, weil er am Stock geht, der Mutter, die sich nach dem Auffahrunfall ihres Sohnes als Beifahrerin mit den Worten: „Ich hatte letztes Jahr einen Herzinfarkt!“ an den betroffenen Fahrzeughalter wendet oder des Mannes mit gebrochenem Arm, der angibt, bestimmte alltagspraktische Verrichtungen nicht ausüben zu können, die er noch vor der Ankunft der Haushaltshilfe selbstständig erledigte. Die weiterführende (interdisziplinäre) Erforschung von *disease-comfort*-Ausprägungen kann so ein interessantes, vielversprechendes, instruktives, vielfältiges zukünftiges Forschungsfeld konstituieren.

Da eine genaue Ausdifferenzierung zwischen Formen des *disease comfort* und *Psychopathologien*, wie gezeigt wurde, oftmals schwer zu treffen ist, muss eine vorsichtige, sensible und empathische Evaluierung der Verhaltensweisen von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose sichergestellt werden. Die Unfreiwilligkeit ihrer Situation und mancher ihrer von Außenstehenden als unangemessen empfundenen Verhaltensmuster, die auf einem Triggern von durchlittenen traumatischen Erfahrungsinhalten beruhen können, ist zu berücksichtigen, um einer (Vor-)Verurteilung bzw. moralisierenden Abwertung Betroffener vorzubeugen. Es darf nicht vergessen werden, dass psychisch Kranke oftmals Opfer gesellschaftlicher Stigmatisierungsprozesse sind, wie die britische Patientenrechtlerin Liz Sayce (zitiert nach Finzen 2013: 156) akzentuiert, im Rahmen der sekundären Devianz die zugeschriebenen stereotypisierten Verhaltensweisen übernehmen und für gesellschaftlich anerkannte und erwünschte Performanz der Krankenrolle belohnt werden können (Estroff 1981: 228). Sie sind erst wieder in der Lage, diese Rolle endgültig abzulegen, wenn sie von FachärztInnen entstigmatisiert, d. h. für gesund erklärt werden (vgl. Helman 2001: 175). Heinz (2014: 316) argumentiert, dass die individuelle Identitätsbildung in kontinuierlichen Kommunikations- und Kooperationsprozessen entsteht, so dass sich alle Formen sozialer Exklusion, Entwertung und Demütigung desaströs auf diese Identitätsbildung auswirken können. Meidungsverhalten, Gefühle der Inkompetenz und Minderwertigkeit, Selbstzweifel und soziale Ängste können als Folge der psychiatrischen Diagnostik zu einem gravierenden sekundären Problem für Betroffene werden, die sich in Form von kritischen, als alternativlos empfundenen Verhaltensmuster perpetuieren (vgl. Estroff 1981: 234). In diesem Sinne kann *disease-comfort*-Verhalten als Hilferuf Betroffener

nach mehr Verständnis, Empathie und Zuwendung aufgefasst werden. Aus diesen Gründen sollte die Anwendung des *disease comfort* nur unter Berücksichtigung von Grundkonzepten der Stigmatheorie unter besonderer Berücksichtigung von Formen der sekundären Devianz erfolgen. Dabei sind *sowohl* soziologisch-ethnologische *als auch* psychiatrische Definitionen von Selbststigmatisierungsphänomenen auf psychische Krankheiten anwendbar.

## 7. Schlussbemerkung

„Der Körper ist der Übersetzer der Seele ins Sichtbare.“  
(Christian Morgenstern)

In einer Zusammenfassung kann konstatiert werden, dass soziokulturelle, multidimensionale, relationale und kulturellrelativistische Normalitätskonzepte auf geteilte, jedoch wandelbare und dynamische Wertvorstellungen über angemessenes Verhalten und Zusammenleben verweisen. Im Gegensatz dazu fußt ein Großteil biomedizinischer Herangehensweisen an Normalität auf einem Krankheitsbegriff, der unter Bezugnahme auf physische und biochemische Parameter an Hand standardisierter Normalwerte evaluiert wird. Medizinische Definitionen von Krankheit wurden am Beispiel von Hucklenbroichs (2008) und Heinz' (2014) Modellen illustriert. So schließt Heinz (2014) im Gegensatz zu Hucklenbroich (2008) Persönlichkeitsstörungen *nicht* in die Krankheitsnosologie ein. Es konnte gezeigt werden, dass psychiatrische Störungsbilder in der Praxis jedoch de facto wie Krankheiten behandelt werden. Medizinische Krankheitsdefinitionen unterscheiden sich von sozialrechtlichen und -wissenschaftlichen. Während erstere (fach)ärztliche Interventionen rechtfertigen, weisen sozialrechtliche Definitionen den Betroffenen mit dem Krankheitsbegriff verbundene Leistungen und Privilegien zu. Sozialwissenschaftliche Herangehensweisen betrachten Krankheit als soziales Urteil, normatives Etikett oder allgemeiner formuliert als ein auf soziokulturellen Vorstellungen und Werten basierendes Konstrukt. Im 19. Jahrhundert wurden religiöse und/oder moralische Deutungsversuche von ‚Wahnsinn‘ zunehmend durch medizinische Krankheitskonzeptualisierungen ersetzt. Während Psychiker und Somatiker eine anthropologisch verortete Psychiatrie vertraten, die eine ganzheitliche Krankheitslehre unter Berücksichtigung von Leib und Seele postulierte, fand die akademische Etablierung der Psychiatrie in starker Anlehnung an die prestigeträchtigen, im Aufschwung befindlichen Naturwissenschaften des 19. Jahrhunderts statt. Griesinger prägte das bis heute in psychiatrischen Fachdiskursen dominante Postulat, dass Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten seien, während sich im Gegenzug alternative, bis heute prägend wirkende psychologisch-philosophische Deutungsrichtungen formierten. Kontemporäre, integrative biopsychosoziale Ansätze gehen von dem Zusammenwirken genetischer Prädispositionen, neurochemischer bzw. biologischer Vorgänge und lebensgeschichtlicher, psychosozialer Faktoren aus, die den Verlauf der Erkrankung sowie die individuelle Prognose beeinflussen. So berücksichtigt das sog. *Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell* umweltbezogene, psychische und biologische Faktoren für die Genese einer psychischen Krankheit. Kritiker wie die *Mad Studies* und der BPE hinterfragen die Anwendbarkeit einer Krankheitsnosologie auf psychische Beschwerden grundsätzlich. Sie akzentuieren u. a.



die Schwierigkeit, psychischen Leidenszuständen die für eine medizinische Diagnostik bzw. die Anwendung des Krankheitsbegriffes notwendigen eindeutigen organischen Befunde bzw. neurobiologischen Korrelate nachzuweisen. Zudem konnte veranschaulicht werden, dass die historischen psychiatrischen Forschungsobjekte durch Vorschriften, soziale Entscheidungen sowie Werturteile des 19. Jahrhunderts determiniert wurden. Diagnostische Problemfelder ergeben sich zudem aus einer fehlenden einheitlichen Auslegung psychischer Leidenszustände auf Grund nationaler klassifikatorischer Unterschiede, des beträchtlichen subjektiven fachärztlichen Interpretationsspielraumes sowie differenter, z. T. widersprüchlicher innerfachlicher Erklärungsmodelle. Trotz der grundsätzlichen Problematik einer validen, reliablen und von Menschen mit psychischen Problemen akzeptierten Diagnostik wird eine zunehmende Medikalisierung mit steigenden Betroffenenzahlen, einer Ausweitung des Diagnosekataloges und polypharmazeutischen Tendenzen beobachtet, die eine Umetikettierung non-konformer Verhaltensweisen sozialer Problemfelder als (psycho)pathologisch begünstigen kann. In Folge der psychiatrischen Diagnostik sehen sich Betroffene einer Vielzahl lebensweltlicher Probleme gegenüber: fragmentierte Lebensläufe durch Hospitalisierungen, Krankschreibungen, Arbeitslosigkeit bzw. Kündigungen, Kampf um staatliche Unterstützung, finanzielle Zukunftssorgen, Abhängigkeit von dem sozialen Netzwerk, psychosozialer Druck, die eigene Erkrankung aus Angst vor negativen sozialen Konsequenzen verschweigen zu müssen, Frühberentungen etc. Empirische Fallbeispiele für Vorurteile, stereotype Vorstellungen von psychisch Kranken und Stigmatisierungen wurden in gemischten Kontakten aufgezeigt. Sie können sich in Berührungsängsten, fehlender Resonanz, mangelhaftem Einfühlungsvermögen und abfälligen Kommentaren gegenüber NutzerInnen psychiatrischer Hilfen manifestieren. Die Hypothese, dass geteilte Erfahrungen der Diagnostizierung, Hospitalisierung und gemeinsamer Identität als psychisch krank zu einem verständnisvolleren Zugang zu NutzerInnen psychiatrischer Hilfen und ihrem mitunter ‚anormalen‘ Verhalten führen können, muss nicht immer zutreffen, wie die Teilnehmenden Beobachtungen illustrierten. Dabei wurde berücksichtigt, dass viele Betroffene auf Grund eigener Probleme nicht über die psychische Souveränität verfügen, in empathischer Weise auf die Eigenheiten ihres Gegenübers einzugehen und sie aufzufangen. Darüber hinaus befinden sich Menschen mit psychiatrischen Diagnosen oftmals in Positionen sozialer Isolation. Insgesamt betrachtet, sind sowohl materielle als auch soziale Möglichkeiten für Betroffene stark eingeschränkt: Finanzielle Unabhängigkeit, Familiengründung, Integration in die soziale Gemeinschaft, familiärer Rückhalt etc. werden durch die psychische Erkrankung erheblich erschwert. Die Diagnostik kann daher insbesondere bei psychischen Krankheiten als ein existenzieller Vorgang betrachtet werden, der mit einem hohen individuellen Leidensdruck verbunden ist und das Selbst- und Fremdbild Betroffener

nachhaltig (negativ) prägt. Neben den persönlichen lebensweltlichen Problemstellungen und Herausforderungen sehen sich Psychiatrieerfahrene massenmedialen Fremddarstellungen gegenüber, die zumeist negativ konnotiert sind und Vorurteile wie die (potentielle) Gefährlichkeit Betroffener akzentuieren. Die gesellschaftliche Wahrnehmung von Menschen mit psychischen Problemen ist in bezeichnender Weise von dem prävalenten psychiatrischen Paradigma der Psychopathologie geprägt. Aus dem biomedizinischen Fachdiskurs übernommene disease-Zuschreibungen wie Schizophrenie oder Depressionen sowie darauf aufbauende Erklärungs- und Handlungsmuster sind in der öffentlichen Meinung omnipräsent. Betroffene rezipieren diese psychiatrischen Erklärungs-, Zuschreibungs- und Handlungsmuster nicht nur, sondern internalisieren, reproduzieren und repräsentieren sie. Dieser Prozess wurde an Hand mehrerer Fallbeispiele evident, in denen PatientInnen ihre subjektiven Erfahrungen als aus der psychiatrischen Fachterminologie übernommene Psychosen, Depressionen, d. h. als *Krankheiten* deklarieren, ihre psychischen Leiden auf Hirnstoffwechselstörungen zurückführen und außergewöhnliche Bewusstseinsstörungen wie Psychosen als Symptome einer Psychopathologie. Eine besondere Form der Sozialisation in eine Diagnose durch Praxis, Routine und Gewöhnung stellt meine Theoriegenese des kontextgebundenen, tendenziell selbstschädigenden *disease comfort* dar, auf den sowohl psychiatrische als auch soziologische Definitionen von Selbststigmatisierungsphänomenen zutreffen.

Die historisch verankerte Praxis der Hospitalisierung, d. h. der Separierung psychisch Auffälliger in einer Einrichtung existiert bis heute. Die psychiatrische Doppelfunktion der medizinischen Behandlung einerseits und staatlich sanktionierten Sozialkontrolle im Sinne einer Ordnungspsychiatrie andererseits manifestierten sich u. a. in den kontemporären länderspezifischen Sondergesetzen zum Umgang mit psychisch Kranken, die auf dieser rechtlichen Grundlage Zwangsmaßnahmen ausgesetzt sein können. Die verschiedenen Stadien psychiatrischer Hospitalisierungsrituale wurden diskutiert. Eine signifikante Verlängerung der Liminalität konnte an Hand empirischer Fallbeispiele beobachtet werden. Auf Grund einer unzureichenden Vorbereitung auf die Wiedereingliederung in ihr Lebensumfeld sind viele PsychiatriepatientInnen den Erwartungen und Herausforderungen, die außerhalb des geschützten Raumes der Psychiatrie an sie herangetragen werden, nicht gewachsen, wodurch das Phänomen der ‚Drehtürpatienten‘ begünstigt wird. Die Institutionalisierung von Liminalität wird dadurch vorangetrieben, dass im psychischen Gesundheitsbereich Tätige Rehospitalisierungen tendenziell vorwiegend der psychischen Erkrankung zuschreiben und nicht sekundärer Prozesse wie Gewöhnung, einer mangelhaften Vorbereitung auf die Wiedereingliederung bzw. fehlenden strategischen Langzeitperspektiven in der Behandlung von PsychiatriepatientInnen. In bestimmten Fällen kann die Hospitalisierung mit der Entstehung einer *Communitas* einherge-

hen, in der persönliche Eigenschaften und Biografien durch psychiatrieinterne Behandlungspraktiken nivelliert werden. Das starke Gemeinschafts- und Verbundenheitsgefühl innerhalb dieser *community of suffering* kann dazu führen, dass Mitglieder Paarbeziehungen eingehen. Von Betroffenen werden in diesem Zusammenhang Bestrebungen seitens des psychiatrischen Fachpersonals wahrgenommen, die Beziehung sabotieren zu wollen. Kummer und Stressreaktionen können die Folgen dieser Trennung sein, während Betroffene aus einer harmonischen Paarbeziehung Zuversicht gewinnen und psychosoziale Unterstützung erhalten können, die der konstatierten sozialen Isolation und weiteren psychischen Krisen entgegenwirken können. Aus den empirischen Textbeispielen geht hervor, dass PsychiaterInnen und PatientInnen oftmals ein unterschiedliches Verständnis von Krankheit haben, das weitreichende Folgen für die Diagnostik, Behandlung und das weitere Leben der Betroffenen hat. Vorhandene signifikante Rollen asymmetrien in der Arzt-Patienten-Interaktion führen zu einer erheblichen Dominanz fachmedizinischer disease-Konzeptualisierungen und darauf aufbauender therapeutischer Interventionen über das Erfahrungswissen und die individuellen Behandlungswünsche Betroffener. Kraepelins Vereinheitlichung der psychiatrischen Terminologie unter naturwissenschaftlichen Herangehensweisen führte dazu, dass illness-Empfindungen, -Interpretationen und -Bedeutungsinhalte sowie soziale Dimensionen des Krankseins, d. h. sickness-Aspekte, zunehmend ausgeklammert wurden. Das kontemporäre ahistorische, technowissenschaftliche Modell der Hirnstoffwechselstörung impliziert, dass die Verantwortung für die Erkrankung und Gesundung größtenteils dem (isolierten) Individuum zufällt. Viele NutzerInnen psychiatrischer Hilfen stehen diesem medikamentenbasierten Paradigma psychiatrischer Behandlung zumindest kritisch gegenüber und prangern gravierende physische bzw. kognitive Nebenwirkungen, Chronifizierungen sowie ein abgestumpftes Gefühlserleben an, die die Sinnhaftigkeit einer Dauermedikation infrage stellen. In ihren Lagentheorien führen Betroffene in den seltenen Fällen das internalisierende neurochemische Modell der Hirnstoffwechselstörung an, sondern, in der Tradition von Freud, meistens externalisierende psychosoziale Stressoren bzw. prägnante biografische Ereignisse als erlebnisreaktive Auslöser der psychischen Probleme. Dabei messen sie der persönlichen Konversation, die in psychiatrischen Einrichtungen – im Gegensatz zu psychosomatischen Kliniken – eine eher untergeordnete, ergänzende Rolle spielt, für die Gesundung eine höhere Bedeutung bei als einer Pharmakotherapie. Sie plädieren daher mehrheitlich für eine Fokusverschiebung von der Bio- hin zu einer therapeutisch ausgerichteten Sozialpsychiatrie, die sich im Rahmen einer ganzheitlicheren Betrachtungsweise auch mit sozialen Entstehungsfaktoren, biografischen Kontexten und der Sinnhaftigkeit psychischer Leidenszustände befasst. Um das konfliktreiche soziale Umfeld für Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose erträglicher zu machen, werden Betroffenen jedoch oft-

mals Dosiserhöhungen der Psychopharmaka vorgeschlagen, wodurch die grundlegenden zwischenmenschlichen Problemfelder unbehandelt bleiben. Denn viele Psychiatrieerfahrene betrachten ihr soziales Umfeld als ‚krank‘, während sie lediglich gesunde Kompensationsstrategien für die Bewältigung der psychischen Belastungsfaktoren entwickeln, die von Angehörigen und PsychiaterInnen als biomedizinisch zuordenbare Erkrankung gedeutet werden können. Hier wird das große Bedürfnis Betroffener deutlich, sich zu entpathologisieren. Mitunter erheben sie die Fremdbezeichnung der Diagnose zu einer Selbstbeschreibung, die mit neuen, positiven Konnotationen belegt wird. Exemplifizierend wurde das empirische Fallbeispiel der Psychose dargestellt, die in psychiatrischen Fachdiskursen einen pathologischen Zustand darstellt, der mit Hilfe einer antipsychotischen Medikation und weiterer therapeutischer Interventionen unterbunden werden soll. Betroffenen zufolge kann das Ausleben einer Psychose jedoch zu spirituellem Erkenntnisgewinn und sogar zu einer inneren Heilung führen. Hier werden erneut weitreichende Disparitäten zwischen der fachärztlichen disease-Perspektive und den subjektiven Patienteninterpretationen von illness-Ausprägungen deutlich. Soteria- und Open-Dialogue-Konzepte werden von vielen Betroffenen befürwortet, da sie durch ihren therapeutischen Ansatz und den Wechsel von einer Krankheits- zu einer Krisenperspektive die Diskrepanz zwischen normalpsychologischen und psychopathologischen Erfahrungen schmälern. Das Betroffenenbestreben der Entpathologisierung psychischer Leiden zeigt sich darüber hinaus an dem vom BPE entworfenen alternativen, positiv konnotierten Konzept der ‚Verrücktheiten‘. Psychiater wie Finzen sprechen in diesem Zusammenhang jedoch von einer gefährlichen ‚Krankheitsverleugnung‘. Dass der Krankheitsbegriff im Hinblick auf psychische Leidensformen nicht vollständig negiert werden kann, wird jedoch auch von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen beobachtet, da die illness-Beschwerden nach dem Wegfall der psychosozialen Belastungsfaktoren weiterbestehen können. Darüber hinaus sehen viele Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose das Vorhandensein eines individuellen Leidensdrucks bzw. die Bereitschaft, sich in fachärztliche Behandlung zu begeben, als Voraussetzung für die Anwendbarkeit des psychischen Krankheitsbegriffs an. Heinz‘ (2014) Definition von psychischer Krankheit, die sowohl disease, illness als auch sickness berücksichtigt, wird hier von Psychiatrieerfahrenen bestätigt.

