

Silvia Krumm

**Biografie und Kinderwunsch bei Frauen
mit schweren psychischen Erkrankungen**



Für A. und O.

Silvia Krumm

Biografie und Kinderwunsch bei Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen

Eine soziologische und sozialpsychiatrische Studie

Mit einem Vorwort von Anke Rohde

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884145142

Silvia Krumm. Biografie und Kinderwunsch bei Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen.

Eine soziologische und sozialpsychiatrische Studie

Die vorliegende Arbeit wurde im Jahr 2009 von der Philosophischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br. als Dissertationsschrift angenommen.

ISBN 978-3-88414-514-2

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag GmbH, Bonn 2010

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Fröndenberg

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: DIP, Witten

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

Zum Schutz von Umwelt und Ressourcen wurde für dieses Buch FSC-zertifiziertes Papier verwendet:



Vorwort	9
1 Einleitung	13
2 Der Kinderwunsch aus soziologischer Sicht	25
2.1 Rationalität und Kinderwunsch	27
2.1.1 Ökonomische Betrachtung des Kinderwunschs	27
2.1.2 Kritik an rationalen Entscheidungstheorien	28
2.2 Individualisierung und Kinderwunsch	31
2.2.1 Merkmale der Individualisierung	32
2.2.2 Kritik am Individualisierungstheorem	35
2.3 Das Konzept der reproduktiven Kulturen	39
2.4 Biografische Einbettung des Kinderwunschs	41
2.4.1 Stabiler Kinderwunsch als biografische Konstante	42
2.4.2 Generalisierte Akzeptanz von Kindern	43
2.4.3 Entwicklungs- bzw. situationsabhängige Kinderwunschgenese	43
2.5 Bedeutung von Elternschaft	44
2.6 Fazit	45
3 Reproduktion psychisch kranker Frauen	48
3.1 Psychische Erkrankung und reproduktive Risiken	49
3.2 Sozialgeschichtliche Einbettung der Reproduktion psychisch kranker Menschen	51
3.2.1 Eugenik, Zwangssterilisation und Zwangsabtreibungen bis 1945	51
3.2.2 Kontinuität und Wandel eugenischen Denkens und Handelns nach 1945	55
3.2.3 Der psychiatrische Reformprozess	57
3.3 Empowerment	58
3.4 Stigmatisierung psychisch kranker Mütter und Frauen mit Kinderwunsch	60
3.5 Fazit	62
4 Psychische Erkrankung und Biografie	64
4.1 Psychologische Konzeption von Krankheitsbewältigung	65
4.2 Soziologische Ansätze zum Umgang mit (psychischer) Krankheit	67
4.2.1 Der Labeling Ansatz	67
4.2.2 Ervin Goffman und das Konzept der Patientenkarrieren	69
4.2.3 Ute Gerhardt und das Konzept der Patientenkarriere	70
4.2.4 Soziale Regeln zum Umgang mit Krankheit	73

4.3	Das Konzept der narrativen Bewältigung	75
4.4	Zum biografischen Umgang mit einer psychischen Erkrankung	76
4.4.1	Krankheits-Identitätsarbeit	77
4.4.2	Fremdwerden der eigenen Biografie	79
4.4.3	Vertrautwerden der eigenen Biografie	81
4.5	Fazit	82
5	Zwischenbetrachtung und Fragestellung der Untersuchung	86
5.1	Forschungsfeld	86
5.2	Erkenntnisleitende Fragen	88
6	Der empirische Zugang zum Kinderwunsch	90
6.1	Die biografische Methode	90
6.1.1	Forschungs- und sozialgeschichtliche Einordnung	90
6.1.2	Lebenslauf und Biografie als soziale Strukturdimensionen	93
6.1.3	Die gestalttheoretische Betrachtung von Biografien	96
6.1.4	Biografie und narrative Identität	99
6.1.5	Fazit	102
6.2	Das narrativ-biografische Interview	105
6.2.1	Form und Struktur narrativer Interviews	105
6.2.2	Voraussetzungen für die Generierung von Lebensgeschichten	106
6.2.3	Feldzugang, Stichprobenumfang und Fallauswahl	110
6.2.4	Zum Interviewablauf	113
6.3	Hermeneutisch-rekonstruktive Fallanalyse	119
6.3.1	Fallauswahl für die vorliegende Untersuchung	119
6.3.2	Das hermeneutisch-rekonstruktive Verfahren	119
6.3.3	Prinzipien einer hermeneutisch-rekonstruktiven Datenauswertung	121
6.3.4	Das Vorgehen bei der Auswertung	126
7	Ergebnisse	131
7.1	Art der Ergebnispräsentation	131
7.2	Fallanalysen	133
7.2.1	Frau Ruhland: »Seitdem ich krank geworden bin, war mir klar, dass ich eigentlich nie Kinder haben wollte«	133
7.2.2	Frau Buschfeld: »Ich wollte so gern Kinder, aber ob ich's mit dem vereinbaren kann«	159
7.2.3	Frau Kaufmann: »Dem fühle ich mich nicht gewachsen«	179
7.2.4	Frau Peschke: »Natürlich möchte ich's besser machen als meine Eltern«	208
7.2.4	Frau Schubert: »Da pfuscht mir jemand rein in meine Lebensplanung«	233

8 Diskussion	263
8.1 Vergleichende Falldarstellung: Strukturelle Ähnlichkeiten und Unterschiede	263
8.2 Einzelfallübergreifende Diskussion der Ergebnisse	265
8.2.1 Psychische Erkrankung und Kinderwunsch	265
8.2.2 Kinderwunsch und Krankheitsverständnis	269
8.2.3 Biografische Einbettung des Kinderwunschs	277
8.2.4 Kinderwunsch und Partnerschaft	281
8.2.5 Weitere soziale Einbettung des Kinderwunschs	283
8.3 Hypothesen zum Kinderwunsch psychisch kranker Frauen	286
8.4 Skizzierung eines Idealtypenmodells	290
9 Der Kinderwunsch psychisch kranker Frauen – ein Resümee	295
10 Grenzen der Untersuchung	302
11 Ausblick	304
12 Literatur	306
Danksagung	323
Die Autorin	325

Vorwort

Zu erheblichen gesellschaftspolitischen Auswirkungen haben in den letzten Jahrzehnten in Deutschland wie in fast allen westlichen Industrienationen gravierende Veränderungen bei Familien- und Karriereplanung geführt. Dazu beigetragen hat entscheidend die Einführung sicherer Verhütungsmittel, zunächst beginnend mit der »Antibabypille«, die immer weiterentwickelt wurde und auch weitere sichere Verhütungsmethoden nach sich zog. Dies brachte etwa ab Ende der 60er-Jahre/Anfang der 70er-Jahre des vorigen Jahrhunderts für Frauen vielfältige Freiheiten mit sich – nicht zuletzt auch die Freiheit zu entscheiden, wann man eine Familie gründen möchte. Mittlerweile ist die Familienplanung ein Themenbereich, der von Frauen und ihren Partnern in der Regel gut durchdacht und dann geplant angegangen wird. Zunächst stehen in der Biografie häufig berufliche Ausbildung oder ein Studium auf dem Plan, dann das Sammeln von Berufserfahrung und der Beginn einer beruflichen »Karriere«. Die Erfüllung des prinzipiell meist früh vorhandenen Kinderwunschs wird nach hinten verschoben, bis beruflich und finanziell alles einigermaßen abgesichert ist für die zukünftige Familie. Nicht zuletzt darauf ist es zurückzuführen, dass sich das Alter von Erstgebärenden immer weiter nach hinten schiebt und in der Zwischenzeit im Durchschnitt bei über 30 Jahren liegt. Und teilweise ebenfalls dadurch begründet ist wohl die zunehmende Zahl von ungewollt kinderlosen Paaren, weil die konkrete Umsetzung des Kinderwunschs in vielen Fällen oft erst dann beginnt, wenn die Frau sich im Alter über 35 Jahre befindet und dadurch die Chance, spontan schwanger zu werden, deutlich abgenommen hat.

Die in vielerlei Hinsicht durchdachte und dann gezielt umgesetzte Familienplanung hat letzten Endes zur Folge, dass der einzelnen Schwangerschaft bzw. der Geburt jedes einzelnen Kindes eine sehr viel höhere persönliche und innerfamiliäre Bedeutung beigemessen wird als dies früher der Fall war. Man könnte es vielleicht auch so formulieren, dass ein Stück »Selbstverständlichkeit beim Kinderkriegen« verloren gegangen ist. Frauen haben oftmals eine sehr konkrete Vorstellung davon, wie eine gute Mutter sein sollte, und reiben sich nicht selten an diesen eigenen hohen Idealen – manchmal zerbrechen sie sogar daran. Gesellschaftlich Ansprüche werden vermittelt durch die Darstellung von Müttern bzw. der Mutterrolle in den Medien, worin sich Frauen nach der Geburt eines Kindes eigentlich nur selten wiederfinden, die sie aber als individuelle »Messlatte« anlegen. Nicht anders geht es psychisch kranken Frauen, die allerdings noch mit

weiteren Problembereichen zu kämpfen haben – wie etwa die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen insgesamt und insbesondere die Ablehnung einer Psychopharmakotherapie im Kontext von Schwangerschaft und Stillzeit.

Aus der eigenen Erfahrung würde ich psychisch kranke Frauen, die Kinder bekommen – überspitzt formuliert –, in zwei Kategorien einteilen: zum einen sind dies – oftmals schwer erkrankte – Frauen, die trotz anderslautender ärztlicher Empfehlungen keine effektive Kontrazeption betreiben, spontan schwanger werden, sich wenig Gedanken um die möglichen Einflüsse der Medikamente machen und die vielleicht schon ein oder zwei Kinder in Pflegefamilien abgeben mussten. Den größeren Teil machen aber die Frauen aus, die sich über die Bedeutung ihrer psychischen Erkrankung auf ihr Leben im Klaren sind, die die dadurch bedingten Einschränkungen wahrnehmen und die sich vor allen Dingen sehr verantwortungsvoll mit der Frage auseinandersetzen, ob sie in der Lage sein werden, ein Kind zu erziehen. Gerade für diese Frauen spielt dann auch der Einfluss der Behandlung auf das Kind eine große Rolle und ebenso die Thematik, inwieweit durch die Umsetzung des Kinderwunschs eventuell ein Krankheitsrezidiv verursacht werden könnte. Und nicht selten stellen sich diese Frauen auch der inneren Auseinandersetzung mit der Frage, ob es überhaupt zu verantworten ist, ein Kind zu bekommen oder ob sie nicht lieber auf die Erfüllung des Kinderwunschs verzichten sollten. Nun ist aber Kinderwunsch etwas sehr Individuelles, oftmals nicht rational zu begründen, im emotionalen Erleben verankert und von vielfältigen Motivationen getragen. Insofern helfen dann auch rationale Zugangsweisen nur bedingt, wenn beispielsweise Frauen mit psychischer Erkrankung von ärztlicher oder familiärer Seite »geraten« wird, auf ein Kind zu verzichten – weil es vernünftiger wäre, dem Kind nicht zuzumuten oder weil man die Auswirkungen der Medikation fürchtet. Aus der eigenen jahrelangen Erfahrung in der Beratung und Betreuung psychisch kranker Frauen, die sich ein Kind gewünscht haben, das Wunschkind dann bekommen haben oder auch nicht oder auch ganz bewusst auf das Kind verzichtet haben, weiß ich, dass diese Frauen genauso unter einem unerfüllten Kinderwunsch leiden können wie andere Frauen und dass sich diese Thematik zu einer erheblichen psychischen Belastung auswachsen und ihre Vulnerabilität erhöhen kann.

Die Lösung steckt nicht in pauschalen Empfehlungen, wie sie uns manchmal in der Praxis begegnen: »Sie brauchen keine Kinder« oder »Mit Medikamenten dürfen Sie nicht schwanger werden«. Die eigene Erfahrung zeigt, welche Zugeständnisse Frauen mit psychischer Erkrankung bereit sind zu machen, wenn Ängste oder Empfehlungen von außen in diese Richtung deuten. Sie verzichten lange auf ein Kind, bis der Kinderwunsch übermächtig wird, sie setzen Medikamente ab und erleiden ein oder auch mehrere Krankheitsrezidive – unter Umständen mit erheblichem Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf und die gesamte Biografie. Und natürlich gibt es auch die Frauen, deren eigenes Gefühl

sagt, »Es wäre besser, nicht schwanger zu werden«, »Ich bin der Mutterrolle nicht gewachsen« oder »Ich bin froh, dass ich so stabil bin, das will ich nicht aufs Spiel setzen«. Es gibt eine große Spannweite von individuellen Bewertungen, wobei der jeweilige Partner nicht zu vergessen ist – auch dessen Wünsche, aber auch Befürchtungen spielen eine wichtige Rolle.

Die meisten psychischen Erkrankungen beginnen im frühen Erwachsenenalter – Psychosen meist im Alter zwischen 20 und 30, affektive Erkrankungen manchmal etwas später. Berücksichtigt man aber das höhere Erstgebärendenalter, dann lässt sich gut ableiten, dass mittlerweile bei vielen Frauen die psychische Erkrankung »schneller« ist als die Umsetzung eines Kinderwunschs. Mit den verbesserten therapeutischen Möglichkeiten, insbesondere den nebenwirkungsärmeren Psychopharmaka, sind heute sehr viel mehr psychisch kranke Frauen überhaupt in der Lage, über die Gründung einer Familie nachdenken zu können. Dafür benötigen sie fachkompetente Unterstützung, Beratung, Betreuung vor und während der Schwangerschaft und auch nach der Geburt. Kompetente Beratung und Betreuung benötigen allerdings eine Basis von fundiertem Wissen in diesem Gebiet, und zwar nicht nur bezogen auf die Auswirkungen von Psychopharmaka, sondern viel weitergehend bis hin zu familientherapeutischem und soziologischem Wissen und Forschungsansätzen. In diesen Bereichen gibt es sehr große Wissenslücken, weshalb die hier vorgelegte Forschungsarbeit der Autorin Silvia Krumm sehr zu begrüßen ist. Mit ihrem biografischen Ansatz und der differenzierten Analyse einzelner Fälle macht sie sehr deutlich, dass Kinderwunsch bei psychisch erkrankten Frauen nichts ist, was man pauschal behandeln kann. Sie zeigt viel mehr, welche Bedeutung Kinderwunsch und Kinder für unterschiedliche Personen haben können und welche Wirkung dem im Kontext des Krankheitsverlaufs letzten Endes dann auch biografisch beizumessen ist. Für Praxis und weitere Analysen hilfreich dürfte ihre »Skizzierung eines Idealtypenmodells« als Vorschlag zur Ordnung der Befunde zum Verhältnis von Biografie, Kinderwunsch und psychischer Erkrankung im Ergebnis ihrer Arbeit sein. Es ist zu hoffen, dass diese Forschung in den nächsten Jahren intensiviert und fortgesetzt wird!

*Anke Rohde
Bonn, Juli 2010*

1 Einleitung

Der Wunsch nach einem Kind gehört zu einem der zentralen Lebensthemen junger Menschen. Nur ein kleiner Teil der 12- bis 25-Jährigen wünscht sich dezidiert keine Kinder und die Angst vor Kinderlosigkeit steht bei jungen Frauen an vierter Stelle der Zukunftsängste nach Krankheit, Arbeitslosigkeit und Einsamkeit (Deutsche Shell Holding 2006; Brigitte 2008). Es war vermutlich noch nie so einfach wie heute, sowohl den Zeitpunkt für den Übergang in eine Elternschaft als auch die Anzahl der Kinder selbst zu bestimmen: Ob, wann und wie oft eine Frau heute ein Kind bekommt, liegt nahezu vollständig in ihrer Entscheidungsmacht. So persönlich aber der Kinderwunsch auf den ersten Blick erscheinen mag – er wird durch eine Vielzahl an überindividuellen Faktoren mitbestimmt. Nicht zuletzt deutet die Diskrepanz zwischen subjektivem Kinderwunsch und objektiver Kinderzahl auf die Wirksamkeit auch struktureller Faktoren. Zum Zusammenhang von sozioökonomischen sowie soziokulturellen Faktoren und dem Kinderwunsch liegen zahlreiche theoretische Modelle und empirische Befunde vor. Mit der vorliegenden Untersuchung soll der Kinderwunsch bei einer gesellschaftlichen Teilgruppe untersucht werden, die ihr Leben unter den spezifischen Bedingungen einer psychischen Erkrankung gestaltet.

Die biografischen Optionen psychisch kranker Menschen haben sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte massiv erweitert. Eines der zentralen Ziele der gegen Mitte des letzten Jahrhunderts einsetzenden Psychiatriereform war die gesellschaftliche Integration psychisch Kranker durch eine gemeindenahе, möglichst ambulante und nur kurzzeitige stationäre Versorgungsform. Der Wandel in der Versorgungsstruktur ging dabei mit einer zunehmenden Berücksichtigung ethischer Aspekte in der Behandlung psychisch kranker Menschen einher. Sie umfassen die Stärkung der Rechte psychisch kranker Menschen, die personenzentrierte Versorgung wie auch die Einnahme einer lösungsorientierten Sicht auf psychische Erkrankungen, die sich im Recovery-Konzept als »das Ende der Unheilbarkeit« spiegelt (AMERING & SCHMOLKE 2007).

Während im Bereich der beruflichen Rehabilitation zahlreiche Anstrengungen unternommen werden, um die gesellschaftliche Teilhabe über eine bezahlte Beschäftigung zu realisieren, wird der Aspekt der privaten Lebensgestaltung sowohl in der psychiatrischen Behandlung und Rehabilitation als auch in der sozialpsychiatrischen Forschung bislang kaum berücksichtigt. Erst seit wenigen Jahren ist ein steigendes Interesse am Thema der Elternschaft psychisch kranker Menschen

zu beobachten, das über die Problematisierung der Risiken für Kinder psychisch kranker Eltern sowie die Thematik einer sicheren Schwangerschaftsverhütung hinausreicht. Wegweisend sind hier vor allem Arbeiten aus dem US-amerikanischen Raum, die gegenüber einer objektivierenden und problemfokussierenden Perspektive die subjektive Sicht von Müttern mit psychischen Erkrankungen betonen (z. B. DIAZ-CANEJA & JOHNSON 2004; SANDS 1995).

Das Thema Kinderwunsch wird indes nahezu vollkommen ignoriert. Es finden sich kaum themenrelevante Publikationen, die über allgemeine Hinweise oder anekdotische Berichte zu den Schwierigkeiten im Umgang mit dem Thema Kinderwunsch bei einer psychischen Erkrankung hinausgehen (z. B. WISDOM et al. 2008; KESSEL 2004; BARKLA & MCGRATH 2000). Diese Zurückhaltung liegt sicherlich nicht zuletzt in der Ambivalenz des Themas selbst begründet. Mit dem Kinderwunsch wird ebenso das Recht auf Selbstbestimmung tangiert wie das Prinzip der Fürsorge: Eine Mutterschaft kann sich positiv, aber auch negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken und es bestehen zahlreiche Risiken für das potenzielle Kind. Die Beschäftigten in der Psychiatrie bewegen sich hier in einem außerordentlichen Spannungsfeld zwischen Respektierung der Autonomie und Fürsorge gegenüber den Betroffenen (McCULLOUGH et al. 1992; COVERDALE et al. 1993).

Die vorliegende Untersuchung ist primär durch die auch praxisrelevante Frage nach dem Kinderwunsch bei psychisch kranken Frauen motiviert. Da hinsichtlich dieses Phänomens nahezu keine Forschung existiert, wird ein explorativer Zugang gewählt, der sich dem Konstrukt des Kinderwunschs aus der subjektiven Perspektive der betroffenen Frauen annähert. Im Vordergrund steht die Frage, ob und in welcher Weise ein (vorhandener oder nicht vorhandener) Kinderwunsch mit der psychischen Erkrankung verknüpft wird und wie die betroffenen Frauen mit möglichen Konflikten und Anforderungen im Zusammenhang mit einem Kinderwunsch umgehen. Ein Ausgangspunkt ist dabei, dass der Kinderwunsch nicht als singuläres Phänomen, sondern vielmehr auch vor dem Hintergrund der gesamten Biografie zu betrachten ist. Wie es im Titel der Untersuchung bereits anklingt, wird es in der vorliegenden Arbeit also insbesondere um die Trias ›Biografie, psychische Erkrankung, Kinderwunsch‹ gehen.

Die Untersuchung ist dem Interpretativen Paradigma verpflichtet. Sie wird keine »harten Daten« produzieren, mit denen auf die Verteilung spezifischer Einstellungen zum Kinderwunsch geschlossen werden kann. Das Forschungsziel ist es vielmehr, Hypothesen zum Umgang mit dem Kinderwunsch aus der subjektiven Sicht psychisch kranker Frauen abzuleiten und dabei die sozialen Regeln freizulegen, die diesen Umgang möglicherweise konstituieren.

Das soziologische Interesse am Phänomen psychischer Erkrankungen beschränkte sich lange Zeit auf die Analyse institutioneller Prozesse. Seit den 1990er-Jahren zeichnet sich aber ein Trend zur Erforschung der subjektiven Seite psychischer Erkrankungen ab. Möglicherweise ist die Hinwendung zum

Subjekt auch als Reaktion auf die Dominanz der biologischen Deutungsmacht in der Psychiatrie zu lesen. Jedenfalls glaubt der am psychiatrischen Reformprozess in Deutschland maßgeblich beteiligte Sozialpsychiater Asmus Finzen, »dass sich die Frage nach der Dimension des Sozialen im Zeitalter der biologischen Psychiatrie mit besonderer Dringlichkeit stellt (...) Wissenschaftliche Psychiatrie ohne Objektivierung und Abstraktion verbietet sich. Aber Psychiatrie ohne Respektierung und ohne Verstehen der Subjektivität der kranken Menschen in ihrer sozialen Welt ist nicht menschlich« (FINZEN 1997, nach ANGERMEYER & ZAUMSEIL 1997: 8). Das Interesse an der Untersuchung des Kinderwunschs psychisch kranker Frauen entspringt einer solchen Sichtweise. Mit der vorliegenden Arbeit ist der Versuch verbunden, einen wissenschaftlichen Beitrag zu einem besseren Verständnis der subjektiven Sicht psychisch kranker Menschen hinsichtlich eines zentralen Lebensbereichs zu leisten.

Die Arbeit versteht sich als soziologische wie auch sozialpsychiatrische Untersuchung. Der wissenschaftstheoretische Hintergrund, vor dem die Frage des Kinderwunschs bei psychisch kranken Frauen untersucht werden soll, umfasst gleichermaßen das psychiatrische wie das soziologische Wissenschaftsfeld. Die vorliegende Arbeit reiht sich so in eine lange Tradition interdisziplinärer Forschung von Soziologie und Psychiatrie ein (Überblick siehe REIMANN 1973). Die gemeinsame Bearbeitung psychiatrischer Problemstellungen beruht auf der Annahme eines Zusammenhangs zwischen sozialen und psychischen Faktoren. Erste Überlegungen zur sozialen Dimension psychischer Probleme lassen sich in Frankreich bis in das Jahr 1838 zurück verfolgen, als Esquirol den Kulturwandel als krankheitsauslösenden Faktor beschreibt (STROTZKA 1965, nach HASELBECK 1993). Auch für Auguste Comte als eine der zentralen Gründungsfiguren der Soziologie, lässt sich die Idee eines Zusammenhangs zwischen Zeiten des sozialen Umbruchs und einem vermehrten Auftreten von Geisteskrankheiten nachweisen (REIMANN 1973).¹ In Bezug auf Comte formulierte Emile Durkheim seine Anomietheorie, mit der er den Mangel an Kontrolle der Leidenschaften auf einen Mangel an sozialen Regeln zurückführte und anhand steigender Suizidziffern zu belegen suchte. Seine Analysen zum Selbstmord gelten als Klassiker sowohl der Soziologie als auch der Psychiatrie (RICHTER 2003). Die Annahme einer Verbindung zwischen Psychischem und Sozialem wurde durch die Erkenntnisse der Psychoanalyse vorangetrieben. Insbesondere nordamerikanische Psychiater rezipierten diese Ideen und überführten sie in Hypothesen zum Einfluss der Gesellschaft auf die Persönlichkeitsentwicklung. Diese bildeten den Ausgangspunkt für eine Vielzahl interdisziplinär angelegter Forschungen im Umfeld der

1 Helga Reimann macht darauf aufmerksam, dass die expliziten Bezüge Comtes zu psychischen Erkrankungen über das ganze Werk verteilt sind und erst durch die Arbeit seines Schülers Audiffrend zugänglich gemacht wurden (REIMANN 1973).

Chicagoer Schule. Aufbauend auf die stadtsoziologischen Untersuchungen von BURGESS und PARK (1925) wurde hier ein ökologischer Ansatz entwickelt, der die dynamischen Wechselwirkungen zwischen Umwelt und Gesundheit erforschte (BECKER & SARTORIUS 1999). Die 1939 publizierte Studie zu »Mental disorders in urban areas« gilt als wegweisende epidemiologische Studie zu Häufigkeit und Verteilung psychischer Erkrankungen. Das Erkenntnisinteresse der Studie, die in interdisziplinärer Zusammenarbeit des Soziologen Robert FARIS und des Psychiaters Warren DUNHAM (1939) zustande kam, richtete sich auf den Zusammenhang von sozialer Isolation und psychischem Gesundheitszustand. Mit dieser Pionierarbeit wurde der Grundstein für eine ganze Reihe epidemiologischer, sozialpsychiatrischer Untersuchungen gelegt, die im Übrigen häufig als interdisziplinäre Untersuchung von einem Psychiater und einem Soziologen getragen wurden (HOFFMANN-RICHTER 1995).

Neben den epidemiologischen Ansätzen wurde im Umkreis der Chicago-Schule ein zweiter, für die sozialpsychiatrische Forschung nicht minder bedeutsamer Ansatz der qualitativen Sozialforschung entwickelt, der im weiteren Verlauf zum Interpretativen Paradigma ausgebaut werden sollte. Im Gegensatz zu den statistischen Merkmalen großer Gruppen rückten hier die individuellen Lebensbedingungen in das Blickfeld und wurden im Rahmen von Feldforschungen mit den Mitteln der teilnehmenden Beobachtung, Befragung und Analyse persönlicher Dokumente studiert. Als wegweisend gilt die Untersuchung »The Polish Peasant in Europe and America« (1918) von THOMAS und ZNANIECKI, die sich anhand der hier entwickelten biografischen Methode dem Zusammenhang zwischen sozialen Bedingungen und individueller Persönlichkeitsentwicklung widmeten (FUCHS-HEINRITZ 2005). In diese Tradition sozialpsychiatrischer Forschung ist auch Ervin Goffmans klassische Studie »Asyle« einzureihen, die mit dem Instrument der teilnehmenden Beobachtung wichtige Befunde zu den sozialen Funktionen großer Institutionen wie der psychiatrischen Klinik freilegte (GOFFMAN 1973). Goffmans Befunde erfuhren eine beachtliche Rezeption und »Asyle« wird als das am häufigsten zitierte soziologische Buch geführt (RICHTER 2003).

Die Erkenntnisse dieser frühen sozialpsychiatrischen Untersuchungen bereiteten den Boden für eine umfassende, sozialpsychiatrische Reform der Psychiatrie.² Gleichzeitig wird in dieser Verknüpfung von Forschung und Reformwillen die

2 Hier ist zu betonen, dass die sozialpsychiatrische Reformbewegung an eine bereits im 19. Jahrhundert etablierte psychiatrische Reformbewegung anschließen konnte, die in den 1920er-Jahren zu fruchtbaren Ansätzen weiterentwickelt wurden (PRIEBE & FINZEN 2002). Tatsächlich glich die nach 1945 einsetzende Reformbewegung in ihren Inhalten in vielerlei Hinsicht den reformpsychiatrischen Konzepten, wie sie bereits bis nahezu 100 Jahre zuvor in Form von »Stadtasylen« als Gegenmodell zu den großen Anstalten oder als aufsuchende Nachbetreuung in Form der »offenen Irrenfürsorge« vorgeschlagen wurden (SCHMIEDEBACH et al. 2002; GAST 1989; HASELBECK 1985).

Ursache für den in den 1970er-Jahren einsetzenden, massiven Bedeutungsverlust sozialwissenschaftlicher Expertise für die Untersuchung psychiatrischer Fragestellungen gesehen. Im Klima der Reformdiskussion sei, so die Kritik, Sozialpsychiatrie eher als soziale Bewegung denn als wissenschaftliche Disziplin verstanden worden (HOFFMANN-RICHTER 1995). Vor dem Hintergrund des enormen Reformbedarfs der Psychiatrie rückte die – durchaus soziologisch argumentierende – Gesinnungsliteratur in den Vordergrund: »Gesinnung kam vor Erkenntnis (...) Die Furcht vor ›falschen Ergebnissen‹ lähmte den Erkenntnisdrang.« (FINZEN 1993: 3) Infolgedessen, so Finzen und Hoffmann-Richter, kam es neben einem grundlegenden Mangel an sozialwissenschaftlich fundierter Sozialpsychiatrie auch zu methodologischen und theoretischen Defiziten in der praktizierten, sozialpsychiatrischen Forschung. Sie kritisieren dabei vor allem auch die zunehmende Orientierung an der naturwissenschaftlichen Methodik: »Sozialpsychiatrische Forschungsprojekte werden angelegt wie Arzneimittelstudien. Manchmal hat man den Eindruck, dass die Tatsache, dass sie nicht doppelblind durchgeführt werden können, als ihr größtes methodisches Manko empfunden wird.« (ebd.: 5) Dieser Diagnose entspricht eine aus den Reihen der Soziologie geäußerte Selbstkritik, wonach der mangelnde Bezug auf »harte, empirische Daten« als wesentlicher Grund für die innerhalb der Psychiatrie schwindende Akzeptanz soziologischer Konzepte eingeordnet wird. Während es versäumt worden sei, »eine eindeutige und für Dritte nachvollziehbare theoretische Perspektive und Methodologie zu entwickeln«, habe sich die Soziologie aufgrund der Präferenz qualitativer Ansätze selbst den Boden als Deutungsmacht psychiatrischer Problemstellungen entzogen (RICHTER 2003: 12).³ Die Soziologie sei »beinahe zur Bedeutungslosigkeit im Bereich der Psychiatrie verkommen« (ebd.: 11).

Fest steht, dass sozialpsychiatrische Forschung heute im deutschen Raum mehrheitlich in der Psychiatrie verwurzelt ist, während innerhalb der Soziologie kaum noch psychiatrische Themenstellungen bearbeitet werden. Sozialpsychiatrische Forschung erfolgt primär als angewandte Versorgungsforschung, die sich mit dem Wandel der Versorgungsstrukturen sowie mit der Evaluation und Qualitätsentwicklung einzelner Einrichtungen befasst (HOLZINGER & ANGERMEYER 2003). Beklagt wird indes, dass die grundlagenorientierte Erforschung psychosozialer Einflüsse auf Entstehung und Verlauf psychischer Störungen offenbar eher in der

3 Tatsächlich stießen die antipsychiatrischen Thesen, die die Existenz psychischer Erkrankungen infrage stellten und in einer Gesellschaftskritik aufzulösen versuchten, auf z. T. massive Ablehnung innerhalb der Psychiatrie und in Folge zu einem Bedeutungsverlust soziologischer Theorien: »Versteht man psychotisches Verhalten tatsächlich generell als abweichendes Verhalten, so wird in der Tat die Rede von einem pathologischen Fall höchst problematisch, aber eben diese Voraussetzung beruht auf einem Irrtum, der sich zwangsläufig einstellen muss, wenn das klinisch-psychopathologische Schrifttum ignoriert und Psychiatrie als angewandte Soziologie betreiben wird.« (GLATZEL 1975)

biologisch orientieren Psychiatrieforschung angesiedelt wird. Demnach »reduziert sich (...) die sozialpsychiatrische Forschung ohne Not auf angewandte Forschung und leistet damit dem weit verbreiteten Vorurteil Vorschub, demzufolge Grundlagenforschung in der Psychiatrie mit naturwissenschaftlicher Forschung gleichzusetzen sei« (HOLZINGER & ANGERMEYER 2002: 401). Den von der psychiatrischen Disziplin initiierten, vielfältigen sozialpsychiatrischen Forschungsbemühungen steht eine überschaubare Anzahl originär soziologischer Beiträge zu psychiatrischen Problemstellungen gegenüber. Zu nennen ist hier etwa die Untersuchung von FENGLER und FENGLER zum »Alltag in der Anstalt« (1984), die in Anlehnung an das Interpretative Paradigma mit dem Instrument der teilnehmenden Beobachtung die Beziehungsstrukturen zwischen Personal und Patienten analysierten (FENGLER & FENGLER 1980). Bruno Hildenbrand hat mit den ethnografischen Methoden der Feldforschung familiäre Interaktionsmuster beschrieben und viel zum Verständnis des familiären Umgangs mit einer psychischen Erkrankung beigetragen (HILDENBRAND 1983). Mit den Methoden der Biografieforschung hat Gerhard Riemann eindrücklich das Verlaufskurvenpotenzial psychiatrischer Patienten erfasst und damit den Prozess einer Chronifizierung psychiatrischer Krankheitsverläufe nachvollziehbar gemacht (RIEMANN 1987). Seit den 1990er-Jahren rückt die subjektive Erfahrung einer psychischen Erkrankung zunehmend in den Fokus sozialpsychiatrischer Forschung. Konzepte wie Lebensqualität und Empowerment werden dabei für Fragen der psychiatrischen Versorgung und Bewältigung einer psychischen Erkrankung fruchtbar gemacht (KILIAN 2009 a; KILIAN et al. 2001; KILIAN 2000). Die sozialpsychiatrische Forschung wurde überdies durch kulturwissenschaftliche Ansätze bereichert (Überblick siehe: ANGERMEYER & ZAUMSEIL 1997; ZAUMSEIL & LEFERINK 1997 b). Wegweisend hierfür sind die Arbeiten der Anthropologin Sue Estroffs, die sich mit den kulturellen Bedingungen der individuellen Bewältigungs- und Identitätsprozessen schwer psychisch kranker Menschen beschäftigt (ESTROFF 1981; ESTROFF 1989). Denise Jodelet untersuchte die auf sozialen Repräsentationen basierenden Regeln des Umgangs mit psychisch Kranken am Beispiel der ländlichen Familienpflege als eine Form psychiatrischer Versorgung (JODELET 1992). Innerhalb der Psychiatrie erfuhren die hier genannten Forschungsarbeiten eine nur begrenzte Rezeption. Angesichts der überaus fruchtbaren Erkenntnisse lässt sich jedoch zweifellos das enorme Potenzial sozialwissenschaftlicher Verfahren für die Untersuchung psychiatrischer Fragestellungen erkennen – gerade auch jenseits epidemiologischer Studien zu den Ursachen psychischer Erkrankungen. Auch vor dem Hintergrund des allenthalben festgestellten Erstarkens einer biologischen Deutung psychischer Erkrankungen sind die psychiatrischen Problemstellungen weder inhaltlich auf die Ursachenforschung noch methodisch auf die Produktion »harter Daten« zu beschränken. Um es mit dem Sozialpsychiater Helmut Haselbeck zu sagen: »Wir brauchen einen fantasievollen Methodenpluralismus und theoretische Offenheit, um den vielschichtigen Fragestellungen und Proble-

men gerecht zu werden.« (HASELBECK 1993) Die Entscheidung darüber, welche der vielschichtigen psychiatrischen Fragestellungen mit welchen dafür geeigneten Mitteln zu untersuchen sind, darf freilich als erstes Qualitätskriterium jedweder (sozialpsychiatrischen) Forschung gelten.

Vor diesem – verkürzt skizzierten – Hintergrund versteht sich die vorliegende Arbeit insofern als sozialpsychiatrische Untersuchung, als sie den Kinderwunsch psychisch kranker Frauen als ein für die psychiatrische Praxis relevantes Phänomen anhand sozialwissenschaftlicher Methoden zu *verstehen* versucht. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird dieser sozialpsychiatrische Anspruch mit den folgenden methodologischen Prämissen eingelöst:

Die Untersuchung wird mit den Mitteln der qualitativen Sozialforschung realisiert. Trotz ihrer Vielfalt zeichnen sich alle qualitativen Verfahren gegenüber den hypothesenprüfenden, standardisierten Verfahren durch die Offenheit gegenüber ihrem Forschungsgegenstand aus. Diese Offenheit gewährleistet, dass das Erkenntnisinteresse nicht durch spezifische Vorannahmen eingrenzt wird und über die sukzessive Annäherung an das jeweils interessierende Forschungsfeld eine Theorie- und Hypothesenbildung gelingen kann (MRUCK 2000). Die Generierung von Hypothesen ist insbesondere für solche Forschungsfragen bedeutsam, die sich einem bislang wenig untersuchten Thema zuwenden. Der eingangs erwähnte Mangel an Befunden zum Kinderwunsch psychisch kranker Frauen erfordert den Verzicht auf eine vorgängige Hypothesenbildung. Im Vordergrund stehen die Relevanzsysteme der Beforschten.

»Die Befragten selbst sollen offen legen, wie sie die Fragestellung interpretieren, damit die Art und Weise, wie sie die Frage übersetzen, erkennbar wird; und zugleich wird ihnen die Gelegenheit gegeben, das Thema in ihrer eigenen Sprache zu entfalten. Je umfassender dies geschieht, desto geringer ist die Gefahr, dass die Interviewenden oder auch diejenigen, die das Interview auswerten, die Befragten missverstehen.« (BOHNSACK 2003: 20)

Das Prinzip der Offenheit stellt daher zugleich ein Instrument der methodischen Kontrolle hinsichtlich der Unterschiede in der Sprache von Forschenden und Erforschten, der jeweiligen Interpretationsrahmen und Relevanzsysteme dar (ebd.). Wie noch auszuführen sein wird, steht mit dem narrativen Interview eine geeignete Methodik zur Verfügung, die eine weitgehende Offenheit ermöglicht.

Vor diesem Hintergrund zeichnet sich die Arbeit durch einen subjektorientierten, sinnverstehenden Zugang aus und ist damit dem Interpretativen Paradigma verpflichtet, dem zufolge die Wirklichkeit keine objektive Gegebenheit darstellt, sondern vielmehr in jeder Interaktion neu bestimmt – konstruiert – wird. Eine Voraussetzung jedweden sozialen Handelns ist demnach die permanente Interpretation – sie ist Grundprinzip menschlichen Handelns. Die Interpretation sinnhafter Äußerungen zielt auf die Re-Konstruktion der gesellschaftlichen Wirklichkeitskonstruktionen. Grundlegend ist dabei die (idealtypische) Unterscheidung

zweier Sinnebenen: auf einer ersten Ebene geht es um die subjektiven Deutungen, den subjektiv gemeinten Sinn der Subjekte in der Interaktion. Die zweite Ebene umfasst dagegen die Sinnstrukturen, die dem Handeln der Subjekte zugrunde liegen. »Es handelt sich dabei um implizite Bedeutungen, wie sie in der Art und Weise einer Formulierung oder einer Interaktionssequenz zum Ausdruck kommen können.« (PRZYBORSKI & WOHLRAB-SAHR 2009: 183)

Mit ihrem Bezug auf ein rekonstruktives Sinnverstehen ordnet sich die Untersuchung erkenntnistheoretisch der modernen Hermeneutik als einer »Wissenschaft vom Verstehen« zu (SOEFFNER & HITZLER 1994: 31). Gegenüber der traditionellen Hermeneutik des »einfühlenden« Nachvollzugs weist sich die moderne Hermeneutik durch ein methodisch kontrolliertes Fremdverstehen aus, das sich in letzter Konsequenz auf die universale Gültigkeit kommunikativer Regeln stützt. Diese Regeln bestimmen nicht nur das Alltagshandeln der zu Beforschenden (Gegenstand der Forschung), sondern auch das Alltagshandeln in der Wissenschaft und sind daher gleichermaßen einer Interpretation zugänglich.

»Es geht darum, jene Verfahren oder Methoden der Interpretation und Reflexion zu rekonstruieren, die gleichermaßen im Alltag wie in den Wissenschaften, oder genauer: die gleichermaßen im Alltag derjenigen, die Gegenstand der Forschung sind, wie im Alltag der Forscher selbst zur Anwendung gelangen.« (BOHNSACK 2003: 25)

Die forschungspraktische Konsequenz liegt in einer die Forschenden kennzeichnenden »Haltung des prinzipiellen Zweifels an sozialen Selbstverständlichkeiten und an den Vor-Urteilen des Interpreten« (SOEFFNER & HITZLER 1994: 29). Der sozialwissenschaftliche Nutzen liegt darin, die Menschen auf jene im Alltag nicht thematisierten Umstände, Zusammenhänge und Regeln aufmerksam zu machen, in deren Rahmen sie ihr Leben vollziehen.

Der sinnverstehende Zugang erfolgt über die erzählte Lebensgeschichte, in der ein Kinderwunsch – so eine zentrale Annahme – in einer spezifischen Weise sinnhaft konstruiert wird. Biografische Erzählungen enthalten als narrative biografische Konstruktionen »Erklärungen und Rechtfertigungen des Gewordenseins und bilden damit gleichzeitig auch die Basis für Handlungsorientierungen und Zukunftsentwürfe« (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2002: 57). Damit weist der biografische Ansatz weit über die bloße Erfassung lebensgeschichtlicher Daten aus einer subjektiven Perspektive hinaus auf Identitätentwürfe, die für das aktuelle Handeln konstitutiv sind. Lebensgeschichten, so Wolfram Fischer, sind »nicht das Sammelsurium dessen, was ein Einzelner insgesamt objektiv durchlebt hat, sondern sie sind strukturierte Selbstbilder« (FISCHER 1978: 319). Die aktuellen Deutungsmuster zum Kinderwunsch sind über die biografische Erzählung überhaupt erst empirisch zugänglich. Denn um zu verstehen, in welcher Weise der Kinderwunsch und die psychische Erkrankung von den Subjekten in ihren aktuellen Deutungen verknüpft werden, ist es notwendig, den Prozess der Entstehung

des Kinderwunschs wie auch des Verständnisses der psychischen Erkrankung zu rekonstruieren. Demnach ist erkenntnisleitend, »welche Erfahrungen den uns interessierenden Phänomenen in welcher Reihenfolge vorausgingen und welche diesen folgten« (ROSENTHAL 2002: 135). Die vorliegende Arbeit ordnet sich damit auch der soziologischen Biografieforschung zu. Eingedenk der methodologischen Implikationen eines sinnverstehenden Zugangs lassen sich über die Analyse der sinnhaften Deutungen Einzelner in der biografischen Erzählung Rückschlüsse auf die zugrunde liegenden sozialen Regeln ihrer Erzeugung ziehen. Damit ist die Biografieforschung als soziologisch relevantes Phänomen an der Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft zu verorten. Zwar werden Einzelfälle rekonstruiert, die in der Tat keine numerische Verallgemeinerung erlauben. Allerdings erfolgt eine »theoretische Verallgemeinerung am Einzelfall und auf der Grundlage von kontrastiven Vergleichen mehrerer Fälle« (ebd.: 138).

Mit der Frage nach dem Kinderwunsch bei psychisch kranken Frauen verfolgt die vorliegende Untersuchung auch eine familiensoziologische Fragestellung. Sie schließt sich so dem Trend einer wachsenden Zahl empirisch-familiensoziologischer Fragestellungen an, die nicht explizit *der* Familiensoziologie zuzuordnen sind. Tatsächlich sind die Grenzen der Familiensoziologie nicht klar zu definieren, denn »die Familiensoziologie selbst ist eine fragmentierte Teildisziplin ohne theoretisches Paradigma, in die vielfältige Gegenstandsbereiche und Forschungsthemen integriert sind« (SCHNEIDER 2008: 10).

Die Familiensoziologie beschäftigt sich vorwiegend mit den makrostrukturellen Entwicklungen familialer Lebensformen. Mit der Rekonstruktion der sinnhaften Deutungsmuster des Kinderwunschs unter den Bedingung einer psychischen Erkrankung erfolgt hier dagegen der Versuch, sozialpsychiatrische und familiensoziologische Fragestellungen unter Verwendung qualitativ-biografischer Methoden zu verknüpfen. In dieser Konzeption entspricht die Untersuchung einem erweiterten Verständnis von Familiensoziologie, wonach es insbesondere um die Untersuchung des »Wechselverhältnisses der Familien mit wirtschaftlichen, politischen, sozialen und kulturellen Teilsphären in der Gesellschaft, ihren sozialen Institutionen, den lokalen Lebensbedingungen und den individuellen Lebensläufen der Menschen« (ebd.: 25) geht.

Die Untersuchung führt über die Frage, in welcher Beziehung eine psychische Erkrankung aus subjektiver Sicht mit dem Kinderwunsch steht, auch zum Thema der Bewältigung. In kritischer Distanz zur psychologischen Copingforschung orientiert sich die Untersuchung an einem Verständnis von Bewältigung, das zum einen stärker an dessen sozialen Bedingungen ansetzt und das zum anderen die subjektive Bedeutsamkeit von Bewältigung hervorhebt (HELFFERICH & HÄUSSLER-SCZEPAN 2002; LUCIUS-HOENE 1998). Da eine psychische Erkrankung häufig mit der Anforderung einhergeht, den Alltag entsprechend der Krankheit zu gestalten, muss ein soziologisches Verständnis von Bewältigung den Bewältigungsbegriff weiter fassen.

In der vorliegenden Arbeit wird Bewältigung in Anlehnung an Manfred Zaumseil zum einen als biografischer Umgang mit einer – hier psychischen – Erkrankung verstanden. Das subjektorientierte Verständnis von Bewältigung führt gleichwohl zum Konzept der narrativen Bewältigung. Bewältigung wird hier als kontinuierliche Aufgabe der Identitätsherstellung betrachtet. Das narrativ-biografische Interview stellt das am besten geeignete Mittel zur Erfassung des subjektiven Sinns zum biografischen Umgang mit dem Kinderwunsch dar. Damit wird die Angemessenheit des sinnverstehenden Ansatzes für die vorliegende Fragestellung auch vor dem Hintergrund der zugrunde gelegten Konzeption von Bewältigung plausibel.

Ein letzter Hinweis soll an dieser Stelle auf das der Arbeit zugrunde gelegte Verständnis zur Bedeutung der psychischen Erkrankung für den Kinderwunsch erfolgen. Es versteht sich für einen sinnverstehenden Ansatz von selbst, dass der Umgang mit dem Kinderwunsch nicht auf die mit einer psychischen Erkrankung einhergehende Symptomatik reduziert wird. Eine »Erklärung« des Kinderwunschs mit dem psychiatrischen Diagnoseinstrumentarium würde nicht nur das Prinzip der Offenheit sinnverstehender Verfahren unterlaufen. Würden diejenigen Äußerungen und subjektiven Sinnzusammenhänge aus den Erzählungen »gefiltert«, die aus psychiatrischer Sicht als Ausdruck einer zugrunde gelegten Störung einzuordnen wären, ergäbe sich vielmehr auch ein gegenüber der Ausgangsfrage völlig konträres Erkenntnisinteresse – nämlich das nach einem pathogenen Einfluss einer psychischen Erkrankung auf den Kinderwunsch. Sicherlich ist nicht auszuschließen, dass sich ein solcher Zusammenhang herstellen ließe. Ein über die Bestätigung des biomedizinischen Modells hinausreichender Erkenntnisgewinn wäre indes schwerlich herstellbar – einmal davon abgesehen, dass hier ganz andere methodische Verfahren anzuwenden wären. Die hier eingenommene Perspektive ist eine andere. Sie basiert auf der Annahme, dass psychisch Kranke sinnhafte Bezüge zwischen Krankheitserfahrung und ihrem Leben herstellen und ihr künftiges Handeln aufgrund dieser Bedeutungen gestalten (ZAUMSEIL & ANGERMEYER 1997). Entsprechend richtet sich das Interesse darauf, wie Frauen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung bereits mehrfach behandelt wurden und sich auch zum Interviewzeitpunkt in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung befinden, über sich und ihren Kinderwunsch sprechen und wie sie ihre Identität als psychisch Kranke mit dem Kinderwunsch verknüpfen – kurz: in welchem Zusammenhang der Kinderwunsch *aus ihrer Sicht* mit der psychischen Erkrankung steht. Damit dominiert gegenüber dem biomedizinischen ein soziologisches Verständnis psychischer Erkrankungen, das sich insbesondere für die im subjektiven Sinn enthaltenen sozialen Bedeutungen einer psychischen Erkrankung interessiert. Dies ist keinesfalls als konstruktivistische Haltung gegenüber psychischen Erkrankungen misszuverstehen. Psychische Erkrankungen werden nicht als allein sozial verursacht betrachtet. Gleichwohl kommt den sozialen Bedingungen einer psychischen Erkrankung eine zentrale Bedeutung zu, die darin zu sehen ist, »dass sie ermöglichende und einschränkende

Bedingungen zur Verfügung stellen – Restriktionen und Chancen, die nahe legen, welche Lebensformen, welche Identitäten und welche Arten des Verständnisses die Betroffenen entwickeln« (ebd.: 8).

Zum Aufbau der Arbeit

In den folgenden drei Kapiteln werden die wesentlichen Komponenten erörtert, die den Untersuchungsgegenstand konturieren: Kinderwunsch – psychische Erkrankung – Biografie: Die erste Komponente (Kinderwunsch) beinhaltet die Konzeption eines soziologischen Kinderwunschs, resp. die Begründung der soziologischen Relevanz eines Kinderwunschs. Das Ziel ist es, den Kinderwunsch nicht nur als Ausdruck individueller Dispositionen zu begreifen, sondern die Bedeutung sozialer Faktoren für die Gestaltung des Kinderwunschs herauszuarbeiten (Kap. 2). Die zweite Komponente (psychische Erkrankung) umfasst die spezifischen Bedingungen, die sich aufgrund einer psychischen Erkrankung für den Kinderwunsch einstellen. Zu diesen Bedingungen zählen zum einen die mit einem Kinderwunsch einhergehenden reproduktiven Risiken, die sich insbesondere als gesundheitliche Risiken ausdrücken. Als weitere Bedingung für die Kinderwunschgenese wird der gesellschaftliche Kontext berücksichtigt. Hier stellt sich die Frage nach normativen Erwartungen zum Kinderwunsch psychisch kranker Frauen. Diese lassen sich nicht ohne Blick auf die sozialgeschichtliche Entwicklung des gesellschaftlichen Umgangs mit reproduktiven Aspekten psychisch kranker Menschen verstehen. Es wird daher ein kurzer Einblick in die Geschichte des Umgangs mit der Fortpflanzung psychisch kranker Menschen gegeben und hinsichtlich der Konsequenzen für die heutige Situation diskutiert. Auf die Bedeutung der Aspekte Stigmatisierung und Empowerment für die Kinderwunschgenese wird ebenfalls eingegangen (Kap. 3). Mit der dritten Komponente (Biografie) wird auf den Aspekt der Bedeutung einer psychischen Erkrankung für die Biografie hingewiesen. Es werden Konzepte zu den Auswirkungen (psychischer) Erkrankungen auf die biografischen Gestaltungsmöglichkeiten vorgestellt (Kap. 4). Eine Zwischenbetrachtung, die in erkenntnisleitende Fragestellungen überführt wird, schließt die Bestimmung der theoretischen Grundlagen der Untersuchung ab (Kap. 5).

Der postulierte Zusammenhang zwischen Biografie, Kinderwunsch und psychischer Erkrankung legt nahe, das Forschungsanliegen mit einem biografischen Ansatz zu realisieren. Nach dessen methodologischer Begründung wird die aus diesem Ansatz abzuleitende, methodische Anlage der Untersuchung beschrieben. Mit dem narrativ-biografischen Interview wird ein als geeignet erachtetes Instrument zur Erfassung des interessierenden Gegenstandes vorgestellt. Form und Struktur narrativ-biografischen Interviews werden hier ebenso dargelegt

wie die allgemeinen Bedingungen für die Generierung von Lebensgeschichten. Der Feldzugang der Untersuchung, Überlegungen zum Stichprobenumfang und zur Fallauswahl sowie der Interviewablauf werden hier begründet. Schließlich wird hier auf die Prinzipien und das konkrete Vorgehen bei der hermeneutisch-rekonstruktiven Datenanalyse eingegangen (Kap. 6).

Im nächsten Schritt sollen die Ergebnisse der fünf Einzelfallanalysen vorgestellt werden. Dieser zentrale Teil der Untersuchung enthält die ausführlichen Textanalysen der verschriftlichten biografischen Erzählungen. Die Ergebnisse der Einzelfallanalysen werden in einer Fallstrukturhypothese gebündelt (Kap. 7). Der folgende Schritt zielt auf die einzelfallübergreifende Diskussion der Ergebnisse, die dann in drei Hypothesen zum Umgang mit dem Kinderwunsch bei psychisch kranken Frauen zusammengefasst und mit einer vorläufigen Typologisierung abgeschlossen wird (Kap. 8). Schließlich wird in einem Resümee der Blick noch einmal auf das Erkenntnisinteresse der Untersuchung gerichtet und auch im Hinblick auf die Methoden mit den Befunden verknüpft (Kap. 9). Mit Hinweisen sowohl auf die Grenzen der Untersuchung wie auch auf weiterführende Aspekte wird die Arbeit abgeschlossen (Kap. 10, 11).

Zum Datenmaterial

Die vorliegende Arbeit wurde als Dissertationsschrift an der Philosophischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br. angenommen. Sie entstand im Rahmen einer durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft geförderten Studie zum Thema »Familienplanung bei jungen Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen zwischen individueller Verantwortung und sozialer Stigmatisierung« unter der Leitung von PD Dr. Reinhold Kilian, dem Leiter der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Thomas Becker). Die Autorin der vorliegenden Arbeit war im Zeitraum von Januar 2007 bis März 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin der DFG-Studie. Im Rahmen der DFG-Studie wurden 17 narrativ-biografische Interviews durchgeführt. Fünf dieser 17 Interviews wurden für die Fragestellung der Dissertation differenziert ausgewertet. Damit greift die Autorin der hier vorgelegten Arbeit auf ein empirisches Datenmaterial zu, das sie selbst in ihrer Funktion als wissenschaftliche Mitarbeiterin der DFG-Studie erhoben hat. Eine Überschneidung in der methodischen Anlage der Untersuchung ist daher unvermeidlich. Gleichwohl grenzt sich die vorliegende Untersuchung mit einer eigenen Fragestellung an das Datenmaterial von der Fragestellung der DFG-Studie ab. Die getrennt erarbeiteten Ergebnisse der DFG-Studie wurden andernorts publiziert (KRUMM et al. 2010).

2 Der Kinderwunsch aus soziologischer Sicht

Zum Kinderwunsch liegen vielfältige Befunde vor. Sie reichen von demografischen Daten zur gewünschten und realisierten Kinderzahl über Untersuchungen zu Normen und Werten bis hin zur Erfassung der individuellen Einstellungen zu Kinderwunsch und Elternschaft. Die Spannweite belegt, dass es sich beim Kinderwunsch um ein höchst vielschichtiges Phänomen handelt. Der Kinderwunsch ist daher auch methodisch schwer in den Griff zu bekommen, denn »weder ist er im Lebenslauf unbedingt stabil noch lassen sich die unterschiedlichen Konstruktionen – von der persönlich idealen über die reale Kinderzahl zum Wunschkind, vom psychologischen Kinderwunsch bis zur gesellschaftlichen Norm – auf einen Nenner bringen« (HELFFERICH et al. 1999: 171 f.). Wenn es vor dem Hintergrund eines derart komplexen Themas in diesem Kapitel um die soziologische Sicht auf den Kinderwunsch gehen soll, dann liegt dies nicht allein in den von der Autorin vorausgesetzten Erwartungen an eine soziologische Untersuchung begründet. Die Begründung für eine (auch) soziologische Sicht auf den Kinderwunsch soll hier vor allem als Erwiderung auf eine Tendenz dienen, den Kinderwunsch aufgrund der in gesellschaftlichen Modernisierungsprozessen zunehmenden Individualisierung als ausschließlich psychologisches Phänomen zu fassen. In diese Richtung argumentiert Gloger-Tippelt, wenn sie feststellt:

»Erst seit Kurzem können breite Bevölkerungskreise eine bewusste Entscheidung für oder gegen ein Kind fällen (...) Die Frage, ob man Kinder haben möchte, hat sich von einer kollektiven Norm zu einer individuell motivierten Entscheidung gewandelt (...) Insgesamt lässt sich bei der Erforschung des generativen Verhaltens eine Tendenz zu einer stärkeren Gewichtung psychologischer Aspekte des Kinderwunschs konstatieren, da die sozio-ökonomisch unterschiedlichen Gruppen sich in Bezug auf ihre realisierte Kinderzahl zunehmend angleichen.« (GLOGER-TIPPELT et al. 1993: 7f.).

Es ist zweifellos richtig, dass normative Zwänge für die Familiengründung eine bedeutend geringere Rolle spielen als noch vor wenigen Jahrzehnten und dass gegenüber dem ökonomischen heute eher der psychologische Nutzen von Kindern im Vordergrund steht. Dies bedeutet aber nicht, dass der Kinderwunsch nicht *auch* durch überindividuelle Bedingungen geprägt ist. Zu fragen ist daher: Unterliegt der Kinderwunsch tatsächlich einer hauptsächlich individuell motivierten,

d. h. autonomen Entscheidung? Welche Rolle spielen soziale Bedingungen? Und schließlich: wird die Frage ›Kinder Ja oder Nein‹ tatsächlich *entschieden* – und zwar im Sinne einer bewussten, gar rationalen Entscheidung?

Die Konzeption des Kinderwunschs als ein rein psychologisches Phänomen greift dann zu kurz, wenn sie mit einer Vernachlässigung der vielfältigen sozialen Faktoren einhergeht, die den individuellen Kinderwunsch prägen können. Das heißt nicht, dass sich in der Analyse des Kinderwunschs die Grenzen der soziologischen und psychologischen Disziplin nicht überschneiden und sich beide Perspektiven nicht sinnvoll ergänzen lassen. Im Gegenteil lässt sich das Phänomen Kinderwunsch nur dann umfassend verstehen, wenn sowohl die individuelle als auch die strukturelle Ebene berücksichtigt werden. Das individualistische (Miss-) Verständnis des Kinderwunschs ist dabei durchaus nicht auf die psychologische Disziplin beschränkt. Innerhalb der Soziologie finden sich sowohl mikrotheoretische Ansätze, die das reproduktive Verhalten in Anlehnung an ökonomische Theorien als Ausdruck einer individuellen Kosten-Nutzen-Abwägung verstehen⁴ als auch individualistische Ansätze, die von einer weitgehenden, normativen Freisetzung der Subjekte ausgehen.

Zu den augenfälligsten Veränderungen der Geburten- und Familienentwicklung der letzten Jahrzehnte werden der Geburtenrückgang, die Verschiebung des Alters bei der Familiengründung und -erweiterung, die Pluralisierung der Lebensformen sowie der Wandel in der familialen Arbeitsteilung und der Geschlechterrollen gezählt (KREYENFELD & KONIETZKA 2008). In der Diskussion um die Ursachen dieser Entwicklungen treten insbesondere zwei Aspekte hervor: Zum einen werden Veränderungen im generativen Verhalten mit ökonomischen Ansätzen zu erklären versucht; zum anderen erfolgt ein Verweis auf die Individualisierung, die mit einer ausgeprägten Optionsvielfalt und daher mit gestiegenen Wahlmöglichkeiten einhergeht. Beide Ansätze werden im Folgenden pointiert vorgestellt und kritisch diskutiert: Im ersten Abschnitt dieses Kapitels wird mit Günter Burkart, der sich intensiv mit der Frage der Rationalität reproduktiver Entscheidungen beschäftigt hat, dargelegt, dass der Kinderwunsch als eine zentrale reproduktive ›Entscheidung‹ nur in Ausnahmefällen als rationale Handlung, sondern vielmehr auch als Ausdruck biografischer und sozialer Bedingungen zu fassen ist (BURKART 1994). Die auf Ulrich Beck verweisende Individualisierungstheorie, wonach Individuen im Zuge sich modernisierender Gesellschaften zunehmend unabhängig von soziostrukturellen Vorgaben wie z. B. Heirats- und Reproduktionsregeln handeln, wird anhand empirischer Befunde kritisch reflektiert (BECK 1986). Dass der Kinderwunsch auch durch normative Vorgaben geprägt wird, soll in einem weiteren Abschnitt zur Bedeutung von Elternschaft erörtert werden. Schließlich

4 Dementsprechend wird die individualistische Beschränkung in den ökonomischen Ansätzen auch gerne als »selbst gestrickte Psychologie« kritisiert (SCHANZ 1979, nach BURKART 1994: 37).

wird das Konzept der reproduktiven Kulturen vorgestellt. Mit ihm lässt sich die Ausbildung reproduktionsbiografischer Muster auch als Ausdruck spezifisch soziostruktureller Wirkfaktoren begreifen. In diesem Zusammenhang wird ein auf empirischen Befunden fußendes Modell vorgestellt, das durch drei Formen der biografischen Einbettung des Kinderwunschs gekennzeichnet ist.

2.1 Rationalität und Kinderwunsch

Etwa gegen Ende des 18. Jahrhunderts entstand im Zuge liberalistischer Strömungen in England das Programm des methodologischen Individualismus. Es umfasst verschiedene Verhaltens- und Lerntheorien, deren gemeinsames Prinzip in der Annahme zu sehen ist, dass sich soziale Ordnung als unintendierte Folge individualisierter Handlungen einstellt. Den Kerngedanken individualistischer Theorien bildet die Vorstellung eines ständig in Tauschhandlungen involvierten Individuums – die Vorstellung eines *homo oeconomicus*: dem utilitaristischen Prinzip einer ökonomisch begründeten Nutzenmaximierung entsprechend werden sämtliche Handlungen zu Entscheidungshandlungen – von der Wahl des Wohnorts bis zur Wahl des angemessenen Zeitpunkts für die Geburt eines Kindes. Um rationale Entscheidungen handelt es sich dann, wenn Akteure ein vollständiges Wissen zur Berücksichtigung sämtlicher Handlungsalternativen sowie uneingeschränkten Ressourcenzugriff haben und sich dann durch die Kalkulation des Kosten- und Nutzenverhältnisses für jene Alternative entscheiden, die den größten Nutzen verspricht. Nichtrationales und uneigennütziges Handeln werden in diesem Modell ebenso wenig berücksichtigt wie Nicht-Entscheidungshandlungen. Gerade der Aspekt der vermutlich kaum zu erfüllenden Bedingung einer vollständigen Informiertheit hat innerhalb der individualistischen Denkschule zu Skepsis ob einer realistischen Erfassung menschlichen Handelns geführt und entsprechende Modifikationen nach sich gezogen. So ist im Rational-Choice-Ansatz, dessen Brauchbarkeit seit Mitte der 1980er-Jahre intensiver diskutiert wird, eine Abkehr von den starren Kriterien für die Geltung rationaler Handlungen zu erkennen (TREIBEL 2000; BURKART 1994).

2.1.1 Ökonomische Betrachtung des Kinderwunschs

Als wichtigste familienökonomische Theorie gilt neben den aus den Wirtschaftswissenschaften abgeleiteten Ressourcen- und Austauschtheorien die neoklassische Familien- und Haushaltsökonomie (NAUCK 1989). Insbesondere die Arbeiten

Gary Beckers waren wegweisend für die Übertragung ökonomischer Ansätze auf familiensoziologische Theorien. Seine Veröffentlichung »A Treatise on the Family« erfuhr Anfang der 1980er-Jahre weitreichende Beachtung (BECKER 1981). Kernpunkte der ökonomischen Betrachtung generativen Verhaltens sind zum einen die rationale Begründung reproduktiver Handlungen und zum anderen die Nutzenmaximierung, die bei der Beantwortung zentraler Fragen zur Lebensgestaltung eine Rolle spielen:

»Wie werden die vorhandenen knappen Güter – wie etwa Zeit – eingesetzt: Hausarbeit, Lohnarbeit oder Freizeit? Kind oder Konsum? Mit welchen möglichen Partnern soll man ausgehen, und wen soll man heiraten? Soll man weiterhin mit seinem Ehepartner zusammenleben oder soll man sich scheiden lassen?« (HILL & KOPP 2004: 114)

Es geht also um eine rationale Entscheidung über knappe Ressourcen. Kinder werden im Sinne eines ökonomischen Kalküls als dauerhafte Konsumgüter verstanden. Damit geht einher, dass Kinder in Konkurrenz zu anderen Gütern stehen. Die Kosten von Kindern entwickeln sich daher in Abhängigkeit zu den Kosten weiterer Güter und erklären über diese Annahme die Geburtenrate:

»Höhere Kosten verursachen bspw. mit wachsender technischer Rationalisierung vor allem die durch die Eltern aufzuwendenden hohen Zeitressourcen für Erziehung und Ausbildung der Kinder, sodass im Sinne eines rationalen Kosten-Nutzen-Kalküls tendenziell weniger Kinder geboren werden, für die ein höherer Zeitaufwand erbracht wird.« (SCHMIDT 2009: 257)

Die Kosten für Kinder erhöhen sich dabei umso mehr, als deren Wert als Arbeitskraft unter den Bedingungen der Industrialisierung zurückgeht. Die steigenden Kosten von Kindern, so eine zentrale These familienökonomischer Ansätze, sind daher als wesentlicher Grund für den Rückgang der Geburtenzahlen in modernen Gesellschaften zu verstehen. Ökonomische Unsicherheiten, wie sie den modernen Arbeitsmarkt kennzeichnen, verschärfen in diesem Modell die Diskrepanz zwischen Kosten und Nutzen von Kindern und forcieren so den Geburtenrückgang zusätzlich. Diese Argumentation lässt sich jedenfalls in der Debatte um die »Geburtenkrise« der sozialen Transformation nach dem Zusammenbruch der DDR nachzeichnen (KREYENFELD & KONIETZKA 2008).

2.1.2 Kritik an rationalen Entscheidungstheorien

Die Annahme, dass generatives Verhalten als Ausdruck eines rationalen Prozesses zu verstehen ist, wird vielfach kritisiert. Vor allem Günter Burkart hat sich intensiv mit der Frage der Rationalität reproduktiver Entscheidungen beschäftigt (BURKART 1994). Ausgangspunkt seiner Kritik an rationalen Handlungsmodellen

ist die Feststellung, dass Vernünftigkeit auf ein ökonomisches Kalkül reduziert werde – im Sinne von Zweckrationalität. Vernunft könne sich aber im Einzelfall, so Burkart, auf Werte beziehen, die einem allgemeinen Nutzenverständnis entgegenstehen. Werden zur Vermeidung dieses Problems aber Normen und Werte (wie im Konzept der Rational-Choice oder der Subjective Expected Utility) einfach einem erweiterten Nutzenbegriff (unter Zuhilfenahme des Sammelbeckens der ›Präferenzen‹ und ›Zwänge‹) subsumiert, »dann handelt der Mensch natürlich immer rational und nutzenorientiert. Doch erkaufen wir uns diese Einsicht um den Preis der Inhaltslosigkeit« (ebd.: 313).

Einen weiteren, prinzipiellen Einwand gegen einen rationalen Entscheidungsbegriff formuliert Burkart in Bezug auf den unzureichenden Einbezug der zeitlichen Perspektive. In seiner Begründung bezieht er sich auf den Schütz'schen Handlungsbegriff. Alfred Schütz bezeichnet ›Handeln‹ als »einen ablaufenden Prozess menschlichen Verhaltens (...), der vom Handelnden vorgezeichnet wurde, anders gesagt, der auf einem vorgefassten Entwurf beruht« (SCHÜTZ 1971: 77). Die Motivation für eine Handlung verweist auf die zeitliche Perspektive des Entwurfs: »Weil-Motive« motivieren dabei den Entwurf selbst, sie beziehen sich auf die Vergangenheit, auf gemachte oder noch zu machende Erfahrungen; die Um-zu-Motive beziehen sich auf den Endzustand, auf eine in der Zukunft angelegte Situation. Der Einbezug der zeitlichen Aspekte – der Um-zu- und insbesondere der Weil-Motive – macht deutlich, dass Handlungsentwürfe – deren Konkurrenz letztlich erst eine Entscheidung erzwingt – immer nur im Rahmen gemachter Erfahrungen stattfinden können. Individuelle biografische Erfahrungen spielen dabei eine zentrale Rolle:

»Die RC-Theorie interessiert sich wenig dafür, warum es überhaupt zu einer *Entscheidungsnotwendigkeit* kommt. Der Blick ist in die Zukunft gerichtet: So, als ob sich ein Akteur ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der *Folgen* entscheide. Aber häufig wissen wir überhaupt nicht genau, was uns mit einer bestimmten Entscheidung in der Zukunft erwartet, und wir entscheiden uns nicht ›um-zu‹, sondern ›weil‹; aus ›Gründen‹ und ›Motiven‹, die nicht unmittelbar auf eine Veränderung der Zukunft gerichtet ist, sondern die man als eine Art *biografischer Zwangsläufigkeit* interpretieren kann.« (BURKART 1994: 75)

Schließlich richtet sich Burkarts Kritik auch darauf, dass innerhalb der Rational-Choice-Theorien irrationale Elemente lediglich als Abweichung vom Normalfall betrachtet werden.

»Für den weitaus größeren Teil von alltäglichen Entscheidungen dürfte aber gelten, dass sie teilweise auf psychischen Komponenten beruhen, die von einem normativ-rationalen Standpunkt aus als irrational betrachtet würden: Wunschenken, Willensschwäche, Unentschlossenheit und Zögern; Zweifel, ob man sich anders nicht besser entschieden hätte.« (ebd.: 76)

Wird dagegen eine Entscheidung als Handlung definiert, die unter bestimmten

Bedingungen auf eine biografische Problemlage reagiert, muss der Einbezug jedweder ›Lösungen‹, die ein Handlungsproblem bearbeiten – ob rational oder irrational – mitgedacht werden.

»Der Weg zur Entscheidung kann sich als Auswahl aus verschiedenen Optionen darstellen. Und diese Auswahl kann manchmal die Form von Rational Choice haben. Aber in der Regel ist das nur ein Teil der Wahrheit.« (ebd.: 82)

Rationale Entscheidungen nach dem Kosten-Nutzen-Prinzip stellen demnach lediglich *eine* Form des Umgangs mit Handlungsproblemen dar.

Gerade der Übergang in die Elternschaft kann aufgrund seiner Vielschichtigkeit wohl nur selten als bewusste Kosten-Nutzen-Kalkulation verstanden werden. Zwar ist durchaus davon auszugehen, dass der günstigste Zeitpunkt für ein Kind auch anhand der zur Verfügung stehenden Ressourcen beurteilt wird und eine Realisierung sich an diesen Überlegungen orientiert. Allerdings kann von einer grundsätzlich gegebenen Planbarkeit nicht auf ein rationales Handlungsmodell geschlossen werden: Reproduktive Handlungen sind »vielmehr das Resultat eines Entwicklungsprozesses vor und während der Ehe und sie sind vielfachen Einflüssen und Veränderungen unterworfen. Neben sozialen Erwartungen und Normen, sozialer Kontrolle, individuellen Gewohnheiten, Einstellungen und Orientierungen, Erfahrungen und antizipierten Folgen, spielen auch situative Einflüsse, ja Irrationalitäten eine Rolle« (VASKOVICS & ROST in SCHMIDT 2009: 265). Bestätigt wird dies durch Befunde einer quantitativ-qualitativen Untersuchung, bei der eine Kohorte junger Fachkräfte über mehrere Jahre hinweg zu Familienwunsch und dessen Realisierung befragt wurde. Diese deuten auf ein breites Spektrum an Handlungsmotivationen hin: kosten- und nutzenkalkulierende Anteile waren ebenso vertreten wie traditionelles und ambivalentes Verhalten. Insbesondere bei der Frage nach dem generellen Kinderwunsch konnte das Antwortverhalten mehrheitlich dem Typus des traditionellen Handelns zugeordnet werden; kosten-nutzen-orientiertes Verhalten spielte hier kaum eine Rolle. Dagegen wurde die Frage nach dem Zeitpunkt des Übergangs in die Elternschaft mehrheitlich unter zweckrationalen Gesichtspunkten diskutiert (SCHAEFER & KÜHN 2000: 142).

Reproduktive Entscheidungen werden also in Abhängigkeit zu biografischen und soziostrukturellen Kontexten gefällt.

»In Entscheidungen drückt sich ein gewisser Grad von Handlungsautonomie des Subjekts aus, doch sind Entscheidungen ebenso wie Nicht-Entscheidungen immer auch das Ergebnis von strukturellem Zwang.« (BURKART 1994: 103)

Dabei äußert sich struktureller Zwang nicht nur auf der Ebene sozioökonomischer Bedingungen, sondern kann sich auch als biografischer Zwang ausdrücken, »als Einschränkungen der Handlungsautonomie, die sich auf die Lebensgeschichte zurückführen lassen. Der Weg zu unbewussten Handlungsmotiven ist dann nicht mehr weit. Gerade ein Begriff wie ›Kinderwunsch‹ bleibt ohne Bezug auf

unbewusste Dispositionen oberflächlich und irreführend« (ebd.: 26). In der Tat sind Entscheidungssituationen aus psychologischer Sicht vielfach durch irrationale ›Abweichungen‹ vom rationalen Ideal gekennzeichnet. Glöger-Tippelt weist darauf hin, dass der individuelle Kinderwunsch gerade auch Ambivalenzen und Konflikte beinhaltet:

»Diese können dem Einzelnen z. T. bewusst sein, z. T. können sie sich lediglich in widersprüchlichem Verhalten ausdrücken. Von außenstehenden Beobachtern können daraus emotionale und psychodynamische Anteile des Kinderwunschs erschlossen werden, beispielsweise im Fall von ungewollten Schwangerschaften oder von ›Verhütungspannen‹.« (GLOGER-TIPPELT et al. 1993: 49)

2.2 Individualisierung und Kinderwunsch

Ulrich Beck entwickelte eine Individualisierungstheorie, die vor dem Hintergrund spezifischer gesellschaftlicher Prozesse eine enorme Popularität erlangte.⁵ Der Kern seiner Theorie lässt sich dahingehend zusammenfassen, als bestimmbare Schicht- oder Klassenstrukturen der Gesellschaft ihre Relevanz für die subjektive Lebensführung der Individuen verlieren und der Zusammenhang von objektiver Soziallage und – daraus hervorgehendem – Lebensstil nahezu aufgehoben wird. Neben der Freisetzung aus Klassenmilieus lösen sich vor allem familiäre und geschlechtsrollenspezifische Zuordnungen auf. Im Zentrum seiner Individuali-

5 Das Erscheinen seiner gesellschaftskritischen Diagnose der »Risikogesellschaft« fiel mit der Tschernobyl-Katastrophe zusammen und verdeutlichte Becks Forderungen nach einem stärkeren Einbezug ökologischer Risiken für gesellschaftsanalytische Fragestellungen in eindrücklicher Weise. Die »Risikogesellschaft« wurde zum Bestseller und die darin enthaltenen Thesen finden sich seit 1990 in Soziologie-Schulbüchern der Oberstufe (TREIBEL 2000). Gegenüber dem Aspekt der Individualisierung sind Becks Thesen zur »Risikogesellschaft« für die Fragestellung dieser Arbeit von nachrangiger Bedeutung, weshalb ich mich in meinen Ausführungen auf Individualisierung beschränke. Ohnehin ist fraglich, wie Beck die Risiken der Zweiten Moderne, die sich aus der zweckrationalen Ausbeutung ökologischer Ressourcen ergeben und nur durch Reflexion zu überwinden sind, mit der an die Individuen gerichteten Aufforderung, die Biografie selbstreflexiv zu gestalten, sinnvoll verknüpfen kann. HU (2004) macht darauf aufmerksam, dass Risiko und biografische Unsicherheit auf unterschiedlichen Voraussetzungen basieren: »Viele Unsicherheiten im persönlichen Lebenslauf können von den Folgen einer unvollkommenen Zweckrationalität verursacht werden, aber nicht alle: will er (U. Beck, SK) die Risiken bei der Partnersuche einem wissenschaftlich-technischen Versagen zuschreiben? Gibt es einen gemeinsamen Produktionsmechanismus von ökologischen und, sagen wir, Beziehungskrisen? Wenn Unsicherheit begrifflich mit Risiken identisch wäre, so wären alle sozialen Formen in der Geschichte Risikogesellschaften gewesen. Das ist alles andere als Becks ursprüngliche Idee.« (HU 2004)

sierungstheorie stehen drei Veränderungsaspekte: Freisetzung – Stabilitätsverlust – Wiedereinbindung (ebd.: 205).

2.2.1 Merkmale der Individualisierung

Die erste Veränderung betrifft die *Freisetzungsdimension*: Die Menschen werden aus den tradierten Vorgaben verpflichtender Regelwerke, wie sie ebenso für Ständegesellschaften der vormodernen wie für die industrielle Gesellschaft bezeichnend waren, freigesetzt und es entsteht eine »neue Unmittelbarkeit von Individuum und Gesellschaft« (BECK 1986: 119). Die Anforderungen eines sich wandelnden Arbeitsmarkts – wie etwa Schwerpunktverlagerung vom ersten zum dritten und vierten Sektor; zunehmende Überwindung nationaler Grenzen usf. – tragen wesentlich zum Relevanzverlust sozialer Gruppenzugehörigkeit bei. Wenn auch weiterhin sozialstrukturelle Ungleichheiten bestehen bleiben – »tatsächlich nimmt die soziale Ungleichheit erneut und in erschreckendem Maße zu« (ebd.: 143) – so tritt doch »für das Handeln der Menschen die Bindung an soziale Klassen eigentümlich in den Hintergrund. Ständisch geprägte Sozialmilieus und klassenkulturelle Lebensformen verblassen« (ebd.: 116). Als entscheidenden Grund nennt Beck die sozialstaatlichen Absicherungssysteme und den seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs beobachtbaren – und insbesondere für Westdeutschland geltenden⁶ – Individualisierungsschub, der entscheidend durch den so genannten »Fahrstuhleffekt«, der Anhebung des Lebensniveaus für alle Gesellschaftsmitglieder, vorangetrieben wurde. Erstmals seien die Individuen nun in der Situation, ihre Biografien unabhängig von Vorgaben jeglicher sozial-moralischer Milieus – etwa in Form eines »Kollektivschicksals am Arbeitsmarkt« – selbst gestalten zu müssen.

Bezogen auf die privaten Lebensformen drückt sich dieser Prozess als »das ganz normale Chaos der Liebe« aus, bei dem es parallel zu den sich wandelnden Arbeitsbedingungen zur Freisetzung der Individuen aus tradierten Geschlechtsrollenzuweisungen kommt (BECK & BECK-GERNSHEIM 1990). Die sich im 19. Jahrhundert etablierende Kleinfamilie als marktorientierte Einheit galt aufgrund von Arbeitsteilung – in außerhäusliche Erwerbsarbeit (öffentlicher Raum) und häusliche Familienarbeit (privater Raum) – als produktivste Wirtschaftsform, die das Problem der Erwerbsarbeit und der gleichzeitigen Sicherung der Nachkommenschaft innerhalb eines Verbunds lösen konnte. Ebenso, wie dort ein Ehepaar als wirtschaftliche Einheit den industrie-gesellschaftlichen Anforderungen

⁶ In Abgrenzung zur ersten, noch nicht reflexiven Moderne, dem Zeitalter der Industrialisierung.

notwendiger Arbeitsteilung entsprach, so erfordert die heutige Orientierung am marktwirtschaftlich-kapitalistischen Arbeitsmarkt jeweils selbstständige Biografien, die sich der sich zunehmend flexibilisierenden und räumlich dezentrierten Erwerbsarbeit anpassen können. »Das Marktsubjekt ist in letzter Konsequenz das alleinstehende, nicht partnerschafts-, ehe- oder familienbehinderte Individuum.« (BECK 1986: 191) Die durch veränderte Arbeitsbedingungen aufkommende Unmittelbarkeit zwischen Individuum und Gesellschaft bricht daher die geschlechtsspezifischen Zuweisungen auf: »Das Gesetz, das über sie kommt, lautet: Ich bin ich, und dann: ich bin Frau. Ich bin ich, und dann: ich bin Mann.« (ebd.: 175) Die bis dahin fraglos hingegenommene Trennung zwischen öffentlicher Sphäre des Arbeitsmarkts und privatem Bereich der Familie wird aufgehoben und die marktwirtschaftlichen Prinzipien betreten den ›privaten‹ Bereich. Die Devise heißt nun fortan: »Wer über Familie redet, muss auch über Arbeit und Geld reden.« (ebd.: 161)

Vor diesem Hintergrund müssen sich die Individuen – und dies betrifft als zweiten Aspekt der Individualisierung die *Entzauberungsdimension* – in einer Situation zurechtfinden, in der der eigene Lebensverlauf geplant, organisiert und zusammengebastelt werden muss, ohne dass dessen Ablauf durch eine vorgegebene Gruppenzugehörigkeit vorgezeichnet wäre. Wenn Traditionen ihre Geltung verlieren und die Verbindlichkeit von Normen erodiert, sind die Individuen aufgefordert, ihre Situation zu erkennen, zu beurteilen und dementsprechend zu handeln – Selbstreflexion wird zur zentralen Aufgabe moderner Individuen. Anstelle vorgegebener Lösungen, wie sie etwa im Bereich des Geschlechterverhältnisses die Heiratsregeln boten, bestimmen nun zunehmend reflektierende Aushandlungen die Partnerschaft.

»Leitende Normen verblassen, büßen ihre verhaltensprägende Kraft ein. Was früher stumm vollzogen wurde, muss nun beredet, begründet, verhandelt, vereinbart und kann gerade deswegen immer wieder aufgekündigt werden. Alles wird ›diskursiv‹.« (BECK & BECK-GERNSHEIM 1990: 15)

Auf den Bereich des Geschlechterverhältnisses bezogen schwindet mit dessen Reflektierung die geschlechtliche Ungleichheit und folglich die unhinterfragte Legitimation von Familie im herkömmlichen Sinne: ›Wilde‹ Ehen, steigende Scheidungsziffern, Wiederverheiratungsquoten, Adoptionen, kurz: all die privaten Lebensformen und Erscheinungen werden als Boten dieser neuen Zeit gedeutet, in der sich die Individuen über traditionelle Werte und Normen sozial-moralischer Milieus und geschlechtsspezifischer Rollenzuweisungen hinwegsetzen, um sich in existenziellen Entscheidungssituationen wiederzufinden. Individuen müssen sich, so die Annahme, in weitgehender Eigenleistung innerhalb der Gesellschaft positionieren. In dem Maße, wie die Vorgaben soziostruktureller Milieus an Bedeutung verlieren, sind die Individuen zu eigenverantwortlichem Handeln und Entscheiden aufgefordert.

»Die Biografie der Menschen wird aus traditionellen Vorgaben und Sicherheiten, aus fremden Kontrollen und überregionalen Sittengesetzen herausgelöst, offen, entscheidungsabhängig und als Aufgabe in das Handeln jedes Einzelnen gelegt.« (ebd.: 12)

Diese in alle Lebensbereiche hineinreichenden Veränderungen bestimmen aus Sicht der Autoren auch die Frage des Umgangs mit dem Kinderwunsch – eine Frage, die nach wie vor mehrheitlich von den Frauen zu beantworten ist:

»Anders als in früheren Jahrzehnten gibt es heute keine feste, einheitliche Erwartung, dass nach der Eheschließung bald die Wiege gefüllt sei (...) Frauen müssen das Skript ihrer Biografie selber entwerfen, zusammenbasteln, zusammenflicken, angesichts höchst komplexer, oft widersprüchlicher Entscheidungsfaktoren.« (ebd.: 183)

Mit dem dritten Aspekt der Individualisierung, der *Kontroll- bzw. Reintegrationsdimension*, beschreibt Beck schließlich die neue Art der sozialen Einbindung, die konsequenterweise mit der Freisetzung einhergeht (BECK 1986). Damit soll einem »individualistischen Missverständnis der Individualisierungsdebatte« entgegnet werden (BECK & BECK-GERNSHEIM 1993: 180): Weder seien Vereinzelung noch Auflösung sozialer Beziehungen zu befürchten, weder würden Einkommenshierarchien abgeflacht noch Regelungen, Maßgaben oder Handlungsanforderungen wirkungslos – vielmehr komme es zur Auflösung von Gruppenanbindungen, die den Lebensverlauf *schichtspezifisch* vorherbestimmen. Industriegesellschaftliche Lebensformen werden nicht nur auf-, sondern gleichwohl abgelöst und zwar durch solche Lebensformen, die unmittelbar von gesellschaftlichen Institutionen abhängig sind. Die aus traditionellen Vorgaben freigesetzten Individuen können sich der Abhängigkeit vom Arbeits-, Bildungs- und Konsummarkt, nicht zuletzt wegen der aufgehobenen Trennung zwischen privater und öffentlicher Sphäre, kaum entziehen.

»Die entstehenden Individuallagen sind durch und durch (arbeits)marktabhängig. Sie sind sozusagen die Perfektionierung der Marktabhängigkeit bis in alle Fasern der Existenz(sicherung) hinein.« (BECK 1986: 210)

Biografien *können*, so Beck, nicht nur losgelöst von vorgegebenen traditionellen Bindungen und Versorgungsbezügen hergestellt werden – vielmehr *müssen* dafür die Zwänge der Rahmenbedingungen und hier zuvorderst des Arbeitsmarkts – in Kauf genommen werden. »Ständisch geprägte, klassenkulturelle oder familiäre Lebenslaufmuster werden überlagert oder ersetzt durch institutionelle Lebenslaufmuster.« (ebd.: 211) Die Auflösung der in Normen übergegangenen Wertemuster traditioneller sozialer Gruppen führt deshalb keineswegs zur generellen Auflösung von Normen. Ferner bedeutet Individualisierung ebenso wenig, die Individuen könnten nun über sämtlich zur Verfügung stehenden Optionen frei entscheiden. Im Gegenteil: Sind sie eingebunden in »ein Netz von Regelungen, Maßgaben, Anspruchsvoraussetzungen, die institutionelle Horizonte für das

Planen der Individuen vorgeben« (BECK & BECK-GERNSHEIM 1993: 181). Individualisierung ist darum »ein Zwang, ein paradoxer Zwang allerdings, zur Herstellung, Selbstgestaltung, Selbstinszenierung« (ebd.: 179).

2.2.2 Kritik am Individualisierungstheorem

Es ist offensichtlich, dass sich in den letzten Jahrzehnten die zur Verfügung stehenden Optionen, insbesondere für Frauen, vermehrt und die Verbindlichkeit tradierter Werte und Normen an Bedeutung verloren haben. Grundsätzlich ist zwar zu fragen, inwieweit die Individualisierungstheorie Becks sich von älteren Konzeptionen der Individualisierung als einem langfristigen Trend unterscheidet (vgl. BURKART 1994). Die Norm einer individuell zu verantwortenden Gestaltbarkeit der eigenen Biografie wird nicht erst von Beck erkannt. Grundlegend waren hier vielmehr die Arbeiten Max Webers, der in seinen Aufsätzen zur Religionssoziologie die (auch) religiösen Wurzeln des Industriekapitalismus analysierte. Dabei formulierte er die These eines sich aus der protestantischen Askese auf den wirtschaftlich-technischen Bereich durchschlagenden Ethos der methodischen Lebensführung, der moderne, zweckrationale Bewusstseinsstrukturen hervorbringe:

»Der Geist des Kapitalismus ist mit dem Geist methodischer Lebensführung gleichzusetzen. Was letzten Endes den Kapitalismus geschaffen hat, ist die rationale Dauerunternehmung, rationale Buchführung, rationale Technik, das rationale Recht, aber auch nicht sie allein; es musste ergänzend hinzutreten die rationale Gesinnung, die Rationalisierung der Lebensführung, das rationale Wirtschaftsethos.« (WEBER 1922: 30)

Im Modernisierungsprozess, so Weber, nimmt der Einfluss metaphysischer Bezüge auf die Verhaltensmuster der Individuen ab, während die vorausplanend diesseitige, rationale Lebensgestaltung an Bedeutung gewinnt. Auf diesen Überlegungen aufbauend formulierte Martin Kohli seine Thesen zur Institutionalisierung des Lebenslaufs als einem zentralen Organisationsprinzip moderner Gesellschaften. Die sich aus dem Erwerbsbereich auf das Individuum übertragende »Rationalität bedeutet Unterordnung des Lebens unter ein einheitliches ›Leistungs‹-kriterium« (KOHLI 1985: 15).

Von diesem prinzipiellen Einwand abgesehen, sollen nun aber vor allem jene Aspekte der Individualisierungstheorie Becks hinterfragt werden, die für die Frage des Kinderwunschs relevant sind. Skeptisch zu betrachten ist zunächst Becks Annahme, dass sich gesellschaftsübergreifend zunehmend individualisierte Lebensformen feststellen lassen. Gestalten Individuen ihre Biografien tatsächlich unabhängig von soziostrukturellen Herkunftsmilieus? Ist von einer milieuüber-

greifenden Freisetzung auszugehen? Darüber hinaus ist für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit auch zu klären, welche Bedeutung den individual-biografischen, d. h. den (immer auch sozial eingebetteten) gemachten Erfahrungen bei der gegenwärtigen und zukünftigen Gestaltung der Biografien zukommt.

Für Beck und Beck-Gernsheim sind die individualisierten privaten Lebensformen »Anzeichen, Vorzeichen einer neuen Zeit, eines neuen Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft, das erst noch gefunden und erfunden werden muss« (BECK & BECK-GERNSHEIM 1990: 12). Die Autoren beschreiben hier einen auch zukünftig anhaltenden Trend, der nach Berechnung von Günter Burkart im Jahr 2030 in eine 50%igen Scheidungsrate, eine 30%igen Kinderlosigkeit sowie eine Alleinerziehendenquote von 30% münden müsste (BURKART 2008). Abgesehen davon, dass eine Pluralität von Lebensformen als eines der zentralen Kennzeichen von Individualisierung keine historische Neuheit darstellt, sondern vielmehr die hohe Bedeutung der Normalfamilien in den 1950er-Jahren als historische Ausnahme gelten muss, ist insbesondere auch die Annahme eines sozialgruppenübergreifenden Prozesses zu hinterfragen. Mit dem Bezug auf ein spezifisches Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft beansprucht Beck eine für alle Gesellschaftsmitglieder gleichermaßen geltende Relevanz ohne sozialgruppenspezifische Differenzierung. Das Fehlen einer solchen Differenzierung ist durchaus theoriekonsistent, schließlich stellt die Freisetzung aus soziostrukturellen Bindungen das entscheidende Element seiner Theorie dar. Allerdings ist fraglich, ob mit folgender Lifestyle-Schilderung tatsächlich alle Gesellschaftsmitglieder erfasst sind:

»In der arbeitsmarktkonformen Lebensführung verkörpert sich der oder die vollmobile einzelne, der ohne Rücksicht auf die sozialen Bindungen und Voraussetzungen seiner Existenz und Identität sich selbst zur fungiblen, flexiblen, leistungs- und konkurrenzbewussten Arbeitskraft macht, stylt, hin und her fliegt und zieht, wie es die Nachfrage und Nachfrager am Arbeitsmarkt wünschen.« (BECK & BECK-GERNSHEIM 1990: 15)

Sicherlich lässt sich mit diesem Szenario eine individualisierte Lebensführung skizzieren. Es stellt sich aber die Frage, ob diese Lebensform tatsächlich allen Gesellschaftsmitgliedern offensteht. Eine Abnahme struktureller Handlungsvorgaben zugunsten einer zunehmenden Handlungsautonomie dürfte sich eher bei Angehörigen bestimmter (individualisierter) Milieus feststellen lassen – dort, wo die notwendigen (sozialen, kulturellen, ökonomischen) Voraussetzungen verfügbar sind. BURKART meint dazu: »Individualisierung (...) ist kein universeller Trend. Er bleibt auf privilegierte soziale Gruppen beschränkt.« (1993: 173) Empirisch jedenfalls lassen sich nach wie vor soziostrukturelle Unterschiede in der Gestaltung familialer Lebensformen feststellen. So konnte zwar in einer Auswertung der Allbus-Daten von 1980 und 1988 eine Pluralität der Lebensformen (im Sinne Ulrich Becks) festgestellt werden, allerdings war diese nur auf den Bereich des

›Nicht-Familiensektors‹ beschränkt. Die Träger des beobachteten Rückgangs traditionaler Lebensformen waren vor allem junge Frauen und Männer der oberen Schichten. Eine Reduktion der individuellen Gestaltungsmöglichkeiten konnte hingegen bereits nach dem ersten Kind festgestellt werden (STROHMEIER 1993). Darüber hinaus relativiert sich die Diagnose einer gestiegenen Vielfalt der Lebensformen unter Einbezug des Alters: Insbesondere in der Altersgruppe zwischen 20 und 35 Jahren lässt sich eine solche Vielfalt nachweisen (WAGNER 2008: 119). Gegen eine Auflösung traditioneller Normen sprechen auch die Befunde von SCHAEPER und KÜHN: Gerade im Hinblick auf den Kinderwunsch konnten sie in einer Gruppe der Befragten traditionell eingebettete Handlungsmotivationen freilegen (SCHAEPER & KÜHN 2000). Tatsächlich wird die populäre Kernthese der Individualisierung, die Pluralisierung der Lebensformen heute deutlich relativiert:

»Ein allgemeiner Befund aller differenzierten Analysen auf diesem Gebiet ist, dass es in den letzten Jahrzehnten zu einer *leichten Pluralisierung der Lebensformen gekommen* ist. Keineswegs wurden traditionelle Lebensformen verdrängt, keineswegs ist erkennbar, dass es keine dominanten oder typischen Konstellationen des privaten Lebens mehr geben würde.« (WAGNER 2008: 119)

Darüber hinaus ist fraglich, ob dieser (durchaus also nicht grundlegende) Wandel der privaten Lebensformen, wie in der Individualisierungstheorie Becks behauptet, vor allem als Ausdruck gesteigerter Wahlmöglichkeiten im privaten Bereich verstanden werden kann, d. h. ob Elternschaft nurmehr *eine* unter mehreren zur Verfügung stehenden Optionen darstellt und dementsprechend gleichrangig gewählt wie abgelehnt wird. Zwar ist insbesondere bei Akademikerinnen eine ansteigende Kinderlosigkeit zu verzeichnen (SCHAREIN & UNGER 2009) – in einer sozialen Gruppe also, in der aufgrund der vielfältigen, vor allem beruflichen Optionen der Übergang in die Elternschaft mit hohen Opportunitätskosten einhergeht. Etwas überspitzt formuliert Burkart:

»Für hochgebildete Frauen und Männer ist die Lebenszeit viel zu teuer, um sie mit einer so schlecht bezahlten Tätigkeit wie Mutter und Hausfrau oder Vater und Hausmann auszufüllen.« (BURKART 2008)

Gleichwohl wäre es wohl zu simpel, die Ursache der gestiegenen Kinderlosigkeit allein in den gestiegenen Wahlmöglichkeiten zu sehen. Die Befunde zum Aufschub, bzw. zum daraus resultierenden Verzicht auf Elternschaft deuten eher in Richtung eines komplexen Ursachenbündels: SCHNEEWIND und VASCOVICS (1994) nennen als Gründe für Kinderlosigkeit neben unsicheren Arbeitsverhältnissen auch mangelnde Partnerschaftsqualität, Vereinbarkeitsprobleme sowie unzureichende Wohnverhältnisse (SCHNEEWIND et al. 1996). NAVE-HERZ (1992) zählt die divergenten Normorientierungen (Beruf vs. Mutterrolle) in den Biografien junger Frauen zu den wesentlichen Gründen für den Aufschub von Elternschaft, der letztlich in vielen Fällen in einer (meist unfreiwilligen) Kinderlosigkeit resultiert (NAVE-HERZ

1992). Auch Thomas Kühn ordnet die zunehmende Kinderlosigkeit vor allem als Folge eines anhaltenden Aufschubs der Familiengründung ein, der vielfach mit beruflichen Unsicherheiten und Ambivalenzen korreliert (KÜHN 2004).

Ein Aspekt schließlich, den die Individualisierungstheorie Ulrich Becks nur unbefriedigend berücksichtigt, ist die Relevanz biografischer Erfahrungen für die Biografiegestaltung. Wenn, wie auch Beck nicht bestreitet, soziale Schieflagen weiterhin bestehen, dann ist die Frage nach der Wirkung sozialisatorischer Effekte zu stellen, die die Form eines Reproduktionsmechanismus einnehmen können.⁷ Beck begründet die offensichtliche Bedeutungslosigkeit, die der sozialen Herkunft für die Gestaltung der individualisierten Lebensläufe beigemessen wird, durch *ahistorische* Wahrnehmungsformen individualisierter Individuen:

»Die Zeithorizonte der Lebenswahrnehmung verengen sich immer mehr, bis schließlich im Grenzfall Geschichte zur (ewigen) Gegenwart schrumpft und sich alles um die Achse des eigenen Ichs, des eigenen Lebens dreht.« (BECK 1986: 216)

Unberücksichtigt bleibt dabei, dass sich biografische Gestaltung als biografisch erlernter Umgang mit Handlungsproblemen darstellt. Es wurde bereits mit Burkart darauf hingewiesen, dass biografische Entscheidungen, d. h. Handlungen, die auf ein Handlungsproblem gerichtet sind, nicht nur von soziokulturell unterschiedlichen Normen und Wertemustern abhängen, sondern auch durch biografische Erfahrungen beeinflusst werden. Familiäre Erfahrungen und lebensgeschichtliche Entwicklungen können sich zu biografischen Zwangsläufigkeiten entwickeln. Die internalisierten biografischen Erfahrungen werden zu »Weil-Motiven«, die die Entscheidungen, resp. problemlösenden Handlungen strukturieren (siehe Kap. 3.1).

»Das Ergebnis des Reflexions- und Entscheidungsprozesses ist eben nicht so sehr von den zukünftigen Folgen verschiedener abstrakter Handlungsoptionen abhängig, sondern ist durch lebensgeschichtliche Bahnen in der Grundstruktur vorgezeichnet.« (BURKART 1994: 91)

Individuell in der Lebensgeschichte verankerte oder kollektiv in einer sozialen Gruppe erlebte Erfahrungen werden zu einem spezifischen Werte- und Normenmuster verinnerlicht. Pierre Bourdieu hat mit seinem Habituskonzept wesentlich zum Verständnis der sozialen Reproduktion sozialer Ungleichheit beigetragen. Entscheidend ist die Position, die die Akteure innerhalb einer Gesellschaftsstruktur einnehmen, deren Stellung durch die Beziehungen zu anderen Positionen bedeutsam wird. Die Positionierung der Akteure findet auf einem Feld statt, dem spezifische materielle und kulturelle Existenzbedingungen zugeordnet sind; diese Bedingungen beeinflussen auf dem Weg gemachter Erfahrungen sowohl Wahr-

7 Dies zeigt sich nicht zuletzt am zeitlich robusten Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Hochschulzugang (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2007).

nehmung und Sinnzuschreibung als auch die individuellen Handlungsmotive. Feldspezifische Erfahrungen formen den Habitus als verinnerlichtes Werte- und Normenmuster – seien die Erfahrungen nun individuell in der Lebensgeschichte verankert oder kollektiv in einer sozialen Gruppe erlebt. Die Habitusformen sind »Systeme dauerhafter und übertragbarer Dispositionen, als strukturierte Strukturen, die wie geschaffen sind, als strukturierende Strukturen zu fungieren, d. h. als Erzeugungs- und Ordnungsgrundlagen für Praktiken und Vorstellungen« (BOURDIEU 1999: 98). Das Erkennen wie auch die Beeinflussung des Habitus sind nur in geringem Maße möglich.

2.3 Das Konzept der reproduktiven Kulturen

Das Konzept der reproduktiven Kulturen entstand im Rahmen der empirischen Studie *frauenleben*, die sich auf die Untersuchung des Familienplanungsverhaltens von Frauen richtete (HELFFERICH et al. 1999). Das Konzept greift den oben skizzierten Gedanken Bourdieus einer sozialen Reproduktion auf und positioniert sich so dezidiert gegenüber Ansätzen, die von einer weitestgehenden Irrelevanz soziostrukturell bedingter, normativer Vorgaben ausgehen.⁸ Reproduktive Kulturen beschreiben in Anlehnung an Luc Boltanskis Konzept der somatischen Kulturen ein »System von Regeln des angemessenen Umgangs mit reproduktiven Aspekten, also Sexualität, Kontrazeption, Schwangerschaften, Kindern, Elternschaft, ungewollter Kinderlosigkeit, Schwangerschaftsabbrüchen« (ebd.: 39). Das Konzept dient der Erfassung von Einzelaspekten des Verhaltens und der Einstellungen im Bereich der Reproduktion als ein kohärentes, um zentrale Werte organisiertes Biografiemuster, das im Wesentlichen auf die soziostrukturellen Rahmenbedingungen rückführbar ist. In Abhängigkeit zu den sozioökonomischen Bedingungen bringen reproduktive Kulturen spezifische Biografiemuster hervor: »Gerade die spezifischen Vereinbarkeitslösungen von beruflicher und familiärer Entwicklung geben der reproduktiven Biografie ihre Gestalt.« (KLINDWORTH 2000) In der Analyse reproduktiver Kulturen geht es um die Freilegung von spezifischen Regeln zum angemessenen Umgang mit reproduktiven Aspekten sowie um die konstituierenden Bedingungen dieser Regeln (HELFFERICH et al. 1999). Die Befunde der Studie *frauenleben* bestätigten die heuristische Annahme einer sozialgruppenabhängigen Gestaltung reproduktiver Lebensläufe im Sinne reproduktiver Kulturen: Frauen aus höheren Sozialschichten (gemessen an Bil-

8 Semantisch bezieht sich Reproduktion bei der ›sozialen Reproduktion‹ auf die generative Übertragung des Sozialstatus, während sich Reproduktion beim Begriff ›reproduktive Kultur‹ auf die Fortpflanzung einer Gattung bezieht.

dung) bildeten ein spezifisches Gestaltungsmuster, das sich durch die zentralen Werte der Selbstreflexion und permanenten Suche nach (situationsabhängig) geeigneten Lebensentwürfen auszeichnete. Das Partnerschaftsmodell entsprach hier am stärksten einer egalitären Beziehung. Als zentrale Werte der reproduktiven Kultur der Frauen aus den niedrigen Bildungsschichten konnten Familie, Sicherheit und Ordnung freigelegt werden. Das präferierte Lebensmodell war das der Hausfrau und Mutter, das mit einer paarbezogenen Arbeitsteilung einherging. Frauen aus den neuen Bundesländern (homogene Bildungsschicht) wiesen eine starke Familienorientierung bei einer »pragmatischen Akzeptanz des Gegebenen« auf, die sich auf die unproblematisierte Nutzung familienpolitischer Anreize und medizinisch-technische Möglichkeiten sowie auf den Umgang mit Partnern bezogen. Häufig unterlagen sie einer doppelten Zuständigkeit, die aufgrund geeigneter Rahmenbedingungen eine Vereinbarkeit von Beruf und Mutterschaft ermöglichte (HELFFERICH 2000). Die beobachteten Unterschiede im reproduktiven Bereich konnten aufgrund der Nutzung sowohl quantitativer wie qualitativer Daten sinnvoll mit den soziostrukturellen Gestaltungsbedingungen verknüpft werden. Eine derzeit laufende Wiederholungsbefragung (*frauenleben II*) wird auch darüber Aufschluss geben, ob sich die soziostrukturellen Muster zunehmend auflösen oder trotz fortlaufender Modernisierungsprozesse (die nach Beck zu einer Auflösung gruppenbezogener Biografiemuster führen) erhalten bleiben.

Ein weiteres Ergebnis einer Sonderauswertung der *frauenleben*-Daten zu »Einstellungen von Frauen zu Planbarkeit und Machbarkeit in der Familienplanung« (HELFFERICH et al. 2001) liegt in der Feststellung eines soziostrukturell differenzierten Umgangs mit Normen, die im Zusammenhang mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Pränataldiagnostik stehen. Frauen aus den neuen Bundesländern nahmen eine eher als pragmatisch und rational zu bezeichnende Haltung zur Nutzung medizinisch-technischer Möglichkeiten ein.

»Häufiger beziehen sich Frauen aus den neuen als die aus den alten Bundesländern auf Erbkrankheiten und folgen hier stärker dem medizintechnischen Hygiene-Diskurs. Dieser Diskurs wurde in der Tat in der DDR intensiver geführt, auch im Zusammenhang mit einer Pflicht zur Leistungsfähigkeit im Sozialismus. Die Logik, Erbkrankheiten und schlechte Gene auszuschließen, erscheint wenig problematisch.« (HELFFERICH et al. 2001: 74)

Frauen aus den alten Bundesländern, die einer niedrigen Bildungsschicht angehören, tendierten eher dazu, eine Behinderung des Kindes zu akzeptieren und daher einen Abbruch aufgrund einer Behinderung abzulehnen:

»Ein Kind ist ein Kind. Vor dem Hintergrund, dass Familie die subjektiv relevanteste Option ist, spielt auch eine noch schwierigere Vereinbarkeit von Beruf mit dem Leben mit einem behinderten Kind eine weniger wichtige Rolle als bei den anderen Gruppen.« (ebd.: 76)

Schließlich war die Situation der Frauen aus den alten Bundesländern mit einer höheren Bildung am stärksten durch eine ambivalente Haltung geprägt, bei der zum einen auf die enormen Einschränkungen im Zusammenhang mit einem behinderten Kind geäußert und zum anderen auf die vielfältigen Probleme bei der Nutzung pränataler Diagnostik hingewiesen wird:

»Die klaren Hinweise auf die Grenzen von Planung oder auf einen Verzicht auf Planung lassen sich dahingehend interpretieren, dass das strukturelle Dilemma – Planung ist notwendig, aber sie funktioniert nicht – nun endgültig zum Kollaps führt: Wenn es schon ohne die Frage einer Behinderung schwer genug ist, den richtigen Zeitpunkt für ein Kind zu finden, dann gilt erst recht, dass der richtige Zeitpunkt für ein behindertes Kind nie kommt.« (ebd.: 77)

2.4 Biografische Einbettung des Kinderwunschs

Dem Kinderwunsch als einer von der Gesamtbiografie isolierten Einzelaussage kommt eine nur geringe Erklärungskraft für die tatsächliche Gestaltung der reproduktiven Biografie zu.

Barbara Keddi versteht den Kinderwunsch als Teil eines zentralen Lebensthemas junger Menschen. Im Rahmen einer qualitativen Längsschnittstudie konnte sie spezifische Lebensthemen wie etwa Beruf, Familie, Suche nach Orientierung oder gemeinsamer Weg freilegen. Subjekte »orientieren« sich in ihrem Handeln an einem Lebensthema, das als »roter Faden« handlungsleitend und strukturierend wirkt« (KEDDI 2003: 214).

Die individuellen Gestaltungsformen der reproduktiven Biografie werden erst unter Einbezug des spezifischen Lebensthemas nachvollziehbar. Die Einnahme einer lebenslaufbezogenen und biografischen Perspektive stellt auch ein wesentliches Prinzip der *frauenleben*-Studienkonzeption dar:

»Das Forschungsprojekt geht von einem umfassenden Begriff der Familienplanung als Lebensgestaltung aus.« (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001: 11)

Diesem Ansatz folgend wurde u. a. auch der Zusammenhang zwischen Biografie und Kinderwunsch untersucht. Dabei zeigte sich, dass der Kinderwunsch häufig enge Bezüge zur gesamten Biografie aufweist. Der Kinderwunsch ist ein Synonym für ein »gesamtbioграфisches Großprojekt Familie«, das über das einzelne Kind hinaus an vielerlei Bedeutungen z. B. hinsichtlich Partnerschaft oder Milieuvorstellungen geknüpft ist (ebd.: 180).

»Im eigentlichen Sinn wird nicht »ein Kind« gewünscht, sondern ein »Leben mit

einem Kind/Kindern« mit entsprechenden symbolischen Besetzungen bezogen auf den Partner oder die Entwicklungen der eigenen Person.« (ebd.: 181)⁹

Die Analyse eines Kinderwunschs kann daher nicht unabhängig von seiner Einbettung in einen biografischen Gesamtentwurf erfolgen. Drei Formen der biografischen Repräsentation eines Kinderwunschs konnten freigelegt werden: der biografisch stabile Kinderwunsch, die generalisierte Akzeptanz von Kindern sowie eine entwicklungs- bzw. situationsabhängige Kinderwunschgenese (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001; ENGELHARDT 2000).

2.4.1 Stabiler Kinderwunsch als biografische Konstante

Bezugspunkte für einen biografisch stabilen Kinderwunsch können Eltern und/oder Großeltern sein, die als Vorbild für die eigene Lebensplanung dienen. Die biografische Konstanz des Kinderwunschs kann dabei auf normativen Vorgaben, auf individuellen Eigenschaften oder auf biografischen Erfahrungen beruhen. Häufig werden Kinder dabei als etwas Selbstverständliches eingeordnet – Kinder gehören einfach zum Leben. Typischerweise fanden sich in den entsprechenden Interviewpassagen keine ausführlichen Erläuterungen des Kinderwunschs.

»Die Orientierung spricht offensichtlich für sich, sie spielt auf das subjektiv oder objektiv Selbstverständliche am Kinderhaben an, das benannt, aber nicht weiter erklärt werden muss.« (ENGELHARDT 2000: 57)

Vielfach zog der Kinderwunsch in dieser Ausprägung spezifische Handlungsmuster nach sich, die auf die Realisierung des Wunschs gerichtet waren (z. B. geeignete Partnerschaft, finanzielle Sicherheit). Besonders ausgeprägt war das Muster eines biografisch stabilen Kinderwunschs bei Frauen aus den neuen Bundesländern.

9 Umgekehrt ist denkbar, dass der Verzicht, resp. der Aufschub von Elternschaft primär mit den Erwartungen an die Partnerschaft und/oder an die berufliche Entwicklung zusammenhängt. Diese Vorstellungen verweisen zum Teil auf durchaus gängige Stereotypen, wie sie im Bild der ›Double Income No Kids‹, d.h. der kinderlosen, individualisierten Lebensformen mit hohem Einkommen oder im Gegenbild einer familien- und wertorientierten Lebensform bei mittleren bis unteren Einkommen zum Ausdruck kommen.

2.4.2 Generalisierte Akzeptanz von Kindern

Als ein weiteres Muster wird die »generalisierte Akzeptanz von Kindern« beschrieben. Hierbei wird ein Kinderwunsch weder im Sinne eines intentionalen Wollens oder in Form einer Zukunftsgestaltung gestaltet noch werden Kinder abgelehnt. Vielmehr wird diese Form des Kinderwunschs als eine »freischwebende Bereitschaft« (ENGELHARDT 2000: 57) fassbar, d.h. wenn sich eine Schwangerschaft einstellt, dann wird sie akzeptiert, wenn sich keine Schwangerschaft einstellt, dann ebenso. Diese generalisierte Akzeptanz kann Ausdruck einer familiären Tradition »des selbstverständlichen Willkommenheißen in jedem Alter der Mutter« sein. Ebenso können hier religiöse Einstellungen gegenüber Kindern eine Rolle spielen. In beiden Fällen kann sich die generalisierte Akzeptanz als biografisch stabile Einstellung darstellen. Daneben wird darauf hingewiesen, dass diese »neutrale« Haltung gegenüber Kindern auch Ausdruck situationsspezifischer Anforderungen sein kann, die z. B. im Zusammenhang mit partnerschaftlichen oder berufsbezogenen Aspekten entstanden sind. Bei der generalisierten Akzeptanz spielen die Rahmenbedingungen für die Realisierung eines Kinderwunschs eine nur geringe Rolle: »Kinder kommen eben wie sie kommen.« (ebd.) Das Muster der generalisierten Akzeptanz wurde gleichermaßen bei Frauen aus den alten wie aus den neuen Bundesländern gefunden.

2.4.3 Entwicklungs- bzw. situationsabhängige Kinderwunschgenese

Hier steht die Veränderung des Kinderwunschs im biografischen Verlauf im Vordergrund. Diese Veränderungen sind in beiderlei Richtung und mehrfach möglich. Zum einen kann es sich um einen individuellen Entwicklungsprozess handeln, bei dem sich der Kinderwunsch allmählich herausbildete. Dieses Muster zeigte sich in den Interviews am häufigsten und wurde von den Interviewten im Sinne eines normalen Entwicklungsprozesses gedeutet:

»Eine Entwicklung weg von der Ablehnung von Kindern hin zu einem Kinderwunsch wird von den Interviewten meist als ganz normaler Entwicklungsprozess mit Motiven der Reifung geschildert. Reife steht dann im Gegensatz zu einer Phase der Postadoleszenz, die mit Freiheit und Entbindung von Verantwortung assoziiert wird, also einer Phase, der Kinder, dem symbolischen Mehr gemäß, das sie transportieren, entgegenstehen können.« (ENGELHARDT 2000: 57)

Zum anderen kann ein Kinderwunsch gegenüber der eindimensionalen Entwicklung auch als situativ eingebettetes Phänomen auftreten. Der Kinderwunsch kann dabei ebenso auftreten wie auch wieder verschwinden. Er äußert sich nicht als

ein tiefsitzender Wunsch, sondern variiert mit wechselnden Lebensentwürfen, die vielfach im Zusammenhang mit der partnerschaftlichen Situation stehen. Dieses Muster der Thematisierung wurde tendenziell häufiger in den alten Bundesländern und eher in den höheren Bildungsgruppen gefunden. Die Rahmenbedingungen für die Realisierung des Kinderwunschs wurden in dieser Gruppe zwar auch für wichtig erachtet. Allerdings wurden diese Bedingungen nicht explizit aus dem Grund hergestellt, um einen gehegten Kinderwunsch zu realisieren. Im Gegenteil: der Kinderwunsch entstand überhaupt erst unter den subjektiv relevanten Realisierungsbedingungen. Die Rahmenbedingungen waren dem Kinderwunsch in dieser Gruppe gegenüber den beiden zuvor beschriebenen Mustern also nachgelagert (ebd.: 58).

2.5 Bedeutung von Elternschaft

Spätestens seit der wegweisenden Untersuchung zur »Geschichte der Kindheit« (ARIES 1975) wird die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung intensiv diskutiert und als ein wichtiges Element in der familiensoziologischen Deutung des Geburtenrückgangs in modernen Gesellschaften herangezogen. Folgt man Aries' Thesen, dann stellt die Eltern-Kind-Beziehung ein soziales Konstrukt dar und wird vor allem durch die sozioökonomischen und soziokulturellen Bedingungen geprägt. So habe etwa die hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit eine zu ausgeprägte emotionale Bindung zwischen Eltern und Kind verhindert. Bis zum 16. bzw. 17. Jahrhundert existierte demnach keine Vorstellung von Kindheit als einer spezifischen Lebensphase. Erst in modernen Gesellschaften veränderte sich die qualitative Bedeutung von Kindern. Dies geht einher mit einem Wandel des »Nutzens« von Kindern: Während Kinder lange Zeit vor allem auch als Arbeitskräfte, als Erben des Familienbesitzes sowie als Alterssicherung notwendig waren, verkehrte sich dies mit der Industrialisierung in das Gegenteil: die Kosten der Kinder überwogen häufig deren ökonomischen Nutzen. Gegenüber den ökonomischen Aspekten von Kindern stehen heute Werte wie Selbstverwirklichung und persönliche Entwicklung im Vordergrund (BECK-GERNSHEIM 1984). Damit wachsen aber auch die Ansprüche an eine Elternschaft:

»Denn das Kind ›braucht‹ heute, nach den kulturell vorgeschriebenen Normen, nicht mehr nur Essen und Kleidung, sondern ebenso Taschengeld, Spielzeug und Skikurs, ein Hotelbett im Urlaub und übers Jahr möglichst ein eigenes Kinderzimmer. Erst recht ist die Ausbildung – in der modernen Gesellschaft die wichtigste ›Investition‹ für die späteren Lebenschancen des Kindes – ständig länger geworden, im Zuge der Bildungsexpansion auch für die früher benachteiligten Gruppen wie Mädchen, Arbeiterkinder, Kinder vom Land. Durch qualifizierte Ausbildung

werden aber nicht nur die Startchancen der Kinder verbessert – es wird auch der Geldbeutel der Eltern umso länger belastet.« (BECK-GERNSHEIM 1984: 21 f.)

Mit den steigenden Anforderungen an die eigenen Fähigkeiten und Ressourcen für eine optimal ablaufende Elternschaft geht, wie Beck-Gernsheim feststellt, ein neues Entscheidungsmuster einher, innerhalb dessen ein Verzicht auf Elternschaft mit demselben Argument begründet wird wie die Entscheidung dafür: mit der »Liebe zum Kind«:

»Je weniger Kinder geboren werden, desto wertvoller wird jedes einzelne, desto mehr Rechte werden ihm zugewilligt. Je wichtiger und teurer jedes Kind wird, desto mehr Menschen schrecken aber auch zurück vor den enormen Aufgaben und Pflichten – und entscheiden sich gegen den Nachwuchs.« (BECK & BECK-GERNSHEIM 1990: 144)

Elternschaft wird mehr denn je als eine bewusste und verantwortungsvolle Aufgabe betrachtet, die sich im normativ hochbesetzten Wert des ›Kindwohl‹ spiegelt. Norbert Schneider erkennt darin eine seit Langem anhaltende, »nachhaltige Emanzipation der Kinder« (SCHNEIDER & MATTHIAS-BLECK 2002: 15). Elternschaft wandelt sich zu einem »hochqualifizierten Beruf« und es werden enorme Anforderungen an die »Elternkompetenz« gestellt – auch wenn dieser Anspruch nur allzu häufig mit den realen Verhältnissen kollidiert (BURKART 2008). Mit den Ansprüchen wächst die Abhängigkeit von pädagogisch-psychologischem Expertenwissen, das mit einem Bedeutungsverlust eines traditionellen Elternwissens einhergeht:

»Wo es um pränatale Diagnose oder den Giftgehalt der Muttermilch geht, hilft Urgroßmutterns Wissen (selbst wenn es noch präsent wäre) kaum weiter, und auch nicht der Rückgriff auf das eigene Gefühl, die Stimme der Natur oder die der Vernunft.« (BECK & BECK-GERNSHEIM 1990: 154)

Der verantwortungsvolle Umgang mit der Kinderfrage verpflichtet die Individuen, die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, die zum Wohl des Kindes beitragen, in vollem Umfang zu nutzen. Dies betrifft nicht zuletzt die technischen Möglichkeiten zur pränatalen Diagnostik.

»Je mehr Diagnosemöglichkeiten es gibt, desto mehr erweitert sich auch die Fürsorgepflicht der Eltern. Es ist die Technik, die neu definiert (und unterschwellig diktiert), was ihre Verantwortung ist.« (ebd.: 157)

2.6 Fazit

Aufgrund seiner vielfältigen sozialen Bezüge kann der Kinderwunsch nicht als rein individuell-psychologisches Phänomen begriffen werden. Sowohl Erklärungsansätze, die den Kinderwunsch als Resultat rationaler Handlungen verstehen wie

auch solche, die den Rückgang der Kinderzahlen auf eine gesellschaftsübergreifende Auflösung normativer Vorgaben und auf die Zunahme biografischer Optionen zurückführen, greifen zu kurz. Zum einen kann vom Ergebnis (Rückgang der Kinderzahlen) nicht auf den generierenden Mechanismus (z. B. gesellschaftsübergreifende Auflösung tradierter Normen) rückgeschlossen werden. Der auf makrostruktureller Ebene evidente Zusammenhang zwischen generativem Verhalten und sozioökonomischen Bedingungen stellt keinen hinreichenden Beleg für ein rationales Handlungsmodell auf der Mikroebene dar, denn »niemand hat bisher empirisch gezeigt, dass Paare sich entscheiden, Eltern zu werden, nachdem sie Kosten und Nutzen kalkuliert haben« (BURKART 1994: 166). Zwar sind rationale Elemente in der Ausbildung und Realisierung eines Kinderwunschs nicht prinzipiell auszuschließen. Ein Kinderwunsch kann aber auch vielfältigen, teilweise unbewussten Zwängen unterliegen. Diese Zwänge sind nicht auf sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren begrenzt, sondern können sich auch in Form individualbiografischer Zwangsläufigkeiten ausdrücken. Unter diesen Annahmen stößt die Individualisierungsthese in ihrer Erklärungskraft des Kinderwunschs an ihre Grenzen. So sind traditionelle Lebensformen zum einen erstaunlich beständig. Zum anderen ist der Zuwachs an Wahlfreiheit vor allem auf bestimmte Sozialgruppen beschränkt.

Wie und in welcher Weise der soziostrukturelle Kontext sowie die biografischen Erfahrungen in die Gestaltung der reproduktiven Biografie eingehen, hängt nicht zuletzt von den biografisch erworbenen Handlungsschemata ab, die sich ebenso in Form bewusst übernommener Wertvorstellungen zu Kindern wie auch unbewusster biografischer Zwänge äußern können. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass sich auch die normativen Bedeutungen von Elternschaft auf den Umgang mit einem Kinderwunsch auswirken. Zu berücksichtigen ist auch, dass ein Kinderwunsch mit einer allgemeinen biografischen Orientierung einhergehen kann. Der Kinderwunsch ist daher nicht ohne seine Einbettung in die gesamte Biografie verstehbar.

Ein soziologisches Verständnis des Kinderwunschs schließt nicht aus, dass Individuen nicht auch individualisiert, d. h. im Sinne Ulrich Becks frei von *schichtspezifisch* tradierten Normen handeln können. Tatsächlich sind Individuen heute weitaus weniger an soziostrukturelle Vorgaben gebunden als noch vor wenigen Jahrzehnten. Sie sind heute mehr denn je zur aktiven, individuellen und rationalen Gestaltung ihrer Biografie aufgefordert. Es steht ihnen formal weitgehend frei, die zur Verfügung stehenden biografischen Optionen zu ergreifen. Mehr noch: Die selbstreferenzielle Biografiegestaltung stellt, wie Beck selbst hervorhebt, gar einen Zwang, eine neue soziale Norm dar, »das ›eigene‹ Leben in die eigene Hand (zu) nehmen« (BECK 1996). Dass aber Individuen gerade auch in Abhängigkeit von biografisch erworbenen Dispositionen mit diesen normativen Anforderungen – durchaus im Sinne einer Bewältigungsanforderung – umgehen, wird in

der Rezeption des Beckschen Individualisierungstheorems nicht ausreichend berücksichtigt. Tatsächlich erfolgen Handlungsentwürfe aber immer auch im Rahmen gemachter Erfahrungen, wie mit Burkart gezeigt werden konnte. Beide Ansätze können sinnvoll verknüpft werden, wenn die Bedeutung der erworbenen biografischen Handlungsmuster gerade auch im Umgang mit den normativen Erwartungen hinsichtlich eines selbstreflexiven Umgangs mit der Kinderwunschfrage berücksichtigt wird. Wenn die Individuen auch heute – zumindest in westlich geprägten Gesellschaftsbereichen – nicht mehr streng reglementierten und sanktionierbaren, schicht- und milieuspezifischen Norm- und Wertvorgaben unterliegen, so ist dennoch die biografische Gestaltung (auch) durch strukturelle Zwänge geprägt. Strukturelle Zwänge – und dazu gehören auch biografische Zwangsläufigkeiten – können sich dabei auf subtile Weise auswirken. Es muss den Individuen nicht bewusst sein, über welche biografisch eingebetteten Präferenzen sie in Bezug auf die Gestaltung ihrer Biografien verfügen. Denkbar ist, dass faktisch vorhandene Optionen aufgrund eines ›wahrscheinlichen Pfades‹ (nicht) ergriffen werden, weil bestimmte Milieus bestimmte Werte und Normen vermitteln, die wiederum bestimmte biografische Entscheidungssituationen (gar nicht erst) in Betracht ziehen lassen. Eine so verstandene Individualisierung kann die offensichtliche Spannung zwischen einem zunehmenden, normativen Zwang zur selbstreferenziellen Biografiegestaltung ebenso einschließen wie die soziostrukturell und biografisch eingebetteten Dispositionen, die den individuellen Umgang mit biografischen Handlungsanforderungen strukturieren. Dieses Verständnis ist aber weit entfernt von einer Konzeption des Kinderwunschs als einem rein individualistisch-psychologischen Phänomen, das die Wirkung soziostruktureller Faktoren und Normen vernachlässigt – und damit unterschätzt.

3 Reproduktion psychisch kranker Frauen

Der Kinderwunsch psychisch kranker Frauen unterliegt spezifischen Bedingungen. Diese Bedingungen sind zum einen individualbiografische Faktoren und zum anderen normative Faktoren. Individualbiografische Risiken sind eng an den individuellen Erkrankungsverlauf gebunden und umfassen vor allem die medizinischen Risiken einer Mutterschaft (resp. Schwangerschaft, Geburt, Postnatalzeit, Erziehungsfähigkeit). In einem ersten Abschnitt werden diese Risiken skizziert. Der Kinderwunsch und der individuelle Umgang mit reproduktiven Risiken werden neben den individualbiografisch erworbenen Dispositionen aber auch durch normative Faktoren im Sinne »bestimmter Handlungsmaximen als irgendwie für das Handeln geltend: verbindlich oder vorbildlich« bestimmt (WEBER 1956, nach: KORTE & SCHÄFERS 1998: 27). Die Frage nach spezifischen, für eine psychische Erkrankung relevanten Normen macht es unumgänglich, sich dem gesellschaftlichen Kontext der Reproduktion psychisch kranker Menschen zuzuwenden. Zwei sozialgeschichtliche Entwicklungen sollen hinsichtlich ihrer Implikationen für die reproduktiven Gestaltungsmöglichkeiten psychisch kranker Frauen berücksichtigt werden: zum einen der eugenisch motivierte Ausschluss psychisch kranker Menschen von der Fortpflanzung; zum anderen der reformpsychiatrische Prozess, der auf eine Resozialisierung und damit auf eine Normalisierung der Biografien psychisch kranker Menschen zielt. Beide Entwicklungen werden nachgezeichnet und durch einen Hinweis auf die den Reformbemühungen entgegenstehende Stigmatisierung psychisch kranker Menschen – auch und besonders in Bezug auf Mutterschaft und psychische Erkrankung – ergänzt. Die genannten Aspekte werden zusammenfassend hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Gestaltung des Kinderwunschs psychisch kranker Frauen sowie für den Umgang der Professionellen mit dieser Thematik diskutiert.

3.1 Psychische Erkrankung und reproduktive Risiken

Der Verlauf einer psychischen Erkrankung ist nicht eindeutig vorhersehbar und es können nicht ohne Weiteres langfristige Prognosen gemacht werden. Etwa 30 % aller Erstmanifestationen schizophrener Psychosen heilen vollständig aus, während 70 % eher einen wellenförmigen Verlauf aufweisen. Von Letzteren wiederum erfahren bis zu 30 % der Erkrankten eine vollständige Remission und 70 % bilden einen Residualzustand aus (BRUNNHUBER & LIEB 2000). Es ist leicht nachvollziehbar, dass die Ungewissheit, ob und wann sich die psychische Erkrankung wieder äußert, eine langfristige, z. B. berufliche oder familiäre Planung erschweren kann. Neben dieser generellen, mit einer psychischen Erkrankung einhergehenden biografischen Unsicherheit, bestehen weitere Risiken im Zusammenhang mit einem Kinderwunsch. Diese liegen zum einen in den möglichen negativen Auswirkungen einer Schwangerschaft bzw. Mutterschaft auf den eigenen Krankheitsverlauf. Zwar erfährt ein Teil der Frauen mit einer vorbestehenden psychischen Erkrankung während der Schwangerschaft eine Stabilisierung ihres psychischen Gesundheitszustandes (ROHDE 2007 a). Für einige Störungen wie z. B. Angsterkrankungen und bipolar-affektive Störungen liegen jedoch sowohl Hinweise für eine positive als auch für eine negative Beeinflussung des Krankheitsverlaufs durch eine Schwangerschaft vor und einige Erkrankungen wie Depression, Zwangsstörung und Schizophrenie sind mit einer erhöhten Rezidivgefahr verknüpft (KAPFHAMMER & MELLER 2001; FREEMAN & GELENBERG 2005; KAPFHAMMER & KLIER 2009). Für die Zeit des Wochenbetts ist von einem deutlich erhöhten Rückfallrisiko insbesondere für Frauen mit bipolaren Erkrankungen sowie für Frauen mit schizophrenen Erkrankungen auszugehen (KAPFHAMMER & KLIER 2009, ROHDE & SCHÄFER 2010). Die reproduktiven Risiken sind aber nicht auf die (werdende) Mutter begrenzt, sondern erstrecken sich in Form der teratogenen Risiken einiger Psychopharmaka auch auf das ungeborene Kind (KAPFHAMMER & MELLER 2001; FRÜHWALD et al. 1998; FREEMAN & GELENBERG 2005). Den Rezidivrisiken für die betroffene Frau, die nach einem abrupten Absetzen der Medikamente als besonders hoch gelten, stehen demnach die teratogenen Risiken für das (ungeborene) Kind gegenüber. Die Abwägung beider Risikobereiche muss zugleich den Befund berücksichtigen, dass sich gerade auch durch eine unbehandelte Psychose erhebliche Risiken für das (ungeborene) Kind einstellen können (EINARSON et al. 2001; ROHDE & SCHÄFER 2010). Wenngleich mittlerweile spezifische Empfehlungen und Entscheidungshilfen zum Einsatz von Psychopharmaka in der Schwangerschaft vorliegen, sind sichere Aussagen über die Unbedenklichkeit eines Medikaments

aufgrund des Mangels an kontrollierten, epidemiologischen Studien mit ausreichend großen Fallzahlen letztlich nicht möglich. So muss auf Basis einer zum Teil eingeschränkten Befundlage sowie unter Einbezug der spezifischen Situation der betroffenen Frau eine individuelle Kosten-Nutzen-Bewertung erfolgen (KRÜGER 2006; ROHDE & SCHÄFER 2010). Dabei wird empfohlen, die letzte Entscheidung über das Absetzen oder die Fortführung der Medikation nach einer ausführlichen Beratung über Nutzen und Risiken durch Experten den zukünftigen Eltern zu überlassen (ROHDE & SCHÄFER 2010: 8). Es ist durchaus vorstellbar, dass sich die möglicherweise ergebenden Dilemmasituationen als eine weitere Belastung darstellen und in eine Überforderung der Betroffenen münden können, die dann mit zusätzlichen Gesundheitsrisiken für die betroffene Frau assoziiert ist.

Der Kinderwunsch einer psychisch kranken Frau kann darüber hinaus durch das Wissen um das Risiko der (genetischen) Weitergabe der psychischen Erkrankung beeinflusst werden. Eine genetische Komponente bei der Entstehung einer schizophrenen Erkrankung gilt als belegt. Das Risiko einer schizophrenen Erkrankung liegt in der Allgemeinbevölkerung bei etwa 1 %. Die Lebenszeitprävalenz für Kinder eines schizophrenen Elternteils ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung um das etwa 16-fache erhöht (BRUNNHUBER & LIEB 2000). Kinder von Eltern, die von einer affektiven Störung betroffen sind, haben ein bis zu 15-fach erhöhtes Risiko, selbst affektiv zu erkranken (ebd.). Zugleich ist das Risiko für die Kinder nicht darauf beschränkt, an der elterlichen Erkrankung zu erkranken. Kinder psychisch kranker Eltern zeigen darüber hinaus signifikant häufiger psychopathologische Auffälligkeiten, die sich auf den kognitiven, emotionalen und sozialen Bereich erstrecken (COWLING et al. 2004; REMSCHMIDT & MATTEJAT 1994). Für Kinder psychisch kranker Eltern wurde ein bis zu fünffach erhöhtes Risiko für die Ausbildung psychischer Störungen nachgewiesen (BLANZ 1987). Jedes dritte Kind, das sich in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befindet, hat mindestens einen psychisch kranken Elternteil (REMSCHMIDT et al. 1994). Das Ausmaß der psychischen Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern weist auf das Problem der häufig unzureichenden elterlichen Fähigkeiten, wie z. B. auf eine eingeschränkte Mutter-Kind-Interaktion hin, der eine maßgebliche Rolle bei der Entstehung psychischer Störungen zugesprochen wird (BOSANAC et al. 2003). Aufgrund der Überforderung durch die Erziehungs- und Beziehungsarbeit kann es bei den Betroffenen zu Schuldgefühlen kommen. Diese können zu einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands führen, was sich wiederum negativ auf deren Erziehungsfähigkeit auswirkt (NICHOLSON 1998). Wird dieser Teufelskreis aus Verschlechterung des Gesundheitszustands, Einschränkungen in der Erziehungsfähigkeit und einer gestörten Eltern-Kind-Bindung, die sich wiederum negativ auf den psychischen Gesundheitszustand auswirkt, nicht rechtzeitig unterbrochen, dann kann dieser Prozess in einem Verlust des Sorgerechts enden, was sowohl für das Kind als auch für die betroffene Mutter einen gravierenden

Einschnitt darstellt (LAZARUS 2003). Schließlich ist bedeutsam, dass nicht nur die mütterliche Erkrankung an sich belastend ist, sondern dass das gesamte Familiensystem über die Krankheit hinaus zusätzlich von finanzieller Schwäche betroffen sein kann. Häufig verfügen die Familien über nur schwach ausgeprägte soziale Netzwerke und weisen nicht selten konflikthafte familiäre Beziehungsmuster auf, die zu Trennungen und Scheidungen und so auch zu wechselnden Betreuungssituationen führen können (REMSCHMIDT et al. 1994; BOHUS et al. 1998; GELFAND & TETI 2003; WILLIAMS & CORRIGAN 1992; POUND et al. 1988; RUTTER & QUINTON 1984; NEUNHÖFFER 2000; DAWSON et al. 2003; THARA et al. 2003). Erwachsene Kinder von Müttern mit psychotischen Störungen berichten retrospektiv von Vernachlässigung, Isolation, Schuld- und Loyalitätskonflikten sowie unzureichender Unterstützung durch das professionelle System (DUNN 1993). Wie eine qualitative Studie zu den subjektiven Erfahrungen von fünf- bis siebzehnjährigen Kindern eines psychisch kranken Elternteils deutlich machte, übernehmen die Kinder vielfach altersunangemessene Aufgaben, um das Familiensystem zu stabilisieren (RIEBSCHLEGER 2004). Allerdings müssen sich die ungünstigen Sozialisationsbedingungen für die Kinder nicht unbedingt negativ auf deren soziale Entwicklung auswirken, sondern können sich bei einer erfolgreichen Bewältigung durchaus positiv auswirken. »Die frühzeitig geforderte Lebenstauglichkeit könnte sich zu einer Ressource aktiver Lebensbewältigung entwickeln.« (KÖNNECKE et al. 2006)

3.2 Sozialgeschichtliche Einbettung der Reproduktion psychisch kranker Menschen

3.2.1 Eugenik, Zwangssterilisation und Zwangsabtreibungen bis 1945

In modernen Gesellschaften unterliegt das menschliche Reproduktionsverhalten einem besonderen bevölkerungspolitischen Interesse. Während das starke Bevölkerungswachstum zu Beginn des 19. Jahrhunderts zu einem Versorgungsproblem und in dessen Folge zu einer massenhaften Auswanderungsbewegung führte, zeichnete sich bereits um die Wende zum 20. Jahrhundert ein Geburtenrückgang ab, der massive machtpolitische Befürchtungen aufkommen ließ (MARSCHALCK 1984). Vor dem Hintergrund des aufkommenden Darwinismus und der Eugenik galt das Interesse aber nicht allein der rein quantitativen Größe der Bevölkerung, sondern zunehmend auch deren »qualitativer Ausstattung«: Die sozialen Folgen der Industrialisierung äußerten sich in einer massiven Verelendung in den Städten, die als realer Ausdruck der sogenannten Degenerationstheorie gelesen wurde. Die

Degenerationshypothese als gesellschaftskritische Idee des Untergangs zivilisierter Kulturvölker entwickelte sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts – auch aufgrund der Anknüpfungspunkte an den zeitgleich auftretenden Darwinismus – zu einer populären Sichtweise. Eine zentrale Rolle spielte die Degenerationsthematik zunächst in der französischen und etwas zeitversetzt dann auch in der deutschen Psychiatrie. Auch wenn die Degenerationshypothese im psychiatrischen Fachdiskurs bereits Anfang des 20. Jahrhunderts wieder massiv an Bedeutung verlor – die eugenische Bewegung wurde erheblich durch die Psychiatrie gestärkt und die Anstaltsinsassen gerieten über die psychiatrische Rezeption eugenischer Ideen schon bald in das Zentrum der Debatten (ACKERKNECHT 1985).

So waren die ersten eugenischen Überlegungen zum selektiven Ausschluss bestimmter Personengruppen von der Fortpflanzung zuvorderst auf Insassen von Heil- und Pflegeanstalten gerichtet. Bereits 1889 plädierte der Psychiater Paul Naecke (1851–1913) für die Unfruchtbarmachung bestimmter »Entarteter« durch den Staat und einige Jahre später sprach er sich, wenn auch erfolglos, für die zwangsweise Sterilisierung von Menschen mit bestimmten »unerwünschten« Eigenschaften aus. Ernst Rüdin (1874–1952), der spätere Leiter des Instituts für Genealogie und Demographie der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München, forderte schon 1903 gesetzliche Eheverbote und Zwangsinternierung von »minderwertigen Alkoholikern« sowie operative Eingriffe zum Zwecke der Unfruchtbarmachung (WEINGART et al. 1992: 284). Tatsächlich wurden Anfang des 20. Jahrhunderts bereits erste Sterilisationen aus »sozial-hygienischen Gründen« durchgeführt: Emil Oberholzer (1883–1958), der als Assistent Eugen Bleulers an der psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich praktizierte, promovierte 1911 zum Thema »Kastration und Sterilisation von Geisteskranken in der Schweiz«¹⁰ und bezog sich in seiner Dissertation auf die Fälle von 15 Patientinnen und vier Patienten, die wenige Jahre zuvor einer Sterilisation unterzogen wurden (KÜCHENHOFF 2003). Freilich existierten zu dieser Zeit keinerlei rechtliche Grundlagen zur Durchführung von Zwangssterilisationen. Für einen operativen Eingriff waren sowohl das Einverständnis der betroffenen Person wie auch der gesetzlichen Vertreter notwendig. Es ist aber anzunehmen, dass das Einverständnis der Betroffenen nicht immer freiwillig zustande kam. Häufig wurden die betroffenen Personen vor die Wahl gestellt, entweder einer Sterilisation/Kastration zuzustimmen oder in der psychiatrischen Anstalt zu bleiben (KÜCHENHOFF 2003) – ein Argumentationsmuster, das sich auch lang-

¹⁰ Küchenhoff vermutet aufgrund des Titels der Dissertation, dass es sich um die ersten Sterilisationen in der Schweiz und möglicherweise sogar um die ersten Sterilisationen im europäischen Raum handelte. Dafür spräche, dass Paul Naecke, der sich in einem Artikel von 1909 auf einige der von Oberholzer beschriebenen Fälle bezieht, diese als die »ersten Kastrationen aus sozialen Gründen auf europäischem Boden« bezeichnete (NAECKE 1909, nach: KÜCHENHOFF 2003: 18).

fristig durchsetzen sollte. Trotz der vehementen Forcierung durch die Rassenhygieniker waren Sterilisationen aus eugenischen Gründen und insbesondere deren zwangsweise Durchführung bis Anfang der 1930er-Jahre politisch nicht durchsetzbar. Erst mit der wirtschaftlichen Krisenentwicklung konnte sich das bereits zu Beginn der Eugenikdebatte¹¹ eingebrachte Kostenargument gegen alle ethischen Bedenken durchsetzen (WEINGART 1992).

Mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, das in der Weimarer Republik vorbereitet wurde und am 01.01.1934 in Kraft trat, wurden Zwangssterilisationen legitimiert. Beamtete Ärzte und Leiter von Kranken-, Heil-, Pflege- und Strafanstalten waren nun verpflichtet, Personen mit Erbkrankheiten den dafür zuständigen Amtsärzten anzuzeigen. Die Amtsärzte waren ihrerseits verpflichtet, beim Erbgesundheitsgericht einen entsprechenden Antrag auf Sterilisation zu stellen. Bereits 1934 existierten in Deutschland 206 Erbgesundheitsgerichte, die formell über eine beantragte Sterilisation zu beraten und entscheiden hatten. Die Gerichte waren von einem Richter und zwei Ärzten besetzt. Da das Prinzip der Stimmenmehrheit galt, wurde der Richter häufig von den Medizinern überstimmt. »Insofern waren es medizinische Verurteilungen zur Zwangssterilisation mit (nach außen) juristischem Etikett.« (ZEHMISCH 2002) Zielgruppe der Zwangssterilisationen waren Personen mit Erbkrankheiten, wozu »angeborener Schwachsinn«, »Schizophrenie«, »manisch-depressives Irresein«, »erbliche Fallsucht« (Epilepsie), »erblicher Veitstanz« (Chorea Huntington), »erbliche Blindheit«, »erbliche Taubheit«, »schwere erbliche körperliche Missbildung« und »schwerer Alkoholismus« gezählt wurden (WEINGART et al. 1992: 465). Im Zeitraum zwischen 1934 und 1945 wurden etwa 350 000 Menschen zwangssterilisiert (WEINGART et al. 1992). Etwa die Hälfte der Betroffenen waren Frauen (BOCK 1986). Gisela Bock weist auf die geschlechtsspezifische Bedeutung von Zwangssterilisationen hin: Zum einen waren Frauen durch eine Kinderlosigkeit besonders belastet. Aufgrund der verhinderten Heirats- und damit auch Versorgungsmöglichkeiten – eine Ehe zwischen Sterilisierten und Nicht-Sterilisierten war verboten – verschlechterte sich deren gesamte Lebensperspektive. In den Datenquellen findet sich eine Vielzahl von entsprechenden Berichten an die Behörden, in denen Frauen auf die massive »Beeinträchtigung ihres Frauseins« durch die Sterilisation aufmerksam machen (BOCK 1986: 435). Darüber hinaus weist Bock auf das für Frauen weitaus größere Gesundheitsrisiko einer Sterilisation aufgrund der differierenden Operationsmethodik hin. Schätzungsweise waren etwa 90 % der 5000 Menschen, die an den direkten Folgen der Sterilisationsoperationen gestorben sind, weiblichen Geschlechts (BOCK 1986: 380). Hinzu kommt, dass

11 So wurde etwa 1911 von der *Umschau*, Wochenschrift für die Fortschritte in Wissenschaft und Technik ein Preis ausgelobt für die Beantwortung der Frage: »Was kosten die schlechten Rasselemente den Staat?« (WEINGART et al. 1992).

die Kriterien für eine Unfruchtbarmachung bei Frauen sehr häufig moralischen Charakters waren. Sterilisationen wurden dort empfohlen, wo betroffene Patientinnen kein sozial konformes Sexualitätsverhalten (z. B. Keuschheit) erkennen ließen (HAHN 2000; BOCK 1986; KÜCHENHOFF 2003).

Der Zwangscharakter der Sterilisationen war ebenso ausgeprägt wie vielgestaltig (WEINGART et al. 1992; BOCK 1986; LINK 1999). Er drückte sich einerseits in der Anwendung physischer Gewalt (z. B. Fixierungen, Zwangsnarkosen) wie auch in erpresserischer Form aus. Im Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses war etwa geregelt, dass psychiatrische Patienten, die unter dieses Gesetz fielen, erst dann aus der Psychiatrischen Klinik zu entlassen seien, wenn deren »Erbuntüchtigkeit« festgestellt, resp. deren Unfruchtbarmachung durchgeführt worden war. Dies bedeutete, dass sich Patienten einer drohenden Zwangssterilisation häufig nur durch eine »freiwillige« Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt – freilich auf eigene Kosten – entziehen konnten (LINK 1999).¹² Durch den Anstau der zu entlassenden Patienten kam es zu einer massiven Überfüllung der Anstalten und eine zentrale Aufgabe der Anstaltspsychiatrie lag zunehmend darin, die Fortpflanzung »Erbkranker« zu verhindern (ebd.). Die strikte geschlechtergetrennte Unterbringung psychiatrischer Patienten als ein bis in die 1980er-Jahre hinein praktiziertes Versorgungsprinzip kann als Ausdruck dieser Funktion betrachtet werden.

Seit 1935 waren aufgrund einer Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses auch Schwangerschaftsabbrüche aus eugenischen Gründen abgedeckt. Der neu eingefügte § 10a erlaubte eugenische Schwangerschaftsabbrüche bei einer vorliegenden Erbkrankheit der Mutter (ebd.: 53). Bedingung für eine solche Maßnahme war zum einen eine rechtskräftige Anordnung durch ein Erbgesundheitsgericht, die Einwilligung der Schwangeren, die Einhaltung einer Frist bis zum Ablauf des sechsten Schwangerschaftsmonats sowie der Ausschluss einer Lebens- bzw. Gesundheitsgefährdung der Schwangeren durch den Eingriff. Tatsächlich wurde jedoch trotz der gesetzlich vorgeschriebenen Einwilligung der Wille der Betroffenen nicht beachtet: War eine Frau nicht mit dem Eingriff einverstanden, dann ermöglichte ein Gesetzeskommentar, diese Ablehnung als Ausdruck eines krankhaften Geisteszustands zu deuten. Die Einwilligung der Frau konnte in solchen Fällen durch einen vom Erbgesundheitsgericht bestellten Rechtspfleger ersetzt werden. Die Rechtspfleger ihrerseits waren dazu aufgefordert, die Entscheidung über die Maßnahme nicht nach individuellen, sondern nach eugenischen Kriterien zu fällen (ebd.: 383). Der Zwangscharakter der Schwangerschaftsabbrüche

12 Einerseits wurden viele der zwangssterilisierten Frauen nach dem Eingriff in Anstalten zwangsuntergebracht, da sich eine »sexuelle Hemmungslosigkeit« aufgrund der Unfruchtbarkeit einstellen würde. Andererseits wurden viele der zwangssterilisierten Frauen zum Schutz vor einer Vergewaltigung in Anstalten verwahrt (Link 1999).

brüche ist durch zahlreiche Quellen belegt. So lag etwa den Akten der zwischen 1933 und 1945 insgesamt 58 durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche an der Universitätsfrauenklinik in München zwar meist eine Einwilligungserklärung der Frauen bei. Gleichzeitig ist in den Akten aber auch häufig eine heftige Gegenwehr der Frauen dokumentiert (HORBAN et al. 2001; STAUBER 1995). An der Universitätsfrauenklinik Freiburg wurden in der Zeit zwischen 1934 und 1945 36 Schwangerschaftsabbrüche aus eugenischen Gründen durchgeführt. Auch hier belegt eine Analyse der Krankenakten, dass sowohl massiver Druck gegen die Frauen ausgeübt wurde, um deren Einwilligung zu erhalten wie auch, dass vor physischer Gewaltanwendung nicht zurückgeschreckt wurde (LINK 1999). Gisela Bock errechnete für das gesamte deutsche Reich eine Zahl von 30 000 eugenisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen (BOCK 1986).

3.2.2 Kontinuität und Wandel eugenischen Denkens und Handelns nach 1945

Noch im Jahr 1945 wurden in den von den Alliierten regierten Besatzungszonen alle Regelungen aufgehoben, die als Ausdruck nationalsozialistischer Gesinnungen galten. Durch die Aufhebung der eugenischen Teile des Sterilisationsgesetzes, bzw. durch die ausgesetzte Wiedereinführung der »Erbgesundheitsgerichte« als rechtlicher Voraussetzung waren Zwangssterilisationen auf gesetzlicher Basis nicht mehr möglich (WEINGART et al. 1992). Überdies entfiel die eugenische Indikationsstellung sowohl für die Sterilisation wie auch für einen Schwangerschaftsabbruch. Trotz dieser Maßnahmen wurden eugenisch indizierte Sterilisationen als nach wie vor sinnvolle Maßnahme betrachtet. Bereits 1947, auf dem Nürnberger Juristenprozess, wurden eugenische Sterilisationsgesetze als »vernünftigerweise diskutierbar« eingeordnet. Ein entscheidendes Argument war dabei die Sterilisationsgesetzgebung in demokratisch regierten Ländern (LINK 1999). Inwieweit das eugenische Denken bereits wieder (oder besser: noch immer) Teil eines weithin akzeptierten Denkmusters war, lässt sich an den Argumentationsmustern der Wiedergutmachungsdebatten ablesen. Selbst innerhalb der bald nach 1945 gegründeten Verbände der von einer Sterilisation Betroffenen setzte sich die Ansicht durch, dass Entschädigung insbesondere in solchen Fällen angezeigt sei, in denen die Gutachter und Antragsteller nach beliebigen Kriterien vorgegangen seien und sich nicht auf den von einer Erbkrankheit betroffenen Personenkreis beschränkt hätten (HAHN 2000). Vererbte Krankheiten – und dazu zählten vor allem Geisteskrankheiten und geistige Behinderungen – standen nach wie vor im Zentrum einer wieder erstarkenden Eugenik. Die medizinische Indikationsstellung erlaubte, Sterilisationen in all jenen Fällen durchzuführen,

in denen es um die gesundheitliche Gefährdung der Frau ging – eugenische und soziale Indikationen wurden daher häufig zu medizinischen modifiziert (ebd.: 103). Wenn auch hier keine verlässlichen Daten zur Verfügung stehen, so wird davon ausgegangen, dass dem medizinischen und juristischen Sterilisationsdiskurs eine gut etablierte Sterilisationspraxis entsprach (DÖRNER 1987; KÖBSELL 1987; WEINGART et al. 1992; HORN 1983). So wurde etwa Mitte der 1980er-Jahre bekannt, dass eine große Anzahl psychisch kranker und geistig behinderter Menschen – teilweise ohne ihr Wissen – im Berliner Universitätsklinikum Steglitz sterilisiert wurden (zum Pressespiegel siehe KÖBSELL 1987). Am 1. Januar 1992 trat schließlich ein Betreuungsgesetz in Kraft, das zur Frage der Zulässigkeit von Sterilisationen bei nicht einwilligungsfähigen Personen erstmals konkret Stellung nahm. Zentral war dabei, dass Sterilisationen nur dann zu erwägen sind, wenn sie im ausschließlichen Interesse der betroffenen Person liegen. Allgemeine Interessen, die Interessen der Eltern oder des ungeborenen Kindes in dieser Frage wurden dagegen als irrelevant eingeordnet.

Tatsächlich setzte bereits in den 1970er-Jahren ein allmählicher Bedeutungsverlust der eugenischen Debatten ein, wie die Sozialwissenschaftlerin Daphne Hahn in ihrer Analyse des bundesdeutschen Sterilisationsdiskurses feststellt (HAHN 2000). Hahn verknüpft diese Entwicklung mit den Individualisierungsprozessen sich modernisierender Gesellschaften. Der regulative Eingriff durch Sterilisationen und die Anwendung von Zwang, so die Autorin in Anlehnung an Michel Foucaults Disziplinierungsthese, wich dabei immer mehr einem individualisierten und vorsorgeorientierten Handeln. An die Stelle eines staatlichen Interesses an der Eugenik rückte demnach eine »Individualisierung des Leids«. Das Phänomen der »problematischen Reproduktion« psychisch kranker Frauen verlor zugunsten einer Fokussierung der individuellen Situation der betroffenen Frau an Bedeutung (ebd.: 307). Die Stärkung der individuellen Verantwortlichkeit gegenüber reproduktiven Aspekten verlief parallel zum Aufkommen der humangenetischen Beratungspraxis – eine Entwicklung, die sich maßgeblich den gestiegenen technischen Möglichkeiten zur Berechnung der statistischen Wahrscheinlichkeit genetischer Schäden des Nachwuchses verdankt. Seit den 1970er-Jahren werden psychische Erkrankungen im Angebotskatalog der humangenetischen Beratung aufgeführt und die Einrichtung spezifischer Familienplanungsberatungsstellen für psychisch kranke Menschen zunehmend gefordert (ABERNETHY & GRUNEBaum 1972; UNGVARY & CZEIZEL 1986). Das Ziel der humangenetischen Beratung liegt in der Förderung einer autonomen und individuellen Entscheidungskompetenz, während eugenische Normierungen aus der Beratungspraxis weitestgehend ausgeschlossen werden sollen (LÖSCH 2001). Wenn auch die Wahrscheinlichkeit für die Übertragung einer psychischen Erkrankung von den Eltern auf das Kind bislang nicht anhand genetischer Untersuchungen festgestellt werden kann – durch die von Zeit zu Zeit publizierte »Entdeckung des Schizophrenie-Gens«

könnte die Möglichkeit der Feststellung einer genetischen Übertragung, zumindest im Bewusstsein der Individuen, zunehmend realistischer erscheinen. Jedenfalls werden die aktuellen Erfolgserwartungen der genetischen Epidemiologie und der Gentechnologie schon heute in ihren ganz konkreten Konsequenzen für die Betroffenen reflektiert. So mutmaßt im Jahr 2008 die Wochenzeitung *Die Zeit* in einem Artikel zur Anwendung der Präimplantationsdiagnostik:

»Die nächsten Kandidaten für den Gencheck könnten Veranlagungen für Asthma, Schizophrenie oder Multiple Sklerose sein.« (BAHNSEN & SPIEWAK 2008)

3.2.3 Der psychiatrische Reformprozess

Um die Mitte des 20. Jahrhunderts entsprach die psychiatrische Versorgung in den westlichen Industrienationen noch immer dem Bild der reinen »Verwahranstalt«: geprägt durch große Institutionen, die nicht selten bis zu 2000 Betten umfassten und darüber hinaus eine permanente Überfüllung aufwiesen. Für die medizinische und pflegerische Versorgung stand eine nur ungenügende Anzahl von Beschäftigten zur Verfügung; insbesondere das Pflegepersonal war mangelhaft ausgebildet. Eine ausgeprägte Hierarchie, an deren Ende der psychisch kranke Mensch stand, zementierte diese Verhältnisse. Da kaum wirksame Therapiemethoden existierten, bestand die Behandlung in aller Regel aus Zwangsmaßnahmen (SCHOTT & TÖLLE 2006). Ausgehend von England und den USA entzündete sich an diesen Verhältnissen eine Kritik, die vor dem Hintergrund der in den 1950er-Jahren einsetzenden Menschenrechtsbewegung alsbald in eine umfassende reformpsychiatrische Bewegung mündete. Die umwälzenden Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung waren dabei eng mit den Konzepten der Sozialpsychiatrie verknüpft (vgl. Kap. 1). Ab Mitte der 1950er-Jahre kam es in England und den USA zu einem massiven Bettenabbau. In England und Wales wurden bis zu den 1990er-Jahren 45 Großkrankenhäuser geschlossen und die gemeindepsychiatrische Versorgung stark ausgeweitet (BECKER 1998). Auch in den USA stand der Abbau der Bettenzahlen an den einzelnen Einrichtungen, die Anbindung an die Allgemeinmedizin sowie der Ausbau einer ambulanten Versorgung und gemeindenaher Dienste im Vordergrund der Bemühungen um eine Humanisierung der Psychiatrie (SCHOTT & TÖLLE 2006).

In Deutschland formierte sich die reformpsychiatrische Bewegung zunächst nur zögerlich. Auf den Zusammenbruch des Naziregimes folgte zunächst eine Zeit des Stillstands. Caspar Kulenkampff, der als Psychiater maßgeblich an der Entstehung und Umsetzung der Psychiatrie-Enquete (s. u.) beteiligt war, sieht die verzögerte Rezeption der reformpsychiatrischen Ideen auch in einem »betroffenen Unwissen« der in der Psychiatrie Tätigen begründet, die sich erst allmählich mit

den Ereignissen zwischen 1933 und 1945 und der eigenen Schuld auseinanderzusetzen begannen (KULENKAMPFF 1984). Viele der an den T4 Tötungsaktionen beteiligten Ärzte hatten nach dem Krieg in zentralen Positionen über die weitere Entwicklung der Psychiatrie zu befinden. Im Einklang damit erklärte bereits im Jahr 1950 der Westdeutsche Ärztenbund die Auseinandersetzung mit der Beteiligung vieler Ärzte an den Verbrechen der Nazizeit für weitgehend beendet (PINKEL 1993).

Mit dem zu Beginn der 1970er-Jahre ausgearbeiteten »Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland« (Psychiatrie Enquete) fand die Reformbewegung in der Bundesrepublik Deutschland endlich Anschluss an die internationale Entwicklung. Die zentralen Forderungen umfassten wie andernorts den Abbau großer Institutionen und die Einrichtung gemeindenaher Angebotsstrukturen, die Anbindung an die Allgemeinmedizin sowie eine verbesserte Ausbildung des psychiatrischen Fachpersonals (SCHOTT & TÖLLE 2006). Gegenüber England, Italien und den USA, wo es im Verlauf weniger Jahre zur Schließung vieler psychiatrischer Kliniken kam, drückte sich die Psychiatriereform in Deutschland vor allem im Abbau der hohen Bettenzahlen in den einzelnen Kliniken von durchschnittlich 1200 auf etwa 200–400 Betten aus. Nur ein Großkrankenhaus wurde geschlossen und durch die Einrichtung psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern ersetzt. Die durchschnittliche Dauer der psychiatrischen Behandlung sank um ein Vielfaches und insbesondere die Zahl zwangsweiser Einweisungen ging dramatisch zurück (BAUER et al. 2001; SCHOTT & TÖLLE 2006; KILIAN 2009 b). Parallel zur frühen Reformbewegung gewann die pharmakologische Therapie an Bedeutung. Ob und in welcher Weise die Psychopharmakabehandlung mit der Psychiatriereform in Beziehung steht, ob sie diese gar erst ermöglichte, wird konträr diskutiert (RICHTER 2003). Die reformpsychiatrische Bewegung forcierte jedenfalls eine weitgehend gemeindenahere psychiatrische Versorgung. Heute erfolgt die Behandlung psychischer Erkrankungen meist in Form kurzzeitiger Klinikaufenthalte und sich daran anschließender ambulanter und komplementärer Versorgungsangebote.

3.3 Empowerment

Mit den sozialpsychiatrischen Reformprozessen setzte eine bis heute anhaltende Bewegung ein, die das traditionelle Fürsorgeprinzip immer mehr zugunsten einer modernen Versorgungskultur verdrängt, bei der die autonome Lebensführung an Bedeutung gewinnt (SCHÜRMAN 1997). Patienten sollen im Rahmen des Empowermentprozesses in einer modernen Psychiatrie selbst Verantwortung im medizinischen Entscheidungsprozess tragen. Für die Psychiatrie bedeutet

Empowerment »dass die Betroffenen Möglichkeiten der Einflussnahme auf ihr eigenes Leben zurückgewinnen – indem sie die psychische Erkrankung bewältigen, vermehrt bei der Behandlung und den Behandlungsstrukturen mitbestimmen oder auf politischer Ebene Einfluss nehmen« (KNUF 2003). Empowerment stellt daher einen wichtigen Ansatz im Rahmen der reformspsychiatrischen Bestrebungen dar. Bezogen auf das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis findet eine Abkehr von einer hierarchischen Arzt-Patienten-Beziehung hin zu einem partnerschaftlichen Verhältnis statt, bei dem nicht mehr nur Psychiater die alleinige Verantwortung tragen, sondern Patienten als gleichberechtigte Partner an den Entscheidungen beteiligt sind. Die partnerschaftliche Interaktion zwischen Professionellen und Betroffenen ist konzeptualisiert als *Shared Decision Making* oder als personenzentrierte Versorgung (AKTION PSYCHISCH KRANKE 2005; SCHMIDT-ZADEL & KUNZE 2004). Idealerweise treten Patienten als Experten für ihre subjektiven Bedürfnisse und ihre gewünschten Lebensformen auf. Nicht allein die psychiatrisch Behandelnden entscheiden also aufgrund ihres Fachwissens aus einer hierarchisch übergeordneten Position über die Behandlung sowie über die gewählte Wohn- und Lebensform, sondern die Patienten bestimmen eigenverantwortlich bzw. mit Unterstützung der Professionellen die Ausgestaltung der Behandlung (etwa auch im Hinblick auf die Form der Zwangsbehandlung bei Eigen- und Fremdgefährdung in akuten Krisensituationen) und die von ihnen präferierte Lebensform (SCHEIBLER & PFAFF 2003).

Im Zusammenhang mit der zunehmenden Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts psychiatrischer Patienten haben sich auch die Möglichkeiten psychisch kranker Frauen zur individuellen Entscheidung über die gewünschte Lebensform, wie etwa hinsichtlich Partnerschaft und Mutterschaft erweitert. Dieser Wandel spiegelt sich zum einen in fachpsychiatrischen Publikationen, in denen seit Mitte der 1960er-Jahre der Einfluss der psychiatrischen Reformbewegung auf die Heirats- und Fertilitätsquote psychotischer Frauen untersucht wird (STEVENS 1969; STEVENS 1970; SHEARER et al. 1968). Während zunächst davon ausgegangen wurde, dass sich die Fertilitätsziffern psychisch kranker Menschen nicht von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden (BURR et al. 1979), weisen neuere Befunde auf eine nur mäßig gestiegene Heiratshäufigkeit und auf einen leichten Anstieg der Fertilität hin. Insgesamt bleiben die Heirats- und Fertilitätsziffern insbesondere für Menschen mit schizophrenen Erkrankungen aber hinter jenen des zugrunde gelegten Bevölkerungsdurchschnitts zurück. Stärker noch als psychisch kranke Frauen sind psychisch kranke Männer von Kinderlosigkeit betroffen (MCGRATH et al. 1999; NIAMGOKAR 1998; HOWARD et al. 2002). Für den deutschsprachigen Raum liegen weder repräsentative Befunde zur Heiratshäufigkeit noch zur Fertilität psychisch kranker Frauen und Männer vor.

Mit der Zunahme sozialpsychiatrischer Angebote zur beruflichen und sozialen Rehabilitation sowie ambulanter und gemeindenaher Versorgungsformen

haben sich die biografischen Optionen psychisch kranker Menschen erweitert. Dies führte, so kann weiterhin vermutet werden, zu einer Orientierung an der Normalbiografie, die – gegebenenfalls mit adäquater Unterstützung – sowohl eine berufliche wie auch eine reproduktive Entfaltung beinhalten kann. Es ist vorstellbar, dass Frauen mit psychischen Erkrankungen dem Konstrukt der reproduktiven Normalbiografie eine große Bedeutung beimessen. Dies könnte ein Ausdruck sein für die besondere Bedeutung, die der »Normalität« aus Sicht psychisch kranker Menschen zukommt (REPPER et al. 1998; GODSCHALX 1987, nach APFEL & HANDEL 1993). Möglich ist, dass die Gründung einer eigenen Familie für die Betroffenen einen hohen Wert besitzt und als Beleg für die eigene »Normalität« fungiert (WISDOM et al. 2008). In diese Richtung deuten auch die Befunde einer Untersuchung zu Frauen mit körperlichen Behinderungen (*LIVE – Leben und Interessen vertreten*): Die in dieser Studie befragten Frauen sahen in den biografischen Meilensteinen Partnerschaft, Familie, Mutterschaft einen zentralen biografischen Orientierungspunkt; sie bewerteten eine »erfolgreich bewältigte Mutterschaft« als Zeichen für die Normalität des eigenen Lebenslaufs. Gleichzeitig äußerten sie Zweifel an den eigenen, für eine Mutterschaft erforderlichen Fähigkeiten (Bundesministerium für Familie 1999). Ähnliche Ergebnisse wurden im Rahmen einer Untersuchung zur Elternschaft bei Menschen mit geistigen Behinderungen berichtet. Geistig behinderte Menschen ordneten einen Kinderwunsch als »Ausdruck von Normalität und Erwachsensein« ein (BARGFREDE & PIXA-KETTNER 2001). Dies deckt sich mit Befunden zur Mutterschaft als einem zentralen biografischen Aspekt im Leben von Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen (SCHWAB et al. 1991; MOWBRAY et al. 1995; DIPPLE et al. 2002; JOSEPH et al. 1999).

3.4 Stigmatisierung psychisch kranker Mütter und Frauen mit Kinderwunsch

Schon bald nach den ersten Auswirkungen der reformpsychiatrischen Prozesse zeichnete sich ab, dass die soziale Distanz zwischen psychisch Kranken und nicht psychisch Kranken nicht allein durch die Umgestaltungen zu gemeindenahen Versorgungsformen abbaubar ist. Tatsächlich steht die Persistenz von Stigma in seinen unterschiedlichen Formen den vielfältigen Reformversuchen der Psychiatrie teilweise bis heute gegenüber (KRUMM & BECKER 2005). Eine besondere Form der Stigmatisierung richtet sich auf Mutterschaft bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung. Sie steht im Zusammenhang mit einem hoch normierten Bild von Mütterlichkeit als »selbstlos« und »aufopferungsvoll«, das sich seit dem 18. Jahr-

hundert als qualitative Veränderung der Mutter-Kind-Beziehung ausbreitete und bis heute ein gewisses Maß an normativer Gültigkeit beanspruchen kann (HARDACH-PINKE 2005; HERWARTZ-EMDEN 1995; BECK & BECK-GERNSHEIM 1990). Soziale Repräsentationen der »guten Mutter« sind mit den herrschenden Bildern zu psychischen Erkrankungen offenbar schwer vereinbar. So wies eine kanadische Studie zum Diskurs von Mutterschaft und psychischer Krankheit nach, dass die Medien ein spezifisches Bild psychisch kranker Mütter forcierten, das sie als unsympathisch, unfähig zur Erziehung sowie als Gefahr für ihre Kinder darstellt (GREAVES et al. 2002). Zu den Stigmatisierungserfahrungen psychisch kranker Frauen im Hinblick auf Mutterschaft liegen zahlreiche Befunde vor (z. B. MCNEIL et al. 1983; NICHOLSON et al. 1998; SAVVIDOU et al. 2003). So berichteten psychisch kranke Mütter etwa, sich unter permanenter Beobachtung zu fühlen. Häufig nahmen sie dabei das Vorurteil wahr, psychisch kranke Mütter misshandelten ihre Kinder. Hierdurch entstand bei den Frauen das Gefühl, ihre Befähigung zur Erziehung immer wieder nachweisen zu müssen. Die Ergebnisse der Untersuchung werden dahingehend diskutiert, dass Stigmaerfahrungen zu einer Vernachlässigung der Schwangerschaftsvorsorge oder zum eigenmächtigen Absetzen der Medikamente führen können (NICHOLSON et al. 1998). Die Wahrnehmung eines Stigmas erfolgt nicht nur im persönlichen Umfeld, sondern umfasst auch den Bereich des professionellen Hilfesystems (APFEL & HANDEL 1993). Neben anekdotischen Berichten von Betroffenen und Professionellen liegen allerdings nur wenige Daten zur Stigmatisierung von Frauen mit Kinderwunsch im professionellen Bereich vor. Im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie mit 28 aufgrund einer psychotischen Störung behandelten Frauen wurde deutlich, dass die betreuenden Ärzte häufig zwar nicht direkt von einer Schwangerschaft abrieten, allerdings durch ihre negativen Einstellungen den Frauen eine indirekte Sterilisationsempfehlung vermittelten und gleichzeitig jenen Frauen mit Kinderwunsch keine Hilfen anboten (SACHSE 2000). Eine US-amerikanische Untersuchung wies nach, dass etwa jeder zweiten Frau mit einer bipolaren Erkrankung, die aufgrund eines Kinderwunschs professionelle Hilfe aufsuchte, im Vorfeld von den behandelnden Psychiatern und Hausärzten von einer Schwangerschaft abgeraten wurde (VIGUERA et al. 2002). Hinweise auf das Vorhandensein negativer Einstellungen zum Kinderwunsch psychisch kranker Frauen bei Professionellen liefern nicht zuletzt psychiatrische Fachpublikationen zu reproduktiven Aspekten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen: Bis in die 1980er-Jahre findet sich hier – meist einleitend – die unhinterfragte Annahme, dass eine Schwangerschaft unbedingt durch eine sichere Verhütungsmethode zu verhindern sei (z. B. WIGNALL & MEREDITH 1968; ERNST & ERNST 1969; ABERNETHY & GRUNEBaum 1972; ABERNETHY 1974; GRUNEBaum & ABERNETHY 1975; PUENTE 1977; MUHUHU 1982).

3.5 Fazit

Fasst man die historische Entwicklung des gesellschaftlichen Umgangs mit reproduktiven Aspekten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen zusammen, so zeichnet sich ein Wandel von einer durch massive Gewaltmaßnahmen getragenen Verhinderung der Fortpflanzung hin zu einer eigenverantwortlichen Gestaltung der gewünschten privaten Lebensform ab. Psychisch kranke Menschen haben aufgrund der psychiatrischen Reformprozesse, die in den weiteren Rahmen der gesellschaftlichen Individualisierung eingebettet sind und heute im Konzept des Empowerment kulminieren, vielfache Möglichkeiten zur Gestaltung ihrer (reproduktiven) Biografie hinzugewonnen. Auch die Frage »Kinder Ja oder Nein« stellt sich heute als eigenverantwortliche Aufgabe den betroffenen Elternteilen. Entsprechend heißt es etwa in einer Empfehlung für die Beratung zum Kinderwunsch bei Vorliegen einer psychischen Störung:

»Eine Entscheidung über die Verwirklichung eines bestehenden Kinderwunschs müssen nach ausführlicher Besprechung aller wichtigen Aspekte dann schließlich die betroffene Frau und ihr Partner treffen.« (ROHDE & SCHAEFER 2005)

Die Entscheidung für oder gegen ein Kind kann allerdings durch reproduktive Risiken erschwert sein: Nicht nur können sich reproduktive Ereignisse wie Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett negativ auf den Gesundheitszustand der Mutter auswirken; auch die gesundheitliche und psychosoziale Entwicklung des Kindes kann aufgrund einer elterlichen, psychischen Erkrankung erheblichen Risiken unterliegen. Es ist daher vorstellbar, dass die letztlich allein zu verantwortende Entscheidung der Kinderfrage viele Frauen mit einer überaus komplexen und bisweilen unlösbaren Aufgabe konfrontiert. Zusätzlich muss als eine weitere Gestaltungsbedingung die Wahrnehmung von Stigmata angenommen werden, die auf soziale Repräsentationen zu Mutterschaft einerseits und psychischer Erkrankung andererseits zurückgeht. Stigmatisierungen psychisch kranker Mütter, resp. schwangerer Frauen oder Frauen mit Kinderwunsch sind dabei nicht auf den außerprofessionellen Kontext beschränkt, sondern finden sich auch bei den in der Psychiatrie Beschäftigten. Stigmatisierende Einstellungen werden möglicherweise auch durch die gestiegene Popularität des Diskurses zum Phänomen »Kinder psychisch kranker Eltern« festgeschrieben, der sich etwa Mitte der 1950er-Jahre von England ausgehend etablierte (BROCKINGTON 1996). Dieser Diskurs, der sich seit einigen Jahren von einem (sozialpädagogischen) Fachdiskurs in Richtung eines umfassenden Alltagsdiskurses entwickelt, kann in den von Hahn beschriebenen Prozess der »Individualisierung des Leids« eingeordnet werden: Nicht mehr dezidiert eugenische Motive werden für die Verhinderung der Reproduktion geltend gemacht, vielmehr steht die Situation des vulnerablen Kindes im Vordergrund. Tatsächlich spiegeln sich in der Stigmatisierung psychisch

kranker Mütter gleichermaßen soziale Repräsentationen der »guten Mutter« wie die insgesamt gestiegenen Anforderungen an Elternschaft, die sich in der Norm des »Kindwohl« ausdrücken (vgl. Kap. 3.4). Dass schließlich auch die Entwicklungen in der Humangenetik, die auf den frühestmöglichen Nachweis einer genetischen Weitergabe der psychischen Erkrankung an das (potenzielle) Kind gerichtet sind, bei den betroffenen Personen nicht nur Hoffnungen, sondern gerade auch Befürchtungen wecken können, liegt auf der Hand.

Was bedeutet dies nun für den professionellen Umgang mit einem Kinderwunsch bei Frauen mit psychischen Erkrankungen? Die zu Beginn festgestellte weitgehende Vernachlässigung des Themas Kinderwunsch im psychiatrischen Kontext kann zum einen als Zugeständnis der Professionellen an die autonomen Gestaltungsmöglichkeiten von Menschen mit psychischen Erkrankungen gelesen werden. Aus dieser Perspektive wird der Kinderwunsch den betroffenen Frauen als eigenständige Entscheidung überantwortet. Allerdings wäre dann erwartbar, dass relevante Probleme und Lösungsmöglichkeiten diskutiert und in geeignete Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten überführt werden. Tatsächlich finden sich Einsichten in die Notwendigkeit entsprechender Unterstützungsangebote nur sehr vereinzelt (VIGUERA et al. 2002; ROHDE 2007b; KRÜGER 2003). Die mangelnde Thematisierung im psychiatrischen Kontext kann daher zum anderen auch als Wunsch vieler Professioneller interpretiert werden, sich einem hochgradig normativ besetzten Thema zu entziehen. Es ist kaum zu bestreiten, dass sich hinsichtlich des Kinderwunschs ethische Konfliktfelder eröffnen, wenn das Prinzip der Selbstbestimmung dem Prinzip der Fürsorge (gegenüber der betroffenen Frau, dem potenziellen Kind) gegenübersteht. Einerseits ist jedwede Form der Negierung eines Rechts auf Mutterschaft unvereinbar mit der Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts psychisch kranker Menschen. Andererseits weisen aber die reproduktiven Risiken darauf hin, dass es im Einzelfall tatsächlich »gute Gründe« für einen Verzicht auf eine Mutterschaft geben kann. Eingedenk des fließenden Übergangs zwischen eugenisch motivierten und individualistisch argumentierenden Motiven gegen eine Mutterschaft stellt der Kinderwunsch ein »ethisches Minenfeld« dar, dem in der psychiatrischen Praxis möglicherweise mit einer weitgehenden Tabuisierung reproduktiver Aspekte begegnet wird.

4 Psychische Erkrankung und Biografie

Der Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Biografie kann in zwei Richtungen verfolgt werden. In der einen Richtung geht es um die Identifikation von biografischen Ereignissen und Umständen, die eine Rolle bei der (Mit-)Verursachung psychischer Erkrankungen spielen. Die Life-Event-Forschung bemüht sich etwa um den Nachweis eines Zusammenhangs zwischen lebensgeschichtlich eingebetteten Krisenereignissen und dem Ausbruch bestimmter Krankheiten. In ähnlicher Weise suchen die Vertreter weiterer sozialwissenschaftlicher Krankheitserklärungen, wie sie sich z. B. in der »Verhaltensmuster-Theorie«, im »Lebensweisen-Konzept«, der »Verschleiß-Hypothese« sowie dem »Stress-Modell« finden, nach dem Stellenwert, den lebensgeschichtlich eingebettete Ereignisse und Erfahrungen in der Ätiologie psychischer Erkrankungen einnehmen (GAERTNER 1999). Heute steht eine beträchtliche Anzahl deskriptiver und theoriebasierter Indikatoren zur Erfassung sozialer Einflüsse auf Entstehung und Verlauf psychischer Störungen zur Verfügung (SIEGRIST 2007). Für die vorliegende Untersuchung ist allerdings die entgegengesetzte Richtung bedeutsam, bei der es um die Frage geht, ob und in welcher Weise eine psychische Erkrankung den weiteren biografischen Verlauf und/oder das biografische Selbstverständnis beeinflusst. Auf den ersten Blick geht es also um die Biografie *nach* dem Eintritt einer psychischen Erkrankung. Es wird sich aber zeigen, dass die Biografie *vor* dem Eintritt der psychischen Erkrankung eine wichtige Rolle für die Beantwortung der ersten Frage spielt.

Wie eine Person mit einer psychischen Erkrankung umgeht und welchen Einfluss dies auf den biografischen Verlauf hat, wird gleichermaßen in der Psychologie wie der Soziologie untersucht. Aus einer psychologischen Perspektive kann der Eintritt einer (psychischen und/oder physischen) Erkrankung als ein krisenhaftes Ereignis verstanden werden, das es zu bewältigen gilt. Im Rahmen der seit den 1990er-Jahren im Bereich der psychischen, und hier insbesondere der schizophrenen Erkrankungen durchgeführten Copingstudien wird der Zusammenhang zwischen spezifischen Bewältigungsindikatoren und dem Verlauf einer schizophrenen Erkrankung beleuchtet. Basierend auf dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell wird davon ausgegangen, dass der Verlauf einer psychischen Erkrankung maßgeblich durch aktives bzw. passives Bewältigungsverhalten beeinflusst ist. Zum Einsatz kommen in der Regel standardisierte Verfahren, die zum einen den Einbezug einer großen Stichprobe und zum anderen die Vergleichbarkeit von Untersuchungen

erlauben. Das Erkenntnisinteresse liegt in der Beantwortung der Frage, welchen Belastungen mit welchen Bewältigungsprozessen begegnet werden kann und wie diese zu fördern sind, welche Effekte die jeweiligen Bewältigungsformen zeigen, welche Rückschlüsse sich für den Verlauf einer psychischen Erkrankung ableiten lassen und schließlich, was als erfolgreiche Bewältigung zu betrachten ist (RAUH & WIEDL 1994; ENGLERT et al. 1994; SCHWARZ et al. 1997). Die hauptsächlich aus der Stressforschung entstandene, psychologische Bewältigungs- bzw. Copingforschung hat viel zum Verständnis des individuellen Umgangs mit einer psychischen Erkrankung beigetragen. Dem ungeachtet ist ihr Erkenntnisgewinn in dem Maße eingeschränkt, als sie sich nur marginal mit der sozialen Einbettung des individuellen Bewältigungsverhaltens beschäftigt. Auch die subjektive Sicht der Betroffenen wird aufgrund der methodischen Herangehensweise häufig nur bedingt erfassbar. Aber auch soziologische Bewältigungskonzepte, wie etwa das der Patientenkarriere, haben einen eingeschränkten Blick auf die soziale Eingebundenheit des individuellen Bewältigungsverhaltens. Im Folgenden werden, von den jeweiligen Schwachstellen ausgehend, einige wichtige Aspekte, wie sie in einem breiter gefassten Verständnis von Bewältigung zum Ausdruck kommen, herausgearbeitet. Sie dienen im weiteren Verlauf der Arbeit als Folie, auf der die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf den individuellen biografischen Verlauf aus soziologischer Sicht verstanden werden sollen.

4.1 Psychologische Konzeption von Krankheitsbewältigung

Die Frage danach, ob und wie sich eine psychische Erkrankung auf das Leben eines Menschen auswirkt, führt jenseits der Frage direkter und indirekter Krankheitsfolgen zunächst zum psychologischen Konzept von »Bewältigung«. Hierbei handelt es sich um ein weitgehend offenes Konzept, das in unterschiedlichen Kontexten verwendet wird und sich als »isolierbares Modul« in unterschiedliche Forschungsansätze einbauen lässt – »eine Bewältigungsforschung in dem Sinne hingegen, dass ausgehend von dem Konzept der Bewältigung theoretische Differenzierungen und empirische Ergebnisse systematisch zu einem elaborierten theoretischen und empirischen System ausgebaut wurden, liegt nicht vor« (WEBER 1997: 7). Als kleinster gemeinsamen Nenner kann die folgende, häufig zitierte Definition gelten, wonach Bewältigung alle Versuche des Individuums umfasst, »interne oder externe Anforderungen zu vermindern, zu meistern oder zu tolerieren« (LAZARUS & FOLKMANN 1984, nach SCHWARZ et al. 1997: 1). Zwar bietet die breit gefasste Definition von Bewältigung im Sinne eines Umgangs

mit spezifischen Anforderungen vielerlei theoretische und methodische – z. B. auch soziologische – Anschlussmöglichkeiten. Gleichzeitig wird die mangelnde Bestimmung dessen, was eigentlich unter Belastung und Bewältigung zu verstehen ist, als einer der zentralen Schwachpunkte des Bewältigungskonzepts benannt. Es existiert keine allgemeingültige Definition von Belastung. Bislang reicht das allgemeine Verständnis von Bewältigung nicht über die grobe Differenzierung zwischen großen, schweren Ereignissen einerseits und den ›daily hassles‹ andererseits hinaus. Dass Aussagen darüber, was als Belastung gilt, nicht aus einer rein objektiven Sicht erfolgen können, wird innerhalb der neueren psychologischen Copingforschung berücksichtigt. Während die älteren Konzeptionen noch von einer gegebenen Belastung ausgingen, werden heute auch die subjektiven Bewertungsprozesse von Belastung in die Überlegungen einbezogen. Das Person-Situation-Transaktionsmodell von Lazarus betrachtet Belastung und Bewältigung als Ergebnis eines interaktiven Prozesses zwischen Person und Umwelt. Die Faktoren des sozialen Umfelds bilden in diesem Modell die Ausgangsbedingungen für die individuelle Bewertung von Belastung und Bewältigung (LAZARUS & FOLKMAN 1984). Die subjektive Bewertung von Belastung erfolgt demnach in einem interaktiven, d. h. sozialen Prozess. Ein spezifisches Ereignis wie etwa das einer schweren Erkrankung gilt dann als belastend, wenn es entweder für das Individuum selbst oder einem allgemeinen, sozialen Konsens zufolge für die Betroffenen als belastend angenommen werden kann. Krankheitsbewältigung kann demnach als Umgang mit einer Situation verstanden werden, »die aus subjektiver Sicht, d. h. auf der Grundlage eines intersubjektiven Konsenses bezüglich der Belastungshaftigkeit, und/oder aus subjektiver Sicht des Betroffenen in irgendeiner Weise belastend, schwierig, fordernd, unangenehm ist« (WEBER 1997: 7).

Die Möglichkeiten zur Erfassung des sozialen Kontexts von Bewältigung sind im Rahmen der psychologischen Bewältigungsforschung mit ihrem weitgehend individualistischen Zugang allerdings begrenzt. Nur selten reicht der Anspruch zum Einbezug der sozialen Bedingungen über theoretische Konzeptionen hinaus. In empirischen Studien bleibt die soziale Einbettung von Bewältigung häufig nur unzureichend berücksichtigt. Wichtige Impulse gehen von dem Konzept des dyadischen Copings aus, das den Fokus vom Individuum auf die Paarebene lenkt und so eine Weiterentwicklung der Bewältigungsforschung darstellt. Dabei wird die Rolle des Partners als ein zentraler Faktor sowohl für die Bestimmung dessen, was als Belastung als auch hinsichtlich dessen, was als geeignete Bewältigungsform gilt, einbezogen (BODENMANN 1997). Ute Gerhardt geht einen Schritt weiter und berücksichtigt das gesamte Familiensystem als sozioökonomische Einheit. Die Bewältigung einer Krankheit wird hier auch in einen Zusammenhang mit der Sicherung der materiellen und gesellschaftlichen Grundlage einer Familie gestellt (GERHARDT 1999: 68). Trotz dieser wichtigen Erweiterungen des Bewältigungsverständnisses wird dem sozialen Kontext von Bewältigung nicht hinreichend

Rechnung getragen. Über die Paar- und Familienebene hinaus kann Bewältigung insbesondere auch von sozialen Normen und Regeln beeinflusst sein. Demzufolge wird das praktizierte Bewältigungsverhalten auf der Basis soziokulturell verfügbarer Deutungsmuster implizit und explizit bewertet – und zwar sowohl im Alltagsverständnis der Betroffenen wie auch in der Wissenschaft selbst (WEBER 1997): So wird etwa aktives, d.h. anpackendes Problemlösungsverhalten positiv, passives Verhalten hingegen eher negativ bewertet. Die individuelle, resp. paar- oder familienbezogene Bewältigung umfasst damit immer auch normative bzw. moralische Kategorien.

»Für den Einzelnen stellt sich nicht nur die Frage, was *kann* ich in einer belastenden Situation tun, eine Frage, die im Mittelpunkt von Verhaltensempfehlungen im Rahmen von Interventions- oder Trainingsansätzen steht, sondern ihm oder ihr stellt sich auch die Frage, was *sollte* ich tun und schließlich was *darf* ich tun?« (ebd.: 15)

Hinsichtlich der Frage, ob der individualistische Zugang im Rahmen der psychologischen Bewältigungsforschung gerade auch diese soziokulturellen Aspekte von Bewältigung hinreichend erfasst, herrscht Skepsis:

»Bewältigung wird als ein individuumsbestimmtes Verhalten konzipiert, vom Einzelnen frei erdacht und realisiert. Die soziale Kontrolle von Bewältigung wird weitgehend ausgeklammert.« (ebd.: 14)

Von dieser Kritik ausgehend soll nun der Blick auf Ansätze gelenkt werden, die sich mit dem Einfluss überindividueller Faktoren auf das Krankheitsbewältigungsverhalten beschäftigen.

4.2 Soziologische Ansätze zum Umgang mit (psychischer) Krankheit

4.2.1 Der Labeling-Ansatz

Einer der wichtigsten soziologischen Ansätze zur Klärung der Frage, wie der Umgang mit einer psychischen Erkrankung auch durch soziale Prozesse beeinflusst wird, ist der Labeling-Ansatz. Dieser entstand vor dem Hintergrund der reformpsychiatrischen bzw. antipsychiatrischen Bewegung und bestimmte die Diskussion über die Entstehung und Folgen einer psychischen Krankheit für lange Zeit. Entwickelt wurde er im Anschluss an die antipsychiatrischen Thesen vor allem von Thomas Szasz, der psychische Erkrankungen als »mythisches Relikt« analysierte (SZASZ 1975). Auf dessen Verständnis von Psychiatrie als einer rein moralisierenden und manipulierenden Institution aufbauend, entwickelte Thomas Scheff die These, dass es sich bei psychiatrischen Diagnosen vor allem um die

Tarnung politischer Konflikte als persönliche Probleme handelte. Die Diagnose (das »Etikett«) einer psychischen Erkrankung diene der Sanktionierung eines politisch unerwünschten, abweichenden Verhaltens. Unabhängig von der heutigen Bewertung dieser These ist der Labeling-Ansatz für die vorliegende Fragestellung zum Einfluss einer psychischen Erkrankung auf den biografischen Verlauf vor allem aufgrund seiner Ausführungen zum sozialen Prozess dieser »Etikettierung« interessant. Eine psychische Erkrankung stellt sich demnach als Folge eines sozialen Zuschreibungsprozesses ein, bei dem das spezifische Verhalten als von der Norm abweichend erkannt, klassifiziert und daher sanktioniert wird. Durch die Klassifizierung wird ein Prozess eingeleitet, bei dem die betroffene Person die Rolle des psychisch Kranken zunehmend akzeptiert und entsprechend ausfüllt. Auf die primären Abweichungen folgen entsprechende Sanktionsmaßnahmen, worauf die betroffene Person ihrerseits mit einem »auffälligen« Verhalten reagiert. Begleitend dazu wird in einer »retrospektiven Selektion« nach weiteren Hinweisen für die Rechtfertigung der Klassifizierung gesucht. Durch die gegenseitigen Erwartungshaltungen vergrößert sich die Differenz im Verhalten zwischen der Person und den sie kontrollierenden Instanzen. Nach und nach verändert sich das Selbstverständnis der betroffenen Person in Richtung der vorgenommenen Klassifizierung. Gleichzeitig wird es mit zunehmender Akzeptanz der Krankenrolle immer schwieriger, in die Ausgangsrolle zurückzukehren. Die neue Identität festigt sich schließlich nach jenem Bild, das sich die sozialen Kontrollinstanzen von der betroffenen Person gemacht haben. Scheff verstand die Langzeitverläufe insbesondere schizophrener erkrankter Personen als Ausdruck eines solchen Etikettierungsprozesses (SCHEFF 1966). Neben prinzipiellen Schwächen, wie etwa der ungeklärten Genese sozialer Etikettierungsprozesse, wird am Labeling-Ansatz vor allem auch die einseitige Betonung der sozialen Wirkfaktoren kritisiert: Weder die subjektive Sicht der Betroffenen noch die Rolle biografischer Prozesse werde hinreichend berücksichtigt (RIEMANN 1987). Psychiatrische Patienten seien in dieser Konzeption nichts weiter als passive Opfer von Etikettierungen und es stehe ihnen keinerlei Handlungsspielraum zur Verfügung. Die determinierende Perspektive des Labeling-Ansatzes wurde auch von Ervin Goffman kritisiert. Dies ist vor allem insofern bemerkenswert, als Goffmans Arbeiten nicht selten zur Begründung der Etikettierungstheorie herangezogen wurden. Tatsächlich wurde dabei vielfach übersehen, dass Goffmans institutionskritische Analysen psychiatrischer Prozesse gerade nicht auf ein derart einseitiges Verständnis zielten.

4.2.2 Ervin Goffman und das Konzept der Patientenkarrieren

Tatsächlich nahm Goffman mit seinen Befunden alles andere als eine deterministische Sicht ein:

»Die Soziologen haben immer mit vollem Recht darauf hingewiesen, dass das Individuum durch Gruppen geprägt wird, sich mit Gruppen identifiziert und den Mut verliert, sobald es keine emotionale Unterstützung durch Gruppen erhält. Aber wenn wir genauer untersuchen, was sich in einer soziale Rolle, in einem Austausch geselliger Interaktionen, in einer sozialen Institution – sowie in jedem anderen Gebilde der sozialen Organisation – abspielt, dann werden wir feststellen, dass das Individuum nicht vollkommen darin aufgeht. Wir werden immer sehen, dass das Individuum stets Mittel und Wege findet, eine gewisse Distanz, eine gewisse Ellenbogenfreiheit zwischen sich selbst und dem, womit die anderen es identifizieren möchten, zu bewahren.« (GOFFMAN 1973: 303)

Für eine Untersuchung gerade dieser Spannung zwischen individuellen Handlungsmöglichkeiten und determinierenden Strukturen schien Goffman der Begriff der Patientenkarriere geeignet. Dieser ermöglichte es ihm, beide Seiten des individuellen Lebenslaufs gleichermaßen zu erfassen, denn »einerseits berührt er jene hoch und heilig gehaltenen Dinge wie das Selbstbild und das Identitätsgefühl; andererseits betrifft er die offizielle Stellung, rechtliche Verhältnisse sowie den Lebensstil, und ist Teil eines der Öffentlichkeit zugänglichen institutionellen Ganzen« (ebd.: 127).

Die Karriere eines psychisch Kranken beginnt, so Goffmann, bereits vor dem Eintritt in die psychiatrische Institution. Erste Anpassungsleistungen erfolgen im Sinne der Akzeptanz eines vorklinischen Karriereverlaufs. In der klinischen Phase passt sich der Patient an die institutionellen Abläufe und Erwartungen an und es wird ihm immer weniger möglich, sein Selbst aufrechtzuerhalten. Schließlich speist sich das Selbst eines Individuums »aus den Arrangements, die eine Organisation für ihre Mitglieder entwickelt« (ebd.: 147). Zu den Praktiken, die das Selbstbild des Patienten zunächst destabilisieren, zählen diskreditierende Zuschreibungen (Konstruktion einer Fallgeschichte) oder alltägliche Disziplinierungsmaßnahmen. In der primären Anpassung akzeptiert der Patient zunächst die Erwartungen der Organisation, indem er sich fügt. Bald darauf jedoch beginnt der Patient, seinen Aufenthalt in den engen Grenzen der Organisation aktiv zu gestalten. In dieser sekundären Anpassung wendet er sodann unerlaubte Mittel an, um die Erwartungen der Organisation zu umgehen.

»Sekundäre Anpassung stellt eine Möglichkeit dar, wie das Individuum sich der Rolle und dem Selbst entziehen kann, welche die Institution für es für verbindlich hält.« (ebd.: 185)

Das Ziel der sekundären Anpassung liegt zum einen darin, einen persönlichen Vorteil zu erhalten. Die Spielräume, die sich durch die sekundäre Anpassung an

die institutionellen Erwartungen eröffnen, erlauben den Individuen zum anderen, Identität in einer restriktiven Umwelt zu bewahren. Mit seinem Verhalten reicht das Individuum also über das unmittelbar erkennbare Ziel – etwa der Bewahrung persönlicher Gegenstände, Räume oder Privilegien – hinaus: Seine Praktiken zeigen ihm »dass er jenseits des Zugriffs der Organisation eine gewisse Individualität und persönliche Autonomie besitzt« (ebd.: 299).

Auf die zu Beginn gestellte Frage nach dem Einfluss einer psychischen Erkrankung auf die Biografie eines Individuums bezogen, ist mit Goffman auf jene Möglichkeiten hinzuweisen, die sich aus der Ablehnung restriktiver Umweltbedingungen ergeben: Gerade in seiner aktiven Distanzierung von den Erwartungen der ›totalen Organisation‹ gelingt es dem Individuum, ein Selbst auszubilden: »das Individuum kann sich also gegen etwas setzen« (ebd.: 304). Obwohl sich Goffmans Analysen auf die vorklinische und klinische Phase der Patientenkarriere konzentrierten und daher einen nur eingeschränkten Erkenntnismöglichkeiten für die Zeit nach der Entlassung aus einer psychiatrischen Institution bereithalten,¹³ sind seine Betrachtungen für das Verständnis von Identitätsprozessen psychisch kranker Menschen überaus wichtig: Goffman lenkte den Blick zum einen auf die identitätsbedrohenden Prozesse, die aufgrund der restriktiven Bedingungen in psychiatrischen Institutionen eingeleitet werden. Gleichwohl machte er deutlich, dass die Individuen nicht als passive Opfer eines eindimensional deterministischen Prozesses zu betrachten sind, sondern dass sie trotz der mit einer Institutionalisierung einhergehenden, gesellschaftlichen Abstiegsprozesse aktive Gestaltungsmöglichkeiten entwickeln und hierdurch ihre Identität auch bewahren.

4.2.3 Ute Gerhardt und das Konzept der Patientenkarriere

Das Konzept der Patientenkarriere wurde von Ute Gerhardt aufgegriffen und weiterentwickelt, indem sie den Blick über die institutionellen Bedingungen hinaus auf die Frage der Auswirkungen einer chronischen Erkrankung auf den gesamten Lebenslauf und die weitere Lebensplanung ausweitete. Im Zentrum ihrer Arbeiten stehen die aktiven Gestaltungsprozesse von Menschen mit chronischen Erkrankungen jenseits der verbleibenden Optionen »zwischen

¹³ Für Goffmans Untersuchung ist dies insofern angemessen, als sich die psychiatrische Behandlung zur Zeit der Entstehung von »Asylums« maßgeblich von den gegenwärtigen Versorgungsformen unterscheidet. Gegenüber einer sich nicht selten über Jahre hinziehenden, stationären Behandlung psychisch kranker Menschen steht heute die möglichst kurzzeitige Hospitalisierung im Vordergrund und ebenso ist der Anteil an Zwangseinweisungen stark zurückgegangen (vgl. RICHTER 2003).

fassadenhafter Normalisierung («passing») und Identitätsverlust bzw. Bewältigung beschädigter Identität«, die sie in Goffmans Konzept erkennt (GERHARDT 1999: 313). In Gerhardts Konzeption des Karrierebegriffs gehen zwei konträre Vorstellungen zum Verlauf einer Patientenkarriere ein: Zum einen stützt sie sich auf die von Fritz Schütze postulierte »Verlaufskurve« (SCHÜTZE 1999), wonach eine Patientenkarriere aufgrund des Zusammenbruchs der orientierungsgebenden Schemata als steuerungsloser Verlustverlauf zu verstehen ist. Folgt man Schütze, so wird die betroffene Person quasi handlungsunfähig und erfährt einen allein durch äußere, nicht beeinflussbare Faktoren bestimmten, eigendynamischen Lebensverlauf.

»Der soziale und biografische Prozess der Verlaufskurve ist durch Erfahrungen immer schmerzhafter und auswegloser werdenden Erleidens gekennzeichnet: die Betroffenen vermögen nicht mehr aktiv zu handeln, sondern sie sind durch als übermächtig erlebte Ereignisse und deren Rahmenbedingungen getrieben und zu rein reaktiven Verhaltensweisen gezwungen.« (SCHÜTZE 1999)

Zum anderen bezieht sich Gerhardt auf die von Glaser/Strauss vorgestellte Konzeption einer Krankenkariere, bei der die betroffene Person ihre ursprünglichen biografischen Orientierungsschemata modifizieren und damit neue Handlungsmöglichkeiten schaffen kann.