## 8. Ausblick

„*Der Mensch ist des Menschen Medizin.*“  
(Paracelsus)

Die Anwendung von Kleinmans (1980/1988) theoretischen Konzeptionen von *illness*, *disease* und *explanatory models of illness* als Analyseheuristiken strukturierte meine ethnografische Studie und offenbarte wertvolle Erkenntnisse im Hinblick auf Lagentheorien über die Ursache der psychischen Beschwerden, individuelle Ausprägungen, Behandlungswünsche, die kritische Auseinandersetzung mit psychiatrischen Paradigmen und die Erschließung von subjektiver Sinnggebung, Bedeutungskomplexen und Handlungsimplicationen. Folgende Themenschwerpunkte können aus den empirischen Ergebnissen abstrahiert werden: Erstens bestanden erhebliche Diskrepanzen zwischen psychiatrischen disease-Ätiologien und daraus resultierenden Behandlungsschwerpunkten einerseits (das biologistische Paradigma der Hirnstoffwechselstörung, die primär durch Pharmakotherapien therapiert werden soll) und illness-Erklärungsmodellen der Betroffenen meines Samples andererseits (eine auf lebensweltliche bzw. -geschichtliche Faktoren zurückzuführende, d. h. erlebnisreaktiv ausgelöste Erkrankung bzw. normalpsychologische Reaktionen auf ein pathologisches Umfeld, der mit Hilfe konsequenter, langfristig angelegter Gesprächstherapien sowie Veränderungen der psychosozial belastenden Lebensumstände etc. Abhilfe verschafft werden soll). Der fachärztliche Fokus auf „curing of disease“ zu Ungunsten von „healing of illness“ (vgl. Kleinman 1980: 82) wurde in vielen Fällen angeprangert. Eine größere Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung und Therapieerfolge konnten bei einer weitgehenden Kongruenz zwischen illness und disease verzeichnet werden. Zweitens wurde das oben bereits erwähnte große Bedürfnis Betroffener, sich zu entpathologisieren, beobachtet. Alternative Eigenbezeichnungen (,Ver-rücktheiten‘), Erfahrungen und Bewusstseinszustände (die subjektive Realität der Psychose als sinnstiftender Erkenntnisgewinn bzw. Heilung) sowie Reaktionsweisen (grandiose delusions und andere Ausprägungen als natürliche Stressbewältigungsmechanismen bzw. Kompensation für unerträgliche psychosoziale Belastungsfaktoren) wurden verzeichnet, die eine kritische Auseinandersetzung Betroffener mit fachmedizinischen disease-Konzeptionen offenbarten, die um subjektive illness-Verständnisse ergänzt bzw. modifiziert wurden. Drittens wurde eine unzureichende Kommunikation bzw. die Omnipräsenz von *Sprachlosigkeit* im fachmedizinischen sowie lebensweltlichen, sozialen Umgang mit PsychiatriepatientInnen an Hand mehrerer Erfahrungsberichte evident. Während Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose zum Einen oftmals an sozialer Isolation bzw. dem Fehlen zufriedenstellender Sozialbeziehungen leiden, manifestiert sich die Sprachlosigkeit zum Anderen im psychiatrischen Kontext an Hand der

von Betroffenen kritisierten stark limitierten Interaktionszeit mit dem Facharzt für psychische Erkrankungen. Eine mangelhafte Dialogbereitschaft des psychiatrischen Fachpersonals bzw. der Polizei kann zu dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen führen, die das Problem meistens nicht lösen, sondern verschärfen, indem sie unter Betroffenen zusätzliche Traumatisierungen neben der Krankheitslast auslösen können. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass Betroffene mitunter nicht nur unter psychischen Beschwerden leiden, sondern unter den Behandlungspraktiken der psychiatrischen Institution, die ihnen im Rahmen ihrer Hilfsangebote eigentlich Wege aus der Krise aufzeigen sollte. Dass sich viele Psychiatrieerfahrene als ‚survivor‘, d. h. Überlebende des psychiatrischen Systems bezeichnen, offenbart gravierende Missstände und Defizite in der fachärztlichen Versorgung. In Ermangelung von Alternativen und/oder durch Ausübung von Druck beugen sich viele Krisenbetroffene jedoch den dominanten disease-Konzeptualisierungen von PsychiaterInnen und darauf aufbauenden Behandlungsformen. Trotzdem sind Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose nicht nur passive Opfer gesellschaftlicher bzw. fachärztlicher Ausgrenzungspraktiken und Zuschreibungsmechanismen, sondern besitzen Handlungsmacht, indem sie das disease-Label zu ihrem Eigeninteresse nutzen, wie meine Theoriegenese des *disease comfort* offenbarte.

Ich stimme mit Wallcraft (2009: 138) überein, die konstatiert: „Talking to so many service users showed me the complexities of people’s lives, and gave the lie to simplistic solutions to mental health problems.” Trotzdem sollen im Folgenden Vorschläge für Lösungsansätze der oben angeführten Problemstellungen diskutiert werden: Kleinman (1980: 384) plädiert für eine stärkere Einbeziehung einer ethnologischen Herangehensweise in die Wissensproduktion und klinische Praxis. Sie kann dazu beitragen, eine nicht-biomedizinische kulturelle Sichtweise auf Gesundheit, Krankheit und das Gesundheitswesen zu fördern. Korrelationen zwischen biosozialen und -kulturellen Phänomenen werden berücksichtigt, die zu der Etablierung einer neuen komparativen Wissenschaft der Krankheit und Heilung führen kann, zu der sowohl biomedizinische als auch kulturelle Analysen beitragen könnten. Kleinman (1980: 380) spricht sich für die Einbeziehung der Medizinethnologie als Sozialwissenschaft aus, die sich von den Biomedizinischen Wissenschaften unterscheidet und gleichzeitig integraler Bestandteil der Klinischen Wissenschaften ist. Das Potential ihrer einzigartigen Position zwischen den Sozial- und Gesundheitswissenschaften sollte ausgeschöpft werden, indem wesentliche Streitfragen der medizinischen Grundversorgung, Ärztekonsultation, Organisation und Bereitstellung von Gesundheitsdiensten und der öffentlichen Gesundheitspolitik aus dieser holistischen Perspektive bearbeitet werden. MedizinethnologInnen könnten z. B. als klinische sozialwissenschaftliche Berater in der alltäglichen Praxis der Gesundheitsversorgung tätig sein (Kleinman 1980: 381).

Lehmann und Stastny (2007: 427) plädieren für den Ausbau von nicht-psychiatrischen Einrichtungen als alternative Gegenentwürfe im Sinne einer pluralistischen Gesundheitsversorgung. Krisenorientierte Dienste sowie Krisenhotels, -treffpunkte und -herbergen, die von alternativen Vereinen getragen werden und Unterkunft, Beschäftigung sowie Arbeit bieten, sollten angesichts garantierter Wahlmöglichkeiten verstärkt in Konkurrenz zu psychiatrischen Kliniken treten und diese sukzessive verdrängen.

„Anstelle eines Koffers mit diagnostischen Handbüchern, Spritzen und Psychopharmaka besteht ihr Angebot aus Empathie, Interesse, Offenheit, tieferem Verstehen und Respekt, sicheren Orten, dialogischen Langzeitbeziehungen auch psychotherapeutischer Art und ganzheitlichem Umgang mit Körper und Geist.“ (Lehmann/Stastny 2007: 427)

Unter Berücksichtigung der Anregungen von Kleinman (1980) sowie Lehmann und Stastny (2007) und in der Auseinandersetzung mit den empirischen Ergebnissen (siehe oben) werde ich im Folgenden inhaltliche und strukturelle Reformvorschläge für die psychiatrische Versorgungspraxis unterbreiten, die fachmedizinische Paradigmenwechsel erfordern. Auf eine gänzliche Abschaffung der Institution Psychiatrie soll dabei nicht zuletzt auf Grund zahlreicher positiver Patientenberichte weder spekuliert noch hingewirkt werden. Um dem Betroffenenwunsch der Entpathologisierung jedoch in größerem Umfang Rechnung zu tragen und die illness-Perspektive zu stärken, stellt die Inklusion von Kernkonzepten aus Soteria und Offenem Dialog durch folgende Maßnahmen ein virulentes Desiderat dar: die sukzessive Etablierung einer entpathologisierenden Rhetorik durch eine Krisen- statt Krankheitsperspektive, in der nicht die pathologische Symptomatik im Fokus steht, sondern die individuellen Ressourcen, Fähigkeiten und Charakterstärken der Patientin. Eine dialogische, partizipative Praxis sollte angestrebt werden, d. h. der Abbau von Rollenasymmetrien zwischen Patienten und Psychiaterinnen, wobei Ersteren ein aktives Mitspracherecht hinsichtlich der Therapieplanung eingeräumt wird. Von dem Betroffenen ernannte Vertrauenspersonen sollten jederzeit in den Verhandlungsprozess auf Augenhöhe zwischen Facharzt und Nutzerin psychiatrischer Hilfen bezüglich des weiteren therapeutischen Vorgehens einbezogen werden. Ein Vetorecht seitens der Betroffenen sollte sicherstellen, dass PsychiaterInnen die Behandlungsform bzw. stationäre Aufnahme nicht im Alleingang durch die Androhung von Therapieabbrüchen oder Zwangsmaßnahmen durchsetzen können.

Darüber hinaus wird ein zurückhaltenderer Umgang mit Psychopharmaka befürwortet. Wünsche des Patienten, die vorhandene Medikation niedriger zu dosieren bzw. abzusetzen, sollten von den behandelnden Ärztinnen ernst genommen und in einem kollaborativen Austausch diskutiert werden. Die Sinnhaftigkeit von Psychopharmakotherapien kann an folgendem Beispiel metaphorisch illustriert werden: Eine Betroffene trägt seit Langem zu enge Schuhe, die bei jeder Bewegung ihre Füße schmerzhaft zusammenziehen und in einer Langzeitperspektive

zu Folgeschäden führen können, die sich negativ auf den gesamten Körper auswirken wie Durchblutungsstörungen, Rückenschmerzen, Gelenkprobleme, Entzündungen, Missempfindungen, Fußdeformationen und Fehlhaltungen. Der konsultierte Arzt verordnet ihr wirksame schmerzstillende Medikamente. Die Betroffene richtet sich in dem Zustand der Schmerzfreiheit ein und fragt sich, warum es in Anbetracht der Tatsache, dass die belastende Symptomatik behoben wurde, überhaupt noch notwendig ist, an der Gesamtsituation etwas zu verändern. Hinzu kommt, dass die Medikamente sie zwar stabilisieren, sich gleichzeitig jedoch auch dämpfend auf ihre Antriebsfähigkeit, Motivation und Eigeninitiative auswirken. Während die Medikation im Fall akuter Beschwerden kurzfristig sinnvoll erscheint, um die Patientin zu entlasten, sollten in einer Langzeitperspektive Dosisreduktionen angedacht werden, damit der Schmerz zumindest in verminderter Form wieder gespürt wird und die aktive Suche nach alternativen, heilsameren Abhilfen begonnen werden kann wie z. B. ein häufigeres Ausziehen der zu engen Schuhe oder deren Ersetzung durch ein neues, bequemeres Paar, um die Gefahr dauerhafter Folgeschäden, die durch die schmerzstillenden Medikamente nicht beseitigt werden kann, abzuwenden.

Ich plädiere für eine stärkere personelle sowie finanzielle Einbindung von ExpertInnen<sup>249</sup> aus Erfahrung, die den Psychatriepatienten im gesamten Behandlungszeitraum empathisch-unterstützend begleiten und durch ihre eigenen Erfahrungen von Genesungsprozessen Mut machen. Darüber hinaus sollten sie konsequent an dem fachmedizinischen Qualitätsmanagement, der Psychiatrie-Politik, qualitativen Sozialforschung sowie der Ausarbeitung von Behandlungs- und Unterstützungsangeboten für Betroffene beteiligt sein.

Eine signifikante Verlängerung des Aufenthaltes in psychiatrischen Einrichtungen sollte angestrebt werden, um an Hand von kollaborativen *extended case-studies*, die sich an ethnografischen Erhebungsmethoden orientieren, systematisch persönliche lebensweltliche Problem-bereiche aufzuarbeiten und praktische Lösungsansätze im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe aufzuzeigen, damit PatientInnen auf Grund von Überforderung bei der Rückkehr in ihr häusliches Lebensumfeld und einer gefühlten Abhängigkeit von dem psychiatrischen Hilfesystem nicht nach kurzer Zeit wieder rehospitalisiert werden. Die Psychiatrie sollte sich dabei in Richtung Psychosomatischer bzw. Privatkliniken orientieren, die ganzheitlichere Therapieansätze bieten sowie eine längere Aufenthaltsdauer, vielfältigere Behandlungsangebote wie Tiergestützte Therapien (s. Kapitel 5.1.2.) und häufigere therapeutische Kontakte, deren Be-

---

<sup>249</sup> Auch der Psychologe Aderhold plädiert für eine stärkere Betroffenenbeteiligung am gesamten Behandlungsprozess: „Erfahrungsexperten ins System holen. Nicht nur irgendwo in einem kleinen Zimmer für ein Beratungsgespräch oder ein Informationsgespräch, sondern in die Teams. In jedes Team. So viele, dass sie sich darin ausreichend wohlfühlen und gesehen werden. (...) Sie dabei gut bezahlen. Ernst nehmen. Das ändert viel. Das ändert Sprache, das ändert Denken.“ (Olostiak-Brahms 2016: 8)



handlung sich die meisten Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose aus finanziellen Gründen jedoch nicht leisten können.

Neben häufigeren und intensiveren therapeutischen Gesprächen zwischen Arzt bzw. Psychologin und Patientin im Rahmen des stationären Aufenthaltes sowie in den Institutsambulanzen der konsequenten Vor- und Nachsorge sollte sich die Psychiatrie für SozialwissenschaftlerInnen öffnen. Diese können als Berater fungieren, Interviews bzw. inoffizielle Konversationen mit den NutzerInnen psychiatrischer Hilfen führen und die erhobenen Daten für Psychiaterin und Psychologen aufbereiten, die auf dieser Grundlage ein individualisiertes Therapieprogramm für den Patienten erstellen. Das reichhaltige Methodenrepertoire der qualitativen Sozialforschung kann so sinnvoll genutzt werden.<sup>250</sup> Meine ethnografische Studie offenbarte, dass NutzerInnen psychiatrischer Hilfen ein großes Mitteilungsbedürfnis haben. Durch die Förderung von Selbstnarrationen kann der von mir konstatierten Sprachlosigkeit im Umgang mit PsychiatriepatientInnen aktiv entgegengewirkt werden. NutzerInnen psychiatrischer Hilfen profitieren von dem diskursiven Austausch mit EthnografInnen, da sie ihre Gefühle, belastenden Lebenskontexte und intimen Erfahrungen mit einem geduldigen, nicht-wertenden, undogmatischen, empathischen Zuhörer teilen können, der die Informationen vertraulich behandelt (vgl. von Vacano 2019: 82). Neben Fachpflegern, einer Allgemeinmedizinerin, Ergo-, Sporttherapeuten etc., einem Sozialarbeiter, dem Facharzt für psychische Erkrankungen und der Psychologin sollten die multiprofessionellen psychiatrischen Versorgungsteams daher flächendeckend auch aus einem Experten aus Erfahrung und einer Sozialwissenschaftlerin bestehen. Die Zusammenarbeit zwischen Sozialwissenschaftler und Patientin sollte nicht von der Zustimmung einer externen Ethikkommission abhängen, sondern allein vom *informed consent* der Betroffenen. Nach ausführlichen Aufklärungsgesprächen zu Erhebungstechniken und Nutzung der zu generierenden Daten sollen Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose für sich selbst entscheiden können, ob sie das Angebot der sozialwissenschaftlichen Kollaboration in Anspruch nehmen möchten oder nicht. NutzerInnen psychiatrischer Hilfen sollte zugetraut werden, für sich selbst sprechen zu können, eigenen Entscheidungen zu treffen, die Konsequenzen zu tragen sowie Selbstbestimmung leben zu dürfen. Die Betroffenenautorin Lippert (2021: 2) argumentiert, dass Unterstützungsangebote, bestimmte Verhaltenserwartungen Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose gegenüber und die rigiden Behandlungsmuster stationärer Einrichtungen unter Betroffenen sukzessive „das Gefühl erzeugen, nicht mehr selbst entscheiden zu dürfen und (...) im schlimmsten Fall zu der Selbsteinschätzung zu gelangen, man sei zu keiner selbstbestimmten Entscheidung mehr in der Lage.“ Diesen Tendenzen soll durch die vorgeschlagene Förderung von Partizipation, Entscheidungsfreiheit und

---

<sup>250</sup> siehe auch Kapitel 3.3. und 3.3.1.

Empowerment entgegengewirkt werden. Darüber hinaus wird der psychiatrische Paternalismus, der unbestreitbar der Protektion der PatientInnen dienen soll, gleichzeitig jedoch auch den eigenen institutionellen Machterhalt absichert und einer veritablen Agency Betroffener entgegenwirken kann, durch diese Maßnahmen abgebaut.

Aufsuchende Hilfen wie Hometreatment, StäB und niederschwellige Kriseninterventionsteams, die den Kontext des persönlich-individuellen Lebensalltags Betroffener in stärkerem Ausmaß berücksichtigen können, sollten bundesweit etabliert werden, um Betroffenen in konkreten häuslichen Problemsituationen unterstützend zur Seite zu stehen und akute psychiatrische Rückfälle zu vermeiden.

Es muss sichergestellt werden, dass diese vorgeschlagenen Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Diese Maßnahmen würden kurzfristige finanzielle, strukturelle und personelle Mehraufwände bedeuten, könnten jedoch langfristig Kosten einsparen, indem sie die Lebenssituation von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen nachhaltig verbessern und dem Phänomen der ‚Drehtürpatienten‘ entgegenwirken. Weniger (Re-)Hospitalisierungen bedeuten, dass mehr finanzielle, personelle und zeitliche Ressourcen für den einzelnen Patienten zur Verfügung stehen. Es gilt, diese sinnvoll zum Wohle der Betroffenen zu nutzen.

## 9. Literaturverzeichnis

- Abbott, Andrew 2016: *Processual Sociology*. Chicago/London: The University of Chicago Press.
- Aderhold, Volkmar/Greve, Nils 2007: Was Sie schon immer über die bedürfnisangepasste Behandlung wissen wollten. In: *Psychosoziale Umschau*, 3: 12-15.
- Aderhold, Volkmar/Stastny, Peter/Lehmann, Peter 2007: Soteria. Eine alternative psychosoziale Reformbewegung. In: Peter Lehmann/Peter Stastny 2007: *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 150-165.
- Aerzteblatt.de 2017: *Depression. Transkranielle Gleichstromstimulation enttäuscht in Vergleichsstudie*. Available at: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/76703/Depression-Transkranielle-Gleichstromstimulation-enttaeuscht-in-Vergleichsstudie> [02.09.2018]
- Aerzteblatt.de 2018: *Krisendienst für psychische Notlagen wird in Bayern aufgebaut*. Available at: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96797/Krisendienst-fuer-psychische-Notlagen-wird-in-Bayern-aufgebaut> [13.08.2018]
- Aguilar, John L. 1981: Insider research. An ethnography of a debate. In: Donald A. Messerschmidt 1981: *Anthropologists at home in North America. Methods and issues in the study of one's own society*. Cambridge/London [etc.]: Cambridge University Press, pp. 15-26.
- Albrecht, Günter 1975: Obdachlose als Objekte von Stigmatisierungsprozessen [I]. In: Manfred Brusten/Jürgen Hohmeier 1975: *Stigmatisierung 1. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen*. Neuwied/Darmstadt: Luchterhand, S. 79-107.
- Andreae, Kerstin 2014: Die FHG im sozialpolitischen Kontext. In: Freiburger Hilfgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V. 2014: *40 Jahre. Jubiläumsausgabe. Zweite Auflage*. Freiburg: Dekoartistda, S. 40-41.
- Armes, David 2009: Getting better. In theory. Creating, then using, a Foucauldian mental health service user/survivor theoretical standpoint in my own journey of recovery. In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 140-152.
- ASK! e. V. o. J. (1): *ASK! E. V. Initiative für eine außerstationäre Krisenbegleitung in Freiburg. Flyer*. Freiburg: o. V.
- ASK! e. V. o. J. (2): *Projekt ASK!* Available at: <http://www.sites.google.com/site/askseite/projekt-ask> [26.03.2018]
- ASK! e. V. o. J. (3): *Systematische Fortbildung*. Available at: <http://www.sites.google.com/site/askseite/aderholdfortbildung> [26.03.2018]
- Augsburger Allgemeine Zeitung 2008: *Unter Druck*. Available at: <http://www.augsburger-allgemeine.de/augsburg/Unter-Druck-id4370176.html> [13.08.2018]
- Augsburger Allgemeine Zeitung 2017: *Notrufnummer in psychischen Krisen*. Available at: <http://www.augsburger-allgemeine.de/bayern/Notrufnummer-in-psychischen-Krisen-id42441066.html> [13.08.2018]
- Augsburger Allgemeine Zeitung 2018 (1): *Donauwörther Arzt in New York*. Available at: <http://www.augsburger-allgemeine.de/donauwoerth/Donauwoerther-Arzt-in-New-York-id51766646.html> [13.08.2018]

- Augsburger Allgemeine Zeitung 2018 (2): *Wenn ein Patient gefesselt werden muss*. Available at: <http://www.augsburger-allgemeine.de/politik/Wenn-ein-Patient-gefesselt-werden-muss-id51749626.html> [13.08.2018]
- Baberowski, Jörg 2008: Dem Anderen begegnen. Repräsentationen im Kontext. In: Jörg Baberowski/David Feest/Maike Lehmann: *Dem Anderen begegnen. Eigene und fremde Repräsentationen in sozialen Gemeinschaften*. Frankfurt/Main: Campus Verlag, S. 9-14.
- Badische Zeitung 2018: Karlsruhe regelt Fixierung. In: *Badische Zeitung*, 73 (169/30): 1.
- Bär, Markus 2018: Zeitreise in die Welt der Anstaltspsychiatrie. In: *Donauwörther Zeitung*, 74 (75): 13.
- Bartens, Werner 2016: *Freunde sind wirksamer als Morphin*. Available at: <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/psychosomatik-wie-schoen-dass-du-da-bist-1.2982064> [09.06.2020]
- Bauman, Zygmunt 1998: *Work, consumerism and the new poor*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Baumann, Mareike 2010: *Selbst- und Fremdbilder von Arbeitslosigkeit. Dissertation*. Frankfurt/Main/Berlin [etc.]: Peter Lang.
- Bauer, Michael 2020: Kampf gegen Alkohol, Drogen und Depressionen. In: *Eishockey News*, 04: 50.
- Bayer, Michael 2018: Ben Meisner. Wie schwer das Menschsein im Profisport sein kann. In: *Eishockey News*, 34: 6-7.
- Bayerischer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. 2018 (1): *Pharmaindustrie*. Available at: <http://www.psychiatrie-erfahrene-bayern.de/?go=Pharma> [25.09.2018]
- Bayerischer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. 2018 (2): *Über uns*. Available at: <http://www.psychiatrie-erfahrene-bayern.de/?go=Ziele> [25.09.2018]
- Bayerischer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. 2018 (3): *Was bedeutet Open Dialogue?* Available at: [http://www.psychiatrie-erfahrene-bayern.de/?go=Offener\\_Dialog](http://www.psychiatrie-erfahrene-bayern.de/?go=Offener_Dialog) [25.09.2018]
- Beckett, Judy/Sands, Matt/Valentine, Stuart/Hill, Philip/Goddard, Sue 2009: Project Accounts. In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 153-162.
- Beer, Bettina 2006: Ethnos, Ethnie, Kultur. In: Bettina Beer/Hans Fischer 2006: *Ethnologie. Einführung und Überblick. Sechste, überarbeitete Auflage*. Berlin: Reimer, S. 53-72.
- Beer, Bettina 2008: Einleitung. Feldforschungsmethoden. In: Bettina Beer 2008: *Methoden ethnologischer Feldforschung. Zweite, überarbeitete und erweiterte Auflage*. Berlin: Reimer, S. 9-36.
- Beer, Bettina/Fischer, Hans 2003: *Wissenschaftliche Arbeitstechniken in der Ethnologie. Zweite, überarbeitete und erweiterte Auflage*. Berlin: Reimer.
- Bellion, Regina 2007: Wie wir das Soteria-Prinzip entdeckten. In: Peter Lehmann/Peter Stastny 2007: *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 76-83.
- Benz, Juli/C., Annette/Korsch, Anke/Henneberg, Felix 2019: Protokoll der BPE-Mitgliederversammlung vom 12.10.2019. In: *BPE Rundbrief*, 4: 23-25.

- Beresford, Peter 2009: Developing a social model of madness and distress to underpin survivor research. In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 44-62.
- Beresford, Peter 2013: Foreword. In: Brenda A. LeFrançois/Robert Menzies/Geoffrey Reaume 2013: *Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc, pp. ix-xii.
- Beresford, Peter/Rose, Diana 2009: Background. In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 11-21.
- Berger, Matthias 2014: Psychiatrische Versorgung aus Sicht des Universitätsklinikums. In: Freiburger Hilfsgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V. 2014: *40 Jahre. Jubiläumsausgabe. Zweite Auflage*. Freiburg: Dekoartistda, S. 36.
- Berger, Nathalie/Mittmann, Barbara/Rißmann-Schleip, Friedhilde o. J.: 3. Das Jahr in den Arbeitsbereichen. In: Freiburger Hilfsgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V. o. J.: *Jahresbericht 2018*. Freiburg: o. V., S. 15-17.
- Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP & P) e. V. 2015: Pressemitteilung zum Entwurf des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 3.4.2014. In: *BPE Rundbrief*, 1: 21.
- Berrios, German E./Markova, Ivana S. 2015: Toward a New Epistemology of Psychiatry. In: Laurence J. Kirmayer/Robert Lemelson/Constance A. Cummings 2015: *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience and Global Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 41-63.
- Bezzel, Adelheid/Zeiningner, Rachel/Mache, Wolfgang 2016: Betroffene zu Wort kommen lassen. Ein praxiserprobter Weg der Patientebefragung im Maßregelvollzug. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, 46 (3): 28-31.
- Blasius, Dirk 1994: *Einfache Seelenstörung. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945*. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Blech, Jörg 2005: *Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. Erweiterte Ausgabe*. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Bock, Marlene 1992: Das halbstrukturierte-leitfadenorientierte Tiefeninterview. Theorie und Praxis der Methode am Beispiel von Paarinterviews. In: Jürgen H. P. Hoffmeyer-Zlotnik 1992: *Analyse verbaler Daten. Über den Umgang mit qualitativen Daten*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH, S. 90-109.
- Böhnisch, Lothar 1975: Perspektiven zur Entstigmatisierung im Bereich der Sozialarbeit und Sozialpolitik. In: Manfred Brusten/Jürgen Hohmeier 1975: *Stigmatisierung 2. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen*. Neuwied/Darmstadt: Luchterhand, S. 145-171.
- Bogner, Alexander/Menz, Wolfgang 2005: Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Alexander Bogner/Beate Littig/Wolfgang Menz 2005: *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Zweite Auflage*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 33-70.
- Borchert, Stephan 2018: Leserbrief. In: *BPE Rundbrief*, 2: 4-5.
- Borck, Cornelius 2003: Zwischen Vermittlungskrise und Biopolitik. Der Aktionsradius der modernen Medizin. In: Thomas Lux 2003: *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin, Medizinethnologie, Medical Anthropology*. Berlin: Reimer, S. 124-144.

- Bott, Jutta M. 2014: Haltungen, Visionen und berufliche Identitäten im Wandel. In: *Kerbe*, 1: 4-7.
- Bourgois, Philippe 2012: Bringing HIV, Substance Abuse and Homelessness into the University of Pennsylvania Anthropology Museum through Photo-Ethnography. In: *Phila Soc Innov J.* [Online], 10: 1-12.
- Bräutigam, Frank 2018: *Wann dürfen Patienten künftig fixiert werden?* Available at: <http://www.tagesschau.de/inland/psychiatrie-105.html> [05.10.2019]
- Breidenstein, Georg/Hirschauer, Stefan/Kalthoff, Herbert/Nieswand, Boris 2015: *Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung. Zweite, überarbeitete Auflage.* Konstanz/München: UVK.
- Brocco, Giorgio/Rutert, Britta 2019: Role Conflicts and Aftermaths. Introduction. In: Thomas Stodulka/Samia Dinkelaker/Ferdiansyah Thajib 2019: *Affective Dimensions of Fieldwork and Ethnography.* Cham: Springer Nature Switzerland AG, pp. 23-28.
- Buck-Zerchin, Dorothea S. 2007: Siebzig Jahre Zwang in deutschen Psychiatrien. Erlebt und miterlebt. In: Peter Lehmann/Peter Stastny 2007: *Statt Psychiatrie 2.* Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 17-26.
- Bühning, Petra 2019: *Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik. Sanktionen bei Unterschreiten der Mindestvorgaben.* Available at: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/210589/Personalausstattung-in-Psychiatrie-und-Psychosomatik-Sanktionen-bei-Unterschreiten-der-Mindestvorgaben> [07.11.2019]
- Bundesanzeiger Verlag GmbH 2019: *Psychisch-Kranken-Gesetz.* Available at: <http://www.bundesanzeiger-verlag.de/betreuung/wiki/Psychisch-Kranken-Gesetz> [08.01.2019]
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. o. J. (1): *Basiswissen Psychiatrie-Recht.* o. O.: o. V.
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. o. J. (2): *Gemeinsam sind wir stark. Flyer.* Bochum: o. V.
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. o. J. (3): *Satzung.* Available at: <http://www.bpe-online.de> [07.06.2018]
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. o. J. (4): *Welche Vorteile bringt die Mitgliedschaft im BPE?* Available at: <http://www.bpe-online.de> [07.06.2018]
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. 2014 (1): *Hinter verschlossenen Türen. Zwang und Gewalt in deutschen Psychiatrien. Eine Broschüre des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e. V.* Bochum: o. V.
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. 2014 (2): *Psychopharmaka absetzen. Ein Leitfaden von Psychiatrie-Erfahrenen für Psychiatrie-Erfahrene.* Bochum: o. V.
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. 2017: Ehrung. Dorothea Buck wird für ihr Lebenswerk ausgezeichnet. In: *BPE Rundbrief*, 2: 5.
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. 2018 (1): *Raus aus den Schubladen. Flyer.* Köln: o. V.
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. 2018 (2): *Tips und Tricks um Ver-rücktheiten zu steuern.* Bochum: o. V.

- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. 2018: Positionspapier des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e. V. zur Elektrokrampftherapie. In: *BPE Rundbrief*, 1: 11-12.
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. 2019: Deutschlands bekannteste Psychiatrie-Erfahrene am 9. Oktober 2019 im Alter von 102 Jahren verstorben. Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener trauert um Dorothea Buck. In: *BPE Rundbrief*, 4: 4-5.
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. 2019: Gedenktag der Psychiatrie-Toten. In: *BPE Rundbrief*, 4: 7.
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. 2020: *Die Verbrechen der Psychiatrie*. Available at: <http://www.bpe-online.de/die-verbrechen-der-psychiatrie/> [07.12.2020]
- Burstow, Bonnie 2013: A Rose by Any Other Name. Naming and the Battle against Psychiatry. In: Brenda A. LeFrançois/Robert Menzies/Geoffrey Reaume 2013: *Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc, pp. 79-90.
- Buzer.de 2018: *Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Buch 4 Familienrecht. Abschnitt 3 Vormundschaft, Rechtliche Betreuung, Pflegschaft. Titel 2 Rechtliche Betreuung. §§ 1896-1908i*. Available at: <http://www.buzer.de/s1.htm?g=BGB&a=1896-1908i> [08.01.2019]
- Church, Kathryn 1995: *Forbidden Narratives. Critical Autobiography as Social Science*. Amsterdam: Gordon and Breach Publishers.
- Church, Kathryn 2013: Making Madness Matter in Academic Practice. In: Brenda A. LeFrançois/Robert Menzies/Geoffrey Reaume 2013: *Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc, pp. 181-190.
- Coldham, Tina/Russo, Jasna (and others) 2009: Telling our truths, bringing about change. Being a survivor researcher. In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 163-184.
- Colic-Peisker, Val 2004: Doing Ethnography in One's Own Ethnic Community. The Experience of an Awkward Insider. In: Lynne Hume/Jane Mulcock 2004: *Anthropologists in the Field. Cases in Participant Observation*. New York: Columbia University Press, pp. 82-94.
- Crapanzano, Vincent 1973: *The Hamadsha. A Study in Moroccan Ethnopsychiatry*. Berkeley/Los Angeles [etc.]: University of California Press.
- Crapanzano, Vincent 1983: *Tuhami. Portrait eines Marokkaners*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Csordas, Thomas J. 2015: Cultural Phenomenology and Psychiatric Illness. In: Laurence J. Kirmayer/Robert Lemelson/Constance A. Cummings 2015: *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience and Global Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 117-140.
- Daly, Gerald 1996: *Homelessness. Policies, strategies, and lives on the street*. London/New York: Routledge.
- Daszkowski, Jurand/Fricke, Ruth/Heland-Graef, Martina/Ott, Reiner/Pullen, Vicky 2019: Stellungnahme zur Mitgliederversammlung (MV) am 12.10.19 in Heidelberg, zum Offenen Brief, zum Vereinsausschluss Karla Keiner sowie zur Abwahl von Martina Heland-Graef aus dem geschäftsführenden Vorstand. In: *BPE Rundbrief*, 4: 28-30.
- Davies, Charlotte Aull 1999: *Reflexive Ethnography. A guide to researching selves and others*. London/New York: Routledge.