»Dabei ist mitgedacht, dass eine nach Krankheitsbeginn wiederhergestellte, der früheren angenäherte Handlungsbreite durchaus vor dem Hintergrund einer Umpolung des biografischen Gesamtentwurfs geschehen kann, die die relevanten Orientierungsschemata auf die reduzierten Lebenschancen eines chronisch Kranken einrastet.« (GERHARDT 1984: 56)

Sowohl aktives Handeln (Glaser/Strauss) wie auch passives Erleiden (Schütze) sieht sie als gleichermaßen bestimmend für den Verlauf einer Patientenkarriere. Tatsächlich fand Gerhardt in ihrer eigenen Untersuchung zu Patientenkarrieren bei terminaler Niereninsuffizienz Hinweise sowohl auf eine Neuordnung des eigenen Lebensverständnisses entsprechend der durch die Krankheit eingeschränkten Verlaufsmuster als auch eine Reaktivierung der normativen Vorgaben, wie sie vor der Erkrankung bestanden hatten. Während das Element des Erleidens insbesondere zum Zeitpunkt des Krankheitsbeginns beobachtbar war, stellte sich bald darauf wieder aktives Handeln ein, das auf die Wiederherstellung der Lebenswelt aus der Vorerkrankungszeit gerichtet war. Ein modifiziertes Lebensverständnis konnte auf der Basis (positiv wie negativ) antizipierter Verlaufskurven erfolgen. Für die konzeptionelle Fassung der Patientenkarriere bedeutet dies, dass an jedem Lebenszeitpunkt zwei Projektionen von Patientenkarrieren für das (Bewältigungs-)Handeln relevant sind:

»Während die eine Projektion erwünschte Zukunftsperspektiven setzt, verkörpert die andere Projektion den Gegenpol, gegen den sich die aktiven Copinganstrengungen richten (...) Die Copingleistung jedes einzelnen Handlungsaktes orientiert

sich zugleich positiv an der Projektion der Copingkarriere und negativ an der Projektion der Statusverlustkarriere.« (GERHARDT 1991: 69)

Gerhardts Konzeption der Patientenkarriere basiert auf der Prämisse, dass chronisch kranke Personen unter den Bedingungen des medizinischen Fortschritts heute ein weitgehend normales Leben führen können. Vor diesem Hintergrund kann der Normallebenslauf als Karrieremodell dienen, an dem sich chronisch kranke Personen orientieren. Eine krankheitsbedingt eingeschränkte Situation wird eher als passagere Abweichung vom prinzipiell realisierbaren Normallebenslauf eingeordnet denn als dauerhafter Zustand. Die gesellschaftliche Normalität bildet demnach den Bezugspunkt für jedwede Personen – ob krank oder gesund. Mit diesem normativen Verständnis einer Patientenkarriere rückt Gerhardt »von der These ab, dass die Gesellschaft heute immer noch aufgeteilt werden könne in eine Welt der Gesunden, wo Rechte und Chancen herrschen, und eine der Patienten, wo Belastung und Chancenlosigkeit überwiegen. Stattdessen wird gesehen, dass Wohlfahrtsstaat und Fortschritte der modernen Therapie eine Situation geschaffen haben, in der die idealisierenden Typenbegriffe der gesellschaftlichen Normalität allgemein für jeden gelten, wenngleich mit empirisch unterschiedlichen Chancen der relativen Verwirklichung im einzelnen Lebensverlauf« (GERHARDT 1999).

Trotz der de facto unterschiedlich verteilten Chancen zur Erreichung der Norm verlieren hier die Normen nicht ihre Verbindlichkeit für das aktuelle Handeln. Rationalität sinnorientierten Handelns gelte daher nicht nur für Personen, die im Vollbesitz ihrer physischen und psychischen Kräfte stehen:

»Zwar ist die Ausgangslage bei Gesunden und Kranken unterschiedlich, wenn man die physischen bzw. psychischen Kräfte, eventuell auch die gesellschaftliche Ressourcenlage betrachtet. Aber das Soziale (und das Rationale) am Handeln bleibt dasselbe.« (GERHARDT 1991: 65)

Aufgrund ihrer fortwährenden Orientierung an normativ vorgegebenen Karriereverläufen sind chronisch Kranke in dieser Konzeption gerade nicht »sozial deviant«. Eine chronische Krankheit führe, so Gerhardt, nicht in das gesellschaftliche Abseits, sondern bilde neben anderen Statuslagen wie etwa soziale Schicht, ethnische Zugehörigkeit oder Geschlecht »eine unter vielen Bedingungen der alltäglichen Lebensmeisterung« (GERHARDT 1991: 87).

Will man Gerhardts optimistischer Analyse insbesondere zu den verbesserten Gestaltungsmöglichkeiten folgen, dann liegt die Stärke ihres Patientenkarrierekonzepts in der Ablehnung einer einseitig deterministischen Sicht auf die Lebensverläufe chronisch kranker Personen. Ihr soziologisches Bewältigungskonzept trägt den Gestaltungsmöglichkeiten der Individuen Rechnung, ohne jedoch die Zugzwänge passiver Verlaufskurven, wie sie möglicherweise gerade für die Analyse biografischer Verläufe psychisch kranker Menschen relevant sind, aus den Augen zu verlieren. Ob die gegebenen Bedingungen für chronisch (psychisch)

krank Menschen ein weitgehend normales Leben ermöglichen, ist empirisch zu prüfen. Abgesehen davon bleibt in Gerhardts Ansatz aber ein wichtiger soziologischer Aspekt unterbelichtet. Zwar überwindet Gerhardt die in der psychologischen Bewältigungsforschung weitgehende Beschränkung auf das Individuum, indem sie Bewältigung als »Familiencoping« fasst und damit um die wichtige Komponente der sozioökonomischen Einheit der Familie erweitert. Allerdings bleiben damit nicht nur, wie oben ausgeführt, die weiteren sozialen Komponenten von Bewältigung unberücksichtigt. HELFFERICH und HÄUSSLER-SCZEPAN (2002) weisen in einer Kritik an Gerhardts soziologischem Bewältigungskonzept darauf hin, dass Gerhardt selbst ein normativ besetztes Konzept vorlegt, wenn sie von einer Normalitätsunterstellung ausgeht, ohne die Frage nach Gültigkeit oder Entstehung der handlungsrelevanten Normen zu stellen.

4.2.4 Soziale Regeln zum Umgang mit Krankheit

Es wurde bereits dargelegt, dass auch innerhalb der psychologischen Bewältigungsforschung der mangelnde Einbezug der soziokulturell verfügbaren Deutungsmuster kritisiert wird. Die konzeptionelle Lücke der psychologischen Bewältigungsforschung, die der kaum ausgearbeitete Hinweis auf die soziale Bedingtheit von Bewältigung (»sozialer Konsens«) hinterlässt (vgl. 4.1), wird mit einem Ansatz von HELFFERICH und HÄUSSLER-SCZEPAN (2002) gefüllt. An den Anfangspunkt ihrer Überlegungen stellen die Autorinnen eine kritische Sicht auf die impliziten Normalitäts- und Normalisierungsvorstellungen, die in das Verständnis dessen, was als erfolgreiche Bewältigung gilt, einfließen. An Gerhardts soziologischem Bewältigungsverständnis kritisieren sie die unhinterfragte Setzung von Normalität als Bewältigungsziel:

»Bei dem Bezug auf die Wiederherstellung maximaler Normalität ist zu fragen, wer diese Normalität definiert, bzw. allgemeiner, wer überhaupt aufgrund welcher Kriterien setzen kann, wann Coping gelungen ist. Unter soziologischer Perspektive sollte nicht nur die Norm, z. B. den Status als erwerbstätiger Familienernährer zu wahren, in den Blick geraten, sondern auch die Entstehung, die Vermittlung und Reproduktion dieser Normen in der Interaktion – und damit die soziale Definition der Belastung wie des Bewältigungszieles.« (ebd.: 46)

Aus einer soziologischen, subjekttheoretischen Perspektive und mittels biografeanalytischer Verfahren geht es den Autorinnen darum, die kulturellen und sozialgruppenabhängigen Regeln des Umgangs mit Krankheit zu analysieren. Die individuellen Formen des Umgangs mit einer Krankheit in Form subjektiver Handlungen und Deutungen werden dabei als Produkt situativer Bedingungen und individualbiografischer Entwicklungen, aber auch kultureller Regeln des

angemessenen Umgangs mit Belastung und Krankheit verstanden. Das Ziel ist es, die sozialen Regeln, die sich im alltäglichen Umgang mit Belastung zu einem spezifischen biografischen Muster verfestigen, auf soziologische Kategorien, wie z. B. Sozialschicht oder kohortenspezifische Bedingungen zurückzuführen. Von besonderer Relevanz ist dabei die Alltagsebene, auf der die beständigen, täglichen Belastungen chronischer Erkrankungen wirksam werden:

»Die ›großen‹ Belastungen und der große Einbruch – Diagnoseeröffnung, Kündigung – zerbröseln im Zeitverlauf in eine Vielzahl von ›daily hassles‹. Sie konkretisieren sich in dem, was im Kleinen im Alltag nicht mehr geht.« (ebd.: 46)

Krankheitsbedingte Veränderungen kommen im Alltag dort zum Tragen, wo Einschränkungen etwa im Bereich der beruflichen Leistungsfähigkeit oder in der täglichen Versorgung bestehen.

»Belastend ist die alltägliche Erfahrung, dass die Wirklichkeit, die noch vor Kurzem problemlos für mich erlangbar war, nun nicht mehr erlangbar ist (...) Soziologische Forschung sollte Bewältigung von chronischer Krankheit als Bewältigung eines veränderten Alltags mit Krankheit fassen.« (ebd.)

In dieser alltagsorientierten Perspektive erweitert sich das herkömmliche Verständnis von Krankheitsbewältigung zu einem umfassenderen Verständnis von Bewältigung als »Leben mit einer Krankheit/Behinderung« (ebd.: 47).

Im Rahmen einer empirischen Untersuchung zur Lebenssituation von Frauen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen wurde dieses Verständnis in die erkenntnisleitenden Frage nach den »sozialen Regeln des angemessenen Umgangs mit Schwierigkeiten im Alltag angesichts der krankheits- und behinderungsbedingten Veränderungen im Alltag« überführt (HELFFERICH & HÄUSSLER-SCZEPAN 2002: 47). Hier konnten die Autorinnen zeigen, in welcher Weise sich Bewältigungsverhalten als eine fortdauernde Auseinandersetzung mit sozialen Regeln ausdrückt und dabei selbst bestimmten Regeln unterworfen ist. Anhand zweier Fallbeispiele machen sie deutlich, inwiefern ein individualpsychologisches Verständnis des Bewältigungsverhaltens durch den Einbezug einer soziologischen Perspektive erweitert und gegebenenfalls modifiziert werden kann: Während in einem Falle ein passiv-ausweichendes Verhalten aufgrund der Wirksamkeit einer sozialen Regel der kollektiven Einbindung als ›sinnhaft‹ gelten kann, wurde in einem weiteren Fall ein aktives Bewältigungsverhalten unter Einbezug der sozialen Regel »Konkurrenz« hinsichtlich des Risikos einer strukturellen Überforderung problematisiert.¹⁴ Eine gelingende Bewältigung liegt damit, so das Resümee der

¹⁴ Ob und in welcher Weise die individuellen Strategien zu einer positiven Beeinflussung der physischen Gesundheit oder des sozialen Funktionsniveaus als zentrale Ziele der Krankheitsverarbeitung führen, war nicht Gegenstand der Untersuchung. Tatsächlich wäre hier eine vergleichende Betrachtung des Outcomes unter Berücksichtigung des Zusammenhangs mit sozialen Regeln interessant.

Autorinnen, nicht in der alleinigen Verantwortung der betroffenen Person, sondern sie stellt sich auch als Resultat eines sozialen Prozesses dar.

»Das Gelingen findet statt in dem Kontext sozialer Prozesse, die dialektisch verbunden Zugehörigkeit und Ausschluss herstellen, Norm und Abweichung bzw. Gesundheit und Krankheit definieren und die Krisen und Belastungen ebenso wie die Möglichkeiten der Bewältigung produzieren.« (ebd.: 60)

4.3 Das Konzept der narrativen Bewältigung

Gabriele Lucius-Hoene stellt mit ihrem Konzept der narrativen Bewältigung von Krankheit und Behinderung einen Ansatz vor, mit dem sie auf die Erfassung der subjektiven Bedeutung von Belastung und Bewältigung zielt. Sie greift damit eine der eingangs genannten Schwächen des psychologischen Bewältigungskonzepts auf, die in einer mangelnden Berücksichtigung der subjektiven Bewertung von Belastung und Bewältigung gesehen wird. Autobiografische Erzählungen werden in diesem Konzept als Wiedergabe eines dynamischen, lebenslang andauernden Krankheitsverarbeitungsprozesses betrachtet. Narrative Bewältigung findet auf der Ebene der biografischen Sinnstiftung und Identitätsherstellung statt, die sich im Erzählprozess manifestieren. Zentral ist dabei die Annahme, dass autobiografisches Erzählen eine konstruktive Leistung des Individuums darstellt und konkrete Identitätsarbeit ermöglicht.

»Narrative Identität als empirisches Konstrukt ist bestimmbar als die Art und Weise, wie ein Mensch in konkreten Interaktionen Identitätsarbeit als narrative Darstellung und Herstellung von jeweils situativ relevanten Aspekten seiner Identität leistet.« (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2002: 75)

Mit dem narrativen Zugang reicht das Konzept weit über den konventionellen Einbezug der subjektiven Perspektive innerhalb der Coping-Forschung hinaus. Dort nämlich ist fragwürdig, so Lucius-Hoene, »ob und wie die dortigen Vorgaben von Verhaltens- und Erlebensweisen sowie die kognitiven Strukturierungen des Problems () ihren subjektiven Erfahrungen zum Zeitpunkt des Auftretens der Belastungen oder zum Zeitpunkt der Fragebogenbeantwortung entsprechen« (LUCIUS-HOENE 2002: 174).

Über die narrativen Gestaltungsgesetze kann eine Rekonstruktion der sowohl aus bewussten als auch aus unbewussten Anteilen zusammengesetzten Bewältigung erfolgen. Hinzu kommt, dass narrative Bewältigung im Gegensatz zu standardisierten Verfahren, die das Bewältigungsverhalten zu einem bestimmten Zeitpunkt erfassen, insofern in ihrer lebenslangen Entwicklung dargestellt werden, als aus dem »Hier-und-Jetzt (...) Bewertungen früherer Bewältigungsleistungen vorgenommen werden (können)« (ebd.: 196).

Der narrative Zugang ermöglicht darüber hinaus die Erfassung der sozial eingebetteten Strukturen des individuellen Bewältigungsverhaltens. Individuen, so Lucius-Hoene, greifen in ihrem narrativen Bewältigungsverhalten häufig auf kulturelle Sinnstiftungsmuster zurück.

»Kulturelle Muster können somit als Folie der Einordnung in einen überindividuellen Erfahrungszusammenhang sowie als Darstellungs- und Sinnstiftungsressource bei der Bewältigung helfen. Sie können als Hintergrundfolie dienen, gegen die der Erzähler sich in seiner Individualität konturieren oder mit der er sich identifizieren kann.« (ebd.: 183)

Diese Sinnstiftungsagenturen stehen als Folge der Prägung durch sprachlich-symbolische Mittel der kulturellen Umgebung zur Verfügung und können daher je nach soziokultureller Zugehörigkeit der Individuen variieren. Dennoch werden die vielfältigen, zur Verfügung stehenden Deutungsmuster nicht einformig übernommen, sondern in Abhängigkeit zu individualbiografischen Entwicklungen modifiziert und ausgebaut (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2002).

4.4 Zum biografischen Umgang mit einer psychischen Erkrankung

Zu den biografieverändernden Wirkungen einer schweren Erkrankung liegen zahlreiche theoretische wie empirische Befunde vor. Meist wird die biografische Kontinuität abrupt unterbrochen und unhinterfragte Gewissheiten werden prekär. Dies macht häufig eine Auseinandersetzung mit den möglichen Konsequenzen der Erkrankung auf den Fortgang des eigenen Lebens erforderlich und es kann zu einer Veränderung zentraler biografischer Perspektiven kommen (MARSCHESKI 2007). Eine schwere Krankheit kann daher zu Sinn- und Identitätskrisen führen (CORBIN & STRAUSS 1987). Es ist leicht einsichtig, dass auch eine psychische Erkrankung den Lebensalltag wie den gesamten biografischen Verlauf erheblich beeinflussen kann. Bei einer schizophrenen Erkrankung etwa sind die Fähigkeiten zur Selbstwahrnehmung und Selbstregulation zumindest zeitweise massiv gestört. Die soziokulturelle Einbindung in normative Rollenvorgaben gelingt unter diesen Umständen nur eingeschränkt. »Schizophrenia alters in a tangible way life career pathways in the interpersonal world.« (FABREGA 1989: 278) Vor diesem Hintergrund ist eine schizophrene Psychose häufig gleichbedeutend mit einem »Knick in der Lebenslinie« (RIECHER-RÖSSLER 1999). Aber auch schwere Formen der affektiven Erkrankungen oder der Persönlichkeitsstörungen beeinträchtigen die Möglichkeiten der Lebensführung der betroffenen Personen teilweise gravierend. Zur Symptomatik gehören Aufmerksamkeits- und Orientie-

rungsstörungen, Denkstörungen, Zwangssymptome, Ich-Störungen, Störungen der Affektivität und Antriebsstörungen (BRUNNHUBER & LIEB 2000). Als mögliche Folgen einer psychischen Erkrankung gelten soziale Isolation, beruflicher Abstieg, sozioökonomische Schwäche sowie Stigmatisierung (NOWOTNY 1996). Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind häufiger alleinstehend und haben seltener Kinder (HOWARD et al. 2002).

4.4.1 Krankheits-Identitätsarbeit

Psychische und insbesondere schizophrene Erkrankungen gehen im Gegensatz zu physischen Erkrankungen mit einer besonderen Bedeutung für die betroffenen Personen einher. Sie sind eben nicht wie körperliche Erkrankungen auf Störungen des Organismus beschränkt, sondern tangieren das Selbst eines Menschen in zum Teil grundlegender Weise.

»Schizophrenie ist also, wenn man so will, eine ›Störung der Person‹, und aus dieser Kombination von Störung und Personsein bezieht sie ihre Brisanz.« (ZAUMSEIL & LEFERINK 1997a: 6)

Die Anthropologin Sue Estroff nimmt an, dass die Betroffenen aufgrund der engen Verknüpfung von Selbst und Krankheit vielfach vor der Herausforderung stehen, ihre Identität als psychisch Kranke (neu) zu schaffen. Eine aktive Auseinandersetzung von Betroffenen mit den Konsequenzen einer chronischen psychischen Erkrankung für das eigene Selbstverständnis versteht Estroff als Krankheits-Identitätsarbeit. Dabei geht es um die Konstruktion von Lebensentwürfen, die den Bedingungen und Konsequenzen einer psychischen Erkrankung – aber auch anderer chronischer Erkrankungen – Rechnung tragen.

»Illness-Identity Work‹ refers to various enduring processes of biographical and autobiographical revision instigated by prolonged and severe dysfunction (chronic illness and disablement) of any kind.« (ESTROFF et al. 1991: 336)

Am Anfang dieses Prozesses, der nicht selten durch Krisenerfahrungen geprägt ist, steht die Infragestellung (bisheriger) Identitätsentwürfe. Im weiteren Verlauf kommt es zur Ausbildung einer (neuen) Identität, die nun (auch) aus Elementen einer Krankheits-Identität zusammengesetzt ist.

»Illness-identity work produces the words, ideas, images, actions, and sentiments with which persons with disabling conditions reconstrue and get on with their lives.« (ebd.)

Maßgeblich ist dabei, dass dies als ein hochgradig dynamischer wie auch sozialer Prozess zu verstehen ist, bei dem sich die betroffenen Personen mit dem eigenen Selbst und den eigenen sowie den Vorstellungen anderer über (psychische) Erkrankungen beschäftigen.

Im Rahmen einer Verlaufsstudie in den USA wurde das Konzept der *Illness-Identity Work* empirisch untersucht. Dabei wurden 169 chronisch psychisch kranke Menschen zu fünf Zeitpunkten im Abstand von sechs Monaten interviewt. Als Instrumente dienten sowohl standardisierte Skalen, z. B. zur Erfassung der Krankheitserklärungen wie auch narrative Interviews. Im Zentrum stand die Frage, »how the revised views, categories, and assessments of self and others such as relatives and doctors, fuel and shape illness-identity work« (ESTROFF et al. 1991: 337). Von besonderem Interesse war für Estroff, ob und inwieweit die Krankheitserzählungen psychiatrischer Patienten mit den Erzählungen und Beschreibungen des Selbst, d. h. mit den Identitätsprozessen der Betroffenen zusammenhängen. Den Ausgangshypothesen entsprechend spiegelte sich die Identitätsarbeit der Interviewten in deren Krankheitserzählungen. In ihrem Krankheitsverständnis griffen die Betroffenen dabei auf vorhandenes kulturelles Wissen zurück, das von biomedizinischem Fachwissen bis hin zu populärem Wissen über den Körper, physische und psychische Gesundheit, Emotionen und das Selbst reichte. Über die Analyse der Erzählungen kam Estroff zu dem Schluss, dass Selbstetikettierungen als psychisch krank weniger durch klinische, sondern vielmehr durch soziostrukturelle Faktoren, wie z. B. Geschlecht und ethnische Herkunft bestimmt sind. Ein weiteres Ergebnis war, dass sich die Krankheitserklärungen wie auch die Prozesse der Selbstetikettierung im zeitlichen Verlauf und in Abhängigkeit zu kontextuellen Merkmalen veränderten.

Manfred Zaumseil beschäftigte sich ebenfalls mit den Identitätskonstruktionen psychisch Kranker, wobei er sich unter kulturwissenschaftlicher Perspektive insbesondere für die spezifischen Anforderungen interessierte, die sich für die Individuen aus den gesellschaftlichen Modernisierungsprozessen ergeben. Unter den gegenwärtigen, soziokulturellen Bedingungen westlicher Gesellschaften, so Zaumseil, unterliegt die Identitätsbildung psychisch Kranker dem allgemeinen Wandel der Identitätsprozesse, wozu insbesondere individualisierte und selbst-reflexive Formen der Biografiegestaltung gehören. Unter diesen Bedingungen haben sich auch die Erwartungen an die psychisch Kranken verändert. In einer modernen Versorgungskultur gehört die passive Patientenrolle der Vergangenheit an, während die aktive Beteiligung bis hin zur autonomen Lebensgestaltung als Zielvorgabe fungiert. Psychisch Kranke in westlichen Gesellschaften unterliegen in ihren Identitätsprozessen, so die These Zaumseils, wie alle Individuen dieser spätmodernen Form der Subjektconstitution.¹⁵ Diese Anforderungen an die Individuen der Spätmoderne könne aber gerade für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung eine Überforderung mit sich bringen. Im Rahmen einer

15 Eine ebenfalls von Zaumseil durchgeführte Untersuchung an psychisch Kranken in Java erbrachte eine kulturelle Orientierung, die dem Empowerment des westlichen Wertesystems gegenüber steht: »Niemand erwartete Veränderungen vom Kranken selbst.« (Zaumseil 1997: 199)

qualitativen Längsschnittstudie mit mehr als 50 chronisch psychisch Kranken entwickelte der Autor die Hypothese einer doppelten Aufgabenstellung, die sich hieraus für die von einer psychischen Erkrankung Betroffenen ergebe:

»Sie müssen mit der besonderen Beschränkung und Begrenzung der eigenen Möglichkeiten zurecht kommen und sich als handlungsfähige Subjekte konstituieren.«
(ZAUMSEIL 1997: 197)

Sowohl Estroffs wie auch Zaumseils Ansatz zeichnen sich durch die Betonung der soziokulturellen Eingebundenheit psychischen Krankseins aus. Beide betrachten die Identitätsprozesse von Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrem Zusammenhang mit soziokulturellen Kategorien wie etwa Geschlecht und Ethnie oder mit kulturellen Entwicklungen wie Modernisierungs- und Individualisierungsprozessen. Weniger in den Blick kommen allerdings in beiden Ansätzen die Einflüsse der *individualbiografischen* Erfahrungen, die im Identitätsprozess psychisch Kranker eine entscheidende Rolle spielen können.

4.4.2 Fremdwerden der eigenen Biografie

Dass die Auseinandersetzung mit den Konsequenzen einer psychischen Erkrankung für die gegenwärtige und zukünftige Lebensgestaltung vor dem Hintergrund lebensgeschichtlicher Ereignisse und Zusammenhänge erfolgt, bildete den Ausgangspunkt für eine psychiatrisoziologische Studie, die von Gerhardt Riemann vorgelegt wurde und – zumindest für den deutschen Sprachraum – als richtungsweisend gelten kann. Riemanns Untersuchung auf der Grundlage narrativer Interviews mit psychiatrischen Patienten widmete sich Fragen danach, wie sich psychiatrische Interventionen auf die Biografie auswirken und wie die Übernahme psychiatrischer Kategorien das Verhältnis der Betroffenen zu sich selbst bestimmen können (RIEMANN 1987). Mit seinem Ansatz setzte sich Riemann dezidiert von jenen soziologischen Untersuchungen ab, die sich den sozialen Prozessen im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung aus einer psychiatrisch-institutionellen Perspektive widmeten.¹⁶

»Psychiatrisoziologische Untersuchungen tendieren dazu, in ihrer Fokussierung auf die Untersuchungsobjekte *als* Mitglieder einer bestimmten Patienten- oder Krankenkategorie die biografisch relevanten Fragen nicht in der Blick zu bekom-

¹⁶ Tatsächlich konstatierte etwa Ervin Goffman in seinen einleitenden Bemerkungen zur »moralischen Karriere des Geisteskranken«: »Der Begriff der Karriere erlaubt uns also, uns zwischen dem persönlichen und dem öffentlichen Bereich, zwischen dem Ich und der für dieses relevanten Gesellschaft hin und her zu bewegen, ohne dass wir allzu sehr auf Angaben darüber angewiesen sind, wie der betreffende Einzelne sich in seiner eigenen Vorstellung sieht.« (GOFFMAN 1973: 127).

men, die sich die Betroffenen im Laufe ihres Lebens *selber* stellen und zu beantworten suchen.« (RIEMANN 1987: 15)

Demegegenüber interessierte sich Riemann gerade für die subjektive Sicht der Betroffenen auf die biografischen Prozesse im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung. Dabei ging es Riemann vor allem um den Zusammenhang zwischen den subjektiven Reinterpretationen und Deutungsmustern einerseits und den lebensgeschichtlichen Ereignisabläufen andererseits. Konsequenterweise lehnte Riemann daher auch eine Beschränkung auf die (bereits) »devianten«, d. h. klinisch relevanten Lebensabschnitte ab:

»Dass bestimmte biografische Phasen und Leidensprozesse die vom Betroffenen teilweise selbst nicht mehr begriffen werden, in denen u. U. sein Orientierungssystem zusammenbricht, auf diese Weise implizit zu soziologischem Niemandsland erklärt werden, erscheint mir nicht gerechtfertigt.« (ebd.: 19)

Vielmehr sei der Blick, so Riemann, auf die gesamte Biografie – vor und nach dem Eintritt der psychischen Erkrankung – auszuweiten. In Abgrenzung zu Scheff, dem er vorwirft, seine Annahmen zur Etikettierung auf relativ spekulative Weise zustande gebracht zu haben, war Riemanns Arbeit schließlich auch insofern richtungsweisend, als er sich auf die Suche nach empirisch belegbaren Karriereverläufen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung machte. Riemann generierte seine Thesen induktiv aus einem umfangreichen Datenmaterial auf der Basis biografisch narrativer Interviews mit sogenannten »chronischen« Patienten, die aufgrund einer psychotischen Erkrankung seit mehreren Jahren psychiatrisch behandelt wurden.

Zu den zentralen theoretischen Vorannahmen für die Untersuchung zählte das Verlaufskurvenkonzept, das maßgeblich von Anselm Strauss entwickelt und von Fritz Schütze auf die Prozessstrukturen des Lebensablaufs übertragen wurde. Verlaufskurven sind durch einen zunehmenden Verlust von Handlungskontrolle gekennzeichnet. An die Stelle eines aktiven Handelns tritt ein »quasi-automatischer Verlauf« – »es ist für die Betroffenen überhaupt nicht mehr vorstellbar, dass der Gang der Ereignisse von ihnen beeinflusst oder gar kontrolliert werden könnte; und folglich werden sie in ihren Lebensorientierungen immer mutloser und in ihren Lebensaktivitäten immer passiver« (SCHÜTZE 1999: 126). Anhand biografischer Einzelfallanalysen konnte Riemann zeigen, in welcher Weise die Betroffenen durch die vielfältigen psychiatrischen Interventionen in verlaufskurvenförmige Entwicklungen, in »Prozesse des Leidens« gerieten, in denen das Aufeinandertreffen psychiatrischer Kategorisierungen einerseits und eigener, subjektiver Theorien andererseits in einem komplexen und lebensgeschichtlich eingebetteten Prozess zu einem allmählichen »Fremdwerden der eigenen Biografie« führten. Zugleich zeigten die Analysen, dass die Betroffenen nicht zwangsläufig zu bloß passiven Opfern von Etikettierungsprozessen werden. Vielmehr werden institutionelle Zuschreibungen auch kontextabhängig verwendet und

die verbliebenen Handlungsspielräume durchaus genutzt. Maßgeblich ist dabei, dass sich der unterschiedliche Umgang mit psychiatrischen Diagnosen und Fremdzuschreibungen aus den biografischen Ablaufstrukturen heraus erschließen lässt. Riemanns Analysen haben daher nicht nur den Blick auf die subjektive Perspektive der Betroffenen auf ihre Patientenkarriere gelenkt. Sie haben auch maßgeblich zu der Einsicht beigetragen, dass die Identitätswürfe psychisch kranker Menschen zwar durch Fremdzuschreibungen (mit)bestimmt werden, dass aber eigene Selbstentwürfe trotz der (teilweisen) Übernahme fremder Deutungsmuster aufrechterhalten werden können.

4.4.3 Vertrautwerden der eigenen Biografie

KÜHNLEIN und MUTZ (1996) haben sich aus sozialwissenschaftlicher Perspektive der Frage zugewandt, wie sich eine psychotherapeutische Behandlung aus Sicht der Betroffenen auf die Lebensführung auswirkt. Den Hintergrund bildete die innerhalb der psychologischen Wirkforschung ungeklärte Frage zur differenziellen Wirksamkeit von Psychotherapie. Dem in der herkömmlichen Psychotherapieforschung präferierten, monokausalen Dosis-Wirkungs-Modell, das die Effektivität von Psychotherapie fokussiert, wurde eine soziologische Betrachtung von Psychotherapieprozessen gegenübergestellt. Dieser Zugang erforderte aus Sicht der Autoren den Einbezug gerade jener Faktoren, die üblicherweise eher als Störvariablen kontrolliert würden – etwa Faktoren der alltäglichen Lebensführung, die Lebenssituation vor, während und nach der Psychotherapie oder der gesellschaftliche Kontext. Anhand einer rekonstruktiven Analyse von 49 autobiografischen Erzählungen ehemaliger Psychotherapiepatienten konnte gezeigt werden, dass das in der Psychotherapie vermittelte Wissen in einer spezifischen Weise in eigenes Wissen transformiert wird, auf das die Betroffenen in ihrer Lebensführung immer wieder zurückgreifen. Mit dem transformierten psychotherapeutischen Wissen erhielten die Betroffenen, so das Ergebnis der Studie, ein Instrument an die Hand, mit dem sie die zuvor mehr oder weniger unerklärlichen Phänomene sinnvoll in ihre eigenen, biografisch erworbenen Deutungsschemen einordnen und interpretieren können. Wichtig ist dabei, dass die Transformation des psychologisch-psychotherapeutischen Wissens zwar äußerst unterschiedlich, dabei aber nicht unsystematisch erfolgt. Vielmehr wird es in Abhängigkeit von den individuellen, lebensgeschichtlich gewachsenen Konstruktionsmustern auf jeweils unterschiedliche Weise in den Wissenshorizont der Betroffenen überführt. Entsprechend der vier gefundenen Typen (Überlastung, Devianz, Defizit, Entwicklungsstörung) variierte sowohl die subjektive Deutung der Krankheitsgenese, die Akzeptanz einer behandlungsbedürftigen Störung,

die Deutungsmuster für eine stationäre Psychotherapie sowie die Grundlage für die retrospektive Validierung von Psychotherapie. Die Ergebnisse belegten, dass die biografisch erworbenen Deutungsmuster für die Wiederherstellung der biografischen Kontinuität als einem zentralen Ziel der psychotherapeutischen Behandlung von großer Bedeutung sind.

»Entscheidend ist, dass die eigene Störung nach Abschluss der Psychotherapie so verstanden wird, dass daraus eigenständig Handlungs- beziehungsweise Veränderungsmöglichkeiten abgeleitet werden können. Als erfolgreich wird die Behandlung dann erlebt, wenn eine sinnhafte Einheit der autobiografischen Erzählung gelingt, in die auch die erlebte Störung und die Psychotherapie eingeordnet werden können.« (KÜHNLEIN & MUTZ 1996: 227)

Im Unterschied zu dem von Riemann postulierten »Fremdwerden« aufgrund der – mehr oder weniger ausgeprägten – Unterordnung unter institutionelle, d. h. »fremde« Diagnosekriterien, führe eine erfolgreiche Psychotherapie, so das zentrale Fazit der Studie, zu einem »Vertrautwerden der eigenen Biografie« (ebd.: 228).

»Ziel einer Psychotherapie ist eine Erweiterung bestehender Schemata und Konzepte, die es ermöglicht, die eigene Lebensgeschichte als eine kontinuierliche und konsistente erleben zu können. Dabei geht es nicht um Erklärungen, die »ein für allemal« stabil und unveränderlich sind, sondern um Modelle, die Verständigungsmöglichkeiten eröffnen und damit Deutungssicherheit auch in bezug auf zukünftige Ereignisse vermitteln.« (ebd.: 227)

Aus dieser Perspektive wird die Biografie eines psychisch kranken Menschen durch die Erfahrung der psychischen Erkrankung sowie durch die psychotherapeutische Aufarbeitung positiv verändert. Sie ermöglicht die Restauration der eigenen Identität. Dieser Prozess hängt allerdings entscheidend vom Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung ab und steht damit auch im Zusammenhang mit Erreichbarkeit und Qualität einer Psychotherapie.

4.5 Fazit

Die Frage nach dem Einfluss einer psychischen Erkrankung auf die Biografie kann nicht alleine im Sinne einer krankheitsbezogenen Bewältigung von Symptomen, Einschränkungen und/oder Stigmatisierungen gestellt werden, sondern ist vielmehr in ein umfassendes Konzept des »Lebens mit einer psychischen Erkrankung« zu überführen.

»Neben dem Erleben und Erleiden bestimmter Symptome und Behandlungen bedeutet ein Leben mit der Erkrankung auch: die Führung des Lebensalltags, die Entwicklung eines krankheitsangemessenen Lebensstils, die Einbindung der

Krankheit in die Biografie und die persönliche Identität, die Rechtfertigung des eigenen Lebens gegenüber den anderen, bestimmten Formen der Interpretation der Krankheit.« (ZAUMSEIL & LEFERINK 1997a: 8)

Die Auseinandersetzung mit einer psychischen Erkrankung berührt – möglicherweise verstärkt durch den eigentümlichen Charakter psychischer Erkrankungen – das Selbst der Betroffenen in einer besonderen Weise. Die Bewältigung einer psychischen Erkrankung ist daher als Identitätsarbeit zu verstehen. Das von Estroff in diesem Zusammenhang entwickelte Konzept der »illness-identity work« macht deutlich, dass die Betroffenen zu äußerst unterschiedlichen Strategien greifen, um ihr Selbst an die durch die Erkrankung veränderte Situation anzupassen und hierüber zu einer modifizierten Selbst- und Weltvorstellung zu finden. Bewältigung ist als ein lebenslanger, dynamischer Prozess zu verstehen, bei dem neben individuell-psychischen und biografischen Faktoren auch sozial vorgegebene Normen und Werte eine Rolle spielen. Sicherlich wäre es für das Verständnis von Bewältigung einer psychischen Erkrankung unangemessen, die Möglichkeit passiver Verlaufskurven in ihrer (zeitweiligen) Relevanz für zahlreiche Biografien psychisch kranker Menschen unberücksichtigt zu lassen. Tatsächlich ist davon auszugehen, dass strukturelle und dabei insbesondere institutionelle Vorgaben die Identitätsprozesse von Menschen mit psychischen Erkrankungen nach wie vor mitbestimmen können. Allerdings sind Menschen mit einer psychischen/chronischen Erkrankung keineswegs passive Opfer der krankheitsbedingten Umstände. Bereits Goffman hat auf die Möglichkeiten der Identitätssicherung selbst unter restriktivsten Umweltbedingungen aufmerksam gemacht. Dies scheint im Zeitverlauf umso unproblematischer, je bedeutungsloser die kustodiale Versorgungsform mit ihren identitäts-destabilisierenden Mechanismen ist. Die Abnahme einschränkender Erwartungen und die Zunahme von Handlungsspielräumen sind nicht zuletzt als ein Resultat des reformpsychiatrisch eingebetteten Empowermentprozesses zu bewerten, innerhalb dessen die Möglichkeiten zur eigenverantwortlichen Gestaltung auch des privaten Lebens zugenommen haben.

Welche Bedeutung haben diese Überlegungen nun für die Analyse des Kinderwunschs bei Frauen mit einer psychischen Erkrankung? Gerade der Umgang mit reproduktiven Aspekten wie dem Kinderwunsch erfolgt (zumindest formal) autonom und eigenverantwortlich (vgl. 3.5).¹⁷ Hier stellt sich die Frage, ob und in welcher Weise sich die Betroffenen im Sinne Gerhardts an einem normativen Muster der ›reproduktiven Normalbiografie‹ orientieren. Möglich ist, dass dieses Muster gerade für Menschen mit einer psychischen Erkrankung handlungsleitend

¹⁷ Dies soll keinesfalls in dem Sinne missverstanden werden, dass es nicht auch Situationen gibt, in denen sich Frauen mit einer psychischen Erkrankung durch Dritte genötigt fühlen, auf eine Elternschaft zu verzichten.

wirkt – einer Erkrankung, bei der dem Konstrukt »Normalität« möglicherweise ein besonderer Stellenwert zukommt. In Anlehnung an Zaumseils Überlegungen zum Gestaltungszwang in spätmodernen Gesellschaften ist auch denkbar, dass sich psychisch kranke Frauen durch den Anspruch, autonome Entscheidungen zu treffen und eigenverantwortlich zu handeln, überfordert fühlen können. Hinzu kommt, dass eine Mutterschaft bei Frauen mit psychischen Erkrankungen mit vielfältigen Risiken assoziiert ist. Dies kann ebenso als spezifische Belastung wahrgenommen werden wie normative Erwartungen an eine ›gute‹ Mutterschaft. Der Umgang mit dem Kinderwunsch unter den genannten Bedingungen ist daher als *reproduktionsbiografische Bewältigungsaufgabe* vorstellbar. Vor diesem Hintergrund kann der Forschungsgegenstand nun erst in seiner eigentlichen Bedeutung erfasst werden. Wenn die Auseinandersetzung mit einer psychischen Erkrankung eine biografie- und damit identitätskonstituierende Wirkung entfaltet und gleichzeitig der Kinderwunsch als ein zentrales reproduktionsbiografisches Thema einzuordnen ist (vgl. Kap. 3), dann legt dies nahe, den Kinderwunsch auch unter dem Blickwinkel des biografischen Umgangs mit der psychischen Erkrankung zu analysieren. Es ist anzunehmen, dass im Umgang mit dem Kinderwunsch auch eine spezifische Haltung zum ›Leben mit der psychischen Erkrankung‹ zum Ausdruck kommt.¹⁸

Durch die Bedeutungserweiterung von Bewältigung im Sinne eines »Lebens mit einer psychischen Erkrankung« ergeben sich für die Fragestellung der Untersuchung auch methodologische und methodische Implikationen. Dass die herkömmliche Bewältigungsforschung einem derart umfassenden Verständnis von Bewältigung nur schwer gerecht werden kann, liegt nicht nur an den mangelnden Möglichkeiten zum Einbezug der biografischen und sozialen Faktoren, die das Bewältigungsverhalten (mit)formen. Ohne die Berücksichtigung der individuellen Sinn- und Bedeutungsstrukturen, die ihrerseits auf die zugrunde liegenden sozialen Regeln ihrer Erzeugung verweisen, ist das das mit einem subjektiven Sinn ausgestattete, individuelle Bewältigungsverhalten nicht zu *verstehen*. Es ist zunächst trivial, dass nur durch den Einbezug der gesamten Biografie auch die biografischen Bedingungen und Zwangsläufigkeiten, die zur Ausbildung und möglicherweise zur Modifikation eines Kinderwunschs (oder dessen Abwesenheit) unter den Bedingungen des Eintritts einer psychischen Erkrankung führten, hinreichend zu erfassen sind. Ein narrativ-biografischer Zugang eröffnet aber darüber hinaus die Möglichkeit, Bewältigung als emergente Leistung im Prozess des Erzählens selbst zu untersuchen (LUCIUS-HOENE 2002): Eine autobiografische Erzählung bietet der betroffenen Person u. a. die Möglichkeit, eine Erkrankung in einen biografischen Sinnzusammenhang zu stellen. Die narrativ-biografische

¹⁸ Wobei selbstverständlich auch die Abkopplung beider Aspekte voneinander eine spezifische Haltung darstellt.

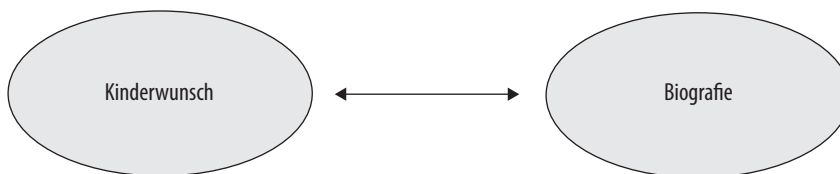
Erzählung stellt demnach ein Gestaltungsmittel für die Identität einer Person dar. Bewältigung kann im Sinne einer fortlaufenden biografiekonstruierenden Identitätsarbeit verstanden werden. Narrative Biografiegestaltung ist in diesem Sinne konkrete Bewältigungs- und damit Identitätsarbeit, die über die Analyse der biografischen Erzählung zu erfassen ist. Darüber hinaus können die mit einem Kinderwunsch einhergehenden reproduktiven Risiken in ihrer konkreten subjektiven Bedeutung als biografische Bewältigungsaufgabe betrachtet werden. Ebenso werden die Formen des Umgangs mit diesen Anforderungen im Sinne des individuellen Bewältigungsverhaltens begreifbar. Das narrativ-biografische Interview stellt, wie noch zu zeigen sein wird, das am besten geeignete Mittel zur Erfassung des biografischen Umgangs mit dem Kinderwunsch bei Frauen mit einer psychischen Erkrankung dar.

5 Zwischenbetrachtung und Fragestellung der Untersuchung

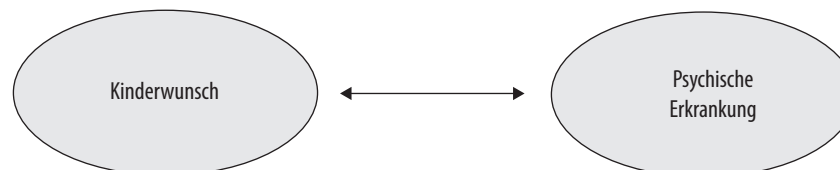
5.1 Forschungsfeld

In Anbetracht der bisherigen Ausführungen lässt sich nun das Forschungsfeld skizzieren, innerhalb dessen die eingangs gestellte Frage nach dem Kinderwunsch psychisch kranker Frauen bearbeitet werden kann. Dieses Feld ist durch die drei folgenden Annahmen gekennzeichnet:

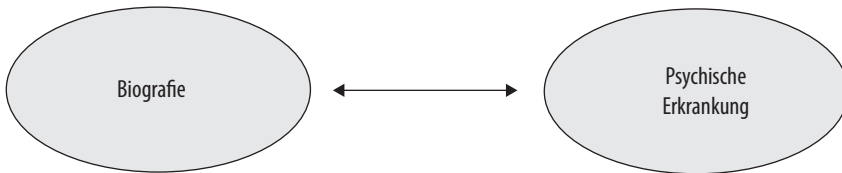
1. Der Kinderwunsch wird nicht als Ausdruck einer vollständig autonomen und rationalen Entscheidung betrachtet, sondern unterliegt auch den sozialen Gestaltungsbedingungen der Individuen. Neben sozioökonomischen Faktoren spielen insbesondere auch biografische Zwangsläufigkeiten eine zentrale Rolle in der Kinderwunschenese. Ein Kinderwunsch ist in die Biografie eingebettet und kann daher nicht ohne Einbezug des biografischen Gesamtzusammenhangs betrachtet werden:



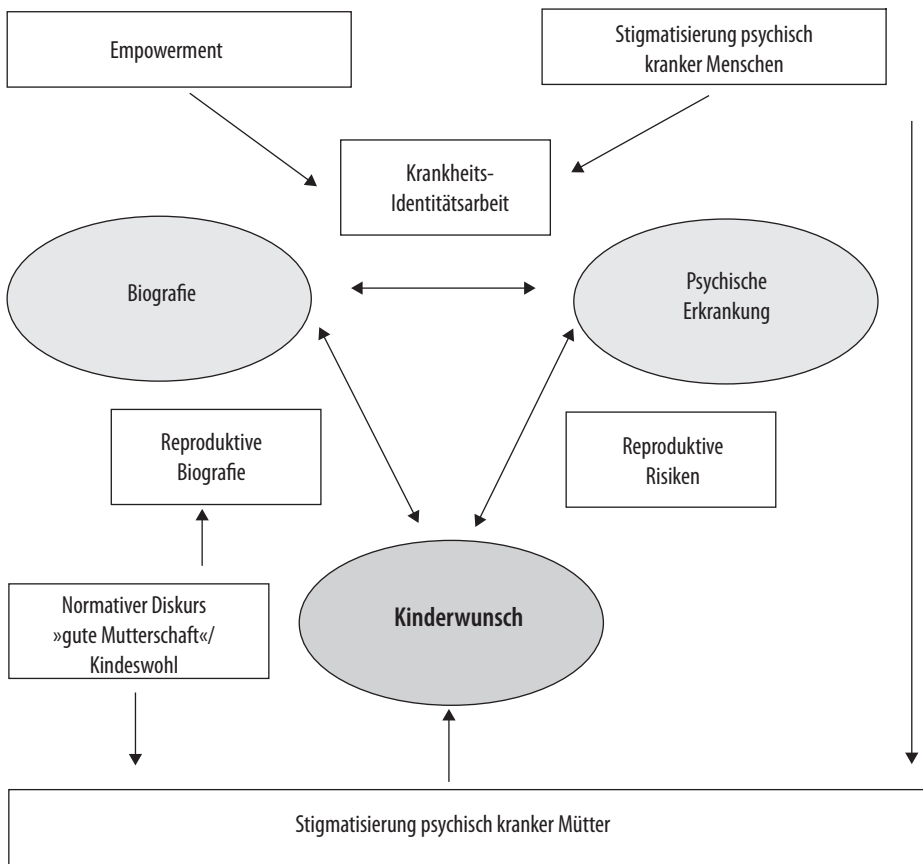
2. Der Kinderwunsch psychisch kranker Frauen geht mit einer Reihe reproduktiver Risiken sowohl für den eigenen psychischen Gesundheitszustand als auch für die gesundheitliche und psychosoziale Entwicklung des potenziellen Kindes einher. Die Untersuchung des Kinderwunschs muss daher den individuellen Umgang mit diesen reproduktiven Risiken berücksichtigen:



3. Eine psychische Erkrankung wirkt sich auf das biografische Selbstverständnis aus. Die Auseinandersetzung mit den Konsequenzen und Bedingungen der psychischen Erkrankung ist Ausdruck fortdauernder Krankheits-Identitätsarbeit:



Werden diese drei Komponenten nun miteinander verknüpft und um die damit einhergehenden Aspekte ergänzt, dann kristallisiert sich ein heuristisches Modell heraus, das als Hintergrund für die vorliegende Untersuchung des Kinderwunschs bei psychisch kranken Frauen dienen soll:



Dieses Modell macht deutlich, dass der Kinderwunsch psychisch kranker Frauen zum einen hinsichtlich seiner biografischen Einbettung zu betrachten ist. Der Zusammenhang zwischen Biografie und Kinderwunsch wird unter Einbezug des Konzepts der reproduktiven Biografie verständlich. Zum anderen zeigt sich, dass eine Untersuchung des Kinderwunschs auch den Umgang mit reproduktiven Risiken berücksichtigen muss, die mit einem Kinderwunsch bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung einhergehen. Drittens wird deutlich, dass für die Beantwortung der Frage nach einem biografisch eingebetteten Kinderwunsch auch der Zusammenhang zwischen Biografie und psychischer Erkrankung zu berücksichtigen ist; in dieser Verknüpfung werden Fragen zur Herstellung der Krankheitsidentität relevant.

Die Trias ›Kinderwunsch – Biografie – psychische Erkrankung‹ ist schließlich in einen Kontext gesellschaftlicher Normen und Erwartungen zu stellen. Vor dem sozialgeschichtlichen Hintergrund der Verhinderung einer Fortpflanzung psychisch kranker Menschen wie auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Problematisierung von ›Kindern psychisch kranker Eltern‹ ist anzunehmen, dass normative Erwartungen im Prozess der Kinderwunschgenese eine Rolle spielen können. Diese Normen sind dem Wert von »guter Mutterschaft«, bzw. dem Wert des »Kindwohl« zuzuordnen. Zusammen mit dem Phänomen der gesellschaftlichen Stigmatisierung psychisch kranker Menschen kulminieren diese Normen in einer Stigmatisierung psychisch kranker Mütter. Gleichzeitig gewinnen psychisch kranke Menschen – vor dem Hintergrund der Empowermentbewegung – biografische Gestaltungsspielräume, die auch den Aspekt des eigenverantwortlichen Umgangs mit der Kinderwunschfrage beinhalten.

5.2 Erkenntnisleitende Fragen

Das Erkenntnisinteresse ist zum einen auf die individuelle Besonderheit des Einzelfalls gerichtet. Es wird ein Augenmerk darauf gelegt, welche Rolle die psychische Erkrankung für die Biografie spielt und wie die betroffene Person vor dem Hintergrund einer psychischen Erkrankung ihren Kinderwunsch konstruiert. Zum anderen ist das Erkenntnisinteresse auch darauf gerichtet, die Ergebnisse der Einzelfallanalyse hinsichtlich übergreifender Strukturen zu untersuchen. Folgende Fragen sind dabei erkenntnisleitend:

- Wie wird die psychische Erkrankung in die Biografie eingebettet? Welche Bedeutung hat die Erkrankung für die aktuelle und zukünftige Lebensgestaltung? Welchem Krankheitsverständnis unterliegt die psychische Erkrankung?
- Welche Bedeutung kommt dem Konstrukt einer Normalbiografie zu?

- Wird ein Kinderwunsch geäußert? Welche Bedeutung nimmt der (verneinte)¹⁹ Kinderwunsch in der gesamten Biografie ein? Wird der Kinderwunsch als biografisch konstanter Wunsch, als Ergebnis eines Entwicklungsprozesses oder als generalisierte Akzeptanz eingeordnet?
- Wird ein Zusammenhang zwischen Kinderwunsch und psychischer Erkrankung hergestellt? Wenn ja, in welcher Weise? Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Krankheitsverständnis und dem Kinderwunsch?
- Wie werden die reproduktiven Risiken wahrgenommen und wie erfolgt der Umgang mit ihnen?
- Welche Bedeutung wird den strukturellen Faktoren für die Entwicklung eines Kinderwunschs beigemessen? Wie ordnen die interviewten Frauen die Akteure des sozialen Umfelds in die Konstruktion des Kinderwunschs ein?
- Werden soziale Vorgaben im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung und einem Kinderwunsch wahrgenommen? Finden sich Hinweise auf die Wahrnehmung normativer Diskurse? Wie werden diese rezipiert und wie gehen die betroffenen Frauen mit normativen Erwartungen um?
- Welcher Handlungsspielraum wird in der Kinderwunschkonstruktion wahrgenommen?
- Lassen sich soziale Regeln zum Umgang mit dem Kinderwunsch unter den Bedingungen einer psychischen Erkrankung freilegen?

¹⁹ Wenn im Folgenden von einem »verneinten« Kinderwunsch gesprochen wird, erfolgt dies aus dem Bedarf nach einer möglichst einfachen Bezeichnung für jene Situation, in der geäußert wird, dass kein Kinderwunsch bestehe. Es ist damit kein Hinweis auf einen psychologisch verdrängten oder abgewehrten Kinderwunsch verbunden.

6 Der empirische Zugang zum Kinderwunsch

6.1 Die biografische Methode

6.1.1 Forschungs- und sozialgeschichtliche Einordnung

Zeitlich wird der Beginn der biografischen Forschung mit der 1918 in Polen erschienenen und mittlerweile als Klassiker der Biografieforschung rezipierten Studie von THOMAS und ZNANIECKI »The Polish Peasant in Europe and America« festgesetzt. Im Zentrum der Studie standen die Auswirkungen der gesellschaftlichen Modernisierungs- bzw. Individualisierungsprozesse auf das Individuum. Diese Prozess wurden anhand der individuellen Entwicklung des polnischen Bauern Wladek Wiszniewski und durch eine große Zahl unterschiedlicher Brief- und Aktendokumente untersucht. Das Besondere dieser Studie ist in ihrer Abgrenzung sowohl gegenüber psychologistischen wie auch gegenüber soziologistischen Forschungsperspektiven zu sehen; die Autoren plädierten vielmehr für die Integration individuell-subjektiver und strukturell-objektiver Wirkfaktoren im Rahmen einer Gesellschaftsanalyse – auch wenn sie ihre Postulate methodologisch wie methodisch nur unzureichend begründeten (KOHLI 1981). Als ein weiteres Verdienst der Untersuchung bezeichnet es Fuchs-Heinritz, dass mit der Publikation der umfangreichen – von den Autoren gekürzten, jedoch inhaltlich weitgehend belassenen – Autobiografie des Bauern Wiszniewski der Lebensgeschichte eines einfachen Menschen Beachtung geschenkt wurde (FUCHS-HEINRITZ 2005). Angeregt durch die Arbeiten von Thomas und Znaniecki erlangte die biografische Methode in den USA zunächst große Bedeutung. Dabei rückten gerade die Lebensbedingungen der unteren Sozialschichten ins Blickfeld. So wurden die Methoden der Feldforschung, der teilnehmenden Beobachtung, Befragungen sowie die Analyse persönlicher Dokumente insbesondere in der Devianzforschung angewandt und weiterentwickelt. Doch trotz dieser vielversprechenden Anfänge konnte sich die biografische Methode nach 1945 nicht durchsetzen. Vielmehr wurde sie zu einem Hilfsmittel der quantifizierenden Sozialforschung wie etwa bei der Formulierung spezifischer Hypothesen oder bei der Interpretation standardisierter Daten. Biografische Forschung geriet »aus dem Horizont der allgemeinen und methodologischen und theoretischen Diskussion« (ebd.: 287).

Erst in den 1970er-Jahren entwickelt sich in Deutschland eine soziologische Biografieforschung, die in ein international zu beobachtendes, steigendes Interesse an Biografie (z. B. in Frankreich, hier insbesondere durch Daniel Berteaux (BERTAUX 1981) eingebettet war. Wegbereitend waren die am Soziologischen Forschungsinstitut Göttingen angesiedelten industriesoziologischen Untersuchungen zum Verhältnis von Arbeit und Freizeit im Leben von Industriearbeitern, die von Martin OSTERLAND (1978) und Hans BAHRDT (1975) durchgeführt wurden. Neben der methodologischen Einordnung der biografischen Methode wurde hier erstmals an frühe autobiografische Zeugnisse der Arbeiterkultur angeknüpft.²⁰ Daneben trug auch die Frauenforschung zum Aufschwung der biografischen Methode bei. Deren Anliegen war es, die spezifischen Lebensbedingungen von Frauen am Einzelschicksal durch das Sammeln von Frauengeschichten freizulegen: Die Biografieforschung mit ihrem Interesse an der subjektiven Situation, so Ilona Ostner, ermögliche die Einsicht in eine sowohl die Beforschte als auch die forschende Frau umfassende »gemeinsame Betroffenheit«, die die Frauenforschung letztlich legitimiere. Nicht zuletzt erwuchs deren Affinität zu individualisierenden Ansätzen und damit auch zu qualitativen Methoden aus der – durchaus gewünschten – Distanz zu den traditionellen wissenschaftlichen, d. h. standardisierten Verfahren (OSTNER 1987). Schließlich wurde die soziologische Biografieforschung auch »von außen« gestärkt: Lutz Niethammer knüpfte mit dem gegen Ende der 1970er-Jahre hauptsächlich in den USA entwickelten und praktizierten Konzept der *Oral History* an die sozialwissenschaftliche Diskussion der Biografieforschung an. Mit seinem geschichtswissenschaftlichen Forschungsprojekt über Arbeiter im Ruhrgebiet unter der Nutzung des narrativen Verfahrens trug er wesentlich zur Renaissance der biografischen Methode bei (FUCHS-HEINRITZ 2005: 116).

Rückblickend wird den soziokulturellen Rahmenbedingungen der 1960–70er-Jahre für das (wiedererwachte) Interesse an Biografie eine bedeutende Rolle zuge-

20 Die von Hans Paul Bahrtdt angeregte Fokussierung auf die subjektive Sicht der Arbeiter war auch als Kritik an der vorherrschenden Vorstellung zum Arbeiterbewusstsein als einem Element des überwiegend durch die spezifischen Produktionsbedingungen geprägten Kollektivbewusstseins zu lesen und hatte daher anti-ideologischen Charakter (EßBACH 2001: 60). Bahrtdts Einwand bricht auch mit den zentralen Bedenken, die Anfang der 1930er-Jahre gegen die Verwendung autobiografischer Materialien der Arbeiterschaft für sozialwissenschaftliche Untersuchungen vorgebracht wurden. Diese umfassten die mangelnden Fähigkeiten von Arbeitern zu autobiografischem Erzählen, die gegen die Lebensauffassung von Arbeitern sprechende Subjektivität und Individualität autobiografischer Erzählungen sowie die Tendenz, Autobiografien in Form politischer Pamphlete auszudrücken (vgl. FUCHS-HEINRITZ 2005: 110 f.). Auch Martin Kohli weist darauf hin, dass die im 19. Jahrhundert recht zahlreich erschienen Arbeiterautobiografien bis zu diesem Zeitpunkt als unzuverlässig und einseitig galten und als Datenmaterial für gesellschaftsanalytische Fragestellungen nicht anerkannt wurden (KOHLI 1981: 109).

sprochen. Zum einen bot der sich durchsetzende Individualisierungsprozess den Hintergrund für die zunehmende Bedeutung der subjektiven Perspektive auf den Lebensverlauf. In diesem Sinne stellt etwa Wolfram Fischer-Rosenthal fest:

»Im Zuge der Entwicklung der gesellschaftlichen Moderne bildet sich eine Form sozialer Selbstbeschreibung aus, die das Individuum nicht einfach per Statuszuweisung in der Gesellschaft (evtl. in einem stratum) fixiert, sondern eher seinen ›Weg‹ in einer lebenszeitlich erstreckten Prozessdarstellung modelliert; das Individuum wird biografisch bzw. autobiografisch in Bezug zur Gesellschaft gesetzt.« (FISCHER-ROSENTHAL & ROSENTHAL 1997 a: 133)

Wird im Rahmen des gesellschaftlichen Modernisierungsprozesses die Biografie als zentrales Mittel der sozialen Strukturierung betrachtet, dann verkörpert die Biografieanalyse konsequenterweise das am besten geeignete Instrument einer Sozialanalyse (ROSENTHAL 1995: 11). Zum anderen verbindet Martin Kohli das neu erwachte »Interesse an Geschichte« mit einer auf gesellschaftspolitischer Ebene vorhandenen Suche nach historischen Kontinuitäten und zukünftigen Gesellschaftsmodellen:

»Die Zweifel an der Sicherheit des Erreichten, an der Eignung der gängigen Verfahren für die erfolgreiche Bearbeitung der anstehenden Probleme und insgesamt an der Verlängerbarkeit der Gegenwart in die Zukunft sind nicht auf das Fach beschränkt, sondern führen auch gesellschaftlich zu einem starken (...) Interesse an Geschichte.« (KOHLI 1981: 289)

Wolfgang EßBACH (2001) verweist zudem auf die gesamtgesellschaftliche Stimmungslage, die er als eine »Wendung zur Innerlichkeit wahrgenommene, leicht-melancholische Nach-68-Stimmung« beschreibt: Das nachlassende Interesse an Strukturen wurde durch einen Blick auf das »psychologisch-besondere« ersetzt (EßBACH 2001: 59). Schließlich ist das zunehmende Interesse an Biografie einem spezifischen wissenschaftspolitischen Rahmen zuzuordnen: FUCHS-HEINRITZ (2005) weist unter Rückgriff auf BAACKE/SCHULZE (1979) auf den »Dominanzverlust der neopositivistischen Forschungsmodelle« hin, die einen nur eingeschränkten Zugang zur Handlungsebene der Subjekte boten. Eine umfassende gesellschaftskritische Analyse könne aber nicht länger auf den Einbezug der subjektiven Sicht verzichten. Ähnlich argumentiert Kohli, der die biografische Methode in »Frontstellung gegen die reduktionistischen, objektivistischen und statistischen Tendenzen gängiger Traditionen« bringt (KOHLI 1981: 273). Durch die Konkurrenz mit strukturfunktionalistischen Theorien einerseits und der quantitativ-empirischen Einstellungsforschung andererseits erhöhte sich für die restaurierte Biografieforschung aber auch der Druck, methodologische und methodische Begründungen zu liefern.

6.1.2 Lebenslauf und Biografie als soziale Strukturdimensionen

Grundlegend für das Verständnis von Lebenslauf und Biografie als zentralen Organisationsprinzipien moderner Gesellschaften ist die von Martin Kohli im Anschluss an Max Weber formulierte These einer Institutionalisierung des Lebenslaufs. Max Weber stellte eine zunehmende Entmystifizierung religiöser Weltbilder und eine zunehmende Bedeutung diesseitiger und vorausplanender, d. h. rationaler Lebensgestaltung fest. Zweckrationales und wertrationales Handeln bildeten bei ihm die Kernpunkte einer praktischen Rationalität, die sich in einer methodisch-rationalen Lebensführung niederschlug. Für Martin Kohli repräsentiert sich die methodische Lebensführung in einer Institutionalisierung des am Erwerbsverlauf orientierten Lebenslaufs, der auf die Herstellung von »Kontinuität im Sinn einer verlässlichen, auch materiell gesicherten Lebensspanne« gerichtet wird (KOHLI 1988: 37). Der Lebenslauf bezieht seine soziologische Bedeutung aus seiner Funktion als gesellschaftliches Regelsystem, das die individuelle Lebensgestaltung ordnet und strukturiert.

»Lebenslauf als Institution bedeutet zum einen die Regelung des sequenziellen Ablaufs des Lebens, zum anderen die Strukturierung der lebensweltlichen Horizonte bzw. Wissensbestände, innerhalb derer die Individuen sich orientieren und ihre Handlungen planen.« (KOHLI 1985: 3)

Vielfach wird der Biografiebegriff unter dem Hinweis auf die Selbstbezüglichkeit des handelnden Individuums beim Blick auf seine Lebensgeschichte abgegrenzt vom Begriff des Lebensverlaufs. Im Gegensatz zur Lebensverlaufsforschung, die auf die statistische Verteilung und Ungleichheit der »objektiven« Strukturen des Lebenslaufs gerichtet ist, wird Biografie auf die Subjektivität des handelnden Individuums beschränkt. So ist für KOHLI (1981) an den Begriff der Biografie die Erwartung geknüpft, der Subjektivität »zu ihrem wissenschaftlichen Recht« zu verhelfen gegenüber den objektivierenden Ansätzen in Theorie und Methoden der Soziologie. Zum einen verweise Subjektivität auf den Sinngehalt sozialer Handlungen, wie dies im interpretativen Programm mit dem Einbezug der Subjektivität der Forschenden wie der Beforschten im Prozess des Fremdverstehens angelegt ist. Weiterhin ziele der Einbezug von Subjektivität auf die Erfassung der individuellen Wahrnehmung von spezifischen Lebensverhältnissen. Und schließlich werde aus handlungstheoretischer Perspektive die Subjektivität zum zentralen Element der sozialen Ordnung (KOHLI 1981: 24).²¹

Die Gegenüberstellung von Biografie als subjektiver Interpretation und Lebenslauf als objektiver Entsprechung impliziert allerdings einen Dualismus zwischen

²¹ Damit wird deutlich, dass gegenüber subjektivistischen Bestrebungen die Freilegung der Subjektivität ausschließlich in ihrer Korrespondenz mit objektiven Gegebenheiten von sozialwissenschaftlichem Interesse ist. Diese Annahme bildet das Fundament der vorliegende Arbeit.

einem objektiven, d. h. »wirklich« stattgefundenen Lebensverlauf und einer bloß subjektiven Deutung, die allein auf die Intention des Subjekts rückführbar ist und damit keinen soziologischen Erkenntnisgewinn enthalten kann. Anstelle einer Gegenüberstellung ist das Verhältnis zwischen Subjektivem und Objektivem aber eher als ein dialektisches zu fassen. Dies wird verständlich, wenn das Spezifische der Biografie im Gegensatz zum Lebenslauf in ihrer sinnhaften Einordnung der lebensgeschichtlichen Erfahrungen in den Wissensvorrat gesehen wird. Dieser Wissensvorrat strukturiert die gegenwärtigen und zukünftigen Orientierungen des Individuums in der Sozialwelt. Die sinnhafte Einordnung ist, wie Gabriele Rosenthal betont, alles andere als eine zufällige, individuelle Leistung – »sie ist vielmehr sozial konstituiert« (ROSENTHAL 1995: 13). Ein zentrales Interesse der Biografieforschung liegt in der Freilegung derjenigen Mechanismen, die die subjektive Verarbeitung der objektiven Struktur steuern. Die Auswahl der objektiv zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen stellt eine biografische Leistung dar. Sie lässt Rückschlüsse auf die zeitliche und situative Verortung der Individuen im sozialen Raum zu. Die Untersuchung des individuell-biografischen Umgangs mit strukturellen Vorgaben erlaubt daher eine über die Einzelfallanalyse hinausgehende Aussage über Produktion und Reproduktion objektiver Strukturmerkmale. Individualbiografische Erfahrungen sind »realer Ausdruck allgemeiner Sozialität und Gesellschaft« (FISCHER-ROSENTHAL & ROSENTHAL 1997 a: 139). Folgt man dieser Annahme, dann eröffnet sich mit der biografischen Methode eine Möglichkeit, den Dualismus von makrotheoretischen Ansätzen einerseits, die die Subjektivität von Handlungen vernachlässigen und mikrotheoretischen Ansätzen andererseits, die ihrerseits die Wirkungsmacht sozialer Strukturen unterschätzen, zu überwinden.

Wie ist diese gegenseitige Durchdringung von Subjektivem und Objektivem zu verstehen? In einem programmatischen Aufsatz zur methodologischen Begründung der Biografieforschung versuchen Wolfram Fischer und Martin Kohli, die zeitliche Dimension von Handlung und Erfahrung als Kernpunkt der Subjekt-Objekt-Relation zu setzen (FISCHER & KOHLI 1987). Demnach unterliegen biografische Vergangenheit und Zukunft einer doppelten Temporalzeit.

»In der lebendigen Erfahrung wird () Vergangenes reinterpremierbar; aktuelle Orientierung und biografisch Vergangenes stehen also in einer Wechselwirkung. Weiterhin wird Künftiges soweit konkret ausgemalt und als Bestimmtes erwartbar, dass für die Orientierung ein ausreichend gefüllter Erwartungshorizont bereitsteht. Die Reinterpretation der Vergangenheit und das konkretisierende Umschreiben der Zukunft sind somit wesentliche Konstitutionselemente der Realisierung biografischer Schemata.« (ebd.: 33)

Zwar unterliegen die individuellen Vorstellungen hinsichtlich des bislang Erlebten sowie des zukünftig Erwartbaren in Abhängigkeit von den gegenwärtigen Erfahrungen einem zeitlichen Wandel. Wenn sich aber biografische Erfahrungen

in den gegenwärtigen und zukünftigen Orientierungen niederschlagen, sollte es – zumindest theoretisch – möglich sein, hierüber die vergangenen Gegenwart zu rekonstruieren. Allerdings, so resümieren die Autoren ist es »zweifelloso unproblematischer, biografische Gebilde als Ausdruck gegenwärtiger Orientierungsperspektiven zu betrachten. Aber die Möglichkeit zur Rekonstruktion vergangener Gegenwart (und damit auch der Genese der gegenwärtigen biografischen Schemata) sollte nicht – weil schwieriger – von vorneherein preisgegeben werden« (ebd.).

Eine konzeptionelle Vorstellung davon, wie sich biografische Vergangenheit in der Gegenwart der Erzählung präsentiert, liefert Fritz Schütze. Demnach zieht eine sequenziell geordnete Erfahrung eine entsprechend geordnete Erfahrungsaufschichtung nach sich. Wesentlich für die in der Erzählung aufbereiteten Erfahrungen sind die »Zugzwänge des Erzählens«: Der Gestaltschließungszwang bewirkt, dass die erlebte Geschichte als zusammenhängende Episode mit allen erforderlichen Teilaspekten für die Zuhörenden verständlich wird. Der Kondensierungszwang erfordert eine permanente Vergegenwärtigung der relevanten Aspekte. Es soll also nur das erzählt werden, was für das Verständnis der Geschichte relevant ist. Schließlich führt der Detaillierungszwang zur Orientierung des Erzählers an den tatsächlichen und zeitlich aufeinanderfolgenden Ereignissen. Die eigenerlebten Erfahrungen werden in der Erzeugung und der Reihenfolge der narrativen Sätze an den tatsächlichen Abfolgen orientiert. Nur so ist ein plausibler Übergang von Ereignis A zu Ereignis B herstellbar. Die Zugzwänge einer Erzählung ermöglichen, so Schütze, eine Rekonstruktion der Struktur des tatsächlichen Handelns und der Erfahrung in der Vergangenheit. Die Erlebnisstrukturen der biografischen Vergangenheit korrespondieren demnach mit den gegenwärtigen Erzählstrukturen – das Erlebte spiegelt sich im Erzählprozess. Schütze schreibt zur Dynamik autobiografischer Stegreiferzählungen:

»Gerade durch das retrospektive und zugleich existenzielle Nacherleben der größeren Ereigniszusammenhänge, auf die sich der innere Vorgang der Selbstvergewisserung eigener vergangener Ereignisverwicklungen mit Notwendigkeit eben auch erstreckt, dass die Einzelereignisse in soziale, historische und biografische Prozesse eingebettet sind, wird der Erzähler immer wieder zu einer synthetischen Erkenntnisleistung veranlasst: seine Aufmerksamkeit richtet sich nicht nur – wie beim aktuellen Handeln – auf das Wohin seines damaligen Handelns und Erleidens, sondern zugleich auch auf dessen Woher aus den vorhergehenden Ereignisverwicklungen. (...) Es werden dem Erzähler so die Wirkmechanismen sozialer und biografischer Prozesse im eigenen Lebensgang, die Formen ihrer Verknüpfung, insbesondere auch die Weisen der Verarbeitung sozialer Prozesse in der eigenen Identität – sowie die Strukturen der Verkettung sozialer und biografischer Prozesse zu historischen und lebensgeschichtlichen Großformungen transparent.« (SCHÜTZE 1987: 40f)

Die Prozessstrukturen des individuellen Lebenslaufs deuten auf das Vorhandensein von Prozessstrukturen, die in allen Lebensabläufen – mehr oder weniger ausgeprägt – anzutreffen sind. Die Analyse dieser elementaren Prozessstrukturen lässt daher Rückschlüsse auf Typen von Lebensschicksalen zu, die gesellschaftliche Relevanz besitzen (SCHÜTZE 1983).

6.1.3 Die gestalttheoretische Betrachtung von Biografien

Gabriele ROSENTHAL (1995) hat sich intensiv mit der Frage auseinandergesetzt, in welcher Beziehung das Ereignete, das Erlebte und das Erzählte stehen und damit viel zum Verständnis beigetragen, wie mit dem biografischen Ansatz der Dualismus zwischen objektivem Ablauf und individueller Sinngebung zu umgehen ist. Rosenthal baut ihre Überlegungen auf einer phänomenologischen Interpretation der Gestalttheorie Aron Gurwitschs auf. Diese impliziert zum einen die zentrale phänomenologische Annahme, dass Ereignisse nicht in ihrem So-Sein, sondern nur im Wie ihrer Darbietung wahrgenommen werden können (Noema). Während allerdings Edmund Husserl die Annahme vertrat, dass die Organisiertheit des Wahrgenommenen allein auf den intentionalen Akten des Subjekts beruht, bleiben bei Aron Gurwitsch Elemente des Prinzips der Konstanz zwischen Realität und Erfahrung erhalten. Begründet liegt dies in der vorgegebenen Organisiertheit des Noemas, das heißt in seiner Funktion als Teil eines noematischen Systems: Die Wahrnehmung etwa eines Hauses speist sich aus den wahrgenommenen Fassaden – die einzelnen Fassaden stellen Teile eines gesamten noematischen Systems ›Haus‹ dar. Die Gesamtgestalt des Hauses enthält daher eine der Wahrnehmung vorgegebene Organisation, d. h. »zwischen den Teilen des noematischen Systems besteht in dieser Betrachtung die besondere Beziehung der Gestaltkohärenz, alle Teile stehen in einer durchgehenden Interdependenz zueinander« (ROSENTHAL 1995: 29). Einzelne Teile von Gestalten weisen also keine konstante Bedeutung auf, sondern erhalten diese allein aufgrund ihrer Funktion für das Gesamte.

Hinzu kommt, dass eine Wahrnehmung nur dann eintritt, wenn sowohl Gestalt als auch Hintergrund gegliedert sind. »Am Anfang steht kein Chaos, sondern eine Differenz.« (ebd.: 49) Jede Wahrnehmung wird entlang drei jeweils spezifisch strukturierter Bereiche gegliedert: Thema, thematisches Feld und Rand. Das Thema ist das, was im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. Es ist in ein spezifisches thematisches Feld eingebettet. Der Rand umfasst die zeitlich kopräsenten Gegebenheiten. Das Verhältnis dieser drei Strukturkomponenten macht Rosenthal an einem Beispiel deutlich (ebd.: 50):

»Betrachten wir ein Gemälde und hören im Hintergrund Geräusche, sind diese zwar deutlich mitgegeben, sie haben jedoch, im Unterschied zum blauen Hintergrund der

Figuren des Bildes, keinen inneren Zusammenhang zum Gemälde. Die Geräusche gehören zum Rand. Gleiten dagegen unsere Gedanken zu anderen Gemälden hinüber, bewegen wir uns weiterhin im thematischen Feld, nennen wir es ›Malerei‹. Mit dem Vorstelligwerden anderer Gemälde vollziehen wir einen Wechsel von einem Bestand des Feldes, wir bewegen uns von Thema zu Thema – wie auch bei der Erzählung von Geschichten, die innerhalb eines thematischen Feldes stehen.«

Rückt nun der Rand, das heißt die Musik anstelle des Bildes in das Zentrum der Aufmerksamkeit, dann wird ein neues thematisches Feld »Musik« eröffnet und das Feld »Malerei« wird zum Rand. Erinnerungen stellen »einheitlich gestaltete Gebilde« dar, die jeweils als Thema, Feld oder Rand miteinander verbunden sind.

Für das Verhältnis von Erlebtem und Erinnertem bedeutet dies, dass ein Element einer gegenwärtigen Situation nur dann einen spezifischen Gedächtnisinhalt aktualisiert, wenn dieser in einem funktionalen Bedeutungszusammenhang steht – es muss »Spuren des Gesamten« in sich tragen. Vornehmlich scheint also das erinnert zu werden, was bereits beim Erleben gestaltet war.

»Der empirische Befund, dass man sich leichter an Erlebnisse erinnert, die mit der momentanen Stimmung übereinstimmen, kann gestalttheoretisch mit der wechselseitigen ›Kommunikation‹ zwischen gegenwärtigen und vergangenen Gestalten erklärt werden. Diese Kommunikation findet allerdings nur dann statt, wenn die Stimmung funktionaler Bestandteil sowohl der gegenwärtigen wie der vergangenen Situation ist. Die Bedeutung der Erlebnisse in ihrer Gesamtheit – und eben nicht nur der Bestandteil des damaligen Gefühlszustands – steuert die Selektion der Erlebnisse aus dem Gedächtnis.« (ebd.: 75)

Die Struktur der erinnerten Lebensgeschichte ist in der erlebten Lebensgeschichte vorgegeben. Vor diesem Hintergrund wird nachvollziehbar, dass sowohl chaotische wie auch routinierte Handlungsabläufe deutlich schlechter erinnert werden als räumlich und zeitlich strukturierte Erlebnisse.

»Entscheidend für das ‚Überleben‘ von Erinnerungsspuren ist also die vorgängige Strukturiertheit der Erlebnisse.« (ebd.: 76)

Welche Erlebnisse aus dem Gedächtnis ausgewählt werden, ist vom gegenwärtigen Kontext abhängig:

»Um mich an etwas zu erinnern oder um etwas aus der Erinnerung auftauchendes überhaupt wahrzunehmen, bedarf es einer Zuwendung, die aus meiner gegenwärtigen Situation mit meinem gegenwärtigen Relevanzsystem und Interesse entspringt.« (ebd.: 85)

Neben dem weiteren gesellschaftlichen Kontext, wie etwa einem kollektiven Erinnerungsrahmen, moderiert auch das individuelle biografische Gesamtkonzept die Selektion der erinnerten Erlebnisse. Darüber hinaus ist nicht nur die Selektion spezifischer Erlebnisse, d. h. das, woran sich erinnert wird, von der gegenwärtigen Situation und der biografischen Gesamtsicht beeinflusst. Auch

das Erinnerungsnoema selbst wird durch den gegenwärtigen Kontext geformt: Erfolgt die Hinwendung zu einem bestimmten Erlebnis etwa aus einer depressiven Stimmung heraus, dann werden eher die unangenehmen Bestandteile in den Vordergrund rücken und es wird ein unglückliches Erlebnis erinnert.

Schließlich diskutiert Rosenthal das Verhältnis von Erinnerung und Erzählung. Zum einen ist der Anteil der Erinnerung beim Erzählen variabel. Er reicht von einem vollständigen Einlassen auf den Fluss des Erinnerungsprozesses und damit einer weitgehenden Reinszenierung des Erlebten über eine auf Fantasie beruhende Konstruktion einer Geschichte bis hin zur Nacherzählung einer zur Anekdote gewordenen Geschichte, die keinerlei Beziehung zum Erinnerungsnoema aufweist.

»Wollen wir Geschichten erfinden bzw. uns mit einer Vergangenheit ausstatten, die zu unserer Gegenwart passt, dann dürfen wir uns nicht einem auf Erinnerungen basierenden Erzählprozess ausliefern, sondern müssen Geschichten ohne Erinnerungen – am besten ohne den Handlungsdruck von Kommunikationssituationen – konstruieren.« (ebd.: 94)

Darüber hinaus ist das Verhältnis zwischen Erinnern und Erzählen als Differenz bestimmbar. Diese ist weitgehend in der Übersetzung eines Erinnerungsnoemas in eine nachvollziehbare Geschichte begründet:

»Ich kann mich mit vagen, undurchsichtigen, in sich inkonsistenten widersprüchlichen und doch für mich nachvollziehbaren Erinnerungen begnügen, während die interaktionalen Anforderungen an eine Erzählung die Auflösung von Vagheiten und Widersprüchen oder aber deren Erklärung notwendig machen.« (ROSENTHAL 1995: 87)

Während die erzählte Geschichte also weniger enthalten kann als das Erinnerungsnoema, weil nicht alles erzählt wird, kann die erzählte Geschichte aber auch mehr als das Erinnerungsnoema enthalten. Letzteres erschließt sich zum einen aus der Beobachtung, dass Brüchigkeiten und Unstimmigkeiten in der Erinnerung erst bei der Erzählung, d. h. bei der Übersetzung der Erinnerung in eine an einen Zuhörer gerichtete Geschichte zutage treten und so eine Rekonstruktion bislang unerkannter Aspekte motiviert wird. Ist der Erinnerungsprozess erst einmal in Gang gesetzt, ist es durchaus möglich, dass weitere, bislang unbeachtete Ereignis Aspekte auftauchen und so das Erinnerungsnoema durch das Hinzufügen von »Hintergrundkonstruktionen« (ebd.: 91, zitiert nach SCHÜTZE 1984: 97) erweitern. Diese Hintergrundkonstruktionen können aus Fremderzählungen bestehen, die dem eigenen Erinnerungsnoema – bewusst oder unbewusst – hinzugefügt werden. Durch die Übernahme einer Fremdperspektive wird die eigene Darbietung meines Erlebnisses modifiziert. »Die Aufnahme der Perspektiven eines am Erlebnis Beteiligten führt zur Reorganisation meines Erinnerungsnoemas« (ebd.: 92). Erinnerung und Erzählung, so lässt sich schließen, konstituieren sich wechselseitig.

Zusammengefasst geht es bei dem von Gabriele Rosenthal vorgestellten biografischen Ansatz darum, den starren Dualismus zwischen Subjektivität und Objektivität aufzulösen. Aus phänomenologischer Sicht weist sie zwar die Annahme zurück, die Welt, »wie sie wirklich ist«, erfassen zu können. Gleichzeitig belegt sie die wechselseitige Durchdringung von Erlebtem, Erinnertem und Erzähltem und betont damit die beidseitige Geordnetheit des gelebten Lebens und der strukturierenden (sprachlichen) Zuwendung in der gegenwärtigen Erzählsituation. Ihr Ansatz lässt sich damit sowohl jenseits des Konstanzprinzips als auch jenseits der Husserlschen Konzeption einer allein im Subjekt liegenden Ordnung des Wahrgenommenen verorten. Zwar stellt die Produktion von Lebensgeschichten eine gegenwärtige, retrospektive und rekonstruierende Betrachtung vergangener und erlebter Ereignisse dar und erlaubt daher Erkenntnisse *nur* über gegenwärtige Deutungsmuster und lebensweltliche Orientierungen. Die Ordnung der Biografie ist aber aufgrund der vorgängigen Geordnetheit des gelebten Lebens weder zufällig noch beliebig. Biografieforschung fokussiert nicht den (objektiven) ›Wahrheitsgehalt‹ einer biografischen Erzählung, sondern fragt danach, warum Erlebnisse in einer bestimmten Weise dargestellt werden. Seine soziologische Relevanz gewinnt dieser biografische Ansatz aus der Annahme, dass sich die Gestalt der Biografie im dialektischen Verhältnis lebensgeschichtlicher Erfahrungen und gesellschaftlich angebotener Muster konstituiert.

»In der ›biografischen Selbstpräsentation‹ finden wir nicht nur Zugang zum lebensgeschichtlichen Prozess der Internalisierung der sozialen Welt im Laufe der Sozialisation, sondern auch zur Einordnung der biografischen Erfahrungen in den Wissensvorrat und damit zur Konstitution von Erfahrungsmustern, die zur gegenwärtigen und zukünftigen Orientierung in der Sozialwelt dienen.« (ROSENTHAL 1995: 13)

6.1.4 Biografie und narrative Identität

In den 1980er-Jahren erfuhr der Identitätsdiskurs unter dem Eindruck der fortschreitenden Individualisierungsdebatte sowohl einen Bedeutungszuwachs als auch konzeptionelle Modifikationen. Erik Erikson, der den Identitätsbegriff in den 1960er-Jahren in die Psychologie einführte, definierte die Ich-Identität noch als Resultat eines Identifikationsprozesses, der in der Adoleszenzphase weitgehend abgeschlossen wird. Zwar sei das Identitätsthema ein Leben lang präsent, allerdings bleibe die erworbene Einheit und Kontinuität der Identität idealerweise über das ganze weitere Leben erhalten. Heiner KEUPP deutete 1989, d.h. im Anschluss an die breite Rezeption der ›Risikogesellschaft‹, auf die er sich auch

dezidiert bezog, den enormen Anstieg der Identitätsdebatte in den 1980er-Jahren als Ausdruck eines gesellschaftlichen Wandels:

»Der Motor der Debatte ist in dem gesellschaftlich realen Umbau von Subjektbildungsprozessen zu sehen. Diese werden krisenhafter und wachsen aus traditionellen Lebensmustern heraus.«

Zur den Konsequenzen dieses gesellschaftlichen Wandels auf die Konzeption von Identität führt er aus:

»Das Erlebnis einer widersprüchlichen und segmentierten Alltagswelt, die sich nicht mehr in einem umfassenden Weltentwurf integrieren lässt, es sei denn um den Preis esoterischer Sektenbildung, erzwingt eine Haltung, die Widersprüchlichkeiten nebeneinander stehen lassen kann und nicht mehr von einem ›Identitätszwang‹ beherrscht wird.« (KEUPP 1997: 17)

Das Konzept der narrativen Identität beschreibt eine spezifische Form der Identitätsbildung unter den Bedingungen der Spätmoderne (KRAUS 2000). Diese Identität konstituiert sich über die Geschichte, die ein Mensch über sich selbst, über die zeitliche Gewordenheit des Selbst erzählt. Die erzählende Person wird in Gestalt des auktorialen Ich-Erzählers mit Eigenschaften, Motiven und Zielen ausgestattet. Diese selbstreflexive und kommunikative Leistung nimmt damit Bezug auf das Konstrukt einer »personalen Identität«. Mit der Verortung der Identität in den sprachbezogenen Handlungen der erzählenden Person unterwandert das Konzept der narrativen Identität die (spät/postmoderne) Kritik an traditionellen, d. h. entwicklungslogisch basierten, zeitstabilen und damit auch normativen Identitätsvorstellungen. Das Konzept der narrativen Identität kann daher als zeitgerechte Antwort auf die Frage dienen, wie Identität heute – unter den Bedingungen eines tief greifenden Gesellschaftswandels – gefasst werden kann. In der Abkehr vom traditionellen Identitätsverständnis wird Identität nicht mehr als feststehende Orientierung und stabile Verortung in der Sozialwelt betrachtet, sondern als etwas kontinuierlich zu Konstruierendes und Umzugestaltendes.

Im Entwurf der »narrativen Identität«, wie ihn Paul Ricœur in seinem dreibändigen Werk »Zeit und Erzählung« entwickelte, wird der Aspekt einer lebenslang fortdauernden Identitätsbildung unabhängig von spätmodernen Individualisierungsprozessen gedacht. Ricœur beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen menschlicher Zeiterfahrung und narrativen Strukturen. Angesichts des unlösbaren Problems, Zeit in seiner theoretischen Dimension zu fassen, sieht Ricœur die Erzählung als einzig möglichen Zugang zum Denken der menschlichen Zeit. Der prozesshafte Charakter einer Erzählung ordnet die ungeordnete Zeiterfahrung. Erzählungen, so Ricœur, dienen dazu, »dass die Zeit in dem Maße zur menschlichen wird, in dem sie sich nach einem Modus des Narrativen gestaltet« (RICŒUR 1988: 87). So muss jede Form von Zeiterfahrung in die Form einer Erzählung gebracht werden, um für den Menschen verstehbar zu sein.

»Die Geschichte verstehen heißt zu verstehen, wie und warum die einander folgenden Episoden zu diesem Schluss geführt haben, der keineswegs vorhersehbar war, doch letztlich als annehmbar, als mit den zusammengestellten Episoden kongruent erscheinen muss.« (ebd.: 108)

Die »narrative Identität« beschreibt eine Form von Identität, die über die Geschichte, die ein Subjekt über sich selbst erzählt, hergestellt wird.

»Auf die Frage: ›wer?‹ bzw. ›wer hat etwas gemacht?‹ antworten wir mit der Nennung eines Eigennamens. Doch was stützt die Dauerhaftigkeit der Zuschreibung eines Eigennamens? Allein die Annahme einer Identität, die aber nur eine narrative sein kann, d. h. allein die Erzählung eines Lebens kann wirklich auf die Frage nach dem Wer? antworten.« (MATTERN 1996: 175)

Das Selbst einer Person konstituiert sich aus der narrativen Verbindung von Sinnzusammenhängen. Wird dabei berücksichtigt, dass das eigene Leben immer wieder neu und in einer anderen Version erzählt werden kann, dann wird auch deutlich, dass Identität als eine kontinuierliche und un abgeschlossene Aufgabe der Subjektconstitution zu verstehen ist. Einem statischen Identitätsverständnis wird hier die narrative Herstellung von Identität gegenübergestellt.

»Das Subjekt konstituiert sich () als Leser und Schreiber zugleich seines eigenen Lebens. Wie die literarische Analyse der Autobiografie bestätigt, wird die Geschichte eines Lebens unaufhörlich refiguriert durch all die wahren und fiktiven Geschichten, die ein Subjekt über sich erzählt. Diese Refiguration macht das Leben zu einem Gewebe erzählter Geschichten.« (RICŒUR 1991: 396)

Wenn Identität narrativ hergestellt wird, dann eröffnet die Analyse der diskursiven Praktiken in den alltäglichen Interaktionen einen empirischen Zugang zur Identität – narrative Identität wird als empirisches Konstrukt greifbar (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2002). Das konkrete Substrat, aus dem die narrative Identität erschlossen werden kann, ist die autobiografische Erzählung. Die in Form eines Textes vorliegende Identitätskonstruktion kann anhand sozialwissenschaftlicher und sprachanalytischer Mittel rekonstruiert werden. Die soziologische Biografieforschung besetzt damit ein Arbeitsfeld, in dem gesellschaftliche Phänomene hinsichtlich ihrer Bedeutung für die individuelle Identitätsentwicklung anhand empirischer Daten untersucht werden können. Von zentraler Bedeutung ist dabei der Befund, dass sich Identität im Medium der Sprache, d. h. in der Interaktion mit sozial Anderen konstituiert. Zwar können auch im autobiografischen Erinnern die eigenen Handlungen in einen sinnvollen Entwurf münden und so ein Element der Identitätsarbeit darstellen. Aber erst, wenn der Entwurf an ein (imaginäres) Publikum gerichtet wird, ist er für die Identitätsanalyse relevant. Dies geht über die banale Beobachtung hinaus, dass Gedachtes einer (wissenschaftlichen) Analyse nicht zugänglich ist. Rosenthal weist auf die Differenz zwischen dem individuellen Vorgang der Erinnerung und der sozialen Handlung einer Erzählung hin. Tatsächlich wird Intersubjektivität nach George Herbert

Mead zu einer wesentlichen Voraussetzung für Identität.²² Identität bedarf der sozialen Anerkennung. Sprache, so kann daher gefolgert werden, ist als soziales Kommunikationsmittel das wichtigste Medium für die Identitätsarbeit:

»Wie wir über uns, übereinander und miteinander reden und welche Aspekte unserer Identitätspräsentation unsere Gesprächspartner aufgreifen, stillschweigend akzeptieren, modifizieren, in Frage stellen oder zurückweisen, bestimmt mit darüber, welches Selbstverständnis wir entwickeln und zur Grundlage unseres weiteren Handelns machen.« (ebd.: 53)

Die diskursiven Praktiken der narrativen Identitätsherstellung unterliegen als sprachliche Produkte den pragmatischen und syntaktischen Regeln; sie sind daher über eine formale Analyse zugänglich und beschreibbar. LUCIUS-HOENE und DEPPERMAN (2002) analysieren narrative Identität in drei Dimensionen: In ihrer temporalen Dimension drückt sich narrative Identität als lebensgeschichtliche Veränderungen des Selbsterlebens aus. Hier geht es um die Frage, wie Ereignisse sinnhaft miteinander verknüpft und in welche Beziehung sie zum eigenen Gewordensein gestellt werden. In ihrer sozialen Dimension verweist narrative Identität auf die Beziehung zwischen einer Person und den sozial Anderen. Identität bildet sich in der spezifischen Verortung innerhalb eines durch Werte und Normen ausdifferenzierten sozialen Felds. Schließlich verweist die selbstbezügliche Dimension der narrativen Identität auf Aspekte der reflektierenden Selbsterfahrung, die der Selbsterkenntnis dienen.

6.1.5 Fazit

Gegenüber dem objektiven Lebenslauf, der ›harte‹ Daten zu stattgefundenen Lebensereignissen beinhaltet, wird Biografie häufig auf die subjektive Interpretation der objektiven Dingwelt reduziert. Daraus wird dann die Konsequenz gezogen, die individuelle, rückblickende Sicht auf das eigene Leben sei nichts weiter als eine »Illusion«, eine »Erfindung«, die zwar durchaus auf gegenwärtige Deutungsmuster schließen lasse, dabei allerdings kaum mit der ›realen Lebensgeschichte‹ zusammenhänge (vgl. FISCHER-ROSENTHAL & ROSENTHAL 1997 a: 93). Demgegenüber soll hier eine Position vertreten werden, wonach sich die Begründung des biografischen Ansatzes aus der konzeptionellen Fassung von Biografie als einem soziales Gebilde erschließt, das sich im dialektischen Verhältnis von subjektiven

22 »Dieser Prozess der Verknüpfung des eigenen Organismus mit den anderen innerhalb der bestehenden Wechselwirkungen, insoweit sie in das Verhalten des Einzelnen, in den Dialog zwischen ›Ich‹ (›I‹ als Subjekt, SK) und ›ICH‹ (›Me‹ als soziales Selbst, SK) hereingenommen werden, machen die Identität aus.« (MEAD 1973: 222)

Erfahrungen und gesellschaftlich angebotenen Mustern affirmiert und transformiert (ebd.). Zwar kann der lebensgeschichtliche Ablauf der real stattgefundenen Ereignisse nicht aus der biografischen Erzählung erschlossen werden. Eine Lebensgeschichte stellt eine gegenwärtige, retrospektive und rekonstruierende Betrachtung vergangener und erlebter Ereignisse dar. Tatsächlich ist es das Ziel einer Biografieanalyse, gegenwärtige Deutungsmuster und lebensweltliche Orientierungen herauszuarbeiten. Allerdings – und dies ist für eine Begründung der biografischen Methode in der empirischen Sozialforschung zentral – sind diese Orientierungen weder zufällig noch beliebig, vielmehr basieren sie aufgrund der vorgegebenen Ordnung auf dem Erlebten. Die von Gabriele Rosenthal vorgestellte, gestalttheoretische Betrachtung von Biografien macht hier klar, dass Erlebtes, Erinnerungtes und Erzähltes wechselseitig durchdrungen sind. Mit der Annahme einer beidseitigen Geordnetheit von Erlebtem und Erinnerungtem eröffnet sich eine Möglichkeit zur Umgehung des Mikro-Makro-Dualismus.

Zur Bedeutung von Biografie als einer sozialen Strukturkategorie kommt aus identitätstheoretischer Perspektive hinzu, dass Biografie in modernen Gesellschaften als eine Form der sozialen Selbstbeschreibung gilt, die es dem Individuum ermöglicht, Identität kommunikativ herzustellen (FISCHER-ROSENTHAL & ROSENTHAL 1997). Diese Annahme folgt weitgehend den Prämissen einer fortschreitenden Individualisierung, in deren Rahmen die Individuen angesichts mangelnder Vorgaben zur autonomen Biografiegestaltung aufgefordert sind. Identität muss im autobiografischen Prozess hergestellt werden.

Mit Bezug auf Paul Ricœur ist die Annahme einer narrativen Form der Identitätsbildung aber nicht nur auf Identitätsprozesse im Rahmen fortschreitender Individualisierung in modernen Gesellschaften zu beschränken, sondern stellt sich vielmehr als anthropologische Konstante im Sinne der einzig möglichen Form der Identitätszuschreibung dar. Auch Gabriele Lucius-Hoenes Konzeption der narrativen Identität beinhaltet ein Verständnis von Identität, das als grundlegende Seinsbedingung angelegt ist und damit etwa auch über die spezifischen Bedingungen in sogenannten ›Risikogesellschaften‹ hinausreicht. Hier wird die zeitliche Kontinuität einer Person als temporale Dimension der Identität verstanden:

»Wie kann ich mich trotz der Erfahrung zeitlichen Wandels immer (noch) als dieselbe Person verstehen und wie bin ich im Wandel der Zeit zu der Person geworden, die ich heute bin? Ohne eine Vorstellung meiner persönlichen Geschichte, ohne Biografiearbeit als Verständnis meines Gewordenseins kann ich auch mein gegenwärtiges Sein nicht begreifen. Das gegenwärtige Selbst ist nur im Strom der Erfahrung und im Sinnzusammenhang der Ereignisse der Vergangenheit zu verstehen.« (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2002: 48)

Über die – einer sprachpragmatischen Analyse zugänglichen – narrativen Strukturen einer autobiografischen Erzählung ist es möglich, sich dem situativ wie zeitlich eingebetteten Selbst-Verständnis empirisch anzunähern.

Der sich im Rahmen autobiografischer Erzählung vollziehende Identitätsprozess ist in einer wechselseitigen Bedeutung zu sehen. In Anlehnung an Paul Ricœur ist der Erzählende zugleich Schreibender und Lesender des eigenen Lebens. In dem Maße wie sich Erzählelemente zu einer kontinuierlichen und kohärenten Erzählung gestalten, wirken diese auf die gesamtbiografische Evaluation zurück. In diesem Zusammenhang wird auch auf die »heilende Wirkung biografischen Erzählens« verwiesen (ROSENTHAL 1995: 167). Biografische Erzählungen entfalten aufgrund der vielfältigen – jedoch nicht unbegrenzten! – Gestaltungsmöglichkeiten eine Möglichkeit zur Reorganisation der eigenen biografischen Sicht. Das eigene Leben kann auch anders als bisher betrachtet werden, die erzählende Person nimmt sich als Autor des eigenen Lebens wahr.