- Davies, James 2017: How Voting and Consensus Created the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). In: *Anthropology & Medicine*, 24 (1): 32-46.
- Davies, Rosie 2009: Influencing change. Outcomes from User-Focused Monitoring (UFM) inpatient research in Bristol in 2002. In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 98-119.
- Deeg, Janosch 2019: *Antidepressiva. Die dunkle Seite der Stimmungsaufheller*. Available at: <https://www.spektrum.de/news/machen-antidepressiva-abhaengig/1626864> [19.03.2019]
- Dejure.org o. J. (1): *Strafgesetzbuch. § 63. Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus*. Available at: <http://www.dejure.org/gesetze/StGB/63.html> [29.10.2018]
- Dejure.org o. J. (2): *Strafgesetzbuch. § 64. Unterbringung in einer Entziehungsanstalt*. Available at: <http://www.dejure.org/gesetze/StGB/64.html> [29.10.2018]
- Demke, Elena 2019: Gegen die Tyrannei mit gutem Gewissen. Der Europarat kritisiert die psychiatrische Praxis seiner Mitgliedsstaaten. In: *BPE Rundbrief*, 3: 6-7.
- Dernbach, Kristina 2018: Auslaufmodell Diagnose. In: *BPE Rundbrief*, 4: 16-18.
- Dernbach, Kristina 2019: Antrag an die Mitgliederversammlung. Niemand soll definieren dürfen, was psychisch krank und was gesund ist. In: *BPE Rundbrief*, 3: 19.
- Dernbach, Kristina 2019: Beschwerde an den Deutschen Presserat wegen stigmatisierender Berichterstattung. In: *BPE Rundbrief*, 3: 13.
- Dernbach, Kristina 2019: Wie radikal ist es, Psychiatrie abzulehnen? In: *BPE Rundbrief*, 2: 11-12.
- Deutsche Gesellschaft für Sozial- und Kulturanthropologie e. V. 2020 (1): *Ethische Begutachtung ethnologischer Forschungen. Policy-Brief für Institutionen der Forschungsförderung sowie lokale Ethik-Kommissionen*. Available at: <http://www.dgska.de/dgska/ethik/> [11.03.2021]
- Deutsche Gesellschaft für Sozial- und Kulturanthropologie e. V. 2020 (2): *Grundlagen und Verfahren für die ethische Begutachtung ethnologischer Forschungen („Ethikleitlinien“)*. Available at: <http://www.dgska.de/dgska/ethik/> [11.03.2021]
- Deutsche Gesellschaft für Transaktionsanalyse o. J. (1): *Fachgruppe Psychotherapie. Transaktionsanalyse als Psychotherapieverfahren*. Available at: <http://www.dgta.de/derverband/fachgruppen/psychotherapie/> [17.03.2020]
- Deutsche Gesellschaft für Transaktionsanalyse o. J. (2): *TA. Anwendung*. Available at: <http://www.dgta.de/transaktionsanalyse/> [17.03.2020]
- Dietrich, Paul o. J.: Mein erster Eindruck. In: Freiburger Hilfgemeinschaft e. V. o. J.: *Zasius 2014/15/16*. Freiburg: o. V., S. 18.
- Dilger, Hansjörg/Hadolt, Bernhard 2003: Medizinethnologie. In: Bettina Beer/Hans Fischer 2003: *Ethnologie. Einführung und Überblick*. Berlin: Reimer, S. 309-329.
- Dobler, Gregor 2004: Strafe als Wiederherstellung des Gleichgewichts. Eine ethnologische Betrachtung. In: Stapferhaus Lenzburg 2004: *Strafen. Ein Buch zur Strafkultur der Gegenwart*. Baden: Hier & Jetzt, S. 35-37.
- Dobler, Gregor 2017: Arbeit, Arbeitslosigkeit und Rhythmus. In: Gregor Dobler/Peter Philipp Riedl 2017: *Muße und Gesellschaft*. Tübingen: Mohr Siebeck, S. 61-85.



- Dobler, Gregor/Reidl, Peter Philipp 2017: Einleitung. In: Gregor Dobler/Peter Philipp Riedl 2017: *Muße und Gesellschaft*. Tübingen: Mohr Siebeck, S. 1-17.
- Droll, Silke 2019: Neustart für die Seele. In: *Apotheken Umschau*, 01.04.2019 A: 12-20.
- Eishockey News 2019: Das Schlimmste war, sich so allein zu fühlen. In: *Eishockey News*, 37: 4.
- Ellis, Carolyn/Adams, Tony E./Bochner, Arthur P. 2011: Autoethnography. An overview. In: *Historical Social Research*, 36 (4): 273-290.
- Essien, Karan 2009: Identity issues in mental health research. In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 63-70.
- Estroff, Sue E. 1981: *Making it Crazy. An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley/Los Angeles [etc.]: University of California Press.
- Fabrega, Horacio Jr. 1991: The culture and history of psychiatric stigma in early modern Western societies. A review of recent literature. In: *Comprehensive Psychiatry*, 32 (2): 97-119.
- Faßbinder, Konstanze 2018: Die sollte jeder haben. In: *Apotheken Umschau*, 01.12.2018 A: 28-30.
- Faulkner, Alison 2009: A rough guide to getting started. In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 120-131.
- Faulkner, Alison/Tallis, Debbie 2009: Survivor research. Ethics approval and ethical practice. In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 53-62.
- Feldwisch-Drentrup, Hinnerk 2019: *Das Personal in der Psychiatrie ist am Limit*. Available at: <http://www.welt.de/gesundheit/article199915764/Psychiatrie-Reform-Die-Umgestaltung-scheint-zu-scheitern.html> [20.09.2019]
- Finzen, Asmus 2013: *Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierung*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Fischer, Hans 2002: Einleitung. Über Feldforschungen. In: Hans Fischer 2002: *Feldforschungen. Erfahrungsberichte zur Einführung. Neufassung*. Berlin: Reimer, S. 9-24.
- Fischer, Hans 2006: Ethnologie als wissenschaftliche Disziplin. In: Bettina Beer/Hans Fischer 2006: *Ethnologie. Einführung und Überblick. Sechste, überarbeitete Auflage*. Berlin: Reimer, S. 13-31.
- Fischer, Hans 2008: Dokumentation. In: Bettina Beer 2008: *Methoden ethnologischer Feldforschung. Zweite, überarbeitete und erweiterte Auflage*. Berlin: Reimer, S. 293-322.
- Fleischmann, Pete 2009: Literature reviews. An example of making traditional research methods user focused. In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 82-97.
- Flick, Uwe 2000: *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Fünfte Auflage*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, Uwe 2004: *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

- Fördermitglied Anonymus 2019: Wenn ein Verband sich selbst von innen zerstört. In: *BPE Rundbrief*, 4: 27.
- Förster, Till 2001: Sehen und Beobachten. Ethnographie nach der Postmoderne. In: *sozialer-sinn*, 2 (3): 459-484.
- Foucault, Michel 1973: *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. 1. Auflage*. Frankfurt/Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Frances, Allen 2014: *Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Köln: DuMont Buchverlag.
- Franke, Karola/Wald, Andreas 2006: Möglichkeiten der Triangulation quantitativer und qualitativer Methoden in der Netzwerkanalyse. In: Betina Holstein/Florian Straus 2006: *Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 153-175.
- Freiburger Hilfgemeinschaft e. V. o. J. (1): *Die Freiburger Hilfgemeinschaft e. V.* Available at: <http://www.fhgev.de/fhg-ev.html> [25.02.2019]
- Freiburger Hilfgemeinschaft e. V. o. J. (2): *Frauengruppe*. Available at: <http://www.fhgev.de/files/fhg2017/Downloads/Flyer/frauengruppe-mail.pdf> [25.02.2019]
- Freiburger Hilfgemeinschaft e. V. o. J. (3): *Jahresbericht 2017*. Freiburg: o. V.
- Freiburger Hilfgemeinschaft e. V. o. J. (4): *Junge Clubber*. Available at: <http://www.fhgev.de/files/fhg2017/Downloads/Flyer/Junge%20Clubber-mail.pdf> [25.02.2019]
- Freiburger Hilfgemeinschaft e. V. o. J. (5): *Über uns*. Available at: [http://www.fhgev.de/ueber\\_uns.html](http://www.fhgev.de/ueber_uns.html) [07.01.2018]
- Freiburger Hilfgemeinschaft e. V. 2018 (1): *Club 55*. Available at: [http://www.fhgev.de/files/fhg2017/PDF/2018-06/F\\_club55-mail.pdf](http://www.fhgev.de/files/fhg2017/PDF/2018-06/F_club55-mail.pdf) [25.02.2019]
- Freiburger Hilfgemeinschaft e. V. 2018 (2): *Tagesstätte*. Available at: [http://www.fhgev.de/files/fhg2017/PDF/2018-06/F\\_tagessta%E2%95%A0e%CC%82tte-mail.pdf](http://www.fhgev.de/files/fhg2017/PDF/2018-06/F_tagessta%E2%95%A0e%CC%82tte-mail.pdf) [25.02.2019]
- Freiburger Hilfgemeinschaft e. V. 2018 (3): *Dialogisches Forum Freiburg*. Available at: <https://www.fhgev.de/files/fhg2017/PDF/2018-06/Trialog.pdf> [25.02.2019]
- Freiburger Wochenbericht 2020: Authentizität ist der Schlüssel. In: *Freiburger Wochenbericht*, 30.12.2020: 6.
- Freiburger Wochenbericht 2020: Der Mensch ist anpassungsfähig. In: *Freiburger Wochenbericht*, 15.04.2020: 4.
- Freiburger Wochenbericht 2020: Immer mehr Depressive. In: *Freiburger Wochenbericht*, 27.05.2020: 9.
- Freiburger Wochenbericht 2021: Autismus und Psychotherapie. In: *Freiburger Wochenbericht*, 05.01.2021: 6.
- Fressnapf Journal 2013: Was Heimtiere für die Gesellschaft leisten. In: *Fressnapf Journal*, xviii (4): 36-37.
- Freund, Alexandra M./Keil, Andreas 2006: Ein Grund zu bleiben. In: Birgitt Röttger-Rössler/Eva-Maria Engelen 2006: *Tell me about love. Kultur und Natur der Liebe*. Paderborn: mentis, S. 165-188.

- Froschauer, Ulrike/Lueger, Manfred 2003: *Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Fuchs, Thomas 2002: *Zeit-Diagnosen. Philosophisch-psychiatrische Essays*. Kusterdingen: Die Graue Edition.
- Fuchs, Thomas 2015: Zeiterfahrung in Gesundheit und Krankheit. In: *Psychotherapeut*, 60 (2): 102-109.
- Füssler, Claudia 2020: Es geht um einen Kontakt. In: *Der Sonntag in Freiburg*, 05.04.2020: 3.
- Funk, Leberecht/Thajib, Ferdiansyah 2019: Intimacy and Care in the Field. Introduction. In: Thomas Stodulka/Samia Dinkelaker/Ferdiansyah Thajib 2019: *Affective Dimensions of Fieldwork and Ethnography*. Cham: Springer Nature Switzerland AG, pp. 137-142.
- Gall, Christian 2018: Einsam. In: *Donauwörther Zeitung*, 74 (167): V1.
- Gelhaus, Petra 2008: Wie groß ist zu groß? Zur Funktionalität des Normalen. In: Dominik Groß/Sabine Müller/Jan Steinmetzer 2008: *Normal. Anders. Krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin*. Berlin: MWV, S. 33-49.
- Geschäftsführender Vorstand des BPE e. V. 2015: Anschreiben Berliner PsychKG. In: *BPE Rundbrief*, 4: 14-15.
- Geschäftsführender Vorstand des BPE e. V. 2018: Worte zur Jahrestagung. In: *BPE Rundbrief*, 4: 19.
- Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen gemeinnützige GmbH o. J. (1): *Der Offene Dialog*. Available at: <http://www.open-dialogue.de/der-offene-dialog/index.html> [25.09.2018]
- Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen gemeinnützige GmbH o. J. (2): *Die sieben therapeutischen Prinzipien*. Available at: <http://www.open-dialogue.de/der-offene-dialog/die-sieben-therapeutischen-prinzipien/index.html> [25.09.2018]
- Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen gemeinnützige GmbH o. J. (3): *Rahmenbedingungen*. Available at: <http://www.open-dialogue.de/der-offene-dialog/rahmenbedingungen/index.php> [25.09.2018]
- Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen gemeinnützige GmbH o. J. (4): *Therapieversammlung*. Available at: <http://www.open-dialogue.de/der-offene-dialog/therapieversammlung/index.html> [25.09.2018]
- Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen gemeinnützige GmbH o. J. (5): *Zwei weitere Besonderheiten*. Available at: <http://www.open-dialogue.de/der-offene-dialog/zwei-weitere-besonderheiten/index.html> [25.09.2018]
- Gilbert, Helen/Rose, Diana/Slade, Mike 2008: The importance of relationships in mental health care. A qualitative study of service user's experiences of psychiatric hospital admission in the UK. In: *BMC Health Service Research*, 8 (92): 1-12. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/92> [03.04.2015]
- Gingrich, Andre/Zips, Werner 2006: Ethnohistorie und Historische Anthropologie. In: Bettina Beer/Hans Fischer 2006: *Ethnologie. Einführung und Überblick. Sechste, überarbeitete Auflage*. Berlin: Reimer, S. 273-294.
- Girtler, Roland 1995: *Randkulturen. Theorie der Unanständigkeit*. Wien/Köln [etc.]: Böhlau Verlag.

- Glinka, Hans-Jürgen 1998: *Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen*. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Goethals, Gregor T. 2003: Ritual und die Repräsentation von Macht in Kunst und Massenkultur. In: Andréa Belliger/David J. Krieger 2003: *Ritualtheorien. Ein einführendes Handbuch*. 2. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 303-322.
- Goffman, Erving 1977: *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Zweite Auflage. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Goffman, Erving 2016: *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. 23. Auflage. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Golsabahi-Broclawski, Solmaz 2014: Migration. Eine Bereicherung oder eine Noxe? Eine Herausforderung im klinischen Alltag. In: *Kerbe*, 1: 23-24.
- Good, Byron J./Subandi, M. A. 2004: Experiences of Psychosis in Javanese Culture. Reflections on a Case of Acute, Recurrent Psychosis in Contemporary Yogyakarta, Indonesia. In: Janis H. Jenkins/Robert J. Barrett 2004: *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity. The Edge of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 167-195.
- Greifeld, Katarina 2003: Einführung in die Medizinethnologie. In: Katarina Greifeld 2003: *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Dritte, grundlegend überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Reimer, S. 11-37.
- Greifeld, Katarina 2013: Einführung in die Medizinethnologie. In: Katarina Greifeld 2013: *Medizinethnologie. Eine Einführung*. Berlin: Reimer, S. 13-37.
- Greve, Nils/Aderhold, Volkmar 2007: Psychotherapeutische Gemeindepsychiatrie. Was wir von der bedürfnisangepassten Behandlung übernehmen könnten. In: *Psychosoziale Umschau*, 4: 22-24.
- Haehn, Karin/Deniffel, Xaver 2015: Soteria-Jahreskongress 2015 in Zwiefalten. In: *BPE Rundbrief*, 4: 16-17.
- Hahn, Hans Peter/Hornbacher, Annette/Schönhuth, Michael 2008: ‚Frankfurter Erklärung‘ zur Ethik in der Ethnologie. Available at: <http://www.dgska.de/dgska/ethik/> [11.03.2021]
- Haller, Christian o. J.: 6.3. Zuverdienstbereich. In: Freiburger Hilfgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V. o. J.: *Jahresbericht 2016*. Freiburg: o. V., S. 50-55.
- Haller, Christian/Lechner, Kathrin o. J.: Der Zuverdienstbereich. In: Freiburger Hilfgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V. o. J.: *Jahresbericht 2018*. Freiburg: o. V., S. 20-22.
- Haller, Dieter 2005: *dtv-Atlas Ethnologie*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Haig, Matt 2016: *Ziemlich gute Gründe, am Leben zu bleiben*. München: dtv.
- Hammer, Matthias/Plößl, Irmgard 2015: *Irre verständlich. Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen*. Dritte Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Hapkemeyer, Julia/Scheibner, Nicole 2014: Resilienzfördernde Personalführung und Leitung. In: *Kerbe*, 1: 8-10.
- Hartmann, Petra/Bräunling, Stefan 2007: Gemeinsam(e) Stärke finden. Das Berliner Weglaufhaus. In: Peter Lehmann/Peter Stastny 2007: *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 195-207.

- Hauser-Schäublin, Brigitta 2008: Teilnehmende Beobachtung. In: Bettina Beer 2008: *Methoden ethnologischer Feldforschung. Zweite, überarbeitete und erweiterte Auflage*. Berlin: Reimer, S. 37-58.
- Heckmann, Friedrich 1992: Interpretationsregeln zur Auswertung qualitativer Interviews und sozialwissenschaftlich relevanter Texte. Anwendungen der Hermeneutik für die empirische Sozialforschung. In: Jürgen H. P. Hoffmeyer-Zlotnik 1992: *Analyse verbaler Daten. Über den Umgang mit qualitativen Daten*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH, S. 142-167.
- Heinz, Andreas 2014: *Der Begriff der psychischen Krankheit*. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Heland-Graef, Martina 2019: BPE-Stellungnahme Beschluss Entwurf Richtlinie PPP (Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik). In: *BPE Rundbrief*, 3: 9.
- Helfferich, Cornelia 2005: *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Zweite Auflage*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helman, Cecil G. 2001: *Culture, Health and Illness. Fourth Edition*. London: Arnold.
- Hermanns, Harry 1992: Die Auswertung narrativer Interviews. Ein Beispiel für qualitative Verfahren. In: Jürgen H. P. Hoffmeyer-Zlotnik 1992: *Analyse verbaler Daten. Über den Umgang mit qualitativen Daten*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH, S. 110-141.
- Hiller, Simone 2016: Genesungsbegleiter integrieren. Optionen für eine gelingende Einarbeitung in Einrichtungen und Zusammenarbeit in Teams. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, 46 (3): 19-23.
- Himmer, Nina 2020: Therapie hautnah. In: *Apotheken Umschau*, 15.08.2020 B: 34-36.
- Hirschberg, Walter 2005: *Wörterbuch der Völkerkunde. Neuausgabe. Zweite Auflage*. Berlin: Reimer.
- Höhm, Peter 1973: *Zuweisungsprozesse bei Obdachlosen. Zur Produktion sozialer Probleme durch Instanzen sozialer Kontrolle. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophischen Fakultät der Universität Regensburg*.
- Hönel, Manfred 2019: Eisbären gehen mit Braun volles Risiko. In: *Eishockey News*, 05: 27.
- Hönel, Manfred/Lachmann, Michael 2019: Alkoholismus ist für mich tabu. Wie Constantin Braun seine Krankheit in den Griff bekam. In: *Eishockey News*, 25: 21.
- Hohmeier, Jürgen 1975: Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozeß. In: Manfred Brusten/Jürgen Hohmeier 1975: *Stigmatisierung 1. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen*. Neuwied/Darmstadt: Luchterhand, S. 5-24.
- Holch, Christine 2016: Eine heftige Woche. In: *chrismon. Das evangelische Magazin*. Available at: <http://www.chrismon.evangelisch.de/heftige-woche> [30.08.2020]
- Holicki, Axel 2016: Die Bedeutung der Anerkennung eigener Begrenzung für die professionelle Haltung des Psychotherapeuten. Bemerkungen zur Bedeutung des Unbewussten. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, 46 (3): 36-40.
- Hollstein, Betina 2006: Qualitative Methoden und Netzwerkanalyse. Ein Widerspruch? In: Betina Holstein/Florian Straus 2006: *Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 11-35.
- Hsu, Elisabeth 2003: Die drei Körper. Oder sind es vier? Medizinethnologische Perspektiven auf den Körper. In: Thomas Lux 2003: *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin, Medizinethnologie, Medical Anthropology*. Berlin: Reimer, S. 177-189.