»Das Erleben von Reorganisation der biografischen Sicht schenkt dem Erzähler ein Gefühl von Autonomie und birgt zudem die Möglichkeit einer unbeschwerteren Sicht auf die Vergangenheit.« (ebd.: 168)

Diese Möglichkeiten werden auch zur Behandlung schwer psychisch kranker Menschen eingesetzt. In der narrativen Therapie wird etwa die problemfokussierende biografische Sinnsetzung der Individuen dekonstruiert. Narrative Therapie wird hier definiert als »process of revising the relationship patients have with the stories they live in, deconstructing those ›truths‹ that hold them hostage to certain life-denying meanings, that trap them in a story, forcing them to live with a ›spoiled identity‹, for example by succumbing to schizophrenia« (ROBERTS 2000: 437). Auch Lucius-Hoene betont die identitätsstiftende Kraft autobiografischer Erzählungen und ordnet daher den narrativen Ansatz als eine wichtige Erkenntnisquelle in der Copingforschung ein (vgl. Kap. 4.2.5):

»Der Erzähler, der sich mit seiner Krankheitserfahrung auseinandersetzt, nimmt nicht zu einem Item eines Katalogs von Copingstrategien Stellung, sondern er praktiziert Bewältigung; er zählt nicht nur Ressourcen auf, sondern er setzt sie ein; er ordnet sich nicht in ein Beschreibungsraster ein, sondern er erprobt sich als Person.« (LUCIUS-HOENE 1998: 112)

Gerade dann, so eine Erwartung der narrativen Bewältigungsforschung, wenn es durch eine schwere Erkrankung zu einer Infragestellung vormals sicherer Überzeugungen kommt, sind Betroffene motiviert, das eigene Leben narrativ zu bearbeiten und damit Kohärenz herzustellen. Hier lässt sich fragen, ob und inwieweit diese Annahme gleichermaßen für psychische Erkrankungen gilt oder ob sie aufgrund des oftmals zeitlich gestreckten Entwicklungsprozesses psychischer Störungen zu modifizieren ist. Psychisch Kranke weisen häufig lange vor Krankheitsausbruch psychische Beeinträchtigungen auf (NOWOTNY et al. 1996). Gegenüber der Annahme, dass der Eintritt einer schweren Erkrankung zu Sinn- und Identitätskrisen führt, könnte bei dieser Gruppe die Diagnose auch eine entlastende Funktion haben und ein subjektives Sicherheitsgefühl erstmals entstehen lassen. Diese Frage lässt sich nur empirisch beantworten.

Die methodologischen Aspekte der biografischen Methode begründen die Wahl des empirischen Zugangs zum Kinderwunsch psychisch kranker Frauen. Zum einen ermöglicht die biografische Erzählung eine Analyse der gegenwärtigen Deutungsmuster hinsichtlich des individuellen Kinderwunschs. Da es sich bei den Frauen ausschließlich um (noch) kinderlose Frauen handelt, steht die aus der Vergangenheit abgeleitete Zukunftsorientierung (Kinder Ja oder Nein?) im Vordergrund. Die Untersuchung ist demnach nicht auf den Nachvollzug des realen Ablaufs lebensgeschichtlicher Ereignisse gerichtet, sondern auf den Zusammenhang der gegenwärtigen Orientierung mit den biografischen Erlebnissen und Erfahrungen: Wie werden biografische Erlebnisse in das heutige (reproduktive) Selbstverständnis sinnhaft eingebettet? Fokussiert wird damit insbesondere die temporale Dimension des Selbstverständnisses: (Wie) Kann eine Erzählerin unter der Bedingung einer psychischen Erkrankung einen biografisch kohärenten Umgang mit dem Kinderwunsch konstruieren? Zum anderen gibt die biografische Erzählung darüber Aufschluss, wie soziale Vorgaben im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung und einem Kinderwunsch subjektiv verarbeitet werden: Wie wird beispielsweise der Diskurs zum Kindeswohl in Einklang gebracht mit der psychischen Erkrankung? Und wie gehen psychisch kranke Frauen mit den normativen Vorgaben einer weitgehend autonomen Gestaltung des reproduktiven Lebens um?

6.2 Das narrativ-biografische Interview

6.2.1 Form und Struktur narrativer Interviews

Das narrative Interview wurde in den 1970/80er-Jahren maßgeblich durch Fritz Schütze entwickelt (SCHÜTZE 1978; SCHÜTZE 1987). Heute gilt es als etabliertes Instrument der interpretativen Sozialforschung. Das Ziel eines narrativen Interviews liegt in der Generierung einer Stegreiferzählung, die weitgehend spontan auf eine offene Erzählaufforderung der Interviewerin erfolgt und die Erzählung vorwiegend selbst erlebter Ereignisse in Form einer zusammenhängenden Geschichte mit einem Anfang und einem Ende beinhaltet. Gegenüber anderen Befragungsformen können narrative Texte ein spezifisches Wissen der befragten Personen aktivieren. Dieses Wissen konstituiert sich aus den Erklärungen, die die befragte Person (unbewusst) für den Fortgang einer Geschichte retrospektiv heranzieht. Dieses Wissen ist den befragten Personen auf der Ebene der erzählerischen Darstellung verfügbar, meist jedoch nicht auf der Ebene von Eigentheorien (HERMANN 1995).

Das biografisch-narrative Interview setzt sich aus drei Teilen zusammen (SCHÜTZE 1983). Den ersten Teil stellt die autobiografische Haupterzählung dar.

Hier wird durch eine entsprechende Erzählaufforderung eine weitestgehend freie biografische Erzählung generiert. In dieser idealiter rein narrativen Phase²³ des Interviews wird die Erzählung nicht unterbrochen, um der Gesprächspartnerin die Möglichkeit einer autonomen biografischen Selbstpräsentation zu geben (siehe unten). Nach Beendigung der Haupterzählung folgt der zweite Hauptteil, der durch spezifische Nachfragen zustande kommt. Diese richten sich auf Aspekte der Haupterzählung und werden daher auch als immanente Nachfragen bezeichnet. Sie zielen auf Aspekte, die in der Haupterzählung offen oder unplausibel geblieben sind. Daneben können sie auch auf Aspekte gerichtet sein, die in der Erzählung nur kurz angedeutet wurden, jedoch zugunsten des Hauptthemas wieder in den Hintergrund getreten sind. Die immanenten Nachfragen dienen dazu, jene Bereiche oder Lebensabschnitte noch einmal aufzugreifen, die in der Haupterzählung nicht detailliert genug erzählt wurden und daher in ihrer Bedeutung nicht ausreichend erfasst werden können. Der immanente Nachfrageteil zeichnet sich durch erzählgenerierendes Fragen aus, d. h. die narrative Textform steht auch hier im Vordergrund. Auf eine abstrahierende Beschreibung und Bewertung des Erzählten wird schließlich im dritten Teil des narrativen Interviews gezielt. Die Nachfragen beziehen sich nun auch auf Aspekte, die während der Haupterzählung nicht thematisiert wurden (exmanenter Nachfrageteil). Hier geht es in der Regel um »Beschreibungsnachfragen nach sozialen Rahmen« (SCHÜTZE 1987: 240), um »Fragen nach dem Wie sozialer Prozesse« (RIEMANN 1987: 50) sowie um Fragen mit der »Funktion des Abtestens von Annahmen, die sich bei der Haupterzählung aufdrängen« (FISCHER-ROSENTHAL & ROSENTHAL 1997b: 417). Es können Aspekte eingebracht werden, die sich aus der (theoretischen) Beschäftigung mit dem Thema ergeben haben. So wird spätestens jetzt die Erzählebene zugunsten einer argumentativen Beantwortung verlassen.

»Es geht nunmehr um die Nutzung der Erklärungs- und Abstraktionsfähigkeit des Informanten als Experte und Theoretiker seiner Selbst.« (SCHÜTZE 1983)

6.2.2 Voraussetzungen für die Generierung von Lebensgeschichten

An die Generierung von Lebensgeschichten im Rahmen eines narrativ-biografischen Interviews sind spezifische Bedingungen geknüpft. Diese beziehen sich sowohl auf eine prinzipielle Haltung gegenüber der Erzählerin und den zu generierenden Daten, auf das interessierende Thema sowie auf die erzählende Person. Die Haltung der Interviewerin zur Erzählerin und der Erzählung stellt

23 Praktisch erfolgt die Erzählung immer auch beschreibend und argumentierend (vgl. Kap. 6.3.4).

eine wichtige Voraussetzung für die Qualität der generierten Daten dar. Die Haltung der Interviewerin sollte durch ein unausgesprochenes Einverständnis zwischen Interviewerin und der befragten Person geprägt sein, das die Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen beiden Gesprächspartnern darstellt, sodass die befragte Person in ihrer Stegreiferzählung nicht durch Überlegungen hinsichtlich der Vertrauenswürdigkeit der Gesprächspartnerin (z. B. hinsichtlich Anonymität der Daten) beeinflusst ist. Allerdings besteht bei einem Einverständnis zwischen den Gesprächspartnern die Gefahr, dass Selbstverständlichkeiten nicht expliziert werden, da – wie in Alltagsgesprächen – angenommen wird, bestimmte Aspekte seien der Interviewerin ohnehin bekannt. Daher muss die Interviewerin gleichzeitig eine ausreichende Distanz zum Erzählten aufweisen, um den Gesprächsinhalt erzählenswert zu machen. Ein gewisses Maß an Fremdheit gegenüber den unhinterfragten Selbstverständlichkeiten und dem »Normalen« stellt hierfür eine wesentliche Voraussetzung dar. FUCHS-HEINRITZ (2005) beschreibt diese Haltung unter Rückgriff auf Kluckhohn als ein Dilemma des Feldforschers, gleichzeitig ›Freund‹ und ›leere Wand‹ zu sein. Deutlich wird hier, dass es sich beim biografischen Gespräch nicht um eine alltägliche biografische Kommunikation handelt. Die Konsequenzen für die Interviewerin liegen darin, sich nach Möglichkeit der Diskursregeln im Alltag bewusst zu werden, um sie in der Interviewsituation zu aktivieren.

Im Gegensatz zu den meisten Erhebungsformen besteht ein narratives Interview nicht aus Fragen und Antworten, sondern zeichnet sich gerade durch die weitgehende Zurückhaltung der Interviewerin aus. Das Ziel des narrativ-biografischen Interviews liegt darin, die erzählende Person zu einer Erzählung der Lebensgeschichte zu motivieren. Idealerweise überlässt sich die Erzählerin einem Erinnerungs- und Erzählfluss. Eine der grundlegenden Voraussetzungen dafür ist die »Offenheit« gegenüber den zu generierenden Daten. Praktisch wird diese Offenheit durch eine sehr weit und allgemein gehaltene Erzählauforderung erreicht. Welche Aspekte ihrer Lebensgeschichte die interviewte Person erzählt, wo sie Schwerpunkte setzt und wie sie die Ereignisse zeitlich und inhaltlich miteinander verknüpft, obliegt allein der Regie der Erzählerin. Dagegen schränkt eine zu enge Erzählauforderung, bei der bereits Themen oder zeitliche Strukturen vorgegeben werden, den verfügbaren Gestaltungsraum erheblich ein. Die mögliche Folge ist, dass die Relevanzen und Kategorien der Erzählerin denjenigen der Interviewerin untergeordnet werden. Die Offenheit ist daher von höchster Bedeutung für die Interpretation der Erzählung, da die zeitliche und inhaltliche Struktur einer Erzählung Rückschlüsse auf die Bedeutung einzelner Episoden einer Lebensgeschichte zulässt. Unter Rückgriff auf die gestalttheoretischen Annahmen erzählter Lebensgeschichten weist Gabriele Rosenthal auf die Gefahren hin, die mit einer geschlossenen bzw. strukturierenden Interviewerhaltung einhergehen:

»Das Zerstörungspotenzial von Interventionen, mit denen Themen gesetzt werden und generell von Zwischenfragen bei der Gestaltbildung in der Haupterzählung bemisst sich daran, ob sie sich a.) auf das Thema beziehen oder b.) auf andere Bestände des thematischen Feldes oder gar c.) auf Randgegebenheiten. Dieses Gegensteuern bei der Themensetzung und der Fehlbildung kann zu einer un-aufhebba- ren Zerstörung der Figuren führen, die der Autobiograf ohne unsere Intervention gezeichnet hätte.« (ROSENTHAL 1995: 192)

Die Zurückhaltung der Interviewerin lässt sich auch aus interaktionistischer Perspektive begründen: Eine intervenierende Gesprächsführung vonseiten der Interviewerin kann dazu führen, dass die befragte Person immer stärker auf eine Frage der Interviewerin wartet, während die Antworten immer kürzer ausfallen (vgl. FISCHER-ROSENTHAL & ROSENTHAL 1997; HELFFERICH 2005). Erfolgen dagegen keine Interventionen, ergibt sich »das umgekehrte Phänomen: Von Geschichte zu Geschichte werden die Erzählungen detaillierter, aus dem Gedächtnis des Erzählers tauchen mehr und mehr Einzelheiten und Erlebnisse auf« (FISCHER-ROSENTHAL & ROSENTHAL, 1997a: 144). Daher sollten sich die Äußerungen der Interviewerin in dieser Phase weitestgehend auf allgemeine Zustimmung beschränken, die durch Kopfnicken oder andere Interessensäußerungen (z. B. »ja«, »aha«, »hm«) ausgedrückt wird, während partielle Zustimmung oder Bewertungen möglichst vermieden werden sollte (FUCHS-HEINRITZ 2005).

Eine weitere Voraussetzung für die Generierung von Erzählungen im Rahmen eines biografisch-narrativen Interviews liegt in der »narrativen Generierungskraft« der gewählten Themen. Um narrative Textformen zu erzeugen, muss sich das Thema auf relevante Aspekte der Lebensführung beziehen »über diese zu berichten der Mühe wert erscheint« (SCHÜTZE 1978: 17). Das Thema muss also eine spezifische Interessenlage der erzählenden Person ansprechen. Andererseits ist mit einer zu eindeutigen Interessenlage die Gefahr verbunden, dass dies als Teil des Privatbereichs wenig kommunizierbar ist. Weiterhin sollte sich das Thema nicht nur auf die individualisierte Problematik innerhalb der persönlichen Lebenserfahrung beschränken, sondern auch von allgemeinem Interesse sein (ebd.: 18). Schließlich sollte das interessierende Thema »narrativierbar« sein: Es kann nur etwas erzählt werden, was neben der lebensgeschichtlichen Dimension auch eine zeitliche Entwicklungsgestalt besitzt. Dabei ist zu beachten, dass die Erzählbarkeit auch davon abhängt, ob die erzählte Erfahrung abgeschlossen ist und so in die gesamte Biografie evaluierend eingeordnet werden kann (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2002).

Auf das Thema der vorliegenden Arbeit übertragen, stellt sich die Frage nach der narrativen Generierungskraft des Themas Kinderwunsch. Es wird davon ausgegangen, dass der Umgang mit reproduktiven Aspekten zu den zentralen Komponenten der Biografie zählt. Folgt man der Argumentation von FISCHER und KOHLI (1987) besteht biografischer Handlungszwang in jenen Bereichen

der Lebenspraxis, denen aufgrund von Subsistenzsicherung (Erwerbsarbeit), aufgrund des Fortbestands der Gattung (Generativität) oder grundlegender Gesellschaftsformen (Familie) nicht ausgewichen werden kann. Aus dieser Perspektive dürfte die Frage nach einem biografischen Kinderwunsch ausreichend narrative Generierungskraft besitzen. Zwar kann nicht prinzipiell von einem aktiven Umgang mit biografischen Handlungsproblemen ausgegangen werden, da ein aktiver Umgang häufig gerade in diesen bedeutenden Lebensbereichen durch hochnormierte Skripts ersetzt wird. Dennoch stellen sich früher oder später in jeder Biografie diese biografisch ›unausweichlichen Fragen‹ hinsichtlich der gewünschten Lebensform (hier: Elternschaft ja oder nein) und machen eine Auseinandersetzung erforderlich.

»Solche Fragen stellen sich unabhängig davon, ob der Einzelne alle Optionen erkennt oder nicht, sie ›sinnvoll‹ findet oder nicht; er muss sie in jedem Fall sich praktisch entscheidend ›lösen‹.« (ebd.: 40)

Die möglicherweise gerade im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung hochgradig normative Einbettung des Kinderwunschs entspricht der von Schütze geforderten Voraussetzung eines (auch) allgemeinen Interesses an diesem Thema. Es wurde gezeigt, dass reproduktive Handlungen und Entscheidungen (Kind Ja oder Nein) im Allgemeinen nicht nur als individualisierte Handlungen oder Entscheidungen zu betrachten sind, sondern von vielfältigen sozialen Faktoren beeinflusst werden (vgl. Kap. 3). Bezogen auf das Thema der vorliegenden Arbeit ist hier etwa an normative Diskurse zur Fortpflanzung psychisch kranker Menschen zu denken. Vorstellbar ist, dass der Aspekt des Kindwohls bei Kindern psychisch kranker Eltern gegenüber eugenisch motivierten Diskursen in den Vordergrund gerückt ist (vgl. Kap. 3).

Darüber hinaus ist mit Gabriele Rosenthal auf individuelle Voraussetzungen für eine lebensgeschichtliche Erzählung hinzuweisen. Ob die Gestaltung einer lebensgeschichtlichen Erzählung gelingt, hängt auch davon ab, ob »sich ihm sein Leben als gestalthaftes darbietet und er ohne weitere Anstrengung darüber erzählen kann« (ROSENTHAL 1995: 99). Zum einen müssen hierfür sozialisatorisch erworbene Muster zur Gestaltung der biografischen Präsentation vorhanden sein. Die Erzählerin muss aber auch über ein Mindestmaß an kognitiven Kompetenzen verfügen. Dass diese aufgrund einer psychischen Erkrankung (zeitweise) beeinträchtigt sein können, gilt als gesichert (BRUNNHUBER & LIEB 2000). Als weitere Voraussetzung sieht Rosenthal die Kongruenz von erlebter Lebensgeschichte und biografischer Gesamtevaluation. Klaffen die biografischen Erlebnisse und die (sozial) gewünschte Gesamtdarstellung auseinander, kommt keine Erzählung im konversationsanalytischen Sinne zustande. Ebenso stellt ein nicht zerstörter Lebenszusammenhang eine weitere, wichtige Voraussetzung für die Gestaltung einer biografischen Erzählung dar. Die Auflösung eines narrativen Bezugs auf die eigene Biografie kann aus der Abwehr spezifischer Identitätszuschreibungen

als ›psychisch krank‹ resultieren. So berichtet Gerhardt Riemann von einem Fall eines psychiatrischen Langzeitpatienten, bei dem keine narrative Gestaltschließung im Sinne Fritz Schützes zustande kam:

»Die Lebensgeschichte kann in ihrer Gesamtheit nicht mehr erzählt werden, die Biografie stellt keine kognitive Figur, keine Orientierungsgröße mehr dar, und der Bezug zur eigenen ›Gewordenheit‹ ist verlorengegangen.« (RIEMANN 1987: 449)

Ob die genannten Voraussetzungen für das Erzählen einer Lebensgeschichte vorliegen, wird sich anhand der Qualität der narrativen Textformen bemessen. Ferner sollte, wie Rosenthal betont, eine biografische Notwendigkeit zur Erzählung gegeben sein und die erlebte Lebensgeschichte sollte ein gewisses Ausmaß an biografischen Handlungsspielräumen und biografischen Wendepunkten aufweisen. Es ist anzunehmen, dass diese Voraussetzungen in den zugrunde gelegten Biografien durch die krisenhafte Bedeutung einer psychischen Erkrankung gegeben sind (vgl. Kap. 4). Folgt man den Annahmen der narrativ orientierten Bewältigungsforschung, motiviert eine biografische Krisenerfahrung den Wunsch, das eigene Leben zu erzählen und hierüber Handlungen sinnhaft einzuordnen. Es ist anzunehmen, dass die hinzukommende Kinderwunsch-Thematik als prinzipiell biografierelevantes Handlungsproblem (sic!) diesen Wunsch noch verstärkt.

6.2.3 Feldzugang, Stichprobenumfang und Fallauswahl

Zum angemessenen Stichprobenumfang im Rahmen einer hermeneutisch verfahrenen Interviewstudie gibt es unterschiedliche Angaben. So beschreibt etwa Berteaux in einer Studie über Bäcker in Frankreich, dass sich der größte Teil seines Erkenntnisgewinns bereits nach den ersten Interviews einstellte. Mit dem 15. Interview trat eine theoretische Sättigung ein und nach dem 30. Interview war das entstandene Bild über den Gegenstand abgesichert (BERTEAUX 1980, nach FUCHS-HEINRITZ 2005: 241). Helfferich weist darauf hin, dass sich die Stichprobengröße umgekehrt zur Intensität des Auswertungsverfahrens verhält: Je gründlicher eine Interviewauswertung durchgeführt wird, desto weniger Fälle müssen berücksichtigt werden. Dementsprechend verweist sie auf eine Spannweite bei der Stichprobengröße, die von $n = 6$ bis hin zu $n = 120$ Interviews reicht (HELFFERICH 2005). In der zugrunde gelegten Studie wurde ein Stichprobenumfang von etwa 12–15 Interviews angestrebt.²⁴

²⁴ Diese Zahl erschien angesichts der Zahl an Patientenaufnahmen am Bezirkskrankenhaus realisierbar. Anhand der Basisdokumentation des Bezirkskrankenhauses wurde eine jährliche Aufnahmezahl von 62 Frauen errechnet, die die genannten Einschlusskriterien erfüllen. Selbst bei einer Verweigerungsquote von 50 % läge die Rekrutierungszeit bei maximal einem Jahr.

Die Rekrutierung der Interviewpartnerinnen erfolgte in zwei Schritten. In einem ersten Schritt wurde ein Verfahren gewählt, wonach sich die Interviewpartnerinnen aus der Aufnahmepopulation des Bezirkskrankenhauses Günzburg rekrutieren. Das Bezirkskrankenhaus Günzburg verfügt über mehrere Kliniken einschließlich einer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit 330 Betten und ist zugleich Akademisches Krankenhaus für die Universität Ulm (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm). Die für die Studie infrage kommenden Interviewpartnerinnen wurden anhand von Informationen, wie sie im BADO-Aufnahmebogen für einen stationär-psychiatrischen Aufenthalt aufgeführt sind, erfasst (GAEBEL et al. 2009). Die Fallauswahl erfolgte als vorab theoretisch begründete Festlegung. Dabei wurden die folgenden Einschlusskriterien definiert: Es sollte eine psychiatrische Diagnose vorliegen; diese Diagnose sollte entweder eine psychische Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, eine affektive Störung oder eine Persönlichkeitsstörung sein.²⁵ Festzuhalten ist, dass hier keine exakte Bestimmung der Erfüllungskriterien erfolgt, etwa anhand einer standardisierten Symptomerhebung. Entsprechend dem Studieninteresse an den aus den Erzählungen zu rekonstruierenden Sinnstrukturen stand die individuelle Einordnung als psychisch krank im Vordergrund. Aufgrund der Annahme, dass eine über die allgemeine Diagnose hinausreichende Symptombestimmung keinen Erkenntnisgewinn für eine hermeneutische Auswertung der Interviews beinhaltet, wurde auf die Einsicht in die Krankenakte in den meisten Fällen verzichtet. Ohnehin hätte dies ein nicht zu realisierendes Unterfangen bedeutet, da ein Großteil der Interviewpartnerinnen durch den Zeitungsaufruf rekrutiert wurde. Ein Akteneinblick wäre in diesen Fällen aus forschungsethischen Gründen als problematisch einzustufen gewesen. Außerdem stand zu vermuten, dass die Bitte um Akteneinsicht die Bereitschaft zu einer Interviewteilnahme beeinträchtigt hätte. Die in die Auswertung einfließenden Informationen über die psychische Erkrankung der Interviewpartnerinnen weisen damit aus psychiatrischer Perspektive einen unspezifischen Charakter auf und enthalten keine Aspekte, die ein bestimmtes Verhalten als krankheitsrelevant einzustufen erlauben. Die Informationen zur Krankheit stammen von den Interviewpartnerinnen selbst oder wurden in Einzelfällen von den Mitgliedern des Behandlungsteams im Rahmen der Vorgespräche gegeben. Auch die Bestimmung der Schwere der psychischen Erkrankung folgte keinen strengen, objektiven Kriterien. Eine schwerwiegende Form der Erkrankung wurde als mindestens zweimaliger stationär-psychiatrischer Aufenthalt operationalisiert. Dadurch konnte auch sichergestellt werden, dass die befragten Frauen nicht bereits während eines ersten psychiatrischen Kranken-

²⁵ Dies entspricht den Diagnosen der ›International Classification of Diseases‹ im Bereich F20 (Schizophrene Erkrankungen), im Bereich F30 sowie den schweren Persönlichkeitsstörungen im Bereich der F60-Diagnosen.

hausaufenthalts – durch eine Interviewanfrage – mit einem biografierelevanten reproduktiven Themen wie Kinderwunsch, Familienplanung usw. konfrontiert werden. Außerdem konnte aufgrund dieses Kriteriums angenommen werden, dass sich die befragten Frauen möglicherweise bereits zu einem früheren Zeitpunkt mit den Konsequenzen ihrer psychischen Erkrankung für ihren weiteren biografischen Verlauf auseinandergesetzt hatten. Die Festlegung auf ein Ersterkrankungsalter von unter 30 Jahren erfolgte, um von einem (wie auch immer gearteten) Einfluss der Erkrankung auf die reproduktive Biografie ausgehen zu können.

Im Zeitraum zwischen März und Juni 2007 wurden etwa 50 Patientinnen ermittelt, die für eine mögliche Studienteilnahme infrage kamen. Bei einem kleineren Teil der Patientinnen wurde aufgrund ärztlicher Bedenken von der Bitte um Studienteilnahme abgesehen. Begründet wurde dies in allen Fällen mit krankheitsbezogenen Einschränkungen: So konnte etwa eine durch das Thema der Studie ausgelöste Verschlechterung der Gesundheitszustands nicht ausgeschlossen werden. In anderen Fällen verfügten die Patientinnen nach ärztlicher Einschätzung zum Zeitpunkt der Interviewanfrage nicht über das für eine narrativ-biografische Erzählung notwendige Maß an kognitiven Fertigkeiten. Erfolgt bei Vorliegen der Einschlusskriterien von ärztlicher Seite keine Einwände gegen eine Studienteilnahme, wurden die Patientinnen entweder persönlich durch die Studienmitarbeiterin, durch den betreuenden Arzt bzw. die betreuende Ärztin oder per Brief um eine Studienteilnahme gebeten. Alle potenziellen Studienteilnehmerinnen erhielten ein vorab erstelltes Informationsblatt, das über die wesentlichen Studienziele sowie über Art, Umfang und Vorgehen des Interviews Auskunft erteilte. Die interessierten Patientinnen wurden darauf verwiesen, dass sie sich mit Fragen zur Studie jederzeit an die Projektmitarbeiterin wenden konnten. Bei Teilnahme wurde eine Aufwandsentschädigung von 40 Euro gezahlt.

Die überwiegende Mehrheit der um eine Teilnahme gebetenen Patientinnen lehnte eine Teilnahme ab. Diese Ablehnung war vor dem Hintergrund erstaunlich, dass Interviewerinnen in der psychiatrischen Versorgungsforschung häufig von einem offensichtlichen Bedürfnis der befragten Patienten berichten, weit mehr über die Lebenssituation zu erzählen, als es im Rahmen der meist standardisierten Befragungen möglich ist. Über die Gründe dieser auffallend hohen Ablehnung kann nur spekuliert werden. Denkbar ist, dass die hohe Ablehnungsbereitschaft mit dem derzeitigen Status als psychiatrische Patientin zusammenhing. Möglicherweise lehnten es diese Frauen ab, den Bereich der Familienplanung als Bereich ihrer privaten Lebensplanung im Rahmen der Institution Psychiatrie zu thematisieren. Der Bereich der Familienplanung wird von den betroffenen Frauen nach dieser Interpretation von der psychischen Erkrankung abgetrennt. Diese Vermutung wird dadurch gestützt, dass die angesprochenen Frauen in den meisten Fällen keine Begründung für ihre

Ablehnung angeben wollten und/oder konnten. Das Thema Familienplanung war damit nicht diskursivierbar.

Aus dieser Problemstellung heraus wurde ein Inserat in den regionalen Tageszeitungen geschaltet, das einen Aufruf für eine Studienteilnahme enthielt. Zusätzlich wurde ein Aufruf auf der Internetseite der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm platziert. Die Resonanz auf den Zeitungsaufruf war unerwartet hoch: So gingen im September und Oktober 2007 mehr als 30 Anrufe von Frauen ein, die sich an einer Studienteilnahme interessiert zeigten. Da im Zeitungsaufruf die Einschlusskriterien nicht in ihrer Ausführlichkeit enthalten waren, musste allerdings ein Großteil der Interessierten bereits nach diesem ersten telefonischen Kontakt für eine Studienteilnahme unberücksichtigt bleiben.²⁶ Unter Einschluss der genannten Kriterien konnten insgesamt 17 Interviews durchgeführt werden. Eines der Interviews erfolgte als Paarinterview, bei denen die beiden beteiligten Interviewpartner eine psychische Erkrankung hatten. In der Mehrzahl der Fälle kam der Kontakt über den Zeitungsaufruf zustande; in vier Fällen konnten Interviewteilhnehmerinnen über das Anschreiben mit der Bitte um Teilnahme rekrutiert werden; jeweils eine Interviewteilhnehmerin konnte über den Aufruf auf der Klinikhomepage, über eine persönliche Ansprache während eines Klinikaufenthalts sowie über die Vermittlung eines Arztes rekrutiert werden. Die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung einer ausreichend großen Anzahl an Interviews ließ ein theoretisches Samplingverfahren, bei dem die Ergebnisse der ersten Interviews ein gezieltes Suchen nach geeigneten Interviewpartnerinnen nach sich zieht, nicht zu.

6.2.4 Zum Interviewablauf

Vorbereitung der Gesprächssituation

Es ist möglich, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem psychiatrischen Versorgungssystem mit spezifischen Erwartungen in ein Gespräch gehen. Eine Erwartung könnte darin bestehen, dass die Interviewerin als Teil des professionellen Helfersystems agiert. Vor dem Hintergrund, dass das psychiatrische Versorgungssystem durchaus auch (noch) Elemente eines hierarchischen Arzt-Patienten-Verhältnisses beinhalten kann (SCHÜRMAN 1997), besteht die Gefahr, dass sich durch eine solche Erwartung

²⁶ Immer wurde von den Frauen auf die große Bedeutung dieses Themas hingewiesen, verbunden mit dem Wunsch, dieses gerade auch im psychiatrischen Versorgungssystem stärker zu thematisieren.

ein ungleiches Machtverhältnis zwischen befragter Person und Interviewerin ausbildet. Möglich ist ebenso, dass die Interviewerin in die Rolle einer Expertin gedrängt wird, von der sich die Interviewerin Hinweise und Ratschläge im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung erhofft. Schließlich steht zu befürchten, dass die befragte Person ihre Äußerungen strategisch einsetzt in der falschen Annahme, das Interview würde dem professionellen Team zugänglich gemacht und so möglicherweise in die Therapie einfließen. Um zu verhindern, dass die Gesprächssituation durch eine strategische Haltung der befragten Person überschattet wird, wurde vor dem eigentlichen Beginn der Erzählung ausführlich auf die unabhängige Position der Interviewerin hingewiesen. In Anlehnung an die Methodik Gerhard Riemanns (RIEMANN 1987), der ebenfalls narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten durchführte, wurde die Distanz zum psychiatrischen Versorgungssystem durch eine ausführliche Vorstellung der Interviewerin, ihres beruflichen Werdegangs sowie durch Betonung ihres rein wissenschaftlichen Interesse an dem Thema deutlich gemacht. Es wurde hervorgehoben, dass die Interviewerin nicht zum therapeutischen Team gehört und daher die Interviewprotokolle unter keinen Umständen den behandelnden Ärzten oder weiteren Angehörigen des therapeutischen Teams zugänglich und so für den Behandlungsverlauf in keiner Weise relevant sind. Im Besonderen wurde die Anonymisierung der Interviewprotokolle sowie die durch die Ethikkommission der Universität Ulm abgesicherten strengen Datenschutzaufgaben erläutert, die der Studie zugrunde liegen.²⁷ Nach diesen allgemeinen Hinweisen zur Rolle der Interviewerin und zum Umgang mit den Daten wurde den Interviewpartnerinnen der Ablauf des Interviews erläutert. Schließlich erfolgte ein Hinweis darauf, dass die Interviewerin die Erzählung nicht unterbrechen wird und sich während des Gesprächs gelegentlich Notizen macht, um eventuell während der Erzählung auftauchende Fragen im Anschluss an das Gespräch einbringen zu können.

Tonbandaufnahme

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen. Das Starten des Aufnahme geräts wurde explizit angekündigt. In die Aufnahme ging neben der eigentlichen biografischen Erzählung auch die Erzählaufforderung der Interviewerin ein, die damit als Teil der Interviewinteraktion interpretierbar wurde.

²⁷ Ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Ulm liegt vor; Antragsnummer: 142/2005.

Erzählaufforderung

Durch die Themenstellung der DFG-Studie ergaben sich für die biografische Erzählung zwei zentrale Interessenschwerpunkte: Zum einen wurde das Thema Familienplanung fokussiert, d. h. sämtliche reproduktive Aspekte, angefangen von der eigenen Kindheit und der familiären Sozialisation, der Pubertät, Partnerschaften über Verhütung und mögliche Schwangerschaftsabbrüche bis hin zu einem Kinderwunsch und den Zukunftsvorstellungen hinsichtlich der gewünschten Lebensform. Hier erfolgte eine Orientierung an den Meilensteinen einer reproduktiven Biografie, wie sie im Rahmen der Studie *›frauen leben‹* untersucht wurden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001). Zum anderen zielte die Fragestellung der Studie auf den (wie auch immer gearteten) Zusammenhang der psychischen Erkrankung mit den reproduktiven Aspekten. Darüber hinaus sollte die biografische Einbettung beider Aspekte untersucht werden. Die Schwierigkeit dieser komplexen Themenstellung bestand darin, eine Erzählaufforderung zu konstruieren, die eine Erzählung mit ausreichendem Material für die Fragestellung hinsichtlich »Familienplanung« generiert, ohne das Spezifische der Statuslage im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung (bzw. Diagnose) aus dem Auge zu verlieren. Während eine zu offene Erzählaufforderung die Gefahr beinhaltete, dass Aspekte von Familienplanung nur unzureichend thematisiert werden, lag in einer geschlosseneren Form der Erzählaufforderung die Gefahr, die eigene, z. B. zeitliche, Schwerpunktsetzung, die erzählerische Orientierung an den individuellen Relevanzsystemen sowie die biografische Bedeutung der Ereignisse zu beeinflussen oder gar zu verhindern. Fischer-Rosenthal und Rosenthal halten eine Erzählaufforderung ohne – zeitliche wie inhaltliche – Themeneinschränkung im Rahmen einer biografisch-interpretativen Analyse für die beste Lösung (FISCHER-ROSENTHAL & ROSENTHAL 1997a: 141). In Anlehnung an eine Erzählaufforderung, wie sie im Rahmen einer Studie zur »Biografischen Bearbeitung von Migrationsverläufen« entwickelt wurde, wurde die folgende Erzählaufforderung konstruiert:

»Ich möchte Sie bitten, mir ihre Lebensgeschichte zu erzählen, also nicht nur über das Thema Familienplanung zu sprechen, sondern mir ihr gesamtes Leben zu erzählen, so wie sich in Ihrem Leben alles bis zum heutigen Tag zugetragen hat.«

Um die Thematisierung der relevanten reproduktiven Aspekte sicherzustellen, wurde das Thema Familienplanung zwar explizit in die Erzählaufforderung aufgenommen. Es sollte allerdings deutlich gemacht werden, dass es in die biografische Gesamterzählung eingebettet ist. Diese Formulierung zielte auf eine Fokussierung der gesamten Lebensgeschichte gegenüber des biografischen Teilaspekts der psychischen Erkrankung. Gleichzeitig blieb die Aufforderung weitestgehend offen. Es wurden keine zeitlichen Ankerpunkte gesetzt, die von der Erzählerin hätten aufgegriffen werden können. Neben der Gestaltungsfreiheit wurde damit auch

die Erzählung anderer biografischer Stränge und Themen ermöglicht, wie z. B. von Themen der Berufswahl oder erkrankungsrelevante Aspekte.

Haupterzählung

Entsprechend der formulierten Prinzipien beschränkte sich die Interviewerin im weiteren Verlauf weitestgehend auf ihre Rolle als zurückhaltende und gleichzeitig aktive ZuhörerIn. Während der Haupterzählung wurden Stichpunkte notiert, aus denen sich die Nachfragen im zweiten und dritten Teil des Interviews ableiten ließen. Das Ende der Haupterzählung wurde in aller Regel durch entsprechende Abschlusskoda der Erzählerinnen angezeigt (z. B. »so das war eigentlich meine Geschichte« [Frau Buschfeld]; »das war jetzt so das Grobe« [Frau Ruhland]).

Nachfrageteil

Während sich die Nachfragen nach der Beendigung der Haupterzählung auf die immanenten Aspekte der Haupterzählung bezogen, richteten sich die daran anschließenden, exmanenten Fragen auf Aspekte, die zum einen aus den theoretischen Vorarbeiten sowie zum anderen aus den Ergebnissen einer Diskussion einer interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe²⁸ abgeleitet wurden. Die exmanenten Aspekte waren in einem Leitfaden als Stichpunkte enthalten und dienten während des Nachfrageteils als Erinnerungsstütze für die Interviewerin. Die Nutzung eines Leitfadens für den Nachfrageteil wird in der Methodenliteratur unterschiedlich bewertet. So weisen etwa FISCHER-ROSENTHAL und ROSENTHAL (1997 a) auf die Gefahr hin, ein Leitfaden könne vom Relevanzsystem der befragten Person ablenken und die Aufmerksamkeit der Interviewerin stattdessen auf die aus der theoretischen Beschäftigung mit dem Thema gewonnen Kategorien richten. Sie plädieren dafür, anstelle eines Leitfadens bzw. der Konstruktion von Fragen »während der biografischen Selbstpräsentation aufmerksam zuzuhören und dabei fallspezifische Nachfragen zu entwickeln« (ebd.: 145). Für die Nutzung eines Leitfadens spricht, dass sich die Interviewerin am Ende des Interviews rückversichern kann, ob alle für die Analyse bedeutenden Aspekte angesprochen wurden. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Nutzung des Leitfadens derart gehandhabt, dass die Interviewerin erst nach Beenden des immanenten Nachfrageteils den Leitfaden einsetzte. Der Leitfaden wurde flexibel gehandhabt

28 An dieser Stelle ein Dank an die Kolleginnen und Kollegen der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm für die konstruktive Diskussion, deren Ergebnisse in die Erstellung des Leitfadens eingeflossen sind.

und war weitgehend darauf beschränkt, aufeinanderfolgende Teilaspekte der Erzählungen zu biografischen Lebensabschnitten zusammenzuführen und freies Nachfragen zu ermöglichen (HELFFERICH 2005). In der Regel zeigte sich, dass alle relevanten Themen entweder bereits im Hauptteil oder im immanenten Nachfrageteil angesprochen wurden.

Der Leitfaden war an den folgenden Themenblöcken orientiert:

- Kindheit (Herkunftsfamilie)
- Jugend (Freunde, Schule, Ausbildung, Partnerschaften)
- Phase des Erwachsenenalters (Partnerschaft, Kinderwunsch, Verhütung)
- Einstellungsfragen (humangenetischer Diskurs)

Im Rahmen der DFG-Studie wurde ein Interessensfokus auf die Wahrnehmung und den Umgang mit den Möglichkeiten der Reproduktionstechnik gelegt. Diese Fragestellungen wurden anhand von zwei standardisierten, offenen Fragen operationalisiert und nach Beenden des narrativen Interviews in einem nachgeordneten Teil erhoben. Die Antworten auf diese beiden Fragen gingen nicht in die vorliegende Arbeit ein.

Beenden des Interviews

Nach Beantwortung der standardisierten Fragen wurde das Gespräch im Konsens beendet. Die Interviewerin schloss mit einer kurzen Gesamtbewertung des Gesprächs und der Gesprächssituation. Der Interviewpartnerin wurde ihrerseits um eine kurze Bewertung gebeten. In allen Fällen ergab sich hieraus ein kurzes Gespräch, bei dem vor allem die emotionale Situation der Erzählerin im Vordergrund stand. Es wurde sehr darauf geachtet, die Interviewpartnerinnen nicht mit einem ambivalenten oder gar negativen Gefühl im Hinblick auf ihre Erzählung zurückzulassen. Ausnahmslos zeigten sich alle Interviewpartnerinnen mit dem Interviewverlauf zufrieden. Die Interviewatmosphäre wurde in allen Fällen als positiv beschrieben. Dies schloss freilich nicht aus, dass das Interview als anstrengend empfunden wurde und einige der Teilnehmerinnen sich auch erschöpft zeigten. Nur in einem der 17 Interviews sah sich die Interviewerin veranlasst, die Interviewteilnehmerin kurz nach dem Interviewtermin zu kontaktieren, um sich nach ihrem Befinden zu erkundigen. Dabei stellte sich heraus, dass die Teilnehmerin mit dem Interview sehr zufrieden war und sich hieraus keine negativen Effekte einstellten.

Erfassung soziodemografischer Angaben

Die Reihenfolge und zeitliche Datierung der lebensgeschichtlichen Ereignisse kann für die spätere Fallanalyse von großer Bedeutung sein. Gleichzeitig verbieten sich entsprechende Nachfragen zur zeitlichen Einordnung während des Interviews aus den genannten Gründen der Offenheit. Als ebenso schwierig wurde erachtet, diese Daten während der Erzählung zu rekonstruieren, da dies möglicherweise die Aufmerksamkeit der Interviewerin zu stark auf die zeitlichen Aspekte der Erzählung gelenkt hätte. Die Interviewteilnehmerinnen wurden daher nach Abschluss des Gesamtinterviews gebeten, einige soziodemografische Angaben zu ihrer Person zu machen. Die Zuordnung erfolgte bereits in anonymisierter Form, d. h. die Angaben wurden einem Interviewcode zugewiesen. Der hierfür entwickelte Fragebogen enthielt Angaben zum Geburtsjahr, zum Bildungsabschluss, zu psychiatrischen Klinikaufenthalten, zum Auszug aus dem Elternhaus sowie zur aktuellen Partnerschaftssituation.

Nachbereitung des Interviews

Die Nachbereitung des Interviews zielt auf die Erfassung der spontanen Eindrücke der Interviewerin. Diese Eindrücke können für die spätere Analyse des Interviews von großem Nutzen sein. Das Gedächtnisprotokoll enthält eine spontane Auflistung der Interviewatmosphäre und -umgebung, Auffälligkeiten in der personalen Beziehung zwischen Interviewerin und Interviewteilnehmerin sowie bereits erste Gedanken zu den Besonderheiten der biografischen Erzählung (HELFFERICH 2005).

Transkription der Interviews

Die Interviews wurden vollständig und zeitnah transkribiert. Es wurde eine wortgetreue Verschriftung durchgeführt, wobei sowohl die parasprachlichen Äußerungen wie auch Auffälligkeiten in der Lautstärke und der Prosodie der Stimme der Erzählerin berücksichtigt wurden. Prinzipiell erfolgte die Transkription unter Berücksichtigung der von Helfferich und Kruse formulierten Grundregeln des Transkribierens (HELFFERICH & KRUSE 2005). Da eine sorgfältige Verschriftung der Tonbandaufnahme für die spätere Textarbeit von großer Bedeutung ist, wurde das Transkriptionsprotokoll durch die Projektmitarbeiterin anhand der Tonbandaufnahme kontrolliert und, soweit erforderlich, korrigiert.

6.3 Hermeneutisch-rekonstruktive Fallanalyse

6.3.1 Fallauswahl für die vorliegende Untersuchung

Die Anzahl der in die vorliegende Untersuchung einbezogenen Fälle stand im Vorfeld der Studie nicht fest. Die Auswahl der Fälle aus der Gesamtstichprobe von $n = 17$ Interviews vollzog sich im Zuge der Analysearbeit im Sinne eines theoretischen Samplingverfahrens: Anhand der Ergebnisse der ersten Fallanalyse wurden die weiteren Fälle im Sinne maximaler bzw. minimaler Kontrastierung ausgewählt. Ein wichtiges Kriterium bei der Fallauswahl war die im ersten Lesedurchgang gewonnene Einschätzung über den erwarteten Erkenntnisgewinn hinsichtlich Kinderwunsch und Biografie. Da der Aspekt der Krankheitsbewältigung im Sinne eines biografischen Umgangs mit der Erkrankung und dem Kinderwunsch im Vordergrund stand, waren insbesondere solche Interviews von Interesse, die sich durch eine Fülle themenrelevanter Erzählungen, Bewertungen und Argumentation auszeichneten. Dagegen waren etwa Interviews, die keine oder eine nur sehr geringe Auseinandersetzung mit dem Thema Kinderwunsch aufwiesen, von nachgeordnetem Interesse für die Gewinnung spezifischer Hypothesen. Die Fallauswahl ist damit als selektiv zu bezeichnen. Seine Legitimation erhält dieses Vorgehen durch den explorativen Charakter der Untersuchung. Nach der intensiven, hermeneutisch-rekonstruktiven Analyse von fünf Fällen war eine theoretische Sättigung in Bezug auf die Fragestellung erreicht.

6.3.2 Das hermeneutisch-rekonstruktive Verfahren

Die Auswertung der narrativ-biografischen Interviews erfolgt nach einem hermeneutisch-rekonstruktiven Verfahren. Basierend auf der Annahme einer sinnhaft konstruierten Wirklichkeit, die interpretierend re-konstruiert werden kann, verweist die rekonstruktive Haltung auf ein hermeneutisches Sinnverstehen. »Verstehen« im Sinne der Hermeneutik ist gleichbedeutend mit der Rekonstruktion des Sinngehalts einer bestimmten Praxis. Nun sind aber die Möglichkeiten des Sinnverstehens prinzipiell eingeschränkt. Eine völlige Übereinstimmung zwischen Selbstverstehen und Fremdverstehen, ein Nachvollzug der individuellen Sinnzuschreibung durch andere ist nicht möglich. Dies führt zu dem zentralen hermeneutischen Vermittlungsproblem zwischen individuellem Sinnbezug einerseits und sozial konstituierten Sinnzuschreibungen andererseits. Der Sinn einer Handlung muss vor dem Hintergrund eines sozial bereits

erzeugten Sinns erschlossen werden. Das Verstehen des subjektiv gemeinten Sinns einer fremden Äußerung kann immer nur annäherungsweise erfolgen. Hierbei wird auf ein Deutungsschema zurückgegriffen, das einerseits vom Urheber zugrunde gelegt wurde und zugleich als Teil eines gesellschaftlichen Wissensvorrats zugänglich ist (SCHNEIDER 2004: 17). Der gesellschaftliche Wissensvorrat beinhaltet Typisierungen und Deutungsmuster, die als zumeist unhinterfragt gegebene Lebenswelt erscheinen. Die Lebenswelt ist »Wahrnehmungs-, Orientierungs- und Handlungshorizont« (SOEFFNER 2000: 169). Da jedoch die Rezipienten in Abhängigkeit zu ihrer individuellen lebensweltlichen Einbindung möglicherweise unterschiedliche Deutungsschemata verwenden, können Sinnzuschreibungen in alltagssprachlichen Situationen unterschiedlich ausfallen. Demnach kann der einer Äußerung unterstellte Sinn von dem subjektiven, tatsächlich gemeinten Sinn abweichen.

»Und das heißt: Der Deutende versteht stets nur möglicherweise bzw. annäherungsweise den von alter ego subjektiv tatsächlich gemeinten Sinn. Gleichwohl ist Deuten und Verstehen alltäglich *nicht* an sich problematisch, sondern fraglose Routine: Es gelingt (offensichtlich) in aller Regel pragmatisch durchaus hinlänglich.« (SOEFFNER & HITZLER 1994: 29)

Aus dieser Problemstellung heraus wird die besondere Leistung einer sozialwissenschaftlichen Hermeneutik deutlich. Während alltägliche Verstehensleistungen sozial Handelnder (Verstehen erster Ordnung) weitestgehend unreflektiert erfolgen, zeichnet sich die sozialwissenschaftliche Hermeneutik durch die Explikation bzw. die Re-Konstruktion der Voraussetzungen und Methoden des Verstehens (Verstehen zweiter Ordnung) aus. Methodisch-kontrolliertes Fremdverstehen beinhaltet eine besondere Haltung gegenüber der sozialen Praxis. Sie äußert sich »in einer besonderen, eben nicht alltäglichen, sondern theoretischen Haltung, in einer Haltung des prinzipiellen Zweifels an sozialen Selbstverständlichkeiten – und an den Vor-Urteilen des Interpreten. Diese Haltung ist idealerweise dadurch gekennzeichnet, dass die Sorge um die pragmatischen Notwendigkeiten des Verstehens suspendiert ist zugunsten der Sorge um die Prinzipien der Auslegung selber (um das Verstehen des Verstehens)« (ebd.).

Ein hermeneutisch-rekonstruktives Verfahren muss notwendigerweise exemplarisch vorgehen und ist daher häufig auf Einzelfallanalysen bezogen. Wie dargelegt, erschließt sich die soziologische Relevanz der Biografieforschung aus dem dialektischen Verhältnis von Struktur und Handlung. Soll eine Struktur anhand ihrer konkreten empirischen Erscheinung rekonstruiert werden, muss sie auf das Allgemeine und Typische im Einzelfall fokussieren.

»Die Einzelfallanalysen dienen der schrittweisen Entdeckung allgemeiner Strukturen sozialen Handelns, während der Einzelfall selbst als historisch-konkrete Antwort auf eine konkret-historische Situation und Strukturformation interpretiert wird.« (ebd.: 39)

Wenn die sinnhaften Konstruktionen allgemeingültigen Regeln unterliegen, dann kann die Analyse des individuellen Umgangs mit diesen Regeln Rückschlüsse auf gesellschaftlich relevante Sinnsysteme zulassen.

»Der praktische gesellschaftliche Nutzen dieses Unternehmens liegt darin, die Menschen auf die vom Alltagsverstand gemeinhin nicht thematisierten Umstände, Zusammenhänge und Regeln aufmerksam zu machen, in deren Rahmen sie ihr Leben vollziehen.« (ebd.: 35)

6.3.3 Prinzipien einer hermeneutisch-rekonstruktiven Datenauswertung

Nicht zuletzt aufgrund der unterschiedlichen Konzeptionen zur Hermeneutik existiert keine allgemeingültige Anleitung für eine hermeneutische Auswertung von Interviewtexten. Die häufig verwendete Bezeichnung der Hermeneutik als »Kunstlehre« verweist gerade auf das unstandardisierbare Vorgehen in der Forschungspraxis. Dies steht in Einklang mit den methodologischen Prämissen des Interpretativen Paradigmas, das sich letztlich in seiner Offenheit gegenüber der Wirklichkeit von einem normativen, allgemeingültigen Wirklichkeitsverständnis absetzt. Erlernbar ist die hermeneutische Kunstlehre, so heißt es bisweilen, nur im Rahmen einer eigenen und langen Forschungspraxis, idealerweise unter Anleitung einer erfahrenen Person (FUCHS-HEINRITZ 2005). Daneben kann auch anhand vereinzelt vorliegender, detaillierter, fallbezogener Auswertungen das methodische Vorgehen einer hermeneutischen Textanalyse am konkreten Beispiel nachvollzogen werden. Wenn sich auch die nachfolgend genannten Ansätze in ihrer methodologischen Ausrichtung z. T. erheblich unterscheiden, so ähnelt sich doch deren methodische Vorgehensweise in weiten Teilen. Einzelne Elemente finden sich in ähnlicher Form in den unterschiedlichen Ansätzen. Wo dies nicht der Fall ist, lassen sie sich meist problemlos kombinieren. Im Übrigen sei auf die Erkenntnis verwiesen, »dass beim forschungspraktischen Vorgehen die erkenntnistheoretisch dramatisierten Differenzen in dem Maße ihre Trennschärfe verlieren, in dem die Arbeit an der Sache in den Vordergrund rückt« (FUCHS-HEINRITZ 2005: 325). Einen guten Einstieg in die Methodik der objektiv-hermeneutischen Sequenzanalyse bietet etwa eine von Ulrich Oevermann publizierte Auswertung einer Supervisionssitzung, bei der eine äußerst detaillierte und akribische Textarbeit verfolgt werden kann (OEVERMANN et al. 2003). Genannt werden muss hier auch Gerhard Riemanns ausführlich dargelegte Analyse zweier narrativ-biografischer Interviews mit psychiatrischen Patienten. Zwar ordnet sich Riemann nicht dezidiert einem hermeneutischen Verfahren zu. Sein Bezug auf das Interpretative Paradigma sowie sein methodisches Vorgehen lassen allerdings keinen

Zweifel an seinem sinnverstehenden Wirklichkeitszugang (RIEMANN 1987)²⁹. Gabriele Lucius-Hoene, die sich mit ihrem Ansatz zur Rekonstruktion narrativer Identitäten methodologisch neben der Konversationsanalyse und Erzähltheorie insbesondere auch des hermeneutischen Ansatzes bedient, vermittelt anhand empirischen Materials grundlegende Interpretationstechniken, die weit über eine Rekonstruktion der narrativen Identität hinaus einsetzbar sind (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2002). Die Rekonstruktion erzählter Lebensgeschichten von Angehörigen der Kriegsgeneration, wie sie von Gabriele Rosenthal vorgelegt wurde, bietet ebenfalls einen umfassenden Einblick in die hermeneutische Vorgehensweise (ROSENTHAL 1987). In das hermeneutisch-rekonstruktive Auswertungsverfahren der vorliegenden Arbeit floss eine Reihe der in den genannten Ansätzen formulierten Auswertungsprinzipien ein. Diese umfassen das Prinzip der Offenheit, das Prinzip der streng empirischen Fundierung, das Prinzip der kontextfreien bzw. kontextgebundenen Interpretation, das Prinzip der Sequenzialität sowie die Orientierung an einer abduktiven Hypothesengenerierung:

Die hermeneutisch-rekonstruktive Auswertung stellt eine konsequente Weiterführung des bereits in narrativ-biografischen Interviews zugrunde gelegten Prinzips der Offenheit dar. In der Phase der Datenerhebung zielt die offene Haltung darauf, den Interviewten eine weitgehend freie Gestaltung und Relevanzsetzung zu ermöglichen. Eine rekonstruktive Auswertung richtet sich auf den Nachvollzug eben jener sinnhaften Relevanzsysteme, die die interviewten Personen im narrativ-biografischen Interview idealerweise entfalten können. Mit der Offenheit einer rekonstruktiven Haltung verbindet sich demnach auch die Reflexion der methodischen Prinzipien im Auswertungsprozess. Damit orientiert sich das Auswertungsverfahren in grundlegender Weise an dem von Glaser und Strauss entwickelten Ansatz der Grounded Theory. Die Auswertung erfolgt nicht unter Rückgriff auf eine bestimmte Theorie, die es an den erhobenen Daten zu prüfen gilt, wie dies für hypothesenprüfende Verfahren charakteristisch ist. Erfolgt eine Datenanalyse unter Bezug auf eine bestimmte Theorie, werden die Daten nur selektiv wahrgenommen und interpretiert. Um dies zu vermeiden, forderten Glaser und Strauss, vorgängige Theorien im Auswertungsprozess zu suspendieren und stattdessen die erhobenen Daten selbst als Basis für die Theoriegewinnung

²⁹ Riemann will sich mit seinem Ansatz über die bloße Analyse sinnhafter Konstruktionen hinwegsetzen. Dabei grenzt er sich dezidiert von den sogenannten »Selbstpräsentationen« im Sinne Goffmans ab, die den Subjekten als strategische Selbstdarstellungen einem bestimmten Zwecke dienen. Riemann verweist dagegen auf den maßgeblich von Fritz Schütze entwickelten Ansatz der Homologie von Erfahrungs- und Erzählsequenz. Er zielt damit auf die Analyse von objektiven Verlaufskurven psychiatrischer Patienten (RIEMANN 1987: 21 f.). Dass über die sinnhaften Konstruktionen der Biografen durchaus Rückschlüsse auf die zugrunde liegende Fallstruktur geschlossen werden können, die über die intentionale und subjektive Sinnhaftigkeit hinausreichen, bleibt hier unberücksichtigt.

zu nutzen. In der Phase der Datenanalyse kommt das Prinzip der Offenheit insofern zum Tragen, als es eine auf einer spezifischen Theorie basierende selektive Wahrnehmung verhindert und stattdessen – idealerweise – anhand der erhobenen Daten selbst eine Theorie entwickelt. »Wissenschaftlicher Fortschritt ist nur durch Theoriegenerierung möglich.« (BOHNSACK 2003: 28) Grundlegend für die hermeneutisch-rekonstruierende Textauswertung ist demnach eine ausschließlich aus dem Interviewtext gewonnene Interpretation. Dementsprechend wird auch auf das Prinzip der »Datenzentrierung« verwiesen (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2002). Die Auswertungsarbeit ist strikt empirisch auszurichten. Analyseergebnisse sind allein aus den vorliegenden Daten abzuleiten, alle nicht direkt im Text nachzuweisenden Interpretationen gehen nicht in die Analyse ein. In ähnlicher Weise fordert Ulrich Oevermann die Berücksichtigung des »Wörtlichkeitsprinzips«. Es leitet sich aus der methodologischen Voraussetzung einer streng textgebundenen Wirklichkeitsabbildung ab: Davon ausgehend, dass sich soziale Wirklichkeit in den sinnverstehenden Wissenschaften erst durch Sprache bildet und in Texten in Erscheinung tritt, ist eine Sozialanalyse nur als Textanalyse praktikierbar:

»Will man den Text als Ausdruck von Wirklichkeit ernst nehmen und die Textanalyse als Wirklichkeitsanalyse begreifen, dann ist das Prinzip der wörtlichen Interpretation zwingend.« (WERNET 2006: 23)

Das Wörtlichkeitsprinzip verweist zudem auf die oben genannte Haltung des Zweifels. Während das Alltagsverstehen aus pragmatischen Gründen darauf gerichtet ist, die sozialen Praktiken nicht generell anzuzweifeln, um so ein Verstehen zu ermöglichen, impliziert die Haltung des prinzipiellen Zweifels eine akribische Infragestellung jedweder Äußerung.

»Das Prinzip der Wörtlichkeit verpflichtet die Interpretation, den Text ›auf die Goldwaage zu legen‹ in einer Weise, die uns in alltäglichen Verstehenskontexten als inadäquat und kleinlich erscheinen würde.« (ebd.: 24)

Die Konzentration auf die vorliegenden Daten erfordert daher zunächst eine Suspendierung des Kontextes. Oevermann sieht einen frühzeitigen Kontexteinbezug mit der Gefahr verbunden, den Text hauptsächlich durch den Kontext zu deuten. Im Ergebnis würde sich anstelle einer Textanalyse eine Kontextanalyse zeigen. Das bedeutet jedoch nicht, dass der Entstehungskontext eines Interviews nicht von maßgeblicher Bedeutung für die Analyse wäre. Entscheidend für eine hermeneutisch-rekonstruktive Textauswertung ist die Nachgeordnetheit des Kontexteinbezugs: In einem ersten Schritt wird die Bedeutung einer Äußerung zunächst als solche expliziert. Kontextfreiheit verhindert hier eine zirkuläre Interpretation, bei der das Textverständnis auf dem bislang gewonnenen Interpretationsergebnis beruht. Methodisch ist die Kontextfreiheit auf die Herstellung gedankenexperimenteller Kontexte gerichtet. Durch die Ausblendung des Vorwissens wird das Spezifische einer Äußerung deutlich. Erst in einem zweiten Schritt wird der

Kontext einer Äußerung einbezogen. Der Erkenntnisgewinn liegt dann in der Klärung einer möglicherweise existierenden Diskrepanz zwischen der Äußerung und dem Äußerungskontext. Die Bedeutung des Kontextes beschränkt sich nicht auf Bezüge außerhalb eines Interviews. Vielmehr bietet das Interview selbst den Kontext für jede einzelne Äußerung des gesamten Interviews. Allerdings ist das Prinzip der Kontextfreiheit bzw. Kontextualität eng an ein sequenzielles Vorgehen geknüpft. Jede Äußerung ist in den Rahmen der bereits gemachten Äußerungen eingebettet, d. h. jede Äußerung stellt den Kontext für die folgende Äußerung dar. Dementsprechend verbietet die zunächst kontextfreie Analyse, die Bedeutung einer Aussage unter Einbezug der auf diese Aussagen folgenden Äußerungen zu interpretieren. Umgekehrt kann die Bedeutung einer Aussage jedoch nur im Licht der vorangegangenen Aussage erschlossen werden. Ein sequenzielles Vorgehen ist »die einzige Möglichkeit, Kontext angemessen bei der Auswertung zu berücksichtigen« (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2002: 101).

Das Prinzip der Sequenzialität basiert auf den Annahmen Fritz Schützes, wonach Ereignisverstrickungen und lebensgeschichtliche Erfahrungsaufschichtungen in der autobiografischen Erzählung reproduziert werden. Dies geschieht vor dem Hintergrund einer zeitlichen, aufeinander aufbauenden Sinnkonstituierung des Erzählens, bei der sich der Sinn einer Äußerung nur im Kontext des zuvor Geäußerten erschließt: Die Lebensgeschichte stellt eine »sequenziell geordnete Aufschichtung größerer und kleinerer in sich sequenziell geordneter Prozessstrukturen« dar (SCHÜTZE 1983: 284). Der Erzähler muss sich – sofern er tatsächlich erzählt und nicht berichtet oder argumentiert – in die damalige Situation hinein-denken und wird aus dieser Position heraus die »Ereignisverstrickungen und lebensgeschichtliche Erfahrungsaufschichtung« sowie die »inneren Reaktionen« mitsamt der »interpretativen Verarbeitung in Deutungsmustern« reproduzieren (SCHÜTZE 1983: 286). Auch für Oevermann ist das sequenzanalytische Vorgehen von zentraler Bedeutung für eine methodisch kontrollierte Interpretation. Es stellt eine grundlegende Bedingung für das Entwerfen gedankenexperimenteller Optionen dar, anhand derer die Äußerungen sinnhaft eingeordnet und auf eine zugrunde liegende Struktur untersucht werden kann. Erst die Suspendierung der auf eine Äußerung A folgenden Äußerung B ermöglicht die gedankenexperimentelle Konstruktion aller möglichen Optionen, vor deren Hintergrund die tatsächlich realisierte Option als Selektion interpretierbar wird.

»Die sequenzanalytische Technik der gedankenexperimentellen Fortschreibung zielt in besonderer Weise auf die Rekonstruktion des ›So-und-nicht-anders-Gewordenseins‹ einer Lebenspraxis.« (WERNET 2006: 30)

Für die konkrete Auswertungsarbeit bedeutet dies, dass die Interpretation dem Interviewverlauf folgt und ein striktes ›Zeile für Zeile‹-Vorgehen eingehalten wird. Weder darf das Interview nach verwertbaren Stellen durchsucht werden noch darf in der Interpretation gesprungen werden. Wie beschrieben, ist eine

Äußerung nicht im Lichte der folgenden Äußerung zu interpretieren, sondern muss zunächst unabhängig von dieser untersucht werden. Umgekehrt gilt, dass eine Äußerung erst nach der Analyse der vorangegangenen Äußerung interpretiert werden kann.

»In der Sequenzanalyse wird also die sukzessive Bildung von Sinn im Lauf des Interviews genau so nachgezeichnet, wie sie Äußerung für Äußerung vor sich geht. Die Berücksichtigung der zeitlichen Abfolge ist deshalb so wichtig, weil diese keine bloß äußerliche, triviale Bedingung für die Interaktion im Interview ist, sondern weil Prozessualität konstitutiv für die Herstellung des Sinns selbst ist.« (LUCIUS-HOENE & DEPPERMANN 2002: 100).

Das Prinzip der Abduktion bezeichnet ein spezifisches Vorgehen der Hypothesenbildung, das sich sowohl von induktiven wie deduktiven Verfahren abgrenzt. Das abduktive Vorgehen beruht auf der Annahme, dass sich ein Fall als einheitliches Gebilde präsentiert, das durch ein zugrunde liegendes Regelsystem erzeugt ist. Wesentlich ist dabei, die Gesamtgestalt der Erzählung zu rekonstruieren (ROSENTHAL 1995). Wenn das Subjekt als Zentrum des Erlebens fungiert, das über alle Brüchigkeiten, Diskontinuitäten und Veränderungen hinweg den Ort bildet, an dem alle biografischen Aspekte – in welcher Weise auch immer – zusammenhängen, dann kann eine biografische Selbstpräsentation ausschließlich in ihrer Gesamtgestalt betrachtet werden. Es ist dabei irrelevant, ob sich die einzelnen Elemente einer Erzählgestalt gleichen wie dies etwa für die qualitative Inhaltsanalyse kennzeichnend ist. Dort werden einzelne Elemente mithilfe von Kategorien gruppiert und hinsichtlich ihres quantitativen Auftretens bewertet. Dahingegen werden die Elemente beim abduktiven Vorgehen anhand ihrer funktionalen Bedeutsamkeit für den Gesamtzusammenhang eines Falles untersucht (vgl. Kap. 6.1.3). Jedes Teilsegment enthält *pars pro toto* Verweise auf das Gesamte. Eine von der Gesamtgestalt losgelöste Betrachtung einzelner Teilsegmente ist auszuschließen (ROSENTHAL 1995: 22). Für das praktische Vorgehen impliziert das abduktive Verfahren, alle verfügbaren Lesarten für ein bestimmtes empirisches Phänomen zu entwickeln. Anhand der Lesarten werden Folge-Phänomene deduziert. Im Abgleich mit tatsächlichen Phänomenen kristallisieren sich Lesarten heraus, die jeweils so lange beibehalten werden, bis sie durch weitere Phänomene falsifiziert werden können. Die Interpretation des Texts verläuft demnach als fortlaufender Prozess, bei dem Hypothesen an einzelnen Textstellen entwickelt, an weiteren Textstellen geprüft und möglicherweise wieder verworfen werden. Jene Lesart, die sich an keiner Stelle des Texts falsifizieren lässt, kristallisiert sich als Fallstrukturhypothese heraus.

6.3.4 Das Vorgehen bei der Auswertung

Obwohl sich keine allgemeinen, abstrakten Regeln für die hermeneutische Textanalyse formulieren lassen (sic!), finden sich in der neueren Methodenliteratur hilfreiche Anleitungen zur Textanalyse. Insbesondere das bereits vorgestellte Lehrbuch zur Rekonstruktion narrativer Identitäten beinhaltet zahlreiche Hinweise, die sich auch für eine über die narrative Identität hinausreichende, hermeneutisch-rekonstruktive Textanalyse nutzen lassen (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2002). Das hermeneutisch-rekonstruktive Vorgehen im Rahmen der vorliegenden Arbeit ist einesteils an diesem Arbeitsbuch orientiert. Darüber hinaus wurden Elemente aus den oben genannten Ansätzen aufgenommen, modifiziert und erweitert.

Grobstrukturelle Gliederung

In einem ersten Schritt erfolgte eine grobstrukturelle Gliederung; sie diente der Aufdeckung der narrativen Gliederung. Hierzu wurde der Gesamttext anhand lebenszeitlicher Einschnitte und/oder inhaltlich-thematischer Wechsel segmentiert. Indikatoren für Einschnitte waren Gliederungsmarkierer wie etwa Rahmenschaltelemente, Abstracts, Präambeln oder meta-narrative Ankündigungen sowie prosodische und paraverbale Auffälligkeiten (LUCIUS-HOENE 2004). Der Inhalt der Sequenzen wurde in einem weiteren Schritt stichwortartig zusammengefasst. Die Paraphrasierung diente neben der Freilegung der inneren Textstruktur der Erstellung einer Kurzbiografie. Dabei standen die »objektiven Gegebenheiten« wie etwa Alter, Familienkonstellationen, Schule/Ausbildung, Partnerschaften, Erkrankungen im Vordergrund, während die Bewertungen der einzelnen Ereignisse oder Gegebenheiten hier nicht aufgenommen wurden (vgl. BERNAT & KRAPP 2005).

Die sequenzielle Gliederung erfolgt in Anlehnung an die Gestalttheorie als eine thematische Text- und Feldanalyse und diente der Rekonstruktion der biografischen Gesamtgestalt als Ausdruck des funktionalen Zusammenhangs einzelner Sequenzen. So wurde etwa danach gefragt, in welche thematischen Felder die einzelnen Themen eingebettet werden.

»Bei jeder Sequenz geht es um das Auffinden der inhärenten Verweisungen auf mögliche thematische Felder und um den hypothetischen Entwurf der jeweils anschlussfähigen weiteren Sequenzen.« (ROSENTHAL 1995: 219)

Das Ziel dieses Analyseschritts lag in der Freilegung des Mechanismus, der die Auswahl sowie die temporale und thematische Verknüpfung der Geschichten steuert. Von Bedeutung war dabei die differenzierte Bestimmung der jeweils vorherrschenden Textsorte in narrative, bewertende und argumentative Passagen

(LUCIUS-HOENE 2004: 141 ff.). Bei der Bestimmung der Textsorte der Narration sind drei Typen zu unterscheiden: Bei der szenisch-episodischen Darstellung dominiert die damalige Erlebensperspektive; »ihr Hauptmerkmal ist die Herstellung einer Szene mit einer dramatisierenden Form der Darstellung aus der Perspektive des damaligen Handelns und Erlebens« (ebd.: 146). Die Funktion des szenisch-episodischen Erlebens liegt in der Vermittlung einer für den Erzähler signifikanten Erzählwürdigkeit. Dementsprechend kommt dieser Textsorte, wenngleich sie in Erzählungen eher marginal ist, für die Fallrekonstruktion eine besondere Bedeutung zu. Gegenüber szenisch-episodischen Erzählpassagen kommen zusammenfassend-retrospektive Darstellungsformen häufig vor; sie werden als berichtende Textsorte definiert. »Sie bezieht sich auf größere Zeiträume, in denen die Ereignisse gerafft und nur in ihren zentralen Veränderungsaspekten dargestellt werden« (ebd.: 153). Schließlich stellt die chronikartige Darstellung die von einer (szenisch-episodischen) Erzählung am weitesten entfernte Form dar; die Funktion der Aufzählung von Lebensereignissen und Abfolgen liegt in der »Vermittlung biografischer Information« (ebd.: 155), ohne dass eine resultative Beziehung zwischen den Ereignissen hergestellt wird. Die Textsorte der Beschreibung dient als »zeitunabhängige Merkmalszuschreibungen zu Objekten« der Intensivierung und Heraushebung biografischer Erlebnisräume (ebd.: 160). Vielfach ergänzen beschreibende Elemente andere Textsortenpassagen; für die Analyse werden beschreibende Textpassagen relevant, wenn sie als eigenständige Textpassage auftauchen, die die temporale Erzähldynamik unterbrechen und sich der »Darstellung und Charakterisierung eines Gegenstandsbereichs« zuwenden (ebd.: 161). Mit der Nutzung der Textsorte Argumentation findet eine Auseinandersetzung mit möglichen sozialen Positionen und Erwartungen statt; sie dienen der Rechtfertigung, der Entschuldigung, der Ursachensuche oder etwa der Kritik. Ihre Funktion liegt in der Akzeptanzsteigerung beim Zuhörer hinsichtlich eines Standpunkts, den der Erzähler einnimmt. Für die Analyse waren sie aufgrund ihres Verweises auf biografische Erfahrungen, Erwartungen und Imaginationen des Erzählers von besonderer Relevanz (ebd.: 163). Schließlich wurde in einem letzten Schritt der grobstrukturellen Analyse die Beziehung zwischen den Textsorten herausgearbeitet und nach der kommunikativen Funktion der Textsorten gefragt: Welche Textsorten werden bevorzugt? Welche kommunikative Funktion wird damit herausgehoben?

Die jeweilige Bedeutung der Textsorte für die Analyse narrativ-biografischer Interviews wird in der biografemethodischen Diskussion unterschiedlich beurteilt: Fritz Schütze etwa spricht den bewertenden und argumentativen Textpassagen ein geringeres Erkenntnispotenzial zu als den narrativen Elementen. Er begründet dies mit dem starken inhaltlichen Bezug zum Gegenwartsstandpunkt des Erzählers, der über die unmittelbaren Situationsgrenzen der erzählten Geschichte hinausgreift. Gegenüber den narrativen Textelementen, die den lebensgeschichtlichen

Ereignisrahmen aufgrund der Zugzwänge des Erzählens retrospektiv fokussiert, sind bewertend-argumentative Textelemente konstitutiv für die gegenwärtige Lebenssituation:

»Bei der Durchführung theoretischer und evaluativer Aktivitäten findet mithin stets ein zumindest partieller Wechsel aus der Vergangenheitsorientierung des Erzählvorgangs in die Gegenwartsorientierung des Theorie- und Bewertungsvorrats des Erzählers als Gegenwertsakteur statt.« (SCHÜTZE 1987)

Subjektive Deutungsmuster und Eigentheorien, wie sie in den argumentativen Textpassagen erscheinen, sind – so Schütze – lediglich im Zusammenhang mit der rekonstruierten Lebensgeschichte erkenntnisgenerierend (SCHÜTZE 1983). Auch ROSENTHAL (1995) plädiert für den Vorzug narrativer gegenüber argumentativen und bewertenden Erzählpassagen. Erlebnisse und Erinnerungen werden von ihr scharf getrennt: während erstere, wie Rosenthal in Anlehnung an Fritz Schütze darlegt, eine Rekonstruktion des Einflusses des tatsächlich Erlebten auf die heutige biografische Gesamtsicht erlaubt, ermöglicht die Evozierung einzelner Argumentationen keine Aussagen über die Konstitutionsprozesse der Deutungsmuster. Dagegen argumentiert Lucius-Hoene, dass Argumentationen aufgrund der engen strukturellen Verknüpfung narrativer und argumentativer Erzählelemente für die Analyse narrativer Identitäten von herausragender Bedeutung sind (LUCIUS-HOENE 2004).

Feinstrukturelle Analyse

Die feinstrukturelle Analyse bildet den Kern der Interpretationsarbeit. Sie folgt der grobstrukturellen Gliederung, bei der eine Auswahl der zu analysierenden Sequenzen getroffen wurde. Dem Prinzip der Sequenzialität folgend, sollte eine feinstrukturelle Gliederung immer am Beginn des Interviews ansetzen. Der Anfangssequenz kommt eine herausgehobene Bedeutung zu.

»Die ersten Äußerungen in einem offenen Interview sind immer signifikant. Hier muss sich die zur Rede gestellte Person buchstäblich ins Nichts entwerfen, was oft dazu führt, dass bereits in den ersten völlig unscheinbaren Äußerungen das Ganze eines Lebens zum Vorschein kommt.« (BUDE 1998: 252)

Die Feinanalyse erfolgt sequenziell in einer Wort-für-Wort und Zeile-für-Zeile vorgehenden Weise. Sie bedient sich aus einem Fundus sprachlich-kommunikativer Verfahren sowie dem Mittel der Positionierungsanalyse (vgl. LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2002). Allgemein lassen sich die folgenden erkenntnisleitenden Fragen an die für eine Feinanalyse ausgewählten Interviewsequenzen herantragen (ebd.: 321; FISCHER-ROSENTHAL & ROSENTHAL 1997 a):

- Was wird dargestellt?
- Wozu wird *das* dargestellt? – und nicht etwas anderes?

- *Wieso* wird dieses Thema in dieser *Ausführlichkeit*/in dieser *Kürze* dargestellt?
- *Wozu* wird es *jetzt* dargestellt? – und nicht zu einem anderen Zeitpunkt?
- *Wozu* wird es in dieser *Textsorte* dargestellt?
- *Was* sind die möglichen *thematischen Felder*, in die sich dieses Thema einfügt?
- *Welche* Themen (Lebensbereiche/-phasen) werden angesprochen und welche nicht?

Bei der Beantwortung dieser an den Interviewtext gestellten Fragen wurde das Variationsverfahren eingesetzt. Während dem Sequenzierungsprinzip folgend die nachfolgende Äußerung als Kontextwissen suspendiert war, wurden gedankenexperimentell Alternativäußerungen (oder etwa auch Alternativintonationen) gesucht. In einem weiteren Schritt wurden diese Entwürfe mit der tatsächlich von der Erzählerin realisierten Äußerung verglichen. Dieses Verfahren beruht auf der Annahme, dass die Entscheidung für eine bestimmte Äußerung in der Erzählung einer »Systematik der Auswahl« folgt (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2002: 184): »Nach welchem Prinzip wählt er gerade diese Alternative aus dem Spielraum der thematischen und der Formulierungsmöglichkeiten, die in diesem Moment und an dieser Stelle zur Verfügung stehen?«. In ähnlicher Weise beschreibt Ulrich Oevermann die Entscheidung, die an jeder Sequenz von Neuem getroffen wird, als ein Kernprinzip der (objektiv) hermeneutischen Analyse (OEVERMANN 2002): Jede Sequenzstelle eröffne einen Spielraum an Möglichkeiten, aus denen sich die Subjekte für eine Möglichkeit entscheiden müssen. In der Kontrastierung der von der Erzählerin gewählten Aussage bzw. Formulierung mit den ebenfalls möglichen Äußerungen wird die sinnhafte Bedeutung der gewählten Option deutlich und die getroffene Auswahl lässt Rückschlüsse auf die zugrunde liegende Fallstruktur zu. Auch bei Gabriele Rosenthal stellen die gedankenexperimentellen Entwürfe sowie deren Kontrastierung mit dem faktischen Fortgang ein wichtiges Erkenntnismittel dar.

»Erst vor dem Hintergrund dieser Kontrastfolie wird sich dann die fallspezifische Besonderheit, die Fallstruktur der zu interpretierenden Lebensgeschichte zeigen können. Im Laufe der sequenziellen Analyse wird deutlich werden, ob der Autobiograf ihm offen stehende Interpretations- und Handlungsmöglichkeiten in seiner Wahl systematisch ausschließt, d. h. ob Regeln aufzuspüren sind, die seine Auswahl bestimmen.« (ROSENTHAL 1995: 214/15)

Formulierung einer Fallstrukturhypothese

Mit der Formulierung der Fallstrukturhypothese wurde die Einzelfallanalyse abgeschlossen. Hierfür wurden, wie oben dargestellt, übergreifende Struktureigenschaften herausgearbeitet und mit den einzelnen Aspekten der Fallstruktur

in einen sinnvollen Zusammenhang gestellt (LUCIUS-HÖENE & DEPPERMAN 2002). Das Ziel der Formulierung einer Fallstrukturhypothese lag einerseits in der Beschreibung der Wissens- und Relevanzsysteme der Erzählerinnen und ihrer subjektiven Deutungsschemata. Andererseits sollte versucht werden, jene Bedeutungen der Handlungen zu erschließen, die sich ihrer eigenen Intention entziehen. Die Fallstrukturhypothese vereint demnach den subjektiven Sinn der Handlungen und der bewusst zugänglichen, biografischen Gesamtevaluation der Subjekte mit den latent wirkenden Mechanismen, die der biografischen Erzählung ihre spezifische Gestalt geben.

»Wir wollen also nicht nur analysieren, wie die Biografen die soziale Welt erleben, sondern ebenso, wie die soziale Welt ihr Erleben konstituiert.« (ROSENTHAL 1995: 218)

Die Fallstruktur weist eine spezifische Systematik auf, »mit der eine Lebenspraxis ihre Spielräume nutzt, also ihre Entscheidungen trifft, und an der sie sich selbst immer wieder erkennen kann und andere sie wieder erkennen können (...) Traditionell würde man, sofern die Fallstruktur eine personale ist, von Identität sprechen« (OEVERMANN 1999: 81).

Bildung von Idealtypen

Wie bereits dargelegt, muss eine soziologische Analyse über den konkreten Einzelfall hinausreichende Erkenntnisse eines Typischen und Allgemeinen liefern und richtet sich daher auf die »verdichtende Rekonstruktion eines objektivierten Typus sozialen Handelns aus seinen konkreten, fallspezifischen Ausprägungen heraus« (SOEFFNER 2000: 173). Der Zweck einer Idealtypenkonstruktion liegt in der Entwicklung eines Modells zur Erklärung der sozialen Welt. Ein Idealtyp umfasst die für eine bestimmte soziale Handlung relevanten typischen Handlungen bzw. Handlungsorientierungen, die aufgrund der zugeschriebenen Weil- und Um-zu-Motive als sinnhafte Handlungen nicht nur versteh-, sondern letztlich auch erklärbar sind, denn »das Höchstmaß an Evidenz besitzt nun die zweckrationale Deutung« (WEBER 1973: 97). Ein zentrales Ziel der Idealtypenbildung ist darin zu sehen, die ermittelten Handlungsorientierungen hinsichtlich ihrer sozialen Gebundenheit zu betrachten. Dabei spielt der individualbiografische Kontext eine ebenso große Rolle wie die weitere soziokulturelle Einbindung.

»Im Zuge der Typenbildung, der Generierung einer Typik werden Bezüge herausgearbeitet zwischen spezifischen Orientierungen einerseits und dem Erlebnishintergrund oder existenziellen Hintergrund, in dem die Genese der Orientierungen zu suchen ist.« (BOHNSACK 2003: 141)

7 Ergebnisse

7.1 Art der Ergebnispräsentation

Die Arbeit mit qualitativen Daten stellt die Forschenden immer wieder vor die besondere Herausforderung, die Analyseergebnisse für den Leser schlüssig und nachvollziehbar zu machen. Im idealen Fall werden die Lesarten, die sich im Verlauf der Analyse zu einer Hypothese entwickeln, anhand der Daten belegt.

»Zu den Normen sozialwissenschaftlicher Berichterstattung gehört die möglichst vollständige Dokumentation der Arbeitsgänge und der Daten, damit der Leser möglichst viele Chancen hat, Bearbeitung und Schlussfolgerung kritisch nachzuvollziehen. Die Glaubwürdigkeit der Forschungsarbeit und die der dabei entdeckten theoretischen Konzepte hängen stark von der Form der Publikation ab.«
(FUCHS-HEINRITZ 2005: 336)

Aufgrund der Materialfülle, die bei einer narrativ-biografischen Datenerhebung anfällt, führt das aber unweigerlich zu Darstellungsproblemen. So setzt sich die Analyse häufig aus einer Fülle an handschriftlichen Aufzeichnungen, farbigen Markierungen im Transkript bis hin zu skizzenhaft dargelegten Memos zusammen, die im fortschreitenden Analyseprozess zu einer Fallstrukturhypothese verdichtet werden. Den gesamten Analyseweg nachzuzeichnen, würde die aufmerksamsten Leser überfordern. Es muss also ein Mittelweg gefunden werden, der beide Aspekte – Nachvollziehbarkeit und Lesbarkeit – in eine sinnvolle Balance bringt. Anders als bei der standardisierten Datenanalyse, gibt es keine allgemeingültigen Richtlinien für die Darstellung qualitativer Analyseergebnisse. Vielmehr muss anhand der vorliegenden Daten wie auch des zugrunde gelegten Erkenntnisinteresses entschieden werden, welche Darstellungsweise geeignet ist. Es muss eine Gliederungsform gefunden werden, die die Rekonstruktion der Fallstruktur in Bezug auf die Fragestellung hinreichend nachvollziehbar macht. Für die vorliegende Untersuchung wurde die folgende Darstellungsart gewählt:

1. Die Fallanalyse wird zunächst anhand eines Pseudonyms und eines folgenden Zitats vorgestellt. Das Zitat soll exemplarisch das Charakteristische des Kinderwunschs andeuten und schlägt so eine erste Brücke zwischen individuellem Zeugnis und der von der Forscherin vorgeschlagenen, abstrahierenden Fallstruktur.
2. Als ein zweiter Schritt erfolgt die Skizzierung des biografischen Verlaufs (a.), wie er aus der Erzählung rekonstruiert wurde. Diese Skizzen sind insofern

als objektiv biografische Daten zu verstehen, als sie weitgehend unabhängig von der Interpretation der Erzählerin dargestellt werden. Sie bilden das Gerüst, anhand dessen die erlebte Lebensgeschichte nachvollzogen werden kann. Der Kontrast zwischen den objektiven Daten und den Ausführungen in der Lebensgeschichte stellt ein wichtiges Erkenntnisinstrument dar, vor dessen Hintergrund die subjektive Bedeutung einzelner biografischer Ereignisse erschlossen werden kann. Die Darstellung der biografischen Daten kann aus Datenschutzgründen nicht in der Weise vollständig sein, wie sie von der Erzählerin geschildert wird. Hier ist zu entscheiden, ob und in welcher Exaktheit die biografischen Daten dargestellt oder anonymisiert werden.

3. In einem dritten Schritt wird der Interviewrahmen (b.) vorgestellt. Der Erstkontakt mit der Interviewteilnehmerin sowie der Ort des Interviews werden beschrieben. Dabei werden Auffälligkeiten genannt, die das Gesamtbild sinnvoll ergänzen können, wie etwa die Entscheidung für oder gegen einen bestimmten Interviewort.
4. Der Interviewverlauf (c.) wird dann in einem vierten Schritt geschildert. Hierzu zählen zum einen Auffälligkeiten im Ablauf des Gesprächs wie etwa Störungen des Interviews, Pausen und/oder Abbrüche und/oder Auffälligkeiten in der Interaktion zwischen Interviewerin und Interviewteilnehmerin. Neben der Angabe über die Gesamtdauer des Interviews wird auf die Situation nach dem Interview eingegangen, wozu insbesondere auch die Frage der Beurteilung des Gesprächs durch die Interviewteilnehmerin gehört.
5. In einem fünften Schritt wird die Grobstruktur der Erzählung (d.) dargestellt. Ein Schwerpunkt hier ist die Gewichtung der Spontanerzählung, bzw. des Hauptteils im Rahmen des Gesamtinterviews. Hier erfolgt bereits ein erster Hinweis auf die relevanten Themen des Interviews sowohl im Haupt- wie auch im Nachfrageteil. Ein weiterer Aspekt betrifft die Frage, in welcher Form das Thema ›Kinderwunsch‹ im Interviewverlauf auftritt.
6. Die Ergebnisse der Textanalyse bilden das Herzstück der Falldarstellung und werden in einem sechsten Schritt vorgestellt (e.). An erster Stelle steht dabei die eingehende Analyse der Einstiegspassage aufgrund der Bedeutung, die ihr im Rahmen der rekonstruktiven Analyse zukommt. In allen Fällen schließt sich die Analyse der Kindheitserzählungen an. Insgesamt orientiert sich die Darstellungsgliederung jedoch nicht unbedingt am Interviewverlauf. Vielmehr ist die Analyse thematisch gebündelt. Der Bezug auf die Transkripttextstellen erfolgt meist in Form vor- oder nachgestellter Interviewsequenzen, die sich durch einen Texteinzug vom Fließtext abheben. Die Interviewzeile des durchgängig nummerierten Interviewtexts ist vorangestellt. Teilweise finden sich auch im Fließtext Interviewzitate; diese sind dann am Satzende mit einem Zeilenhinweis abgeschlossen. Zur Verbesserung der Lesbarkeit sind die Zitate teilweise leicht redigiert; kurze Pausen, Unsicherheitsmarkierer etc. sind dann entfernt, wenn

ihnen kein analytischer Erkenntnisgewinn beigemessen wird. Da die im Transkript enthaltenen, häufigen Bestätigungsäußerungen der Interviewerin (*»hm«*) während des Interviews die Lesbarkeit unnötig erschweren, sind diese – bis auf die Feinanalyse der Einstiegs Passage – fast vollständig entfernt. Die erfolgte Anonymisierung von Namen und weiteren personenbezogenen Daten wird im Verlauf der Darstellung nicht kenntlich gemacht. Im Fall von Dialogen erfolgt die Zuordnung der Äußerungen in Form der Angabe »E« für die Erzählerin und »I« für die Interviewerin. In Rundklammern gestellte Zahlen geben die Länge der Pausen in Sekunden an; (.) = 1 Sekunde, (2) = 2 Sekunden, usw., Betonungen werden durch Großschreibung kenntlich gemacht.

7. Schließlich wird in einem letzten Schritt die Fallstrukturhypothese (f.) vorgestellt. Sie ist in ihrer Form fallübergreifend hinsichtlich der Aspekte Biografie und psychische Erkrankung (i), Biografie, Kinderwunsch und psychische Erkrankung (ii) sowie reproduktive Bewältigungsanforderungen (iii) gegliedert. Die Konstruktionsmuster der biografischen Erzählung orientieren sich in modifizierter Form an den von KÜHNLEIN und MUTZ (1996) vorgeschlagenen Mustern.

7.2 Fallanalysen

7.2.1 Frau Ruhland: »Seitdem ich krank geworden bin, war mir klar, dass ich eigentlich nie Kinder haben wollte«

a.) Skizzierung des biografischen Verlaufs

Frau Ruhland wird Anfang der 1970er-Jahre geboren und wächst als zweites Kind mit vier Geschwistern auf. Die Eltern sind beide Sozialpädagogen. Nach der Grundschule besucht sie ein Gymnasium mit sprachlichem Schwerpunkt und lebt in dem dort angeschlossenen Internat. In der elften Klasse stellen sich die ersten Symptome ihrer psychischen Erkrankung ein. Nach einem Klinikaufenthalt kehrt sie zunächst an die Schule zurück, verlässt jedoch das Internat und wohnt nun bei den Eltern. In der 13. Klasse erkrankt sie erneut und bricht die Schule nun endgültig ab. Nach einem längeren Klinikaufenthalt wohnt sie bei ihren Eltern. Im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme macht sie eine Ausbildung zur Verkäuferin. Da sie jedoch beruflich nicht Fuß fassen kann, beginnt sie eine Beschäftigung auf dem sekundären Arbeitsmarkt. Mit Ende 20 erkrankt sie erneut und es folgen mehrere stationär-psychiatrische Aufenthalte. Zum Interviewzeitpunkt wohnt sie seit einigen Jahren im Wohnheim und arbeitet in einer Werkstatt für Behinderte. Seit drei Jahren hat sie einen Partner, der ebenfalls in einem Wohnheim für psychisch kranke Menschen lebt.

b.) Interviewrahmen

Der Erstkontakt kommt über ein durch die Studienleitung initiiertes Anschreiben an Frau Ruhland zustande mit der Bitte um eine Studienteilnahme. Frau Ruhland nimmt daraufhin Kontakt mit der Studienmitarbeiterin auf. Bei dem ersten Telefongespräch erkundigt sich Frau Ruhland, ob eine Studienteilnahme auch dann möglich sei, wenn *kein* Kinderwunsch bestehe. Die Studienmitarbeiterin bestätigt dies, worauf Frau Ruhland in die Studienteilnahme einwilligt. Das Interview findet einige Tage später im Wohnzimmer der Wohneinrichtung statt, in der Frau Ruhland zusammen mit mehreren Mitbewohner/-innen lebt. Die Atmosphäre im Wohnheim empfindet die Interviewerin bei ihrem Besuch als sehr angenehm, den Umgang der BewohnerInnen als herzlich.

c.) Interviewverlauf

Der Einstieg in das Interview ist unproblematisch. Frau Ruhland reagiert prompt und mühelos auf die Erzählaufforderung wie auch auf die späteren Nachfragen. Zwar wirkt Frau Ruhland anfangs noch etwas angespannt, was sich u. a. in häufigen und längeren Sprechpausen zeigt, in denen sie auf die Interviewerin einen leicht angestrengt nachdenklichen Eindruck macht. Im Verlauf des Interviews entspannt sich Frau Ruhland aber zunehmend und erzählt nun flüssig und stringent. Das Interview dauert knapp 90 Minuten. Nach dem Gespräch äußert Frau Ruhland, dass sie das Interview als zwar anstrengend empfand, dass es sie aber nicht belastet habe und sie sich gut fühle. Dies wird in einem Telefonat durch eine Mitarbeiterin der Wohneinrichtung bestätigt, in dem sich die Interviewerin einige Tage nach dem Gesprächstermin in der Wohneinrichtung nach dem Befinden Frau Ruhlands erkundigt.

d.) Grobstruktur der Erzählung

Die Haupterzählung umfasst etwa ein Drittel der Gesamterzählung und wird von Frau Ruhland durch eine Abschluss coda beendet: »*das war jetzt so das grobe*« (Z. 342). Die dominierenden Themen sind – nach einer nur kurzen Erzählung zum Aufwachen im Elternhaus – das Leben im Internat sowie der Verlauf der dort einsetzenden Erkrankung. Frau Ruhland schildert sehr detailliert die Symptome der Erkrankung sowie die Klinikaufenthalte. Die sich an die Haupterzählung anschließenden, textimmanenten Nachfragen beziehen sich auf die Eltern, auf die Pubertät sowie schließlich auf die aktuelle Partnerschaft, auf die Frau Ruhland von sich aus zu sprechen kommt. Das Thema Kinderwunsch ist nicht

Bestandteil der Haupterzählung, sondern wird im Nachfrageteil durch die Interviewerin – etwa zur Hälfte der Gesamterzählung – eingebracht. Frau Ruhland nimmt das Thema spontan auf und geht bereitwillig auf die themenrelevanten Nachfragen der Interviewerin ein. Die Themen im weiteren Nachfrageteil des Interviews umfassen Schwangerschaftsverhütung, den Einfluss der psychischen Erkrankung auf die Partnerschaften sowie den Umgang des sozialen Umfelds mit der Erkrankung. Am Ende des Interviews bringt Frau Ruhland auf die Nachfrage der Interviewerin nach weiteren, für sie relevanten Aspekten das Thema ihres derzeitigen psychischen Gesundheitszustands ein. Das Thema der sozialen Einbindung, bzw. des Ausschlusses spielt dabei eine herausragende Rolle.

e.) Text- und thematische Feldanalyse

Einstieg: Frühe Distanzierung von der Herkunftsfamilie

006 I: *dann würd ich sie bitten, mir ihre lebensgeschichte zu erzählen, also nicht nur über das thema familienplanung zu sprechen, sondern einfach ihr ganzes leben zu erzählen, / alles was sie=für sie wichtig ist und einfach alles äh wie=wie alles in ihrem leben gekommen ist*

E: *mhm okay, also ich bin aufgewachsen in einer familie mit (.) fünf kindern, (2) ähm also ich bin da zu meinem kindergarten gegangen grundschule vier jahre, (.) dann ein jahr in die hauptschule und von der hauptschule ins gymnasium (.) und dort war ich ähm (.) neun jahre*

Der Bitte nach einer Erzählung der Lebensgeschichte entspricht Frau Ruhland mühelos. Sie ratifiziert die Erzählaufforderung durch ein spontan zustimmendes »mhm okay« und setzt mit dem gleich darauffolgenden Partikel »also« das sprachliche Zeichen für den Beginn ihrer Geschichte. Diese unproblematische und spontane Ratifizierung der Erzählaufgabe kann als Hinweis auf eine im Rahmen psychotherapeutischer Settings erfolgende gewohnheitsmäßige Schilderung der Lebensgeschichte, z. B. bei einer Anamnese gelesen werden. Es ist wahrscheinlich, dass Frau Ruhland ihre Geschichte bereits mehrere Male erzählen musste, was als ein erster Hinweis auf ihre »Institutionenkarriere« gelesen werden kann. Aus dieser Sicht akzeptiert Frau Ruhland die Erzählaufgabe im Sinne einer spezifischen Systemanforderung.

Frau Ruhland wählt einen Anfang, bei dem sie ihre Herkunftsfamilie zwar an den Anfang stellt, diese jedoch nur kurz, wie beiläufig, streift. Inhaltlich beschränkt sie sich auf die Angabe zur Anzahl der Geschwister: Sie wächst auf »in einer Familie mit fünf Kindern«. Gegenüber einer möglichen Schilderung wie z. B. »ich bin mit vier Geschwistern aufgewachsen« stellt dies eine objektiv-distanzierte Betrachtung der Herkunftsfamilie dar. Ob sie eines der fünf Kinder ist und sich damit der Gruppe zuordnet oder ob sie sich als ein sechstes Kind und damit außerhalb

dieser Geschwisterkonstellation begreift, lässt sich aus ihren Aussagen an dieser Stelle noch nicht erschließen. Weiterhin fällt auf, dass sie den Fokus nur kurz auf die Familie richtet und ihn stattdessen auf den Besuch des Kindergartens als einer außerfamiliären Einrichtung lenkt. Die sprachlich vollzogene Abwendung von der Familie und die Hinwendung zum Kindergarten vollzieht sich im Ausdruck »*ich bin da*«: Der Ausdruck »da« bezieht sich nurmehr auf den Ort, von dem aus sie den Kindergarten besuchte – die Funktion der Familie wird damit auf einen räumlichen Ausgangspunkt reduziert und ist gleichbedeutend mit einem ›Verlassen der Familie‹. Noch deutlicher tritt das Moment des Wegbewegens von der Familie im Ausdruck: »*zu meinem kindergarten gegangen*« hervor: Frau Ruhland hebt damit ihre singuläre, jedoch in Bezug auf ihr damaliges Alter völlig unangemessene Positionierung gegenüber einer familiären Einbindung hervor. Den inhaltlichen Schwerpunkt dieser ersten Erzählsequenz legt die Erzählerin auf die herkömmlichen Aspekte eines formalen, standardisierten Lebenslaufs, der einzelne Stufen der Bildungskarriere beinhaltet, die in ihrer zeitlichen Dauer dargestellt werden. Die Stationen eines standardisierten Lebenslaufs dienen als Erzählgerüst und ermöglichen die objektive Darstellung in Form einer kursorischen Überblicks ihres gesamten Kindheits- und Jugendverlaufverlaufs bis zum Alter von etwa 17 Jahren. Persönliche und emotionale Aspekte fehlen dagegen vollständig.

Nach dieser Einführung springt sie zeitlich zurück zum Zeitpunkt ihres Eintritts in das Internat und lässt eine sich über mehrere Transkriptseiten erstreckende und sehr ausführliche Beschreibung ihre dortigen Erfahrungen folgen. Dem Internatseintritt kommt aus gestaltheoretischer Sicht die Bedeutung eines zentralen, biografiestrukturierenden Ereignisses zu:

016 »*also genau, und äh (5) also im gymnasium äh (.) gings äh bin=also ich bin (2) ins internat gegangen, ab der=ab (.) ab der fünften gymnasium und (2) äh (.) ins sprachliche gymnasium aber als einzige von den fünf kindern und äh weil ich sprachlich halt sehr begabt war und die andern sind alle im wohnort ins gymnasium gegangen*«

Auffallend in der Schilderung ihres Eintritts in das Internat ist die Reformulierung der mit dem Internatseintritt verbundenen Handlungskontrolle: Die zunächst intendierte passive Formulierung »*ging's (ins Internat, SK)*« wird von der Erzählerin abgebrochen und stattdessen als aktive Handlung präsentiert: »*ich bin ins internat gegangen*«. Die spontan intendierte Aussage lässt sich – im Sinne einer sprachlichen Fehlleistung – so verstehen, dass der Eintritt ins Internat als ein von außen wahrgenommener Zwang eingeordnet ist und Frau Ruhland daher die Rolle eines passiven Objekts innehat. Während im subjektiv gemeinten Sinn der Erzählung der Internatseintritt als eine freiwillige und individualisierte Handlung erscheint, legt die Analyse der latenten Sinnstruktur den (unbewussten) Wunsch Frau Ruhlands frei, das passive Erleiden, das offenbar mit dem Internatseintritt einherging, zu verdrängen und Letzteren stattdessen als eine von ihr intendierte

Handlung zu verstehen. Vor dem Hintergrund, dass der Eintritt in das Internat mit dem Verlassen der Herkunftsfamilie einhergeht, kann diese Umdeutung den Versuch anzeigen, die damit verbundenen emotionalen Verletzungen durch die Herkunftsfamilie thematisch auszugrenzen.

Diese Deutung gewinnt durch die distanzierte Positionierung gegenüber ihrer Familie an Gewicht: Sie besuchte »*aber als einzige von den fünf Kindern*« das sprachliche Gymnasium. Der Ausdruck »aber« steht hier für eine zugrunde gelegte Erwartung eines gemeinsamen Schulbesuchs der Kinder, der nicht zuletzt deshalb möglich gewesen wäre, weil alle Kinder der Familie ein Gymnasium besuchten. Das Distanzierungsmotiv erschließt sich darüber hinaus aus dem Vergleich mit dem ebenfalls möglichen, jedoch nicht gewählten Ausdruck »als einzige von uns«, die einen gemeinsamen Bezugspunkt der Geschwistergruppe enthalten hätte. Die Erzählerin begründet den Besuch des sprachlichen Gymnasiums mit ihrer Sprachbegabung: »*weil ich sprachlich halt sehr begabt war*«. Eine eigentlich positive, individuelle Begabung wird hier relativiert (»halt«) und erscheint eher im Sinne eines Nachteils. Sie tritt als ein unbeeinflussbares Differenzierungsmerkmal auf, auf den letztlich der zwangsläufige Verlust der familiären Einbindung zurück geführt wird.

Bezeichnend für Frau Ruhlands distanzierte und vermeidende Haltung ist weiterhin, dass sie erst im Thematisierungsfeld »Internat« auf die schmerzhafteste Trennung von ihrer Herkunftsfamilie hinweist:

023 »*also in der fünften klasse gings mir eigentlich relativ gut dort (.) ähm (.) ich kam mit den andern gut aus hatte aber ziemlich starkes heimweh, schon in der ersten nacht, [leicht lachend] konnt ich die ganze nacht nicht schlafen nur geweint (.) das=diese bilder sind mir noch so sehr stark im kopf und so*«

Im Internat hatte sie »*ziemlich starkes heimweh*«. Ihre Erinnerungen sind geprägt durch die Bilder von sich selbst als einem weinenden Kind in der Nacht, das sich zu seiner Familie zurücksehnt. Obwohl sie den Internatseintritt positiv schildert, dominieren relativierende Äußerungen; tatsächlich scheint sie sich im Internat nur eingeschränkt (»*eigentlich relativ*«) wohl zu fühlen. Ihre schmerzhaften Erinnerungen kontrastiert Frau Ruhland mit einem begleitenden Lachen. Denkbar ist, dass die Kontrastierung erneut ihre distanzierte Haltung zu den damaligen Empfindungen zum Ausdruck bringt und die Erzählerin damit zwar ein für sie wichtiges Ereignis erinnert, ohne dabei auf das eigentliche Thema »Verlust der Familie« einzugehen. Hierzu passt auch, dass sie ihre schmerzhaften Emotionen in »Bilder« fixiert, und sich damit dem Schmerz entzieht. In dieser Deutung beinhalten diese ersten Erzählsequenzen zahlreiche Hinweise auf eine als problematisch erlebte Kindheit, in deren Zentrum der frühe Verlust der Herkunftsfamilie steht.³⁰

30 Es kann angenommen werden, dass dies mit weiteren Konflikten in der Herkunftsfamilie verknüpft ist, auf die jedoch im Rahmen dieser Untersuchung nicht eingegangen wird.

Die nur spärlichen Bezüge, die Frau Ruhland in der Einstiegspassage der Haupterzählung zu ihrer Herkunftsfamilie herstellt, veranlassen die Interviewerin im immanenten Nachfrageteil dazu, gezielt nach ihren Eltern und nach ihrer Kindheit fragen: »können sie noch mal ein bisschen was zu ihren eltern auch sagen? also die kindheit, wie es so zu hause war?« (Z. 343–344). In ihrer Antwort bezieht sich Frau Ruhland zunächst auf objektive Merkmale wie die Berufstätigkeit der Eltern sowie auf den Wohnort der Familie. Danach thematisiert sie die Wohnsituation, bei der auch eine erste »Wir-Konstellation« im Zusammenhang mit der Herkunftsfamilie erfolgt: »wir haben eigentlich ein relativ kleines haus gehabt, ein bungalow (.) äh (.) also wir waren zu zweit im zimmer, meine brüder waren allein im zimmer«. Frau Ruhlands Erinnerungen an das Elternhaus sind durch die dort herrschende räumliche Enge geprägt. Möglicherweise war dies auch damals ein relevantes Thema.³¹ Ein weiterer Eckpunkt der Kindheitserinnerungen stellt die familiäre Belastung aufgrund der psychischen Erkrankungen ihrer Geschwister dar. Es ist anzunehmen, dass die familiäre Situation dadurch sehr belastet war, nicht zuletzt aufgrund der mangelnden Unterstützung, die ihre Mutter durch den Vater erfuhr, der »sich da immer rausgehalten« (Z. 398) hatte. Vor diesem Hintergrund ist es überraschend, dass sich Frau Ruhland bemüht, das Bild einer »glücklichen Kindheit« zu zeichnen, das die anfänglichen, distanzierten Erzählungen zur Herkunftsfamilie auf den ersten Blick zu kontrastieren scheint: »ich hatte eigentlich e schöne kindheit so äh wir haben viel miteinander gespielt, ich hatte viele freunde so in der nachbarschaft (2) wir waren viel draußen in der straße und haben volley=völkerball gespielt und so und wenn=wenn's geschneit hat, haben wir schneemänner [leicht lachend] baut, ganz normal eigentlich« (Z. 351-7). Das fast stereotype Bild einer »glücklichen« Kindheit bleibt jedoch fragmentiert und distanziert; weder werden konkrete Ereignisse geschildert noch handelt es sich um individuelle Erinnerungen.

Eine Lesart wäre, dass Frau Ruhland die häusliche Enge in einen Zusammenhang mit ihrem »Ausschluss« aus der Familie stellt: Vor dem Hintergrund der Raumknappheit geht ihr Eintritt in das Internat mit einer Entlastung für die Familie einher und sie ordnet das Verlassen der Herkunftsfamilie als eine von der Familie begrüßte Situation ein. Die idealisierende Verklärung ihrer Kindheit schafft möglicherweise ein Gegengewicht zu derart belastenden Erinnerungen. Aufschlussreich ist dabei auch, dass sich das Bild der glücklichen Kindheit aus außerhäuslichen Elementen zusammengesetzt (z. B. Nachbarschaft, Straße, Schneemann). Dies lässt sich als Hinweis auf ein demgegenüber problematisches

31 Dafür spricht auch, dass Frau Ruhland im Rahmen der standardisierten Nachfrage zur Familiengründung allgemein auf die Problematik beengter Wohnverhältnisse zu sprechen kommt: »die bekommen au schlechter wohnung, also weil die wohnungen alle so gebaut werden, mit wenig zimmern« (Z. 984).

Familienleben lesen – die *außerhäuslich* positive Situation steht der *innerhäuslichen* Problematik gegenüber.

Auf der Suche nach sozialer Einbindung

Die sozialen Kontakte zu ihren Mitschülerinnen und Zimmergenossinnen im Internat stellen ein zentrales Thema der biografischen Erzählung Frau Ruhlands dar. Knapp ein Drittel der Haupterzählung widmet sie diesem Motiv. Die Erzählerin verknüpft ihr subjektives Wohlbefinden mit der Qualität der sozialen Kontakte zu ihren Mitschülerinnen. Bis zur sechsten Klasse gibt es für die Erzählerin keine Probleme, weder im sozialen Bereich noch in Bezug auf die schulischen Leistungen »*sechste klasse war auch noch okay, kam ich auch noch gut mit den andern aus und (.) in der schule war ich eigentlich sehr gut*« (Z. 28). Allerdings kündigt sie mit ihrem Hinweis auf die bis dahin »noch« bestehende »Normalität« bereits an, dass sich ihre Situation im Erzählverlauf zum Negativen verändern wird:

036 *aber da kam dann schon die streitereien und so und das ausgeschlossen sein und äh dass ich eigentlich mehr son einzelgänger war (.) ähm ich hab mich dann auch=ich wollte dann griechisch lernen und dann hab ich aber mich entschlossen kochen zu nehmen, dass ich ja mit den andern zusammen bin (2)*

Die Probleme im Umgang mit ihren Mitschülerinnen gehen aus Sicht Frau Ruhlands mit einer Veränderung ihrer Persönlichkeit (»*einzelgänger*«) einher. Dem passiven Entwicklungsverlauf (»*da kam dann*«) stellt die Erzählerin ihr aktives Bemühen entgegen, diesen Prozess durch Initiativhandlungen zu unterbrechen: sie verweist auf ihren Verzicht, Griechisch zu lernen, um stattdessen im Fach Kochen mit den anderen zusammen zu sein und präsentiert dies als bewusst eingesetzte Strategie, mit der sie unter Verzicht auf ihre eigentlichen Interessen auf eine soziale Einbindung zielt. Ihre Versuche scheitern jedoch, wie in der folgenden Erzählung deutlich wird. Dieses Scheitern nimmt in der Gesamterzählung die Funktion eines Schlüsselerlebnisses ein:

041 *dann gabs so ne nacht, also da im internat, da (.) konnt ich nicht schlafen, weil die andern (.) zwei rumgeblödelt haben, da hab ich gesagt, (4) äh dann hab ich äh hab ich=dann haben sie die fenster aufgerissen da=um mich zu ärgern (.) und dann bin ich immer zu den älteren gegangen, also die (2) nina und die lissy die waren neben dran, die waren ein jahrgang höher und da hab ich dann aufm sofa geschlafen, also (.) um ja nicht so mit denen zusammen zu sein und so also im internat wars eigentlich schrecklich für mich*

Frau Ruhland zeichnet in ihrer Erzählung ihre sprachliche Intervention nach, mit der sie versucht, sich gegenüber dem Zweierbund ihrer Zimmergenossinnen zu positionieren. Dabei ist ihre Haltung gegenüber den Mitschülerinnen als ambivalent einzuordnen: Mit der Bezeichnung »*Rumblödeln*« ordnet sie

das Verhalten der Zimmerkolleginnen einerseits als eine harmlose altersentsprechende Kommunikationsform ein. Gleichzeitig grenzt sie sich gegen ihre beiden Mitschülerinnen als »die anderen« ab und interpretiert deren Verhalten als gegen sie gerichtet und aggressiv (Verhindern ihres Schlafwunschs). Das Scheitern ihres Interventionsversuchs in der erzählten Zeit spiegelt sich auf der Erzählebene: Frau Ruhland beginnt, ihren Interventionsversuch zu schildern (*»da hab ich gesagt«*), sie kann jedoch diese Erzählung nicht fortsetzen und bricht ab. Nach einer Pause von vier Sekunden unternimmt sie einen weiteren Versuch, der jedoch abermals misslingt. Stattdessen präsentiert die Erzählerin die Reaktion ihrer Mitschülerinnen als eine gegen sie gerichtete Aggression: die Mitschülerinnen »reißen« die Fenster auf mit dem Ziel, sie (die Erzählerin) zu »ärgern«. Als Konsequenz aus dieser Erfahrung des Ausgeschlossenenseins leitet sie eine Strategie des aktiven Rückzugs ab: Sie verlässt ihr Zimmer und flüchtet sich zu den »Älteren« im Nachbarzimmer. Während sie sich also zuvor aktiv um einen sozialen Einschluss bemühte (Kochkurs: *»dass ich ja mit den andern zusammen bin«*), versucht sie nun, diesem erzwungenen Ausschluss durch einen aktiven Rückzug zuvorzukommen (*»um ja nicht mit denen zusammen zu sein«*). Sie reagiert mit sozialem Rückzug auf die Erfahrung des gescheiterten Einschluss- bzw. Kommunikationsversuchs. Dieses singuläre Ereignis wird in eine Struktur überführt: *»und dann bin ich immer zu den älteren gegangen«*³² (Hervorh. SK). Mit einer abschließenden, negativen Evaluation unterstreicht Frau Ruhland die paradigmatische Bedeutung dieses Ereignisses: obwohl sie an anderen Stellen auch von positiven Erlebnissen berichtet (*»wir haben eigentlich (2) doch scho viel spaß gehabt so im internat auch«*), überträgt sie diese negative Erfahrung auf die gesamte Internatszeit: *»also im internat wars eigentlich schrecklich für mich«*.

Der zentrale Bedeutungsinhalt dieser Erzählsequenz liegt in der Positionierung als sozial Ausgeschlossene. Sie kann ihren Wunsch nach sozialer Einbindung nicht einlösen und reagiert auf einen oktroyierten sozialen Ausschluss mit einem aktiven Distanzierungswunsch. Das Thema der sozialen Einbindung zieht sich über die gesamte Erzählung bis in die aktuelle Lebenssituation. Auch im Hinblick auf ihre weitere Entwicklung stellt der Wunsch nach sozialem Einschluss ein zentrales Thema. So äußert sie auf die Frage der Interviewerin, welches Thema für sie noch wichtig ist: *»ich wünsch mir halt, dass ich noch bisschen (2) mehr (3) e gesellschaftsmensch werd [lacht] nicht so zurückgezogen«* (Z. 803-5).

32 Für das szenische Nachempfinden dieses belastenden Ereignisses und für die damit verbundene emotionale Nähe zum erzählten Ich sprechen die zahlreichen Erzählabbrüche und Pausen.

Das »Fremdwerden« gegenüber den »anderen«

Die sozialen Beziehungen zu ihren Mitschülerinnen werden von Frau Ruhlands als zentrale Begründung für die weitere biografische Entwicklung herangezogen:

052 es ging dann schon los, dass ich in der schule dann doch immer schlechter wurde, ich [räuspern] denke mal, weil=weil das mich so beeinflusst hat auch, mit diesem (.) äh umgang mit den anderen (.) und äh (2) also in der elften klasse ist es dann losgegangen, dass ich schlafstörungen bekommen hab, im internat und mich hat schon allein gestört wenn die im zimmer nebenan sich unterhalten haben (.) und dann kommt ich deswegen schon net schlafen und hab dann von meiner mutter baldriantabletten bekommen, die haben aber nix genützt und dann (.) hab ich wilde träume bekommen, so alpträume (2) über die schule schon (2) und hab mich dann au tagsüber ziemlich zurückgezogen, bin immer zum vokabeln üben gegangen, also wir hatten in der schule kleine zimmer, und da hab ich vokablen geübt und da war ich dann für mich [leicht lachend] bloß um weg zu sein

Sowohl ihren schulischen Leistungseinbruch, dessen Auftreten sie in den Rahmen einer negativen Verlaufskurve einordnet (»es ging dann schon los«), als auch die Entwicklung ihrer psychischen Erkrankung führt sie auf die sozialen Beziehungen zurück.³³ Die psychische Erkrankung beschreibt sie als ein »Fremdwerden« gegenüber ihren Mitschülerinnen. Sie empfindet deren Verhalten als »störend«. Die Schlafstörungen, die den Beginn der psychischen Erkrankung markieren, führt Frau Ruhland auf das Verhalten ihrer Mitschülerinnen zurück. Wieder imponiert dabei die Schilderung ihres sozialen Ausschlusses: Die Mitschülerinnen haben sich im Zimmer *nebenan* unterhalten – Frau Ruhland ist also erneut abgetrennt. Mit der Verbindung zwischen (sozial verursachten) Schlafstörungen und »wildem träumen«, bzw. »alpträumen«, die sich bereits in semantischer Nähe zu wahnhaften Gedanken befinden, wird ein Bogen von den ersten (schlaflosen und einsamen) Nächten im Internat bis hin zu den Schlafstörungen als einem für psychische Erkrankungen signifikanten Krankheitssymptom³⁴ gespannt.

Im weiteren Verlauf distanziert sich Frau Ruhland immer mehr und zieht sich »dann au tagsüber« aus dem Schulalltag zurück. Dies kann als ein Hinweis auf eine zunehmende Entfremdung gelesen werden: Während nachts eine quasi wahnhafte Verarbeitung (»alpträume«) stattfindet, entzieht sie sich tagsüber dem realen Schulalltag. Wenn sie auch zunächst den Beginn ihrer psychischen Erkrankung noch als passives Erleiden einordnet (»ist es dann losgegangen«), stellt sie im weiteren Verlauf ihre aktiv vollzogene Distanzierung heraus: sie übt

33 Dies zeigt sich nicht zuletzt auch in der Nennung ihres Sozialverbunds »elfte Klasse« als zeitliche Markierung für den Beginn ihrer psychischen Erkrankung anstelle einer ebenfalls möglichen und auf ihre Person bezogenen Altersangabe.

34 Nahezu alle psychiatrischen Erkrankungen können mit Schlafstörungen einhergehen (BRUNN-HUBER & LIEB 2000).

nun Vokabeln, »*bloß um weg zu sein*«, womit sie an die zuvor beschriebene Strategie der aktiven Distanzierung anknüpft.

Mit Beginn der elften Klasse kommt es zu einem Wechsel in der Zimmerbelegung:

073 *bekam die conny ins zimmer (.) und die hat so viel geredet und ich hab (.) mir wurde=also die hat so viel erzählt und während die erzählt hat, wurde mir klar, dass ich der gar nimmer zuhören kann also ich konnt mich gar nimmer konzentrieren und die elfte klasse war dann die klasse, in der ich krank geworden bin (.) also ich bekam dann (.) also so viele gedanken, das müssen stimmen gewesen sein, ich hab die dann versucht mal aufzuschreiben und das war ganz wirr und=und durcheinander und hat mir angst gemacht und ich wollts meiner freundin zeigen, dann hab ich's doch net=mich getraut und habs dann weggeschmissen*

Das bestimmende Attribut der neuen Zimmerkollegin ist deren Kommunikationsbedürfnis (»*die hat so viel geredet*«, »*die hat so viel erzählt*«). Das problematische (und daher erzählwürdige) an der Situation ist, dass Frau Ruhland auf das Kommunikationsangebot ihrer Zimmerkollegin im Sinne einer sozialen Beziehung nicht adäquat reagieren kann, d.h. sie konnte ihr »*gar nimmer zuhören*«. Mit diesem Ereignis verknüpft sie einen Prozess der Selbsterkenntnis (»*wurde mir klar*«), in dessen Rahmen sie ihre soziale Entfremdung sowie ihre formalen Denkstörungen wahrnimmt. Retrospektiv ordnet sie dies nun als Indiz für den Ausbruch ihrer Erkrankung ein.³⁵

Ihr Wunsch, die Stimmen aufzuschreiben, stellt den aktiven Versuch dar, ihre (beängstigenden) Wahrnehmungen (des Fremdwerdens) durch einen sprachlichen Nachvollzug zu verstehen und so auch kontrollieren zu können. Dies kann gleichzeitig als Versuch gelesen werden, ihre Wahrnehmungen zu kommunizieren und so die eine Einbindung herzustellen, bzw. zu erhalten. Letztlich scheitert jedoch der Kommunikationsversuch aufgrund ihrer Furcht vor einer ablehnenden Reaktion ihrer Freundin und einem möglicherweise damit einhergehenden endgültigen Beziehungsabbruch.³⁶

35 Ohne auf ihre Schilderungen zum Wahnhalt näher eingehen zu wollen, sei hier der Vermerk gestattet, dass selbst in Frau Ruhlands Schilderungen ihrer psychotischen Wahrnehmungen (Z. 97–110) die Bezüge auf ihre soziale Einbindung dominieren: Während sie sich einerseits in einer solitären Stellung positioniert, finden sich zahlreiche soziale Bezüge – offenbar steht das Motiv der sozialen Eingebundenheit auch im Zentrum ihres Wahns.

36 Die Schwierigkeiten der sprachlichen Vermittlung bestehen auch in Interaktion während des Interviews: sie bricht ihren Versuch der Schilderungen ihrer Suizidgedanken mehrmals ab und kehrt an anderer Stelle auf eine abstrakte Ebene zurück. Zum einen kann dies damit zusammenhängen, dass sie ihre damaligen Vorstellungen im Sinne eines mangelnden Selbst-Verständnisses nicht in Worte fassen kann. Zum anderen ist denkbar, dass sie den Inhalt ihrer damaligen Vorstellungen aufgrund der sozialen Unerwünschtheit der Themen Suizid bzw. psychische Erkrankung nicht mitteilen will.

Entlastung in der Psychiatrie

Der erste psychiatrische Aufenthalt erfolgt im Alter von 17 Jahren. Der insgesamt mehrere Monate dauernde Aufenthalt wird von der Erzählerin in nur wenigen Zeilen zusammengefasst.

114 *dann bin ich nach (2) auf die station F/1 gekommen, nach b-stadt privatstation erste mal (3) und da prompt, wie ich=da war ich äh pri (.) da war ich dann (.) äh [XX] monate und da war ich so das nesthäckchen, da gings mir dann gut eigentlich, in anführungszeichen, ich hatte auch schlafstörungen und=und (3) also das war [19XX]*

Weder die Tatsache einer psychiatrischen Akutbehandlung noch die Dauer des Aufenthalts³⁷ werden von der Erzählerin in kritisierender Weise dargestellt. Was auffällt, ist die Verbesserung ihrer sozialen Position, die sich von jener im Internat gravierend unterscheidet: Auf der psychiatrischen Station »da war ich so das nesthäckchen, da gings mir dann gut eigentlich, in anführungszeichen«. Auffallend ist dabei auch der Ausdruck »Nesthäkchen«, der üblicherweise für die privilegierte Position des jüngsten Kindes in einer Familie vorbehalten ist und in der die dargestellte familiäre Problematik erneut aufscheint. Die psychiatrische Behandlung wird als ein Hilfeangebot wahrgenommen und stellt vor dem Hintergrund ihrer vorherigen Lebenssituation eine unhinterfragte Notwendigkeit dar, der sie sich bereitwillig fügt: »dann war eigentlich klar, dass ich in behandlung muss« (Z. 111). Die Schilderung ihres Eintritts in die Psychiatrie geht mit einer gering ausgeprägten Agency einher (»nach b-stadt gekommen ... auf die station xy gekommen«, Z. 112/Z. 115). Die Kombination beider Aspekte – die soziale Einbettung und die Handlungsentlastung – verdichten sich zu einer Lesart, wonach Frau Ruhland ihren Eintritt in die Institution Psychiatrie als eine positive Erfahrung einordnet, die sie von einer Situation der Überforderung befreit. Dafür spricht auch, dass sie keinerlei Therapieinhalte erwähnt, die mit einer auf Entlassung oder Heilung ausgerichteten Zielsetzung eines Psychiatriaufenthalts zusammen hängen.

Nach diesem ersten Klinikaufenthalt kehrt sie zunächst an die Schule zurück. In ihrer Schilderung rückt die Problematik des mangelnden sozialen Einschlusses alsbald erneut in den Vordergrund ihres Erlebens: »in den pausen wusst ich immer net wohin, wo gehen die andern hin? kann ich mitgehen?« (Z. 132). Etwa zwei Jahre später erfolgt ein zweiter Klinikaufenthalt. Diesen schildert Frau Ruhland im Vergleich zu ihrem ersten Klinikaufenthalt weitaus detaillierter. Zur zeitlichen Einordnung dieses Ereignisses greift sie auf den Schulabschluss als Merkmal des formalen Lebenslaufs zurück (»also im mai wärs abitur gewesen«, Z. 164). Der

37 Möglicherweise hängt die knappe Darstellung einer Krisensituation mit einer mangelnden rationalen Bewältigung infolge eines Erinnerungsverlusts zusammen, der zu einer subjektiv verkürzten Zeitwahrnehmung führte.

Konjunktiv markiert hier den endgültigen Abschied von einem normalbiografischen Verlauf.³⁸

Die Erzählung über diesen zweiten Aufenthalt beginnt Frau Ruhland mit der Schilderung einer Krisensituation, in der auch psychiatrische Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung) erfolgen. Doch auch diese einschneidenden Erlebnisse werden weder kritisierend noch mit erkennbar emotionaler Beteiligung dargestellt. Vielmehr scheint Frau Ruhland die Angemessenheit dieser erneuten Einweisung geradezu zu betonen. So kommentiert sie die Zwangsmaßnahmen aus der Sicht der psychiatrischen Fachkräfte: »da mussten die sofort reagieren« (Z. 175) und führt kurz darauf aus: »dann haben sie mich eine nacht fixieren müssen« (Z. 179). Über die bloße Einsicht der Notwendigkeit der Maßnahmen hinaus rahmt Frau Ruhland diesen zweiten Aufenthalt positiv: »und dann (.) war ich halt so auf der station, [lachend] hab mich eigentlich so in meinem zustand au relativ wohl gefühlt«. Auch für diesen Aufenthalt erwähnt Frau Ruhland weder therapeutische Inhalte, die auf eine Wiederherstellung ihrer psychischen Gesundheit gerichtet sind, noch wird der psychiatrische Aufenthalt im weiteren Verlauf der Erzählung infrage gestellt oder gar problematisiert. Selbst die Einschränkung ihre positiven Evaluation »*eigentlich so in meinem zustand au relativ*« (Hervorhebung SK) stellen keine echte Relativierung ihrer positiven Rahmung dar, sondern sind als eine an die Erzählerin (resp. der weiteren, nicht-psychiatrischen Welt) gerichtete Konzession zu lesen: Frau Ruhland weiß um die kritische Sicht auf einen psychiatrischen Aufenthalt: »man« fühlt sich üblicherweise während eines psychiatrischen Aufenthalts nicht »wohl«. Der Bruch mit der sozialen Erwünschtheit wird zudem mit dem begleitenden Lachen relativiert. Weiterhin findet sich in der Äußerung »war ich halt so auf der station« (Hervorhebung SK) das Motiv ›Routine‹. Frau Ruhland strukturiert die Erzählung über ihren Klinikaufenthalt in die Schilderung der Krise (die den gesamten Aufenthalt rechterfertigt und daher erzählenswert ist) einerseits und in den ›weiteren‹ Aufenthalt, der als Routine nicht weiter erzählwürdig ist. Dieser nicht-krishafte Anteil ihres psychiatrischen Aufenthalts wird als »normale« und gleichwohl akzeptierte Lebenssituation eingeordnet. Diese Lesart wird gestützt durch eine später folgende Erzählsequenz, in der die Formulierung »na ja und so ist das dann weitergegangen« (Z. 455) als Floskel zur Beschreibung eines Wochen oder gar Monate dauernden Aufenthalts in der Psychiatrie dient.

38 Der zweite psychiatrische Aufenthalt ist häufig mit einem Realisieren dessen verbunden, dass der psychischen Erkrankung eine biografiekonstituierende Bedeutung zukommt (KÜHNLEIN & MUTZ 1996).

Geschlossene Zukunftsvorstellungen

Auf die Frage der Interviewerin nach ihren Zukunftsvorstellungen und Wünschen, präsentiert Frau Ruhland geschlossene Zukunftsvorstellungen, indem sie ihre mittel- wie langfristige Lebenssituation innerhalb des psychiatrischen Rahmens konstruiert:

778 *also wenn's geht, (.) dann (.) noch im wohnheim (3) also ich möcht halt schauen, dass i im wohnheim jetzt gut zurechtkommt, dass i (3) so=solang es geht im wohnheim bleiben kann (2) wenn i jetzt fitter wär (.) höchstens vielleicht e wohngemeinschaft aufmachen mit vielleicht jemand hier ausm wohnheim, zwei drei leuten, die=die dann auch fitt sind (2) vielleicht kann man so was organisieren*

Frau Ruhland möchte »solang es geht im wohnheim bleiben«. Damit stellt sie die institutionalisierte Lebensform im Wohnheim nicht etwa als eine unvermeidliche, sondern vielmehr als eine gewünschte Situation dar. Dies könnte damit zusammenhängen, dass ein Aufenthalt im Wohnheim an ein bestimmtes Niveau des psychischen Gesundheitszustands geknüpft ist, wie z. B. fehlende Suizidalität der Bewohner/-innen. Frau Ruhland scheint um diese Anforderung zu wissen und bemüht sich, ihr zu entsprechen: »ich möcht halt schauen, dass i im wohnheim jetzt gut zurechtkomm«. Zu dieser Lesart trägt bei, dass Frau Ruhland an anderer Stelle einen wenige Monate zurückliegenden Unfall erwähnt, den sie glaubt, von einem Suizid abgrenzen zu müssen: Sie führt diesen Unfall auf ein »Missverständnis« aufgrund wahnhafter Gedanken zurück. Entsprechend den genannten Erfordernissen grenzt sich Frau Ruhland an anderer Stelle explizit von ihren früheren Suizidversuchen ab: »ich glaub jetzt äh mit diesen [lachend] selbstmordversuchen hab ich's geschafft, dass das endlich vorbei ist« (Z. 332–334).

Obwohl Frau Ruhland dies nicht explizit erwähnt, liegt die Annahme nahe, dass ein psychiatrischer Krankenhausaufenthalt die für Frau Ruhland bestimmende Alternative zum Wohnheim darstellt. Frau Ruhland verweist auf ihren heutigen, stabilen Gesundheitszustand, den sie sowohl an ihre Beschäftigung wie auch an ihren Wohnheimaufenthalt knüpft. Beide Merkmale grenzt sie von einer Krankenhausbehandlung ab: »ich hab in der wfb [Werkstatt für Behinderte, SK] angefangen zu arbeiten, seit ich im wohnheim bin und seither musst i nimmer ins krankenhaus« (Z. 318–320). Auch wenn Frau Ruhland einen erneuten Krankenhausaufenthalt vermeiden möchte, sind ihre Zukunftsvorstellungen nicht auf eine außerpsychiatrische Lebens- bzw. Wohnform gerichtet. Als bestmögliche, wenngleich fragliche (»höchstens vielleicht«) Lebensform nennt Frau Ruhland eine Wohngemeinschaft. Doch auch dieses Gedankenkonstrukt ordnet sie nicht außerhalb des institutionalisierten Rahmens an: zum einen stellen die jetzigen Mitbewohner auch ihre potenziellen Wohngemeinschafts-Mitbewohner dar (»mit vielleicht jemand hier ausm wohnheim«) und zum anderen konstruiert sie die

Wohngemeinschaft als Möglichkeit, die nicht von ihr initiiert wird; »*vielleicht kann man so was organisieren*« (Hervorh. SK). Der hier zum Ausdruck gebrachte Verzicht auf die Zuständigkeit für die eigene Biografie sowie die institutionenbezogene Geschlossenheit ihrer Zukunftsvorstellungen stellen eine konsequente Weiterführung ihrer bereits für den Eintritt in die Psychiatrie zum Ausdruck gebrachte Akzeptanz der institutionalisierten und daher zumindest in Teilen fremdbestimmten Lebensform dar.

Psychiatrie und Partnerschaften

Entsprechend ihrer Akzeptanz des psychiatrischen Lebensumfelds bietet der psychiatrische Aufenthalt den Rahmen für altersentsprechende Entwicklungsaufgaben wie etwa die Suche nach einem Partner.

187 und hab dann (2) meinen ersten freund kennengelernt, den tobias (.) und den hab i wirklich gern gemocht das war so vom gefühl her ganz schön, der ging aber dann leider aus der station, weil er dann nen selbstmordversuch gemacht hat

Während ihres zweiten psychiatrischen Aufenthaltes lernt sie Tobias, ihren »ersten Freund«³⁹ kennen. Die Beziehung endet allerdings mit dessen Verlassen der Station aufgrund eines Selbstmordversuchs. Das zum Ausdruck gebrachte Bedauern (»leider«) gilt offenbar jedoch weniger der Tatsache des Suizids und der damit zusammenhängenden Leidenssituation von Tobias – dem Suizid(versuch) schenkt sie als einem in der Psychiatrie häufigen Phänomen keine weitere Beachtung⁴⁰ – als vielmehr seinem Verlassen der Station. Mit Letzterem verschwindet er aus der Erzählung; er ging »aus der Station« als Frau Ruhlands zentralem Bezugsort. Die für das Objekt »Station« benutzte, grammatikalisch zwar korrekte, jedoch ungebräuchliche Präposition »aus« deutet vor dem Hintergrund des neuen, von ihr akzeptierten Lebensumfelds auf eine semantische Differenzierung von »innerhalb« und »außerhalb« der Station: Die Erzählerin verbleibt innerhalb des Orts, während Tobias mit seiner Verlegung/Entlassung aus ihm verschwindet und ihr Interesse daher an ihm endet. In ähnlicher Weise schildert sie später eine homoerotische Beziehung zu einer Mitpatientin. Sie wiederholt die ungebräuchliche Präposition: »und dann wollt ich gar nimmer aus der station, weil ich net von der weg wollte« (Z. 199–200). Diese Lesart einer semantischen Verschiebung (Station zu Lebenswelt) wird durch die Nutzung der eher gebräuchlichen Präpositionen »auf die Privatstation« (Z. 249) sowie »auf die

39 Tatsächlich ist Tobias aus biografischer Sicht Frau Ruhlands zweiter Freund.

40 Etwa jede zweite aller von einer Schizophrenie betroffenen Personen unternimmt mindestens einmal in ihrem Leben einen Suizidversuch, wobei insbesondere ein junges Alter einen Risikofaktor darstellt (BRUNNHUBER & LIEB 2000, S. 109).

Station xy« (Z. 145) (Hervorh. SK) an anderen Textstellen gestützt, bei denen es lediglich um die Schilderung des Ortswechsels geht.

Obwohl Frau Ruhland Tobias, den sie während ihres zweiten Klinikaufenthaltes kennenlernt, als ihren *ersten* Freund vorstellt, erzählt sie in einer späteren Interviewsequenz von ihrem Freund Peter, den sie im Alter von 17 Jahren in der Schule kennenlernt. Von ihm trennt sie sich nach ihrem Eintritt in die Psychiatrie. Wie ist diese »Verwechslung« von »erstem« und »zweitem« Freund gestalttheoretisch einzuordnen? Die Erzählung über Peter erfolgt nicht spontan als Teil der Haupterzählung, sondern wird erst durch die im Nachfrageteil von der Interviewerin eingebrachte Frage nach dem Verlauf der Pubertät generiert. Das heißt, obwohl Peter biografisch vor ihrem ersten psychiatrischen Aufenthalt einzuordnen ist, taucht er in der Haupterzählung nicht an der Stelle auf, in der er einem chronologischen Ablauf folgend tatsächlich auftauchen müsste. In der Haupterzählung tritt vielmehr Tobias als »erster Freund« in Erscheinung, obwohl er chronologisch erst auf die Beziehung mit Peter folgt. Daraus ergibt sich folgende Lesart: Der innen/außen Differenzierung entsprechend ordnet Frau Ruhland Tobias als ersten Freund innerhalb ihres »psychiatrischen« Lebens ein, während Peter dem »nicht-psychiatrischen« Leben angehört und daher im Thematisierungsfeld »erster psychiatrischer Aufenthalt« als Teil der Haupterzählung für sie keine Bedeutung hat. Dagegen nimmt sie im Thematisierungsfeld »Pubertät und sexuelle Erfahrungen« innerhalb des Nachfrageteils, d.h. erst nach Aufforderung auf außerpsychiatrische Lebensereignisse Bezug und ordnet Peter als ersten Freund chronologisch »richtig« ein.

Die auf den Eintritt in die Psychiatrie folgende Trennung von Peter begründet Frau Ruhland mit ihrer psychischen Erkrankung:

439 *ja dann bin ich krank worden, dann hat er (Peter, SK) mich noch paar mal in b-stadt besucht dann hab ich schluss gemacht, weil ich gemerkt hab, das=das kann net geh=das geht vielleicht gar net (.) weil ich eben krank bin und hab ich den (.) weg=also ich hab schluss gemacht, aus dem grund weil ich krank worden bin und mir gedacht hab in der krankheit geht das vielleicht gar net, dass man ein freund hat oder der mag mich nimmer, weil ich krank bin da hab ich aus (.) voraussicht scho mal schluss gemacht oder so und weil=und au aus dem grund, weil ich im krankenhaus wieder jemand kennengelernt hab und in den verliebt hab, aber der war dann auch krank und das hätt dann gepasst vielleicht irgendwie so hab ich gedacht*

In ihrer Argumentation behandelt Frau Ruhland das Thema der Legitimität einer Beziehung zwischen psychisch Kranken und nicht-psychisch Kranken. Dabei bezieht sie sich zunächst auf eine subjektive Wahrnehmung (»*ich hab gemerkt*«), die sich jedoch nicht auf ein real stattgefundenes Ereignis bezieht, sondern vielmehr auf einer Projektion beruht (»*das geht vielleicht gar net*«). Allerdings bleiben ihre Argumente zum Ausschluss von Partnerschaften zwi-

schen psychisch Kranken und nicht-psychisch Kranken vage, was sich an der Reformulierung von »*das=das kann net gehen*« in »*das geht vielleicht gar net*« zeigt. Die Tatsache, dass sie für ihre argumentative Begründung drei Ansätze benötigt, deutet auf eine Unsicherheit hinsichtlich ihrer eigenen Überzeugung hin. Die sprachliche Suchbewegung äußert sich in den Ausdrücken »*oder so*« und, an späterer Stelle, »*vielleicht irgendwie so hab ich gedacht*«, mit denen sie ihre Argumentation ausklingen lässt. Tatsächlich scheint Frau Ruhland keine konkrete Vorstellung davon zu besitzen, aus welchen Gründen eine Beziehung zwischen psychisch Kranken und nicht-psychisch Kranken nicht funktionieren sollte. Anstelle inhaltlicher Begründungen greift sie auf ein Stereotyp zurück: weil sie psychisch krank ist, ist es besser, die Beziehung zu ihrem nicht psychisch kranken Partner zu beenden. Die Differenz »psychisch krank vs. nicht psychisch krank« wird zum einzigen Kriterium, das über die Tragfähigkeit einer Beziehung entscheidet, während die tatsächliche Gefühlslage irrelevant bleibt. Umgekehrt wird die (mögliche) Beziehung zu einem ebenfalls psychisch kranken Menschen als geeignet beschrieben: »*der war dann auch krank und das hätt dann gepasst*«.

Möglicherweise entstehen die sprachlichen Unsicherheiten durch den Versuch der Verknüpfung von erzählter Zeit und Erzählzeit: aus heutiger Perspektive deutet sie ihre damalige Entscheidung (zur Beendigung der Partnerschaft) vor dem Hintergrund der aktuellen Akzeptanz ihrer Identität als psychisch kranke Frau. Die prospektive Äußerung »*da hab ich aus (.) voraussicht scho mal schluss gemacht*« legt nahe, dass es sich bei der zum Ausdruck gebrachten Überzeugung um eine retrospektiv überformte Deutung ihrer damaligen Sichtweise handelt. Diese Lesart wird bestärkt durch die folgende (und im Erzählfluss überraschende) Erwähnung eines potenziellen neuen Partners – denn nun wird die Beendigung der Beziehung zu ihrem Partner mit der Tatsache begründet, dass sie sich in einen anderen Mann verliebte: »*und au aus dem grund, weil ich im krankenhaus wieder jemand kennen gelernt hab und in den verliebt hab, aber der war dann auch krank und das hätt dann gepasst*«. Es ist also vorstellbar, dass in der erzählten Zeit die neue Beziehung den tatsächlichen Grund für die Beendigung ihrer Beziehung zu Peter darstellte. Sowohl die zunächst gewählte Formulierung »*und hab ich den (.) weg=also ich hab schluss gemacht*« sowie die an späterer Stelle erfolgende Äußerung »*wie er mich berührt hat, das hat immer weh getan, also ich hab da net so viel gespürt immer*« (Z. 437–438) deuten auf eine eher negativ bestimmte emotionale Beziehung zu Peter.

Zum Zeitpunkt des Interviews hat Frau Ruhland einen Partner, mit dem sie seit einigen Jahren befreundet ist. Kennengelernt hat Frau Ruhland ihren Partner als Kollegen in einer Werkstatt für Behinderte. Sie bezeichnet ihren Partner als »*festen Freund*« (Z. 463) und sie ist sich sicher, dass diese Partnerschaft »*beständig*« ist. Die Tatsache, dass ihr heutiger Partner selbst psychisch krank ist, entspricht

Frau Ruhlands Vorstellungen hinsichtlich einer »passenden« Partnerwahl, die auf einem ähnlichen Erfahrungshintergrund beruht. Ebenso wie sie selbst hat ihr Partner »halt AUCH viel mitgemacht« (Z. 758). Partnerschaften gehen für Frau Ruhland tendenziell mit einer Überforderung einher: »die partnerschaften, die ich hatte, die hab ich meistens beendet, weil's mir zu viel wurde«. Selbst in der heutigen, stabilen Beziehung kommt es zeitweise zu einer Überforderung. Im Gegensatz zu ihren früheren Beziehungen kann die (potenzielle) Überforderung jedoch durch die Unterstützung professionellen Betreuer aufgefangen werden. Damit dient die entlastende Funktion einer psychiatrischen Institution, die Frau Ruhland bereits für ihren Eintritt in die Psychiatrie berichtete, nun auch der Aufrechterhaltung ihrer heutigen Partnerschaft. Die Beurteilung der Beziehung durch die »Leitung« sowie deren Handlungsvorschläge werden von Frau Ruhland als unterstützend und entlastend erlebt:

518 Er (Partner, SK) wohnt jetzt in g-stadt im andern wohnheim, in nem andern (.) wohnheim äh weil die leitung gemeint hat, das wär besser für uns, weil wir net dann so aufeinander sitzen mehr freiheit haben, also tun können was wir wollen und net so zwanghaft meinen wir müssten jetzt am wochenende immer zusammen sein, wenn wir eigentlich unsere ruhe haben wollen oder so und das äh haben wir jetzt gesehen, dass das eigentlich e gute sache ist, und seitdem wir jetzt getrennt sind, also räumlich getrennt sind, geht's uns beiden besser

Die institutionelle Einbindung entlastet Frau Ruhland von einer weiteren Überforderung, die mit den bisherigen Partnerschaften einherging. In der Auswahl ihrer früheren Partner orientierte sich Frau Ruhland an den Vorstellungen ihrer Herkunftsfamilie und Freunde: »ich hab halt immer geschaut, dass halt mei familie zufrieden ist mit meinem freund und wenn das net so war, wenn meine freunde au das net so gesehen haben, wenn die mal in gesellschaft gesehen hab, der benimmt sich komisch, dann hab i halt schluss gemacht, dann hat mir das au net gepasst« (Z. 724). Entsprachen ihre Partner nicht deren Vorstellungen, trennte sie sich von ihnen. Gleichzeitig sah Frau Ruhland deren Vorstellungen durch die jeweiligen Behinderungen/Einschränkungen ihrer Partner geprägt: »i hat halt immer meistens freunde, die halt auch behindert=also die irgendwas gehabt haben, psychisch oder körperlich (.) und (3) also meine freunde waren immer [leicht lachend] eigentlich nie einverstanden mit denen freunden, die ich gehabt hab au mei familie (.) ich hab halt immer dacht, sie haben=sind net einverstanden« (Z. 687–692). Andererseits orientiert sie sich an Partnern, die ebenfalls eine Einschränkung haben (siehe oben) bzw. stellt eine Behinderung für sie keinen Ausschlussgrund dar: »das ist schmarrn, i bin au krank« (Z. 720). Offenbar geriet Frau Ruhland angesichts dieser diskrepanten Vorstellungen über eine Partnerschaft in einen Konflikt zwischen ihren psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Weltbezügen. Heute dagegen, so scheint es, stellen Familie und Freunde aufgrund der dominierenden institutionalisierten Lebensform keinen

Bezugsrahmen für Frau Ruhland dar und sie ist in ihrer Partnerwahl nicht mehr von außerpsychiatrischen Vorstellungen abhängig. In ihrer jetzigen Beziehung stellen vielmehr die Mitarbeiter/-innen (und Mitpatienten/-innen) des Wohnheims eine relevante Bezugsgröße für die Akzeptanz der Partner dar. Diese übernehmen die Funktion, die Partnerschaft zu begleiten und bei eventuell auftauchenden Schwierigkeiten zu unterstützen. Dabei ist klar, dass im Rahmen einer psychiatrischen Institution die Einschränkungen des Partners aufgrund der psychischen Erkrankung keine Rolle spielen.

Ein verneinter Kinderwunsch

Bis zur Nachfrage der Interviewerin etwa zur Interviewmitte wird das Thema Familienplanung im engeren Sinne nicht thematisiert. Das Thema wird durch die Interviewerin im exmanenten Nachfrageteil eingeführt.

532 I: *ja und so mit dem thema ähm familienplanung? kinderwunsch? Gabs mal ne zeit, in der sie sich ein kind gewünscht haben?*

E: *(.) ähm (2) nein, also (2) seitdem ich krank worden bin, war mir eigentlich klar, dass ich eigentlich nie kinder haben wollte (.)*

Frau Ruhland reagiert auf die Frage nach einem Kinderwunsch mit einer kurzen Verzögerung und einem leise gesprochenen »*ähm*« als Unsicherheitsmarkierer. In Anbetracht der Bestimmtheit, mit der sie die Frage im Folgenden verneint, kann dies darauf hinweisen, dass sie gegenüber der Interviewerin eine Hemmung verspürt, den Kinderwunsch spontan eindeutig zu verneinen. Es kann aber auch Ausdruck einer eigenen Unsicherheit/Unbestimmtheit gegenüber ihrem Kinderwunsch sein. Ebenso wenig gelingen ihr die Ausführungen zu ihrem zunächst klar verneinten Kinderwunsch übergangslos, wie durch die Pause angezeigt wird. Die zweifache Nutzung des Partikels »*eigentlich*« verweist auf Frau Ruhlands Bemühen, ihre Aussage zu unterstreichen.

Inhaltlich verknüpft Frau Ruhland ihren verneinten Kinderwunsch mit ihrer psychischen Erkrankung. In ihrer Ausführung bezieht sich Frau Ruhland allerdings auf zwei Zeiträume. Zum einen setzt sie den zeitlichen Anker in die Zeit *nach* der Ersterkrankung (»*seitdem ich krank worden bin*«), zum anderen bezieht sie sich auf einen biografieumfassenden Zeitraum, der sich von Beginn an *bis* mindestens zu ihrem Erkrankungsbeginn erstreckt (»*dass ich eigentlich nie kinder haben wollte*«) (Hervorh. SK). Zum Zeitpunkt ihrer Ersterkrankung realisiert sie, dass sie in ihrer Gesamtbiografie keinen Kinderwunsch hatte. Obwohl sie also den verneinten Kinderwunsch für ihre gesamte Biografie beansprucht, knüpft sie ihren Kinderwunsch mit dieser Datierung an ihre psychische Erkrankung. Das heißt, die Erzählerin überträgt die aus der Krankheitserfahrung resultierende Einstellung gegenüber dem Kinderwunsch auch auf jenen Abschnitt ihrer Biografie, der realiter noch nicht durch die Erkrankung geprägt war. Auch in ihrer

weiteren Ausführung konstruiert sie die biografische Kohärenz ihres verneinten Kinderwunschs. Sie präsentiert den verneinten Kinderwunsch als Ausdruck ihres bereits vor der Erkrankung existierenden Wissens über ihre Unfähigkeit zur Mutterschaft, das sich dann durch die Häufung ihrer Krankheitsepisoden bestätigte:

536 *vom=vom i war eigentlich scho so eingestellt, (.) dass i wusste, mir ist e kind zu viel, i kann das net machen und wie ich dann gesehn hab, dass ich öfters krank worden bin, hab ich=hab ich gemerkt, erst e mal, ja das ist halt mei (.) ansicht, dass (.) das kind kann au krank werden, was mach ich mit dem kind, wenn ich wieder krank wär? das muss ja au wieder versorgt werden, mei mutter kanns net nehmen, das ist zu viel (.)*

Ihren verneinten Kinderwunsch stellt Frau Ruhland zunächst als den Ausdruck ihrer individuellen Überzeugung dar, dass ein Kind für sie eine Überforderung darstellt. In ihrer Argumentation nimmt sie einen sprachlichen Umweg über zwei Ebenen in Kauf: zum einen verweist sie auf ihre Einstellung und zum anderen auf ihr Wissen: »*i war eigentlich scho so eingestellt, (.) dass i wusste, mir ist e kind zu viel*« (und nicht einfach: »ein Kind ist mir zu viel«). Der verneinte Kinderwunsch wird so zur gesicherten Tatsache. In der Fortführung ihrer Erzählung führt sie nun die Argumente für einen verneinten Kinderwunsch auf und zielt damit auf die soziale Akzeptanz ihres Standpunkts (durch die Interviewerin). Dabei bezieht sie sich auf normativ eingebettete Wissensbestände wie die Verantwortung, die es für ein Kind zu übernehmen gilt. Dieser wichtigen Prämisse für eine Mutterschaft stellt Frau Ruhland ihre eigene, krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Verantwortungsübernahme gegenüber. Um ihre mangelnden Möglichkeiten einer Verantwortungsübernahme zu verdeutlichen, stellt sie sich in ihrer eigenen Krankheit und Hilfsbedürftigkeit einem kranken und hilfsbedürftigen Kind gleich: »*das kind kann au krank werden, was mach ich mit dem kind, wenn ich wieder krank wär?*«. Frau Ruhland konstruiert damit eine Dilemmasituation zwischen konkurrierenden Situationen der Hilfsbedürftigkeit. Auf die Hilfe und Unterstützung ihrer Mutter kann sie dabei nicht zählen: »*mei mutter kanns net nehmen, das ist zu viel*«. Mit dem gedanklichen Bezug auf das Hilfesystem einer Großmutter macht Frau Ruhland zwar deutlich, dass ihr diese Möglichkeit präsent ist, durch den kategorischen Ausschluss »*das ist zu viel*« gelingt es ihr jedoch, eventuelle Lösungsmöglichkeiten von vornherein auszuschließen. Wie bereits zuvor wird die inhaltliche Klarheit ihrer Argumentation durch die Unsicherheitsmarkierer (»*vom=vom*«) sowie durch die häufige Verwendung des relativierenden Ausdrucks »*eigentlich*« kontrastiert. Zudem sichert die Erzählerin ihre Meinung durch die Subjektivierung »*ja das ist halt mei (.) ansicht*« ab. Diese Diskrepanz zwischen ihrem Wunsch nach Eindeutigkeit ihres verneinten Kinderwunschs und der sprachlichen Unsicherheit deutet auf Schwierigkeiten bei der sozialen Vermittlung ihrer Überzeugung.

Verneinter Kinderwunsch als biografische Konstante

542 *heiraten gut, aber kinder wollt i eigentlich nie haben (3) und jetzt ist=bin i aber au so eingestellt, dass ich eigentlich auch gar nit heiraten will also lieber (.) so für mich klarkommen (2) in der beziehung klarkommen, so meine sachen erledigen, aber (.) heiraten oder gar familie, das wär mir einfach zu anstrengend, i kanns net machen (3) von der krankheit her*

Frau Ruhland bringt von sich aus das Thema Heirat ein, indem sie einen Kinderwunsch (graduell) von einer Heirat abgrenzt: »*heiraten gut, aber kinder wollt i eigentlich nie haben*«. Zunächst bleibt der Heiratswunsch eher diffus und Frau Ruhland thematisiert weniger einen biografiebezogenen, individuellen als vielmehr einen abstrakten Heiratswunsch im Sinne einer prinzipiellen biografischen Möglichkeit. Unter Rückgriff auf das Muster einer normativen Verbindlichkeit beider Ereignisse (Heirat und Mutterschaft) kann Frau Ruhland ihren Kinderwunsch als eine individuelle Entscheidung im Sinne von: »Heirat ja, Kinder nein« konturieren. In einem zweiten Schritt rückt nun der Heiratswunsch in den Fokus und es geht weniger um die prinzipielle Möglichkeit als vielmehr um den konkreten Heiratswunsch. Einen solchen lehnt sie aber ab: »*bin i aber au so eingestellt, dass ich eigentlich auch gar nit heiraten will*«. Damit unterlegt sie ihren Einstellungen einen entwicklungsdynamischen Verlauf: der ursprüngliche – wenn auch vage – Heiratswunsch wird dem (schon immer) verneinten Kinderwunsch angepasst. Der Heiratswunsch erscheint zum einen als Ausdruck einer individuellen Einstellung und zum anderen durch ein bestimmtes Eigeninteresse motiviert: »*also lieber so für mich klarkommen*«. Dahinter steckt die Vorstellung einer Verantwortungsübernahme gegenüber einem Ehepartner, von der sie sich aufgrund ihrer individuellen Bedürfnisse abgrenzt. In der Zusammenführung von Heirat und Mutterschaft ist nun eine klare Hierarchisierung erkennbar (»*heiraten oder gar familie*«): Zwar wäre sie auch bereits mit einer Ehe überfordert, die Aufgaben im Zusammenhang mit einer Mutterschaft wären ihr jedoch aufgrund ihrer psychischen Erkrankung (in noch stärkerem Maße) »*zu anstrengend*«. Die psychische Erkrankung wird als eine (auch) in die Zukunft gerichtete biografische Konstante präsentiert, die die Möglichkeit einer Elternschaft prinzipiell und dauerhaft ausschließt.

In ihrer weiteren Argumentation bezieht sich Frau Ruhland auf ihren Mangel an spezifischen Fähigkeiten, die sie für eine Elternschaft voraussetzt:

552 *i glaub, äh so e kind ist=ist hat=da hat man viel verantwortung, also i mag kinder, (.) und i=wenn die kinder von meinen geschwistern kommen, dann geb ich mit ihnen ab und so (2) aber i könnt=i könnts net erziehen, also ich=ich (3) i=i hab schon mal gesagt, i habs leben net gelernt, also äh wie soll ich's erklären? äh also man muss ja das auch viel erfahrung haben, dass man e kind vernünftig erziehen kann und man muss ja auch (.) finanziell (.) bedeutet das ja auch viel und (.) man muss ihnen ja auch was mitgeben können und da das=das=das könnt i net*

geben (2) einfach (2) ich weiß dazu zu wenig (.) also ich bin net dumm oder so, aber (von=von?) (2) und das alles lernen und=und=und (4) das wär mir einfach zu viel

Frau Ruhland verweist auf ihre prinzipiell positive Einstellung gegenüber Kindern und grenzt sich so gegen eine mögliche Zuschreibung einer persönlichen Abneigung gegenüber Kindern ab. Sie rückt das ›Wohl des Kindes‹ als Argument gegen einen Kinderwunsch in den Vordergrund. Damit rekurriert sie auf spezifische, normativ gerahmte Anforderungen an eine Elternschaft (»da hat man viel verantwortung«; »man muss ja das auch viel erfahrung haben«; »man muss ihnen ja auch was mitgeben können«). Diesen Anforderungen stellt sie ihren Mangel an Fähigkeiten gegenüber. Dabei verweist Frau Ruhland auf ein individuelles Defizit, das sich auf das gesamte Leben als Erfahrungsdimension bezieht: »i habs leben net gelernt«. Sie verweist so auf die Vorstellung einer üblicherweise erlernbaren Reife im Rahmen eines Sozialisationsprozesses. Die mangelnde Lebenserfahrung tritt als individueller Mangel in Erscheinung – und nicht etwa als Resultat sozialer/familiärer Rahmenbedingungen. Die Möglichkeit, die für eine Mutterschaft erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse zu erlernen, weist sie von sich: »das wär mir einfach zu viel«. In dieser Konstruktion erscheint der verneinte Kinderwunsch als Resultat einer rationalen Entscheidung, bei der die erforderlichen den tatsächlich vorhandenen Fähigkeiten gegenübergestellt werden – der Ausschluss eines Kinderwunschs stellt die logische Konsequenz einer solchen Gegenüberstellung dar.

Eine ›sichere‹ Verhütung

Ebenso wie das Thema Kinderwunsch wird auch die Verhütungsthematik nicht von der Erzählerin selbst, sondern von der Interviewerin im exmanenten Nachfrageteil eingebracht.

578 I: »und wie ist das so mit dem thema verhütung? können sie da noch ein bisschen was dazu sagen

E: also ich hab immer (2) gemeint, in partnerschaft das könnt ja mal zum geschlechtsverkehr kommen, also nehm ich vorsorglich mal beim ersten (.) äh wos eigentlich (.) so fast (3) scho hätte sein können, hab ich die pille genommen aber ich hab medikamente genommen und=und war immer e bisschen unsicher und bin nach (.) und bin dann (3) also in e-stadt wie ich den freund gehabt hab, dann immer oft zum frauenarzt gegangen und hab ein schwangerschaftstest=ein schwangerschaftstest machen lassen oder mir einen gekauft (.) und dann äh (3) hab ich äh (4) mir dann aber die drei-monats-spritze geben lassen, weil das für mich die sicherste (.) verhütungsmethode ist

Der Eindeutigkeit, mit der Frau Ruhland ihren Kinderwunsch verneint, entspricht auch ihrer Einstellung zum Thema Verhütung. Ob Verhütung praktiziert werden

soll, steht für Frau Ruhland außer Frage: Verhütung ist für sie selbstverständlich. Dementsprechend steht der Sicherheitsaspekt von Verhütung im Vordergrund ihrer Erzählung. Frau Ruhland verweist auch darauf, dass sie die Pille bereits »vorsorglich« genommen hatte, d. h. zu einem Zeitpunkt, bei dem sie noch keinen Geschlechtsverkehr hatte. Aufgrund der Einnahme von Psychopharmaka – die die empfängnisverhütende Wirkung herabsetzen können – fühlte sich Frau Ruhland auch später »immer e bissel unsicher« und unterzog sich häufig einem Schwangerschaftstest. Allerdings macht sie keine Angaben dazu, was dies im Falle einer Schwangerschaft bedeutet hätte. In ihrer Argumentation präsentiert sich Frau Ruhland als fachkundige Person, die sich aus aufgrund der Sicherheitsaspekte schließlich für die 3-Monatsspritze als Verhütungsmethode entscheidet:

593 also (.) die medikamente, die schwächen ja die pille ab, hab ich so äh gehört und durch die drei-monats-spritze, das ist die=für mich die sicherste verhütungs-methode, weil ich weiß, dass ma da kei regelblutung kriegt (.) monatsblutung und deswegen baut sich ja die gebärmutter schleimhaut nicht auf und deswegen kann das sich die eizelle überhaupt net einnisten also ist das ja ganz unmöglich und (.) deswegen nehm ich die drei-monats-spritze

Die Nachfrage der Interviewerin zu den Umständen, unter denen sich Frau Ruhland für die 3-Monatsspritze entschieden hatte, generiert keine Erzählung. Frau Ruhland kann sich nicht erinnern, wie es zu dieser Entscheidung kam. In ihrer Erzählung erscheint Verhütung eher als routinierte und unproblematische Handlung: »die hab ich mir vom arzt verschreiben lassen, ja, und jetzt krieg ich sie regelmäßig (.) äh also ich geh ähm (4) geh dann zur gynäkologin, hol mir das rezept geh zur apotheke und dann lass ich mich spritzen« (Z. 630–633). Gleichwohl fällt auf, dass Frau Ruhlands Erzählung mit einer ausgeprägten Agency einhergeht. Auf die Frage der Interviewerin, ob das Thema Verhütung in ihrer psychiatrischen Behandlung eine Rolle spielte, zitiert Frau Ruhland einen Dialog zwischen ihr und einer Pflegeperson zum Zeitpunkt ihres Eintritts in die Wohneinrichtung:

638 E: »wie ich im wohnheim ge=wie ich ins wohnheim gekommen bin, hats ein=äh hats halt geheißten, ja, verhütet du? und da hab ich gesagt, ja, wie verhütet du? mit drei monats-spritze ist okay, dann (.) dann war das okay mh (2) ich hab halt gewusst, dass=dass halt alle frauen, weiß nicht, obs alle machen, aber viele die jetzt in der stiftung sind, verhüten mit drei-monats-spritze und insofern (.) hab ich das dann auch so beibehalten (2) und ich war ja sowieso für die drei-monats-spritze, also (2)

I: hat gepasst?

E: ja, genau [lacht leise]

Mit der wortwörtlichen Wiedergabe des Gesprächs bringt Frau Ruhland ihre unproblematische Akzeptanz des Gegebenen zum Ausdruck. Der Dialog selbst wird hier zum Indiz für die kommunikative Übereinstimmung zwischen Frau

Ruhland und der Betreuungsperson. Ein darüber hinausreichender Kommentar zu diesem Gespräch erscheint Frau Ruhland nicht nötig. Die institutionellen Erwartungen werden von Frau Ruhland einerseits als unhinterfragt gegeben dargestellt. Gleichzeitig bringt sie mit ihrem Kommentar, dass sie ja »*sowie-so für die drei-monatsspritze*« war, ihr individuelles Einverständnis gegenüber dieser Anforderung zum Ausdruck. Der zusätzliche Verweis auf die Peer-Group der Frauen, die ebenfalls im Wohnheim leben, spiegelt erneut Frau Ruhlands Wunsch nach sozialer Einbindung: Sie verhütet ebenso wie alle anderen Frauen, die sich in einer ähnlichen Lebenssituation befinden, mit der Drei-Monatsspritze. Die unhinterfragte Akzeptanz der Familienplanungspraxis in der psychiatrischen Institution wird auch dort augenfällig, wo Frau Ruhland die Frage der Interviewerin nach der Thematisierung eines Kinderwunschs im Rahmen ihrer psychiatrischen Behandlungen, bzw. Aufenthalte klar verneint. Tatsächlich stellt Frau Ruhland die ausführliche Begründung ihres verneinten Kinderwunschs als Resultat einer individuellen Auseinandersetzung vor: »*das hab ich nur=nur für mich so*« (Z. 576). Weder äußert Frau Ruhland einen Thematisierungsbedarf noch kritisiert sie einen Mangel an Thematisierungsmöglichkeiten.

f.) Fallstrukturhypothese

i. Biografie und psychische Erkrankung

Ein zentrales Thema in der gesamten Biografie Frau Ruhlands ist die soziale Einbindung. Wesentlich ist dabei der frühe »Verlust« des Elternhauses durch den (erzwungenen?) Eintritt in das Internat. Die distanzierte Position, die Frau Ruhland gegenüber ihrer Herkunftsfamilie einnimmt, deutet auf den Wunsch, die Auseinandersetzung mit den damit zusammenhängenden, schmerzvollen Erfahrungen zu vermeiden. Auch die Suche nach einem Platz in der »Klasse«, verstanden als die für die Erzählerin nun konstitutive Vergemeinschaftungsform, schlägt trotz ihrer zahlreichen Versuche, sich einzubinden, fehl. Frau Ruhland mangelt es also auch hier an sozialer Einbindung. Im Gegensatz zu ihrer Herkunftsfamilie kann sie die Situation nun jedoch benennen und kritisieren. Sie bewertet die gesamte Internatszeit als negativ für ihre Entwicklung und weist ihr auch eine Verstärkerfunktion für die Entstehung ihrer psychischen Erkrankung zu. Möglicherweise wird durch die Kritik an der Internatszeit auch die Kritik an der Herkunftsfamilie sublimiert. Mit Beginn ihrer Erkrankung distanziert sich Frau Ruhland nun immer mehr von ihren Mitschülerinnen. Krankheitsverlauf und sozialer Rückzug verlaufen parallel und bedingen sich gegenseitig. Die eindrückliche Schilderung ihres Fremdwerdens von ihren Mitschülerinnen steht stellvertretend für ein Fremdwerden der sie umgebenden, »normalen« Welt. Aus ihrer heutigen Position als psychisch kranke Frau ist diese Welt bereits als

eine Welt außerhalb des geschützten Rahmens der Institution Psychiatrie definiert. Diese ›außerpsychiatrische Welt‹ geht für Frau Ruhland mit einer massiven Überforderung einher, der sie sich zunächst nicht stellen kann und im späteren Verlauf auch nicht mehr stellen möchte. Es stellt sich eine passive Verlaufskurve ein. Entsprechend der Überforderung ordnet Frau Ruhland ihren Eintritt in die Psychiatrie im Sinne einer positiven Entwicklung ein. Möglicherweise hat Frau Ruhland in der Psychiatrie erstmals eine Umgebung gefunden, in der sie sich wohl fühlt und wo sie nicht um soziale Anerkennung kämpfen muss. Als »Nesthäkchen« nimmt sie nun einen privilegierten Platz ein, der ihr weder in den Herkunftsfamilie noch in der Schule vergönnt war. Nun ist die Welt geteilt in ein »Innen« (psychiatrische Welt) und in ein »Außen« (nicht-psychiatrische Welt). Diese Welten »passen« nicht zueinander, was sich auffallend in der Erzählung zur Partnerwahl zeigt: Während sie die Beziehung zu einem Partner (aus retrospektiver Sicht!) beendet, weil dieser nicht psychisch erkrankt war, hätte es bei einer Beziehung zu einem ebenfalls psychisch kranken Mann »gepasst«, ohne auf die inhaltlichen Gründe diese Passens einzugehen.

Durch die Übernahme der Krankenrolle entspricht das gesamtbiografische Deutungsmuster in Teilen einer Krankengeschichte. Bezeichnend ist allerdings, dass Frau Ruhlands Erzählung nicht auf die Wiederherstellung einer »Normalbiografie« gerichtet ist, im Sinne einer Heilung, oder einer Rehabilitation. Die ›institutionalisierte‹ Lebensform (Wohneinrichtung) bietet den von ihr nicht nur akzeptierten, sondern auch gewünschten Rahmen. Frau Ruhland scheint sich mit ihrer Erkrankung weitgehend zu identifizieren. So findet sich bei ihr keine »Vorher-Nachher«-Konstruktion, die die Vorstellung einer durch die Erkrankung bedingten Veränderung der eigenen Person beinhaltet. Der unhinterfragte Ausschluss normalbiografischer Aspirationen und die Orientierung an der »psychiatrischen Lebenswelt« gehen Hand in Hand und stellen sich als zentrales biografisches Prinzip dar. Der sekundäre Krankheitsgewinn, den Frau Ruhland aus ihrer psychischen Erkrankung zieht, liegt in der sozialen Einbindung in ein Lebensumfeld, in der die Wahrnehmung einer Überforderung nicht nur legitim ist, sondern das ihr darüber hinaus entlastende Hilfe- und Unterstützungsleistungen bietet und sie dabei auch ein Stückweit von der »Zuständigkeit für die eigene Biografie« (RIEMANN 1987: 483) entlastet. Dies wird jedoch von ihr nicht als eine Verlusterfahrung wahrgenommen, sondern als Möglichkeit, ihre eigenen Bedürfnisse besser berücksichtigen zu können.

Gleichwohl bleibt Frau Ruhland auf sprachlicher Ebene bis auf wenige Ausnahmen das handelnde Subjekt. Offenbar nimmt sie die Gestaltungsmöglichkeiten, die innerhalb des begrenzenden Rahmens der Institution Psychiatrie zur Verfügung stehen, wahr und nutzt sie entsprechend. Obwohl sie auf die autonome Gestaltung ihrer Biografie verzichtet, sieht sie sich nicht als ein passives Objekt, wie es für die Beschreibung biografischer Verläufe psychiatrischer Patienten

charakteristisch ist (RIEMANN 1987). Sie scheint sich vielmehr aus rationalen Erwägungen für einen bewussten Verzicht auf Autonomie zu entscheiden. Für die Vermutung, dass hier eine nachträgliche Abgrenzung von jenen Möglichkeiten stattfindet, die ihr aufgrund der Gegebenheiten verschlossen bleiben, finden sich keine Belegstellen. Denkbar wäre, dass sie aufgrund der Verlusterfahrungen in der Kindheit ihre (institutionelle) Eingebundenheit nicht riskieren möchte und sich daher opportunistisch gegenüber den Systemanforderungen der Institution verhält. Aus dieser Perspektive erklärt sich die fraglose Akzeptanz der Krankenrolle, die zwar einerseits mit der Übernahme institutioneller Anforderungen einhergeht, die allerdings auch einen erheblichen sekundären Krankheitsgewinn (soziale Eingebundenheit) beinhaltet.

ii. Biografie, Kinderwunsch und psychische Erkrankung

Frau Ruhland hat keinen Kinderwunsch. Die auf den ersten Blick widersprüchliche Äußerung »*seitdem ich krank geworden bin, war mir eigentlich klar, dass ich eigentlich nie Kinder haben wollte*«, zeigt auf exemplarische Weise, wie Frau Ruhland ihre reproduktive Biografie konstruiert. Der verneinte Kinderwunsch wird zwar mit der psychischen Erkrankung verknüpft. Es ist allerdings nicht so, dass die psychische Erkrankung einen potenziellen Kinderwunsch (negativ) beeinflusst hätte: Es gibt hier keine diskrepanten Lebensentwürfe – etwa die Vorstellung eines vorgängig »gesunden«/»normalen« Lebens mit Kinderwunsch, das sie von ihrem jetzigen Leben mit einer psychischen Erkrankung abgrenzt. Vielmehr präsentiert Frau Ruhland ihren verneinten Kinderwunsch als eine biografische Konstante und kann ihn damit problemlos mit ihrer heutigen institutionell gerahmten Lebenssituation (die eine Elternschaft darüber hinaus sanktioniert, s. u.) in Einklang bringen. Natürlich ist dabei von Bedeutung, dass Frau Ruhland im Alter von 17 Jahren erstmals erkrankte. Wird die möglicherweise langjährige Symptomatik, die der Ersthospitalisierung vorausging, hier einbezogen, dann ist die Irrelevanz eines Kinderwunschs durchaus plausibel. Wie Frau Ruhland in diesem Zusammenhang betont, mangelt es ihr an einem biografischen Entwicklungsprozess, an dessen Ende ein Reifegrad steht, der für eine angemessene Elternschaft notwendig ist: »*i habe leben net gelernt*«. Diese Einschränkung beziehen sich auf das Erlernen von Fähigkeiten und den Erwerb von Wissen, der für die Erziehung von Kindern erforderlich ist. In der Begründung ihres verneinten Kinderwunschs rückt sie mit dem Aspekt der Überforderung eine individuell motivierte Begründung in den Vordergrund, die sie erst in einem weiteren Schritt an normative Erwartungen (Kindwohl-Wert) rückbindet. Frau Ruhland kann und möchte sich den normativen Erwartungen der »außerpsychiatrischen« Welt nicht stellen. Partnerschaft, Wohnung, Heirat und Kind als Aspekte einer »reproduktiven Normalbiografie« gehen für Frau Ruhland mit einer individuellen Überforderung einher, denen

sie sich nicht aussetzen will und sich aufgrund ihrer Identifikation als psychisch kranke Frau auch nicht aussetzen muss. Ihre individuellen Bedürfnisse kann sie daher problemlos mit den institutionellen Erwartungen der Kinderlosigkeit vereinbaren. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Frau Ruhland in ihrer Argumentation zum verneinten Kinderwunsch auf ihre Mutter als potenzielle Hilfe verweist, obwohl sie eine ausgeprägte Distanz zur Herkunftsfamilie aufweist. Dies deutet darauf, dass ein potenzielles Kind der außerpsychiatrischen Welt (hier der Herkunftsfamilie) zugeordnet wird, wohingegen die Möglichkeit einer durch die Institution mit-getragenen Übernahme der zeitweisen Betreuung für Frau Ruhland nicht denkbar ist: Elternschaft ist in der Konstruktion einer »psychiatrischen Welt« nicht enthalten. Die entlastende Funktion der Krankenrollenübernahme drückt sich im reproduktiven Lebensbereich in der Angemessenheit ihres verneinten Kinderwunschs aus, bzw. dem »legitimen« Verzicht auf den Anspruch einer Familiengründung. In diesem Sinne ist auch der Verzicht auf eine Heirat sowie auf ein Zusammenleben mit dem Partner einzuordnen. Beides geht für Frau Ruhland mit einer potenziellen Überforderung einher. Durch die institutionalisierte Lebensform ist sie insbesondere auch von der Zuständigkeit für ihre heutige Partnerschaft befreit: sie überlässt der »Leitung« die (zumindest räumliche) Gestaltung ihrer Partnerschaft.

iii. Reproduktive Bewältigungsanforderungen

Die Bestimmtheit, mit der Frau Ruhland ihren verneinten Kinderwunsch präsentiert, kontrastiert mit der Relevanz, die sie diesem Thema auf sprachlicher Ebene beimisst. Zum einen begründet Frau Ruhland ihren verneinten Kinderwunsch sehr ausführlich: so führt sie als Argumente, die gegen eine Mutterschaft sprechen, sowohl strukturelle Rahmenbedingungen wie etwa finanzielle Aspekte, Wohnsituation oder mangelnde Betreuungsmöglichkeiten als auch individuelle Aspekte der persönlichen Überforderung aufgrund ihrer Erkrankung sowie partnerschaftliche Aspekte an. Zum anderen betont sie die Individualität ihrer Entscheidung; weder stellt sie ihren verneinten Kinderwunsch als Resultat einer partnerschaftlichen Entscheidung dar, noch hat sie mit den Betreuungspersonen darüber gesprochen oder äußert einen diesbezüglichen Bedarf. Darüber hinaus hat sich Frau Ruhland aktiv um eine Teilnahme am Interview bemüht. All dies lässt darauf schließen, dass sich Frau Ruhland intensiv mit diesem Thema auseinandergesetzt hat und ihre Einstellung auch mitteilen möchte. Gleichzeitig deutet vieles darauf hin, dass ihr verneinter Kinderwunsch authentisch ist: So taucht das Thema Kinderwunsch nicht in ihrer Haupterzählung auf, sondern wird erst durch einen Impuls der Interviewerin thematisiert. Auf der Handlungsebene spricht die unproblematisierte Wahl einer sicheren Verhütungsmethode für die Authentizität des verneinten Kinderwunschs. Diese Diskrepanz kann zum einen darauf hinweisen, dass das

Thema in der Institution nicht in einer für Frau Ruhland angemessenen Weise behandelt wird und sie daher das Interview als eine willkommene Gelegenheit betrachtete, ihre Sichtweise darzulegen. Dies wiederum könnte Ausdruck dafür sein, dass reproduktive Aspekte in der Biografie als individuelle Verantwortung wahrgenommen werden und mit einem Diskursivierungswunsch einhergehen, der innerhalb des psychiatrischen Rahmens – abgesehen von der Bedeutung einer sicheren Verhütungspraxis – nicht in ausreichender Weise berücksichtigt wird. Die folgende Lesart geht jedoch darüber hinaus: Dass Frau Ruhland einerseits einen authentisch verneinten Kinderwunsch hat und das Thema für sie dennoch von hoher Relevanz ist, kann als Ausdruck eines Wunschs nach sozialer Anerkennung ihres verneinten Kinderwunschs gedeutet werden. Ihre Versuche, den verneinten Kinderwunsch sowohl unter Rückgriff auf sozial akzeptiertes Wissen (z. B. Motiv der Verantwortung, Kindeswohl) wie auch aufgrund individueller Motive rational zu begründen, können als Wunsch nach sozialer Anerkennung ihres verneinten Kinderwunschs gelesen werden. Sie wünscht die soziale Akzeptanz ihrer gewählten Lebensform als psychisch kranke Frau, die sich aus vernünftigen Gründen gegen eine Mutterschaft entscheidet. Möglicherweise steht dahinter die Befürchtung, ein verneinter Kinderwunsch könnte als Abweichung von einem sozialen Muster verstanden werden. Plausibel wird dies unter Einbezug ihres Hinweises auf ihre prinzipiell positive Einstellung gegenüber Kindern, womit sie von einem verneinten Kinderwunsch als Ausdruck einer (pathologischen) Abweichung von einer Norm, sich Kinder zu wünschen, abgrenzt. Vielmehr betont sie ihre Übereinstimmung mit dem normativen Diskurs zur »guten Mutterschaft«.

7.2.2 Frau Buschfeld: »Ich wollte so gern Kinder, aber ob ich's mit dem vereinbaren kann«

a.) Skizzierung des biografischen Verlaufs

Frau Buschfeld wird gegen Mitte der 1960er-Jahre geboren. Sie wächst mit zwei Geschwistern in einer ländlichen Umgebung auf. Die Familie zieht aufgrund der beruflichen Veränderung der Eltern zweimal um. Nach der Grundschule besucht Frau Buschfeld die Hauptschule und macht anschließend eine Ausbildung zur Floristin. Danach bleibt sie zunächst für ein Jahr in ihrem Ausbildungsbetrieb und wechselt dann in ein Haushaltswaren-Einzelhandelsgeschäft, wo sie mehrere Jahre bleibt. Zum Interviewzeitpunkt arbeitet sie seit etwa zwei Jahren als Verkäuferin in einem Feinkostladen in der Nähe ihres Wohnorts, einer ländlich geprägten Kleinstadt. Frau Buschfeld ist verheiratet. Ihren Mann, ein Vermessungsingenieur, lernt sie mit etwa 17 Jahren kennen. Der Vater

stirbt, als Frau Buschfeld Anfang 20 ist. Die Mutter erkrankt bald darauf an Multipler Sklerose. Bald nach ihrer Heirat stirbt ihr Bruder, zu dem sie ein sehr enges Verhältnis hat, durch einen Verkehrsunfall. Kurz darauf erfolgt der erste psychiatrische Klinikaufenthalt aufgrund einer depressiven Störung, von der sie sich nach einem anschließenden Kuraufenthalt erholt. Bald darauf stirbt ihre Mutter. Nach etwa einem Jahr erkrankt Frau Buschfeld erneut; sie wird einige Monate stationär-psychiatrisch behandelt und beginnt nach dem Aufenthalt eine ambulante Verhaltenstherapie. In den folgenden Jahren kommt es zu mehreren psychiatrischen Klinikaufenthalten. Ihren letzten stationär-psychiatrischen Aufenthalt beendet sie ca. sechs Wochen vor dem Interviewtermin. In wirtschaftlicher Hinsicht erlebt Frau Buschfeld einen Abstieg: Nachdem das Vermessungsbüro ihres Mannes in den letzten Jahren immer schlechter lief, musste das Geschäft schließlich geschlossen und das Haus verkauft werden; der Mann ist seither als Taxifahrer beschäftigt.

b.) Interviewrahmen

Der erste Kontakt zwischen Frau Buschfeld und der Interviewerin wird über ihren behandelnden Arzt hergestellt, der sich im Anschluss an die Projektvorstellung in der Klinik an das Studententeam wendet und von einer vor drei Wochen entlassenen Patientin mit einem ausgeprägten Kinderwunsch berichtet, die möglicherweise ein Interesse an einer Studienteilnahme haben könnte. Nach einem Anruf des Arztes bei Frau Buschfeld, kontaktiert diese noch am selben Tag die Studienmitarbeiterin. Frau Buschfeld erklärt sich nach einer kurzen Information zur Studie zu einem Treffen, bei dem das Vorgehen genauer erläutert wird, bereit. Das wenige Tage später erfolgende Treffen findet auf dem Gelände der psychiatrischen Klinik statt, in dem Frau Buschfeld mehrfach stationär behandelt wurde. Frau Buschfeld macht einen zwar interessierten, jedoch gleichzeitig zurückhaltenden Eindruck, erklärt sich aber nach kurzer Zeit zur Teilnahme am Interview bereit. Das Interview findet in einem Besprechungszimmer in räumlicher Nähe zur psychiatrischen Klinik statt. Ein Alternativvorschlag der Studienmitarbeiterin, sich an einem neutralen Ort zu treffen, wurde von Frau Buschfeld als nicht notwendig erachtet.

c.) Interviewverlauf

Zu Beginn des Interviews ist Frau Buschfeld etwas nervös, was sie selbst auch anmerkt. Ihre Anfangsspannung lässt zwar deutlich nach, allerdings hält eine Grundspannung während des gesamten Interviews an. Das Gespräch dauert etwa

130 Minuten. Frau Buschfeld erzählt flüssig und benötigt nur wenige Erzählimpulse. An einigen Stellen stellt sie Rückfragen bezüglich des richtigen Verständnisses der Erzählaufforderung, bzw. der Nachfragen. Sie setzt in ihrer Erzählung häufige und zum Teil recht lange Pausen (bis zu 20 sec.). Als Frau Buschfeld über den Tod des Bruders spricht, zeigt sie eine starke emotionale Beteiligung. Mit der Bitte nach einer Zigarettenpause bricht sie ihre Erzählung an dieser Stelle ab und führt sie nach einer kurzen Pause weiter. Nach Beendigung des Interviews betont Frau Buschfeld, dass Sie das Interview gerne gegeben habe und sie betont, dass sich bisher niemand für dieses Thema interessiert habe.

d.) Grobstruktur der Erzählung

Die Haupterzählung macht etwa ein Drittel der Gesamterzählung aus. Sie unterbricht, wie erwähnt, die Haupterzählung an einer für sie emotional belastenden Stelle, nimmt jedoch nach einer Pause von etwa 10 Minuten den Erzählfaden selbstständig und mühelos wieder auf. Beendet wird die Haupterzählung mit der Abschluss coda »*das war eigentlich meine geschichte*«. Es dominiert zunächst die Textsorte der chronikartigen Erzählung; hier werden die biografischen Eckpunkte berichtet, wobei strukturelle Aspekte der Herkunftsfamilie wie Sozialstatus der Eltern, Wohnortswechsel, Stationen der Schul- und Ausbildungskarriere, Partnerschaft und Ehe im Vordergrund stehen. Unterbrochen wird die chronikartige Darstellung an wenigen Stellen durch die berichtende Darstellung von Ereignissen, die das Scheitern der Aufnahmeprüfung für die Realschule, die Rolle in der Geschwisterkonstellation sowie ihre familiäre Position zum Inhalt haben. Einen großen Raum nimmt die Erzählung zum Tod des Bruders ein. Sie ist durch szenisch-episodische Erzählelemente und die Nutzung expressiver Sprachformen gekennzeichnet. Das Thema »Familienplanung« wird von Frau Buschfeld als zentraler Teil der Haupterzählung eingeführt und im Folgenden als Haupterzähllinie beibehalten. Die Themen des Nachfrageteils umfassen das Verschieben des Kinderwunschs, die Kritik am Umgang der Psychiatrie mit ihrem Kinderwunsch sowie das Sprechen über ihren Kinderwunsch.

e.) Text- und thematische Feldanalyse

Einstieg: Warum in der Kindheit beginnen?

001 I: *ich wollte sie bitten mir ihre lebensgeschichte zu erzählen, also einfach wie alles bei ihnen gekommen ist bis zum heutigen tag äh einfach alles, woran sie sich erinnern.*

E: *also von der kindheit an? (.) alles?*

I: *wie sie möchten.*

E: *alles, okay.*

I: *ja genau*

E: *gott (2) also (.) ich bin in x-Stadt im Y-Gebirge, ich fang halt einfach mal an*

I: *ja genau*

E: *irgendwie werde ich schon drauf los babbeln können.*

I: *genau, sie werden auch sehen, dass das im lauf des gesprächs wird das dann einfacher*

E: *ja*

I: *am anfang hat man so bisschen hemmungen*

E: *genau*

I: *ist ganz klar*

Frau Buschfeld greift die offene Erzählaufforderung, bei der keine Ankerpunkte gesetzt werden, mit einer Gegenfrage auf: Soll sie tatsächlich in der »*Kindheit*« anfangen? Soll sie wirklich »*alles*« erzählen? Mit ihrer offenen Antwort »*wie sie möchten*« gibt die Interviewerin die Entscheidung über einen geeigneten Erzähl-anfang an Frau Buschfeld zurück. Frau Buschfeld ratifiziert diese Erzählaufforderung (»*okay, alles*«). Mit der vorangestellten Interjektion »*gott*« vermittelt sie der Interviewerin eine gewisse Hilflosigkeit gegenüber der Aufforderung, »*alles*« zu erzählen. Dennoch leistet sie nach einer kurzen Verzögerung der Erzählaufforderung Folge und nennt als formales Datum ihren Geburtsort. Nun kehrt sie erneut auf die metanarrative Ebene zurück und ratifiziert mit ihrem Kommentar »*ich fang halt einfach mal an*« die Erzählaufforderung. Nachdem dies von der Interviewerin bekräftigt wird (»*ja genau*«), übersetzt Frau Buschfeld diese Aufgabe in ihr eigenes Relevanzsystem, indem sie die Erzählaufforderung in eine alltagsnahe und dadurch machbare Aufgabe übersetzt: sie werde »*schon drauf los babbeln können*«. Frau Buschfeld ermutigt sich selbst zur Erzählung ihrer Lebensgeschichte. Obwohl es ihr offenbar nicht einleuchtet, warum sie »*alles*«, d. h. auch ihre Kindheit erzählen soll, lässt sie sich auf die Regeln des Interviews ein.

»Normalisierung« der Biografie

031 [räuspert sich] *ich hab zwei geschwister gehabt (.) äh meine eltern haben eine reinigung gehabt, also meine eltern waren am anfang nicht verheiratet und dann sind wir von a-gegend zweimal umgezogen, weil sie einmal einen kiosk gehabt haben und einmal eine reinigung aber kann ich mich eigentlich wenig dran erinnern. (.) weil da war ich noch zu klein, ich bin mit der ersten klasse bin ich nach (.) in unsern ort wo ich jetzt auch noch wohn gekommen, nach a(.)ort und da haben wir auch einen kiosk gehabt (2) ich hab mich eigentlich als kind wohl gefühlt mit meinen zwei geschwistern, klar meine eltern haben fast keine zeit gehabt, mein vater war ziemlich streng (2)*

Frau Buschfeld knüpft an ihren ersten Erzählauftakt an, bei dem sie die formalen Daten zum Geburtsort nennt und erwähnt nun die Geschwisterkonstellation: »*ich hab zwei geschwister gehabt*«. Die Geschwister werden weder namentlich noch ihrem Geschlecht, ihrem Alter oder der Rangfolge entsprechend beschrieben. Das Erwähnen der Geschwister leitet keine Erzählung des entsprechenden Lebensabschnitts ein, sondern dient der rein faktischen Nennung der Geschwister. Auffallend ist die Nutzung des Präteritums (*»gehabt«*), mit der auf die zeitliche Abgeschlossenheit hingewiesen wird. Der Vergleich mit einer ebenfalls möglichen, jedoch nicht gewählten Formulierung »*ich bin mit zwei Geschwistern aufgewachsen*« macht deutlich, dass es sich in diesem ersten Satz nicht lediglich um die Abgeschlossenheit der Kindheit dreht, sondern um einen frühen Hinweis auf den Tod eines ihrer Geschwister. Ohne jedoch auf die sinnhafte Bedeutung dieser an sich bedeutungsvollen Aussage einzugehen, wendet sich Frau Buschfeld nun ihren Eltern zu. Die Beschreibung der Eltern erfolgt aus einer Außenperspektive, aus der vor allem die soziale und ökonomische Stellung der Familie im Vordergrund steht. Auch normative Aspekte spielen eine Rolle. Frau Buschfeld erwähnt, dass ihre Eltern »*am Anfang*« nicht verheiratet waren. Obwohl sie dies nicht näher ausführt, ist anzunehmen, dass ihrer Eltern unverheiratet zusammenlebten, möglicherweise auch gemeinsame, uneheliche Kinder hatten. Dieser Aspekt, obwohl er sich auf einen Zeitpunkt bezieht, der vor ihren eigenen Erinnerungen ansetzt, ist für Frau Buschfeld offenbar deshalb erzählenswert, weil die Eltern damit – eingedenk der sozialen Kontextbedingungen ländliches Milieu und frühe 1960er-Jahre – von einer sozialen Norm, der legitimierten Lebensgemeinschaft, abgewichen sind.

Frau Buschfeld erwähnt nun kurz die beiden Umzüge, die im Zusammenhang mit der elterlichen Berufstätigkeit stehen und springt dann zum Zeitpunkt ihrer Einschulung. Hier leitet sie einen Erzählbogen ein, der sich über Schule, Ausbildung und Berufstätigkeit bis in die Gegenwart spannt: Ihr Schuleintritt ist mit einem weiteren Umzug in einen Ort verknüpft, »*wo ich jetzt auch noch wohn*«. Frau Buschfeld wechselt nun abrupt von der Ebene der formalen Aufzählung auf die evaluative Ebene, indem sie ihre Erzählung zu den Eltern mit einem bewertenden Kommentar zu ihrer Kindheit abschließt: »*ich hab mich eigentlich als kind wohl gefühlt mit meinen zwei geschwistern*«. In ihrer positiven Bewertung bezieht sie sich auf die Geschwisterkonstellation und grenzt diese gegen die Eltern ab. Allerdings wird die positive Beurteilung zugleich durch den Abtönungspartikel »*eigentlich*« eingeschränkt. Diese Einschränkung erläutert sie, indem sie selbst auf den Zeitmangel der Eltern und auf den strengen Vater verweist. Auf keine der beiden Einschränkungen geht Frau Buschfeld aber näher ein. Vielmehr relativiert sie durch den einleitenden Partikel »*klar*« die erwähnten Einschränkungen.

Frau Buschfeld bemüht sich in ihrer Einstiegserzählung um eine vollständige und chronologische Erzählung ihrer Kindheit. Der Interviewerin gegenüber drückt sie ihr Bemühen explizit aus, wenn sie Wissenslücken mit ihrem Alter

entschuldig: »*aber kann ich mich eigentlich wenig dran erinnern. (.) weil da war ich noch zu klein*«. In ihrer Erzählung orientiert sie sich am Muster einer Normalbiografie, die zum einen die soziale Herkunft der Familie wie auch als biografische Meilensteine die Schul- und später auch die Ausbildungsstationen umfasst. Auch in der qualitativen Bestimmung entspricht ihre Kindheit so dem sozial erwünschten Bild einer »normalen Kindheit«. Tatsächlich jedoch misslingt ihr Versuch zur Normalisierung ihrer Kindheit auf vielfältige Weise. So werden etwa die logischen, durch Rahmenschaltelemente eingeleiteten Ereignisfolgen nicht eingelöst: »*meine eltern waren am anfang nicht verheiratet und dann sind wir vom a-gebirge zweimal umgezogen*«. Ebenso wenig wie die lokale Präposition »*vom Y-Gebirge zweimal umgezogen*« (Hervorh. SK) sinnhaft gelöst wird,⁴¹ ist auch die kausale Konjunktion, die zwischen Umzug und Beschäftigung hergestellt wird, semantisch unkorrekt (»*zweimal umgezogen, weil sie einmal einen kiosk*«). Die gesamte Anfangssequenz ist durch einen fragmentierten Zeithorizont ausgezeichnet und es wird nicht klar, wann in der erlebten Lebensgeschichte welches Ereignis auf das nächste folgte. Schließlich ist auffällig, dass die positive Globalevaluation ihrer Kindheit nicht mit entsprechenden Erzählungen positiver Kindheitserlebnisse gefüllt wird, die eine derart positive Globalbewertung rechtfertigten. Die Bruchstellen der Anfangserzählung verdichten sich zusammengekommen zu einer Lesart, wonach es für Frau Buschfeld wichtig ist, eine sozial konforme, d. h. »normale« Kindheitsgeschichte zu konstruieren.

Gegenüber der Kindheitserzählung ist die Erzählung zur schulischen und beruflichen Karriere konsistenter. Hier scheinen sich erlebte und erzählte Lebensgeschichte als Ausdruck einer Normalbiografie stärker zu decken. Mit ihrem ursprünglichen Wunsch, ebenso wie ihre Geschwister die Realschule zu besuchen, scheitert sie an der Aufnahmeprüfung. Mit diesem Scheitern geht sie jedoch pragmatisch um. Im Nachhinein ist sie über den Verbleib auf der Hauptschule froh, da sie mit ihren Freundinnen zusammenbleiben kann. Nach Abschluss der Hauptschule besucht sie eine Berufsschule, in der es ihr jedoch »*gar nicht gefällt*« und die sie nach einem Jahr abbricht. Im Vordergrund steht der praktische Wunsch, »*einfach auch geld verdienen*« (Z. 64) zu wollen. Diesen Wunsch begründet sie mit der finanziellen Situation der Herkunftsfamilie, in der immer »*Geldknappheit*« (Z. 66) herrschte. Ihre Ausbildungsstelle sucht sie eigenständig, wobei sie die Lehre zur Floristin weniger als gewünschte Ausbildung, sondern eher als das Ergebnis einer pragmatischen Suche darstellt, »*dann hab ich was gesucht und dann hab ich auch gleich was gefunden*« (Z. 87). Nach der Lehre bleibt sie für kurze Zeit in ihrem Ausbildungsbetrieb, wechselt dann in einen anderen Betrieb, kehrt jedoch nach kurzer Zeit wieder in ihren ehemaligen Ausbildungsbetrieb zurück.

41 Es ist nicht möglich, einen bestimmten Ort zweimal in Folge zu verlassen.

Ein biografisch eingebetteter Kinderwunsch

Nach Abschluss ihrer Erzählung zur Berufsbiografie führt Frau Buschfeld als einen weiteren biografischen Meilenstein ihre Heirat ein. Diese Erzählung bricht sie jedoch ab und schwenkt auf das Thema »Partnerschaften«, das sie nachträglich in eine logische Reihe zwischen Berufsausbildung und Heirat stellt:

122 *ja (2) und dann hab ich [19XX] hab ich geheiratet (3) vielleicht sollte ich noch von meinen liebschaften ein bisschen erzählen ((lacht)) <<lachend> gehört ja auch zu meinem leben> # (.) äh (.) so so n großer wechsel in der äh (.) in den (.) beziehungen habe ich eigentlich nie gehabt, ich habe einmal einen einen lang-jährigen freund gehabt (2) und dann hab ich da schluss gemacht, weil ich gemerkt habe, es passt nicht mehr (1)*

Sowohl in ihrem metanarrativen Hinweis, dass sie davon noch erzählen »sollte« als auch in ihrem Zusatz, dass diese »liebschaften« auch zu ihrem Leben gehören, drückt sich erneut ihr Bemühen aus, ihre Lebensgeschichte vollständig und einem spezifischen Ablaufmuster entsprechend zu erzählen. Partnerschaften erscheinen hier als ein dem reproduktiven Normallebenslauf entsprechender, der Heirat vorgelagerter Abschnitt. Der damalige Partner wird weder namentlich noch beschreibend eingeführt, seine einzige Zuschreibung erfolgt in Bezug auf die zeitliche Dimension der bestehenden Partnerschaft als »langjähriger« Freund. Das Scheitern dieser Beziehung bleibt abstrakt – weder erfolgt eine Erzählung noch findet sich eine individuelle Beschreibung des Partners. Die zeitliche Beständigkeit ihrer Partnerschaft wird zum einzigen Qualitätsmerkmal, während der schlichte Vermerk, es habe nicht mehr »gepasst« als alleinige Begründung für das Scheitern der Beziehung fungiert.

Mit dem Rahmenschaltelement »und dann« schließt die nun erfolgende Einführung des Themas Kinderwunsch nahtlos an die bisherige Erzählung an. Frau Buschfeld folgt einem normativen Ablaufmuster, das sich aus den Elementen *Kindheit – Schule – Ausbildung – Partnerschaften – Heirat – Kinderwunsch* zusammensetzt:

129 *und dann habe ich meinen mann kennengelernt (2) wir waren eigentlich auch lang zusammen und dann haben wir geheiratet und für mich irgendwie ist ist schon immer festgestanden ich will mal kinder, eigentlich wollte ich immer drei haben, # weil wir drei waren und das war einfach (.) eine schöne zeit (3)*

Die normative Einbettung der (logischen) Aufeinanderfolge von (zuerst) Partnerschaft, (dann) Ehe wird fortgeführt. Die zeitliche Dauer der Beziehung bis zur Heirat (»wir waren eigentlich auch lang zusammen«) fungiert erneut als Qualitätsmerkmal für die Partnerschaft und stellt sich als hinreichende Begründung für eine Heirat heraus. Es verweist auf die Gültigkeit einer sozial-moralischen Norm der ausreichend langen Prüfungszeit, die eine Heirat schließlich legitimiert (»wir waren lang zusammen und dann haben wir geheiratet«). Die sprachliche und semantische Verknüpfung zwischen Heirat und Kindern wird

über die Konjunktion »und« hergestellt und verweist auf die normative Verbindlichkeit beider Aspekte. Der Kinderwunsch wird nun als Haupterzähllinie eingeführt. Er wird zum einen als individueller Kinderwunsch präsentiert (*»ich will mal Kinder«*). Der Partner taucht nicht als Person mit einem eigenen Kinderwunsch auf, sondern stellt eine selbstverständliche »Bedingung« für den Kinderwunsch dar. Zum anderen wird der Kinderwunsch als eine biografische Konstante präsentiert. Er ist selbstverständlich und unhinterfragt in die Biografie eingebettet. Frau Buschfeld *»wollte eigentlich«* drei Kinder. Die inhaltliche Begründung erfolgt mit der Geschwistertrias in ihrer Kindheit, die sie positiv bewertet: *»das war einfach eine schöne Zeit«*. Die positive Erinnerung fungiert als hinreichende Begründung für ihren Kinderwunsch und betont damit erneut die Selbstverständlichkeit ihres Kinderwunschs. Gleichwohl geht die Einschränkung (*»eigentlich«*) mit dem Hinweis einher, dass sich dieser Wunsch wohl nicht erfüllen wird.