- Hucklenbroich, Peter 2008: Normal. Anders. Krank. Begriffsklärungen und theoretische Grundlagen zum Krankheitsbegriff. In: Dominik Groß/Sabine Müller/Jan Steinmetzer 2008: *Normal. Anders. Krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin*. Berlin: MWV, S. 3-31.
- Hughes, Andrew 2007: Schulung von Psychiatriebetroffenen. In: Peter Lehmann/Peter Stastny 2007: *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 368-377.
- Hungbaur, Daniela 2020: Bleiben Sie ruhig. In: *Donauwörther Zeitung*, 76 (4): 4.
- Illius, Bruno 2006: Feldforschung. In: Bettina Beer/Hans Fischer 2006: *Ethnologie. Einführung und Überblick. Sechste, überarbeitete Auflage*. Berlin: Reimer, S. 73-98.
- Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria o. J. (1): *Kriterien für (akutpsychiatrische) Stationen mit integrierten Soteria-Elementen*. Available at: <http://www.soteria-netzwerk.de/soteria-kriterien/kriterien-fur-akutpsychiatrische-stationen-mit-integrierten-soteria-elementen> [25.09.2018]
- Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria o. J. (2): *Kriterien für Soteria-Einrichtungen*. Available at: <http://www.soteria-netzwerk.de/soteria-kriterien/kriterien-fur-soteria-einrichtungen> [25.09.2018]
- Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria o. J. (3): *Soteria-Gedanke*. Available at: <https://www.soteria-netzwerk.de/entstehung-des-soteria-gedankens> [25.09.2018]
- Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria 2020: *Psychische Belastung durch Corona. Erste Ergebnisse unserer Online-Umfrage*. Available at: <http://www.soteria-netzwerk.de/psychische-gesundheit-in-zeiten-von-corona> [30.08.2020]
- Itten, Theodor 2007: Psychotherapie statt Psychiatrie? Keine Qual der Wahl. In: Peter Lehmann/Peter Stastny 2007: *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 250-262.
- Jackson, Anthony 1987: Reflections on ethnography at home and the ASA. In: Anthony Jackson 1987: *Anthropology at Home*. London/New York: Tavistock Publications, pp. 1-15.
- Jäger, Gabriele 2015: Was macht Katzen zu unseren besten Freunden? In: *Geliebte Katze*, 3: 12-16.
- Jenkins, Janis H./Barrett, Robert J. 2004: Contributors. In: Janis H. Jenkins/Robert J. Barrett 2004: *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity. The Edge of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. ix-xii.
- Jenkins, Janis H./Barrett, Robert J. 2004: Introduction. In: Janis H. Jenkins/Robert J. Barrett 2004: *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity. The Edge of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 1-25.
- Jervis, Giovanni 1978: *Kritisches Handbuch der Psychiatrie*. Frankfurt/Main: Syndikat.
- Joers, Matthias 2020: Wie wir der Krise trotzen. In: *Freiburger Wochenbericht*, 04.11.2020: 1.
- Johnson Straughan, Heather 2009: Influencing Change. User or researcher? Elitism in research. In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 107-119.
- Jones, Nev 2015: The Community Life of Objects. Beyond the Academic Clinic. In: Laurence J. Kirmayer/Robert Lemelson/Constance A. Cummings 2015: *Re-Visioning Psychia-*

- try. *Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience and Global Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 168-175.
- Jurt, Joseph 2010: Die Habitus-Theorie von Pierre Bourdieu. In: *LiTheS*, 3 (7/10): 5-17.
- Kästle, Hans-Joachim 2020: Habe nie das Gefühl, besonderen Druck zu verspüren. In: *Eishockey News*, 12: 34.
- Kaiser, Günther/Sack, Fritz/Schellhoss, Hartmut 1974: *Kleines Kriminologisches Wörterbuch*. Freiburg i. Br.: Herder.
- Kaiser-Burkart 2017: Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen. In: Freiburger Hilfsgemeinschaft e. V. 2017: *Über Mutter wird nicht gesprochen. Euthanasie-Morde an Freiburger Menschen*. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag GmbH, S. 83-86.
- Kaiser-Burkart 2017: Psychiatrische Universitätsklinik Freiburg. In: Freiburger Hilfsgemeinschaft e. V. 2017: *Über Mutter wird nicht gesprochen. Euthanasie-Morde an Freiburger Menschen*. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag GmbH, S. 76-79.
- Karsch, Fabian 2015: *Medizin zwischen Markt und Moral. Zur Kommerzialisierung ärztlicher Handlungsfelder*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Karstedt, Susanne 1975: Soziale Randgruppen und soziologische Theorie. In: Manfred Brusten/Jürgen Hohmeier 1975: *Stigmatisierung I. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen*. Neuwied/Darmstadt: Luchterhand, S. 169-196.
- Katt, Katharina 2014: Sozialpolitische Ideengeberin. In: Freiburger Hilfsgemeinschaft e. V. 2014: *40 Jahre. Jubiläumsausgabe*. Freiburg: Dekoartistda, S. 44.
- Keck, Verena 2008: Interdisziplinäre Projekte und Teamarbeit. In: Bettina Beer 2008: *Methoden ethnologischer Feldforschung. Zweite, überarbeitete und erweiterte Auflage*. Berlin: Reimer, S. 255-275.
- Keckeisen, Wolfgang 1976: *Die gesellschaftliche Definition abweichenden Verhaltens. Perspektiven und Grenzen des labeling approach*. München: Juventa-Verlag.
- Keddi, Barbara 2006: Liebe als biografisches Projekt. In: Birgitt Röttger-Rössler/Eva-Maria Engelen 2006: *Tell me about love. Kultur und Natur der Liebe*. Paderborn: mentis, S. 143-164.
- Kempker, Kerstin 1991: *Teure Verständnislosigkeit. Die Sprache der Verrücktheit und die Entgegnung der Psychiatrie*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag.
- Keyes, Charles F. 1985: The Interpretive Basis of Depression. In: Arthur Kleinman/Byron Good 1985: *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley/Los Angeles [etc.]: University of California Press, pp. 153-174.
- Kiefer, Berthold 2014: Die Freiburger Hilfsgemeinschaft im Abriss der Zeit. In: Freiburger Hilfsgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V. 2014: *40 Jahre. Jubiläumsausgabe. Zweite Auflage*. Freiburg: Dekoartistda, S. 16-21.
- Kiefer, Mathias 1996: *Die Entwicklung des Seelenbegriffs in der deutschen Psychiatrie ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts unter dem Einfluß zeitgenössischer Philosophie*. Essen: Verlag Die Blaue Eule.
- Kirmayer, Laurence J. 2015: Empathy and Alterity in Psychiatry. In: Laurence J. Kirmayer/Robert Lemelson/Constance A. Cummings 2015: *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience and Global Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 141-167.

- Kirmayer, Laurence J./Lemelson, Robert/Cummings, Constance A. 2015: Introduction. *Psychiatry at a Crossroads*. In: Laurence J. Kirmayer/Robert Lemelson/Constance A. Cummings 2015: *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience and Global Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 1-38.
- Kirmayer, Laurence J./Lemelson, Robert/Cummings, Constance A. 2015: Preface. In: Laurence J. Kirmayer/Robert Lemelson/Constance A. Cummings 2015: *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience and Global Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. xxi-xxiv.
- Klafki, Hannelore: Die Stimmen begleiten meine Leben. In: Peter Lehmann/Peter Stastny 2007: *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 131-134.
- Kleinman, Arthur 1980: *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley/Los Angeles [etc.]: University of California Press.
- Kleinman, Arthur 1988: *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, Arthur 1995: *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur 2004: Preface. In: Janis H. Jenkins/Robert J. Barrett 2004: *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity. The Edge of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. xv-xvii.
- Kleinman, Arthur 2015: Foreword. In: Laurence J. Kirmayer/Robert Lemelson/Constance A. Cummings 2015: *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience and Global Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. xvii-xix.
- Kleinman, Arthur/Good, Byron 1985: Contributors. In: Arthur Kleinman/Byron Good 1985: *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley/Los Angeles [etc.]: University of California Press, pp. 507-510.
- Kleinman, Arthur/Good, Byron 1985: Introduction. Culture and Depression. In: Arthur Kleinman/Byron Good 1985: *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley/Los Angeles [etc.]: University of California Press, pp. 1-33.
- Knoller, Alois 2018: Von 38 Teufeln heimgesucht. In: *Donauwörther Zeitung*, 74 (150): 21.
- Knuf, Andreas 2020: Steht die emotionale Wende bevor? Umgang mit Gefühlen in der sozialpsychiatrischen Arbeit. In: *Soziale Psychiatrie*, 3: 4-6.
- Koegel, Paul 1987: *Ethnographic perspectives on homeless and homeless mentally ill women. Proceedings of a two-day workshop sponsored by the Division of Education and Service Systems Liaison, National Institute of Mental Health, October 30-31, 1986*. Washington, D. C.: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration (ADAMHA).
- Kohl, Karl-Heinz 2012: *Ethnologie. Die Wissenschaft vom kulturell Fremden. Eine Einführung. Dritte, aktualisierte Auflage*. München: Verlag C. H. Beck oHG.
- Korn, Burkhard 2017: Kontinuität und Diskontinuität der NS-Moral in der Sozialen Arbeit. In: Freiburger Hilfgemeinschaft e. V. 2017: *Über Mutter wird nicht gesprochen. Eu-*



- thanasiemorde an Freiburger Menschen*. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag GmbH, S. 24-41.
- Korn, Burkhard 2017: NS-Euthanasie in Freiburg. Die staatlichen Gesundheitsämter. In: Freiburger Hilfgemeinschaft e. V. 2017: *Über Mutter wird nicht gesprochen. Euthanasie-Morde an Freiburger Menschen*. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag GmbH, S. 71-75.
- Krämer, Ute Maria/Rose, Diana 2017: Wie Psychiatrie-Erfahrene Forschungsprozesse gestalten. Geschichte und Methoden der Nutzer-geleiteten partizipativen Forschung in englischsprachigen Ländern. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, 2: 38-42.
- Kremser, Jessica 2020: Ihr seid unsere Helden. In: *Ein Herz für Tiere*, 39 (454): 16-22.
- Kring, Ann M./Germans, Marja K. 2004: Subjective Experience of Emotion in Schizophrenia. In: Janis H. Jenkins/Robert J. Barrett 2004: *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity. The Edge of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 329-348.
- Krüger, Matthias/Randebrock, Eva/Mirisch, Stephan/Truöl, Steve/Vieweg, Thomas 2016: Vergleich und Evaluation der Arbeit von fünf Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, 46 (3): 8-13.
- Künzel, Melanie 2018: Irritiert. Gedanken einer Tagungsanfängerin. In: *BPE Rundbrief*, 4: 15.
- Kundisch, Karla 2019: Meine Meinung und meine Wünsche. In: *BPE Rundbrief*, 4: 32-33.
- Kutkat, Gina 2020: Ein Vorbild für alle. In: *Der Sonntag in Freiburg*, 02.02.2020: 4.
- Kutzer, Michael 2003: Psychiker als Somatiker. Somatiker als Psychiker. Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien. In: Eric J. Engstrom/Volker Roelcke 2003: *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*. Basel: Schwabe Verlag, S. 27-47.
- La, Sonja 2017: Die Situation junger Psychiatrisierungsbetroffener. Zwischen besonderer Förderung, Ausgrenzung und Emanzipation. In: *BPE Rundbrief*, 4: 13-15.
- Lamb 1981: Foreword. In: Sue E. Estroff 1981: *Making it Crazy. An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley/Los Angeles [etc.]: University of California Press, pp. ix-xii.
- Landesrecht Baden-Württemberg Bürgerservice o. J.: *Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG) vom 25. November 2014*. Available at: [http://www.landesrecht-bw.de/jportal/portal/t/13n1/page/bsbawueprod.psm1/screen/JWPDFScreen/filename/PsychKG\\_BW.pdf;jsessionid=D600FD73AFDEEE757EBD1A49AB51E3CC.jp80](http://www.landesrecht-bw.de/jportal/portal/t/13n1/page/bsbawueprod.psm1/screen/JWPDFScreen/filename/PsychKG_BW.pdf;jsessionid=D600FD73AFDEEE757EBD1A49AB51E3CC.jp80) [08.01.2019]
- Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V. 2019 (1): *Manifest zum verantwortungsvollen Umgang mit Psychopharmaka*. Available at: <http://www.lvpebw.org/2019/04/12manifest-zum-verantwortungsvollen-umgang-mit-psychopharmaka/> [25.04.2019]
- Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V. 2019 (2): *Nachruf Dorothea Buck*. Available at: <http://www.lvpebw.org/2019/10/29/nachruf-dorothea-buck/> [07.11.2019]
- Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V. 2016 (1): *Kleine Selbsthilfe für die Seele. Flyer*. Bochum: o. V.

- Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V. 2016 (2): *Wege zur Selbststabilisierung. Selbsthilfekonzept für Psychiatrie-Erfahrene*. Bochum: o. V.
- Lauterbach, Matthias 2014: *Leichte Zeiten. Schwere Zeiten. Von Gesundheit, Lebensfreude und Seelenheil*. In: *Kerbe*, 1: 20-22.
- Lee, Ji-Eun 2013: *Mad as Hell. The Objectifying Experience of Symbolic Violence*. In: Brenda A. LeFrançois/Robert Menzies/Geoffrey Reaume 2013: *Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc, pp. 105-121.
- Lehmann, Peter o. J.: *An erster Stelle Transparenz. Für die Offenlegung von Interessenkonflikten in der Psychiatrie*. Available at: <http://www.daten.verwaltungsportal.de/dateien/news/6/2/4/8/1/8/lehmann-transparenz.pdf> [29.03.2021]
- Lehmann, Peter 2007: Einführung. In: Peter Lehmann/Peter Stastny 2007: *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 11-13.
- Lehmann, Peter 2007: Einleitung. In: Peter Lehmann/Peter Stastny 2007: *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 15-16.
- Lehmann, Peter 2016: Rezension. Aruna Meike Siewert. *Natürliche Psychopharmaka. Ganzheitliche Medizin für die Seele*. In: *BPE Rundbrief*, 4: 7.
- Lehmann, Peter 2016: Rezension. Peter C. Gøtzsche. *Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität. Wie die Pharma-Industrie das Gesundheitswesen korrumpiert*. In: *BPE Rundbrief*, 2: 14.
- Lehmann, Peter 2016: *Wohin in der Krise? Wohin nach der Psychiatrie?* Available at: <http://www.bpe-online.de> [25.09.2018]
- Lehmann, Peter 2018 (1): *Die schleichende Wiederkehr des Elektroschocks*. In: *BPE Rundbrief*, 4: 24-27.
- Lehmann, Peter 2018 (2): *Risiken und Schäden neuer Elektroschocks*. In: *Lautsprecher*, 58: 6-10.
- Lehmann, Peter 2019: Argeo Bämayer. *Das psychiatrische Gutachten. Eine subjektive unwissenschaftliche Werteeschätzung auf dem Prüfstand der Menschenrechte*. In: *BPE Rundbrief*, 3: 10.
- Lehmann, Peter 2021: *Der Elefant im Raum. Ethikprobleme in der Psychiatrie*. In: *Kerbe*, 1: 8-10.
- Lehmann, Peter/Stastny, Peter 2007: *Reformen oder Alternativen? Eine bessere Psychiatrie oder bessere Alternativen?* In: Peter Lehmann/Peter Stastny 2007: *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 421-430.
- Lemert, Edwin M. 1967: *Human Deviance, Social Problems, and Social Control*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Lenz, Petra 2018: *Der theoretische Krankheitsbegriff und die Krise der Medizin*. Wiesbaden: J. B. Metzler.
- Lepach, Renate 2014: *Einblick von der ehemaligen Vorsitzenden*. In: Freiburger Hilfgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V. 2014: *40 Jahre. Jubiläumsausgabe. Zweite Auflage*. Freiburg: Dekoartistda, S. 26-27.
- Lewis-Fernandez, Roberto/Aggarwal, Neil Krishan 2015: *Psychiatric Classification Beyond the DSM. An Interdisciplinary Approach*. In: Laurence J. Kirmayer/Robert Lemelson/Constance A. Cummings 2015: *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenom-*

- enology, *Critical Neuroscience and Global Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 434-468.
- Leyton, Cristian Alvarado 2009: *Native Anthropology. Kritische Ethnographie einer Debatte um den Zweck der Ethnologie*. Berlin: LIT Verlag.
- Liegghio, Maria 2013: A Denial of Being. Psychiatrization as Epistemic Violence. In: Brenda A. LeFrançois/Robert Menzies/Geoffrey Reaume 2013: *Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc, pp. 122-129.
- Lindheimer, Martin 2016: Wunsch. Wahn. Wirklichkeit. Selbstbestimmung ist keine Genesung. In: *BPE Rundbrief*, 4: 17.
- Linz, Anja 2018: Barrieren in Köpfen abbauen. In: *Lautsprecher*, 58: 28.
- Lipp, Wolfgang 1975: Selbststigmatisierung. In: Manfred Brusten/Jürgen Hohmeier 1975: *Stigmatisierung 1. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen*. Neuwied/ Darmstadt: Luchterhand, S. 25-53.
- Lippert, Julia 2021: *Menschenrechte in der Psychiatrie*. Available at: <http://www.kobinet-nachrichten.org/2021/03/01/menschenrechte-in-der-psychiatrie/> [05.03.2021]
- Lohff, Brigitte 2013: Von der Normalität des Unglücklichseins. Überlegungen zum Phänomen Psychotherapie als Teil des Alltagslebens ab den 1960er Jahren. In: Christine Wolters/Brigitte Lohff/Christof Beyer 2013: *Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit*. Bielefeld: transcript Verlag, S. 325-355.
- Lubrich, Oliver/Stodulka, Thomas/Liebal, Katja 2018: Affekte im Feld. Ein blinder Fleck in der Forschung? In: Gerald Hartung/Matthias Herrgen 2018: *Interdisziplinäre Anthropologie. Jahrbuch 5/2017. Lebensspanne 2.0*. Wiesbaden: Springer VS, S. 179-197.
- Lucas, Rod 2004: In and Out of Culture. Ethnographic Means to Interpreting Schizophrenia. In: Janis H. Jenkins/Robert J. Barrett 2004: *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity. The Edge of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 146-163.
- Lucius-Hoene, Gabriele/Deppermann, Arnulf 2004: *Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. Zweite Auflage*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Luhrmann, T. M. 2015: Hearing Voices. How Social Context Shapes Psychiatric Symptoms. In: Laurence J. Kirmayer/Robert Lemelson/Constance A. Cummings 2015: *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience and Global Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 305-313.
- Lux, Thomas 2003: Krankheit und ihre kulturellen Dimensionen. Ein ideengeschichtlicher Abriss. In: Thomas Lux 2003: *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin, Medizinethnologie, Medical Anthropology*. Berlin: Reimer, S. 145-176.
- Lux, Thomas 2003: Viele Namen für dieselbe Sache? Ethnomedizin, Medizinethnologie und Medical Anthropology. In: Thomas Lux 2003: *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin, Medizinethnologie, Medical Anthropology*. Berlin: Reimer, S. 10-30.
- Machleidt, Wielant 2013: Weltpsychiatrischer Universalismus versus kulturdistinkte Psychiatrie. Ethnopsychiatrische Diskurse in den 1970er und 1980er Jahren. In: Christine Wolters/Brigitte Lohff/Christof Beyer 2013: *Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit*. Bielefeld: transcript Verlag, S. 357-383.

- Marschall, Birgit 2020: *Hubertus Heil beschwört Grundrente als gemeinsames Koalitionsprojekt*. Available at: [http://www.rp-online.de/wirtschaft/hubertus-heil-beschwoert-grundrente-als-gemeinsames-koalitionsprojekt\\_aid-49034343](http://www.rp-online.de/wirtschaft/hubertus-heil-beschwoert-grundrente-als-gemeinsames-koalitionsprojekt_aid-49034343) [23.03.2020]
- Mayer, Nils 2018: *Ans Bett gefesselt*. Available at: <http://www.stuttgarternachrichten.de/inhalt.heilbehandlung-folter-ans-bett-gefesselt.a055d3fa-6a71-4ad0-bd66-f8cf849e10da.html> [13.08.2018]
- Mayring, Philipp 2002: *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Fünfte, überarbeitete und neu ausgestattete Auflage*. Weinheim/Basel: Beltz.
- McKenzie, Kwame/Shah, Jai 2015: Understanding the Social Etiology of Psychosis. In: Laurence J. Kirmayer/Robert Lemelson/Constance A. Cummings 2015: *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience and Global Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 317-342.
- Menzies, Robert/LeFrançois, Brenda/Reaume, Geoffrey 2013: Introducing Mad Studies. In: Brenda A. LeFrançois/Robert Menzies/Geoffrey Reaume 2013: *Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc, pp. 1-22.
- Merkens, Hans 1992: Teilnehmende Beobachtung. Analyse von Protokollen teilnehmender Beobachter. In: Jürgen H. P. Hoffmeyer-Zlotnik 1992: *Analyse verbaler Daten. Über den Umgang mit qualitativen Daten*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH, S. 216-247.
- Messerschmidt, Donald A. 1981: On anthropology at home. In: Donald A. Messerschmidt 1981: *Anthropologists at home in North America. Methods and issues in the study of one's own society*. Cambridge/London [etc.]: Cambridge University Press, pp. 3-14.
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike 2005: ExpertInneninterviews. Vielfach erprobt, wenig beachtet. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Alexander Bogner/Beate Littig/Wolfgang Menz 2005: *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Zweite Auflage*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 71-93.
- Meyer, Joachim 2020: Dinge, die man nicht sehen kann. In: *Eishockey News*, 46: 15.
- Miles-Paul, Ottmar 2021: *Corona und die Folgen in Berliner Psychiatrien*. Available at: <http://www.kobinet-nachrichten.org/2021/01/20/corona-und-die-folgen-in-berliner-psychiatrien/> [11.02.2021]
- Millett, Kate 2007: Psychische Krankheit. Ein Phantom. In: Peter Lehmann/Peter Stastny 2007: *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 26-36.
- Mischung, Roland 2006: Religionsethnologie. In: Bettina Beer/Hans Fischer 2006: *Ethnologie. Einführung und Überblick. Sechste, überarbeitete Auflage*. Berlin: Reimer, S. 197-220.
- Mittmann, Barbara o. J.: 3.2. Die Tagesstätte. In: Freiburger Hilfsgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V. o. J.: *Jahresbericht 2018*. Freiburg: o. V., S. 19-20.
- Mittmann, Barbara o. J.: 6.2. Tagesstätte. In: Freiburger Hilfsgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V. o. J.: *Jahresbericht 2017*. Freiburg: o. V., S. 45-50.
- Müller, Katharina 2020: *Kraftakt gegen Altersarmut: Grundrente ist Baustein, aber keine Komplettlösung*. Available at: <http://www.finanzen100.de/finanznachrichten>

/boerse/kraftakt-gegen-altersarmut-grundrente-ist-baustein-aber-keine-komplettlösung\_H2063368589\_11682112/ [23.03.2020]

- Müller, Klaus E. 2006: *Schamanismus. Heiler, Geister, Rituale. Dritte Auflage*. München: Verlag C. H. Beck.
- Müller, Patrik 2018 (1): *Der Ruf der Freiheit*. Available at: <http://www.badische-zeitung.de/dieses-jahr-sind-schon-ueber-100-patienten-aus-der-psychiatrie-geflohen-auch-verurteilte-straftaeter--print> [25.09.2018]
- Müller, Patrik 2018 (2): *Ein mulmiges Gefühl*. Available at: <http://www.badische-zeitung.de/emmendingen/ein-mulmiges-gefuehl-x1x--156405750.html> [25.09.2018]
- Müller, Patrik 2019: *Zentrum für Psychiatrie hat mit Personalmangel zu kämpfen*. Available at: <http://www.badische-zeitung.de/zentrum-fuer-psychiatrie-hat-mit-personalmangel-zu-kaempfen--179538817.html> [23.11.2019]
- Murphy, Robert F. 1987: *The Body Silent*. London/Melbourne: J. M. Dent & Sons Ltd.
- Näpel, Oliver 2011: *Das Fremde als Argument. Identität und Alterität durch Fremdbilder und Geschichtsstereotype von der Antike bis zum Holocaust und 9/11 im Comic*. Frankfurt [etc.]: Peter Lang.
- Nestvogel, Renate o. J.: *3 Pierre Bourdieu. Die verborgenen Mechanismen der Macht*. Available at: <http://www.bourdieu.pdf> [15.03.2021]
- Nestvogel, Renate 1994: *Fremdes oder Eigenes? Freiräume zwischen Ausgrenzung und Vereinnahmung*. In: Renate Nestvogel 1994: *Fremdes oder Eigenes? Rassismus, Antisemitismus, Kolonialismus, Rechtsextremismus aus Frauensicht*. Frankfurt/Main: IKO-Verlag für Interkulturelle Kommunikation, S. 27-69.
- Nettle, Mary 1996: *Listening in the Asylum*. In: Jim Read/Jill Reynolds 1996: *Speaking Our Minds. An Anthology of Personal Experience of Mental Distress and its Consequences*. Basingstoke [etc.]: The Open University, pp. 202-206.
- Normann, Claus/Frase, Lukas 2018: *Studienteilnehmer mit Depression gesucht*. Available at: [http://www.uniklinik-freiburg.de/nc/presse/pressemitteilungen/detailansicht/presse/1561.html?tx\\_aspresse\\_pi1%5BbackLink%5D=1570&cHash=5b45dacc33a93e0242868836317db6d3](http://www.uniklinik-freiburg.de/nc/presse/pressemitteilungen/detailansicht/presse/1561.html?tx_aspresse_pi1%5BbackLink%5D=1570&cHash=5b45dacc33a93e0242868836317db6d3) [02.09.2018]
- NW3.de o. J.: *Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker*. Available at: [http://www.nw3.de/rechtsarchiv/4oerecht/7freihschutz/bw\\_ubg.html](http://www.nw3.de/rechtsarchiv/4oerecht/7freihschutz/bw_ubg.html) [08.01.2018]
- Odyso 2020: *Falsche Medikamentierung in der Psychiatrie*. Available at: <http://www.youtube.com/watch?v=qnBxx5BzbVU&feature=youtu.be> [30.08.2020]
- O'Hagan, Mary 2009: *Foreword*. In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, p. i.
- Oljaca, Jelena/Walther, Christoph 2016: *Ambulante Psychoedukation bei psychischer Erkrankung nach SGB XII. Eine Befragung in der Stadt Nürnberg*. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, 46 (3): 24-27.
- Olostiak-Brahms, Mirko 2016: *Interview mit Dr. Volkmar Aderhold. VielFalter. Magazin gegen Monokultur und für Inklusion. Sendung vom 28. Juli 2016. Transkript der Sendung*. Available at: <http://www.rdl.de/beitrag/vielfalter-magazin-gegen-monokultur-und-f-r-inklusion-28072016> [28.01.2019]
- Olson, Mary/Seikkula, Jaakko/Ziedonis, Douglas 2014: *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue*. The University of Massachusetts Medical School: Worcester.

- Omer, Haim/Alon, Nahi/von Schlippe, Arist 2007: *Feindbilder. Psychologie der Dämonisierung*. Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- O. N., Vera Maria 2017: *Die unheimliche Magie der Psychose. Eine Erfahrung*. Volkach: Verlag der Ideen.
- O'Reilly, Karen 2005: *Ethnographic Methods*. London/New York: Routledge.
- Ostrer, Carey/Morris, Brigid 2009: First-hand experiences of different approaches to collaborative research. In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 71-81.
- Ott, Reiner/Pullen, Vicky 2019: Rücktritt von Reiner Ott und Vicky Pullen. In: *BPE Rundbrief*, 4: 31.
- Parnas, Josef/Gallagher, Shaun 2015: Phenomenology and the Interpretation of Psychopathological Experience. In: Laurence J. Kirmayer/Robert Lemelson/Constance A. Cummings 2015: *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience and Global Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 65-80.
- Paulsen, Susanne/Paulus, Jochen/Sedlmair, Stefan/Simon, Claus Peter 2018: Die wirksamsten Therapien. In: *GEO WISSEN*, 62: 115-129.
- Peacock, James L./Holland, Dorothy C. 1993: The Narrated Self. Life Stories in Process. In: *Ethos*, 21 (4): 367-383.
- Peitz, Gangolf 2014: Selbsthilfe pur – BPE-Jahrestagung machte Mut. In: *BPE Rundbrief*, 2: 10.
- Peitz, Gangolf 2017: 25 Jahre humanistisches Bürgerengagement. Intensive BPE-Jahrestagung 2017 in Berlin mit Protestaktionen. In: *BPE Rundbrief*, 4: 11-12.
- Peitz, Gangolf 2019: Aufklärungsbögen zu Psychopharmaka für Klinikpatienten. In: *BPE Newsletter*, 1: 1.
- Peitz, Gangolf 2019: Das Erbe von Dorothea Buck weitertragen. In: *BPE Rundbrief*, 4: 13.
- Peitz, Gangolf 2020: S3-Leitlinie Schizophrenie für 2019-2023. In: *BPE Newsletter*, 9: 1.
- Peitz, Gangolf 2020: *Kein BPE-Newsletter mehr. Mitteilung vom 29.09.2020*. O. V.,1.
- Peitz, Gangolf & Team 2021: Corona und Psychopharmaka können gefährlich zusammenwirken. In: *Newsletter Seelische Gesundheit der Selbsthilfe SeelenLaute Saar*, 5/6: 1.
- Peitz, Gangolf & Team 2021: Nicht mehr mein Verein. Auch Gründungsmitglied verlässt den BPE. In: *Newsletter Seelische Gesundheit der Selbsthilfe SeelenLaute Saar*, 5/6: 1.
- Perujo, Emilia 2019: Exchange of Intangible Gifts? Reflections on Research Relationships When ‚Studying Up‘. In: Thomas Stodulka/Samia Dinkelaker/Ferdiansyah Thajib 2019: *Affective Dimensions of Fieldwork and Ethnography*. Cham: Springer Nature Switzerland AG, pp. 97-108.
- Petermann, Werner 2004: *Die Geschichte der Ethnologie*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.
- Peters, Bernd 2019: Helden am Bahngleis. In: *Freiburger Wochenbericht*, 11.09.2019: 1.
- Pfadenhauer, Michaela 2005: Auf gleicher Augenhöhe reden. Das Experteninterview. Ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. In: Alexander Bogner/Beate Littig/Wolfgang Menz 2005: *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Zweite Auflage*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 113-130.

- Pfeiffer, Wolfgang M. 1971: *Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Picard, Jacques 2014: Biografie und biografische Methoden. In: Christine Bischoff/Karoline Oehme-Jüngling/Walter Leimgruber 2014: *Methoden der Kulturanthropologie*. Bern: Haupt, S. 177-194.
- Piel, Ansgar o. J.: *Triolog. Broschüre*. o. O.: o. V.
- Poland, Tony 2019: Die NHL im Kampf gegen Depressionen. Initiativtag soll das Bewusstsein für mentale Probleme stärken. In: *Eishockey News*, 06: 51.
- Poland, Tony 2021: Es ist keine Schande, um Hilfe zu bitten. In: *Eishockey News*, 05: 47.
- Pullen, Vicky 2016: Stellungnahme aufsuchenden Hilfen. In: *BPE Rundbrief*, 2: 13.
- Pullen, Vicky 2016: Impressionen vom 4. Weltkongress Betreuungsrecht. In: *BPE Rundbrief*, 4: 4-5.
- Rackow-Freitag, Bettina 2020: Der überzeichnete Nerd. In: *Apotheken Umschau*, 01.08.2020 A: 48-49.
- Radio Dreyeckland.de o. J. (1): *Das Redaktionsstatut von Radio Dreyeckland*. Available at: <http://www.rdl.de/beitrag/das-redaktionsstatut-von-radio-dreyeckland> [21.05.2018]
- Radio Dreyeckland.de o. J. (2): *Über Radio Dreyeckland*. Available at: <http://www.rdl.de/ueber-rdl> [21.05.2018]
- Radio Dreyeckland.de o. J. (3): *VielFalter. Magazin gegen Monokultur und für Inklusion*. Available at: <http://www.rdl.de/sendung/koo-koo-sendung-gegen-zwangspanychiatrie> [21.05.2018]
- Rath, Christian 2018: Ein Richter muss entscheiden. In: *Badische Zeitung*, 73 (169/30): 5.
- Reedy, Patrick C./King, Daniel R. 2019: Critical Performativity in the Field. Methodological Principles for Activist Ethnographers. In: *Organizational Research Methods*, 22 (2): 564-589.
- Rehsmann, Julia 2019: Dancing Through the Perfect Storm. Encountering Illness and Death in the Field and Beyond. In: Thomas Stodulka/Samia Dinkelaker/Ferdiansyah Thajib 2019: *Affective Dimensions of Fieldwork and Ethnography*. Cham: Springer Nature Switzerland AG, pp. 189-200.
- Reich, Kathrin o. J.: 3. Eckstein: Wohnen. In: Freiburger Hilfsgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V. o. J.: *Jahresbericht 2016*. Freiburg: o. V., S. 13-14.
- Rey, Terry 2004: Marketing the goods of salvation. Bourdieu on religion. In: *Religion*, 34: 331-343.
- Rißmann-Schleip, Friedhilde o. J. (1): 4. Geschäftsführungsbericht 2016. In: Freiburger Hilfsgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V. o. J.: *Jahresbericht 2016*. Freiburg: o. V., S. 18-23.
- Rißmann-Schleip, Friedhilde o. J. (2): 6. Das Jahr in den Arbeitsbereichen. In: Freiburger Hilfsgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V. o. J.: *Jahresbericht 2016*. Freiburg: o. V., S. 25-37.
- Rißmann-Schleip, Friedhilde o. J. (3): 6. Das Jahr in den Arbeitsbereichen. In: Freiburger Hilfsgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V. o. J.: *Jahresbericht 2017*. Freiburg: o. V., S. 31-45.

- Rißmann-Schleip, Friedhilde o. J. (4): Input Tag der seelischen Gesundheit am 10.10.2016. In: Freiburger Hilfgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e. V. o. J.: *Jahresbericht 2016*. Freiburg: o. V., S. 49.
- Rißmann-Schleip, Friedhilde 2017: Filmgespräch. Lebensunwert, unerwünscht. In: Freiburger Hilfgemeinschaft e. V. 2017: *Über Mutter wird nicht gesprochen. Euthanasie-Morde an Freiburger Menschen*. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag GmbH, S. 51-52.
- Riemann, Gerhard 1977: *Stigma. Formelle soziale Kontrolle. Das Leben mit den anderen. Eine empirische Untersuchung zu drei Gegenstandsbereichen des Alltagswissens von Obdachlosen. Diplomarbeit*. Bielefeld: Universität Bielefeld. Fakultät für Soziologie.
- Röhr, Heinz-Peter 2017: *Vom Glück sich selbst zu lieben. Wege aus Angst und Depression. Zwölfte Auflage*. Ostfildern: Patmos Verlag.
- Roelcke, Volker 2003: Unterwegs zur Psychiatrie als Wissenschaft. Das Projekt einer Irrenstatistik und Emil Kraepelins Neuformierung der psychiatrischen Klassifikation. In: Eric J. Engstrom/Volker Roelcke 2003: *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*. Basel: Schwabe Verlag, S. 169-188.
- Roelcke, Volker 2013: Die Etablierung der psychiatrischen Genetik ca. 1900-1960. Wechselbeziehungen zwischen Psychiatrie, Eugenik und Humangenetik. In: Christine Wolters/Brigitte Lohff/Christof Beyer 2013: *Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit*. Bielefeld: transcript Verlag, S. 111-135.
- Röttger-Rössler, Birgitt 2006: Kulturen der Liebe. In: Birgitt Röttger-Rössler/Eva-Maria Engelen 2006: *Tell me about love. Kultur und Natur der Liebe*. Paderborn: mentis, S. 59-80.
- Röttger-Rössler, Birgitt 2019: Gefühlsbildung (the formation of feeling). In: Jan Slaby/Christian von Scheve 2019: *Affective Societies. Key Concepts*. London/New York: Routledge, pp. 61-72.
- Röttger-Rössler, Birgitt/Engelen, Eva-Maria 2006: Einleitung. In: Birgitt Röttger-Rössler/Eva-Maria Engelen 2006: *Tell me about love. Kultur und Natur der Liebe*. Paderborn: mentis, S. 9- 18.
- Röttger-Rössler, Birgitt/Stodulka, Thomas 2014: Introduction. The Emotional Make-up of Marginality and Stigma. In: Thomas Stodulka/Birgitt Röttger-Rössler 2014: *Feelings at the Margins. Dealing with Violence, Stigma and Isolation in Indonesia*. Frankfurt/New York: Campus, pp. 11-29.
- Romme, Marius/Escher, Sandra 2007: INTERVOICE. Stimmenhören akzeptieren und verstehen. In: Peter Lehmann/Peter Stastny 2007: *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 134-140.
- Rosbach, Jutta 2019: *Suizidgefahr durch Antidepressiva. Eine seltene, aber dramatische Nebenwirkung*. Available at: <http://www.youtube.com/watch?v=dQPbSO4XLB4> [31.01.2019]
- Rose, Diana 2009: Survivor-produced knowledge. In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 38-43.
- Rose, Diana/Beresford, Peter 2009: Introduction. In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 3-10.