Der nicht realisierte Kinderwunsch

Die Erzählung des Kinderwunschs orientiert sich an den logisch aufeinanderfolgenden reproduktiven biografischen Meilensteinen *Partnerschaft – Heirat – Kinderwunsch*. An dieser Stelle der Erzählung wäre daher zu erwarten, dass Frau Buschfeld nun auf die Realisierung ihres Kinderwunschs bzw. auf die Gründe der Nicht-Realisierung eingeht. Dieser Erwartung wird jedoch nicht entsprochen. Stattdessen wechselt Frau Buschfeld das Thema und kommt auf den Tod des Vaters zu sprechen:

134 *ja und dann (3) dann (2) [19XX] muss ich grade überlegen und [19XX] ist dann mein vater gestorben, nein, die bringe ich nämlich alle immer durcheinander, [19XX] ist mein vater gestorben genau, ich war noch gar nicht verheiratet, da war ich noch im [Name der Arbeitsstelle] (2) äh ja da ist ein an=anruf von meiner mutter, die hat angerufen und gesagt, wir sollen alle kommen, (2) das ist eigentlich auch ziemlich (.) eins auf ziemlich schnell gegangen, aber die andere seite ist, er war schon lange krank # (5)*

Die Erzählung zum Tod des Vaters stellt einen Einschub in die Haupterzähllinie »Kinderwunsch« dar. Der Einschub folgt, wie Frau Buschfeld selbst korrigierend anmerkt, nicht dem chronologischen Biografieverlauf, denn der Vater ist bereits einige Jahre zuvor gestorben. Hier stellt sich die Frage, warum Frau Buschfeld an dieser Stelle den Vater als Nebenerzähllinie einführt – zumal die Erzählung zum Tod des Vaters weder auf der inhaltlichen noch auf der sprachlichen Ebene mit einer erkennbar emotionalen Beteiligung Frau Buschfelds einhergeht. Der Einschub ist daher eher nicht mit der hervorgehobenen Bedeutung dieses Ereignisses für Frau Buschfelds Biografie erklärbar. Nach diesem Einschub wird das Thema »Heirat und Kinderwunsch« als Haupterzähllinie wieder aufgenommen.

Frau Buschfeld springt damit chronologisch zurück und kommt erneut auf ihre Heirat und das Thema des Kinderwunschs zurück:

142 *ja und dann (4) ja dann haben wir geheiratet [19XX] (3) und dann (.) dann haben wir aber gesagt, wir warten noch eine weile mit den kindern, und dann irgendwann nach ein zwei jahren haben wir gesagt, jetzt könnten wirs ja mal, könnte ich mal die pille weglassen, könnten wir's mal probieren (3)*

Nach dem ›erzwungenen‹ Aufschub des Kinderwunschs durch den Tod des Vaters kommt es nun also zu einem ›freiwilligen‹ Aufschub: »*wir warten noch eine Weile mit den Kindern*«. Diese Zeit, bei der es sich immerhin um ein bis zwei Jahre handelt, wird nicht mit einer Erzählung über die erlebte Lebensgeschichte gefüllt. Die Zeit zwischen Heirat und Realisierung eines Kinderwunschs stellt ein Moratorium dar (»*erst mal eine weile warten*«), das offenbar keiner weiteren Begründung bedarf.⁴² Gleichwohl geht diese Wartezeit zwischen Heirat und Realisierung des Kinderwunschs mit der selbstverständlichen Erwartung einer späteren Realisierung einher. Diesem Muster entsprechend setzt Frau Buschfeld nach der gesetzten Wartezeit die Pille ab. Der Wechsel in das szenische Präsens und der Gebrauch der direkten wörtlichen Rede lassen nun eine Erzählung zur Realisierung des Kinderwunschs erwarten. Der zuvor abstrakte Kinderwunsch wird nun (durch das Absetzen der Pille) auf die Ebene der realen Möglichkeiten geholt und der Spannungsbogen ist erneut auf die Realisierung des Kinderwunschs gerichtet: »*jetzt könnten wirs ja mal*«. Dieser Spannungsbogen wird jedoch erneut abgebrochen, denn nun erfolgt als weiterer Einschub die Geschichte zum Tod ihres Bruders, der etwa ein Jahr nach Frau Buschfelds Heirat durch einen unverschuldeten Verkehrsunfall stirbt.

Der Tod des Bruders und der Kinderwunsch

Mit der zeitlichen Rahmung und einer Extremformulierung (»*und dann [19XX] das vergess ich nie*«, Z. 147) bricht Frau Buschfeld den zuvor eröffneten, erwartbaren Gang der Geschichte ab und leitet die Erzählung zum Tod des Bruders ein. Die gesamte folgende Sequenz zeichnet sich durch eine ausgeprägt erzählerische Dichte aus, die immer wieder durch bewertende Kommentare ergänzt und durch metanarrative Äußerungen unterbrochen wird. Der Tod des Bruders kann als krisenhaftes Ereignis verstanden werden, das sich gestaltend auf ihre eigene Biografie auswirkt. Frau Buschfeld verknüpft den Tod ihres Bruders mit ihren eigenen, zentralen biografischen Themen Kinderwunsch und psychische Erkrankung.

42 Erst in einer späteren Erzählsequenz geht Frau Buschfeld auf Nachfrage der Interviewerin – wenn gleich nur kurz – auf die Gründe dieses Aufschubs ein: »*da haben wir schon gesagt, wir wollen jetzt noch keine, wir wollen erst mal eine weile warten, vielleicht mal ein urlaub oder sonst irgendwas*« (Z. 889–9).

195 *und da hat's da hat's dann eigentlich angefangen auch mit dem (4) für MICH war das, als ob ein kind von mir gestorben ist, das war für mich SO schlimm und da hat's auch angefangen auch oft, manchmal WILL ich überhaupt noch eins, wenn das sowieso stirbt und lauter solche sachen sind mir dann im kopf rumgegangen (.) nicht gleich, aber später irgendwann mal (.)und dann (6) ich glaub ich brauch jetzt schon eine zigarettenpause [lacht]*

Die Verknüpfung erfolgt in mehreren Schritten: Zunächst kommt es zu einer vergleichenden Konjunktion des Todes des Bruders mit dem Tod eines potenziellen eigenen Kindes (*»als ob ein kind von mir gestorben ist«*). Die Funktion dieser Gleichsetzung liegt in der Vermittlung der subjektiven Bedeutung dieses Ereignisses für ihre Biografie, d. h. dem Ausmaß ihres Verlustes. Diese Bedeutung überführt sie in einem weiteren Schritt in das Thematisierungsfeld ›Kinderwunsch‹. Frau Buschfeld stellt einen Zusammenhang her zwischen dem Tod des Bruders einerseits und ihrem Kinderwunsch andererseits: nach dem Tod des Bruders stellt sie ihren Kinderwunsch infrage (*»WILL ich überhaupt noch eins«*) und begründet dies mit dem unvermeidlichen Tod des potenziellen eigenen Kindes (*»wenn es sowieso stirbt«*). Schließlich deutet Frau Buschfeld in einem letzten Schritt auf den Zusammenhang zwischen dem Tod des Bruders, der Infragestellung ihres Kinderwunschs sowie ihrer psychischen Erkrankung hin. Den Todeszeitpunkt setzt Frau Buschfeld mit einem Beginn gleich: *»da hat's da hat's dann eigentlich angefangen«*. Mit der Umschreibung (*»im Kopf rumgegangen«*) gibt Frau Buschfeld einen impliziten Hinweis auf ihre psychische Erkrankung, den sie jedoch erst nach der Wiederaufnahme ihrer Erzählung nach dem Erzählabbruch (s. u.) explizieren wird.

Frau Buschfeld ist während dieser Passage erkennbar emotional aufgewühlt, ihre Mundwinkel zucken, ihre Stimme zittert und sie kann ihre Tränen nur mit Mühe zurückhalten. Aufgrund der emotionalen Betroffenheit gelingt es Frau Buschfeld zunächst nicht, die Erzählung nach dem Tod des Bruders fortzusetzen: Auf den Gliederungsmarkierer (*»und dann«*), mit dem sie den Fortgang der Erzählung einleitet, bricht sie ab und es folgt zunächst eine Pause von sechs Sekunden. Dann bittet sie um eine Zigarettenpause und bricht so die Erzählung ab. Nach der Zigarettenpause kommt die Erzählerin in den Raum zurück; ihr psychisches Befinden ist erkennbar besser und sie knüpft problemlos an ihre Erzählung an.

Verschieben des Kinderwunschs

Frau Buschfeld bemüht sich im zweiten Teil ihrer Haupterzählung um eine chronologische Erzählung der biografischen Ereignisse, was ihr allerdings nur sehr eingeschränkt gelingt. Sie unterbricht ihre Erzählung mehrmals, um neue Themen einzuführen, die sie jedoch gleich darauf wieder abbricht. Sie wechselt dabei häufig zwischen den zeitlichen und thematischen Ebenen. Als dominante

Erzähllinie kristallisiert sich der nicht realisierte Kinderwunsch heraus, der aus einem permanenten Verschieben des Kinderwunschs resultiert. Das Verschieben des Kinderwunschs ist das zentrale Thema der gesamten weiteren Erzählung. Alle weiteren Themen sind eng darauf bezogen. Als Gründe für das Verschieben ihres Kinderwunschs nennt Frau Buschfeld die Verpflichtungen gegenüber ihrer Mutter, die Anforderungen im Rahmen ihrer psychiatrischen Behandlung sowie wirtschaftliche und partnerschaftliche Probleme.

In Bezug auf die Verpflichtungen gegenüber ihrer Mutter konstruiert Frau Buschfeld einen Ausschluss von Kinderwunsch und der Verpflichtung, sich um die erkrankte Mutter zu kümmern:

254 *meine mutter hat ja ms gehabt und dann hab ich (.) einerseits immer versucht, auch den kinderwunsch, dass das klappt und das mit meiner mutter, das war für mich dann auch immer ein problem, ich wollte ihr ja helfen, aber ich wollte einerseits auch nach mir kucken, wir wollten eine familie, (1) und (1) ich hab das aber NIE zu jemandem gesagt, dass ich kinder will, irgendwie war das für mich immer ein tabuthema (4) und (2) dann ist meine mutter gestorben und dann hat sie zu mir hat's auch geheißen entweder hab ich gesagt, ich nehme sie zu mir aber ich weiß damals, ich wäre total überfordert gewesen, weil der kinderwunsch ist immer noch an oberster stelle gestanden, weil wa(.)was mach I für mich war's damals, was mach i, meine mutter kommt zu mir, ich soll sie pflegen und einerseits will ich ja selber eine familie.*

Frau Buschfeld sieht sich verpflichtet, ihre an Multipler Sklerose erkrankte Mutter zu unterstützen, bzw. sie auch zu pflegen. Der Kinderwunsch wird der Pflege der Mutter gegenübergestellt. Dies führt nun in einen Gewissenskonflikt: Auf der einen Seite besteht der Wunsch, verknüpft mit der moralischen Pflicht, die Mutter zu pflegen (aus einem *Pflegen-Wollen* wird ein *Pflegen-Sollen*), auf der anderen Seite drückt sich der Kinderwunsch als »Selbstsorge« aus: »*ich wollte einerseits auch nach mir kucken, wir wollten eine familie*«. Dieser Konflikt verschärft sich dadurch, dass Frau Buschfeld ihren Kinderwunsch, resp. den zentralen Grund, der aus ihrer Sicht gegen die Aufnahme der Mutter spricht, in der erzählten Zeit nicht gegenüber den an sie gestellten Anforderungen ins Feld führen kann/will. Sie betont hier, »*NIE*« jemandem von ihrem Kinderwunsch erzählt zu haben und reflektiert den Kinderwunsch sogar als ein »*Tabuthema*«. Frau Buschfeld führt keine Gründe dafür an, sondern nutzt eine eher diffuse Herleitung (»*irgendwie*«). Auch führt sie diese Thematik an dieser Stelle nicht weiter aus, sondern kehrt nach einer kurzen Sprechpause zum Thema der Mutter zurück. Die Pflege der Mutter hätte sie »überfordert«, was sie in die semantische Nähe ihrer psychischen Erkrankung rückt.⁴³ Allerdings bleibt der Widerspruch

43 Ihren Krankheitsausbruch umschreibt Frau Buschfeld an anderer Stelle mit einer Überforderung: »*irgendwie bin ich dann mit allem nicht mehr klargekommen*«.

beider Ereignisse – Kinderwunsch und Pflege der Mutter – auf sprachlicher Ebene unvollständig; die Ausschlussmarkierer »einerseits« und »entweder« werden jeweils nicht vervollständigt. Dieser syntaktisch uneindeutige Ausschluss beider Aspekte korrespondiert mit einer mangelnden Erzählstringenz: so wird zuerst der Tod der Mutter erwähnt und erst dann die Auseinandersetzung mit der Frage angeführt, wohin die Mutter gehen soll. In der Erzählung bleibt schließlich unklar, ob sie die Mutter tatsächlich zu sich genommen hat oder ob die Mutter zuvor gestorben ist.⁴⁴

Ein weiteres zentrales Motiv für das Verschieben ihres Kinderwunschs ist eine während der psychiatrischen Behandlungen an sie gerichtete Forderung, den Kinderwunsch zu verschieben:

278 in [Name der Klinik, SK] *hats immer geheißen (.) die familienplanung ich soll's doch mal verschieben, das war immer das thema, ich soll's doch verschieben, ich soll das nicht (.) ich soll's nicht äh ich hab einen mann, ich hab (.) einen einen ich hab einen ich hab einen beruf, ich soll mich da nicht so festlegen drauf. und das hab ich dann wieder so gemacht*

Der psychiatrischen Klinik schreibt Frau Buschfeld eine Rolle als normative Instanz zu, die ihr einen Verzicht auf den Kinderwunsch nahelegt: »ich soll das nicht«. Das Verschieben als konstante Aufforderung wird zum zentralen Inhalt ihrer psychiatrischen Aufenthalte, »das war das Thema«. Tatsächlich gibt Frau Buschfeld an, dieser Aufforderung offensichtlich mehrmals gefolgt zu sein (»das hab ich dann wieder so gemacht«), kritisiert allerdings im Rückblick ihr damaliges Verhalten. Sie präsentiert sich mit dieser Erzählung als passive Rezipientin einer an sie durch die Psychiatrie gerichteten Aufforderung, ihren Kinderwunsch zu verschieben, bzw. sich nicht auf ein Kind »festzulegen«, obwohl sie einen Kinderwunsch gehabt habe. Die Gründe, die Frau Buschfeld der Psychiatrie für diese Aufforderung zuschreibt, bleiben in dem Verweis auf den Partner und den Beruf als Alternativen zu einem Kinderwunsch allgemein.

Während sie sich gegenüber einer anonymen Aufforderung, den Kinderwunsch zu verschieben, gegenüber der Psychiatrie in einer eher passiven Rolle positioniert, gewinnt sie ihre Handlungskontrolle in der Erzählung zum Thematisierungsfeld »Medikamente« zurück: Obwohl sie auch die Medikamenteneinnahme zunächst als eine normative Anforderung einordnet (»hats immer geheißen ich soll die Medikamente nehmen«) und damit ihre kritische Haltung gegenüber der Psychiatrie aktualisiert, dominiert hier eine auf rationalen Erwägungen beruhende individuelle Entscheidung, den Kinderwunsch aufgrund der Medikamentenein-

44 Die fragmentierte Erzählung zur Pflege der Mutter deutet auf eine bis in die Gegenwart reichende, unabgeschlossene Auseinandersetzung mit diesen Erlebnissen und den Ansprüchen an sie selbst hin, bei der es möglicherweise auch um Schuldgefühle gegenüber der Mutter geht. Dieser Aspekt muss in der vorliegenden Arbeit unberücksichtigt bleiben.

nahme zurückzustellen: »für mich war das klar, so lange ich die Medikamente nehme, geht es nicht«. Der Ausschluss eines Kinderwunschs erfolgt hier nicht als Ausdruck einer normativen Erwartung, sondern spiegelt ihre individuelle Überzeugung. Das Fehlen einer inhaltlichen Begründung dieses Ausschlusses lässt darauf schließen, dass das Risiko einer Medikamenteneinnahme für das ungeborene Kind ein allgemein bekanntes Wissen darstellt und daher für Frau Buschfeld nicht weiter erwähnenswert ist. Frau Buschfeld präsentiert sich als verantwortungsvolle Person, die um die Risiken der Medikamenteneinnahme während einer Schwangerschaft weiß und daraus die entsprechenden Konsequenzen für ihr Handeln ableitet. Ihre Einstellung führt sie nun jedoch in eine Dilemmasituation, wie sie in einer späteren Interviewsequenz im Nachfrageteil zum Ausdruck bringt:

456 *klar es ist okay, wenn es mir besser geht durch die medikamente ist schon gut, aber das hat halt grad die eine die seite, ich kann NIE schwanger werden, das ist NIE (2) ja (.) wenn's ihnen besser geht, dann können sie die medikamente vielleicht mal langsam abbauen und dann hab ich ja immer gesagt, mir geht es gut, und dann hab ich auch manchmal probiert, die medikamente weniger zu lassen, runter zu gehen, aber ganz aufgehört (3) da das ist eigentlich NIE in (.) in frage gekommen oder nie das hab ich mich dann auch gar nie ganz getraut, weil so tief wollte ich nicht mehr fallen # (4) das ist das ist ein GANZ großes problem, medikamente und (2) schwanger werden zu wollen*

Würde sie sich für eine Mutterschaft entscheiden, müsste sie durch den (für sie selbstverständlichen) Verzicht auf Medikamente eine Verschlechterung ihrer psychischen Situation in Kauf nehmen. Dies ist aber aufgrund ihrer Krankheitserfahrungen für sie keine Lösung. Andererseits stellt die Möglichkeit der Kinderlosigkeit eine große emotionale Belastung für sie dar, die sich wiederum negativ auf ihre psychische Gesundheit auswirkt.

Als einen weiteren Grund für den Aufschub des Kinderwunschs führt Frau Buschfeld die wirtschaftliche Situation an:

326 *und dann irgendwann überlegst du dir's (.) überlegst du dir's doch wieder mit dem kinderwunsch, weil in so einer situation (.) ob das überhaupt gut wäre, also du überlegst dann schon viel (.) und dann ist auch der gerichtsvollzieher öfters gekommen*

Mit der Gegenüberstellung von Kinderwunsch auf der einen Seite und dem Geschäftskonkurs des Ehemannes auf der anderen zeichnet die Erzählerin das Bild einer normativen Erwartung, den Kinderwunsch nur unter der Bedingung einer finanziellen Sicherheit zu realisieren. Die Akzeptanz dieser Norm und die damit einhergehende Positionierung als verantwortungsbewusste Person unterstreicht Frau Buschfeld mit ihrem Hinweis auf ihre intensive Auseinandersetzung mit dem Thema, »du überlegst dann schon viel«. Frau Buschfeld grenzt sich klar von der Möglichkeit ab, unüberlegt bzw. ungeplant Kinder zu bekommen. Ebenso, wie

die Medikamenteneinnahme vernünftigerweise als Grund für einen Aufschub des Kinderwunschs dient, wird nun die wirtschaftliche Situation als Grund für einen Aufschub dargelegt. Beide Begründungen beruhen auf rationalen Erwägungen und werden als individuelle Entscheidung präsentiert, bei der normative Erwartungen hinsichtlich angemessener Rahmenbedingungen für die Realisierung eines Kinderwunschs handlungsleitend sind.

Ihre Argumentationen zum Aufschub ihres Kinderwunschs abschließend, ordnet Frau Buschfeld ihren Kinderwunsch als ein zentrales Lebensthema ein, das in einem engen Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung steht.

330 *ja und (2) und (.) das schlimme dabei ist, ich wollte so gern kinder (2) das (.) aber ob ich's mit dem vereinbaren kann, was so ist, und dann irgendwann bin ich jetzt wieder in [Name der Klinik, SK] gelandet, das hat immer mein ganzes leben hat mit den kindern eigentlich zu tun. (9) und jetzt (.) hab ich's eigentlich wieder auf die seite geschoben, obwohl ich weiß, dass es nie nie was wird, das wird, das wird immer mein thema bleiben*

Zwar realisiert Frau Buschfeld, dass sie ihren Kinderwunsch unter den gegebenen Umständen nicht vereinbaren kann, andererseits gibt sie ihren biografisch konstanten Kinderwunsch nicht auf, zumindest nicht endgültig: Der Kinderwunsch ist zwar kaum zu erfüllen, dennoch ist er lediglich »wieder auf die seite geschoben«. Diesen Konflikt zwischen ihrem Kinderwunsch und den gegebenen Möglichkeiten stellt sie in einen Zusammenhang mit ihrem letzten psychiatrischen Klinikaufenthalt: sie ist in der Klinik »gelandet«. Der nicht realisierte Kinderwunsch wirkt sich negativ auf ihre psychische Erkrankung aus. Mehr noch: In Frau Buschfelds Krankheitstheorie kommt dem Kinderwunsch – neben dem Tod des Bruders und der Problematik der Mutter – eine zentrale Rolle für den Verlauf ihrer psychischen Erkrankung zu. Parallel dazu weist Frau Buschfeld die Erklärungsmodelle der Psychiatrie zurück.

Die »Tabuisierung« des Kinderwunschs in der Psychiatrie

Im Zentrum ihrer Kritik an der Psychiatrie steht ein aus ihrer Sicht unangemessener Umgang mit dem Thema Familienplanung/Kinderwunsch.

367 *ja, da ist man eigentlich GAR nicht auf das thema eingegangen, überhaupt nicht. da hat man dann halt au erstens vom tod [meines Bruders, SK] erzählt, angesprochen, (.) natürlich war das für mich schon das war für mich ganz arg schlimm, aber wenn man zum beispiel die familienplanung mit einbezogen hätte, auch meinen mann mit, dann wäre das dann wäre das für mich VIEL leichter gewesen. (5) ich weiß nicht, wie ich das erklären soll, (.) JA das das war eigentlich ein tab auch ein thema (.) ein tabuthema, ich soll gucken dass es mir gut geht und ähäh (.) und das von [meinem Bruder, SK] verarbeiten, das andere (.) du hast einen einen mann, ein hund, ein geschäft, an den sachen soll ich mich festhalten*

irgendwie, aber was weiter ist, das wird nie besprochen, das wird nicht besprochen (2) # (2) und auch, wo ich in die therapie gegangen bin, dann ist oft von meiner herkunftsfamilie (.) äh gesprochen worden (.) klar, je/ ich sag halt jeder hat seine (.) keine eltern machen das perfekt

Den im Rahmen der psychiatrischen Behandlung thematisierte Zusammenhang zwischen ihrer psychischen Erkrankung und ihren Kindheitserfahrungen weist Frau Buschfeld vehement zurück. Vor diesem Hintergrund erschließt sich die Funktion ihrer »Normalisierungsversuche« der Kindheit im ersten Teil der Haupterzählung: nur wenn sie ihre Kindheit positiv evaluiert, kann sie die Erklärungsmodelle der Psychiatrie zurückweisen und die eigene Krankheitstheorie verfolgen, wonach der Kinderwunschproblematik – d.h. sowohl der Infragestellung durch den Tod des Bruders als auch dem Konflikt um die Pflege der Mutter – eine zentrale Rolle bei der Entstehung ihrer psychischen Erkrankung zukommt. Diese für Frau Buschfeld therapierelevanten Themen wurden aber im Rahmen der psychiatrischen Behandlung aus ihrer Sicht nicht in ausreichendem Maße thematisiert und entsprechend therapeutisch berücksichtigt. Anstelle einer Beschäftigung mit der Herkunftsfamilie hätte sich Frau Buschfeld eine zukunftsorientierte, d.h. auf die Familienplanung gerichtete Therapie gewünscht. Die Vernachlässigung des Themas Familienplanung im Rahmen der Therapie verstärkte aus Sicht Frau Buschfelds die psychischen Probleme. Damit weist sie der psychiatrischen Behandlung eine Mitschuld an ihrer psychischen Erkrankung zu: Wäre das Thema Kinderwunsch berücksichtigt worden, »dann wäre das für mich VIEL leichter gewesen«.

Ihre Kritik ist jedoch nicht auf die lange zurückliegenden Behandlungsphasen beschränkt. Auch der gegenwärtige Umgang mit dem Thema Familienplanung im Rahmen der psychiatrischen Behandlung wird von ihr kritisiert: Während ihres erst wenige Wochen zurückliegenden Krankenhausaufenthaltes spricht sie zum ersten Mal mit dem behandelnden Arzt über ihren Kinderwunsch: »da ist eigentlich das erste mal kurz drüber gesprochen worden (.) aber GANZ kurz, bloß am rande« (Z. 577). Der Arzt empfiehlt ihr, die Medikamente im Falle eines Kinderwunschs bzw. nach Eintritt einer Schwangerschaft abzusetzen. Diese Empfehlung kritisiert Frau Buschfeld:

575 vor allem äh wie kann ich dagen [räuspert sich] einerseits soll ich mein leben lang die medikamente nehmen aber die andere seite sagen äh wenn sie doch noch ein kind wollen nach drei monaten aufhören (.) einfach weglassen, NACH therapeutischer absprache, das hat er schon auch gesagt, (.) aber das ist für mich ein bisschen (.) # (.) ZWIEspältig. (6) und das ist das was ich nicht ganz verstehe

Frau Buschfeld charakterisiert den Arzt hier als naiv und widersprüchlich zugleich. Die Position des Arztes (stellvertretend für die Psychiatrie) kontrastiert mit ihrer eigenen, ambivalenten Einstellung, die aufgrund *rationaler* Erwägungen in dem Dilemma mündet, sich weder für noch gegen Medikamente bzw.

die Realisierung des Kinderwunschs entscheiden zu können. Der behandelnde Arzt hingegen erfasst aus Frau Buschfelds Sicht die komplexe Problem- bzw. Dilemmasituation nicht.

Während Frau Buschfeld sowohl die Tabuisierung wie auch den Umgang mit ihrem Kinderwunsch im Rahmen der psychiatrischen Behandlung kritisiert, wünscht sie für den privaten Bereich keine Thematisierung. Einer Freundin gegenüber hat sie ihren Kinderwunsch lediglich »erwähnt«. Eine ausführlichere Thematisierung vermeidet sie aufgrund des Zusammenhangs mit der psychischen Erkrankung, resp. der Einnahme von Psychopharmaka:

538 *es gibt VIELE leute, die keine kinder haben, aber ent/ JA, aber es hat (.) bei denen ist es vielleicht irgendwie vielleicht wollten sie keine oder es (.) oder es hat nicht richtig geklappt, aber bei mir ist es mit meiner krankheit und mit den medikamenten (4) ja (6) ja das (.) und vor allem, ich hab auch später nie gesagt, meine bekannten, wenn sie gefragt haben, wo das damals in [Name der Klinik, SK] war, ob ich noch medikamente nehm, hab ich immer gesagt, nein. (.) aber das (2) MIT den medikamenten ist das für mich ein tabuthema*

Die Thematisierung, bzw. Nicht-Thematisierung des Kinderwunschs ist eng an die Ursache der Kinderlosigkeit geknüpft: Frau Buschfeld konstruiert einen Unterschied zwischen gewollten und ungewollten, d. h. auf medizinisch-körperlichen Ursachen beruhenden Kinderlosigkeit einerseits und einer Kinderlosigkeit, die im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung steht andererseits. Frau Buschfeld positioniert sich als einzelne, kinderlose psychisch Kranke (»bei mir ist es mit meiner krankheit«) gegenüber einer Gruppe von (gewollt und ungewollt) Kinderlosen ohne psychische Erkrankung (»viele Leute, die keine Kinder haben«). Frau Buschfeld tabuisiert ihren Kinderwunsch, weil sie über den Zusammenhang zwischen ihrer Kinderlosigkeit und ihrer psychischen Erkrankung nicht sprechen möchte. Sie begründet den Wunsch nach Tabuisierung im privaten Bereich mit einem mangelnden Verständnis gegenüber der Situation psychisch Kranker:

938 *man kann nicht erwarten von anderen [räuspert sich] dass die das (.) wie soll ich das sagen, wenn ich zu jemandem gehe und sage, oder zu einer freundin sage, weißt, ich nehme halt schon immer die medikamente und dann geht es nicht mit dem kinderwunsch (2) da da bild ich mir ein, da kommt sofort, ja dann lass halt die medikamente weg (.) weil das das unverständnis, das (.) weil die leute das nicht verstehen*

Aus Frau Buschfelds Perspektive können nicht psychisch erkrankte Personen nicht nachvollziehen, dass die Einnahme von Medikamenten für die Behandlung der Erkrankung notwendig und daher die Entscheidungsmöglichkeit (Kind Ja oder Nein) eingeschränkt ist, d. h. dass sich psychisch kranke Menschen trotz eines Kinderwunschs nicht für ein Kind entscheiden können. Vor diesem Hintergrund verknüpft Frau Buschfeld das mangelnde gesellschaftliche Verständnis für die Situation psychisch kranker Menschen mit einem Schuldmotiv: Aus der Sicht der

Außenstehenden trägt sie – so glaubt Frau Buschfeld – aufgrund ihrer rationalen Entscheidung gegen ein Kind die »Schuld« an ihrer Kinderlosigkeit: *»ich bin ja dafür verantwortlich, ich nehme ja die medikamente, könnte sie ja genauso auch weglassen, vielleicht irgendWIE dass die schuld an mir liegt«* (Z. 948).

In diesem neuen Thematisierungsfeld »Schuld« wird die Möglichkeit einer eigenen Unfruchtbarkeit wie auch einer möglichen Unfruchtbarkeit ihres Mannes gestreift:

952 *Ich habe immer die schuld (.) bei MIR gesucht, WEIL wir keine haben, WEIL wir keine bekommen haben auch als wir es immer probiert haben (2) äh ich hab einmal meinen mann angesprochen, dass wirs doch, dass ER sich auch mal untersuche lassen wollt, da hatt er (.) ZIEMlich schnell abblockt, also das war (.) für IHN (.) ein thema da WOLLT er nicht ran*

Allerdings führt sie die Möglichkeit einer Sterilität nicht explizit aus, sondern begnügt sich mit der Darstellung seiner Reaktionen auf ihre Aufforderung, sich *»auch untersuchen«* zu lassen. Die ablehnende Reaktion ihres Mannes auf ihre Aufforderung, die Ursache für die Kinderlosigkeit bei sich zu suchen, wird auch von der Erzählerin übernommen, indem sie sogleich den Fokus vom Thema »Unfruchtbarkeit«, dem sie sich offensichtlich auch nicht eingehender stellen möchte, ablenkt. Dass sich ihr Mann *»auch«* untersuchen lassen sollte, könnte als Hinweis darauf gelesen werden, dass sie sich zumindest gedanklich mit der eigenen körperlichen Fruchtbarkeit beschäftigt hat. Möglicherweise sieht sie jedoch aufgrund der Tabuisierung ihres Kinderwunschs keine Möglichkeit, sich offensiv mit den Gründen für das Ausbleiben einer Schwangerschaft trotz bestehendem Kinderwunsch zu befassen (z. B. beim Frauenarzt).

Die Rolle des Partners

Im ersten Teil der Biografie wird der Kinderwunsch als ein individueller Wunsch eingeführt; der Kinderwunsch des Partners musste aufgrund der selbstverständlichen Familiengründung nicht expliziert werden. Im zweiten Teil der Erzählung, d. h. zu dem Zeitpunkt, an dem der Kinderwunsch nicht mehr selbstverständlich ist und wo sich bereits abzeichnet, dass sich der Kinderwunsch nicht erfüllen wird, erwähnt Frau Buschfeld den Kinderwunsch des Partners erstmals. Der ursprünglich individuelle Kinderwunsch wird als gemeinsamer Kinderwunsch reformuliert: *»wir wollten immer kinder haben oder ICH auf jeden fall, mein mann auch eigentlich, DOCH, wollte er eigentlich«* (Z. 225). Obwohl sie ihrem Mann den Kinderwunsch nicht abspricht, differenziert sie zwischen ihrem eigenen Kinderwunsch und jenem ihres Mannes. Zwar hatte auch ihr Mann einen Kinderwunsch, allerdings ist die Kinderlosigkeit für ihn nicht mit einem Leidensdruck verbunden. Eine Auseinandersetzung mit dem Thema erscheint vor dem Hintergrund des unterschiedlich ausgeprägten Leidensdrucks und des

daraus folgenden unterschiedlichen Umgangs nicht möglich: »für meinen mann ist es nicht schlimm, dass wir keine kinder haben, der hätte zwar schon immer welche gewollt, aber der geht ganz anders damit um, den juckt das nicht so« (Z. 498). Offensichtlich erfährt Frau Buschfeld durch ihren Partner keine emotionale Unterstützung im Umgang mit den Konflikten. Hinzu kommt, dass Frau Buschfeld – trotz des sich schließenden Zeitfensters für die Realisierung eines Kinderwunschs – aufgrund einer durch die wirtschaftliche Situation verursachten Partnerschaftsproblematik ›vernünftigerweise‹ gegen eine Realisierung ihres Kinderwunschs argumentiert:

344 wir haben auch schwierigkeiten daheim jetzt weil er (.) er ist da ganz arg (.) er hockt halt dann auch viel vor dem fernseher und tut nichts und (.) das ist für mich (.) schon auch immer schwer zu ertragen # (9) und somit könnte ich es mir manchmal auch gar nicht vorstellen [ein Kind, SK]

f.) Fallstrukturhypothese

i. Biografie und psychische Erkrankung

Frau Buschfeld nutzt das Konzept der »Normalbiografie« als gesamtbiografisches Deutungsschema. In ihrem Bemühen, biografische Normalität – zumindest bis zum Tod des Bruders – herzustellen, nennt Frau Buschfeld vor allem formale Daten, wie etwa Berufstätigkeit der Eltern, Ortswechsel oder Schul- und Ausbildungsstationen. In der Schilderung ihrer Kindheit fällt auf, dass Frau Buschfeld keine positiv gerahmten Kindheitserlebnisse erzählt, obwohl sie ihre Kindheit positiv evaluiert. Die wenigen Hinweise, die sie auf ihre Kindheit gibt, stellen vor allem den Versuch dar, die negativen Kindheitsaspekte gleichzeitig mit ihrer Nennung zu relativieren und so als Ausdruck einer »normalen Kindheit« zu präsentieren. Die im Zusammenhang mit ihrer Herkunftsfamilie offensichtlich bestehenden Einschränkungen (Zeitmangel, strenger Vater) werden von ihr als »normal« beurteilt und sowohl den wirtschaftlichen Erfordernissen wie den sozialen Gepflogenheiten zugeschrieben. Auch im reproduktiven Bereich steht der normale Ablauf von normativ eingebetteten Ereignissen im Vordergrund: *Partnerschaft – Heirat – Kinder*.

Der Normallebenslauf wird mit dem Tod des Bruders unterbrochen. Dieses krisenhafte Ereignis stellt einen Wendepunkt dar, der auf sprachlicher Ebene mit einem Erzählabbruch einhergeht. Dem Wendepunkt kommt eine biografiestrukturierende Funktion zu, indem er zur Organisation von zwei voneinander getrennten Figuren führt: in einen biografischen Abschnitt vor dem Tod des Bruders und in einen biografischen Abschnitt nach dem Tod des Bruders. Für den ersten Abschnitt ihrer Biografie konstruiert Frau Buschfeld eine stringent verlaufende Entwicklung, bei der kaum Unsicherheiten auftauchen: Die Kind-

heit wird »normalisiert (sic!), schulische/berufliche Wege verlaufen trotz kleiner Misserfolge unproblematisch, Probleme werden pragmatisch gelöst. Im zweiten Abschnitt der Biografie, in dem Frau Buschfeld erstmals ihre psychische Erkrankung benennt, dominiert dagegen eine problematisierte Sicht. Gegenüber der pragmatischen Haltung in der Zeit vor dem Tod des Bruders finden sich für die Zeit nach dem Tod des Bruders vielfache Belege für eine unsichere, ambivalente Haltung und für eine orientierende Suche nach einer Lösung für ihre Konfliktsituation. Ihre derzeitige Lebenssituation schildert Frau Buschfeld als überaus problematisch.

ii. Biografie, Kinderwunsch und psychische Erkrankung

Frau Buschfeld äußert einen stark ausgeprägten Kinderwunsch. Im ersten Teil ihrer Biografie ist der Kinderwunsch unhinterfragt und selbstverständlich gegeben. Er geht mit der normativen Verbindlichkeit von Ehe und Kinderwunsch einher und es gibt einen angemessenen Zeitpunkt für Kinder. Zu diesem normativen Konzept zählt auch ein gemeinsamer Kinderwunsch. Im ersten Biografieabschnitt ist der Kinderwunsch des Partners als eine unhinterfragte Selbstverständlichkeit gegeben. Der eigene Kinderwunsch muss nicht mit dem Partner ausgehandelt werden, sondern ist vielmehr deckungsgleich. Nach dem Tod des Bruders wird der Kinderwunsch prekär: Zwar zieht er sich retrospektiv als starker Wunsch durch die gesamte Erzählung, gleichzeitig wird er aber infrage gestellt und aus unterschiedlichen Gründen immer wieder verschoben bzw. zurückgestellt. Während der »normale« Teil ihres Lebens auf die traditionelle Gründung einer Familie und so auf die Herstellung biografischer Sicherheit gerichtet war, ist der zweite Teil ihres Lebens durch eine ausgeprägte biografische Unsicherheit gekennzeichnet. Diese steht der Realisierung eines Kinderwunschs entgegen. Die Erschütterung einer vormals bestehenden Sicherheit (im Sinne einer Planbarkeit) zeigt sich exemplarisch nun auch dort, wo Frau Buschfeld den Kinderwunsch ihres Partners in diesem zweiten Biografieabschnitt explizit thematisieren muss.

Aus gestalttheoretischer Sicht zeigt sich, dass der erwartbare Gang der Erzählung immer dann unterbrochen wird, wenn es um die (im Rahmen der Erzählung erwartbare) Realisierung des Kinderwunschs geht. Zunächst wird der Tod des Vaters »eingeschoben«, dann erfolgt ein Moratorium der freiwilligen Rückstellung des Kinderwunschs und schließlich schiebt Frau Buschfeld die Erzählung zum Tod des Bruders ein, der einer Realisierung des Kinderwunschs gegenübersteht. Als weiterer Grund gegen die Realisierung eines Kinderwunschs wird die Verpflichtung zur Pflege der Mutter angeführt. Es lässt sich jedoch kaum nachvollziehen, warum die Pflege eines kranken Elternteils der eigenen Familiengründung entgegensteht. Ein sich über einen solchen langen Zeitraum erstreckender Aufschub des Kinderwunschs ist nicht (alleine) aus den von Frau Buschfeld

genannten Gründen erklärbar. Vielmehr scheint es, als sei der Kinderwunsch an sich bereits ambivalent. Gloger-Tippelt et al. verstehen einen ambivalenten Kinderwunsch als Auseinanderklaffen von bewusster Intention und der (beobachtbaren) objektiven Handlung. Die Widersprüchlichkeit des Verhaltens lässt sich unter Bezug auf psychoanalytische Modelle verstehen (GLOGER-TIPPELT 1993: 97f.). Möglicherweise stellt der ausgeprägte Kinderwunsch von Frau Buschfeld vor dem Hintergrund eines sich über Jahre hinziehenden Aufschubs den Ausdruck eines solchen konflikthaften Handelns dar. Tatsächlich finden sich widersprüchliche Äußerungen: Einerseits stellt sie ihren Kinderwunsch nach dem Tod des Bruders infrage, andererseits berichtet sie für den gleichen Zeitraum entweder von einer initiierten Rückstellung des Kinderwunschs oder von einem vorhandenen Kinderwunsch, der durch das Ausbleiben einer Schwangerschaft zu einer psychischen Belastung führt. Ambivalent sind ihre Äußerungen zum Kinderwunsch auch dort, wo sie dessen Aufschieben einerseits als »freiwillige« und andererseits als »erzwungene« Handlung einordnet. So präsentiert sie sich einerseits als passive Rezipientin einer im Rahmen der Psychiatrie an sie gerichteten Aufforderung, den Kinderwunsch zu verschieben. Andererseits stellt sie ihren Verzicht als Resultat einer rationalen Entscheidung dar, bei der sie als alleinige Handlungsträgerin auftritt – der Kinderwunsch wird aufgrund rationaler Erwägungen (Risiko der Medikamenteneinnahme, wirtschaftliche und partnerschaftliche Situation) zurückgestellt. Ein möglicher Grund für ihre Ambivalenz ist die Unfähigkeit, ihren »normalbiografisch eingebetteten« Kinderwunsch analog zu den durch die Erkrankung veränderten Lebensbedingungen zu modifizieren. Ihre konkreten Vorstellungen hinsichtlich der notwendigen und normativ abgesicherten Bedingungen für eine Mutterschaft verhindern die Realisierung ihres Kinderwunschs vor dem Hintergrund einer psychischen Erkrankung. Der Leidensdruck wird durch das nahende Ende der reproduktiven Lebensphase massiv verstärkt.

iii. Reproduktive Bewältigungsanforderungen

Mit dem krisenhaften Ereignis, das zur Ausbildung einer psychischen Erkrankung führt und psychiatrisch behandelt wird, zerbricht die Normalität ihrer Biografie. Nichts kann nach der massiven Erschütterung der biografischen Sicherheit als selbstverständlich betrachtet werden. Der Kinderwunsch von Frau Buschfeld bleibt jedoch an die Vorstellung eines normalbiografischen Verlaufs geknüpft. Unter den veränderten Bedingungen ist eine normalbiografische Familiengründung damit nicht mehr möglich – der Kinderwunsch wird auf einen unbestimmten Zeitpunkt verschoben. Soll sie ihren Kinderwunsch endgültig begraben oder besteht doch noch eine Möglichkeit, den Kinderwunsch zu realisieren? Die Brisanz dieser Frage erhöht sich durch das immer kleiner werdende

Zeitfenster für die Realisierung des Kinderwunschs. Zusätzlich wird das Changieren zwischen freiwilliger Rückstellung des Kinderwunschs einerseits und der noch immer bestehenden Hoffnung auf eine Realisierung des Kinderwunschs durch die Partnerschaftsproblematik erschwert. Schließlich wird die Situation auch durch die Tabuisierung ihres Kinderwunschs verschärft. Im privaten Bereich kann sie nicht über ihren Kinderwunsch sprechen, weil sie damit auch das Ausmaß ihrer psychischen Erkrankung offenlegen müsste. Zwar wissen ihre Freunde von ihrer psychischen Erkrankung – über die psychische Erkrankung als Ursache für ihre Kinderlosigkeit spricht sie jedoch nicht mit ihnen. Eng damit verknüpft ist die »Schuldfrage«: Frau Buschfeld präsentiert sich als aktive Gestalterin ihrer Biografie und sie verschiebt ihren Kinderwunsch aus rationalen Gründen. Der auf einer Entscheidung beruhende »freiwillige« Verzicht auf Kinder führt dazu, dass sie ihre Kinderlosigkeit selbst verantworten muss. Im Rahmen der psychiatrischen Behandlung wird ihr Kinderwunsch nicht erkannt und entsprechend in der Therapie berücksichtigt. Möglicherweise hat sie selbst zur Tabuisierung ihres Kinderwunschs im psychiatrischen Setting beigetragen, weil sie ihren Kinderwunsch nach wie vor als einen Aspekt ihrer Normalbiografie einordnete und daher nicht mit ihrer psychischen Erkrankung in Verbindung bringen wollte. Sie kann sich weder der Gruppe der »Normal-Kinderlosen« noch der Gruppe der »psychisch Kranken mit Kinderwunsch« zuordnen: Von den Normal-Kinderlosen unterscheidet sie sich durch ihre »rationale«, d. h. in gewisser Weise von außen betrachtet »freiwillige« Entscheidung gegen eine Schwangerschaft. Gleichzeitig möchte sie ihren (nach wie vor an die Normalbiografie geknüpften) Kinderwunsch nicht mit ihrer Situation als psychisch kranke Frau verbinden. Tragischerweise versperrt sie sich jedoch durch die Tabuisierung des Zusammenhangs von psychischer Erkrankung und Kinderwunsch den Zugang zu vorhandenen Unterstützungs- und Hilfsangeboten, die nicht zuletzt auch auf die Unterstützung bei der Bewältigung einer immer wahrscheinlicher werdenden Kinderlosigkeit zielen könnten.

7.2.3 Frau Kaufmann: »Dem fühle ich mich nicht gewachsen«

a.) Skizzierung des biografischen Verlaufs

Frau Kaufmann wird Mitte der 1970er-Jahre als zweites Kind geboren. Sie wächst, zusammen mit ihrer älteren Schwester in einem kleinen Ort auf. Nach der Geburt erkrankt Frau Kaufmanns Mutter an einer postnatalen Depression und Frau Kaufmann selbst wird in dieser Zeit von der Mutter getrennt und von der Großmutter betreut. Die Mutter wird in den folgenden Jahren mehrmals sta-

tionär psychiatrisch behandelt und befindet sich bis heute mit Unterbrechungen in psychiatrischer Behandlung. Frau Kaufmann besucht die Realschule und schließt eine Ausbildung zur Reiseverkehrskauffrau an. Nach der Ausbildung zieht sie in eine Großstadt, wo sie auf dem zweiten Bildungsweg die Hochschulreife nachholt und daran ein Modedesign-Studium anschließt. Kurz vor der Abschlussprüfung erkrankt Frau Kaufmann mit etwa Mitte 20 an einer Psychose und wird in die Psychiatrie eingewiesen, wo sie wenige Wochen stationär behandelt wird. Nach der Entlassung zieht sie zu ihrer Herkunftsfamilie und kann das Studium abschließen. In der Folge übt sie unterschiedliche Tätigkeiten aus. Einige Jahre später kommt es zu einem Rückfall und Frau Kaufmann wird nach einem kurzen Klinikaufenthalt ambulant weiterbehandelt. Ihr Arbeitgeber entlässt sie aufgrund der Erkrankung und es folgt eine Phase der Arbeitslosigkeit. Während eines Kuraufenthalts lernt sie ihren jetzigen Partner kennen, mit dem sie zum Interviewzeitpunkt zusammenlebt. Beruflich übt sie bis heute unterschiedliche Aushilfstätigkeiten aus. Parallel dazu baut sie eine selbstständige Arbeit im kreativen Bereich auf.

b.) Interviewrahmen

Frau Kaufmann meldet sich auf den Zeitungsaufruf zur Studienteilnahme und bekundet ihr Interesse am Forschungsprojekt. Sie erwähnt bei diesem ersten Telefonat, dass sie in einer festen Beziehung lebt, allerdings keinen Kinderwunsch hat. Den Vorschlag eines Treffens in der Klinik lehnt sie ab (*»ist für mich wirklich ein horrorort«*). Das Interview findet bei der Gesprächspartnerin zu Hause im Ess-/Wohnbereich statt.

c. Interviewverlauf

Die Atmosphäre während des Interviewtermins ist angenehm und herzlich. Während des Gesprächs wirkt Frau Kaufmann sehr konzentriert, was dem Gespräch insbesondere zu Beginn einen leicht angestregten Charakter verleiht. Frau Kaufmann erzählt kontinuierlich und gleichmäßig in Tempo und Prosodie. Sie setzt häufige Pausen von wenigen Sekunden. Das Interview dauert knapp 90 Minuten. Zu Beginn des Treffens ist Frau Kaufmanns Partner anwesend und es entspannt sich ein kurzes Gespräch zu dritt. Nachdem der Partner Kaffee reicht, entfernt er sich und verlässt das Haus. Er kommt einige Zeit später zurück und betritt während des Interviews das Zimmer und beginnt, mit der Katze zu spielen. Die Interviewerin ist hierüber leicht irritiert, während sich Frau Kaufmann davon offenbar nicht gestört fühlt und unbeeindruckt weiterspricht. Nach dem Interview

wird das Gespräch etwa 15 Minuten weitergeführt. Im Zentrum steht ihre Kritik an der rein medizinisch-klinischen Ausrichtung der Psychiatrie. Zum Interviewverlauf äußert sie sich positiv und hebt insbesondere die Möglichkeit hervor, das gesamte Leben in seinen vielfältigen Zusammenhängen zu erzählen.

d.) Grobstruktur der Erzählung

Bezogen auf das gesamte Interview nimmt die Haupterzählung gut die Hälfte ein. Das dominierende Thema der Kindheit, deren Erzählung sich im Transkript über mehr als zwei Seiten erstreckt, ist die emotional belastende Atmosphäre im Elternhaus aufgrund anhaltender familiärer Konflikte. Auf diese Thematik kommt Frau Kaufmann in ihrer weiteren Erzählung immer wieder zurück. Die Interviewerin reagiert auf diese Bezüge mit spezifischen Nachfragen. Das Thema Familienplanung wird durch Frau Kaufmann im Zusammenhang mit ihrer aktuellen Partnerschaftssituation selbst eingeführt. Die Haupterzählung wird nicht durch eine metanarrative Abschluss coda klar abgeschlossen, sondern schleicht sich vielmehr mit einer positiven Evaluation der aktuellen Partnersituation aus: »deshalb fügt sich jetzt alles ganz gut zusammen« (Z. 580). Die dann erfolgende Sprechpause wird von der Interviewerin durch eine textimmanente Nachfrage gefüllt und generiert so weitere Erzählungen. Haupt- und Nachfrageteil sind damit nicht eindeutig voneinander abzugrenzen. Das Thema der psychischen Erkrankung wird zu Beginn der Erzählung eingeführt und zieht sich als Neben-erzähllinie bis zur Schilderung der akuten psychotischen Krise durch, die etwa zwei Seiten im Transkript umfasst. Die gesamte Erzählung ist durch häufige Einschübe gekennzeichnet, in denen Frau Kaufmann den biografischen Verlauf immer wieder bewertend kommentiert. Weitere Themenschwerpunkte sind die Folgen der psychischen Erkrankung für die Lebensgestaltung, die Diskursivierung der psychischen Erkrankung und das Thema der Stigmatisierung.

e.) Text- und thematische Feldanalyse

Einstieg: Positive Bewertung des Studienansatzes

006 I: okay, ja dann äh möcht ich sie bitten, mir ihre lebensgeschichte zu erzählen, also nicht über das thema familienplanung zu sprechen (E: ja) was ja unser (E: ja) studieninteresse ist, sondern einfach ihr gesamtes leben zu erzählen, alles was für sie wichtig ist

E: find ich einen sehr guten ansatz, [leicht lachend] muss ich jetzt dazu sagen, weil es hängt DOCH alles zusammen und das eine vom andern ab und dann fang ich am besten an wie ich aufgewachsen bin weil ich denk, kindheit IST ein

wichtiger punkt WAR für mich auch sehr prägend ich will jetzt net ALLES auf die kindheit zurückführen aber es gab sicher einflüsse, wo ich merk, die haben die krankheit mit (.) ja möglich gemacht begünstig ich weiß net, wie ich's am treffendsten formulieren soll

Nachdem Frau Kaufmann bereits während der Formulierung der Erzählaufforderung ihre Zustimmung erteilt hat, eröffnet sie ihre Erzählung mit einem metanarrativen Kommentar, der eine explizite Positionierungsleistung beinhaltet. Mit ihrem Lob über den Ansatz der Studie geht Frau Kaufmann über eine bloße Ratifizierung der Erzählaufforderung hinaus. Frau Kaufmann beurteilt die Studie (*»find ich einen sehr guten ansatz«*) und nimmt so eine tendenziell übergeordnete Position ein. Sie erweist sich so als eine fachkundige Gesprächspartnerin, die nicht nur den der Studie zugrunde liegenden »Ansatz« kennt, sondern diesen auch aufgrund ihres Hintergrundwissens von anderen Ansätzen abgrenzen und als angemessenen theoretischen Bezugsrahmen einordnen kann. Frau Kaufmann konstruiert damit eine Interviewsituation, in der sich zwei Experten gegenüber sitzen, die über einen gemeinsamen fachlichen Wissenshorizont verfügen. Das einer Interviewsituation inhärente Machtungleichgewicht zwischen befragter und fragender Person wird auf diese Weise nicht nur ausgeglichen, sondern tendenziell sogar umgekehrt: Ein Lob wird üblicherweise aus einer übergeordneten Hierarchieposition ausgesprochen, wohingegen es als unangemessen gelten kann, wenn z. B. eine Studentin ihre Professorin lobt. Die Positionierungsleistung Frau Kaufmanns bleibt jedoch nicht auf den fachlichen Bereich beschränkt, sondern stellt eine Verortung im weiteren sozialen Raum dar. Die (tendenzielle) Umkehrung der hierarchischen Beziehung erhält vor dem Hintergrund, dass es sich formal betrachtet um ein Gespräch zwischen einer psychisch kranken Frau und einer professionellen Mitarbeiterin handelt, eine besondere Bedeutung, da die Professionellen-Patienten-Beziehung traditionellerweise eher auf einem Machtungleichgewicht beruht.⁴⁵ Frau Kaufmann überwindet hier nicht nur das jedweder Interviewsituation inhärente Hierarchiegefälle, sondern ebenso das ihr – möglicherweise aus früheren Erfahrungen – bekannte Phänomen der Unterlegenheit bei der Thematisierung ihrer psychischen Erkrankung, d. h. gegenüber Experten im weitesten Sinne. Mit dieser Positionierungsleistung bringt Frau Kaufmann zum Ausdruck, dass sie das im Vorfeld des Interviews durch die Interviewerin gemachte Angebot annimmt, als Expertin für die Lebenssituation psychisch kranker Frauen aufzutreten.

Gleichwohl ist auffällig, dass Frau Kaufmann ihre Positionierung prosodisch mit einem Lachen unterlegt und so den Bedeutungsgehalt ihrer Aussage gleich-

45 Schürmann beurteilt die Machtdifferenz zwischen Professionellen und Nutzern als Ausdruck einer »Fürsorgekultur«: »Die Fürsorge-Kultur enthält zwei Aspekte, den der wohlwollenden Hilfe und den der Bevormundung, einhergehend mit einer Einschränkung der Autonomie des Nutzers.« (SCHÜRMANN 1997: 244)

zeitig mit ihrer Äußerung relativiert. Offenbar realisiert Frau Kaufmann, dass sie durch ihren Einstieg von der üblichen Rolle einer interviewten Person abweicht. Das Lachen »entschärft« ihren Anspruch auf die »Höherpositionierung« – sie will dies nicht als Angriff auf die Position der Interviewerin verstanden wissen. Mit dem Lachen trägt sie zu einer entspannten Gesprächsatmosphäre bei und zielt auf die Herstellung einer Gemeinsamkeit. Im Sinne einer fast schon »entschuldigenden« Haltung ist auch ihr Zusatz zu verstehen: *»muss ich jetzt dazu sagen«*, mit dem sie ihren Kommentar zwar rechtfertigt, gleichzeitig aber relativiert. Mit dem Modalverb *»müssen«* verweist Frau Kaufmann auf eine außerhalb ihres subjektiven Bedürfnisses liegende Notwendigkeit, diese Positionierung vorzunehmen. Diese Notwendigkeit wird nun erläutert: *»weil es hängt DOCH alles zusammen und das eine vom andern ab«*. Damit kommt Frau Kaufmann auf eine für sie geltende Voraussetzung zu sprechen, unter der sie bereit ist, ihre Biografie zu erzählen: die Vorstellung eines Zusammenhangs biografischer Ereignisse. »Biografie« versteht Frau Kaufmann als eine Folge logischer Ereignisse und Erfahrungen, an deren Anfang konsequenterweise die Kindheit steht – *»und dann fang ich am besten an wie ich aufgewachsen bin«*. Die Bedeutung der Kindheit für ihren individuellen biografischen Verlauf leitet sie deduktiv aus einer allgemeinen Regel ab (*»kindheit IST ein wichtiger punkt«*) und sichert dies auch gegenüber einem (mitgedachten) konträren Krankheitsmodell ab: *»es hängt DOCH alles zusammen«*. Damit grenzt sich Frau Kaufmann von biologistischen Krankheitsverständnis ab, bei dem den sozialen Faktoren der psychischen Erkrankung eine nur geringe Bedeutung beigemessen wird. Die Bedeutung der Biografie für die Entstehung einer psychischen Erkrankung belegt sie mit dem Hinweis auf ihre eigene Geschichte: Die Kindheit *»WAR für mich auch sehr prägend«*. Die sozialen Umstände ihrer Kindheit haben *»die krankheit mit ja möglich gemacht, begünstigt«*.

Mutterersatz

014 *also ich bin als zweites kind geboren, ich hab ne ältere schwester, die ist [X] jahre älter als ich, (.) zu der ich immer ein sehr gutes verhältnis hatte, fast übers geschwisterliche hinaus (.) sie war so bissel für mich mutterersatz, weil meine mutter selber psychisch probleme hat*

Frau Kaufmann realisiert nun ihre theoriebasierte Ankündigung und setzt den Anker ihrer Erzählung in die Kindheit. Den zentralen Bezugspunkt bildet zunächst die Schwester. Frau Kaufmann führt sich als *»zweites Kind«* ein und weist damit bereits in ihrer ersten Selbstbeschreibung auf die Existenz eines älteren Geschwisters. In der folgenden Äußerung führt sie die Schwester dann explizit ein: *»ich hab ne ältere schwester«*. Nach der Nennung des Altersabstands zur Schwester als formalem Kriterium (*»die ist [X] jahre älter als ich«*)

wechselt sie auf die Beziehungsebene. Frau Kaufmann hatte zu ihrer Schwester »immer ein sehr gutes verhältnis« und leitet mit dem Zusatz »fast über das geschwisterliche hinaus«, die Besonderheit dieser Beziehung ein: Die Schwester »war so bissel für mich mutterersatz«. Mit diesem Hinweis thematisiert Frau Kaufmann das eigentlich zentrale Thema ihres Erzählansatzes: die Abwesenheit der Mutter. Frau Kaufmann thematisiert die Abwesenheit nicht in einer direkten Weise, sondern nimmt einen Umweg, indem sie die Erzählung über die Schwester voranstellt. Diese bemerkenswerte Erzählfigur liefert einen Hinweis auf die Bedeutung, die die Abwesenheit der Mutter in der Kindheit von Frau Kaufmann gespielt haben mag (und dies vermutlich immer noch tut). Möglicherweise ist die Abwesenheit der Mutter nicht ohne Weiteres erzählbar. Die Vermeidung der expliziten Erzählung über die abwesende Mutter in der Kindheit wird hier als Versuch gelesen, sich einer schmerzhaften Auseinandersetzung zu entziehen. Diese Lesart wird dadurch gestützt, dass Frau Kaufmanns folgende Schilderung zur Mutter mit einem Tempuswechsel von der Vergangenheit in die Gegenwart einher geht (»weil meine mutter selber psychisch probleme hat«) (Hervorh. SK). Mit ihrem zeitlichen Schwenk in die Gegenwart distanziert sie sich von ihrem Kindheits-Ich und hierdurch möglicherweise auch emotional von den damit verbundenen, schmerzhaften Erinnerungen, die durch die Abwesenheit der Mutter begründet sind.

Frau Kaufmann verknüpft die Notwendigkeit eines Mutterersatzes kausal mit deren psychischer Erkrankung – die Schwester war »für mich mutterersatz, weil meine mutter selber psychisch probleme hat« (Hervorh. SK). Die Begründung erfolgt allerdings nur syntaktisch – inhaltlich bleibt sie aus. Offenbar bedarf der Zusammenhang zwischen dem Fehlen der adäquaten Übernahme der Mutterrolle und dem Bestehen einer psychischen Erkrankung keiner weiteren Erklärung, sondern stellt aus der Sicht von Frau Kaufmann ein allgemein bekanntes und daher nicht notwendigerweise zu explizierendes Phänomen dar: Eine psychisch kranke Frau kann die Mutterrolle nicht ausfüllen. Die ausbleibende inhaltliche Erklärung für diesen Ausschluss könnte jedoch auch damit zusammenhängen, dass Frau Kaufmann hier ein Thema berührt, dem sie sich jetzt noch nicht stellen möchte: dem kategorischen Ausschluss einer eigenen Mutterschaft als psychisch kranke Frau. Ihre Äußerungen zur psychischen Erkrankung sind sowohl auf ihre Mutter als auch auf sich selbst bezogen. Der doppelte Bezug ihrer Äußerung drückt sich als Gleichsetzung ihrer Mutter mit ihrer eigenen Situation als potenziell psychisch kranke Mutter aus. Der Hinweis, dass Frau Kaufmanns Mutter »selber« psychische Probleme hat, enthält einen Rückbezug auf ihre eigene Situation als Frau mit einer psychischen Erkrankung. Diese Lesart wird durch die zusammenfassende Bezeichnung »psychisch Probleme« gestützt: vor dem Hintergrund, dass Frau Kaufmann eine schizophrene und die Mutter eine depressive Erkrankung hat, bezieht sich Frau Kaufmann damit auf den kleinsten gemeinsamen Nenner zwischen Mutter

und Tochter.⁴⁶ Frau Kaufmann nimmt bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt der Erzählung (seit Interviewbeginn ist eine Minute vergangen) ihren eigenen biografischen Umgang mit dem Thema Kinderwunsch vorweg: den Ausschluss einer Mutterschaft aufgrund der psychischen Erkrankung.

Sozialisationsbedingungen der Kindheit

Entsprechend ihrem Verständnis zum Zusammenhang biografischer Ereignisse, ordnet Frau Kaufmann die eigene Kindheit als prägend für den gesamten biografischen Verlauf und damit auch für die Entwicklung ihrer psychischen Erkrankung ein. Wie dies bereits mit der Einführung der Schwester als »Mutterersatz« deutlich wurde, stellt die durch die psychische Erkrankung bedingte Abwesenheit der Mutter eine zentrale Sozialisationsbedingung dar. Frau Kaufmanns Biografie wird bereits zum Zeitpunkt der Geburt von der psychischen Erkrankung der Mutter geprägt:

017 also die ist mit depressionen belastet, war schon mehrfach im krankenhaus auch nach meiner geburt, das war für meinen vater ne ganz schwierige zeit weil meine mama dann eben an kindbettdepressionen litt die sehr stark waren, wo sie lange in behandlung war und er so daheim alles mit organisieren musste und es war so der punkt, dass ich mir schon dachte, über mich konnt sich eigentlich niemand richtig freuen, zu dem zeitpunkt weil alles drumrum so aufregend und so belastend und so unklar war, es war lang net klar, ob meine oma meine versorgung dann übernimmt, während der zeit man wollt mich schon zu ner tante bringen, aber das wurd dann wieder aufgegeben, weil's meine oma dann doch wieder übernommen hat

In der Erzählsequenz fällt auf, dass Frau Kaufmann ihre eigene Geburt in Form eines Nebeneignisses einführt, das die Kernaussage (Erkrankung der Mutter) lediglich erweitert: Die Mutter »*war schon mehrfach im krankenhaus auch nach meiner geburt*« (Hervorh. SK). Anstelle einer nun möglichen, jedoch nicht realisierten Thematisierung der eigenen Leidenssituation, stellt Frau Kaufmann die Situation des Vaters in den Vordergrund: »*das war für meinen vater ne ganz schwierige zeit*«. Neben dem Leid des Vaters betont sie auch jenes der Mutter und schützt sie damit vor potenziellen Kritik: Die Mutter ist durch die Erkrankung »*belastet*«, die Mutter »*litt*« an einer postnatalen Depression. Es finden sich hier

46 Die Gleichsetzungsbemühungen sind hier umso auffälliger, als es für Frau Kaufmann an einer späteren Stelle wichtig ist, zwischen einer depressiven und einer schizophrenen Erkrankung zu unterscheiden: »*wenn ich gesagt hab, ich hatte ne psychose, – depression ist immer noch so gesellschaftlich eber denk ich, anerkannter, das kann man noch verstehen und das kann man nachfühlen, aber dass jemand völlig austickt entzieht sich halt dem wahrnehmungsbereich des durchschnittsbürgers*« (Z. 706-10).

keinerlei Hinweise für eine Anklage (wie sie sich beispielsweise in der Erzählung zur strukturell vergleichbaren Kindheit von Frau Peschke finden), wie dies auch in der emotionaleren Bezeichnung »Mama« – im Gegensatz zu der eher formellen Bezeichnung der »Mutter« – zum Ausdruck kommt. Komplementär zur Betonung des Leids des Vaters sowie der Mutter rücken die eigenen Erfahrungen, das subjektive Leid als Kind einer psychisch kranken Mutter in den Hintergrund. Mehr noch – sie selbst begründet mit ihrer Geburt das Leid der anderen: so wird die Erkrankung der Mutter durch ihre Geburt ausgelöst und der Vater wird durch die Übernahme zusätzlicher Aufgaben überfordert. Die Großmutter hat die Pflege »dann doch«, d. h. offenbar erst nach Widerständen übernommen. Zusammenfassend erscheint ihre eigene Geburt als ein negatives Ereignis für die Familie: »über mich kommt sich eigentlich niemand richtig freuen«. Die eigene Situation wird durch den impliziten Hinweis auf eine normative Erwartung konturiert, wonach eine Geburt ein für alle Beteiligten erfreuliches Ereignis ist, das außerdem durch ein bestimmtes Maß an Sicherheit und Ruhe gekennzeichnet ist. All dies ist bei ihrer Geburt nicht gegeben: »weil alles drum rum so aufregend und so belastend und so unklar war«. Die Ablenkung von ihrer persönlichen Situation und die Fokussierung des Leids der Familienangehörigen lässt sich dem Muster des zuvor beschriebenen emotionalen Distanzierungsversuchs zuordnen. Frau Kaufmann bringt ihre Trauer über die erfahrene Ablehnung der Mutter und der Familie zum Ausdruck, ohne sich auf die emotional belastenden Kindheitserinnerungen einlassen zu müssen.

Neben der Abwesenheit der Mutter stellt die Atmosphäre im Elternhaus die zweite zentrale Sozialisationsbedingung dar. Aufgrund der beengten Wohnsituation und Partnerschaftskonflikte zwischen den Eltern war es zu Hause »immer sehr spannungsgeladen, also es war immer ein kleines pulverfass« (Z. 36–37). Ebenso wie die Geburt aufgrund der ungeklärten Situation als ein negativ konnotiertes Ereignis erscheint, thematisiert Frau Kaufmann in der Beschreibung der Atmosphäre im Elternhaus einen Mangel an Sicherheit und Klarheit. Es kommt häufig zu Konflikten zwischen den Eltern:

039 *meine eltern haben sich auch sehr oft offen gestritten, kam auch zu handgreiflichkeiten da war die situation dann so, wenn das abends war, dass ich bei meiner schwester im zimmer war, wir das mitbekommen haben, aber so dies typische, wi=als kind verängstigt unter der bettdecke und es wurd auch nie drüber gesprochen, dann am nächsten tag das war auch, denk ich, son ganz großes manko bei uns in der familie, dass man das einfach net durch gespräch dann aufgelöst und geklärt hat, sondern das ist immer so drüber geschwebt*

In der Schilderung ihrer Gewalterfahrungen ist auffällig, dass das gewalttätig handelnde Subjekt in der Erzählung verschwindet (»kam auch zu handgreiflichkeiten«). Damit tritt auch das subjektive Erleben der Erzählerin in den Hintergrund. Anstatt einer subjektiven Leidensgeschichte nimmt Frau Kaufmanns Schilderung

eher die Form einer Berichterstattung ein (*»da war die situation dann so«*). Die Gewalterfahrungen werden aus der Perspektive eines unbeteiligten Beobachters geschildert. Frau Kaufmann lenkt von ihrer persönlichen Betroffenheit ab und schafft eine Distanz zum erlebten Ich, die es ihr ermöglicht, diese schmerzlichen Kindheitserinnerungen zu thematisieren. Darüber hinaus werden die leidvollen Kindheitserfahrungen in eine verallgemeinernde Form gekleidet (*»so dies typische, wi=als kind verängstigt unter der bettdecke«*). Anstelle einer Fokussierung des individuellen Leids bezieht sich Frau Kaufmann auf das Allgemeine (*»dies typische«*). Neben der emotionalen Distanzierung erlaubt dies, einen Anspruch auf die Anerkennung einer als problematisch erlebten Kindheit zu erheben.

Eine dritte, wenngleich untergeordnete⁴⁷ Sozialisationsbedingung stellt die soziale Isolation der Herkunftsfamilie dar. Aufgrund der psychischen Erkrankung der Mutter kam es häufig zu *»Unstimmigkeiten mit den Nachbarn«* (Z. 674–5), was im weiteren Verlauf dazu führte, dass die Eltern in einen größeren Ort gezogen sind, wo *»man e bisschen in anführungszeichen, anonymer leben kann«* (Z. 681). Auch gab es *»familiär eher weniger kontakt, da meine mutter sich mit ihrer familie komplett zerstritten hat«* (Z. 687–8). Der soziale Rückzug der Mutter führt zur Isolation der Familie: *»Sonst war man schon eh isoliert, muss ich schon wirklich sagen (.) für meine mutter war jeder besuch natürlich auch (2) ein ding der unmöglichkeit sie hat selber keine freunde keine sozialen beziehungen«* (Z. 695–697). Dies verhindert die Einbindung Frau Kaufmanns in die Dorfgemeinschaft: *»ich war im ort eigentlich eher isoliert, da gabs schon so cliquen mit gleichaltrigen, aber da war ich nie dabei ich hatte schon ne feste freundin mal wieder und die hat etliche ortschaften weiter gewohnt sodass eigentlich der kontakt außerhalb der schule au net so da war«* (Z. 857–860).

Ihre Kindheitserzählung schließt sie mit einer negativen Evaluation ab: *»es war wirklich schon ne schwierige kindheit für mich«* (Z. 66). Damit knüpft sie an den Erzählanfang an, bei dem sie die Bedeutung der Kindheit für die Entwicklung der psychischen Erkrankung betonte. Frau Kaufmann spannt einen Bogen von der Schwester als Mutterersatz bis hin zu der abschließenden Betonung der zentralen Rolle der Schwester: *»und wenn ich meine schwester net gehabt hätte«* (Z. 67). Dass Frau Kaufmann den Konditionalsatz nicht vervollständigt, sondern offenlässt, was ohne die Anwesenheit der Schwester mit ihr geschehen wäre, verstärkt den Eindruck einer problematischen Kindheit. Tatsächlich repräsentiert die Schwester das einzige Gegengewicht zu den (letztlich *»krankmachenden«*) Kindheitsbedingungen, die sich nach der gewonnenen Lesart insbesondere als Unwägbarkeit, bzw. als Mangel an Sicherheit darstellen: Die Schwester *»das*

47 Frau Kaufmann spricht über die soziale Isolation der Familie nicht in der spontanen Haupterzählung, sondern thematisiert dies erst auf Nachfrage der Interviewerin im Nachfrageteil.

war so für mich einfach dann neutraler mensch, wo die stimmung immer gut war, wos verhältnis klar war« (Z. 67–68).

Nach der Ausbildung zieht Frau Kaufmann mit ihrem damaligen Partner in eine weiter gelegene Großstadt. Dort holt sie auf dem zweiten Bildungsweg die Hochschulreife nach. Während dieser Zeit verbringt sie meist nur die Wochenenden zu Hause. Mit dem Auszug aus dem Elternhaus kann sich Frau Kaufmann nicht nur räumlich, sondern auch emotional von den Eltern distanzieren. Aufgrund dieser Distanzierung verbessert sich ihre gesamte Lebenssituation. Die Bewertungen dieser Zeit fallen sehr positiv aus und stehen damit diametral zu jenen der Kindheit:

081 *das war ne tolle zeit für mich, ich war weg von daheim, nur noch wochenends daheim (.) es war die zeit, wo ich mit meinen eltern ganz schwer kontakt hatte wo ich mich so ziemlich distanziert hab (.) [räuspern] (3) aber für mich wars ne tolle zeit, hab viele nette leute, gute freunde kennengelernt die ich au jetzt noch hab, die mich auch durch die schwierige zeit durch begleitet haben*

Die Distanzierung wird als eine aktive Handlung präsentiert: »*wo ich mich so ziemlich distanziert hab*«. Mit der Konjunktion »*aber*« positioniert sich Frau Kaufmann gegenüber ihren Eltern: es wird damit impliziert, dass sie die Ablösung als Handlung einordnet, die den Wünschen der Eltern entgegenstand: »*aber für mich wars ne tolle zeit*« (Hervorh. SK). Es ist für die problematischen innerfamiliären Beziehungen bezeichnend, dass sie die positive Globalevaluation insbesondere mit der Nennung sozialer Beziehungen präzisiert: sie hat dort »*viele nette leute*« und »*gute freunde*« kennengelernt. In ähnlicher Weise, wie sie ihre Freundinnen während der Kindheit eher außerhalb des Wohnortes fand, scheint es offenbar erst mit dem Auszug aus dem Elternhaus – d. h. unbelastet durch die mütterliche Erkrankung – zu gelingen, soziale Beziehungen zu knüpfen.

Anpassung und Leistungsbereitschaft als kindliche Bewältigungsstrategien

Parallel zu den spezifischen Sozialisationsbedingungen im Elternhaus schildert Frau Kaufmann die kindlichen Verhaltensmuster, mit denen sie und ihrer Schwester auf die familiären Belastungen reagierten. Hier dominiert die heutige Perspektive, die durch eine kritische Sicht auf ihre familiären Sozialisationsbedingungen bestimmt ist. Frau Kaufmann greift dabei implizit auf ein pädagogisches Allgemeinwissen zur Bedeutung frühkindlicher Erfahrungen und Bewältigungsmuster zurück. Als ein für sie typisches kindliches Verhaltensmuster beschreibt Frau Kaufmann die Anpassung an die durch Streitigkeiten und Missstimmungen geprägte Situation im Elternhaus: »*wo ICH dann immer das gefühl hatte, wenn ich nur brav bin und alles gut mach und nett und freundlich bin, dann passiert wenigstens nix schlimmeres*« (Z. 38/9). Frau Kaufmann nimmt sich als Kind zurück, ist »*brav*«

und achtet darauf, dass sie »alles gut macht« und »nett und freundlich« ist. Mit diesem Anpassungsstreben und der damit verbundenen Hoffnung, dass »wenigstens nix schlimmeres« passieren möge, reagiert Frau Kaufmann auf die beherrschende, angstgeprägte Atmosphäre im Elternhaus. Auch ihre guten Schulleistungen führt Frau Kaufmann auf diese spezifischen Rahmenbedingungen zurück und ordnet sie als spezifisches Bewältigungsverhalten ein:

045 *als kind fühlt man sich irgendwie (.) mitverantwortlich (.) (.) auf ne ganz komische art und weise, obwohl man für das problem gar nix dazu kann das hat sich bei mir dann so ausgewirkt, ich bin ne sehr gute schülerin gewesen immer, also immer im oberen leistungsbereich und das war für mich ja wahnsinnig wichtig, dass das so war weil das so ne positive aufmerksamkeit da war, immer wenn's zeugnisse dann gab, ah ja, super gut, und auch so, dass es mit MIR KEINE probleme gab war für mich wichtig, dass ich meinen eltern ja net (.) noch zusätzlich was bereite*

Frau Kaufmann fühlt sich als Kind für die Atmosphäre im Elternhaus verantwortlich – eine ihr selbst aus heutiger Sicht unverständliche Reaktion (»irgendwie«; »komische art«). Aus ihrer heutigen Sicht erklärt sie sich ihr damaliges Bewältigungsverhalten (ihr Anpassungs- und Leistungsstreben) als kindliche Reaktion auf die familiäre Belastungssituation: Indem sie gute schulische Leistungen zeigt, erhält sie die von den Eltern gewünschte Zuwendung (»super gut«) und glaubt damit, die vermeintliche Belastung für die Eltern ausgleichen zu können. Die überzeichnete Betonung, wie wichtig solche Leistungserfolge für sie waren, (»und das war für mich ja wahnsinnig wichtig, dass das so war«) legt neben der reflektierten Sicht auf ihre Kindheit ihre kritische Haltung gegenüber dem elterlichen Erziehungsstil frei. In dieser Kritik kündigt sich bereits an, dass das ausgeprägte Leistungsdenken im weiteren biografischen Verlauf mit negativen Folgen verbunden ist.

Doch zunächst werden die guten Schulleistungen in der weiteren Erzählung positiv gerahmt. In der Erzählung ihres Schulbesuchs (zweiter Bildungsweg) führt sie ihre Lernbereitschaft als einen wesentlich Grund für die positive Beurteilung dieses Lebensabschnitts auf: »war einfach ne lockere zeit, dadurch dass ich mich immer mit dem lernen leicht tat (2) wars einfach toll« (Z. 86). Sie rekurriert hier auf ihre vor dem Hintergrund der familiären Belastungssituation erworbene Lernbereitschaft als positive Eigenschaft. Wenn auch die guten Schulleistungen tatsächlich ein beständiges Phänomen ihrer Lebensgeschichte darstellen, so ist doch augenfällig, dass die Bewertung dieser Leistungsbereitschaft in Abhängigkeit vom Thematisierungsfeld differenziert bewertet wird. Während die Lernbereitschaft in der Kindheit, d.h. im Zusammenhang mit der Atmosphäre im Elternhaus als Bewältigungsstrategie eingeordnet und daher negativ eingebettet wird, tritt sie in der Erzählung eines positiv bewerteten Lebensabschnitts (zweiter Bildungsweg) als positive Eigenschaft auf.

Psychische Erkrankung und Selbstüberforderung

Nach der Hochschulreife beginnt Frau Kaufmann ein Studium im Modebereich. Sie finanziert sich mit einer 50%-Stelle in einem Altersheim. Diese Beschäftigung geht mit einem hohen Arbeits- und häufig auch zusätzlichen Zeitaufwand einher. Auch in ihrem Studium zeigt sie großes Engagement und entsprechend gute Leistungen. Diese Zeit, die in der erlebten Lebensgeschichte einen Zeitraum von mehreren Jahren umfasst, beschreibt sie folgendermaßen:

237 *wenn i jetzt zurück denk, (.) hab i damals ein pensum geschafft, das ich jetzt nimmer leisten könnte da bin i=denk ich, hab ich über (.) über mein konto gelebt, über mein energiekonto da war ich eigentlich sehr im minus immer und habs nie gemerkt (2) wie son hamster in seinem laufrädchen, ich hab mich scho wohl gefühlt, das war net so, dass ich gelitten hätt oder burn-out könnt ich jetzt au net sagen, dass ich das gespürt hätt aber ich hab, wenn mans mit dem finanziellen vergleicht (2) im minus gelebt (.) (2) ich hatte scho gute freundschaften dort au, ein kontakt ist mir au geblieben (2) das studium hat mir spaß gemacht, ich hatte dort au erfolg, war wieder bei den besten das war für mich IMMER wieder wichtig, immer bei den besten zu sein, bei allem was ich mach das war=ich bin schon=stell schon hohe anforderungen an mich (2) also irgendwas noch son bissel machen und (.) halb halb machen, das gibt's bei mir eigentlich net da muss i mi au jetzt oft noch bremsen*

Obwohl sie hier ihre Erkrankung noch nicht explizit erwähnt, weist sie bereits auf deren schleichenden Beginn hin. Die zur Illustrierung verwendeten Metaphern entstammen dem buchhalterischen Bereich.⁴⁸ »Leistung« erscheint als zentraler Topos. Frau Kaufmann hat ein »pensum geschafft«, das sie heute nicht mehr bewältigen könnte. Dabei hat sie ein bestimmtes Maß an verfügbaren Ressourcen überschritten: sie hat über ihr »energiekonto«, bzw. »im minus gelebt«. Sie folgt dabei nicht einem äußeren Leistungsdruck, vielmehr entspringt ihr damaliges Verhalten ihrem eigenen Leistungsdenken, das schließlich in eine Selbstüberforderung übergeht. Dieser schleichende Verlauf entzieht sich ihrer Kontrolle; sie hat ihre Überforderung selbst »nie gemerkt«. Mehr noch – sie hat sich in ihrer damaligen Lebenssituation »scho wohl gefühlt«. Dazu gehört auch, dass sie »gute freundschaften« sowie auch »spaß« und »erfolg« hatte. Die hier zunächst erfolgte Verknüpfung von Spaß und Erfolg wird jedoch gleich im Anschluss aufgelöst und stattdessen wird der Leistungsdruck betont: »ich hatte dort

48 Es ist wohl kein Zufall, dass Frau Kaufmann gerade diesen Bereich zur Illustration ihres Verständnisses der Krankheitsursache wählt. Aufgrund ihrer Ausbildung ist anzunehmen, dass sie sich mit den buchhalterischen Begriffen gut auskennt. Außerdem wird diese Metaphorik – aufgrund seines Charakters als Allgemeinwissen – auch für die Interviewerin nachvollziehbar. Im Weiteren kann der Einsatz einer Metaphorik der (exakten) Bilanz auch als Kontrapunkt zu einem durch die Krankheit verursachten Kontrollverlust gelesen werden.

au erfolg, war wieder bei den besten das war für mich IMMER wieder wichtig«. Mit ihrer Kritik am eigenen Leistungsdenken schließt Frau Kaufmann an eine Leistungs- und Überforderungsmetaphorik an, die schließlich zur psychischen Erkrankung führt. Auffallend ist, dass diese Tendenz zur Selbstüberforderung nicht nur den zurückliegenden Biografieabschnitten zugeordnet wird, sondern auch in ihrer gegenwärtigen Situation eine Rolle zu spielen scheint, wie sich aus dem Tempuswechsel vom Präteritum in das Präsens (*»das war=ich bin schon*) erschließen lässt. Trotz der reflektierten Sichtweise fällt es ihr offenbar auch heute noch schwer, dieses – riskante – Verhaltensmuster abzulegen: *»da muss i mi au jetzt oft noch bremsen*«.

Frau Kaufmann führt das zunächst nur implizite Thema der Krankheitsentwicklung nun als explizite Erzählung über den Ausbruch der Psychose weiter. Mit dem Hinweis, dass die Selbstüberforderung in weiten Teilen von ihr unbemerkt erfolgte, schildert Frau Kaufmann die Krankheitsentwicklung als eigendynamischen Prozess, bei dem die eigene Handlungskontrolle verloren geht. Frau Kaufmann betont, dass sie diesen Prozess weder realisieren noch steuern konnte:

277 das hat dann in so ne spirale rein gemündet wo ich mich immer schneller gedreht hab eigentlich und wos aber selber nicht gemerkt hab mein papa hat gesagt, er hats mir schon mal angemerkt, ich bin so alle sechs wochen damals nach hause gefahren, wenn ich mal ein freies wochenende hatte und er hat gemeint, so von dem was ich erzählt hab, hätt er mir irgendwie angemerkt, ich bin anders aber er hat au net mich drauf angesprochen dann (.) das hat er mir halt hinterher erzählt (.) es hat dann bei mir ziemlich eskaliert, in die psychose rein, das hat nen ziemlich knall gemacht

Ihren Mangel an eigener Urteilsfähigkeit über den damaligen Zustand gleicht sie durch die Schilderung der Sicht des Vaters aus, der ihren Zustand aus *»objektiver Sicht* belegen kann. Der Vater hatte ihr aufgrund ihres veränderten, jedoch nicht realisierten Verhaltens *»irgendwie angemerkt, ich bin anders*«. ⁴⁹ Der Krankheitsausbruch stellt sich als einerseits zwangsläufiges und andererseits unerwartetes und zugleich schwerwiegendes Ereignis ein: *»das hat nen ziemlich knall gemacht*«.

⁴⁹ Der Hinweis, dass ihr Vater sie nicht auf das veränderte Verhalten angesprochen hatte, kann als implizite Kritik am Verhalten des Vaters gelesen werden. Diese Lesart wird durch eine spätere Äußerung gestützt, in der sie den psychotischen Verlauf der Krise schildert: *»mein vater macht sich jetzt im nachhinein macht er sich sehr vorwürfe, dass er damals mich net in polizeibhut belassen hat und mich gleich geholt hat nach hause, aber ich hab au gesagt, papa, das hätt nix gebracht, da war ich scho zu weit drin*« (Z. 303–306). Möglicherweise hätte aus ihrer Sicht durch ein frühzeitiges Eingreifen der Verlauf abgemildert werden können. Die nachträglichen Vorwürfe des Vaters werden somit von der Tochter nicht nur bestätigt, sondern darüber hinaus verstärkt. So hat der Vater weder die Entwicklung der psychotischen Krise noch die Zwangseinweisung in die Psychiatrie verhindert.

Der Ausbruch der Erkrankung wird nun in den familiären Entstehungskontext rückgebettet, indem sie die Wirkung auf ihre Eltern beschreibt:

306 *das war für meine eltern natürlich au ein schock, weil ich immer die war=das kind war, das bisher gut funktioniert hat um das man sich keine sorgen hat machen müssen, äußerlich, was innerlich in mir vor ging, hab i ja net so nach außen gekehrt zu meinen eltern hin die war immer gut in der schule, da ist alles gut gelaufen, ausbildung mit auszeichnung und (.) plötzlich kam [haut auf den tisch] der bruch*

Für die Eltern ist die psychische Erkrankung der Tochter ein »Schock«. Mit der Schilderung der Reaktion der Eltern (anstelle der eigenen) nimmt Frau Kaufmann erneut die Außenperspektive auf ihre Erkrankung ein. Dies hat zum einen die Funktion, die Krise aus objektiver Sicht als bedeutendes Ereignis zu legitimieren. Zum anderen kann Frau Kaufmann mit der Reaktion der Eltern auf eine zentrale Auswirkung der psychischen Erkrankung auf ihre Biografie hinweisen: Der »Schock« der Eltern bezieht sich, wie Frau Kaufmann in ihrer folgenden Begründung (»weil«) ausführt, weit weniger auf die Tatsache des Leids der Tochter als vielmehr darauf, dass ihre Tochter nun nicht mehr dem »äußeren«, d.h. dem aus der Sicht der Eltern gewonnenen Bild entspricht. Bis zu diesem krisenhaften Ereignis hat Frau Kaufmann »gut funktioniert«. Die Nutzung des Verbs »funktionieren« suggeriert das Bild eines fremdbestimmten, auf bestimmte Zielvorgaben hin ausgerichteten, letztlich jedoch sinnentleerten Lebens. Die sich darin ausdrückende kritische Sicht Frau Kaufmanns ist sowohl auf ihr bis dahin geführtes Leben als auch auf die Eltern-Kind-Beziehung bezogen. Dass sie sich als Kind beschreibt, »um das man sich keine sorgen hat machen müssen« legt die elterliche Sichtweise auf ihre Tochter als Trugschluss frei, denn tatsächlich – die psychische Krise ist der Beweis – lagen Gründe vor, sich um die Tochter zu sorgen. Dass sich die Eltern von diesem »äußerlichen« Bild täuschen ließen, impliziert ein tendenzielles Desinteresse der Eltern gegenüber ihrer Tochter. Gleichwohl führt Frau Kaufmann die falsche Sicht der Eltern auch auf ihr eigenes Verhalten zurück: »was innerlich in mir vor ging, hab i ja net so nach außen gekehrt zu meinen eltern hin«. Frau Kaufmann grenzt das Bild, das die Eltern von ihr hatten, sowohl von einer inneren Realität wie auch und von ihrem heutigen Selbstbild ab. Wie wenig das äußere Bild ihrem heutigen Selbstbild entspricht, zeigt sich nicht zuletzt auf sprachlicher Ebene in der Verwendung der dritten Person, als das Kind »das bisher gut funktioniert hat um das man sich keine sorgen hat machen müssen«, »die war immer gut in der schule«. Mit der psychischen Erkrankung kommt es zum »Bruch« – das äußere Bild der leistungsstarken, unauffälligen Tochter zerbricht und – so lässt sich bereits erahnen – das Gegenkonstrukt wird freigelegt.

Ebenso wie der Krankheitsausbruch auf die Selbstüberforderung zurückgeführt wird, wird auch die zweite Krankheitsepisode durch ein Übermaß an Leistung

erklärt. Allerdings steht sie nun nicht in einem Zusammenhang mit beruflicher Arbeitsleistung, sondern mit Anforderungen, die sich aus einer familiären Problemkonstellation ergeben. Frau Kaufmann sieht sich in der Pflicht, die Rolle einer Vermittlerin in einer Konfliktsituation zu übernehmen: *»da bin i au wieder so reingerutscht das war au scho wieder zu VIEL eigentlich (.) seelisch aber ich habs wieder geleistet, weil ich denk, das muss ich leisten«* (Z. 429). Hier wird deutlich, dass Frau Kaufmann ihre selbst auferlegte Leistungsorientierung, die sich hier als eine Verantwortungsübernahme für die Beziehungskonflikte ihrer Angehörigen ausdrückt, als eine strukturelle, d. h. immer wiederkehrende Eigenschaft einordnet: so ist sie *»wieder so reingerutscht«*, es war *»wieder zu viel«*, sie hat es *»wieder geleistet«*. Wie zuvor schon angedeutet, gelingt es Frau Kaufmann trotz ihrer reflektierten Sichtweise offenbar nicht, sich von diesem Verhaltensmuster zu lösen. Die Selbstüberforderung ist das Resultat ihres ausgeprägten Leistungsdenkens, *»weil ich denk, das muss ich leisten«*. Dass dieses Verhaltensmuster nicht nur für die in der Vergangenheit liegenden Krankheitsepisoden gültig ist, sondern auch ihr gegenwärtiges Verhalten auszeichnet, zeigt sich erneut am Tempuswechsel ins Präsens. Wie zuvor weist der Tempuswechsel auch hier auf die biografische Konstanz hin: Das Leistungsstreben und die damit einhergehende Selbstüberforderung stellen ein biografisch beständiges Verhaltensmuster dar.

Mit dem zweiten Krankheitsausbruch realisiert Frau Kaufmann, dass es sich um eine langfristige Erkrankung handelt. Es wird ihr bewusst, dass es immer wieder zu einem Krankheitsausbruch kommen kann, wenn die spezifischen Rahmenbedingungen der Überforderung gegeben sind:

489 *das war dann für mich halt auch schwierig, weil's klar war, es war nix einmaliges das zu schlucken (I: ja) (.) kein ausrutscher, der mal vorkommt, sondern dass es wirklich was ist, was jederzeit passieren kann, wenn die faktoren wieder so sind und die konstellation wieder gegeben ist dass dann wirklich als krankheit zu akzeptieren und anzunehmen*

Frau Kaufmann muss die Krankheit »akzeptieren« und »annehmen«, was darauf hindeutet, dass sie sich bereits intensiv mit den Ursachen und Konsequenzen der Erkrankung für ihre Biografie auseinandergesetzt hat. Wozu diese Überlegungen geführt haben, erschließt sich im Nachfrageteil, wo Frau Kaufmann ihre Vorstellungen hinsichtlich ihres Krankheitsverständnisses äußert. Das von ihr vorgestellte Krankheitsmodell entspricht sowohl dem zu Interviewbeginn vorangestellten Biografieverständnis, wonach sich eine psychische Erkrankung aufgrund gegebener Lebensumstände entwickelt als auch ihrer Vorstellung zur Selbstüberforderung. Dieses Modell grenzt sie dezidiert von einem »klassischen«, d. h. wissenschaftlich-medizinischen Krankheitsverständnis der Psychiatrie ab.

733 *man kann das ganze ja auch von ner andern seite sehen nit immer dieses klassisch klinische krankheitsbezogene defekt, manko (.) sondern einfach au als*

erfahrung die machen musste und die da war und da war ich aber bei der schamanin zwei mal in behandlung die hat au gemeint, das war halt wie ein kurzschluss, soll ich mir das vorstellen, wenn i au eben überlastet war energiemäßig, irgendwann hauts die sicherung raus (.) und das hat au gut getan, das mal anders zu sehen

Aus dieser Sicht wird die psychische Erkrankung als logische Folge einer permanenten Selbstüberforderung betrachtet. Damit aktualisiert sie die Bilanzmetapher, wie sie bereits in der Schilderung der Krankheitsentwicklung auftauchte. Das Bild impliziert darüber hinaus die Vorstellung, dass der »Kurzschluss«, d. h. die psychische Erkrankung als durchaus sinnvolle Reaktion eingeordnet werden kann. Der Kurzschluss zeigt eine Überforderung an und nimmt damit eine »Sicherungsfunktion« ein: Wird die Stressbelastung aufgrund des eigenen Leistungsanspruchs zu hoch, dann springt eine Art Sicherung ein, die die Überlastung nicht nur anzeigt, sondern auch abrupt beendet. In diesem Sinn ist die psychische Erkrankung eine »erfahrung«, die sie »machen musste«, um sich fortan besser, d. h. zu einem frühen Zeitpunkt gegen ihre Selbstüberforderung zu schützen. Diese Vorstellungen ergeben für Frau Kaufmann – gestützt durch ein alternativmedizinisches Deutungsangebot – ein stimmiges Bild, in das sie sowohl ihre kindlichen Erfahrungen als auch ihre biografisch durchgängige Leistungsorientierung einordnen, mit der Entstehung der psychischen Erkrankung sinnvoll verknüpfen und darüber hinaus ein entsprechendes Verhalten ableiten kann. In dieser Konstruktion wird eine erhöhte Stressvulnerabilität als biografisch durchgängige Eigenschaft präsentiert, die sich aufgrund spezifischer Umweltfaktoren herausgebildet hat. Die Stressvulnerabilität wird zu einem zentralen Aspekt ihrer Identität, wie sie an einer späteren Stelle deutlich macht: »dass ich das an mir akzeptieren muss, nicht so belastbar zu sein in gewissen dingen, wo bei mir schneller dann ein fass voll ist, das dann zum überlaufen kommen kann, als bei jemand anderem« (Z. 843–6).

Da sich die psychische Erkrankung als »logische« Folge einer Überlastung einstellt, ist Frau Kaufmanns Bewältigungsverhalten auf die weitgehende Reduktion belastender Situationen gerichtet. Es ist dies der Versuch, die psychischen Erkrankung zu verstehen, zu erklären und damit letztlich auch zu kontrollierbaren. Diese Sicht geht mit einer Entlastung einher: »das hat au gut getan, das mal anders zu sehen«. Trotz dieses »stimmigen« Erklärungsansatzes will sich Frau Kaufmann aber (noch) nicht auf eine bestimmte Sichtweise auf ihre Erkrankung festlegen. Vielmehr betont sie den Entwicklungsprozess ihrer subjektiven Krankheitstheorie, die maßgeblich durch die aktuelle Befindlichkeit beeinflusst wird: »da bin ich sicher noch in der entwicklung, denk ich hab jeden tag ne neue sichtweise, je nach dem wies mir geht« (Z. 743–4).

Partnerschaften

867 I: und der erste freund?

E: das war wirklich das war wirklich der daniel, ich hab meinen ersten kuss mit, glaub, 19 einhalb bekommen (6) weil ich da scho immer au die unsicherheit hatte mh (.) kann man mich mögen? (2) und auch das gefühl hatte, kann ich die nähe zulassen, zu jemand?

Den von der Interviewerin angebotenen Begriff der Partnerschaft ersetzt Frau Kaufmann durch den Ausdruck »erster Kuss«. Der Symbolcharakter dieses Ausdrucks betont dessen Bedeutung als biografischer Meilenstein. Frau Kaufmann orientiert sich an einem normativen Muster, das ein bestimmtes Alter für den »ersten Kuss« vorgibt. Vor diesem Hintergrund wird das Alter von 19 Jahren für die erste Partnerschaft, bzw. den »ersten Kuss« von Frau Kaufmann als unangemessen hoch eingeordnet. Diese Sichtweise unterstellt Frau Kaufmann offenbar auch der Interviewerin, denn es scheint, als sehe sich Frau Kaufmann gezwungen, das hohe Alter gegenüber einem imaginierten Zweifel zu bestätigen: »das war wirklich das war wirklich der daniel«. Die darauf folgende Pause von sechs Sekunden eröffnet einen Erzählraum, der viele Anschlussstellen ermöglicht⁵⁰ – Frau Kaufmann entscheidet sich hier für die Begründung ihres »hohen« Alters für die erste Partnerschaft, bzw. den »ersten Kuss«. Sie nennt als Grund für das Abweichen von einem vorgegebenen Ablaufmuster ein Defizit: »weil ich da scho immer au die unsicherheit hatte kann man mich mögen?«. Dieses Defizit führt sie auf ihre Sozialisationsbedingungen in der Kindheit zurück. Sie weitet nun den Fokus von der »späten« ersten Partnerschaft auf ihr gesamtes Partnerschaftsverhalten. Ihre mangelnden Fähigkeiten, partnerschaftliche Beziehungen einzugehen, stellt sie in einen engen Zusammenhang mit ihren negativen Erfahrungen in der Kindheit.

880 das ganze beziehungsstechnische war für mich schwierig (.) eigentlich war bis dato meine schwester das einzig unbelastete immer was man=mitmenschliche beziehungen angeht (3) (.) so dieses grundgefühl, ich bin angenommen und werde gemocht, so wie ich bin hat mir immer ein bisschen gefehlt und ich konnt dann, wenn ich's bekommen hab, au net genug davon kriegen, ich denk, da hab ich meinen ersten freund au damit überfordert weil der für mich dann so alles sein musste der dreh- und angelpunkt

Die Schwester war das »einzig unbelastete« – alle weiteren Beziehungen und damit wohl insbesondere auch die zur Mutter waren dagegen belastet. Aus ihrer heutigen Sicht kann sie ihre Probleme exakt benennen: es war das mangelnde »grundgefühl, ich bin angenommen«. Mit ihrer heutigen, durch Wissenszuwachs stark überformten Perspektive erklärt sie ihr damaliges Verhalten – die Überfor-

⁵⁰ So könnte hier etwa auch die Geschichte des Kennenlernens folgen, ebenso eine Beschreibung von Daniel oder etwa der eigenen Gefühlswelt.

derung des Partners – als logische Reaktion auf ihr (unverschuldetes) Defizit: »*ich kommt dann, wenn ich's bekommen hab, au net genug davon kriegen*«. Die mit einer Partnerschaft einhergehende Problematik spiegelt sich in der Erzählung zum psychotischen Erleben. Auch hier findet sich das Thema der einseitigen Liebe: Frau Kaufmann verliebt sich in den leitenden Arzt des Altersheims, in dem sie beschäftigt ist. Ihre Liebe wird trotz – oder gerade aufgrund – ihrer Bemühungen nicht erwidert. Ihre intensiven Bemühungen stellen aus Sicht Frau Kaufmanns einen zentralen Auslöser für die Entstehung der Psychose dar: »*das war so mit ein auslöser*« (Z. 253).

Während eines Kuraufenthaltes nach der zweiten psychischen Krise lernt sie ihren heutigen Partner kennen, der dort ebenfalls aufgrund einer psychischen Erkrankung behandelt wird. Er ist wesentlich älter als Frau Kaufmann. Die psychische Erkrankung des Partners stellt eine wichtige Grundlage für die Partnerschaft dar. Aufgrund seiner Therapieerfahrung ist er für Frau Kaufmann eine wichtige Unterstützung im Umgang mit ihrer Erkrankung: »*au die tatsache, dass der thomas (.) wie soll ich das ausdrücken? selber psychisch angeschlagen ist (.) der kann mit meiner situation besser umgehen, hat da mehr verständnis dafür*« (Z. 540–42). Die positive Beurteilung ihrer gegenwärtigen Lebenssituation ist eng an die Zufriedenheit mit ihrer Partnerschaft geknüpft:

546 *ich habs jetzt geschafft, dass ich jetzt mein leben hab, mein zu hause hab nachdem ich eigentlich immer gesucht hab, wo bin ich daheim? wo gehör ich hin? wer akzeptiert mich? wer mag mich so, wie ich bin?*

In der Verbindung mit ihrer gegenwärtigen Partnerschaft hat es Frau Kaufmann »*geschafft, dass ich jetzt mein leben hab, mein zu hause hab*«. Bei ihrem Bezug auf ein »*zu Hause*« drängt sich als Hintergrundbild die »*abwesende Mutter*« auf, die als prägende Sozialisationsbedingung letztlich zu den geschilderten Defiziten in den »*mitmenschlichen beziehungen*« (Z. 881) führte. Ihr Partner kann diese Defizite nun auffangen – in dieser Partnerschaft werden existenzielle Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Akzeptanz beantwortet.

Kinderwunsch und Partnerschaft

Der Bereich »*Familienplanung*« wird von Frau Kaufmann im Thematisierungsfeld »*Partnerschaft*« an jener Stelle eingeführt, an der sie die kritische Haltung der Eltern gegenüber ihrem Partner beschreibt:

555 *meine eltern waren ihm gegenüber sehr skeptisch (.) weil eben wegen dem großen altersunterschied (.) für mich hats auch noch mit den vorteil gehabt, um jetzt ein bisschen zur familienplanung zu kommen, dass der thomas einen sohn hat*

Die erste explizite themenrelevante Äußerung erfolgt auf der metanarrativen Ebene: »*um jetzt ein bisschen zur familienplanung zu kommen*«. Frau Kaufmann weiß, dass dies das zentrale Thema der Interviewstudie ist und will nun, da es

sich hier anbietet, »zum Thema kommen«. Offenbar ist das Thema für sie eher nebensächlich und sie betrachtet es als einen notwendigen Aspekt, den es in diesem Interview eben auch zu »bearbeiten« gilt. Tatsächlich stellt es auch aus syntaktischer Betrachtung eher einen Einschub dar: »für mich hats auch noch mit den vorteil gehabt«⁵¹ (Hervorh. SK). Das Thema Familienplanung ist eng an das Partnerschaftsthema geknüpft. So wird der Kinderwunsch zunächst im Zusammenhang mit dem Altersunterschied angesprochen. In der weiteren Thematisierung ist der Kinderwunsch auf die (potenzielle) Vaterschaft des Partners bezogen. Beide Aspekte stellen für Frau Kaufmann einen »Vorteil« dar. Die folgende Erzählsequenz nimmt die Form einer Argumentation an, in der Frau Kaufmann ihren verneinten Kinderwunsch thematisiert. In der rasch aufeinanderfolgenden Verwendung dreier »Weil«-Konjunktionen drückt sich der Wunsch Frau Kaufmanns aus, ihren verneinten Kinderwunsch umfassend zu begründen, wenn nicht gar zu rechtfertigen.

559 für mich war das AUCH so ne ENTLASTUNG (.) weil ich mir dacht hab, ah der hat ja schon nen [lachend] sohn der hat ja schon ein kind weil ich kindern gegenüber eigentlich immer sehr reserviert eingestellt war auch schon vor meiner erkrankung weil ich mir immer dachte, ich hab irgendwie net die liebe erfahren, net die geborgenheit erfahren, kann ich das überhaupt weitergeben? wie mans weitergeben SOLLTE (.) da hab ich mir immer viele gedanken gemacht und ich war au nie jemand (.) der an jeden kinderwagen rennt und jedes baby süß findet wies halt viele mädels so sind war ich jetzt au net der typ

Der »Vorteil« dieser Partnerschaft – seine Vaterschaft – wird nun von Frau Kaufmann in eine eigene »Entlastung« überführt. Die Betonung »AUCH« deutet auf die insgesamt »entlastende« Funktion der Partnerschaft, womit Frau Kaufmann erneut auf die positive Bewertung rekurriert. Die Vaterschaft ist nur eine von vielen Vorteilen, die diese Partnerschaft mit sich bringt. Aufgrund seines fortgeschrittenen Alters ist sie sich sicher, einen gegenwärtigen oder zukünftigen Kinderwunsch seinerseits ausschließen zu können – »der hat ja schon« verweist auf seine bereits in der Vergangenheit realisierte und damit heute abgeschlossene Familienplanung.

Am Ende ihrer Ausführungen zum Kinderwunsch kommt Frau Kaufmann wieder auf ihren Partner zurück und fokussiert nun auch seine subjektive Sicht gegenüber (weiteren) Kindern:

51 Ihre positive Einbettung des Altersunterschieds und der daraus resultierenden Vaterschaft steht komplementär zur elterlichen Skepsis gegenüber einem älteren Partner. In der Verwendung des Wortes »Vorteil« für die Beschreibung einer Partnerschaft zeigt sich eine rationale Haltung, bei der die Vor- und Nachteile gegeneinander aufgewogen werden. Möglicherweise drückt sich in dieser distanzierten Haltung eine argumentative Verteidigungshaltung aus, mit der sie sich gegenüber der Interviewerin – stellvertretend für die Eltern – rechtfertigen zu müssen glaubt.

577 und für den thomas ist eigentlich auch kein thema, weil eben der sascha ja da ist, den hat er ja schon als sohn und er sagt ja au, er ist jetzt au [Altersangabe] geworden (2) da ist das für ihn eigentlich eher abgeschlossen schon deshalb fügt sich jetzt alles ganz gut zusammen, ich glaub, hätt ich nen gleichaltrigen lebenspartner, wär das sehr schwierig

Der Kinderwunsch ist für ihn »*eigentlich auch kein thema*«. Die Begründung zeigt, dass ihre bereits dargelegten Gründe, die aus ihrer Sicht gegen einen Kinderwunsch ihres Partners sprechen und seine eigenen Einstellungen zum Thema deckungsgleich sind. Die Ankündigung einer direkten Rede dient als Beleg dafür, dass sich beide in diesem Punkt einig sind: »*er sagt ja au*«. Durch die (seine) wörtliche Rede wird die Gültigkeit ihrer Einschätzung belegt und so ein Zweifel ausgeräumt, sie könnte seinen verneinten Kinderwunsch aufgrund ihrer eigenen Ablehnung von Kindern beeinflusst haben. Mit Bezug auf sein Alter – und implizit auch den Altersnormen für eine Vaterschaft – wird eine sowohl nachprüfbar wie nachvollziehbare Begründung für seine Einstellung gegeben. Sowohl die bereits realisierte Vaterschaft als auch das fortgeschrittene Alter schließen eine erneute Vaterschaft aus.

Frau Kaufmann schließt ihre spontane Erzählung zum Thema Familienplanung (die im Nachfrageteil weiter geführt wird) so ab, wie sie diese begonnen hat – unter engem Bezug auf ihre bestehende Partnerschaft. Sie aktualisiert ihre bereits geäußerte Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Lebenssituation, die sie insbesondere mit ihre partnerschaftlichen Situation begründet. Mit der Skizzierung eines Gegenbildes – der Partnerschaft mit einem jüngerer Partner, für den das Thema Kinderwunsch noch nicht abgeschlossen wäre – konturiert sie das »Happy End« ihrer Geschichte: Das fortgeschrittene Alter des Partners sowie seine bereits realisierte Vaterschaft stellen für Frau Kaufmann gerade jene Eigenschaften dar, die die positive Bewertung ihrer aktuellen Lebenssituation bedingen: »*deshalb fügt sich jetzt alles ganz gut zusammen ich glaub, hätt ich nen gleichaltrigen lebenspartner, wär das sehr schwierig*«.

Biografische Konstanz des verneinten Kinderwunschs

Ein potenzieller Kinderwunsch ist negativ besetzt. Die Entlastung, die mit der Vaterschaft ihres Partners (resp. dem fehlenden Kinderwunsch) für Frau Kaufmann einhergeht, begründet sie mit ihrer nun explizit eher distanzierten Einstellung zu Kindern. Die emotionale Distanz zu Kindern präsentiert Frau Kaufmann als eine individuelle Eigenschaft, die außerdem eine biografische Konstanz aufweist. Sie belegt die biografische Konstanz ihres verneinten Kinderwunschs mit dem Bezug auf den Lebensabschnitt ihrer Jugend, in dem sie sich positiv von den »*mädels*« abhebt, die an »*jeden kinderwagen rennen*«. Der verneinte Kinderwunsch wird zu einer beständigen, von der Erkrankung

unabhängigen Charaktereigenschaft: »*war ich jetzt au net der typ*« (Z. 566).⁵² Mit dem Zusatz »*auch schon vor meiner erkrankung*« (Z. 561) grenzt sie sich darüber hinaus von einer – wenngleich unausgesprochenen – Möglichkeit ab, wonach sich der verneinte Kinderwunsch als Konsequenz einer Auseinandersetzung mit ihrer psychischen Erkrankung entwickelt haben könnte. Obwohl sie ihren verneinten Kinderwunsch als eine biografische Konstante präsentiert, verknüpft sie ihn dennoch mit ihrer psychischen Erkrankung. Der biografisch verneinte Kinderwunsch ist das Resultat einer kognitiven Auseinandersetzung mit ihren Sozialisationsbedingungen und den daraus folgenden Konsequenzen für ihre Erziehungsfähigkeit (»*immer viele gedanken gemacht*«, Z. 564). So ordnet sie ihren verneinten Kinderwunsch als Ausdruck einer rationalen Erwägung ein, in der sie ihre mangelnden Fähigkeiten zur Mutterschaft auf die eigenen Mangelenerfahrungen in der Kindheit zurück führt: »*ich hab irgendwie net die liebe erfahren, net die geborgenheit erfahren, kann ich das überhaupt weitergeben? wie man's weitergeben SOLLTE?*« (Z. 562). Zwar bezieht sich Frau Kaufmann hier erneut auf ein pädagogisches Wissen zur Bedeutung von Bindungserfahrungen für die Entwicklung von Erziehungsfähigkeiten. Es ist aber eher unwahrscheinlich, dass sich Frau Kaufmann im Kindesalter (auf das sie ihre Auseinandersetzung und die daraus ablehnende Haltung beziehen muss, da sie bereits für die Phase als junges Mädchen eine distanzierte Einstellung zu Kindern angibt) bereits in einer derart reflektierten Weise mit ihren Sozialisationsbedingungen beschäftigt und hierüber zu einer spezifischen, biografiekonstanten Haltung gefunden hat. Vielmehr scheint es sich dabei um eine nachträglich vorgenommene, durch ihre heutige Lebenssituation geprägte Überformung ihrer damaligen Einstellung zu handeln.⁵³ Schließlich fällt auf, dass sie zwar durch den Hinweis auf eine Charaktereigenschaft einen Zusammenhang zwischen ihrer distanzierten Haltung und ihrer psychischen Erkrankung negiert, dass sie jedoch in ihrer Begründung gerade auf jene Defizite rekurriert (»*net die liebe erfahren, net die geborgenheit erfahren*«), die sie an anderer Stelle als Ursachen für die Entstehung der psychischen Erkrankung benennt. Der verneinte Kinderwunsch ist zwar nicht durch die psychische Erkrankung bedingt. Beide Aspekte haben aber in dieser Konstruktion eine Wurzel.

52 Eingedenk der spezifischen Geschwisterbeziehung kann der biografisch konstante Kinderwunsch als Ausdruck der Orientierung an der älteren Schwester entstanden sein. Frau Kaufmann verweist darauf, dass die Schwester ursprünglich keinen Kinderwunsch hatte: »*meine nichte kam [19XX] auf die welt war eigentlich überraschend für alle, weil meine schwester immer verkündet hat, sie will keine kinder und dann kam sie doch auf die welt*« (Z. 417–9).

53 Damit soll selbstverständlich nicht behauptet werden, Frau Kaufmann hätte nicht tatsächlich ein distanzierendes Verhältnis zu Kindern gehabt. Bezweifelt wird hier lediglich die kausale Rückführung ihrer Einstellung auf eine reflektierende Auseinandersetzung mit den eigenen Sozialisationsbedingungen.

Das Bemühen um einen Ausschluss zwischen ihrer ablehnenden Haltung gegenüber Kindern und ihrer psychischen Erkrankung kommt dort zum Ausdruck, wo sich Frau Kaufmann der Gruppe aller (nicht-erkrankten) Frauen zuordnet, die ebenfalls (noch) keinen Kinderwunsch haben, bzw. diesen möglicherweise (noch) entwickeln:

566 und (3) ja (.) bin froh, dass es so war und noch so ist, weil bei vielen frauen kommts dann doch, wies bei meiner schwester wars so, anfang 30 noch durch jetzt doch (.) aber bisher, i will=will ni=nix ausschließen und nix festsetzen aber bisher ists einfach noch so, dass ich mich gegen kinder entscheid au doppelt aus dem bewusstsein raus, mit meiner erkrankung (.) ich möchts auch net weitergeben, ich möchte auch net durch meine unsicherheiten weitergeben die noch sehr da sind

Sie ist »froh«, bis heute keinen Kinderwunsch zu haben. Ihre Argumentation beinhaltet die Möglichkeit eines Kinderwunschs, weil »bei vielen frauen kommts dann doch«. Sie untermauert ihre These am Beispiel ihrer Schwester: »bei meiner schwester wars so«. Vor diesem Hintergrund positioniert sich Frau Kaufmann geradezu als eine der wenigen Frauen, die sich diesem Kinderwunsch (noch) entziehen können – bei den meisten Frauen »kommts dann doch (...) noch durch«. In dieser Konstruktion nimmt ein potenzieller Kinderwunsch tendenziell die Form einer regelrechten Bedrohung an, einer latenten Gefahr. Zumindest jedoch stellt der Kinderwunsch eine (gefürchtete) Möglichkeit dar, die jederzeit eintreten kann. Dazu gehört auch, dass die Entwicklung eines Kinderwunschs nicht in ihrer Macht liegt: Frau Kaufmann will »nix ausschließen und nix festsetzen«. Die Handlungskontrolle obliegt ihr nur in der gegenwärtigen Situation, in der sie sich (noch) bewusst gegen Kinder entscheiden kann: »bisher ists einfach noch so, dass ich mich gegen kinder entscheid«. Die Zukunft bleibt damit gleichermaßen offen wie riskant.

Überforderung durch eine (potenzielle) Mutterschaft

Wie gesehen, bemüht sich Frau Kaufmann in ihrer Argumentation und mit Bezug auf eine biografisch beständige Distanz zu Kindern darum, einen Zusammenhang zwischen ihrer ablehnenden Haltung gegenüber Kindern und ihrer psychischen Erkrankung auszuschließen. Nun führt sie aber in einem zweiten Schritt die psychische Erkrankung als Argument gegen eine Mutterschaft ins Feld und ergänzt damit die vorherigen Darlegungen: »au doppelt aus dem bewusstsein raus, mit meiner erkrankung«. Der verneinte Kinderwunsch erscheint aber auch aus dieser Perspektive als sinnvoll. Die psychische Erkrankung als Argument gegen den Kinderwunsch begründet sie mit dem Motiv der Weitergabe: »ich möchte auch net durch meine unsicherheiten weitergeben«. Es liegt nahe, diese »Unsicherheiten« als Ausdruck ihrer psychischen Erkrankung zu verstehen. Frau Kaufmann knüpft

damit an das Motiv der generativen Weitergabe einer psychischen Erkrankung von der Mutter an die Tochter an. Vor diesem Hintergrund positioniert sich Frau Kaufmann als verantwortungsbewusste Person, die die gesellschaftlich anerkannten Anforderungen an Kindererziehung (Stichwort: »Kindswohl«) akzeptiert. Im Folgenden sichert Frau Kaufmann durch den Bezug auf eigene Erfahrungen mit Kinderbetreuung ihren verneinten Kinderwunsch ab:

572 *ich weiß, was es heißt ein kind zu haben durch meine kinderbetreuung, jetzt au wieder durch dieses wochenende, wo ich den kleinen zwei tage und nächte hatte am stück wo ich einfach merk, mir fällts schwer (.) keine persönlichen pausen zu haben (.) emotional und gedanklich weil bei kindern muss man eigentlich immer voll da sein (.) und das kann ich net leisten hab ich's gefühl, das SCHAFF ich net und da ich ja immer jemand bin, der alles gut machen will und MUSS (3) nee*

Ihre praktischen Erfahrungen in der Kinderbetreuung erlauben es Frau Kaufmann, den mit der Kindererziehung einhergehenden Leistungsaufwand zu beurteilen. Ihre eigenen (hohen) Ansprüche sichert sie zusätzlich durch eine normative Einbettung ab: »bei kindern muss man eigentlich immer voll da sein«. Diese Anforderungen stellt sie ihren individuellen Fähigkeiten gegenüber. Sie fühlt sich ihnen nicht gewachsen: »das kann ich net leisten«. Die zuvor erwähnte Entlastung durch den verneinten Kinderwunsch des Partners ist daher auch auf die praktische Alltagsbelastung bezogen, die mit der Betreuung potenziell eigener Kinder einhergehen würde. Der Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung erschließt sich aus ihrem Hinweis auf den eigenen Leistungsanspruch (»da ich ja immer jemand bin, der alles gut machen will und MUSS«). Eingedenk des Leistungsdenkens und der erhöhten Stressvulnerabilität, die zwangsläufig in eine Selbstüberforderung münden, ist ein potenzieller Kinderwunsch über das damit einhergehende Gesundheitsrisiko mit der psychischen Erkrankung verknüpft. Dass ein Kinderwunsch aufgrund der möglichen Überforderung als riskant einzuordnen ist, belegt Frau Kaufmann mit dem Hinweis auf entsprechende Einschätzungen, die sie aus ihrem sozialen Umfeld wahrnimmt. Vom Vater gehen keine Versuche zur Thematisierung eines Kinderwunschs aus, was Frau Kaufmann als eine tendenziell ablehnende Einstellung wahrnimmt: »komischerweise mein papa fragt jetzt nie nach, wies bei mir aussieht« (Z. 833). Auch aus dem weiteren Umfeld ihrer Freundinnen, so meint Frau Kaufmann, würde man einen Kinderwunsch »schon au mit Skepsis und Sorge beobachten« (Z. 837).

Im Nachfrageteil greift die Interviewerin eine Äußerung Frau Kaufmanns zur Weitergabe einer psychischen Erkrankung auf ein potenzielles Kind auf und bittet Frau Kaufmann um eine Präzisierung:

584 *so rein genetisch erst mal // ich denk, man vererbt ja schon erwiesenermaßen ne anfälligkeit // // ne disposition für die erkrankung // sie muss dann net zum ausbruch kommen, aber sie kann begünstigt auftauchen // wenn elternteile belastet sind // (.) und das wär für mich unheimlich schwer, hätt ich ein kind, //*

das irgendwann in der psychiatrie besuchen zu müssen (2) (.) ich hoff, dass ich nie wieder dorthin muss (.) ich kanns und wills nimmer ausschließen nach dem ersten mal hätt ich's noch ausgeschlossen, aber nachdem das ganze dann ein zweites mal kam denk ich, ich hab jetzt das glück, meine umstände sind sehr stabil, ich fühl mich emotional wohl (2)

Frau Kaufmann bezieht sich in ihren Ausführungen auf das Motiv der genetischen Weitergabe. Interessanterweise taucht in ihrer eigenen Krankheitstheorie das Motiv der genetischen Weitergabe nicht auf. Die Relevanz einer genetischen, d. h. unbeeinflussbaren Weitergabe der psychischen Erkrankung wird auf die eigene Situation als Mutter beschränkt. Das Risiko, dass ein eigenes Kind selbst psychisch erkranken kann, wird für Frau Kaufmann aufgrund ihrer leidvollen Erfahrungen in der Psychiatrie zu einem zentralen Einwand gegen eine Mutterschaft. Es wäre für Frau Kaufmann »*unheimlich schwer*«, ein Kind in der Psychiatrie besuchen zu müssen, denn Frau Kaufmann will »*nie wieder dorthin*«. Mutterschaft steht in dieser Konstruktion in einer eigentümlichen Beziehung zur Psychiatrie. Zum einen will sie es offenbar vermeiden, einem Kind ihre psychische Erkrankung weiterzugeben und ihm damit auch einen zwangsläufig erfolgenden Psychiatrieaufenthalt aufzubürden. Zum anderen scheint der konstruierte Besuch in der Psychiatrie durch die Wendung »*ich hoff, dass ich nie wieder dorthin muss*« vielmehr auf ihre eigene psychische Situation als auf jene eines potenziellen Kindes zu verweisen. Hier verschwimmt die Bedeutung eines bloß räumlichen Kontakts einerseits und eines psychiatrischen Aufenthalts aufgrund einer psychischen Erkrankung andererseits. Es scheint, als möchte Frau Kaufmann alles vermeiden, was im Zusammenhang mit der Psychiatrie steht. Eine potenzielle Mutterschaft bringt aber gerade dieses Risiko mit sich. Auf die Möglichkeit eines erneuten Psychiatrieaufenthalts bezogen, weist Frau Kaufmann auf die letztlich doch langfristig unsichere Lebenssituation hin, in der sie sich befindet. Trotz ihrer derzeitigen Stabilität kann sie einen erneuten Psychiatrieaufenthalt nicht ausschließen. Ihre derzeit stabile Lebenssituation sieht sie nicht als Ausdruck ihrer Handlungsmacht, sondern eher als Ergebnis eines kontingenten Verlaufs; »*ich hab jetzt das glück*«.

Verantwortung

In ihrer Argumentation gegen eine Mutterschaft spielt das Motiv der Verantwortung eine Rolle. Die Verantwortung, die sie in ihrer Tätigkeit dem betreuten Kind gegenüber wahrnimmt, wird als Überforderung präsentiert: »*aber merk doch, dass oft die verantwortung mir innerlich au zu viel wird dass ich dann oft auch so vorstellungen hab, oh gott jetzt fällt er hin, jetzt fällt er mir runter, reagier ich dann richtig? mach ich das alles richtig?*« (Z. 611). Die von Frau Kaufmann wahrgenommene Verantwortung gegenüber dem von ihr betreuten Kind ist in dieser Konstruktion gewährleistet und Frau Kaufmann positioniert

sich als verantwortungsvolle Person, die das Wohl des Kindes in den Mittelpunkt stellt. Dennoch scheint es in dieser Argumentation tatsächlich weniger um die Sicherheit des Kindes zu gehen als vielmehr um die damit einhergehende Überlastung für Frau Kaufmann. Mit ihrem Verantwortungsgefühl überschreitet sie ein für sie zu bewältigendes Ausmaß – die Verantwortung für das Kind wird Frau Kaufmann »innerlich au zu viel«. Sie führt weiter aus:

631 *wenn ich mir denk als mutter hat man so viel verantwortung und hat e leben lang verantwortung fürs kind, das gibt man ja net ab, wenn's den führerschein hat oder wenn's jetzt die ausbildung hat, das hab ich ja an meinen eltern gesehen, ich war ja [XX] als die psychose kam da mussten die wieder voll da sein für mich und hatten sorgen um mich und ich denke als eltern gibt man das nie auf, da hat einfach die lebenslange position und den part (2) und eben da ich weiß, wie viel man in der kindheit ja verbocken kann und wie viel da schief laufen kann nee, (2) vielleicht bin ich e bissel feige, ich weiß es net, aber ich denk, ich bin au realistisch weil ich weiß wie ich bin*

Einerseits stellt sie die Belastung dar, die sie auch als Erwachsene für ihre Eltern bedeutete. Gleichzeitig wendet sie ihr Argument gegen ihre Eltern und weist auf das Risiko hin, das mit der Erziehung einhergeht. Obwohl sie ihre Eltern hier nicht explizit angreift, aktualisiert sie ihre eigenen, negativen Sozialisationsbedingungen »da ich weiß, wie viel man in der kindheit ja verbocken kann«. Die große und »lebenslange« Verantwortung gegenüber einem Kind ordnet Frau Kaufmann als eine Aufgabe ein, der sie angstvoll entgegensieht. Dass sie angesichts dieser Aufgabe möglicherweise als »feige« bezeichnet werden könnte, weist sie aufgrund ihrer »realistischen Betrachtung« zurück, d. h. Frau Kaufmann fürchtet sich »zu Recht« vor dieser Aufgabe. Sie benötigt die ihr verbliebene Kraft zur Verarbeitung ihrer Krankheitserfahrungen: »dem fühl ich mich net gewachsen weil ich auch zu sehr noch mit mir beschäftigt bin« (Z. 643–644).

Gegenüber ihrer Argumentation in der Spontanerzählung zum Thema Kinderwunsch ist nun im gesamten Nachfrageteil die psychische Erkrankung der Dreh- und Angelpunkt ihrer Argumentation. In ihrer Konstruktion nutzt sie sowohl den Aspekt der Verantwortung gegenüber einem Kind, die sie aus Krankheitsgründen nicht übernehmen kann und will. Doch auch die Verantwortung gegenüber sich selbst – d. h. ihren Bedürfnissen aufgrund ihrer Erkrankung gegenüber – spielt eine zentrale Rolle in ihrer Argumentation gegen Kinder. Am Ende führt sie beide Argumentationsstränge zusammen. Sie rekurriert auf ihre innere Einstellung der ablehnenden Haltung gegenüber Kindern. Über ihren nicht vorhandenen Kinderwunsch ist sie »froh«.

647 *ich hab einfach irgend=irgendwie innerlich auch net den wunsch und ja au den wunsch vorher net gehabt so stark ausgeprägt nach familie und nach kindern (.) das ist das gut, da bin ich wirklich froh, ich denk, wär ich ne frau gewesen, die sich's so (.) mit kindern das leben vorstellt, wärs ein wahnsinniger kampf für*

mich geworden ich weiß net, wie ich mich entschieden hätte (.) (.) ich glaub, ich hätt mich aber au dagegen entschieden (2) dann äh vom verstand her dagegen

In der Konstruktion eines Gegenbildes – der Existenz eines Kinderwunschs – drückt sich die Wahrnehmung eines potenziellen Kinderwunschs in Form einer Bedrohung aus, die auch in der »Kampf«-Metapher zum Ausdruck kommt. Dieser Kampf, den sie aufgrund einer rational begründeten Entscheidung gegen Kinder hätte führen müssen, bleibt ihr aufgrund ihrer »inneren Einstellung« zunächst erspart. Hätte sie diese innere Einstellung nicht, hätte sie sich »vom verstand her« gegen eine Mutterschaft entschieden. Hätte Frau Kaufmann einen Kinderwunsch, so müsste sie sich, ihrer Argumentation folgend, aus rationalen Gründen gegen eine Mutterschaft entscheiden.

Gegenkonzept zur Mutterschaft

Eine Nachfrage der Interviewerin, was für sie ein Leben ohne Kinder bedeutet, wird von Frau Kaufmann zunächst auf die Frage der normativen Erwartung einer Mutterschaft bezogen, die sie jedoch scherzhaft zurückweist: »*ich sag immer, ich leist meine gesellschaftliche verpflichtung jetzt durch die [leicht lachend] kinderbetreuung mit ab*« (Z. 654). Im Weiteren verweist sie scherzhaft auf ihre kreative Tätigkeit, die für sie eine Art »Ersatz« darstellen: »*so hab i ja meine stoffkinder und meine textilkinder, das ist für mich au wie kinder, was ich in [lachend] die welt setz // [lacht] (I: ja) steckt au viel gefühl drin (I: ja) und viel von mir // sind so ideelle kinder dann*« (Z. 665). Mit ihrer Tätigkeit bieten sich Frau Kaufmann biografische Optionen, die sie gleichberechtigt neben einen biografischen Entwurf als Mutter positioniert. Diese Sichtweise wird im Nachfrageteil aktualisiert, wenn Frau Kaufmann auf die vielfältigen Möglichkeiten der weiblichen Lebensgestaltung hinweist:

919 I: *ist es heute eher einfacher oder eher schwieriger kinder zu bekommen?*

E: *(.) schwieriger (2)*

I: *inwiefern?*

E: *ich denk als frau (.) ist die rolle nimmer so definiert // wie sie früher war // das gesellschaftliche umfeld ist nicht mehr so klar // abgegrenzt // (.) es gibt viel mehr möglichkeiten // es gibt tausend möglichkeiten, nicht nur zehn*

f.) Fallstrukturhypothese

i. Biografie und psychische Erkrankung

Frau Kaufmanns Erzählung stellt sich als Kombination aus einer Problemgeschichte einerseits und einer psychosozialen Fallgeschichte andererseits dar. Schon im ersten Satz ihrer Erzählung verknüpft Frau Kaufmann die Sozialisationsbedin-

gungen ihrer Kindheit mit ihrer psychischen Erkrankung. Der Erzählbogen spannt sich damit von der Kindheit mit ihren spezifischen Sozialisationsbedingungen bis in die heutige Lebenssituation. Dementsprechend werden diejenigen Ereignisse in den Mittelpunkt der Kindheitserzählung gerückt, die aus ihrer Sicht zur Krankheitsentstehung beigetragen haben. Frau Kaufmann begreift ihre Biografie als individuelle Entwicklungsgeschichte, in der die biografischen Ereignisse in einem logischen Gesamtzusammenhang stehen. In dieser Vorstellung wird die psychische Erkrankung durch äußere, d. h. weitgehend unbeeinflussbare Faktoren ausgelöst und stellt sich als zwangsläufige Folge spezifischer Ereignisse und Umstände ein. Die Sozialisationsbedingungen führen zur Ausbildung von kindlichen Bewältigungsstrategien, die sich in Form einer hohen Anpassungs- und Leistungsbereitschaft ausdrücken und die sie aus heutiger Sicht kritisiert. Obwohl Frau Kaufmann eine ausgeprägt reflektierte Sicht einnimmt und ihr Leistungsstreben aus heutiger Sicht als eine Bewältigungsstrategie »entlarvt«, bleibt es auch nach der psychischen Krise als charakteristisches biografisches Merkmal erhalten. Das Thema der Leistungsfähigkeit zieht sich durch die gesamte Erzählung. Ihren eigenen Leistungsanspruch verknüpft Frau Kaufmann über die damit einhergehende Selbstüberforderung mit der psychischen Erkrankung. Zwar nimmt die psychische Erkrankung die Form eines von außen eintretendes Lebensereignisses ein. Durch die enge Verknüpfung der individuellen Entwicklungsgeschichte und der Krankheitsentwicklung wird die psychische Erkrankung jedoch zu einem integralen Bestandteil der Biografie. Die Erkrankung wird in Form einer erhöhten Stressvulnerabilität als eine ebenso zwangsläufige wie sinnvolle Reaktion auf die biografisch konstante Tendenz zur Selbstüberforderung eingeordnet. Zu dieser Konstruktion gehört auch, dass die Krankheit eine Sicherungsfunktion beinhaltet, die sie vor einer weiteren Selbstüberlastung schützt. Aufgrund der Tendenz, sich immer wieder selbst zu überfordern, muss sie sich durch die Reduzierung belastender Situationen vor sich selbst schützen: »*da muss i mi au jetzt oft noch bremsen*«. Die Stressreduktion stellt ein Instrument zur Handlungskontrolle über die Erkrankung dar. Die Stabilität ihrer aktuellen Lebenssituation zieht sie vor allem aus ihrer Partnerschaft. Gleichwohl ist diese Stabilität in hohem Maße zerbrechlich. Trotz ihres reflektierten Umgangs mit den Risikofaktoren (Stressreduktion) versteht sie die erreichte Stabilität als Ausdruck eines kontingenten Zusammenwirkens: »*ich hab jetzt das glück, meine umstände sind sehr stabil*«. Die Kehrseite diese Glücks liegt darin, dass es sich durch spezifische Entwicklungen und Ereignisse – wie etwa einer Mutterschaft – wenden könnte.

ii. Biografie, Kinderwunsch und psychische Erkrankung

Frau Kaufmann hat in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation keinen Kinderwunsch. In ihrer Begründung verweist sie primär auf ihre individuelle Einstellung, die sich als distanzierte Haltung gegenüber Kindern ausdrückt. Diese Haltung stellt sie zum einen als Ausdruck einer individuellen Charaktereigenschaft dar, die sowohl für die gegenwärtige wie auch für die vergangene Lebenssituation beansprucht wird: Der verneinte Kinderwunsch präsentiert sich als biografische Konstante und damit als unabhängig von der psychischen Erkrankung. Gleichwohl wird die Distanz zu Kindern (resp. einem Kinderwunsch) auf die eigenen, negativen Kindheitserfahrungen zurückgeführt: »*ich hab irgendwie net die liebe erfahren, net die geborgenheit erfahren, kann ich das überhaupt weitergeben?*«. Aufgrund ihrer eigenen Kindheitserfahrungen mit einer ›abwesenden Mutter‹ stellt sie ihr eigenes Potenzial zur Übernahme der Mutterrolle infrage und rekurriert so auch auf die Vorstellung der Weitergabe einer psychischen Erkrankung von der Mutter zur Tochter. Das Risiko der Weitergabe der psychischen Erkrankung an ein potenzielles Kind stellt aufgrund des damit verursachten Leids einen weiteren Ausschlussgrund dar. Dabei betrachtet Frau Kaufmann das Risiko der Weitergabe auch aufgrund der Vererbung einer genetischen Disposition als gegeben. Frau Kaufmann präsentiert damit zwei unterschiedliche Krankheitskonzeptionen: Während sie in Bezug auf ihre eigene Erkrankung das Modell einer sozialisationistischen Verursachung präferiert, verweist sie hinsichtlich der reproduktiven Risiken einer Mutterschaft nun auch auf das Modell einer genetischen Verursachung. Durch die genetische Komponente wird das ›objektive‹ und damit auch unkontrollierbare einer psychischen Erkrankung, resp. der Risiken eines erneuten Krankheitsausbruchs betont.

Der verneinte Kinderwunsch passt sich Frau Kaufmanns gegenwärtiger Lebenssituation in geradezu idealer Weise an. Zum einen lebt sie in einer Partnerschaft mit einem älteren Mann, der bereits ein erwachsenes Kind hat und der aufgrund seines fortgeschrittenen Alters auch keinen Kinderwunsch (mehr) hat. Der verneinte Kinderwunsch entspricht also einer von beiden Partnern geteilten Vorstellung zur Partnerschaft. Frau Kaufmann führt aber auch rationale Gründe gegen eine Mutterschaft an, die direkt mit der psychischen Erkrankung verknüpft werden. Dabei weist sie auf ihre durch die psychische Erkrankung bedingte Stressvulnerabilität hin und stellt diese einem (potenziellen) Kinderwunsch entgegen. Eine Mutterschaft wäre für sie mit einer Selbstüberforderung verknüpft. Aufgrund ihres nach wie vor gültigen Leistungsanspruchs befürchtet sie, dass sich ihre psychische Situation durch die mit einer Mutterschaft einhergehende Überforderung verschlechtern könnte. Ein potenzielles Kind würde das in der gegenwärtigen Lebenssituation erreichte Gleichgewicht massiv gefährden und wird daher ausgeschlossen: »*da ich ja immer jemand bin, der alles gut machen will und MUSS (4) nee*«. Obwohl sie auf die negativen Konsequenzen

für das potenzielle Kind eingeht (siehe oben), steht die Sorge um das eigene psychische Wohl im Vordergrund. Frau Kaufmanns Argumentation ist damit weniger an einem Defizit aufgrund der psychischen Erkrankung orientiert, sondern stellt sich vielmehr als ressourcenorientiertes Krankheitsbewältigungsverhalten dar.

Der verneinte Kinderwunsch wird von allen Seiten »abgesichert«: Neben der biografisch beständigen, emotionalen Distanz zu Kindern sind es auch rationale Gründe, die Frau Kaufmann gegen eine Mutterschaft anführt. Es ist jedoch kein Zufall, dass Frau Kaufmann in ihrer Argumentationsstruktur die psychische Erkrankung sequenziell erst auf die biografische Begründung des verneinten Kinderwunschs folgen lässt. Die biografische Konstanz der emotionalen Distanz gegenüber Kindern, die als primäre Begründung des verneinten Kinderwunschs angeführt wird, kann durch die rationalen Gründe aufgrund der psychischen Erkrankung lediglich »bestärkt« werden. Dass Frau Kaufmann keinen Kinderwunsch hat, betrachtet sie ebenso als Ausdruck einer kontingenten Anordnung wie ihre derzeit stabile Lebenssituation – sie bezeichnet sowohl ihre gegenwärtige Lebenssituation wie auch ihren nicht vorhandenen Kinderwunsch als »Glück«. Zugleich bedeutet die »zufällige« Anordnung, dass keiner der beiden Aspekte vollständig kontrollierbar ist. Die derzeitige Stabilität wie auch der gegenwärtig verneinte Kinderwunsch enthalten ein Unsicherheitspotenzial. So wie Frau Kaufmann aufgrund ihrer nur begrenzten Handlungskontrolle immer mit einem erneuten Krankheitsausbruch rechnen muss, so wenig kann sie die Entwicklung eines Kinderwunschs kontrollieren. Während ihr in Bezug auf ihre Erkrankung ein gewisses Maß an Handlungskontrolle obliegt, ist dieses Kontrollinstrument im Hinblick auf den Kinderwunsch nicht gegeben.

iii. Reproduktive Bewältigungsanforderungen

Die positive Bewertung ihrer gegenwärtigen Lebenssituation liegt vor allem in der stabilen Partnerschaft begründet, hier hat sie »ihr Zuhause« gefunden. Das Risiko eines erneuten Krankheitsausbruchs kann durch die stabile Lebenssituation weitgehend gering gehalten werden. Eine Mutterschaft ist in diesem fragilen Konstrukt nicht vorgesehen. Ein potenzieller Kinderwunsch weist ein gewisses Bedrohungspotenzial auf. Über das Risiko der Selbstüberforderung durch den eigenen Leistungsanspruch steht ein Kinderwunsch in einem engen Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung: Der Kinderwunsch geht mit einem hohen Krankheitsrisiko einher und muss – unabhängig von seiner Genese – daher ausgeschlossen werden. Frau Kaufmann »beschwört« daher geradezu, wie froh sie darüber ist, keinen Kinderwunsch zu haben. Dabei betont sie, dass sie diesen verneinten Kinderwunsch lediglich für die gegenwärtige Lebenssituation beanspruchen kann – für die zukünftige Lebenssituation bleibt ihr nur die

Hoffnung, dass sich kein Kinderwunsch entwickeln wird. Die Entwicklung eines Kinderwunschs wird als nicht zu kontrollierendes, biografisches Risiko eingeordnet und damit negativ bewertet. Ein Kinderwunsch würde einen »wahnsinnigen Kampf« mit sich bringen. Im Falle eines Kinderwunschs sähe sich Frau Kaufmann gezwungen, sich aufgrund der psychischen Erkrankung gegen eine Mutterschaft zu entscheiden. Der Konflikt zwischen Kinderwunsch und psychischer Erkrankung, der sich als »Kampf« zwischen Vernunft und Gefühl ausdrückt, bleibt ihr bislang aufgrund der biografischen Konstanz des verneinten Kinderwunschs erspart. So lange Frau Kaufmann keinen Kinderwunsch hat, spielt die psychische Erkrankung keine Rolle für die Gestaltung ihrer reproduktiven Biografie. Entwickelt sich aber – entgegen ihrer Hoffnung – ein Kinderwunsch, dann rückt die psychische Erkrankung als zentrales Argument gegen die Realisierung eines Kinderwunschs ins Feld. Die mit einer solchen Neukonstruktion verbundenen Kosten sind zum einen im Zusammenbruch ihres heute stimmigen Lebenskonzepts zu sehen. Dieses Belastungspotenzial wäre dann möglicherweise – ebenso wie die potenzielle Selbstüberforderung im Falle einer Realisierung des Kinderwunschs – als ein bedeutender Risikofaktor für einen erneuten Krankheitsausbruch einzuordnen.

7.2.4 Frau Peschke: »Natürlich möchte ich's besser machen als meine Eltern«

a.) Skizzierung des biografischen Verlaufs

Frau Peschke wird Anfang der 1970er-Jahre geboren und wächst mit zwei älteren Geschwistern in einer städtischen Umgebung auf. Die Mutter leidet an einer psychischen Erkrankung und befindet sich mehrmals in Behandlung, so auch nach der Geburt Frau Peschkes, die in dieser Zeit fremdbetreut wird. Wie ihre Geschwister besucht Frau Peschke nach der Grundschule das Gymnasium. Im Alter von 17 Jahren zeigen sich die ersten Symptome einer psychischen Erkrankung. Nach dem Abitur zieht sie für ein Studium in eine weiter gelegene Stadt. Das Studium schließt sie trotz zum Teil massiver psychischer Belastung erfolgreich ab. Nach dem Studium zieht sie zu den Eltern zurück. Frau Peschke nimmt eine Beschäftigung in einem Betrieb an. Aufgrund eines Beziehungskonflikts mit ihrer Vorgesetzten kommt es zu einer psychischen Krise, in deren Folge Frau Peschke einen Suizidversuch unternimmt. Es folgt ein mehrmonatiger stationär-psychiatrischer Aufenthalt, in dessen Rahmen ein mehrjähriger ambulanter Psychotherapieprozess eingeleitet wird. Nach ihrer Klinikentlassung ist Frau Peschke arbeitslos. In dieser Zeit stirbt Frau Peschkes Mutter an den

Folgen einer schweren körperlichen Erkrankung. Kurz vor Antritt einer neuen Arbeitsstelle begibt sich Frau Peschke aufgrund einer erneuten psychischen Krise selbstständig in psychiatrische Behandlung. Nach wenigen Wochen tritt sie die Arbeitsstelle an. Zum Zeitpunkt des Interviews geht Frau Peschke einer Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt nach. Sie lebt seit einigen Jahren in einer festen Partnerschaft.

b.) Interviewrahmen

Frau Peschke erfährt über das Internet von dem Forschungsprojekt und kontaktiert daraufhin die Studienmitarbeiterin. In ihrem Anschreiben äußert sie Interesse an einer Studienteilnahme und begründet dies mit der aktuellen und persönlichen Relevanz des Themas Familienplanung. Bei einem kurz darauf stattfindenden Telefongespräch wird ein Interviewtermin vereinbart. Während dieses Erstkontakts erwähnt sie die psychische Erkrankung der Mutter und den Zusammenhang mit der Problematik ihrer eigenen Familienplanung. Die Studienmitarbeiterin wird zum Interviewtermin von Frau Peschke am Bahnhof abgeholt und es entwickelt sich sogleich ein Gespräch über Frau Peschkes jetzige Arbeitsstelle, ihre Partnerschaft und ihren derzeitigen Kinderwunsch. Das Interview findet in der Küche von Frau Peschkes Wohnung statt.

c.) Interviewverlauf

Frau Peschke zeigt eine ausgeprägte erzählerische Kompetenz. Bemerkenswert ist, dass lediglich eine Erzählaufforderung nötig ist und die Erzählerin dann über zwei Stunden flüssig und stringent erzählt. Sie verlässt die Erzählebene nur selten und wenn, dann nur sehr kurz. Vonseiten der Interviewerin sind keinerlei Aufrechterhaltungsfragen oder Hilfestellungen nötig. Während den Erzählungen zu ihrer Mutter zeigt sich eine starke emotionale Beteiligung bei Frau Peschke. Hier bittet sie um eine Pause. Während dieser Pause wird aufgrund der fortgeschrittenen Zeit ein weiterer Interviewtermin vereinbart. Nachdem das Aufnahmegerät ausgeschaltet ist, erzählt Frau Peschke noch etwa 20 Minuten weiter; Themen sind das (fehlende) Mutterbild sowie die Beziehung zu ihrem Partner. Zum Schluss bedankt sich Frau Peschke für das Interesse der Interviewerin und ausdrücklich auch für die Bereitschaft zum Zuhören. Es sei sehr gut, wenn sich einmal jemand für das gesamte Leben interessiere. Sie beurteilt die Interviewsituation trotz der zum Teil auch emotional belastenden Passagen sehr positiv. Das erste Interview dauert 125 Minuten. Der zweite Interviewtermin findet zwei Wochen später statt. Der Ablauf ähnelt dem ersten Interview. Nach einer nur kurzen Aufforderung

erzählt Frau Peschke wieder sehr flüssig und stringent. Die Interviewerin stellt wenige Nachfragen. Das zweite Interview dauert 146 Minuten und wird von Frau Peschke mit einer Abschluss coda beendet: »gut, ich wär am ende«.

d.) Grobstruktur der Erzählung

Das gesamte erste Interview (Z. 1–1569) nimmt die Form einer Haupterzählung an. Eine Abschluss coda wird von Frau Peschke nicht gesetzt. An den Abschluss des biografischen Verlaufs in der Gegenwart knüpft sie übergangslos die aktuellen Einstellungen hinsichtlich ihres Kinderwunschs. Die Themen des ersten Interviews sind Kindheit und Jugend und hier insbesondere die Situation als Tochter einer psychisch kranken Mutter. Diese Erzählung umfasst ein Fünftel der gesamten Erzählung (des ersten Teils). Der chronologische Biografieverlauf bildet zwar den roten Faden der Erzählung. Allerdings springt sie immer wieder in die Kindheit zurück und thematisiert die Beziehung zu ihrer Mutter. Gegenüber der erzählenden stehen vor allem bewertende sowie argumentative Textsorten im Vordergrund. Dabei ist die reflektierende Bewertung ihrer Vergangenheit und dabei insbesondere die Relevanz der Sozialisationsbedingungen für die aktuelle und zukünftige Lebenssituation von herausragender Bedeutung. Das Thema »Kinderwunsch« führt Frau Peschke etwa zur Hälfte der Gesamterzählung (des ersten Interviews) im Zusammenhang mit ihren Ausführungen zum Partnerschaftsverständnis ein. Der Kinderwunsch bildet nun die Haupterzähllinie und stellt den Ausgangspunkt für die umfassende Darstellung der damit einhergehenden potenziellen Problemfelder (Körper, Medikamente, Schwangerschaft, Geburt, Erziehung) aber auch der möglichen Hilfsangebote dar.

Im zweiten Teil des Interviews (Z. 1570–3429) dominiert ebenfalls die bewertende und argumentative Textsorte. Das zentrale Thema sind die vielfältigen Bedingungen für die Realisierung eines Kinderwunschs. Dabei thematisiert Frau Peschke vor allem ihre Motive für den Kinderwunsch, ihre Einstellungen zum Beruf und ihre Rolle als Frau. Die Nachfragen der Interviewerin richten sich auf die Thematisierung des Kinderwunschs im psychiatrischen wie im privaten Kontext, auf den gesellschaftlichen Umgang mit psychischen Erkrankungen und Kinderwunsch sowie auf die Verhütungspraxis. Etwa in der Mitte des Interviews kommt Frau Peschke wieder auf die psychische Erkrankung ihrer Mutter und ihre Situation als Tochter einer psychisch kranken Mutter zurück. Hieran schließt sie die Thematisierung der eigenen Erziehungsfähigkeit und der entsprechenden Hilfsangebote an.

e.) Text- und thematische Feldanalyse

Einstieg: eine bedeutungsvolle Biografie

010 I: *gut ähm dann würd ich sie jetzt bitten mir ihre lebensgeschichte zu erzählen, ähm also äh nicht nur über familienplanung zu sprechen sondern mir ihr ganzes leben zu erzählen einfach alles wie sich ähm einfach alles äh wie es sich bis zum heutigen tage zugetragen hat alles woran sie sich erinnern (.) ähm und alles was für sie wichtig ist*

E: *oh weia [lacht] (I: [lacht]) (2) na gut, also wie fang=fängt bei so was am besten an?*

Frau Peschke eröffnet ihre Erzählung auf der metanarrativen Ebene mit der Interjektion »oh weia«. Diese scherzhaft negativ konnotierte Aussage wird nicht zuletzt auch durch das begleitende Lachen relativiert, dennoch leitet Frau Peschke die folgende Erzählung damit als tendenziell leidvoll, zumindest aber bedeutungsvoll ein. Daran, dass sie ihre Geschichte erzählen möchte, lässt sie keinen Zweifel und sie ratifiziert gleich im Anschluss an die Einleitung die Erzählauforderung: »na gut«. Trotz des erneuten Erzählauftakts (»also«) verbleibt Frau Peschke weiter auf der metanarrativen Ebene, wo sie die Frage nach einem für ihre biografische Erzählung geeigneten Anker stellt: »also wie fang=fängt bei so was am besten an?«. Allerdings erwartet sie auf diese problemexponierende Frage keine Antwort, sondern setzt sie vielmehr als rhetorisches Mittel ein. Ihre Frage lässt zwei Lesarten zu: zum einen könnte Frau Peschke auf eine individuelle Unsicherheit bezüglich der an sie gerichteten Erwartung hinweisen wollen – etwa: »wie erzählt man eine Lebensgeschichte?«. Mehrere Aspekte sprechen allerdings gegen diese Lesart: Frau Peschke hat langjährige Therapieerfahrung und es ist sehr wahrscheinlich, dass ihr die therapiemilieuspezifische Aufforderung zur Erzählung ihrer Lebensgeschichte durchaus vertraut ist. Darüber hinaus weist Frau Peschke keinerlei sprachliche Einschränkungen auf, sondern verfügt im Gegenteil über eine hervorragende Ausdrucksfähigkeit. Schließlich macht sie während des Gesprächs auf die Interviewerin einen weder schüchternen noch unsicheren Eindruck. Die zweite und wahrscheinlichere Lesart ordnet ihre Frage als sprachliches Mittel ein, mit dem sie auf die *Besonderheit* ihrer individuellen Lebensgeschichte hinweist – etwa: »wie kann ich meine *herausragende* Biografie erzählen?«. Zusammen mit dem »bedeutungsvollen« Einstieg dienen die rhetorischen Suchbewegungen nach einem geeigneten Anfang dazu, die folgende Erzählung als eine herausragende – und wie im Folgenden zu zeigen sein wird leidvolle – Biografie einzuleiten.

Die Einbettung in eine familiäre Leidensgeschichte

016 *ja ich hatte ja auch irgendwie schon angedeutet, dass meine mutter psychisch erkrankt (.) war (.) ähm meine mutter (.) stammt aus a-gegend, ist [19XX] geboren dort, der vater war jude und die familie hatte dann natürlich unter dem (.) dritten reich zu leiden /l:hmbh/ ähm ich weiß darüber nicht so viel, meine mutter hat da nie drüber gesprochen ähm ich hab erst angefangen mich dafür zu interessieren als es mir selber dann auch schlecht ging und das war=es gab einfach so tabuthemen bei uns in der familie, ich hab das dann mit hilfe von verwandten (.) son bisschen zusammen geklaubt auch mit dem älteren bruder, der noch etwas mehr wusste als ich /l:hmbh/ (.) ähm okay, also ich denke ich fang bei meiner mutter an, weil das sehr viel mit mir zu tun hat einfach*

Mit dem zustimmenden »Ja« schließt Frau Peschke die Problemexposition ab und zeigt damit, dass sie sich nun für einen aus ihrer Sicht geeigneten Anker zur Erzählung der Lebensgeschichte entschieden hat: die psychische Erkrankung der Mutter. Mit ihrem metanarrativen Hinweis, dass sie dies bereits angedeutet hatte, bezieht sich Frau Peschke auf ein Telefonat mit der Interviewerin im Vorfeld des Interviews, bei dem es um ihre Eignung für eine Studienteilnahme ging (siehe Interviewrahmen). Der Verweis auf das Vorgespräch dient der Absicherung darüber, dass die mütterliche Erkrankung für die eigene Biografie bestimmend ist. Da Frau Peschke ihre Biografie nur unter Einbezug der Biografie ihrer Mutter erzählen will, gleichzeitig jedoch weiß, dass ein »angemessener« Erzählansatz bei der Geburt, bzw. der Kindheit ansetzt, rechtfertigt sie die »Verletzung« dieser Regel mit der einleitenden Betonung ihrer herausragenden Biografie. Der gewählte Einstieg in ihre Biografie hat die Funktion, einen lange vor ihrer Geburt einsetzenden Erzählansatz zu rechtfertigen.

Nach der einleitenden metanarrativen Präambel schwenkt Frau Peschke nun auf die Erzählebene und eröffnet das Thematisierungsfeld »Herkunft der Mutter«. Eine erste Bestimmung erfolgt durch die sozialgeschichtliche Verortung. Mit der Nennung der räumlichen und zeitlichen Eckdaten wird ohne weitere Erklärungen klar, dass die Familiengeschichte einerseits aufgrund der Vertreibungen sowie aufgrund ihrer jüdischen Wurzeln problematisch ist: »*die familie hatte dann natürlich unter dem (.) dritten reich zu leiden*«. Die Familiengeschichte wird als »Leidensgeschichte« gerahmt. Anstelle der an dieser Stelle erwartbaren Erzählungen über die damaligen Ereignisse verlässt Frau Peschke hier die Erzählebene und weist stattdessen darauf hin, dass ihr die tatsächlichen Ereignisse aufgrund der »Tabuisierung« innerhalb der Herkunftsfamilie weitgehend unbekannt sind. Mit dem Hinweis auf ihr Nicht-Wissen vermittelt sie der Interviewerin dreierlei: erstens ist sie an der Familiengeschichte interessiert und hat sich aus diesem Interesse heraus aktiv um die Erforschung der Familiengeschichte bemüht. Zweitens agierte sie mit ihrem Interesse gegen die in der Familie praktizierte Tabuisierung. Drittens ist ihre Biografie eng mit der Familiengeschichte verknüpft, denn für

ihre Familiengeschichte interessierte sie sich zu einem Zeitpunkt, »als es mir selber dann auch schlecht ging«. Abschließend fasst sie den Zusammenhang zwischen ihrer eigenen und der Familiengeschichte zusammen und rechtfertigt damit erneut ihren gewählten Anfang: »weil das sehr viel mit mir zu tun hat«. Die zustimmenden Kommentare der Interviewerin (»hmbh«) bekräftigen Frau Peschke in ihrer Festlegung.

Das fehlende Wissen um die »Leidensgeschichte« der Mutter ersetzt Frau Peschke durch zeitgeschichtliches Allgemeinwissen, das ihr aus themenrelevanten TV-Sendungen zur Verfügung steht. Ihre aktiven Nachforschungen erlauben es Frau Peschke, quasi als Zeugin dieser »Leidensgeschichte« aufzutreten:

026 *muss ja auch ganz, ganz schlimm gewesen sein, wie gesagt ich hab da=sie hat da nie drüber gesprochen ich hab das dann immer nur irgendwie aus irgendwelchen fernsehberichten, gibt's ja da so dokumentationen also ganz schlimm wo ich dann auch davor saß*

Mit der wiederholten Nutzung des Gradpartikels (»ganz, ganz schlimm«) und der wortgetreuen Wiederholung (»ganz schlimm wo ich dann auch davor saß«) betont sie ihre starke emotionale Beteiligung, die auch als implizite Identifikation mit dem Leid der Mutter gelesen werden kann. Die Großmutter stirbt an den Folgen der Flucht und Frau Peschkes Mutter wird hierdurch zur Waise. Diese Erfahrungen ihrer Mutter setzt sie explizit mit ihren eigenen Erfahrungen gleich: »das heißt, meine mutter hat ihre mutter auch früh verloren« (Z. 41). Den Hintergrund für die nun explizite Gleichsetzung (»auch«) ihres eigenen biografischen Verlaufs mit jenem der Mutter klärt sie jedoch an dieser Stelle (noch) nicht, da sie sich noch immer auf der Ebene der Vorgeschichte zu ihrer eigenen Biografie befindet. Durch den erklärenden Ausdruck »das heißt« transformiert Frau Peschke den Verlust der Mutter auf die Bedeutungsebene, d. h. sie impliziert allgemeingültige Folgen, die ein Verlust der Mutter mit sich bringt. Eingedenk des Hinweises auf die psychische Erkrankung der Mutter und die sich anschließende »Leidensgeschichte« deutet sich bereits an, dass beide Ereignisse in einem logischen Zusammenhang stehen. Zwar werden die Folgen eines Verlusts der Mutter – nämlich die Entstehung psychischer Störungen – zunächst nur für die Mutter dargelegt. Allerdings bereitet sie die Erzählung der eigenen Biografie vor, in der der »Verlust« der Mutter ebenfalls von großer Bedeutung für die Entwicklung der psychischen Erkrankung ist. Insofern wird hier die eingangs konstruierte Relevanz der Mutter für ihre eigene Biografie bekräftigt.

Die Einordnung der Familiengeschichte als Leidensgeschichte manifestiert sich sowohl in der Schilderung der Biografie der Mutter als auch in jener des Vaters – beide werden als Opfer je spezifischer sozialer Umstände vorgestellt: die Mutter verliert aufgrund der Vertreibung ihren sozialen Status (die Familie der Mutter pflegte »schon einen höheren lebensstandard« Z. 38), sie verliert ihre Heimat und lebt aufgrund des frühen Todes der Großmutter in einer Pflegefamilie.

Der Vater ist das Opfer seiner sozialen (bäuerlichen) Herkunft: er »*kommt aus ner familie die, also bauernfamilie, wenig schulbildung*« (Z. 59). Zwar können sich beide Elternteile hocharbeiten – die Mutter hat »*ihr abitur gemacht als eins von wenigen mädchen*« (Z. 56) und der Vater war »*der erste dort, der überhaupt das abitur gemacht hat*« (Z. 69). Dennoch wirken sich die sozialen Bedingungen sowohl der Mutter als auch des Vaters negativ aus. Für die Mutter bestehen die negativen Folgen darin, dass sie zeitlebens in der Rolle eines Opfers bleibt. Frau Peschke beschreibt ihre Mutter als ängstliche Frau. Diese Ängstlichkeit führt sie auf die traumatischen Kindheitserlebnisse zurück und ordnet sie gleichwohl als Ursache für die Abhängigkeit ihrer Mutter zu ihrem Ehemann, resp. dem Vater der Erzählerin ein. Die Mutter hat sich an den Vater »*drangehängt*« (Z. 78) und dafür die ihr zur Verfügung stehenden Optionen aufgegeben. Der Vater konnte sich zwar aufgrund eines ausgeprägten Leistungsdenkens aus seiner »*trostlosen dörflichen umgebung*« (Z. 63) befreien, letztlich jedoch hat sich dies negativ auf die Familie ausgewirkt. Zum einen war sein Erziehungsverhalten negativ durch seinen Ehrgeiz geprägt: »*er wollte uns das weitergeben und ist da manchmal da aber ein bisschen zu weit gegangen, denk ich heute, ja, also das war dann irgendwie nichts anderes mehr richtig*« (Z. 66). Zum anderen hatte er sich aus Frau Peschkes Sicht »*immer ganz gern in der rolle des geldverdieners gesehen*« (Z. 156) und so die Ängstlichkeit und Abhängigkeit der Mutter, die letztlich zur Ausbildung einer psychischen Störung führten, befördert.

Das erste Kind, Frau Peschkes ältester Bruder, wird als ein Einschnitt in der Geschichte der Herkunftsfamilie dargestellt:

083 *und dann kam das erste kind, also mein ältester bruder (2) [19XX] und ähm (.) ja damals waren meine eltern noch frisch verliebt, [lacht leise auf] (.) und alles war wohl, denk ich, noch [leicht lachend] ganz in ordnung [lacht leise auf] (.)*

Trotz der zuvor eher negativ eingebetteten Erzählungen zur Herkunftsfamilie – insbesondere die Ängstlichkeit und emotionale Abhängigkeit der Mutter – wird die Zeit vor der Geburt nun positiv bewertet: Die Eltern waren »*noch frisch verliebt*« und zu diesem Zeitpunkt war alles »*noch ganz in ordnung*«. Damit läutet die Erzählerin einen Wendepunkt ein, dessen negativer Verlauf durch die nachträglich positive Bewertung der Beziehung vor dem Wendepunkt (»*frisch verliebt*«, »*ganz in ordnung*«) vorweggenommen wird. Diesem Verlauf entsprechend dominieren in der Beschreibung des Bruders negative Bezüge: er war ein »*schwierigeres kind, er hat viel geschrien, hat nicht gut geschlafen*« (Z. 90). Die problematische Kindheit des Bruders steht im Zusammenhang mit der Überforderung der Mutter. Dies hatte sich die Mutterschaft »*wohl irgendwie leichter vorgestellt*« (Z. 91) und war daher mit der Mutterrolle überfordert. Die negativen frühkindlichen Erfahrungen des Bruders stellt Frau Peschke in einen Zusammenhang mit seinen heutigen Lebenssituation: der Bruder hat heute »*schwere psychische probleme*« (Z. 88). Die Erwähnung der

psychischen Probleme des Bruders dient gleichzeitig der Einbettung der eigenen psychischen Erkrankung in das Familiensystem: »*ich bin da nicht der einzige in der familie*« (Z. 88). Es kristallisiert sich ein Bild heraus, innerhalb dessen die psychische Belastung von einer Generation an die nächste weitergegeben wird: Die in der Kindheit begründete Traumatisierung der Mutter (durch den Verlust der Mutter) führt zu Ängstlichkeit und Unsicherheiten im Umgang mit dem Kind. Sowohl die Probleme der Mutter als auch die kindlichen Probleme werden reproduziert und bedingen die Entwicklung der psychischen Probleme im Erwachsenenalter. Das konstruierte Muster der generativen Weitergabe verliert auch nicht durch die Tatsache an Gewicht, dass die Schwester keine psychischen Probleme hatte, an Gültigkeit – sie war eben »*ein ganz anderes kind*« (Z. 98), und im Gegensatz zum älteren Bruder »*nicht schwierig*« (Z. 98). Die Abweichung vom familiären Muster wird damit begründet, dass die Schwester »*nicht ganz so sensibel*« (Z. 100) war und daher »*nicht so viel aufgenommen von diesen unterschwelligem psychischen inhalten, die da in unserer familie einfach so da waren*« (Z. 101).

Eine problematische Kindheit und Jugend

Nachdem die familiäre Vorgeschichte hinreichend als Problemgeschichte vorgestellt wurde, kann Frau Peschke nun ihre eigene »Ankunft« in der Familie erzählen. Diese Ankunft ist für Frau Peschke hochgradig negativ besetzt. Sie positioniert sich als Opfer innerhalb ihrer Familie:

103 *ich hab dann von meinem älteren bruder irgendwann mal erzählt bekommen, dass ich als kind auch gar nicht mehr geplant gewesen sei, also dass das quasi ein unfall war ähm könnt ich mir eigentlich auch ganz gut vorstellen, ich hatte ja für mich auch immer irgendwie so das gefühl ach eigentlich will mich hier keiner mehr, also das war so mein (.) mein grundgefühl*

Sie war »*nicht mehr geplant*«, sondern vielmehr »*ein unfall*« und das »*fünfte rad am wagen*« (Z. 109). Das Gefühl, von ihrer Familie – d. h. sowohl von den Eltern als auch von den Geschwistern – bereits als Säugling abgelehnt worden zu sein, belegt sie mit dem »Grundgefühl«, das ihre Kindheit bestimmte: »*eigentlich will mich hier keiner mehr*«. Hinzu kommt, dass sie Mutter bei der Geburt eine »*ganz SCHWERE postnatale depression*« erleidet (Z. 127). Die erforderliche stationäre psychiatrische Behandlung der Mutter führt zu einer Fremdunterbringung Frau Peschkes als Säugling. Mit der unbestimmten Beschreibung ihrer Unterbringung vermittelt Frau Peschke das Bild eines »verlorenen« Kindes: »*ich muss in der zeit irgendwo anders gewesen sein, also bei irgendwelchen äh pflege=irgendwo in pflege*« (Z. 129–30) (Hervorh. SK). In einem evaluativen Schlusskommentar misst Frau Peschke diesen frühkindlichen Erfahrungen eine Schlüsselfunktion für den problematischen Verlauf ihrer Biografie bei: »*damit [leicht lachend] fings dann schon nicht so gut an, ja?*« (Z. 131). Im Alter von sechs Jahren kommt es

(wahrscheinlich) zu einem mehrere Wochen dauernden Krankenhausaufenthalt der Mutter aufgrund ihrer psychischen Erkrankung.

140 *sie war dann, als ich sechs jahre alt war, war sie noch mal auf einmal erstun=verschwunden und da war sie wohl auch wieder stationär, da muss sich der zustand auch wieder verschlechtert haben, (2) ähm mir hat das nie jemand erklärt, das hat mir nie jemand gesagt und ähm ich=ich hab auch aufgehört zu fragen, weil ich ähm (2) das gefühl hatte, damit nur zu stören*

Als Kind kann sich Frau Peschke das plötzliche »Verschwinden« (»auf einmal«) der Mutter nicht erklären. Erst aus heutiger Sicht ordnet sie dieses Ereignis ein und kann auch auf die mangelnde Aufklärung und Unterstützung der Familie hinweisen. Dass Frau Peschke ihre Begründung für die Anwesenheit der Mutter eher als Vermutung (»da muss sich«) denn als Gewissheit ausdrückt, enthalten den Hinweis auf eine Parallele in der Familiengeschichte: Das Verschwinden der Mutter aufgrund der psychischen Erkrankung wird ebenso wie die jüdische Familiengeschichte tabuisiert: »mir hat das nie jemand erklärt«. Als Resultat ihrer Erfahrungen beschreibt Frau Peschke ihre kindliche Strategie des Rückzugs, die sie mit der zuvor erwähnten kindlichen Wahrnehmung des Unerwünscht-Seins verknüpft: »ich hab auch aufgehört zu fragen, weil ich das Gefühl hatte, damit nur zu stören«.

In einer retrospektiv-bilanzierenden Bewertung stellt Frau Peschke die Distanz zu ihrer Mutter als paradigmatischen Ausdruck ihrer Beziehung zur Mutter dar:

145 *ich kann mich eigentlich so zeit meines lebens, wenn ich im nachhinein zurückdenke, dann denk ich, ich hab meine mutter überhaupt nicht mehr richtig kennengelernt, (.) die war, seitdem ich sie kannte, (.) irgendwie innerlich abgeschaltet, also die hat äußerlich funktioniert*

Mit dieser Äußerung erschließt sich die zuvor geäußerte Identifikation Frau Peschkes mit ihrer Mutter: ebenso wie Frau Peschkes Mutter ihre Mutter (aufgrund deren Todes) früh verloren hatte, verlor auch Frau Peschke ihre Mutter, allerdings aufgrund der emotionalen Distanz als Symptom ihrer psychischen Erkrankung, bzw. der Medikation. Die Mutter war »irgendwie innerlich abgeschaltet«, während sie von außen betrachtet nur »funktionierte«, d. h. auf die Erledigung haushaltstechnischer Aufgaben reduziert war. Frau Peschke hatte zur Mutter, wie sie später noch mehrmals betont, »keine beziehung, meine mutter war emotional nicht erreichbar« (Z. 2282). Gleichzeitig hat sich Frau Peschke, in Abgrenzung zu ihren Geschwistern, der Mutter gegenüber »immer sehr verantwortlich für ihr wohlergehen gefühlt« (Z. 180–1). Diese herausgehobene Beziehung zur Mutter führt sie auf die »unglückselige« (Z. 182) Verbindung zwischen ihrer Geburt und der Erkrankung der Mutter zurück: »dass da so ne verbindung besteht, zwischen meiner geburt und ihrer letztendlichen erkrankung« (Z. 182–3).

Entwicklung der psychischen Erkrankung

Frau Peschke erzählt nun über eine erste psychische Krise im Alter von 17 Jahren. Für diesen Zeitpunkt schildert sie ein erstmaliges Gewahrwerden ihres psychischen Zustandes als Krankheit: Sie grenzt ihr »normales« Leid von dem »nicht mehr normalen Leid« ab:

145 *das war also das erste mal womöglich auch deu=wo mir auch deutlich wurde, dass das jetzt irgendwie nicht mehr im (.) im rahmen der (.) der=des üblichen (.) unbefindlichkeit irgendwie ist, also ich mein, da wirklich wohl gefühlt hab ich mich ja eigentlich nie, es war für mich aber normal, (.) also so dieses gefühl irgendwie, dass es mir nicht richtig gut geht, damit bin ich groß geworden das ist nicht so=dem hab ich nicht viel bedeutung beigemessen, ich konnte mir auch nicht vorstellen, dass es anderen anders geht*

Obwohl Frau Peschke beide Phasen voneinander abgrenzt, bindet sie die »manifest depressive Phase« an die diffuse kindliche Wahrnehmung der »üblichen Unbefindlichkeit« zurück. Die Erkrankung erscheint damit nicht als ein abrupt einsetzendes Ereignis, sondern stellt die Fortführung einer immer schon latent vorhandenen psychischen Störung dar. Die Diskrepanz zwischen der Tatsache, dass sie nun eine qualitative Veränderung ihres psychischen Gesundheitszustands konstatiert und zugleich die kontinuierliche Entwicklung der psychischen Störung betont, kann mit der Überformung der damaligen Wahrnehmung mit ihrem heutigen Wissen zusammenhängen. Vor dem Hintergrund ihres individuellen Entwicklungsprozesses und des inhärenten Wissenszuwachses, gerade auch in psychotherapeutischer Hinsicht, kann sie diese Phase erst aus der Retrospektive als Ausdruck einer zu behandelnden Erkrankung einordnen.⁵⁴

Im Rahmen ihrer Vorbereitungen zu einer Prüfung werden die Symptome so ausgeprägt, dass die Mutter aufmerksam wird: »*meine mutter die hat das irgendwann dann natürlich schon auch gemerkt*« (Z. 453). Allerdings erschöpft sich deren Hilfe und Unterstützung darin, dass sie ihre Tochter an einen Psychiater vermittelt: (Die Mutter) »*ist dann mit mir mal zu einem psychiater gegangen, also sie hat DAS mit mir gemacht, was sie sich auch erlaubt hat, eben medikamente. ja? also es gab dann medikamente*« (Z. 305). In der Passivkonstruktion (»*es gab dann*«) spiegelt sich Frau Peschkes Kritik an einem auf Medikamente beschränkten Angebot. Durch den tabuisierenden Umgang der Mutter mit ihrer eigenen Erkrankung wird Frau Peschke die Reduzierung auf Medikamenteneinnahme als angemessener Umgang mit psychischen Problemen vermittelt. Diese Medikalisierung psychischer Probleme steht im Zentrum ihrer hier zum Ausdruck gebrachten Kritik. Frau Peschke kritisiert jedoch auch ihre eigene, passive Hal-

⁵⁴ Auf die Überformung der damaligen Wahrnehmung durch ihre heutige Expertensicht weist hier auch die Nutzung des Ausdrucks »Indikation« als Ausdruck eines psychotherapeutischen Wissens: »*ich hab auch da überhaupt keine indikation gesehen*« (Z. 320).

tung. Aufgrund des durch die Mutter vermittelnden Umgangs mit psychischen Problemen sieht sie in ihrer damaligen Situation keine Notwendigkeit für eine über die Medikamentengabe hinausreichende (psychotherapeutische) Behandlung. Da ihr zum damaligen Zeitpunkt die Krankheitseinsicht fehlt, setzt sie die Medikamente eigenmächtig ab: »und dann hab ich die ganzen medikamente in die tonne gekloppt und hab gedacht, na ja ach gut, wird dir nicht noch mal passieren, ja?« (Z. 317). Damit deutet Frau Peschke zugleich an, dass sich diese Einschätzung als fatale Fehleinschätzung im weiteren Verlauf erweisen wird. Vor dem Hintergrund ihres heutigen Wissensstands kann Frau Peschke nicht mehr nachvollziehen, dass ihr diese für den Genesungsprozess so wichtige Krankheitseinsicht damals fehlte und positioniert sich damit als Person, die aufgrund ihres Wissenszuwachses eine große Distanz zu ihrem früheren Ich aufgebaut hat: »im nachhinein find ich das selber komisch« (Z. 321).

Nach dem Abitur beginnt sie ein Studium. In der Erzählung zum Beginn des Studium fällt ein hohes Maß an Handlungsinitiative auf: »ich hab mich dann entschieden, [Studienfach, SK] zu studieren« (Z. 322). Ihre Entscheidung begründet sie mit einer seit der Kindheit bestehenden Affinität zu diesem Themengebiet. Hier tauchen erstmals positive Schilderungen von Kindheitsaspekten auf; die Erzählerin hat sich in diesem Bereich »immer wohl gefühlt« (Z. 323). Der auffällige Kontrast dieser positiven Beschreibungen zu den sonst stark negativen Kindheitsbeschreibungen ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass das Studium als eigene Leistung unabhängig von den Eltern bzw. der Familie konstruiert wird. Trotz der positiven Rahmung fällt ihr die Trennung von zu Hause schwer. Sie bezieht diese Schwierigkeiten, sich von zu Hause zu lösen, auf die im Rückblick sehr negativ erinnerte Lebenssituation im Elternhaus:

325 mir ist der weggang von zu hause, obwohls da im nachhinein eigentlich würd ich sagen, nur schrecklich war so, so TOT in den beziehungen auch so TOT so, nicht lebhaft (2) ähm (.) ist mir der absprung von zu hause unendlich schwer gefallen

Der Beginn der Studiums gestaltet sich für die Erzählerin schwierig. Sie kann sich weder in das Studium noch in ihrem Studienort einleben, was sich auch als Mangel an sozialer Zugehörigkeit ausdrückt: »hab eigentlich wenig so das gemacht, was studenten [lachend] üblicherweise so tun« (Z. 339). Während des Studiums erkrankt die Mutter schwer, wodurch sich Frau Peschke aufgrund der wahrgenommen Verpflichtung ihr gegenüber (s. o.) stark belastet fühlt. Nach einer Behandlung geht es der Mutter die nächsten Jahre gesundheitlich besser. Der Zeitraum des Studiums wird gerafft berichtet. Sie kann sich nach anfänglichen Schwierigkeiten am Studienort einleben. Parallel zur positiven Entwicklung des Gesundheitszustands der Mutter verschlechtert sich Frau Peschkes psychischer Zustand: »da gings MIR dann wieder ganz, ganz schlecht« (Z. 366). Frau Peschkes sucht nun von sich aus einen Psychiater auf und erhält erneut Medikamente;

»der hat mir dann auch erst mal medikamente wieder aufgeschrieben, ich hab dann wieder viel beruhigungsmittel genommen, viel antidepressiva« (Z. 369–70). Seine Empfehlung, eine Verhaltenstherapie zu beginnen, nimmt sie an, bricht jedoch eine begonnene Therapie ab. Mit den Medikamenten gelingt ihr der erfolgreiche Abschluss ihres Studiums.

Nach dem Studium beginnt sie eine Tätigkeit in einem kleinen Betrieb. Aufgrund eines Beziehungskonflikts mit ihrer Vorgesetzten kommt es aber zu einer akuten psychischen Krise. Frau Peschke geht nicht näher auf den Konflikt ein, weist ihm aber eine Schlüsselfunktion für die Entwicklung ihrer psychischen Erkrankung zu: »ich bin da drüber dann auch richtig erkrankt« (Z. 457). Der krisenhafte Verlauf nimmt die Form einer passiven Verlaufskurve ein. Sie ist in einen »teufelskreis gerutscht« (Z. 487), »und so rutschte das dann immer tiefer« (Z. 492) und es »ist mir auch so ein bisschen alles entglitten« (Z. 501). Schließlich erlebt sie sich »nur noch als belastung« (Z. 516) und rekurriert damit auf ein zentrales Kindheitsmotiv der mütterlichen/familiären Belastung. Der folgende Suizidversuch wird als logische Konsequenz des Verlaufs präsentiert: »und dann ist das natürlich auch nicht mehr (.) weit, bis man dann wirklich ein suizidversuch unternimmt und den hab ich dann halt auch unternommen« (Z. 519–21).

Mit dem ersten stationären Aufenthalt verschlechtert sich die psychische Situation der Erzählerin zunächst; sie ist »NOCH verzweifelter« (Z. 525) und führt dies auf die familiäre Erwartung zurück, die psychische Erkrankung zu verstecken: »ich bin auch so aufgewachsen, es durft bloß auch gar keiner wissen und dann wusstens auf einmal alle, ja?« (Z. 528-9). Dies setzt sie »enorm unter druck« (Z. 530). Dennoch leitet der psychiatrische Aufenthalt eine positive Entwicklung ein. Frau Peschke begründet dies damit, dass sie sich vom Pflgeteam der Abteilung »angenommen« (Z. 537) fühlte. Die Bemühungen des Pflgeteams um sie bewertet sie als positiv und hilfreich für ihren weiteren Verlauf. Durch die zugewandte Art der Krankenpfleger wird ein Therapie- und Genesungsprozess eingeleitet: »die haben sich ein bisschen um mich gekümmert, die sind mit mir spazieren gegangen, haben mit mir gespräche geführt, und haben mich son bisschen vorbereitet, dass ich nicht mehr so viel von mir wegschubse irgendwie« (Z. 551–3).

Ursachenforschung

Im Zentrum ihres Genesungsprozesses steht die reflektierende Auseinandersetzung mit ihren kindlichen Sozialisationsbedingungen. Während der gesamten Erzählung springt Frau Peschke immer wieder zu ihrer Kindheit zurück und spricht dann sehr ausführlich über die problematischen Aspekte. Sie unterstreicht mehrmals den Zusammenhang zwischen ihren kindlichen Erlebnissen und der psychischen Erkrankung im Erwachsenenalter. Frau Peschke führt ihre Erkran-

kung auf die Sozialisationsbedingungen, insbesondere auf die problematische Beziehung zu ihrer Mutter zurück. In den mehrheitlich bewertenden Textanteilen dominieren die expliziten und impliziten Bewertungssequenzen, d. h. Frau Peschke verbleibt in ihrer Erzählung überwiegend in der Erzählzeit. Die wenigen Schilderungen, die sich tatsächlich auf vergangene Ereignisse beziehen, werden aus heutiger Sicht unter Einbezug des erworbenen Wissensstands fortlaufend kommentiert und dabei kritisch-reflektierend bewertet. Diese Bewertungen sind das Ergebnis einer – therapeutisch eingebetteten – intensiven Auseinandersetzung mit der (familiären) Vergangenheit, was sich zum einen in der Freilegung der familiären »Leidensgeschichte« wie auch in der Einordnung der jüdischen Familiengeschichte als ein Familientabu zeigt. Dieser Tabuisierung setzt sie ihre aktive »Erforschung« der Thematik entgegen und es gelingt ihr durch ihre mühevollen Recherchen (*»zusammen geklaubt«*), die Familiengeschichte teilweise freizulegen. Aber auch die Erforschung der eigenen Leidensgeschichte als »unerwünschtes Kind« entspringt diesem Muster: Das Wissen um die (negativ besetzten) Umstände ihrer Geburt und der familiären Einbettung stellen das Ergebnis ihrer Recherchen dar. Interessanterweise tritt das Motiv des Freilegens einer »verdeckten« Familiengeschichte, d. h. die Suche nach einem biografischen Anfang bereits am Beginn ihrer biografischen Erzählung hervor. Im Rahmen des zweiten Interviews kommt sie explizit auf diese biografische Suche zu sprechen:

2294 also ne zeit lang hab ich mich da sehr auf ursachenforschung begeben, weil ich natürlich dann irgendwann auch wissen wollte, warum geht's mir eigentlich so schlecht? // und ähm was=was ist eigentlich passiert? und dann hab ich ja auch son paar sachen hab ich ja dann auch so nach und nach rausgekriegt // über tanten, onkels und was weiß ich, überhaupt diese ganze familiengeschichte, auch mit dem jüdischen großvater, den ganzen (.) traumata meiner mutter und so weiter, das wurde ja bei uns zu hause auch überhaupt nicht thematisiert // (2) und das hat mir dann einiges erklärt

Mit ihrem erworbenen Wissens präsentiert sich Frau Peschke als Expertin, die das (gestörte) Familiensystem reflektieren und dabei für ihre eigene biografische Entwicklung nutzen kann:

205 oder ich war ne zeit lang sehr verblüfft, als ich gesehen hab, dass es irgendwas anderes gibt, dass es auch noch beziehungen gibt, wo man miteinander redet, ähm (.) die=wo man was teilt, wo man sich mitteilt und äh wie anders sich das anfühlt und wie gut sich das anfühlt (.) also das ist was, was ich von zu hause nicht gelernt hab, und demzufolge war ich natürlich auch nicht in der lage für mich befriedigende beziehungen aufzubauen

Die intensive Auseinandersetzung mit ihren Erfahrungen in der Kindheit erfolgt unter Einbezug psychologischen Fachwissens, wie etwa der Relevanz der frühen Mutter-Kind-Bindungen oder der Konsequenzen, die sich aus der Tabuisierung einer elterlichen psychischen Erkrankung ergeben können. Frau Peschke präsen-

tiert sich als kompetente Erzählerin, die ihre eigenen negativen Erfahrungen in den Kontext entwicklungspsychologischer Erkenntnisse einordnet. Aufgrund der reflektierten Auseinandersetzung mit den Ursachen ihrer psychischen Probleme kann Frau Peschke auf eine positive Entwicklung zurückblicken und sich von dem früheren Ich abgrenzen. Im Interviewverlauf weist sie immer wieder auf ihre früheren Defizite hin; so verfügte sie früher weder über »*die nötige stabilität*« (Z. 612) noch über die »*nötigen handreichungen*« (Z. 613), die ihr heute – dank der therapeutischen Arbeit – zur Verfügung stehen. Durch die Psychotherapie entwickelte sich eine Basis, die es ihr erlaubt, die »*dinge anders zu bewältigen als vorher*« (Z. 774). Die psychische Krise und die damit notwendigerweise sich anschließende Therapie sind (auch unter Einbezug ihrer Hinweise zum stationären Aufenthalt) als biografischer Wendepunkt ihrer Biografie einzuordnen.

Die Beschäftigung mit ihrer Vergangenheit, insbesondere der Beziehung zu ihren Eltern ermöglichte ihr, die familiäre wie individuelle Entwicklungen nachzuvollziehen. Trotz der kritischen Haltung gegenüber ihren Eltern äußert Frau Peschke daher auch Verständnis für deren Situation; die Eltern sind mit den Anforderungen durch die Erziehung »*nicht fertig geworden*« (Z. 222). Ihr psychologisches Deutungswissen erlaubt es Frau Peschke, nicht nur ihre eigene Situation zu reflektieren, sondern insbesondere auch die sie umgebenden Personen zu »diagnostizieren«: Aus heutiger Sicht kann sie die innerpsychischen Prozesse der Mutter nachempfinden und erklären – so spürte die Mutter, so Frau Peschke, »*in sich auch so den tiefen zweifel, dass sie das nicht schaffen wird*« (Z. 92). Dieser Nachvollzug der mütterlichen Situation ermöglicht ihr heute, deren »Erziehungsversagen« als Ausdruck ihrer Erkrankung einzuordnen: »*sie war einfach häufig überfordert von allem und dann auch nicht mehr in der lage viel zu geben, im nachhinein versteh ich das besser als damals*« (Z. 227). Auch das Erziehungsverhalten ihres Vater kommentiert sie entsprechend: »*heut versteh ich das auch besser, früher hab ich das nicht so verstanden*« (Z. 1370). Auch in der Beschreibung ihres heutigen Partners präsentiert sich Frau Peschke unter Einbezug ihres psychologischen Fachwissens in der Rolle einer Quasi-Expertin für seine psychische Situation. So kann sie ihn etwa in Bezug auf seine qualitative Eignung für eine Elternschaft besser beurteilen als er selbst: »*obwohl der das nicht weiß, er weiß das selber nicht, ist er jemand, der einen nicht hängen lässt*« (Z. 864). Ihr erworbenes Wissen setzt sie auch im Beruf nutzbringend ein. Während eines Bewerbungsgesprächs etwa konnte sie »*auch son bisschen, das was ich in der therapie gelernt hatte, also son bisschen durch die hintertür anbringen und hab damit irgendwie auch gepunktet*« (Z. 682).

Ein entwicklungsabhängiger Kinderwunsch

Die Erzählerin kommt ohne Aufforderung auf das Thema der Untersuchung zu sprechen.

819 *[Im Zuge dieses, SK] langsam (.) mir bessergehens, hab ich da zum ersten mal auch die idee gehabt, ja vielleicht auch mal ein kind // also vorher hat ich diese idee überhaupt nicht, das=entweder ich war krank oder meine mutter war krank oder äh ich war im studium oder ich hab den job mal wieder grade nicht geschafft, oder // also es war immer=ich bin überhaupt nicht dazu gekommen mir solche gedanken zu machen und ich kann auch nur ehrlich sagen, ich bin heilfroh, dass ich auch nicht ein kind hatte, als ich so abgestürzt bin, ich hätte mich um das kind NICHT mehr kümmern können, ich hätte dafür keine ressourcen gehabt*

Mit der Besserung ihres psychischen Gesundheitszustandes entwickelt sich erstmalig ein Kinderwunsch. Erst die psychische Stabilität bildet einen Rahmen, in dem ein Kinderwunsch möglich ist. Weder wird der Kinderwunsch in ein (altersbezogenes) Lebenslaufmuster eingeordnet noch spielen normative Aspekte eine Rolle. Vielmehr steht die Individualität der Kinderwunschentwicklung im Vordergrund. Der Kinderwunsch erscheint als das Resultat einer Auseinandersetzung mit den individualbiografischen Möglichkeiten: »ja vielleicht auch mal ein kind«. Dennoch ist ein Kinderwunsch an bestimmte Bedingungen gebunden. So wird die Möglichkeit einer Mutterschaft anderen biografischen Themen gegenübergestellt: So haben bislang die eigene psychische Erkrankung, die Erkrankung der Mutter, das Studium oder berufliche Ereignisse gegen einen Kinderwunsch gesprochen. Insbesondere die psychische Erkrankung fungiert in der Argumentation als klarer Ausschlussgrund für einen Kinderwunsch. Dementsprechend ist sie heute froh darüber, während der akuten Krankheitsphasen kein Kind gehabt zu haben: »ich bin heilfroh, dass ich auch nicht ein kind hatte, als ich so abgestürzt bin«. In ihrer Argumentation bezieht sich Frau Peschke auf die mangelnden (gesundheitlichen) Ressourcen, die es ihr nicht gestattet hätten, sich um ein (potenzielles) Kind zu kümmern: »ich konnt mich ja noch nicht mal selber halten irgendwie« (Z. 828). Auf der Handlungsebene drückt sich die Sicherheit, mit der sie einen Kinderwunsch für ihre damalige Situation zurückweist, als sichere Verhütungspraxis aus: »da hab ich immer SEHR, sehr drauf geachtet, ich hatte unheimliche angst schwanger zu werden ohne es zu wollen« (Z. 3037).

Zusätzlich begründet die Erzählerin ihren in der Vergangenheit nicht vorhandenen Kinderwunsch mit ihrer früheren negativen Einstellung zum Leben: »das leben gibt einem nix und das leben ist einem nicht wohlgesonnen« (Z. 829). Aus ihrer Sicht steht eine negative Lebenseinstellung einem Kinderwunsch entgegen. Umgekehrt impliziert dies die Vorstellung, dass ein Kinderwunsch in ein positives Lebensgefühl gerahmt sein sollte. Dieser Einstellung entspricht, dass Frau Peschke ihren erstmaligen Kinderwunsch in eine Zeit einbettet, in der sie sich an ihrem Arbeitsplatz wohl fühlte (»bei meinen netten kollegen«,

Z. 837). Vor dem Hintergrund der positiven Gesamtrahmung entwickelt sich der Kinderwunsch erstmalig (*»zum ersten mal«*) und plötzlich (*»das war auf einmal«*): eine Kundin kommt mit ihrem Baby in den Betrieb und diese Begegnung löst bei Frau Peschke einen Kinderwunsch aus. Der Kinderwunsch selbst stellt sich als diffuse emotionale Wahrnehmung ein: *»süß, will ich auch vielleicht, irgendwie so, ja?«* (Z. 839). Diese emotionale Komponente wird anschließend durch eine rationale (d. h. überlegende, abwägende) Komponente ergänzt: Frau Peschke macht sich in der Folgezeit zunehmend Gedanken zum Thema Kind: *»da fing das eigentlich so an, dass ich angefangen hab, mir da drüber gedanken zu machen«* (Z. 842).

Bedingungen für die Realisierung von Elternschaft und potenzielle Probleme

Nachdem Frau Peschke ihren erstmaligen Kinderwunsch als Ausdruck einer zunehmenden psychischen Stabilität einordnet, thematisiert sie die weiteren Bedingungen und Voraussetzungen für die Realisierung ihres Kinderwunschs. Als wichtige Bedingungen nennt sie eine Partnerschaft sowie eine gute Beziehungsqualität. In der aktuellen Lebenssituation plant Frau Peschke, mit ihrem Partner zusammenzuziehen und sie beschreibt dies als »Test« für ihre Beziehung als Basis für einen Kinderwunsch: *»wenn die beziehung das gut verkräftet und wir uns in zwei jahren immer noch (.) gut verstehen und (2) ja dann, denk ich, wär ich dann auch wirklich so weit«* (Z. 859). Ihre eigene Bereitschaft zur Realisierung des Kinderwunschs ist also eng an die weitere positive Entwicklung ihrer Partnerschaft geknüpft und der zuvor individuelle Kinderwunsch wird nun als partnerschaftliches Kinderwunschkonzept geführt. Die Therapieerfahrung stellt für Frau Peschke eine wichtige Grundlage sowohl für die erfolgreiche Gestaltung der Partnerschaft als auch für die eigene bzw. die Erziehungsfähigkeit des Partners:

861 *mein freund ist, wie gesagt, jemand, den ich das auch zutraue, der mir da zur seite stehen würde, obwohl er selber viele ängste hat, äh wär trotzdem=er war immer da, wenn ich ihn gebraucht hab und ist, obwohl der das nicht weiß, er weiß das selber nicht, ist er jemand, der einen nicht hängen lässt (.) und er macht eben auch therapie, ich hab damals halt eben drauf bestanden, dass wir beide therapie machen*

Nach der Darlegung der prinzipiellen Voraussetzungen für die Realisierung ihres Kinderwunschs eröffnet Frau Peschke unter Hinweis auf ihre Ängste ein Thematisierungsfeld, innerhalb dessen sie über mehrere Transkriptseiten hinweg die vielfältigen potenziellen Probleme referiert, die mit einem Kinderwunsch einhergehen. Dabei erörtert Frau Peschke unter Hinweis auf ihr Fachwissen (*»ich hab mich ja lange mit solchen sachen beschäftigt«*, Z. 983) das Für und Wider einer

Mutterschaft. In ihren Argumentationen weist sie sich einerseits als reflektierte und fachkundige Erzählerin aus, die ihre massiven Befürchtungen gleichwohl einzuordnen versteht. Andererseits konstruiert sie trotz ihres umfangreichen Wissen und ihres rationalen Umgangs unlösbare Konfliktsituationen. Auch nach sehr ausführlichen Darstellungen aller themenrelevanten Aspekte findet sie keine für sie akzeptable Lösung und beendet ihre Ausführungen häufig mit offenen Fragen, wie etwa hinsichtlich der Auswirkungen einer Schwangerschaft auf ihren Körper: »*was macht das mit meinem körper? hält der das aus? werd ich dauernd krank sein? werd ich dauernd Probleme haben? wird's mir dauernd schlecht gehen?*« (Z. 951–2).

Ein weiteres, »unlösbares« Problem stellt die Einnahme von Psychopharmaka dar: »*was ist dann in den neun monaten, wenn du keine medikamente nehmen kannst?*« (Z. 962). Ihrem Konzept als Selbstexpertin entsprechend, unterliegt der Umgang mit den Medikamenten allein ihrer Handlungskontrolle. Sie gesteht sich in spezifischen Bedarfssituationen zu, »*mir auch mal medikamentös zu helfen*« (Z. 971). Frau Peschke konstruiert eine Dilemmasituation: Einerseits stellen Medikamente für sie eine hilfreiche Ergänzung zur psychotherapeutischen Behandlung dar und die eigenverantwortliche Einnahme der Medikamente ermöglicht ihr einen selbstbestimmten Umgang mit ihrer trotz der positiven Entwicklung noch immer vorhandenen Erkrankung. Gleichzeitig stellen die Risiken einer Schädigung des Kindes während der Schwangerschaft für Frau Peschke ein unhinterfragtes Allgemeinwissen dar. Frau Peschke schließt eine Medikamenteneinnahme während einer möglichen Schwangerschaft kategorisch und ohne inhaltliche Begründung aus. Die Befürchtungen Frau Peschkes sind auch darauf gerichtet, dass es aufgrund eines Verzichts auf Medikamente während der Schwangerschaft zu einer Verschlimmerung des psychischen Gesundheitszustands kommt, der sich wiederum negativ auf das ungeborene Kind auswirken kann. Auch diese Problematik bleibt ungelöst: »*was passiert mit dem kind, das sich in mir entwickelt, wenn's mir schlecht geht die ganze zeit, während der schwangerschaft? das hat einen einfluss auf das kind*« (Z. 982–3).

Auch das Risiko der psychosozialen Entwicklung des potenziellen Kindes wird von Frau Peschke angesprochen. In diesem Zusammenhang befürchtet sie die Möglichkeit einer zeitweise eingeschränkten Erziehungsfähigkeit. Diese führt sie darauf zurück, die Symptome der psychischen Erkrankung nicht kontrollieren zu können. Dabei konstruiert Frau Peschke eine Krisensituation, in der sie das potenzielle Kind als zeitweise psychische Belastung wahrnehmen und entsprechend ihrer Krankheitssymptome ablehnen könnte. Diese Projektion begründet sie mit ihren bisherigen Erfahrungen in bezug auf ihr Krankheitsverhalten:

1482 *ich hab schon meine phasen, wo ich dann gar nichts um mich ertrage, wo ich dann, wenn's mir nicht gut geht, wo ich=wo dann mein freund auch schon zu viel ist, wo mir die wohnung hier mit ihm zu klein wird, selbst wenn er im*

zimmer nebenan ist, und ähm (.) wo ich dann weiß, das kind ist immer um mich rum, ich kann das nicht durchhalten, Ich=ich=ich krieg irgendwann schubs ich's mal weg und irgendwann äh das=das (3) [atmet aus] mh ich bin da zwar relativ reflektiert, aber genau deswegen bin ich mir auch sicher, dass das mal passiert

Es ist für ihre reflektierende Haltung kennzeichnend, dass sie in ihrer Argumentation zwischen ihren eigenen Kindheitserfahrungen und den prospektiven Problemen im Zusammenhang mit einem potenziellen Kind springt. Der eigene Erfahrungshintergrund als Kind einer psychisch kranken Mutter dient ihr als Basis für die Vorwegnahme der vielfältigen Probleme, die für das potenzielle Kind entstehen können. Dies betrifft zum einen bereits die Angst davor, ebenso wie die Mutter an einer postnatalen Depression zu erkranken:

1816 es ist ja auch so, dass meine mutter nach=nach meiner geburt so krank wurde und da hab ich natürlich auch manchmal angst, dass ich irgendwie denke, na ja vielleicht (.) neig ich dann ja auch dazu, vielleicht hab ich dann auch ne postnatale depression

Weiterhin nennt sie das Risiko, sich durch ein Kind überfordert zu fühlen. Auch hier finden sich Parallelen zu ihren eigenen Kindheitserfahrungen: Frau Peschke beschreibt ihre Mutter als überlastet und führt hierauf deren mangelnde Erziehungsfähigkeit zurück (*»dass sie auch immer das gefühl hatte, sie schafft das irgendwie nicht«*, Z. 83). Die Möglichkeit einer Überforderung überträgt sie nun auch auf sich: *»ich hab schon meine phasen, wo ich dann gar nichts um mich ertrage«* (Z. 1482). Hier konstruiert sie erstmals eine Lösungsmöglichkeit: *»ich würde mir wünschen ähm (.) dass ich mein kind mal irgendwo abgeben kann fürn paar stunden«* (Z.1461). Das problematische Verhältnis zu ihrer Mutter überführt sie in die Skepsis hinsichtlich der Ausbildung eigener mütterlicher Fähigkeiten: *»wie ist MEINE tauglichkeit als mutter, in diesem ungeklärten verhältnis zu MEINER mutter eigentlich?«* (Z. 1877). Vor dem Hintergrund, dass sie ihre eigene Erziehung in die Nähe des *»emotionalen missbrauchs«* (Z. 1964) rückt, stellt sie die emotionale Beziehung zu ihrem potenziellen Kind häufig ins Zentrum ihrer Projektionen: So befürchtet sie etwa, ihr Kind aufgrund der eigenen *»emotionalen Bedürftigkeit«* zu missbrauchen: *»ich möchte das kind möglichst nicht um irgendwelche löcher zu stopfen«* (Z. 1591). Die emotionale Vernachlässigung durch ihre Mutter – die *»immer für mich unerreichbar blieb im inneren«* (Z. 239) – bildet offensichtlich den Hintergrund für ihre projizierte, eigene emotionale Beziehung zu ihrem potenziellen Kind. Entsprechend sind ihre Befürchtungen darauf gerichtet, den Kontakt zu ihrem Kind aufgrund einer zeitweise eingeschränkten Erziehungsfähigkeit verlieren zu können, weshalb sie sich für den konkreten Fall vornimmt, *»also eben nicht innerlich dicht machen, sondern eben im kontakt bleiben und da die grenze setzen und dann nicht das kind irgendwie alleine lassen so emotional«* (Z. 2373).