- Rose, Diana 2011: Service user views and service user research in the Journal of Mental Health. In: *Journal of Mental Health*, 20 (5): 423-428.
- Rothenburg, Eva-Maria/Valentiner, Ina 2016: Sozialpsychiatrische Dienste als Ressource für Kinder psychisch kranker Eltern. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, 46 (3): 14-19.
- Rütten, Henning 2019: *45 Minuten. Depression kann jeden treffen. Robert Enke. 10 Jahre danach*. Available at: [http://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/45\\_min/Robert-Enke-10-Jahre-danach,sendung965446.html](http://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/45_min/Robert-Enke-10-Jahre-danach,sendung965446.html) [15.11.2019]
- Rüsch, Nicolas/Oexle, Nathalie/Reichhardt, Lea/Ventling, Stephanie 2018: *In Würde zu sich stehen. Konzepte und Wirksamkeit eines peer-geleiteten Programms zu Offenlegung und Stigmabewältigung*. Available at: <http://www.doi.org/10.1055/a-0800-3695> [23.01.2019]
- Rufer, Marc 2007: Psychiatrie. Ihre Diagnostik, ihre Therapien, ihre Macht. In: Peter Lehmann/Peter Stastny 2007: *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrie-verlag, S. 400-418.
- Ryder, Andrew G./Chentsova-Dutton, Yulia 2015: Cultural-Clinical Psychology. From Cultural Scripts to Contextualized Treatments. In: Laurence J. Kirmayer/Robert Lemelson/Constance A. Cummings 2015: *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience and Global Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 400-433.
- Scheibelhofer, Elisabeth 2006: Migration, Mobilität und Beziehung im Raum. Egozentrierte Netzwerkzeichnungen als Erhebungsmethode. In: Betina Holstein/Florian Straus 2006: *Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 311-331.
- Scheidecker, Gabriel 2019: Attachment. In: Jan Slaby/Christian von Scheve 2019: *Affective Societies. Key Concepts*. London/New York: Routledge, pp. 73-84.
- Schervish, Paul G. 1973: The labeling perspective. Its bias and potential in the study of political deviance. In: *The American Sociologist*, 8 (2): 47-57.
- Schieting, Stephan 2014: Psychiatrische Versorgung. In: Freiburger Hilfsgemeinschaft e. V. 2014: *40 Jahre. Jubiläumsausgabe*. Freiburg: Dekoartistda, S. 35.
- Schillmeier, Michael 2007: Praktiken der Behinderung und Ermöglichung. Behinderung neu denken. Deutsche Übersetzung von Dis/Abling Practices. Rethinking Disability. In: *Human Affairs*, 17: 281-300.
- Schlehe, Judith 2008: Formen qualitativer ethnographischer Interviews. In: Bettina Beer 2008: *Methoden ethnologischer Feldforschung. Zweite, überarbeitete und erweiterte Auflage*. Berlin: Reimer, S. 119-142.
- Schmalz, Ulla 2014: Wirksam tätig sein. Mitarbeitende an den Schnittstellen von Sozialpsychiatrie und Wohnungsnotfallhilfe. In: *Kerbe*, 1: 15-17.
- Schmid, Carola 1990: *Die Randgruppe der Stadtstreicher. Im Teufelskreis der Nichtseßhaftigkeit*. Wien/Köln: Böhlau.
- Schmiedebach, Heinz-Peter/Priebe, Stefan 2003: Open Psychiatric Care and Social Psychiatry in 19<sup>th</sup> and Early 20<sup>th</sup> Century Germany. In: Eric J. Engstrom/Volker Roelcke 2003: *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*. Basel: Schwabe Verlag, S. 263-281.

- Schneider, Harald F. 2016: Die Vergangenheit ist kein Land, in dem man leben kann. Aber was kann man machen, wenn sie einen einholt? In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, 46 (3): 32-35.
- Schnekenburger, Otto 2019: Mit HIV-Partikeln gegen Depressionen. In: *Der Sonntag in Freiburg*, 08.09.2019: 3.
- Schübel, Thomas 2016: *Grenzen der Medizin. Zur diskursiven Konstruktion medizinischen Wissens über Lebensqualität*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schütze, Werner/Karwinkel, Ulrich/Aderhold, Volkmar 2010: Am Beispiel Nauen. Bedürfnisangepasste Behandlung nach finnischem Modell. In: *Kerbe*, 3: 11-15.
- Schulte-Kemna, Georg 2014: Empowerment für Profis. Der Paradigmenwechsel in der Sozialpsychiatrie und die Bewältigung veränderter Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen. In: *Kerbe*, 1: 11-14.
- Schulz, Gwen/Afting-Ijeh, Margret 2014: Können Genesungsbegleiter die Resilienz von psychiatrischen Organisationen und den dort tätigen Mitarbeitern erhöhen? In: *Kerbe*, 1: 25-28.
- Schur, Edwin M. 1974: *Abweichendes Verhalten und Soziale Kontrolle. Etikettierung und gesellschaftliche Reaktionen*. Frankfurt/Main: Herder & Herder GmbH.
- Schwankhart, Anton 2019: Hier muss keiner bleiben. In: *Donauwörther Zeitung*, 75 (276): 3.
- Seibt, Matthias 2014: *Basiswissen Psychopharmaka*. o. O.: o. V.
- Seibt, Matthias 2017: 25 Jahre Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener. In: *BPE Rundbrief*, 3: 4.
- Seibt, Matthias 2017: *Psychiatrie des 21. Jahrhunderts. Wahn und Wirklichkeit. Flyer*. Köln: o. V.
- Seibt, Matthias 2018: Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener. Ein Ladenhüter. In: *BPE Rundbrief*, 1: 5-6.
- Seibt, Matthias 2018: Wie hast Du das gemacht? In: *BPE Rundbrief*, 4: 13.
- Seibt, Matthias 2018: Zwangsunterbringung, Zwangsbehandlung, besondere Sicherungsmaßnahmen. Eine Begriffsklärung. In: *BPE Rundbrief*, 4: 12-13.
- Seikkula, Jaakko/Trimble, David 2005: *Heilende Elemente im therapeutischen Gespräch. Dialog als körperlicher Ausdruck von Liebe. Übersetzung aus dem Englischen von Dr. Werner Schütze*. Available at: <http://www.offener-dialog.de/downloads/2005-heilende-elemente-im-therapeutischen-ges.pdf> [19.10.2018]
- Seikkula, Jaakko/Alakare, Birgitta 2007: Offene Dialoge. In: Peter Lehmann/Peter Stastny 2007: *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 234-249.
- Selbsthilfe mit Köpfchen e. V. o. J.: *Projekt Erweitertes EX-IN für Südbaden*. Available at: <http://www.smkev.de/wp-content/uploads/Kurzkonzeption-EX-IN-SB.pdf> [28.06.2028]
- Selbsthilfe mit Köpfchen e. V. 2016 (1): *Ankündigung*. Available at: <http://www.smkev.de/wp-content/uploads/Ankündigungsblatt-Erweitertes-EX-IN-für-Südbaden.pdf> [28.06.2018]
- Selbsthilfe mit Köpfchen e. V. 2016 (2): *Satzung 2016*. Available at: <http://www.smkev.de/wp-content/uploads/Satzung-2016.pdf> [08.04.2018]

- Selbsthilfe mit Köpfchen e. V. 2017: *Du bist nicht alleine. Gemeinsam statt einsam.* Available at: <http://www.smkev.de/wp-content/uploads/SmK-Flyer-0417-1.pdf> [08.04.2018]
- Selbsthilfe mit Köpfchen e. V. 2019 (1): *Unser Schwerpunkt.* Available at: <http://www.smkev.de/wer-wir-sind/schwerpunkt/> [31.01.2019]
- Selbsthilfe mit Köpfchen e. V. 2019 (2): *Unsere Leitlinien.* Available at: <http://www.smkev.de/wer-wir-sind/leitlinien/> [08.04.2018]
- Senft, Gunter 2002: Feldforschung in einer deutschen Fabrik. Oder. Trobriand ist überall. In: Hans Fischer 2002: *Feldforschungen. Erfahrungsberichte zur Einführung. Neufassung.* Berlin: Reimer, S. 207-226.
- Serrano, Mario 2016: Italienische Reformpsychiatrie. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, 46 (3): 4-8.
- Shimrat, Irit 2013: The Tragic Farce of Community Mental Health Care. In: Brenda A. LeFrançois/Robert Menzies/Geoffrey Reaume 2013: *Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies.* Toronto: Canadian Scholars' Press Inc, pp. 144-157.
- Siebrasse, Brigitte 2016: Wie ein Traum. Dorothea Buck wird 99 Jahre alt. In: *BPE Rundbrief*, 2: 4-5.
- Slaby, Jan/Mühlhoff, Rainer 2019: Affect. In: *Affective Societies. Key Concepts.* London/New York: Routledge, pp. 27-41.
- Snow, David A./Anderson, Leon 1993: *Down on their luck. A study of homeless street people.* Berkeley/Los Angeles [etc.]: University of California Press.
- Sökefeld, Martin 2008: Strukturierte Interviews und Fragebögen. In: Bettina Beer 2008: *Methoden ethnologischer Feldforschung. Zweite, überarbeitete und erweiterte Auflage.* Berlin: Reimer, S. 143-166.
- Sommer, Benedikt 2020: Angriff kam unerwartet. In: *Der Sonntag in Freiburg*, 02.08.2020: 6.
- Spiegel.de 2019: *Studie Einsamkeit. Wer allein lebt, hat häufiger Depressionen und Ängste.* Available at: <http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/einsamkeit-wer-allein-lebt-hat-haeufiger-depressionen-und-aengste-a-a1265376.html> [09.06.2019]
- Spittler, Gerd 2001: Teilnehmende Beobachtung als Dichte Teilnahme. In: *Zeitschrift für Ethnologie*, 1: 1-25.
- Spradley, James P. 1970: *You Owe Yourself a Drunk. An Ethnography of Urban Nomads.* Boston: Little, Brown and Company.
- Stadtkurier 2020: Mit Vierbeiner gegen den Infarkt. In: *Stadtkurier*, 27: 8.
- Stadtkurier 2020: Studie an Uniklinik. In: *Stadtkurier*, 22: 2.
- Stadtkurier 2021: Depressionen behandeln. In: *Stadtkurier*, 38: 7.
- Starzengruber, Rudolf 2019: Bericht zum Vortrag Krisendienst in Bayern. In: *BPE Rundbrief*, 4: 20.
- Stiftung Warentest 2019: Selbstbestimmt unter Zwang. In: *Finanztest*, 7: 26-29.
- Stodulka, Thomas 2016: *Coming of Age on the Streets of Java. Coping with Marginality, Stigma and Illness.* Bielefeld: transcript Verlag.

- Stodulka, Thomas 2017: Yogyakarta Street Careers. Feelings of Belonging and Dealing with Sticky Stigma. In: *Antropologia*, 4 (2): 145-163.
- Stodulka, Thomas 2019: Orders of feeling. In: Jan Slaby/Christian von Scheve 2019: *Affective Societies. Key Concepts*. London/New York: Routledge, pp. 310-318.
- Stöckel, Sigrid 2013: Psychotherapie als Reformbewegung im Nachkriegsdeutschland. In: Christine Wolters/Brigitte Lohff/Christof Beyer 2013: *Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit*. Bielefeld: transcript Verlag, S. 309-323.
- Stoll, Angela 2018: Eine Oase für schizophrene Patienten. In: *Donauwörther Zeitung*, 74 (59): 23.
- Stoll, Angela 2019: Wenn sich Ängste verselbstständigen. In: *Donauwörther Zeitung*, 75 (254): 17.
- Strübing, Jörg 2008: *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. Zweite, überarbeitete und erweiterte Auflage*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Stukenberg, Timo 2019: *Psychiatrische Behandlung Zuhause statt auf Station*. Available at: [http://www.deutschlandfunk.de/psychiatrische-behandlungen-zuhause-statt-auf-station.724.de.html?dram:article\\_id=442888](http://www.deutschlandfunk.de/psychiatrische-behandlungen-zuhause-statt-auf-station.724.de.html?dram:article_id=442888) [08.03.2019]
- Sweeney, Angela 2009: So what is Survivor Research? In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 22-37.
- Sweeney, Angela/Beresford, Peter/Faulkner, Alison/Nettle, Mary/Rose, Diana 2009: Contributors. In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 185-190.
- SWR.de 2020: *Lucha. Hotline für Menschen mit psychischen Leiden*. Available at: <http://www.swr-aktuell-app.swr.de/news/77966/Lucha+Hotline+fr+Menschen+mit+psychischen+Leiden/20200422110418> [22.04.2020]
- Tarmas, Olaf 2018: Der Blick in die Seele. In: *GEOKompakt*, 57: 8-23.
- Telfer, Jonathan 2004: Dissent and Consent. Negotiating the Adoption Triangle. In: Lynne Hume/Jane Mulcock 2004: *Anthropologists in the Field. Cases in Participant Observation*. New York: Columbia University Press, pp. 71-81.
- Thajib, Ferdiansyah/Dinkelaker, Samia/Stodulka, Thomas 2019: Introduction. Affective Dimensions of Fieldwork and Ethnography. In: Thomas Stodulka/Samia Dinkelaker/Ferdiansyah Thajib 2019: *Affective Dimensions of Fieldwork and Ethnography*. Cham: Springer Nature Switzerland AG, pp. 7-20.
- Thoma, Samuel 2016: Status quo der psychiatrischen Spitzenforschung in Deutschland. Ein Tagungsbericht aus sozialpsychiatrischer Sicht. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, 46 (3): 41-43.
- Thomassen, Bjørn 2009: The Uses and Meanings of Liminality. In: *International Political Anthropology*, 2 (1): 5-27.
- Thonhauser, Gerhard 2019: Feeling. In: Jan Slaby/Christian von Scheve 2019: *Affective Societies. Key Concepts*. London/New York: Routledge, pp. 52-60.

- Trusty, Ann-Kristin 2020: *Resilienz. Eine Gabe, die nur manche haben*. Available at: <http://www.zeit.de/wissen/2020-12/resilienz-corona-krise-pandemie-lockdown-psychologie-psyche/komplettansicht?print> [04.01.2021]
- Treichler, Rudolf 1984: *Was ist anthroposophische Psychiatrie? Eine Einführung*. Dornach: Verlag am Goetheanum.
- Turner, Victor 2000: *Das Ritual. Struktur und Anti-Struktur. Studienausgabe*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Turner, Victor W. 2003: Liminalität und Communitas. In: Andréa Belliger/David J. Krieger 2003: *Ritualtheorien. Ein einführendes Handbuch. 2. Auflage*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 251-262.
- Universitäre Psychiatrische Dienste 2018: *Vierter Internationaler Psychiatriekongress zu seelischer Gesundheit und Recovery*. Available at: <http://www.recovery-psychiatrie.eu> [13.08.2018]
- Universitätsklinikum Freiburg 2020: Patienten (m/w/d) mit schwerer, therapieresistenter Depression für Teilnahme an klinischer Studie gesucht. In: *Der Sonntag in Freiburg*, 02.08.2020: 19.
- Van Gennep, Arnold 1999: *Übergangsriten (Les rites de passage). Studienausgabe*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Volkshochschule Freiburg 2019: *Programmheft Februar bis September 2019*. Freiburg: Freiburg Druck GmbH & Co. KG.
- Von Scheve, Christian/Slaby, Jan 2019: Emotion, emotion concept. In: *Affective Societies. Key Concepts*. London/New York: Routledge, pp. 42-51.
- Von Vacano, Mechthild 2019: Reciprocity in Research Relationships. Introduction. In: Thomas Stodulka/Samia Dinkelaker/Ferdiansyah Thajib 2019: *Affective Dimensions of Fieldwork and Ethnography*. Cham: Springer Nature Switzerland AG, pp. 79-86.
- Wallcraft, Jan 2007: Betroffenenkontrollierte Forschung zur Untermauerung alternativer Ansätze. Die Rolle von Forschung im psychosozialen System. In: Peter Lehmann/Peter Stastny 2007: *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 358-368.
- Wallcraft, Jan 2009: From activist to researcher and part-way back. In: Angela Sweeney/Peter Beresford/Alison Faulkner/Mary Nettle/Diana Rose 2009: *This is Survivor Research*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 132-139.
- Weber, Erik 2014: Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung im Maßregelvollzug. Handlungsbedarfe und Perspektiven. In: *Kerbe*, 1: 35-37.
- Weiss, Bertram/Witte, Sebastian 2018: Der Schmerz der Einsamkeit. In: *GEOkompakt*, 57: 116-121.
- Wendelmann, Ulli 2019: *Zwangseinweisung in die Psychiatrie. Fürsorge oder Freiheitsberaubung?* Available at: [http://www.mdr.de/tv/programm/video-334002\\_zc-12fce4ab\\_zs-6102e94c.html](http://www.mdr.de/tv/programm/video-334002_zc-12fce4ab_zs-6102e94c.html) [23.01.2020]
- Werner, Sabrina 2021: Illegaler Handel mit Wildtieren. In: *Ein Herz für Tiere*, 40 (460): 58-60.
- Werner, Sabrina 2021: Ziemlich beste Freunde. In: *Ein Herz für Tiere*, 40 (461): 44-47.
- Whitaker, Robert 2007: Vorwort. In: Peter Lehmann/Peter Stastny 2007: *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 9-10.

- Wiegmann, Matthias 2018: AG 8. Psychiatrie-Erfahrene auf dem ersten Arbeitsmarkt. Wie kann das gelingen? In: *BPE Rundbrief*, 4: 23.
- Wolters, Christine/Beyer, Christof/Lohff, Brigitte 2013: Abweichung und Normalität als Problem der Psychiatrie im 20. Jahrhundert. In: Christine Wolters/Brigitte Lohff/Christof Beyer 2013: *Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit*. Bielefeld: transcript Verlag, S. 9-23.
- Wojke, Reinhard 2019: 20 Jahre BPE-Website. Ein Interview des Rundbrief-Redakteurs Reinhard Wojke mit dem Webmaster Peter Lehmann. In: *BPE Rundbrief*, 4: 11.
- Wunder, Thomas 2017: *Ein Weg aus der Krise*. Available at: <http://www.augsburger-allgemeine.de/landsberg/Ein-Weg-aus-der-Krise-id41192627.html> [13.08.2018]
- Yang, Lawrence Hsin/Kleinman, Arthur/Link, Bruce G./Phelan, Jo C./Lee, Sing/Good, Byron 2006: Culture and stigma. Adding moral experience to stigma theory. In: *Social Science & Medicine*, 64 (2007): 1524-1535.
- Zehentbauer, Josef 2018 (1): *Biografie und Gegenwart*. Available at: <http://www.josef-zehentbauer.de/Biographie.html> [06.07.2018]
- Zehentbauer, Josef 2018 (2): *Bücher und andere Publikationen*. Available at: <http://www.josef-zehentbauer.de/Buecher.html> [06.07.2018]
- Zehentbauer, Josef 2018 (3): *Josef Zehentbauer*. Available at: <http://www.josef-zehentbauer.de/index.html> [06.07.2018]
- Zehentbauer, Josef 2018 (4): *Leitfaden für Psychotherapie*. Available at: <http://www.josef-zehentbauer.de/Psychotherapie.html> [06.07.2018]
- Zentrum für Psychiatrie Emmendingen 2021: *Das Zentrum*. Available at: <http://www.zfp-emmendingen.de/das-zentrum> [25.01.2021]
- Ziegler, Elke 2014: Ziele finden mit Klientinnen und Klienten. Bemerkungen aus sozialpsychiatrischer und klinisch-sozialarbeiterischer Sicht. In: *Kerbe*, 1: 38-41.
- Zimmermann, Markus 2018: Zwang und Heilung. In: *Der Sonntag in Freiburg*, 14.10.2018: 11.
- Zuaboni, Gianfranco/Sloksnath-Bernetta, Diomira/Rüsch, Nicolas 2018: In Würde zu sich stehen. Peergeleitetes Angebot zur individuellen Auseinandersetzung mit Stigmatisierung. In: *Kerbe*, 4: 21-23.

## 10. Anhang

### 10.1. Vergleichstabelle Serotonin und Dopamin

Von *Karl-Hermann Schwörer*<sup>251</sup>

Klassen von Neurotransmittern:

Die heute bekannten Neurotransmitter lassen sich größtenteils in drei Substanzklassen einordnen. Die drei häufigsten Transmitter Glutamat, GABA und Glycin sind Aminosäuren – kleine Bausteine von Eiweißmolekülen, wie sie im Körper überall vorhanden sind. Serotonin, Dopamin und weitere Transmitter gehören zu den Amininen, die durch enzymatische Reaktionen aus Aminosäuren gebildet werden. Die dritte Gruppe bilden die Neuropeptide, von denen bis heute mehr als 50 entdeckt wurden. Peptide sind kurze Kettenmoleküle aus Aminosäuren und können von der Zelle genau wie Proteine (lange Aminosäureketten) entsprechend genetisch codierter Baupläne synthetisiert werden. Hinzu kommen Neurotransmitter, die nicht ins Schema passen: So sind etwa auch gelöstes Stickstoffmonoxid oder das Molekül ATP als Botenstoffe an der neuronalen Kommunikation beteiligt.

Serotonin~	Es kontrolliert unseren Appetit, lässt uns müde oder wach werden, lässt uns, wenn nötig, Schmerz empfinden, reguliert die Körpertemperatur und erfüllt viele weitere für uns überlebensnotwendige Funktionen. Es hat eine erhellende Wirkung auf die Gemütslage.
Dopamin~	Von allen Neurotransmittern ist Dopamin derjenige, der die Quelle unserer mentalen Kraft und Energie ist. Dopamin erzeugt die durch den Willen gesteuerten Bewegungen, generiert und kontrolliert Intelligenz, Motivation, Antrieb, abstrakte Gedanken, Persönlichkeit und Zukunftspläne.
Serotonin+	Störungen des Bewusstseins, Koordinationsstörungen, Unruhe, Akathisie, Myoklonie, pathologische Reflexe, Halluzinationen, Hypomanie.
Dopamin+	Oxidativer Stress, Erschöpfung, Müdigkeit, stärkere Wahrnehmung der Umwelt, Kopfschmerzen mit Schwindel, stärkere Impulsivität, Schweißausbrüche
Serotonin-	Schlechte Laune, gesteigerte Reizbarkeit, verstärkte Schmerzwahrnehmung, vermehrte Ängstlichkeit
Dopamin-	Mangelndes Interesse am Leben, allgemeine Ermüdung, Depressionen, Lust- und Antriebslosigkeit (Anhedonie), schlechtes Gedächtnis, Verlangsamung der Willkürmotorik (Bradykinese), Konzentrationsschwäche, Schluckstörungen, Gewichtszunahme, Muskelsteifheit (Rigor), Verstopfung, Zittern (Tremor), Blasenentleerungsstörungen, Extrapyramidale Störungen (EPS), Gang- und Standunsicherheit (posturale Instabilität)
	~ Tilde = ausgeglichen   +Plus = Überschuss   -Minus = Mangel

<sup>251</sup> Orthografiefehler in dieser von Herrn Schwörer zusammengetragenen Vergleichstabelle wurde von mir korrigiert.

## 10.2. Halboffener Fragebogen

Liebe TeilnehmerInnen,

mit der Beantwortung folgender Fragen helfen Sie mir, das Forschungsmaterial für meine Doktorarbeit im Fach Sozial- und Kulturanthropologie zu vervollständigen. Alle von Ihnen offen gelegten Informationen und Daten werden streng vertraulich behandelt und anonymisiert. Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich, da Teil 1 und 2 getrennt voneinander ausgewertet werden. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

### 1. Allgemeine Daten

Geschlecht (bitte ankreuzen):  männlich  weiblich

Alter:

Familienstand:

Schulabschluss:

Beruf:

Derzeitiger Berufsstand:

### 2. Fragen

2.1. Welche Ursachen liegen Ihrer Meinung nach einer ‚psychischen Krankheit‘ zugrunde?

2.1. Wie beschreiben Sie Ihr persönliches Krankheitsempfinden?



2.2. Welche positiven und negativen Erfahrungen haben Sie mit einer psychiatrischen Behandlung gemacht? Würden Sie sich in einer Krise wieder dorthin begeben? Warum (nicht)?

2.3. Wie lautet Ihre Meinung zu Psychopharmaka?

2.4. Welche Rolle spielt die psychiatrische Diagnose in Ihrem Leben? Was hat sich verändert?

### 10.3. Leitfaden narratives Experteninterview

<b>Teil 1: Sozialer Hintergrund</b>		
<b>Leitfrage (Erzählaufforderung)</b>	<b>Check/Memo</b>	<b>Notizen/Beobachtungen</b>
Ich möchte dich bitten, über dich und deinen Lebenslauf zu erzählen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alter</li> <li>- familiäre Hintergründe</li> <li>- Bildung</li> <li>- Beruf</li> <li>- Familienstand</li> <li>- Erwähnenswerte Ereignisse</li> <li>- Interessen</li> <li>- Hobbys</li> <li>- Politisches und/oder soziales Engagement</li> <li>- Lebensbedingungen</li> <li>- Zukunftsperspektiven</li> <li>- Pläne, Träume</li> </ul>	

<b>Teil 2: Beruflicher Werdegang</b>		
<b>Leitfrage (Erzählaufforderung)</b>	<b>Konkrete Fragen</b>	<b>Notizen/Beobachtungen</b>
Wir haben vorhin schon kurz über deinen beruflichen Werdegang gesprochen. Jetzt möchte ich dieses Thema noch etwas vertiefen und dich bitten, zu erzählen, wie es nach dem Abschluss deines Studiums beruflich für dich weitergegangen ist.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promotionsvorhaben: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was war geplant?</li> <li>• Woran ist es gescheitert?</li> <li>• Wie ging es danach weiter?</li> </ul> </li> <li>- jetzige Arbeit: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seit wann ist er darin tätig?</li> <li>• Wie ist er darauf gekommen?</li> <li>• Wie ist es für ihn, als Betroffener mit Betroffenen zu arbeiten (Belastung)?</li> <li>• „Krankheit zum Beruf machen“ Chancen, Risiken?</li> </ul> </li> </ul>	

<b>Teil 3: <i>Illness</i>-Empfindungen</b>		
<b>Leitfrage (Erzählaufforderung)</b>	<b>Konkrete Fragen</b>	<b>Notizen/Beobachtungen</b>
<p>Du erinnerst dich sicherlich, dass wir im Vorgespräch über die Unterscheidung zwischen <i>illness</i> und <i>disease</i> gesprochen haben. Bevor wir uns näher mit der Psychiatrie und ihrer Sicht auf deine Erkrankung befassen, würde ich gerne mehr über deine <i>illness</i>-Perspektive erfahren, sprich, deine subjektiven Empfindungen deiner Erkrankung gegenüber. Daher möchte dich nun bitten, dich zurückzuerinnern und über den Ausbruch deiner Erkrankung zu erzählen, wie eins zum anderen gekommen ist.</p>	<p>- Ausbruch der Erkrankung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wann?</li> <li>• Wie gemerkt?</li> <li>• Wie gefühlt?</li> <li>• Wie verhalten?</li> <li>• Reaktion des sozialen Umfelds?</li> <li>• Auswirkungen auf das Leben?</li> <li>• Was hat geholfen (Stabilisierung)?</li> </ul>	

<b>Teil 4: <i>Disease</i>-Konzeptionen und ihre Folgen für M.</b>		
<b>Leitfrage (Erzählaufforderung)</b>	<b>Konkrete Fragen</b>	<b>Notizen/Beobachtungen</b>
<p>Nun würde ich das Thema Krankheit gerne fortführen, indem wir uns näher mit der Psychiatrie befassen. Kannst du mir erzählen, wie du die Behandlung dort erlebt hast?</p>	<p>- <b>Aufenthalte in der Psychiatrie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wann?</li> <li>• Diagnose(n)?</li> <li>• Medikamente?</li> <li>• Interaktion mit psychiatrischem Fachpersonal?</li> <li>• Therapie(n)?</li> </ul> <p>- <b>Zwangsmaßnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie ist es dazu gekommen?</li> <li>• Wer war daran beteiligt?</li> <li>• Wie hat er es erlebt?</li> </ul> <p>- <b>Wie steht er heute zur Psychiatrie?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Noch in Behandlung? Warum (nicht)?</li> <li>• Gefühle gegenüber</li> </ul>	



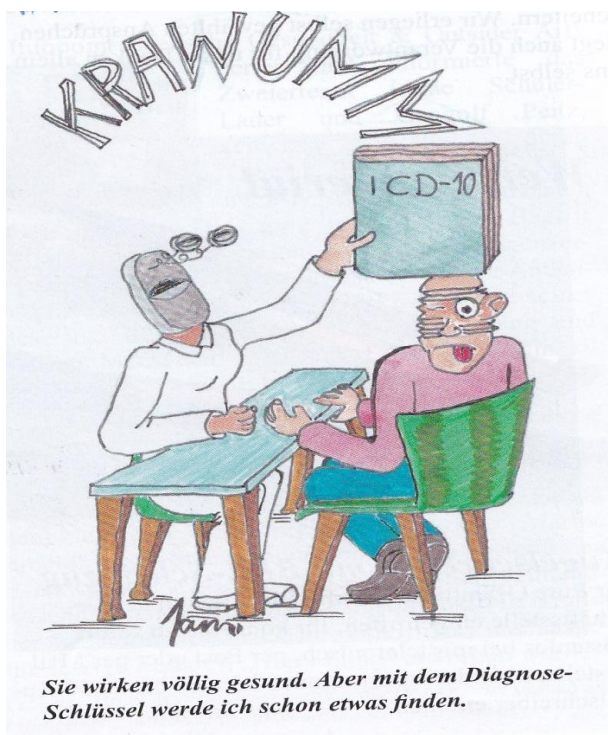
## 10.4. Einladungsplakat Fokusgruppe

# Einladung zur Gesprächsgruppe

Liebe BesucherInnen der FHG,

**mittwochs von 11 bis 12 Uhr** biete ich eine offene Gesprächsgruppe im **Malraum** zu folgenden Themen an:

27.2.19	Psychiatrie I
6.3.19	Psychose-Vortrag von Vera Maria
13.3.19	Psychiatrie II
20.3.19	Alternative Behandlungsformen
27.3.19	Stigmatisierung
3.4.19	Stigmatisierung
10.4.19	Psychische Krankheit/Störung I
17.4.19	Psychische Krankheit/Störung II
24.4.19	Gesundheit



Über euer Kommen freut sich Svenja

## 10.5. Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Rahmen meines Promotionsprojektes erforschte ich die Bedeutungszuschreibung psychischer Beschwerden, Laintheorien über Krankheitskonzeptualisierungen sowie eine kritische Auseinandersetzung mit psychiatrischen Paradigmen aus der Betroffenenperspektive. Die theoretische Einbettung erfolgte in Arthur Kleinmans (1980/1988) Konzeptionen von *illness*, *disease* und *explanatory models of illness*. Die einjährige ethnologische Studie führte ich in niederschweligen, sozialpsychiatrischen Hilfseinrichtungen und Selbsthilfevereinen für Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose in Freiburg durch. Unter Anwendung eines qualitativen Forschungsansatzes wurde ersichtlich, dass die psychiatrische Diagnostik als ein existenzieller Vorgang betrachtet werden kann, der sowohl das Selbst- als auch das Fremdbild von NutzerInnen psychiatrischer Hilfen nachhaltig prägt. Letztere rezipieren psychiatrische Zuschreibungs-, Erklärungs- und Handlungsmuster nicht nur, sondern internalisieren, reproduzieren und repräsentieren sie. Eine besondere Form der Sozialisation in eine Diagnose durch Praxis, Routine und Gewöhnung stellt meine Theoriegenese des *disease comfort* dar, auf den sowohl soziologische als auch psychiatrische Definitionen von Selbststigmatisierungsphänomenen zutreffen. Daneben wurde das große Bedürfnis ‚psychisch Kranker‘ nach Entpathologisierung evident, wobei sie z. B. das Label der ‚Krankheit‘ von sich weisen und dem eigenen konfliktreichen sozialen Umfeld zuschreiben, Eigenbezeichnungen (‚Verrücktheiten‘ an Stelle von ‚Krankheiten‘) als Gegendiskurse entwerfen und/oder alternative Bewusstseinszustände wie Psychosen als sinnstiftenden Erkenntnisgewinn postulieren. Erhebliche Diskrepanzen konnten zwischen psychiatrischen disease-Ätiologien sowie daraus resultierenden Behandlungsschwerpunkten und *illness*-Erklärungsmodellen Betroffener beschrieben werden: Während das biologistische Paradigma der Hirnstoffwechselstörung primär Pharmakotherapien vorsieht, führen NutzerInnen psychiatrischer Hilfen ihre Beschwerden auf lebensweltliche bzw. -geschichtliche Faktoren zurück, die mit Hilfe konsequenter, langfristig angelegter Gesprächstherapien sowie Veränderungen der psychosozial belastenden Lebensumstände aufgearbeitet werden sollen. Im Rahmen der Analyse der verschiedenen Stadien psychiatrischer Hospitalisierungsrituale wurden eine Institutionalisierung von Liminalität mit Gewöhnungs- und Abhängigkeitseffekten sowie die Entstehung einer *Communitas* beobachtet. Die Omnipräsenz von Sprachlosigkeit sowohl im fachmedizinischen als auch sozialen Umgang mit PsychiatriepatientInnen wurde evident. Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass Betroffene nicht nur unter den psychischen Problemen leiden, sondern mitunter auch unter den psychiatrischen Behandlungspraktiken, die weitere Traumatisierungen zusätzlich zu der Krankheitslast verursachen können.

## 10.6. Abstract

In this PhD project, I conducted a one-year ethnographic field research in low-threshold social-psychiatric support facilities and self-help associations for people with a psychiatric diagnosis in Freiburg. Referring to Arthur Kleinman's (1980/1988) theoretical concepts of *illness*, *disease* and *explanatory models of illness*, I focused on lay theories about disease conceptualizations, the attribution of meaning to psychological complaints and a critical reflection on psychiatric paradigms from the perspective of the affected patients. Using a qualitative research approach, it was found that psychiatric diagnosis can be regarded as an existential process that has a lasting impact on both the self-image and the social image of users of psychiatric aids. Service users not only receive psychiatric patterns of attribution, explanation and action, but also internalize, reproduce and represent them. A special form of socialization into a diagnosis through practice, routine and habituation is my theory genesis of *disease comfort*, to which both sociological and psychiatric definitions of self-stigmatization phenomena apply. At the same time, the great need of those affected for depathologization became evident, for example by rejecting the label of 'disease' and attributing it to their own conflict-ridden social environment, by designating self-descriptions ('Ver-rücktheiten' instead of 'Krankheiten') as counter-discourses and/or by postulating alternative states of consciousness like psychosis as a meaningful knowledge extension. Considerable discrepancies between psychiatric disease etiologies and the resulting treatment focus on the one hand, and illness explanation models of service users on the other hand could be found: While the biological paradigm of brain metabolic disorder primarily provides for pharmacotherapies, people with a psychiatric diagnosis attribute their complaints to (biographic) life-world factors. These are to be addressed with the help of consistent, long-term conversational therapies as well as changes in the psychosocially stressful living conditions. Analyzing the different stages of psychiatric hospitalization rituals, an institutionalization of liminality with effects of habituation and dependence as well as the emergence of a *communitas* were observed. The omnipresence of speechlessness in both the medical and social treatment of psychiatric patients became evident. Furthermore, it was found that psychiatric survivors suffer not only from mental health problems but also from psychiatric treatment practices which can cause further trauma in addition to the burden of illness.