Um die Weitergabe der psychischen Belastung zu durchbrechen, greift die Erzählerin auf Handlungsmöglichkeiten zurück, die ihr aufgrund ihrer Thera-

pieerfahrungen zur Verfügung stehen: »ich sag mir halt dann immer, ja komm, du hast lange therapie gemacht, du stehst heute im leben, du kannst dich selber tragen« (Z. 1028). Gleichwohl bleibt eine »Restangst« (Z. 1545) bestehen, »ob ich das nicht wieder weitergebe an die nächste generation« (Z. 1031). Mit dem Schwenk von der individuellen auf die überindividuelle Ebene – sie spricht nicht von ihrem (potenziellen) Kind, sondern von der »nächsten Generation« – knüpft sie an das Modell einer generativen Weitergabe psychischer Probleme an. Frau Peschke schließt so den Kreis von dem in der Kindheit erlittenen Leid der Mutter bis hin zu einer möglichen Erkrankung des potenziellen Kindes:

1538 natürlich möcht ich's besser machen als meine eltern und natürlich möcht ich (.) ähm möcht ich nicht, dass es meinem kind mal so schlecht geht und dass es ähm ja (.) dass es so leiden muss und ähm (.) aber das wollten meine eltern auch schon nicht

Im Anschluss an die umfassende Darlegung der möglichen Probleme, die mit der Schwangerschaft, der Geburt wie auch der Mutterschaft einhergehen können, kommt Frau Peschke auf die Nachteile der intensiven Auseinandersetzung mit möglichen Problemen zu sprechen. Während sie zuvor alle denkbaren Probleme und Lösungsmöglichkeiten erörterte, stellt sie den Nutzen der problemexponierenden Reflexion infrage. Der rationale, planende Umgang mit dem Kinderwunsch, die vielfältigen Überlegungen zum Für und Wider einer Mutterschaft werden nun kritisch bewertet und einem Konzept eines »spontanen« Kinderwunschs gegenübergestellt:

1619 die meisten menschen machen sich da drüber nicht so viele gedanken // und kriegten halt einfach ein kind und dann geht's auch irgendwie // (.) und manchmal denk ich=vermiss ich de=diese leichtigkeit bei mir ja auch son bisschen, ich denk dann auch, ah ja komm, irgendwann (.) das wird sich dann schon finden und ähm wer geht schon so (.) mit som perfektem plan daran? ich denk manchmal auch, ich bin da zu=zu (.) ich versuch da zu viel zu planen, das ist vielleicht auch nicht so gut // oder ich=ich ähm (2) ah da muss dann irgendwie=ich hak dann so eine liste nach der anderen ab, nach dem motto, ah jetzt stimmt das, jetzt stimmt das, jetzt stimmt das, ist vielleicht auch nicht so gut

Erwartungen an das Hilfesystem

Auf die Nachfrage der Interviewerin, mit wem sie bislang über ihren Kinderwunsch gesprochen hat, nennt Frau Peschke – neben ihrem Partner und einer Freundin – auch ihren Therapeuten⁵⁵. Allerdings beschreibt sie seine Position

⁵⁵ Zur Zeit des Interviews nimmt Frau Peschke ein auf wenige Stunden beschränktes psychotherapeutisches Angebot in Anspruch: »um halt den kontakt son bisschen zu halten, das ist jetzt so auch okay, so für mich und mein kleines leben« (Z. 2400).

als uneindeutig: einerseits »versucht er das zu befördern, dass ich=dass ich ähm mutter werde« (Z. 2027). Andererseits zweifelt er aus ihrer Sicht an ihren Fähigkeiten zur Mutterschaft, indem er sich gegenüber einem Kinderwunsch skeptisch gibt: »na ja, bei ihnen weiß ich ja nicht, [leicht lachend] ob das so ne gute idee ist« (Z. 2033). Vordergründig scheint sich Frau Peschke eine eindeutige Position des Therapeuten zu wünschen. Es ist aber fraglich, ob sie eine eindeutige Position – und damit auch eine Handlungsempfehlung – ihres Therapeuten tatsächlich akzeptieren würde. Frau Peschke präsentiert sich als gleichberechtigte Partnerin des Therapeuten, dem gegenüber sie sich auf Augenhöhe positioniert: »ich hab auch gelernt mit doppelbotschaften da besser umzugehen, // also (.) mein therapeut hat einfach son bisschen die tendenz zum ja aber, und immer wenn ich versuche, ihm das irgendwie klar zu machen, [leicht lachend] hat das wenig sinn« (Z. 2106). Die Thematisierungen im therapeutischen Rahmen scheinen eher der gemeinsamen Bearbeitung des Themas Kinderwunsch zu dienen. Die argumentativen Für-und-Wider-Konstruktionen Frau Peschkes spiegeln sich in der ambivalenten Haltung des Therapeuten. Umgekehrt bestätigt die Haltung des Therapeuten die zweifelnde Position Frau Peschkes. Eine »Legitimierung« ihres Kinderwunschs durch den Therapeuten scheint von geringer Bedeutung für ihren Kinderwunsch.

Welche Bedeutung kommt dem Partner im Unterstützungs- und Hilfesystem zu? Wie oben ausgeführt, stellt die Partnerschaft eine wichtige Bedingung für die Realisierung des Kinderwunschs dar, obwohl der Partner derzeit noch nicht für eine Vaterschaft bereit zu sein scheint. Seine Skepsis deutet Frau Peschke jedoch nicht als Ausdruck eines tatsächlich verneinten Kinderwunschs. Vielmehr unterstellt sie ihm einen Kinderwunsch, der ihm selbst (noch) nicht bewusst ist: »ich denke irgendwo möchte er's vielleicht auch, er traut sich=er traut sich's nur nicht so zu, er traut sich nicht so zu, diese vaterrolle ausfüllen=ich traus ihm eigentlich mehr zu, als er sich selbst« (Z. 1996). Es geht dabei nicht um die Durchsetzung eines Kinderwunschs gegen den Willen ihres Partner, denn sollte er sich tatsächlich gegen ein Kind entscheiden, würde auch sie zugunsten der Partnerschaft auf ein Kind verzichten: »ich hab ihm auch schon gesagt, du, wenn du nicht willst, dann ist das okay, dann sags mir, dann kaufen wir uns nen hund, dann find ich mich damit ab, ja? weil mir die beziehung zu meinem freund da letztendlich doch wichtiger ist« (Z. 2127). In dem zwei Wochen später stattfindenden Interview nimmt sie eine andere Haltung ein: Jetzt leitet sie aus ihrem Wissen um seinen »unbewussten« Kinderwunsch die Legitimation ab, sich gegebenenfalls über seine (potenzielle) Ablehnung einer Vaterschaft hinwegzusetzen:

2004 bei meinem freund bin ich inzwischen so weit, dass ich denke, okay, ich schmeiß ihn einfach ins kalte wasser und dann geht das schon [lacht] // also ich hab=bin inzwischen so weit, dass ich sage, ich treff die entscheidung // ich treff die

entscheidung mit nem kind, er wird diese entscheidung von sich aus NIE treffen, // ja? er ist nicht jemand, der auch so entscheidungen trifft, das fällt ihm ganz, ganz schwer, (.) das hab ich auch irgendwann verstanden und ähm er ist lieber jemand, der sitzen bleibt und sagt, ich beweg mich nicht, dann [leicht lachend] passiert mir auch nichts // aber dann passiert einem halt auch nix gutes, ja? // und das versuch ich ihm immer zu verklickern

Frau Peschke kann aufgrund ihres Expertenwissens im Bedarf auf spezifische Hilfsmöglichkeiten zurückgreifen. Dies umfasst die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Unterstützung: »wenn du siehst irgendwas läuft nicht, dann machst du therapie« (Z. 1048). Desgleichen kennt Frau Peschke spezifische Einrichtungen und Hilfeangebote, die sie im Falle einer Schwangerschaft, bzw. Mutterschaft in Anspruch nehmen könnte. Damit positioniert sie sich als kompetente Person, die trotz eines bestehenden Hilfebedarfs die Handlungskontrolle über ihre Situation behält. Zum einen weiß sie, ob und wann sie einen Hilfebedarf hat, zum anderen kennt sie die entsprechenden Hilfsangebote. Gleichzeitig bringt der selbstbestimmte Umgang mit Hilfeangeboten aus Sicht von Frau Peschke auch Probleme mit sich. Zum einen will sie sich aufgrund der erreichten Stabilität nicht der Gruppe psychisch kranker Mütter zuordnen. Mit der Annahme spezifischer Angebote sieht sie ihre autonome Lebensgestaltung bedroht.

2415 das ist halt wirklich die frage, ob ich wieder in so ne (.) psychisch kranke schablone rein möchte, möchte ich eigentlich auch nicht immer // ich möcht zwar hilfe, aber nicht auf diese art und weise // (.) also ich möcht schon auch ernst genommen werden, ich möchte jetzt net ähm (.) ähm dass dann jemand meint, irgendwie ähm da verfügen zu können

Zum anderen befürchtet sie aufgrund ihrer erreichten Stabilität und ihrer Funktionalität im Alltag, die sie durch ihre (geordnete) Arbeits- und Wohnsituation als belegt sieht, keine Berechtigung für die Inanspruchnahme spezifischer Hilfsangebote (z. B. stundenweise Betreuung) zu erhalten: »kauft mir das noch jemand ab, wenn ich sage ähm mir geht's nicht gut, ich bin mit dem kind überfordert?« (Z. 1422). Aus dieser Perspektive schließt sie spezifische Hilfsangebote von vornherein aus: »da muss ich jetzt auch nicht zur familienhilfe marschieren, jeden tag, die würden sich wahrscheinlich sowieso schlapp lachen, wenn ich da auftauche« (Z. 2411). Im Spektrum zwischen Angeboten für eine eher schwer beeinträchtigte Gruppe von Müttern einerseits und einer privat finanzierten Fremdbetreuung andererseits sieht Frau Peschke ihren Hilfebedarf jedenfalls nicht abgedeckt:

2550 was ist für so leute wie mich? die irgendwie dazwischen stehen? die irgendwie zwar gesund, zu gesund jetzt inzwischen sind um diese extremen angebote in anspruch zu nehmen, aber eigentlich auch bisschen angst haben, jetzt damit ganz alleingelassen zu werden, ja?

f.) Fallstrukturhypothese

i. Biografie und psychische Erkrankung

Das gesamtbiografische Muster entspricht einer individuellen Entwicklungsgeschichte, in der sich die psychische Erkrankung als eine logische Folge der biografischen Gegebenheiten, insbesondere der spezifischen Sozialisationsbedingungen entwickelte. Kernpunkt dieser Sozialisationsbedingungen ist die emotionale Vernachlässigung, die Frau Peschke insbesondere durch ihre Mutter erfahren hat. Die Vernachlässigung stellt ihrerseits einen Ausdruck der psychischen Erkrankung der Mutter dar, die wiederum auf spezifische Sozialisationsbedingungen (Vertreibung, Flucht, Fremdunterbringung) zurückgeführt wird. So betrachtet wurde bereits in der Kindheit der Mutter der Grundstein für die psychische Erkrankung Frau Peschkes gelegt. Auf der Erzählebene stellt die »Vorgeschichte«, d.h. die Einbettung der eigenen Biografie in die Familiengeschichte, den konsequenten Ausdruck dieser Entwicklung dar und macht Frau Peschkes Wahl des zeitlich vor ihrer Geburt ansetzenden Erzählanfangs plausibel. Frau Peschke konstruiert ein Modell der generativen Weitergabe psychischer Störungen: Die Entwicklung einer psychischen Erkrankung stellt sich als eine logische Folge bestimmter Lebensbedingungen in der Herkunftsfamilie dar und wird – ohne reflektierende Auseinandersetzung – durch spezifische Handlungsmuster in der Mutter-Kind-Interaktion an die nächste Generation weitergegeben. Das Modell der generativen Weitergabe psychischer Störungen dient als Hintergrund für die Darstellung der biografischen Anforderung an sich selbst, diese Kontinuität im Hinblick auf potenziell eigene Kinder zu durchbrechen. Aus Sicht von Frau Peschke kann dies unter Rückgriff auf psychologisches Deutungswissen gelingen, das sie sich im Rahmen ihrer Therapie angeeignet hat.

KÜHNLEIN und MUTZ (1996) sprechen unter Rückgriff auf DE SWAAN (1983) hier von einem »Professionalisierungstypus«, bei dem psychologisches Deutungswissen zu einem selbstverständlichen Bestandteil des allgemeinen Wissens geworden ist. Dieses Wissen wird nicht als spezifisches Expertenwissen gekennzeichnet, sondern konstituiert vielmehr das biografisch erworbene wie auch das biografiebezogene Wissen.

»Die Therapie dient der Erweiterung der Lebensgestaltungsmöglichkeiten durch Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt, neue kognitive und emotionale Erfahrungen und den Erwerb von Deutungswissen über die Hintergründe und Auswirkungen der Entwicklungsstörung.« (KÜHNLEIN & MUTZ 1996: 165)

Die reflexive Auseinandersetzung mit den ursächlichen sozialen Bedingungen spiegelt sich in der aktiven und mühevollen Rekonstruktion der »leidvollen« Familiengeschichte, in die sich Frau Peschke einbettet. Die Suche nach den Hintergründen wird dabei umso bedeutungsvoller, als sich Frau Peschke gegen das familiäre Muster einer Tabuisierung der Familiengeschichte – sowohl der jüdischen

Leidensgeschichte als auch der psychischen Erkrankung der Mutter – durchsetzen muss. Die therapeutisch eingebettete Freilegung familiärer Strukturen und der Nachvollzug innerpsychischer Prozesse dienen jedoch nicht nur der Aufarbeitung der Ursachen für ihre psychische Störung, sondern ermöglichen zugleich ihre individuelle Weiterentwicklung. Mit ihrem psychologischen Deutungswissen verfügt Frau Peschke über weitreichende Kompetenzen, die es ihr ermöglichen, auf gegenwärtige wie auch zukünftige biografische Handlungsprobleme – wie z. B. auch die Frage der Realisierung eines Kinderwunschs – ihrem Selbstkonzept entsprechend zu reagieren.

ii. Biografie und Kinderwunsch

Frau Peschke formuliert einen Kinderwunsch. Diesen präsentiert sie jedoch nicht als eine biografische Konstante, sondern als Ergebnis eines individuellen Entwicklungsprozesses. Erst vor dem Hintergrund der erreichten psychischen Stabilität stellt sich ein Kinderwunsch ein. Der Kinderwunsch kann daher als ein »Erfolg« der psychosozialen Entwicklung verstanden werden. Der Kinderwunsch stellt das Ergebnis der therapiegestützten Auseinandersetzung mit sich selbst dar. Normative Vorgaben wie etwa Altersnormen spielen für den aktuellen Kinderwunsch keine Rolle – es überwiegen individuelle und emotionale Aspekte. Ebenso wie Frau Peschke die Entwicklung ihres Kinderwunschs als eine individualisierte Handlung präsentiert, stellen auch die umfassenden Überlegungen zum Kinderwunsch das Resultat einer individuellen Auseinandersetzung dar. Frau Peschke knüpft an die Realisierung ihres Kinderwunschs bestimmte Voraussetzungen. Dazu zählen in erster Linie das Bestehen einer Partnerschaft sowie das Erreichen einer psychischen Stabilität. Im Gegensatz dazu wäre ein Kinderwunsch in einer durch die psychische Erkrankung geprägten Lebenssituation undenkbar gewesen. Frau Peschke ist froh darüber, während dieser Phase kein Kind (bzw. keinen Kinderwunsch) gehabt zu haben. Der partnerschaftliche Aspekt als Bedingung für eine Realisierung des Kinderwunschs ist jedoch problematisch: Obwohl sie aufgrund ihrer egalitären Einstellung die Unterstützung durch den Partner als eine wesentliche Voraussetzung für die Realisierung der Partnerschaft setzt, bleibt die Entscheidung zur Elternschaft dennoch eine individualisierte Entscheidung.

Neben den Voraussetzungen nennt Frau Peschke eine Reihe von Befürchtungen bezüglich ihres Kinderwunschs, die sich unter Einbezug des von ihr konstruierten Modells der generativen Weitergabe verstehen lassen. Die Frage der Kontinuität und Diskontinuität zieht sich als ein roter Faden durch die biografische Erzählung und strukturiert ihre Überlegungen zum Kinderwunsch. Frau Peschke projiziert ihre eigenen Kindheitserfahrungen auf ein potenzielles Kind, bzw. auf ihre Erziehungsfähigkeit. Mit diesen Projektionen schließt Frau Peschke den Kreis von

der mütterlichen Belastung und deren Weitergabe an sie selbst bis hin zu der befürchteten Weitergabe ihrer Einschränkungen an ein potenzielles Kind. Der Anspruch, den sie vor diesem Hintergrund an ihre eigene (potenzielle) Elternschaft erhebt, liegt darin, ihre eigenen negativen Kindheitserlebnisse nicht »unbewusst« an ihr (potenzielles) Kind weiterzugeben. Sie setzt die größtmögliche Reflexion der potenziellen Probleme dagegen. In der Auseinandersetzung mit den potenziellen Risiken wird der Kinderwunsch aber auch immer wieder infrage gestellt.

Frau Peschke grenzt sich sowohl explizit als auch implizit von den Verhaltensweisen und Eigenschaften der Mutter bzw. der Eltern ab. Bereits die Tatsache, dass sie ihren Kinderwunsch so umfassend diskutiert, stellt eine Umkehrung der selbstverständlichen Familiengründung dar, wie sie von ihren Eltern praktiziert wurde. Während sie die Familiengründung der Eltern eher als selbstverständliche Entsprechung normativer Anforderungen einordnet, geht der Kinderwunsch Frau Peschkes mit einer bewussten Auseinandersetzung mit Motiven, Wünschen und möglichen Problemen einher. Auch in den Bereichen Partnerschaft und Berufstätigkeit bzw. Vereinbarkeit grenzt sie sich mit ihren Vorstellungen vom Lebensmodell der Mutter ab. So präferiert sie ein egalitäres Partnerschaftsmodell, das dem elterlichen Alleinverdienermodell, das mit entsprechenden Abhängigkeiten einhergeht, entgegensteht. Allerdings scheint sich ihr eigenes Modell in der aktuellen Vorstellung in die entgegengesetzte Richtung zu bewegen, wenn sie den Partner nun aus dem Entscheidungsprozess ausklammert. Daneben geht etwa die Entscheidung für ein Kind mit einem bewussten Verzicht auf berufliche Gratifikationen einher und soll nicht eine »gescheiterte Karriere« ersetzen. Darüber hinaus grenzt sie sich mit der bewussten Auseinandersetzung mit den eigenen Erziehungskompetenzen und den aufgrund der psychischen Erkrankung bestehenden Risiken von einem tabuisierenden Umgang mit einer psychischen Erkrankung ab. Mit ihrem quasi-professionellen, psychologischen Deutungswissen kann sie die Risiken reflektieren und so auch minimieren.

iii. Reproduktive Bewältigungsanforderungen

Die Beschäftigung mit der vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen individuellen Entwicklung ist für Frau Peschke zu einem zentralen Element der Lebensgestaltung geworden. Die Kompetenz zur reflektierten Auseinandersetzung mit den Ursachen und Folgen lebensgeschichtlicher Ereignisse, die Frau Peschke aufgrund ihres erworbenen psychologischen Deutungswissens zur Verfügung steht, ermöglicht ihr, auf Handlungsprobleme angemessen zu reagieren. Ausgerüstet mit diesem Werkzeug hofft sie, die mit einem Kinderwunsch einhergehenden potenziellen Probleme und Risiken zu minimieren. Die Reflexion der Erziehungsfähigkeit sowie der möglichen Lösungsansätze stellt daher ein zentrales Kontrollinstrument der potenziellen Risiken dar: Je umfassender die potenziellen

Probleme reflektiert werden, desto eher können sie minimiert werden. Dieses Prinzip behält seine Gültigkeit trotz des bestehenden Restes, den sie trotz aller kognitiven Anstrengungen nicht kontrollieren/ausräumen kann. Dieses »Restrisiko« kann im Falle einer Schwangerschaft durch eine begleitende Psychotherapie aufgefangen werden, auf die Frau Peschke dann bei Bedarf zurückgreifen will und von der sie sich einen für die spezifische Situation notwendigen Wissenszuwachs erhofft. Aufgrund ihres selbstbestimmten Umgangs mit den zur Verfügung stehenden Hilfeangeboten sind ihre daran geknüpften Erwartungen klar definiert. Die Therapie erscheint bei Frau Peschke als ein Hilfsmittel zur Selbstbehandlung, auf das sie bei Bedarf zurückgreifen kann. Eine »Legitimierung« ihres Kinderwunsches erwartet Frau Peschke hier ebenso wenig wie eine ihr gegenüber eingenommene Fürsorgerolle. Frau Peschke hat präzise Vorstellungen davon, wie eine potenzielle Unterstützung zu praktizieren ist. Ob sie unter den gegebenen Umständen des Hilfesystems eine adäquate Unterstützung erhalten kann, ist jedoch fraglich. Die Inanspruchnahme von Hilfe im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten und eine weitgehend autonome Lebensgestaltung schließen sich aus.

Trotz der prinzipiell positiven Rahmung der in der Therapie erworbenen Reflexionsfähigkeit verbindet Frau Peschke damit auch negative Aspekte. Obwohl sie ausführlich darlegt, dass die Befürchtungen im Hinblick auf einen realisierten Kinderwunsch durchaus nicht unbegründet sind und die reflektierte Auseinandersetzung eine notwendige Maßnahme zur Risikominimierung darstellt, weist sie zugleich auf die Kehrseite hin: »*Wer geht schon so mit som perfekten plan daran?*«. Hier rekurriert sie auf ein normatives Muster eines »angemessenen« Umgangs mit dem Kinderwunsch, dessen Realisierung weder vollständig planbar noch kontrollierbar ist. Dabei steht der Wunsch nach einem spontanen, »natürlichen« Kinderwunsch im Vordergrund. Die »Natürlichkeit von Kleinkindern« wurde von BECK-GERNSHEIM (1990: 140) als Motiv freigelegt, das sich insbesondere bei Frauen mit einem psychologischen Hintergrund findet, die damit ein Gegengewicht zu ihrer rationalen Lebensführung schaffen wollen. Frau Peschke ist sich durchaus der Tatsache bewusst, dass die reflektierte Auseinandersetzung unter Einbezug psychotherapeutischen Deutungswissens eine spezifische Form der Handlungsorientierung ist. Sie reflektiert damit die von Kühnlein und Mutz für einen bestimmten Typus festgestellte Gefahr der »Hyperreflexivität«. Dies wird auf eine fortwährende Reflexion im Alltagshandeln bezogen, die der für die Alltagsgestaltung notwendigen Habitualisierung entgegensteht. Wenn auch Frau Peschke diese Gefahr sieht, so scheint ein Zurückgehen hinter den gewonnenen Wissensstand kaum möglich. So bleibt ihr trotz – oder gerade aufgrund – ihrer Reflexion der Hyperreflexivität die Möglichkeit eines spontanen und von der psychischen Erkrankung unabhängigen Kinderwunschs weitgehend versperrt.

7.2.5 Frau Schubert: »Da pfuscht mir jemand rein in meine Lebensplanung«

a.) Skizzierung des biografischen Verlaufs

Frau Schubert wird Ende der 1970er-Jahre geboren. Sie wächst, zusammen mit einem älteren Bruder, in einer Kleinstadt auf. Die Eltern lassen sich scheiden. Zunächst wohnt sie zusammen mit ihrem Bruder bei der Mutter und zieht dann einige Jahre später als Teenager aufgrund anhaltender Konflikte mit der Mutter zum Vater und dessen neuer Familie. Sie besucht das Gymnasium und zieht nach dem Abitur in eine näher gelegene Großstadt, um dort ein Studium zu beginnen. Nach einem Studienortwechsel stellen sich mit Mitte 20 die ersten Symptome einer schizophrenen Erkrankung ein. Nach einer psychotischen Krise wird Frau Schubert stationär-psychiatrisch behandelt. Wenige Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt zieht sie zu ihrer Mutter. Nach einigen Monaten schreibt sie sich an einer Universität ein und setzt ihr Studium fort. Bald darauf kommt es aufgrund eines erneuten Krankheitsausbruchs zu einem zweiten stationären Aufenthalt. Etwa drei Monate nach der Klinikentlassung nimmt sie das Studium wieder auf. Zum Interviewzeitpunkt befindet sich Frau Schubert in der Endphase ihres Studiums. Sie lebt mit ihrem Partner in der gemeinsamen Wohnung in einer Großstadt.

b.) Interviewrahmen

Frau Schubert meldet sich telefonisch auf den Zeitungsauftrag zur Studienteilnahme. Sie erklärt sich während des Telefonats bereits nach kurzer Zeit mit einem Interview einverstanden. Es wird gemeinsam entschieden, das Interview in einem Gebäude der Klinik durchzuführen. Beim ersten Zusammentreffen macht Frau Schubert einen selbstbewussten und offenen Eindruck.

c.) Interviewverlauf

Das Gespräch dauert knapp zwei Stunden und verläuft angenehm und unproblematisch. Sie erzählt flüssig und es sind nur wenig Gesprächsimpulse vonseiten der Interviewerin erforderlich. Während des Gesprächs bittet sie einmal um eine Zigarettenpause. Nach dem Interview äußert sie sich zufrieden mit dem Gesprächsverlauf.

d.) Grobstruktur der Erzählung

Die Haupterzählung nimmt die Hälfte des Gesamtinterviews ein und wird mit einer Abschlusscola beendet: »ja, und das ist jetzt meine geschichte so, bis heute« (Z. 743). Ein Hauptthema ihrer spontanen Lebenserzählung ist ihre Kindheit vor dem Hintergrund der Scheidung ihrer Eltern. Im Zentrum stehen dabei die scheidungsbedingten Wechsel in den Familienkonstellationen sowie die emotionale Beziehung zu beiden Elternteilen. Weitere zentrale Themen sind ihre Partnerschaften, das Studium sowie insbesondere der Verlauf der psychischen Erkrankung. Die Erzählung ihrer psychischen Erkrankung von den ersten Symptomen über die Krankenhausaufenthalte bis hin zu der nachklinischen Erholungsphase umfasst gut die Hälfte der Haupterzählung. Kennzeichnend für ihren Erzählstil sind häufige metanarrative Einschübe, mit denen sie neue Themen einleitet. Nach der Abschlusscola der Haupterzählung nimmt sie nach einem kurzen Dialog mit der Interviewerin den Erzählfaden mühelos wieder auf. Das Thema Kinderwunsch wird dann in diesem Rahmen von ihr selbst eingeführt. Die Erzählung wird danach erneut mit einer Abschlusscola beendet: »ja und das wars« (Z. 825). Die Nachfragen der Interviewerin beziehen sich vor allem auf ein bestimmtes, von ihr geschildertes Gespräch mit dem behandelnden Psychiater, auf den Kinderwunsch sowie auf die Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die Partnerschaft. Weitere Nachfragen konzentrieren sich auf die Thematisierungsformen von Familienplanung im psychiatrischen wie auch im privaten Kontext.

e.) Text- und thematische Feldanalyse

Einstieg: Frau Schubert als Hauptdarstellerin

006 I: *ich würde sie bitten, mir ihre lebensgeschichte zu erzählen, also nicht nur das thema familienplanung (E: ja) jetzt zu besprechen oder zu thematisieren, sondern mir ihr ganzes leben zu erzählen, also einfach alles ähm was ihnen wichtig ist und so wie alles in ihrem leben gekommen ist*

E: *okay, also soll ich jetzt anfangen?*

I: *ja genau*

E: *gut, okay, also ich bin ähm wie gesagt [XX] jahre alt, bin [19XX] geboren in a-stadt, bin dann mit meinem eltern nach ähm / I: hmb / und meinem bruder, ich hab einen älteren bruder, der ist ein jahr älter / I: hmb / nach b-stadt gezogen, mein vater ist apotheker, meine mutter rechtsanwaltsgehilfin*

Frau Schubert reagiert auf die Erzählaufforderung mit einer Gegenfrage: »okay, also soll ich jetzt anfangen?«. Sie bekundet ihr Einverständnis und präsentiert sich als kooperative Gesprächspartnerin, die bereit ist, der an sie gerichteten

Erwartung zu entsprechen. Die Gegenfrage, mit der Frau Schubert auf die Erzählaufforderung reagiert, ist zugleich eine metanarrative Ankündigung ihrer Erzählung. Damit ist *sie* die Person, die den Erzählanfang formell rahmt. Sie weist sich die Rolle der Hauptakteurin zu und schöpft so den zur Verfügung gestellten Gestaltungsraum aus, indem sie das ihr zugewiesene Rederecht sofort annimmt. Mit diesem kurzen Einstieg in Form der Rollenzuweisung bzw. -akzeptanz ist eine einvernehmliche Basis zwischen Erzählerin und Interviewerin schnell und unproblematisch hergestellt.

Der ratifizierende Erzählauftakt »also« bildet die Brücke zwischen der metanarrativen Ankündigung und der Erzählebene. Dieser Übergang verläuft ebenfalls äußerst reibungslos. Frau Schubert findet schnell und mühelos in ihre Erzählung. Dabei scheint es, als greife sie auf ein vorgefertigtes Konzept zurück, das die wichtigsten biografischen Eckdaten beinhaltet: Alter, Geburtsjahr, Geburtsort. Mit der Nennung konkreter Daten erhält die Biografie einen kanonischen Charakter. Auffallend an ihrem Einstieg ist der Ich-Bezug ihrer Äußerungen. Dies wird dort deutlich, wo sie ihre Position beim Umzug der Familie betont: »*bin dann mit meinem eltern nach ...*«. Im Vergleich mit einer ebenfalls möglichen, jedoch nicht gewählten Formulierung »wir sind nach XY gezogen« wird eine spezifische Positionierungsleistung erkennbar, mit der sie sich eine Art familiäre Führungsrolle zuspricht. Die Tatsache, dass der Umzug der Familie in einem Alter stattfand, in dem sie definitiv keine Führungsrolle übernehmen konnte, dokumentiert eine ausgeprägte Agency: Frau Schubert stellt sich als Hauptdarstellerin und zugleich als aktiv handelndes Subjekt der Geschichte vor.

Die Eltern werden nicht für sich stehend eingeführt, sondern im Rahmen des Ortswechsels (mit-)erwähnt. Auch der Bruder wird nur in Form eines Einschubs erwähnt. Zusammen mit der ausgeprägten Agency deutet dies auf eine eher distanzierte Einstellung gegenüber der Familie hin. Stärker noch als zu ihren Eltern ist die Distanz zu ihrem Bruder ausgeprägt: Erst nachdem sie bereits mit der lokalen Präposition »nach« auf den Umzugsort verweist, führt sie den Bruder in einem nachträglichen Einschub in die Geschichte ein. Dieser wird dann aber nur kurz unter Angabe des Rangs vorgestellt: »*und meinem bruder, ich hab einen älteren bruder*«, bevor sie wieder an den Haupthandlungsstrang ›Umzug der Familie‹ anknüpft. Als familiäre Konstellation findet sich nur eine Verbindung beider Elternteile mit ihrer Person (»*mit meinen Eltern*«); sie wird aber nicht weiter ausgeführt. Zum Bruder wird keinerlei Verbindung konstruiert. Nach der Nennung des neuen Wohnorts der Familie fährt sie fort mit den elterlichen Berufen als weitere formal-biografische Eckdaten. Sie bleiben ohne bewertende Kommentare. Insgesamt bleibt der Erzählanfang auf die Nennung formaler Eckdaten beschränkt.

Die kritisch-distanzierte Haltung gegenüber der Kindheit

016 *und ähm ja, meine eltern haben sich dann scheiden lassen, als ich [XX] jahre alt war mh wir sind dann auch=meine mutter, ich bin bei meiner mutter geblieben, mein bruder auch äh wir sind dann ausgezogen nach c-stadt, das ist ein vorort von b-stadt und ja, ähm soweit=*

Frau Schubert kommt schnell auf die Scheidung der Eltern zu sprechen, die als ein kindheitsprägendes Ereignis vorgestellt wird. Tatsächlich sind die Kindheitserzählungen in erster Linie auf die Scheidung bezogen. Sowohl das Verhältnis zum Vater als auch jenes zur Mutter wird hierüber bestimmt. Zwar wird als Zeitangabe für die Schilderung des Scheidungsereignisses das eigene Alter – und nicht etwa eines Jahresangabe – »als ich [XX] jahre alt war« gewählt. Der hierdurch betonte Einfluss des Scheidungsereignisses auf ihre Biografie wird jedoch nicht weiter kommentiert. Mit einem paraverbalen Zeichen (»mh«) markiert sie zwar einen Abschluss. Dieser lässt sich aber zugleich als Hinweis auf eine Auslassung als Ausdruck einer unausgesprochenen Bedeutung des Scheidungsereignisses lesen: Zur Scheidung gäbe es noch mehr zu erzählen. Implizit wird hier auf ein psychologisches Erklärungsmodell rekurriert, wonach eine Ehescheidung als psychosoziale Belastung für die davon betroffenen Kinder einzuordnen ist.⁵⁶ Weiterhin fällt an ihrer Erzählung auf, dass sie die Wir-Konstellation (»wir sind dann«) unterbricht, um die teilnehmenden Personen (Mutter, Erzählerin, Bruder) als individuell Agierende vorzustellen, bevor sie schließlich wieder mit einer Wir-Konstellation endet. Möglich ist, dass diese Reformulierung der durch die Scheidung erfolgten Neuordnung der familiären Verhältnisse entspricht. Mit der Formulierung »und ja, ähm soweit« schließt sie die objektiv berichtende Darstellung der für ihre Kindheitsbiografie wichtigen Eckdaten ab.

Nun wechselt Frau Schubert abrupt sowohl das Thema der Erzählung als auch die Textsorte:

019 *also ich hab zum beispiel keine großartigen kindheitserinnerungen an meinen vater, also schon son paar ausflüge und so aber er hat halt immer viel gearbeitet und hatte damals schon ähm ja eine geliebte, wegen der er sich dann auch hat scheiden lassen und also ich hab jetzt pfff ja ich weiß nicht, also das war dann nicht so das tolle verhältnis zu ihm, also ich=es ist jetzt nicht so das tolle vaterbild, zumindest als ich kind war nicht, ähm (.) gut ich bin dann ähm ich war da schon aufm gymnasium, als sich meine eltern geschieden haben*

⁵⁶ Die biografische Relevanz der Scheidung zeigt sich in einer späteren Erzählsequenz, bei der Frau Schubert auf ihren ersten Partner zu sprechen kommt und dabei eine elterliche Scheidung als ein die Kindheit prägendes Ereignis einordnet: »er kam auch, also nicht direkt aus ner scheidungsfamilie, aber auch aus etwas komplizierten familienverhältnissen (...) auch komplizierte verhältnisse und bei mir eben mit der scheidung und ich glaub, da ist dann noch so der wunsch bei jugendlichen nach so was romantischem, so wie ah wir bleiben immer zusammen und so noch vielleicht ein bisschen ausgeprägter als es bei [betont gedehnt] NORMALEN kindern ist, ja?«.

Die bis zu diesem Zeitpunkt zusammenfassend-retrospektive Narrationsform geht hier in die Textform der Bewertung über und im Mittelpunkt stehen nun auch die qualitativen Beziehungsaspekte ihrer Kindheit. Sie verweist zunächst auf einen Mangel an Kindheitserinnerungen an den Vater. Zwar schränkt sie ihre negative Bewertung dadurch ein, dass sie auf markante Ereignisse wie »*son paar ausflüge und so*« verweist. Der Mangel an Kindheitserinnerungen steht exemplarisch für eine insgesamt negativ bewertete Beziehung zum Vater. Die Gründe für den abwesenden Vater sieht Frau Schubert zum einen in seiner beruflichen Tätigkeit, die ihn von der Familie trennt und zum anderen in seiner außerehelichen Beziehung, die dann auch den Auslöser für die vom Vater initiierte Scheidung darstellt.

In ihrer Erzählweise drückt sich die heutige, distanzierte Perspektive einer erwachsenen Tochter auf ihre Kindheit aus, die auch durch die Abwesenheit des Vaters geprägt war. Mit dieser Haltung bringt Frau Schubert ihre (heutige) emotionale Unabhängigkeit zum Ausdruck. Dies zeigt sich ebenso in der einschränkenden Äußerung »*zumindest als Kind*« wie auch im Hinweis, dass sie zum Zeitpunkt der Scheidung bereits das Gymnasium besuchte, d. h. sich schon vom Elternhaus distanzierte.

Die Überformung der Kindheitserinnerungen durch die kritisch-distanzierte Haltung kommt auch in der Wahl des tendenziell abschätzigen Begriffs der »*Geliebten*« zum Ausdruck, mit dem Frau Schubert die außereheliche Beziehung ihres Vaters beschreibt. Die Kritik ist jedoch nicht als anklagende Botschaft aus der Perspektive des verletzten Kindes einzuordnen. Obgleich sie dem Vater die Schuld für die Scheidung zuspricht, schmückt sie weder ihre Geschichte zum Vater aus noch bezieht sie sich auf ihre kindlich-subjektive Wahrnehmungen. Sie beschränkt sich auf die ›objektiven Fakten‹, die in dieser Darstellungsform als hinreichend kritisch eingeordnet werden.

Nun wendet sie sich dem Verhältnis zur Mutter zu:

027 *das verhältnis zu meiner mutter, das war zum beispiel sehr liebevoll, als ich kind war, also war schon son kleines mutterkind und so und ist dann aber schlechter geworden, so im laufe der pubertät kann man sagen und (2) ja das ist dann so schlecht geworden, dass ich dann mit [XX jahren] zu meinem vater gezogen bin, also ich bin von ihr damals schon ja so beschimpft worden, so als schlechter mensch und also ich weiß nicht, sie so im nachhinein würd ich interpretieren, dass sie einfach die scheidung nicht so ganz verkraftet und einfach ähm mit der pubertät nicht zurecht kam und ich war sicherlich auch nicht immer leicht, aber im großen und ganzen schon ja ein normales kind oder ne normale jugendliche*

Die zunächst sehr positiv bewertete Beziehung zur Mutter wird durch die zeitliche Einschränkung gleichzeitig relativiert – »*als ich kind war*«. In der Selbstbezeichnung als »*Mutterkind*« drückt sich eine enge und herausgehobene emotionale

Bindung an die Mutter aus, die jedoch durch den verkürzenden Zusatz »und so« in den Bereich des heute eher Irrelevanten gerückt wird. In der weiteren Erzählung zur Mutter dominieren nun ebenfalls die negativen Erinnerungen: das Verhältnis »ist dann aber schlechter geworden«. Die negative Entwicklung im Verhältnis zu ihrer Mutter interpretiert sie aus heutiger Sicht als Folge einer psychischen Belastung der Mutter durch die Scheidung. Sie verbleibt damit – wie bereits beim Vater – auf der Ebene der kritisch-distanzierten Reflexion ihrer Kindheit. Die tatsächlichen Auseinandersetzungen mit ihrer Mutter werden nur kurz angedeutet, jedoch als weithin ungerechtfertigt beurteilt. Damit verbleibt Frau Schubert, ähnlich wie in der Beschreibung des Vaters, nicht auf der Ebene der erlebten Kindheitsgeschichte, sondern argumentiert aus einer heutigen, distanzierten Position. Diese Position erlaubt ihr, das mütterliche ›Fehlverhalten‹ rational zu erklären und damit zu relativieren. Sie stellt es in einen Zusammenhang mit deren eigenen Problemen (Scheidung, Ablösung der Tochter). Trotz des Zugeständnisses an die Mutter, dass sie selbst »sicherlich auch nicht immer leicht« war, lässt sie keinen Zweifel an der Angemessenheit ihres eigenen damaligen Verhaltens: Frau Schubert ordnet sich als »ein normales kind oder ne normale jugendliche« ein. Die Unstimmigkeiten in ihrer Kindheit sind damit eher dem Verhalten sowohl der Mutter als auch des Vaters zuzuordnen. So führt auch erst das ›Fehlverhalten‹ der Mutter dazu, dass Frau Schubert zu ihrem Vater zieht, der mit seiner neuen Partnerin und deren Kindern zusammenlebt.

Die neue Familienkonstellation wird insgesamt positiv bewertet, sie ist sowohl mit den Kindern wie auch mit der Freundin des Vaters »immer ganz gut ausgekommen« (Z. 37). Zwar weist sie hier ebenfalls auf problematische Ereignisse, bzw. Beziehungen hin. Allerdings relativiert sie diese sowohl auf der qualitativen (»ein bisschen«, Z. 38) wie zeitlichen (»ab und zu mal«, Z. 38) Ebene. Auch in der neuen Familienkonstellation dominiert die heutige, kritisch-distanzierte Haltung gegenüber den Familienmitgliedern. So ordnet sie die Eifersucht ihrer Stiefschwester als Ausdruck normaler Probleme ein: »wie das halt so ist, weil eifersucht bei so patchwork-familien immer ne ziemlich große rolle spielt« (Z. 39). Über die subjektive Wahrnehmung der Situation in der erzählten Zeit gibt Frau Schubert keine Auskunft. Sie verbleibt in dieser distanzierten Position gegenüber ihrem Kindheits-Ich. Das zuvor als schlecht bewertete Verhältnis zum Vater spielt in der Sequenz zur neuen Familie keine Rolle. Den Abschluss ihrer Erzählung zur Situation in der neuen Familie bildet ein »na ja gut« (Z. 43) im Sinne eines verkürzten evaluativen Schlusskommentars. Hiermit deutet sie zwar an, dass sie das Verhalten der Stiefschwester kritisiert, dass diese jedoch für sie keine weiterreichende Bedeutung hat. Diese Lebensphase, die durchaus problematische Aspekte enthält, ist für sie abgehakt und sie wendet sich dem Themenfeld Schulabschluss zu, dem ein Auszug aus der Familie sowie der Beginn des Studiums folgt.

Partnerschaften

043 *ich hab dann mehr schlecht und recht das abitur gemacht [lachend] [19XX] [lacht] ähm und ähm bin dann zum wintersemester [19XX/XX] nach d-stadt gezogen, zum studieren, [studienfach a] und [studienfach b] oder [studienfach c] damals noch, aber nur ein semester, ist im ende effekt [studienfach a] und [studienfach b] und ach ja genau, ich würd gern jetzt, hab ich meinen ersten freund ganz unterschlagen, den hab ich ähm das war so meine erste große liebe*

Frau Schubert wechselt nun das Themenfeld: Während sie von der Erzählung der Herkunftsfamilie zunächst zum Verlassen des Elternhauses (bzw. der neuen Familie) und zum Bildungsverlauf wechselt und so den Abschluss ihrer Kindheit markiert, eröffnet sie anhand eines metanarrativen Kommentars, der die Relevanz des Themas hervorhebt, das Themenfeld ›Partnerschaft‹. Es kristallisiert sich in der weiteren Erzählung als Haupterzählinie heraus.

Ihren ersten Freund stellt sie als »*meine erste große liebe*« vor. Die Erzählung der »*ersten Liebe*« als bedeutsames biografisches Ereignis wird durch eine evaluative Präambel eingeführt, die das Ereignis aus der retrospektiven Sicht eindeutig positiv konnotiert: »*also das war ne=schon ne sehr schöne beziehung, wir waren zweieinhalb jahre zusammen*« (Z. 50). Mit dieser fast schon nostalgisch anmutenden Bewertung knüpft Frau Schubert an eine normative Vorstellung eines biografisch bedeutsamen Ereignisses an. Die Dauer der Beziehung wird zu einem wichtigen Qualitätsmerkmal, was sich vor dem Hintergrund ihres Alters (Pubertät) leicht nachvollziehen lässt. Diese positive Gesamtbeurteilung kontrastiert sie allerdings gleich anschließend mit dem Hinweis auf ihre Eifersucht als dem zentralen Aspekt dieser Beziehung: »*an was ich mich noch ganz stark erinnern kann, dass ich unendlich eifersüchtig war*« (Z. 51). Obwohl sie sich als die »*stärkere persönlichkeit*« (Z. 54) in der Partnerschaft beschreibt und er sich von ihr »*leider unterdrücken*« (Z. 57) ließ, wertet sie ihre starke Eifersucht aus heutiger Sicht als Ausdruck eines »*minderwertigkeitskomplexes*«, der schließlich auch dazu führt, dass er sich von ihr trennt – »*zu recht, wie ich finde*« (Z. 65). Die mit dieser Darstellung einhergehende Selbstpositionierung beinhaltet eine selbstkritische Reflexion ihres damaligen Verhaltens. Impliziert wird damit eine individuelle Entwicklung von einer ›unsicheren Jugendlichen‹ zu einer heute ›selbstbewussten Frau‹, die ihr damaliges Verhalten selbstkritisch als ›Minderwertigkeitskomplex‹ reflektieren kann. Die ›erste Liebe‹ wird zu einem partnerschaftlichen Erprobungsfeld, in dem ein solches (altersentsprechendes) Fehlverhalten nicht nur legitim, sondern darüber hinaus als wertvolle biografische Erfahrung zu verbuchen ist. Durch einen metanarrativen Kommentar: »*ja ich lach jetzt drüber, aber das war damals schrecklich*« weist sie zum einen auf die emotionale Belastung hin, die das Ereignis als signifikante biografische Erfahrung rahmt. Zwar ordnet sie ihre ›erste Liebe‹ als bedeutendes Ereignis ein: »*ja das war dann eben das erste mal, dass ich verlassen worden bin*« (Z. 71).

Gleichzeitig distanziert sie sich jedoch von ihrem damaligen Erleben und weist damit auf die vollzogene Entwicklung hin. Aus ihrer heutigen Sicht kann sie sein damals für sie schmerzvolles Verhalten (die Trennung von ihr) umdeuten und positiv bewerten. Die Erfahrung kann damit als notwendiger, altersentsprechender Lern- und Entwicklungsschritt eingeordnet werden.

Entsprechend der Vorstellung einer normativ eingebetteten Partnerschaftsbiografie, die das Konzept der »großen Liebe« enthält, stellt sie an späterer Stelle ihre Partner entsprechend als »*meine ZWEITE große liebe*« (Z. 92) bzw. »*meinen dritten festen freund*« (Z. 164) vor. Diesem Konzept der »festen Partnerschaft« stellt sie ein Partnerschaftskonzept gegenüber, das durch häufig wechselnde Beziehungen gekennzeichnet ist. Diese »*affairchen*« (Z. 74) werden in ihrer Bedeutung relativiert. Die Phase des häufigen Partnerwechsels findet nach der Trennung von ihrem ersten Freund und vor der Partnerschaft mit ihrer »zweiten großen Liebe« statt. In dieser Phase »*da hab ich's dann schon so, wie sagt man, krachen [lachend] lassen*« (Z. 75). Mit dieser Gegenüberstellung präsentiert sich Frau Schubert als aktive und emanzipierte Gestalterin ihrer Partnerschaftsbiografie, die je nach spezifischer Bedürfnislage ein entsprechendes Partnerschaftsverständnis hat. An dieser Stelle ist auch die implizite Selbstpositionierung Frau Schuberts als unternehmungslustige Studentin zu erwähnen. Die soziale Einbindung in einen Freundeskreis und eine aktive Freizeitgestaltung (»*viele partys gefeiert*«, Z. 85; »*ziemlich viel weggegangen*«, Z. 116; »*partys gefeiert, wies halt so ist*, Z. 118) werden in die Erzählung eingeflochten, jeweils ohne explizit thematisiert zu werden. Durch die häufige Erwähnung dieser Aspekte als eine Art Randbedingung wird das Bild einer unproblematischen biografischen Relevanz dieses Bereichs vermittelt. Dies zeigt sich in der weiteren Erzählung vor allem dort, wo Frau Schubert aufgrund der erkrankungsbedingten, psychischen Veränderung auf ihre mangelnde soziale Einbindung hinweist.

Der Eintritt der psychischen Erkrankung

Wie einleitend bereits angedeutet, nimmt die Erzählung zur psychischen Erkrankung im Interview einen beträchtlichen Raum ein. Frau Schubert widmet ihr einen Großteil der zweiten Hälfte der Haupterzählung und belegt damit die zentrale biografische Bedeutung dieses Ereignisses. Auffallend ist, dass im ersten Teil der Haupterzählung, in dem es um Kindheit und Jugend geht, keinerlei Bezüge oder Verknüpfungen zu diesem zweiten Teil hergestellt werden. Gerade weil nichts auf die als massive Krise erlebte Erkrankung hindeutet, kann der Einbruch der psychischen Erkrankung als eine deutliche Zäsur eingeordnet werden. Zum anderen stellt sich die psychische Erkrankung jedoch – wie dies für schizophrene Erkrankungen typisch ist – schleichend ein. Aus diesem Grund ist es plausibel, dass Frau Schubert den Krankheitsbeginn nicht exakt datieren kann und statt-

dessen auf einen mehrwöchigen Zeitraum verweist, der zwischen dem Wegzug aus D-Stadt und dem Zuzug nach G-Stadt liegt. Diese Phase des Ortswechsels stellt Frau Schubert in einem metanarrativen Kommentar als »*Vorlauf zu meiner psychischen Erkrankung*« vor.

149 ähm (2) ja und das war halt ähm ja das war ne da hat so ne=also das war schon der vorlauf zu meiner psychischen erkrankung, das hat angefangen so in dieser endphase in d-stadt und dieser anfangsphase in g-stadt, äh dass ich so ne manische phase bekomme dann äh nicht bekomme wenn [schnalzt] bin=reingeschlittert bin und ähm also ich bin ganz viel weg gegangen, hab immer weniger geschlafen, was ich aber damals nicht als ungesund=das war halt einfach so, dass ich sehr aufgedreht war, ähm (2) und=und viel energie hatte

Aus Frau Schuberts retrospektiver Sicht machen sich während dieser Phase die ersten Anzeichen der Erkrankung bemerkbar. Natürlich weiß Frau Schubert zum damaligen Zeitpunkt nicht, dass es sich um die frühen Symptome einer Psychose handelt. Aus ihrer damaligen Perspektive hatte ihr Verhalten keinerlei Krankheitswert; dementsprechend beurteilt sie ihr Verhalten in der erzählten Zeit als ›nicht ungesund‹. Ihr damaliges »Nicht-Wissen« verdeutlicht sie mit der Nutzung der Alltagssprache, mit der sie ihr damaliges Verhalten beschreibt: sie war »aufgedreht« und hatte »viel energie«. Da diese Beschreibung durchaus in das zuvor von ihr gezeichnete Selbstbild einer unternehmungslustigen jungen Studentin passt, macht ihre Fehleinschätzung (»nicht als ungesund«) durchaus nachvollziehbar. Erst aus ihrer heutigen Sicht kann sie ihr Verhalten während dieser biografischen Phase als Ausdruck einer Krankheit (»manische Phase«) einordnen.

Vor diesem Hintergrund kommt dem metanarrativen Kommentar »*das war schon der vorlauf zu meiner psychischen erkrankung*« die Funktion einer nachträglichen, expliziten Erklärung des biografischen Verlaufs zu. Der erläuternde Kommentar erlaubt es ihr, die Uneindeutigkeit dieser damaligen Lebenssituation, in der ›Normalität‹ und ›Krankheit‹ zunehmend verschwimmen, zu erklären und damit auch zu ordnen. Mit dem nachträglichen Ordnungsversuch reagiert Frau Schubert auf die zunehmende Diffusion zweier sich konträr gegenüberstehender Bereiche (Gesundheit/Krankheit, Normalität/Abweichung). Die bezeichnete Phase markiert den Übergang in einen Biografieabschnitt, in dem die psychische Erkrankung die Biografie beeinflusst. Es ist so offensichtlich wie plausibel, dass Frau Schubert dieser Übergang Schwierigkeiten bereitet. Auf sprachlicher Ebene manifestieren sich diese Schwierigkeiten in Form zahlreicher Unsicherheitsmarkierer, wie mehrmaliges Absetzen und Neu-Ansetzen, Pausen und paraverbale Äußerungen (»ähm«). Frau Schubert gelingt es nur mit Mühe, diesen biografischen Übergang herzustellen.

Entsprechend der Dominanz der heutigen, retrospektiven Perspektive werden die auf diese Ankündigung folgenden Erzählsequenzen mit dem Begriff »manische Phase« explizit dem thematischen Feld ›psychische Erkrankung‹ zugewiesen.

Frau Schubert positioniert sich hierdurch gleich zu Beginn ihrer Erzählung als kompetente Selbstexperte, die zwar ihr Verhalten in der erzählten Zeit nicht als Krankheit einordnen konnte, die aber heute aufgrund ihres angeeigneten Fachwissens bezüglich der Prodromalsymptomatik ihr damaliges Verhalten ›richtig‹ beurteilen kann. Sie lässt damit keinen Zweifel an ihrer Akzeptanz der medizinisch-psychiatrischen Diagnose. Gleichwohl basiert diese Akzeptanz nicht auf einer passiven Übernahme ›fremder‹ Zuordnungen. Vielmehr bleibt Frau Schubert handelndes Subjekt der Geschichte. Auffallend in ihrer Erzählung ist etwa die Korrektur von »bekommen« in »reingeschliddert«. Während das Verb »bekommen« ein passives, abwartendes Verhalten impliziert, verweist das Verb »reinschliddern« tendenziell auf einen zwar geringen, jedoch aktiven Beitrag in der Krankheitsentstehung. Zwar geht ihr – in der Metaphorik einer mangelnden Bodenhaftung – die Handlungskontrolle weitgehend, aber doch nicht völlig, verloren.

Mit einem metanarrativen Kommentar leitet Frau Schubert nun einen Biografieabschnitt ein, der zunehmend durch die psychische Erkrankung geprägt wird.

171 ja und jetzt kommt=also jetzt rückt langsam so meine=meine krankheit in den vordergrund, weil also ich hab ja schon erwähnt, dass ich so ne manische phase hatte und die hat sich dann einfach weiter fortgesetzt, also ich war total aufgedreht, hab total viel geredet und hab mich ins studium reingestresst, hab sehr viel für=für die uni gemacht, hab abends weggehen, das=das war auch immer ganz wichtig und=und jeden tag weg bis in die puppen und=und dann noch irgendwie diese phase mit tommy so hieß der freund oder va=ja mein freund und ob er jetzt mich will oder nicht, ob er ne feste beziehung will oder nicht, das=da hab ich mich dann auch immer ein bisschen reingestresst und also es war einfach immer so=so viel los in meinem kopf und so und das ist dann langsam=also das hat halt so ne depressive variante bekommen, also ich hab dann irgendwie ähm also (2) ja wie=wie soll ich sagen? wie=wie ist das=wie ist dieser umsturz gekommen?

Wie schon zuvor stellt sie unter der Überschrift ›manische Phase‹ die Ereignisse in einen klaren Zusammenhang mit (den Frühsymptomen) der Erkrankung und gibt sich damit erneut als kompetente Selbstexperte zu erkennen. Zugleich gibt sie an dieser Stelle einen dramaturgischen Hinweis auf den sich zuspitzenden Verlauf der psychischen Erkrankung. Wie zuvor verdeutlicht der metanarrative Hinweis auf das ›langsame Vorrücken‹ der psychischen Erkrankung den noch immer parallelen Verlauf der beiden biografischen Stränge ›Normalbiografie‹ und ›Krankheitsverlauf‹. Gleichwohl dringt die Krankheit immer stärker in die bislang ›normalen‹ Bereiche ihrer Biografie ein und das bisher ›normale‹ Verhalten wird in seiner übersteigerten Form (»total aufgedreht«; »total viel geredet«; »ins studium reingestresst«; »bis in die puppen«) zum Ausdruck ihrer psychischen Erkrankung. Während sie ihr Verhalten zu Beginn der Erkrankung noch als

überspannte Form ihres ›normalen‹ biografischen Verlaufs eingeordnet werden kann, gelingt ihr dies im Verlauf immer weniger. Das zunächst uneindeutige Geschehen – das sowohl als ›noch normal‹ wie auch als ›bereits krank‹ einzuordnen wäre – verschiebt sich nun immer mehr in Richtung einer psychischen Erkrankung – es kommt zum »Umsturz«:

182 *also irgendwie=also ich hab son gedankenrasen bekommen, also ich konnte dann irgendwie=also früher wars so, wenn ich geschlafen hab, dann vielleicht nicht lang, aber dafür gut und=und jetzt konnt ich halt nicht mehr gut schlafen, weil ich keine ruhe mehr, also auch im schlaf gefunden habe, also ich hab gar nicht mehr richtig geschlafen, das war son gedankenrasen, ich kann gar nicht mehr genau sagen, was das für gedanken waren, einfach so also wie ne gedankenautobahn, die so durch den kopf rast und man keine innere ruhe findet und sich auf keinen punkt auch irgendwie konzentrieren kann oder festhalten kann, also überhaupt keine ruhephasen mehr hat und die gedanken, die man hat, auch so immer verwirrender und verworrender=verworrener werden und ähm und das ist mir dann schon auch aufgefallen, und=aber ich hab halt nicht an ne psychische erkrankung gedacht ich hab halt gedacht, na ja, es ist schon komisch und auch beunruhigend*

Die Vermittlung ihres damaligen Erlebens bereitet Frau Schubert offenbar große Schwierigkeiten. Bereits in der Einleitung der Erzählung zum ›Umsturz‹ scheint ihr Erklärungspotenzial ausgeschöpft: »also ich hab dann irgendwie ähm also (2) ja wie=wie soll ich sagen? wie=wie ist das=wie ist dieser umsturz gekommen?« (Z. 180–182). Die bereits zuvor aufgetretenen Erzählschwierigkeiten manifestieren sich nun als Erzählabbrüche sowie als Vagheit der Äußerungen (›irgendwie‹). In ihrer Erklärungsnot greift sie auf die Diskrepanz zwischen der vorangegangenen ›Normalbiografie‹ und dem folgenden Krankheitsverlauf zurück: »also früher wars so, wenn ich geschlafen hab, dann vielleicht nicht lang, aber dafür gut und=und jetzt konnt ich halt nicht mehr gut schlafen, weil ich keine ruhe mehr, also auch im schlaf gefunden habe« (Z. 183–185). Die Erklärung erfolgt unter Rückgriff auf eine Konstruktion, die die Erkrankung als Abweichung von einer zugrunde gelegten ›Normalität‹ verstehbar machen soll. Weiterhin wechselt sie in ihrer Suche nach einer geeigneten Erklärung auf die allgemeine Ebene (›gedanken, die man hat‹). Aus dieser Perspektive erhalten die Krankheitssymptome eine allgemeingültige Bedeutung; die subjektive, singuläre Erfahrung wird zu einem objektiven Phänomen. Mit der Einordnung ihrer spezifischen Erfahrung in einen allgemeinen Kontext der ›typischen Krankheitssymptome‹ entlastet sich die Erzählerin von der schwierigen Aufgabe, das für sie subjektiv nahezu Unvermittelbare zu vermitteln.

Kontrollierbarkeit der Erkrankung

Ihre Erläuterungen zum Umsturz spiegeln Frau Schuberts Bedürfnis, das damalige Erleben sozial zu vermitteln, es nachvollziehbar und verstehbar zu machen. Dieses Bedürfnis weist neben dem Wunsch nach sozialer Akzeptanz auch auf einen Wunsch nach subjektiver Handlungskontrolle. Zwar fühlt sich Frau Schubert, wie gesehen, dem Krankheitsverlauf einesteils passiv ausgesetzt (›der Umsturz ist gekommen‹). Dennoch ist sie um Handlungskontrolle bemüht. Dies zeigt sich zum einen, wie oben dargelegt, in dem Versuch, die zunehmende Diffusion von Normalität und Krankheit mittels ordnender Kommentare zu (er-)klären. Zum anderen wird dieser Wunsch dort offensichtlich, wo sie auf ihr eigenes Bewusstsein der veränderten Realitätswahrnehmung hinweist: »*das ist mir dann schon auch aufgefallen, und=aber ich hab halt nicht an ne psychische erkrankung gedacht ich hab halt gedacht, na ja, es ist schon komisch und auch beunruhigend*« (Z. 190–192). Sie bemerkt die Symptome: »*das fand ich dann schon komisch, das hab ich aber niemanden gesagt*« (Z. 204–205). Schließlich drückt sich ihr Wunsch nach Handlungskontrolle auch dort aus, wo sie ihren Vater über ihren Gesundheitszustand informiert und hierüber letztlich ihre Behandlung selbst einleitet: »*also ich hab dann auch irgendwann mal, das war dann im [monat, jahr, SK] oder so, da hab ich mal mit meinem vater telefoniert und ähm (2) und ähm hab halt gesagt, dass es mir nicht=nicht gut geht*« (Z. 221–223). Einzuordnen sind hier auch ihre Versuche, die Symptome aus eigener Kraft zu kontrollieren und den äußeren Schein einer ›Normalität‹ – mit einigem Erfolg – zu wahren:

247 *also das ende vom lied war, dass mein vater mich dann abgeholt hat also von b-stadt nach g-stadt gefahren und am nächsten tag sind wir zurückgefahren und ich hab das in ganz schrecklicher erinnerung, also ich hab äh irgendwie auch nur wirres zeug von mir gegeben, was aber anscheinend bei meinem vater gar nicht so rüber gekommen ist, der hat äh als wir dann zu hause waren, meiner mutter gegenüber geäußert, das wär ja SO eine nette fahrt gewesen und ich weiß nur, dass ich mich immer zusammengenommen hab und=und um halt=um auf seine fragen zu antworten, von mir aus aber kein impuls kam, irgendwie ein gespräch zu führen, weil ich äh weil ich eben schon zu fertig war, also ich [gedehnt] war ähm (2) ja ich war eben schon in der psychose drin*

Obwohl sie ihr damaliges Verhalten während der Autofahrt als bereits eindeutig durch die psychische Erkrankung verändert bewertet (»*wirres zeug*«), kann sie der Außenwelt ein ›normales‹ Bild ihrer selbst präsentieren; ihr Vater nimmt keine Auffälligkeiten zur Kenntnis. Obwohl sie eigentlich »*schon zu fertig war*« und »*eben schon in der psychose drin*« war, gelingt ihr aufgrund eines enormen Kraftaufwands die Kontrolle ihres Verhaltens.⁵⁷

⁵⁷ Diese Sequenz kann allerdings auch insofern als Kritik am Verhalten des Vaters gelesen werden, als er die Veränderungen der Tochter nicht bemerkt, bzw. bemerken will.

Auf Initiative der Eltern kommt es zu einem Gespräch mit einem Klinikpsychiater, der einen stationären Klinikaufenthalt empfiehlt. Diesen weist sie zunächst zurück. Wenige Tage nach diesem ersten Kontakt mit dem psychiatrischen System kommt es zu einer akutpsychotischen Krise. Obwohl Frau Schubert ankündigt, die Klinikeinweisung verkürzt darzustellen (*»das erzähl ich jetzt ganz kurz wie das war«*, Z. 301), erstreckt sich die Erzählung über mehrere Seiten. Es scheint, als werde Frau Schubert hier in den Sog ihrer Erinnerungen gezogen. Die Zugzwänge der Erzählung entfalten im Sinne Fritz Schützes ihre Wirkung und verdeutlichen so erneut das ausgeprägte Bedürfnis Frau Schuberts, das Geschehen, in dessen Folge sie in die Psychiatrie eingewiesen wird, für die ZuhörerIn nachvollziehbar – und so auch sozial akzeptierbar – zu machen: Frau Schubert bemüht sich um eine detaillierte Rekonstruktion des Geschehens. In ihre Erzählung fließen meta-narrative Kommentare ein, die eine Kontrastierung ihres wahnhaften Erlebens mit der Realität beinhalten. Sie verweisen auf das Bemühen, das wahnhafte Erleben rational zu kontrollieren *»das wusst ich, also äh das war quasi die richtige [leicht lachend] realität, aber in meinem kopf sah das alles ja ganz anders aus«*, Z. 316f.; *»also das war meine logik«* Z. 327; *»und hab gedacht, das darf ja das gibt's doch nicht«* Z. 343f.; *»ich hab gedacht, das weshalb drehen die sich? das=das gibt's doch gar nicht«* Z. 352; *»das hat ja gar nicht zu diesem=zu diesem erleben, zu diesem=zu diesem äh gestörten erleben gepasst oder zu dieser realität, wie ich sie eben damals gedacht hab, zu diesem moment, gepasst«* Z. 385f.; *»ich hab das einfach nicht gerafft, also das=ich hab das nicht geschafft, irgendwie zu verbinden und ne vernünftige logik draus zu entwickeln«* (Z. 389f.).

Distanz zum psychiatrischen Hilfesystem und zur Erkrankung

Der erste Kontakt zum psychiatrischen Hilfesystem kommt auf die Vermittlung der Eltern zustande. Wie erwähnt lehnt sie die Empfehlung des Arztes, sich in stationär-psychiatrische Behandlung zu begeben, ab: *»das hab ich abgelehnt und hab ihm äh auch gesagt, dass ich wünsche, dass er stillschweigen über dieses gespräch, das ich mit ihm geführt habe, bewahrt, äh da es ja äh wie gesagt, ärztliche schweigepflicht zu gelten hat und so«* (Z. 290–292). Frau Schubert positioniert sich in ihrer Erzählung als selbstbewusste Klientin, indem sie Forderungen an den behandelnden Arzt stellt und dabei auf ein ihr zustehendes Recht verweist. Sie präsentiert sich dabei als fachkundige Person, die sowohl ihre Patientenrechte als auch die Pflichten eines Arztes kennt. Sie tritt dem Arzt als vernünftig-kritische und selbstbewusste Person entgegen: Nicht der Arzt bestimmt über ihre Situation, sondern sie selbst ist diejenige, die über einen Aufenthalt, bzw. über dessen Ablehnung entscheidet.

Es kommt im weiteren Verlauf zu einer *»nicht ganz freiwillige(n) einweisung«* (Z. 299) auf eine geschlossene Abteilung der psychiatrischen Klinik (Z. 412).

Dass Frau Schubert diese Einweisung akzeptiert, der sie offenbar aufgrund ihrer gestörten Wahrnehmung nicht mehr zustimmen konnte, lässt sich implizit erschließen: Zum einen finden sich keine Hinweise auf die Einordnung dieses Ereignisses als gegen ihren Willen gerichteten Akt. Zudem lässt die Dramaturgie des Verlaufs der psychischen Krise eine klinische Einweisung als quasi notwendige Maßnahme erscheinen. Dies ändert allerdings nichts an der distanzierten Haltung Frau Schuberts gegenüber der Psychiatrie. Als prägnanteste Erinnerung nennt sie eine Situation, die sie als »witzig« empfand und die sie mit ihrer »schlimmsten Not« kontrastiert.

414 *woran ich mich da jedoch noch erinnern kann ist, dass ich auf einem Bein hupfen musste, was ich wiederum ganz witzig fand, also in der schlimmsten Not, also mir ging wirklich nicht gut, ich aber es war dann insofern wieder=es war ne ruhige Umgebung, die Leute waren ähm (3) pfff ich weiß nicht mehr, was die mich gefragt haben, ob ich schon mal ne psychische Erkrankung hatte oder so und=und äh wie ich mich fühle und auf jeden Fall es war es kam mir auf jeden Fall ganz abstrakt vor, dass ich jetzt auf einem Bein hupfen sollte=hüpfen sollte und das hab ich dann aber gemacht, hab sogar ein bisschen gelacht und so*

Die Bezeichnung der Ärzte als »die Leute«, die mit fast laienhaften und unspezifischen Fragen (»ob ich schon mal ne psychische Erkrankung hatte oder so«) an sie herantreten und die amüsierte Wahrnehmung der ärztlichen Anordnungen verdichten sich zum Bild einer distanzierten und indifferenten Haltung der Psychiatrie gegenüber. Frau Schubert präsentiert sich als kooperative Patientin, wenn sie den – für sie nicht nachzuvollziehenden – Aufforderungen entspricht. Die Psychiatrie erscheint hier als weder bedrohlich noch handlungsmächtig. In der Beschreibung als »ruhige Umgebung« kommt ihr vielmehr die Funktion einer positiven Randbedingung zu. Die hier zum Ausdruck kommende psychiatriekritische Haltung manifestiert sich weniger im Sinne der Wahrnehmung als bedrohliche, machtvolle Institution, als vielmehr im Sinne eines prinzipiellen Zweifels am therapeutischen Nutzen. Exemplarisch zeigt sich diese Haltung in der Schilderung der »Diagnosestellung«. Im Verlauf ihres stationären Aufenthaltes erfährt sie eher zufällig und nebenbei von ihrer Diagnose: »ich wusste von meiner Diagnose auch gar nichts, irgendwann ist mir mal von diesem einen Arzt äh ein (2) äh so ne Broschüre über Schizophrenie in die Hand gedrückt worden« (Z. 426). Damit kritisiert sie neben der unpersönlichen ärztlichen Haltung vor allem die Sinnlosigkeit eines stationären Aufenthaltes: »es kommt einem ja unendlich lang vor, da so ne Zeit und also man hat ja auch nicht wirklich was zu tun, man hat zwar da seine Therapien und=und irgendwas stumpfsinniges aber ähm (2) also das na ja egal« (Z. 455 f.). Mit dem Zusatz »na ja egal« vermittelt sie den Eindruck, als seien weitere Ausführungen zu diesem Thema nicht weiter lohnenswert – das Thema Psychiatrie ist für sie nicht relevant. Frau Schubert bleibt zwei Monate auf der Station. Zu den (therapeutischen) Inhalten dieses

Aufenthalts erzählt sie nichts und sie beendet ihre Erzählung zum Klinikaufenthalt nach kurzer Zeit mit dem lapidaren Hinweis auf ihre Entlassung: »und (2) ja ich bin dann entlassen worden« (Z. 475).

Auf die Diagnose Schizophrenie reagiert Frau Schubert mit einem ›Schock‹ und sie hat große Mühe, die Diagnose zu akzeptieren. Als Kernpunkt ihres Krankheitsverständnisses zeigt sich die Einordnung der psychischen Erkrankung als klar definierbare Abweichung von einer normativ gesetzten Normalität:

436 *ich hab immer gedacht, ich bin doch normal, ich bin gesund, ich war die zeit meines lebens gesund und=und äh das kann doch nicht wahr sein irgendwie und ähm also es hat sehr lange gedauert, bis ich mich mit dieser diagnose auch=also ich glaub anfreunden kann man sich damit nie, man kann vielleicht seinen frieden in gewisser weise finden damit, aber ähm mh (2) na ja,*

Frau Schubert greift in der Darstellung ihrer Einstellung zur Erkrankung auf eine Freund/Feind-, d. h. Kriegsmetaphorik zurück und illustriert damit auf eindrucksvolle Weise ihr Krankheitsverständnis. Ihre Einstellung zur Erkrankung beschreibt sie als zunächst durch Feindschaft (Negation von Freund, bzw. Frieden) gekennzeichnet. Diese feindliche Haltung hat sie in einem langwierigen Prozess (»sehr lange gedauert«) aufgegeben. Ihr heutiges Verhältnis zur Erkrankung bestimmt sie wiederum zunächst durch die Negation: zu einem freundschaftlichen Verhältnis, so ist sie sich sicher, wird es *nie* kommen. Die Bezeichnung »vielleicht seinen frieden in gewisser weise« deutet eher, um in der Kriegsmetaphorik, auf einen erzwungenen ›Waffenstillstand‹ hin: Frau Schubert weist die Diagnose zwar nicht zurück, sondern akzeptiert sie vielmehr als unabwendbares Ereignis. Es ist jedoch offensichtlich, dass es sich hierbei um eine erzwungene Akzeptanz handelt.

Nach ihrem Krankenhausaufenthalt zieht sie zunächst wieder an ihren Studienort zurück. Im Vordergrund ihrer Erzählung der nachklinischen Krankheitsphase steht der krankheitsbedingte, soziale Rückzug. Frau Schubert beschreibt dies als »ganz furchtbare phase« (Z. 605). Im Mittelpunkt steht eine »wesensveränderung« (Z. 583): Frau Schubert verliert das Interesse an ihren Freunden und ihrem Studium. Sie beschreibt sich als »sehr lethargisch, also bei weitem nicht so in dieser (2) mh ja einfach nicht so kraftvoll, wie ich sonst eigentlich immer gewesen war und=und halt ähm auch weggefreudig« (Z. 606). In dieser Zeit trennt sich ihr Partner von ihr. Diese Trennung wird von ihr nur kurz erwähnt und in einen kausalen Zusammenhang mit ihrer psychischen Veränderung gestellt: »daran ist dann im endeffekt auch diese beziehung zu tommy zerbrochen, der hat dann ende des jahres schluss gemacht, weil der kannte mich halt als aufgedrehtes mädchen und die energiegeladen ist« (Z. 540f.). Typisch für ihre Schilderung des Genesungsverlaufs ist die Gegenüberstellung von Attributen *vor* und *nach* dem Eintritt der psychischen Erkrankung. Die psychische Erkrankung stellt sich als Abweichung von ihrem früheren Normalzustand dar. Analog dazu wird das

Erreichen des früheren Zustands zum zentralen Indikator für einen erfolgreichen Genesungsprozess. Frau Schubert sieht sich in einem Prozess, in dem sie sich wieder zu der Person vor dem Krankheitsausbruch entwickelt: *»also ich hab dann wieder zum teil so meine alte lockerheit wieder gewonnen, hab äh dann nicht mehr so angst gehabt, zu sprechen, zu reden, also ich war ja auch noch sehr still am anfang, aber dann so kam die flotte lippe wieder«* (Z. 478–80). Die positive Entwicklung macht sie an ihrer sozialen Einbindung in einen Freundeskreis fest, *»und da bin ich auch so richtig wieder aufgeblüht«* (Z. 658). Während dieser Zeit lernt sie auch ihren jetzigen Partner kennen. Auch das erfolgreiche Studium steht für eine insgesamt erfolgreiche Rehabilitation. Der sozialen Anerkennung ihrer Leistungen kommt eine große Bedeutung zu: So hat sie sich einen *»kleinen namen bei den profs gemacht, also die kannten mich dann eben auch mit namen und bin dann auch also ich hab erfolgreich studiert«* (Z. 672). Den kurz darauf erfolgenden zweiten Krankheitsausbruch, in dessen Folge sie etwa zwei Monate stationär-psychiatrisch behandelt wird, schildert Frau Schubert als weit weniger gravierend. Sie erzählt hierüber nur wenig und stellt diese Episode sowohl in zeitlicher Hinsicht wie auch in ihrem Schweregrad als eine kurzfristige Abweichung von dem nach der Ersterkrankung wieder erreichten Gesundheitszustand dar; *»ich bin schneller wieder gesundet einfacher als damals«* (Z. 708). Wichtig ist es Frau Schubert an dieser Stelle zu betonen, dass sich ihr Freund trotz Schwierigkeiten nicht von ihr getrennt hat: *»der sammy war zu der zeit auch immer für mich da der hat sich nicht getrennt deswegen und war aber auch ne sehr schwierige Zeit für ihn«* (Z. 695). Diese Schwierigkeiten führt sie wie zuvor auf das während der Psychose abweichende Verhalten von ihrem ›Normalgesundheitszustand‹ zurück: Er habe sie als *»aufgeschlossenen, für ihn sympathischen, lustigen menschen kennengelernt und ich hab mich dann halt während der psychose auch ganz stark von ihm zurückgezogen«* (Z. 696).

Seit der letzten Krankheitsphase befindet sich Frau Schubert in ambulanter, psychotherapeutischer Behandlung. Die Inhalte der Therapie spielen aber für sie eine untergeordnete Rolle: Da sich die Wiederherstellung ihres früheren Gesundheitszustands wieder eingestellt hat, beurteilt sie die Therapie aus ihrer Sicht als nicht wirklich notwendig. Der Therapiebesuch dient nicht so sehr der therapeutischen Arbeit an ihrer Person, sondern fungiert eher als Beleg für die bereits erreichte Stabilisierung: *»also ich bin stabil, also das ist eher, also ich muss da jetzt nicht so viel über über mich oder so erzählen, ich erzähl schon über mich aber in dem=aber nur um (I: [räuspern]) um zu=ihm zu zeigen oder um gemeinsam an meiner stabilisierung zu arbeiten oder also die=die ja jetzt auch erreicht ist«* (Z. 739).

Kinderwunsch als biografische Option

Das Thema der Studie Familienplanung kommt erstmals nach der Beendigung der Haupterzählung zur Sprache. Frau Schubert führt es selbst auf der metanarrativen Ebene als ›Thema Kinderwunsch‹ ein:

752 *(etwas lauter ausrufend) ah ja, natürlich, jetzt zum thema, wir haben ja auch äh thema kinderwunsch und so gesprochen, also ich kann sagen, dass ich äh (3) nie (gedehnt) also ich=ich wollte schon immer, also nicht schon immer, also so mit 19, 20 hat sich das so herauskristallisiert, dass ich mir zumindest vorst=schon gedacht hab, ich mö=ja [prosodisch melodios, SK] ich glaub schon, dass ich mal kinder haben will und ähm ich mein durch die psychische erkrankung ist das natürlich anders gekommen*

Frau Schubert beginnt ihre Ausführungen mit einer Ankündigung: »also ich kann sagen«. Erwartbar wäre ein darauf folgendes, quasi öffentliches Statement zu ihrer Einstellung zum Kinderwunsch. Umso auffälliger ist der auf die Ankündigung folgende Bruch: Die Äußerungen sind durch Satzabbrüche, Reformulierungen und Unsicherheitsmarkierer ausgezeichnet. So wird etwa das ausschließende »nie« nicht inhaltlich eingelöst, sondern zunächst in ein »schon immer« verkehrt und anschließend erneut als Gegenteil reformuliert: »also nicht schon immer«. Inhaltlich rekurriert Frau Schubert sowohl auf einen biografisch konstanten Kinderwunsch (»wollte schon immer«) wie auch auf einen entwicklungsbedingten Kinderwunsch (»herauskristallisiert«). Gleichzeitig wird der Kinderwunsch einerseits als eindeutig (»nie« bzw. »immer«) und andererseits als äußerst vage (»zumindest vorst=schon gedacht« bzw. »glaub schon«) dargestellt. Diese ausgeprägten Suchbewegungen deuten auf eine dahinterliegende strategische Haltung hin. Sie ist dadurch zu erklären, dass sich Frau Schubert hier auf dünnem Eis bewegt; sie will nichts Falsches sagen. Offensichtlich birgt das Thema Kinderwunsch für Frau Schubert enormes Konfliktpotenzial. Der Kinderwunsch und die psychische Erkrankung stehen in einem spannungsreichen Verhältnis, wie der abschließende Kommentar nahelegt: »durch die psychische erkrankung ist das natürlich anders gekommen«. ⁵⁸ Vor diesem Hintergrund kann der zu Beginn der Ausführungen auftauchende Negationspartikel »nie« nun als Ausdruck eines spezifischen Sinns gelesen werden: Das »nie« ist möglicherweise darauf bezogen, dass Frau Schubert bis

58 Aufschlussreich für die Analyse ist hier der Einbezug der Prosodie, mit der Frau Schubert ihre Äußerungen in einer spezifischen Weise rahmt. Die Ausführungen zum Kinderwunsch sind mit einem hohen, melodischen Tonfall unterlegt. Dieser erzeugt bei der ZuhörerIn den Eindruck eines heiteren und unbeschwerten Kinderwunschs. Die hierauf folgende Äußerung, die dem Kinderwunsch gegenübergestellt wird, »durch die psychische erkrankung ist das natürlich anders gekommen« unterlegt Frau Schubert dagegen mit einem tieferen Tonfall. Mit dem hierdurch markierten Stimmungswechsel wird der ›unbeschwerte‹ Kinderwunsch durch die psychische Erkrankung zu einer ›ernsthaften Angelegenheit‹.

zum Eintritt der psychischen Erkrankung ihren Kinderwunsch nicht problematisierte (resp. nicht problematisieren *musste*). Die psychische Erkrankung verändert den Umgang mit dem Kinderwunsch grundlegend und unvermeidlich (*»natürlich anders gekommen«*) [Hervorh. SK].

Anstelle weiterer Argumentationen schildert Frau Schubert nun eine Begebenheit mit einem sie behandelnden Psychiater, den sie nach ihrem zweiten stationären Klinikaufenthalt in regelmäßigen Abständen aufsucht. Diese Arztbesuche rahmt sie einleitend tendenziell negativ und schließt damit an die bereits zuvor geäußerte Kritik am psychiatrischen Hilfsangebot an:

758 also da war nicht in therapie, das war halt einfach so zum medikamentenschreiben so verschreiben lassen und um zu gucken, wies einem geht also da bin ich=das hat fünf minuten immer gedauert, der hat gefragt, wie geht's ihnen? und so weit äh nicht und so weiter, ja wie geht's ihnen? und ich hab gesagt, ja mir geht's gut und das wars also pff also lächerlich eigentlich

In Frau Schuberts Schilderung ist die Behandlung des Psychiaters auf das »Medikamentenverschreiben« beschränkt. Als Stilmittel nutzt sie den wörtlichen Redebericht, mit dem sie die Oberflächlichkeit der Begegnung hervorheben kann. Im evaluativen Abschlusskommentar (*»lächerlich eigentlich«*) bringt sie ihre Kritik auf den Punkt. Frau Schubert macht deutlich, dass sie eine andere Vorstellung einer angemessenen Behandlung hat, die sich eben nicht auf höfliche Floskeln beschränkt, sondern ein tatsächliches Interesse an ihrem Gesundheitszustand beinhaltet. Ihre Kritik an der Diskrepanz zwischen Ideal und Realität fällt umso schärfer aus, als Frau Schubert für jeden dieser Termine eine weite Reise unternimmt. Im Rahmen eines solchen Arzttermins kommt Frau Schubert von sich aus auf das Thema Kinderwunsch zu sprechen.

763 und auf jeden fall, also den hab ich da aber schon mal gefragt und gesagt, ich war damals drei=24, und hatte ne feste beziehung, da denkt man ja natürlich schon mal an an kinder, also nicht konkret, ich wollte immer erst studieren und arbeiten, aber man stellt sich's einfach vor, man überlegt und auch wenn das auch kein großes problem äh kein großes thema zwischen meinem damaligen freund dem tommy und mir gewesen war, kinder oder so, aber man (2) ist ja auch schon ein paar monate zusammen gewesen und man hat sich ne längerfristige beziehung vorstellen können und so=so als gedankenspiel wars eben schon präsent und der hat dann aber schon gesagt, ja dass ich erst mal zu ende studieren sollte und dass es eben mit meiner erkrankung dass ich da jetzt halt nicht gleich äh dass da nicht der kinderwunsch im vordergrund stehen sollte, sondern schon so, dass man ein bisschen abstand auch von der äh von der aktualität der erkrankung bekommt und so und das hat mich dann einfach geärgert, weil ich mir gedacht hab da pfuscht=da redet mir jemand rein, in meine lebensplanung

Warum ist diese Begebenheit für Frau Schubert erzählenswert? Klar ist, dass Frau Schubert mit ihrer Frage an den behandelnden Psychiater offensichtlich nicht auf

eine tatsächliche Realisierung eines Kinderwunschs zielte. Im Gegenteil: Mehrfach betont sie, dass sie während dieser (erzählten) Zeit gerade *keine* Kinder wünschte und stattdessen zunächst einen Studiumsabschluss bzw. einen Berufseinstieg präferierte. Gleichzeitig aber begründet sie ausführlich, warum ein Kinderwunsch damals eine durchaus angemessene und vernünftige Handlung gewesen wäre: »man (2) ist ja auch schon ein paar Monate zusammen gewesen und man hat sich ne längerfristige beziehung vorstellen können.«.⁵⁹ Ein Kinderwunsch wird damit als eine *mögliche* biografische Option vorgestellt, die Frau Schubert hätte wählen *können*, die sie aber aus den dargelegten Gründen nicht wählen *wollte*. Mehrmals betont Frau Schubert in ihrer Argumentation also den optionalen Gehalt ihres Kinderwunschs, während sie gleichzeitig einen konkreten Kinderwunsch zu diesem Zeitpunkt zurückweist.⁶⁰ Nun aber, mit der Äußerung des Arztes, entspringen die Gründe gegen einen Kinderwunsch nicht mehr ihrem eigenen Handlungsbereich, sondern dem Bereich der für sie unbeeinflussbaren psychischen Erkrankung. Ein freiwilliger Verzicht ist nun ausgeschlossen. Kernpunkt ihrer Erzählung ist die außerhalb ihrer Entscheidungsmacht liegende Schließung einer für sie bis dahin uneingeschränkten *Option Kinderwunsch*: »es hat mich einfach geärgert, dass ich, wenn ichs denn hätte wollen nicht gekonnt hätte« (Z. 778).⁶¹

Auf die Einwände des Arztes gegen eine baldige Realisierung ihres Kinderwunschs reagiert sie mit Ärger – und nicht etwa mit Trauer oder Enttäuschung, was als ebenso angemessene Reaktionen vorstellbar wäre. Das Spezifische des Ärgers erschließt sich aus der damit einhergehenden Positionierung dem Psychiater gegenüber: Frau Schubert nimmt dessen Äußerungen offenbar als Angriff auf ihre Autonomie wahr, die sie gewahrt sehen möchte. Die Einordnung als ›Angriff‹ schließt sinnhaft an die zuvor gewonnene Lesart einer zunächst ›kriegerischen‹ Auseinandersetzung mit der Diagnose an. Die ›feindliche‹ Einstellung gegenüber ihrer Erkrankung wird jetzt in eine fast aggressive Haltung dem Arzt gegenüber überführt. Sie nimmt die Einwände des Psychiaters nicht nur als ungerechtfertigte, sondern – aufgrund der vorangestellten Kritik – auch als inkompetente Einmischung in ihre ›Lebensplanung‹ wahr. Der Psychiater wird in seiner Person abgewertet, indem sie ihm die Kompetenz für eine solche

59 Mit dem Wechsel in die ›man-Perspektive‹ bekräftigt Frau Schubert die Anerkennung ihres sozial konformen Kinderwunschs.

60 Die Lesart des Kinderwunschs als Ausdruck einer biografischen Option – gegenüber einem realen Kinderwunsch – wird insbesondere dadurch gestützt, dass Frau Schubert im Nachfrageteil, als sie noch einmal auf die zugrunde gelegte Partnerschaftssituation zu sprechen kommt, diese als sehr problematisch beschreibt: »ich wollte ihn nicht mehr sehen, ich hatte keine lust mehr drauf ihn zu sehen« (Z. 1280).

61 Hier drängt sich natürlich die Frage auf, warum Frau Schubert ihren Kinderwunsch thematisierte, zumal sie mit der Beziehung, wie sie an anderer Stelle betont, nicht mehr zufrieden war und sich bereits eine Trennung anbahnte.

Beurteilung abspricht: »*da pfuscht=da redet mir jemand rein*« (Z. 775). Die Kritik an seiner ›oberflächlichen‹ Betreuung, mit der Frau Schubert die Erzählung zum Kinderwunsch einleitete, erhält nun im Lichte dieser Positionierung ihren spezifischen Sinn: Frau Schubert spricht ihm das Recht zum Eingriff in ihre Lebensplanung ab und begründet dies mit dem Mangel an fachlicher Kompetenz zur Beurteilung ihrer Lebenssituation.

An dieser Stelle kann eine interessante Erzählfigur freigelegt werden: Einerseits kritisiert Frau Schubert die ›oberflächliche‹ Behandlungsweise des Arztes und sie zeigt anhand ihres Ärgers, dass sie seine Einwände gegen einen Kinderwunsch zurückweist. Andererseits gibt sie seine Äußerungen zum Kinderwunsch eher moderat wieder. Tatsächlich erscheinen seine Äußerungen durchaus nachvollziehbar; schließlich votiert er nicht generell gegen ihren Kinderwunsch, sondern legt ihr vielmehr nahe, den Kinderwunsch »*jetzt halt nicht gleich*« zu realisieren, sondern zunächst »*ein bisschen abstand*« zur Erkrankung zu gewinnen und stattdessen das Studium in den Vordergrund zu stellen. So gesehen decken sich die Äußerungen des Arztes weitgehend mit den von ihr selbst vorgebrachten Argumenten gegen eine frühzeitige Realisierung eines Kinderwunschs. Tatsächlich besteht also eine Diskrepanz zwischen seinen moderaten Empfehlungen und ihrer emotionalen Reaktion und es stellt sich die Frage, warum Frau Schubert auf diese eher gemäßigte Empfehlung des Arztes derart ›gereizt‹ reagiert. Möglicherweise ist diese Diskrepanz als Ausdruck eines ›Erzähl-Dilemmas‹ zu verstehen: Dieser Lesart zufolge will Frau Schubert einerseits die Äußerungen des Arztes als ›ungerechtfertigte‹ Einmischung in ihre autonome Lebensgestaltung darstellen. Das Ziel der Erzählung ist es hier, ihre Autonomie zu demonstrieren. Andererseits kann sie aber seine Äußerungen nicht als starken Angriff einordnen, ohne Gefahr zu laufen, dass sich bei der Interviewerin der Eindruck ergibt, der Arzt könne *tatsächlich gewichtige* Einwände gegen einen Kinderwunsch vorgebracht haben. Je eher Frau Schubert die Äußerungen des Arztes mit inhaltlichen Gründen gegen ihren Kinderwunsch ausstattet, desto größer ist die Gefahr, dass die psychische Erkrankung gegen ihren Kinderwunsch ausgespielt wird. Dagegen kann sie mit einer gemäßigten Schilderung seiner Einwände den Eindruck bei der Interviewerin vermeiden, dass es gute Gründe gegen eine Realisierung ihres Kinderwunschs geben könnte. Die Empfehlungen des Arztes, den Kinderwunsch zurückzustellen, will sie – trotz ihrer Kritik an seinem ungerechtfertigten »Angriff«, die eine Gegenpositionierung impliziert – demnach gerade nicht als möglicherweise berechtigten ärztlichen Einwand gegen einen Kinderwunsch verstanden wissen.

Im Folgenden schildert Frau Schubert eine zweite Begebenheit, bei der die psychische Erkrankung mit ihrem Kinderwunsch verknüpft wird: Nach dem zweiten Klinikaufenthalt kommt es in der Partnerschaft zu einer Krise, in deren Verlauf sich Frau Schuberts Partner (der auch zum Interviewzeitpunkt

ihr Partner ist) von ihr trennen möchte. Diesen Trennungswunsch stellt Frau Schubert in einen Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung. Im Verlauf dieses Konflikts äußert der Partner, »dass er keine psychotischen Kinder haben will und das ist sein Spruch, das hat er unüberlegt gesagt, dafür hat er sich auch schon 1000 mal entschuldigt«. Mit ihrem Zusatz bewertete sie die Äußerungen des Partners sowohl aus ihrer eigenen Sicht, aber insbesondere auch *aus seiner Sicht* als unrichtig und unangemessen: zum einen machte er diese Äußerung »unüberlegt«, d. h. sie entbehrt einer rationalen Grundlage; zum anderen hat er sich »auch schon 1000 mal entschuldigt«. Ebenso, wie sie sich durch die Äußerungen des Arztes in ihren biografischen Möglichkeiten beschränkt sieht und dementsprechend auf diese Äußerungen mit einer fast aggressiven Zurückweisung reagiert, ordnet sie die Äußerung des Partners als einen ›Angriff‹ ein. Gleichzeitig macht sie deutlich, dass er sich mit seinen Äußerungen im Unrecht weiß und sie daher entsprechend zurücknimmt. Die Möglichkeit eines Ausschlusses von psychischer Erkrankung und Kinderwunsch wird dadurch zwar thematisiert, jedoch zugleich negiert.

Krankheitsverständnis und Kinderwunsch

Die Zurückweisung beider Einwände gegen ihren Kinderwunsch – einmal aus ärztlicher Sicht und einmal aus der Sicht des Partners – werden im Licht ihres spezifischen Krankheitsverständnisses verständlich, das sie in die anschließende Argumentation einfließen lässt:

798 also ich kann nichts für äh ich=ich kann halt nichts für diese Erkrankung, dass ich das hab, also ich hab weder Drogen genommen noch sonst irgendwas, dass ich das selbst herbeigeführt hätte irgendwie so=so ne Erkrankung und äh das hab ich nun mal, ich=ich nehm Medikamente und bin da auch inzwischen ganz vernünftig, dass ich die nicht mehr absetze

Frau Schubert betont, dass sie keine ›Mit-Schuld‹ an ihrer Erkrankung trägt: »ich kann halt nichts für diese Erkrankung«. Die psychische Erkrankung wird damit als ein von außen verursachtes Ereignis konstruiert. Da die Ursache der Erkrankung außerhalb ihrer Person liegt, verfügt sie auch nicht über die Möglichkeiten, die Krankheit abzuwenden: »das hab ich nun mal«. Ohne dies an einer Stelle ihrer Erzählung explizit zu machen, aktualisiert Frau Schubert ein naturwissenschaftlich-medizinisches Krankheitsmodell. Dies beinhaltet zwar die theoretische Möglichkeit der individuellen »Mit-Schuld« in Form der aktiven »Herbeiführung«, wie z. B. durch Drogeneinnahme. In ihrem Falle jedoch weist Frau Schubert eine solche ›Mitschuld‹ an der Krankheitsentstehung weit von sich. Obwohl Frau Schubert keine Handlungsmöglichkeiten sieht, ist damit keine passive Opferhaltung verbunden. Im Gegenteil: Mit ihrem Hinweis auf die regelmäßige Medikamenteneinnahme führt sie den Aspekt der Eigenverant-

wortlichkeit und der Möglichkeiten einer aktiven Handlungskontrolle explizit wieder ein. Mit ihrem Krankheitsverständnis positioniert sich Frau Schubert als ›aufgeklärte Betroffene‹, die ihre psychische Erkrankung als Ausdruck einer medizinisch begründbaren Abweichung von einem Normal-Gesundheitszustand beurteilt und die ihr zustehenden Handlungsmöglichkeiten voll ausschöpft. Diese drücken sich als ›vernünftiges Gesundheitsverhalten‹ aus. Mit diesem Gesundheitsverhalten rechtfertigt sie es, die Einschränkungen, die ihr sowohl vom Arzt als auch von ihrem Partner auferlegt werden, zurückzuweisen.

Der ›vernünftige‹ Umgang ermöglicht ihr ein (begrenzt)es Ausmaß an Kontrollmöglichkeiten über die Erkrankung. Diese Kontrolle muss jedoch mit einer Einschränkung ihrer biografischen Möglichkeiten erkaufte werden. Die Eigenverantwortlichkeit wird zu einer permanenten Verpflichtung und geht so mit einem Autonomieverlust einher.

845 *ich bin so=son kleiner freigeist und so, ich=ich mag keine vorschriften, also ich bin kein anarchist oder so, aber ich möcht mein leben so gestalten, wie ICH das will und wenn ich irgendwie vorhab (2) also ich möchte einfach die möglichkeit haben, mich frei zu entscheiden und diese möglichkeit ist dann mit so ner erkrankung, man nimmt medikamente und man muss mit rückfallrisiko=also man kann nicht einfach so in den tag rein plan=äh planen, das oder rein leben, man muss vernünftig sein*

Diese Einschränkung zeigt sich auch im Zusammenhang mit ihrem Kinderwunsch. Auf die Nachfrage der Interviewerin, was sie an dem Gespräch mit dem Psychiater geärgert habe, thematisiert Frau Schubert die psychische Erkrankung als ein Merkmal, das sie in prinzipieller Weise von Frauen ohne psychische Erkrankung unterscheidet. In der benannten Auseinandersetzung mit dem Psychiater ist ihr »halt irgendwie klar geworden (.), dass ich äh dass ich da was hab, was mich von anderen frauen in ja unterscheidet« (Z. 853). Dieser Unterschied bezieht sich sowohl auf die Medikamenteneinnahme als auch auf die Selbstkontrolle:

858 *ich kann diese medikamente, die ich JETZT im moment nehm, kann ich=ich kann die nicht weiter nehmen, die müssen umgestellt werden, ich muss ganz a=ich muss halt wirklich gucken, auch im=zum wohl meines kindes, das=also ich muss mich halt einfach selbst beobachten, wie meine stimmungen ist, ob ich gefahr laufe in ne psychose zu kommen, auf die frühwarnzeichen zu achten und so, also es geht halt nicht so locker und=und=und das ist mir, glaube, in dem moment irgendwie schlagartig bewusst geworden, dass ich einfach nicht so planen kann*

Pragmatischer Umgang und Relativierung der Risiken

Frau Schuberts Sichtweise auf ihre psychische Erkrankung und insbesondere auf die damit einhergehenden Einschränkungen stellt das Ergebnis eines Entwicklungsprozesses dar. Während sie für die ersten Jahre nach dem Krankheitsausbruch

die zwangsläufigen Einschränkungen hervorhebt, betont sie für die gegenwärtige Situation eher einen pragmatischen Umgang mit der Erkrankung. Die psychische Erkrankung wird als kontrollierbar und die mit der Erkrankung einhergehenden Einschränkungen werden als vergleichsweise moderat dargestellt.

905 *seh das auch nicht mehr als so großes handicap an, es IST zwar ein handicap, aber eins mit dem man leben kann äh mit den medikamenten und so, dass ich jetzt einfach mit äh dann halt ein frauenarzt und ein psychiater, dass ich das dann mit denen absprechen muss, im falle einer schwangerschaft, dass man da halt einfach bisschen was noch äh dass da einfach noch ein zusätzlicher arzt eingeschaltet werden muss äh um das dann mit den medikamenten abzusprechen und dass ich dann halt bisschen NOCH mehr als jetzt, auf mich gucke mach ich zwar eh schon, aber vielleicht dann wenn man die verantwortung für ein neues leben in sich trägt, dass=dass man das eigentlich dass man das NOCH mehr macht dann einfach ja*

Mit der Bezeichnung ›Handicap‹ für ihre psychische Erkrankung bedient sich Frau Schubert aus dem Sprachgebrauch der aktiven Behindertenbewegung.⁶² Der Begriff impliziert einen selbstbewussten Umgang mit einer umgrenzten Einschränkung. Zwar stellt die psychische Erkrankung nach wie vor eine Beeinträchtigung dar. Diese ist jedoch eher auf der Ebene des alltäglichen Umgangs anzusiedeln als auf jener der gesamtbiografischen Gestaltungsmöglichkeiten. Dies entspricht ihrer bereits zuvor geäußerten Einstellung zu ihrer Krankheit: »also ich glaub anfreunden kann man sich damit nie, man kann vielleicht seinen frieden in gewisser weise finden damit« (Z. 439). Im Vordergrund steht ein pragmatischer Umgang mit potenziellen Problemen. Frau Schubert bedient sich der ihr zur Verfügung stehenden Hilfen. So betont sie etwa, dass im Falle einer Schwangerschaft »einfach noch ein zusätzlicher arzt« einzuschalten ist, »um das dann mit den medikamenten abzusprechen«. In der Zusammenarbeit mit Fachpersonen wird das Risiko der Medikamenteneinnahme zu einem überschaubaren Problem. Auch sie selbst kann mit ihrem Verhalten einen wichtigen Beitrag zu einer Risikoreduktion leisten. Sie wird die (ohnehin praktizierte, s. o.) Selbstbeobachtung ausweiten und sich über das übliche Maß hinaus kontrollieren. Die Tendenz zur relativierenden Einordnung der implizit zugrunde gelegten reproduktiven Risiken zeigt sich vor allem dort, wo sie auf die Sicht ihres Partners zu sprechen kommt:

62 Nach einer Definition der WHO bezeichnet »Handicap« eine Benachteiligung auf der sozialen Ebene, die aus einer Behinderung resultiert (World Health Organization: International classification of impairments, disabilities and handicaps. Genf 1980). Damit wird im Gegensatz zu Begriffen wie Schädigung oder Behinderung, die auf die personale Ebene verweisen, die gesellschaftliche Bedingtheit einer Behinderung betont: Nicht das Individuum ist behindert, sondern wird durch gesellschaftliche Bedingungen, z. B. auch Stigmatisierung in seinen Möglichkeiten behindert. Die Nutzung des Begriffes »Handicap« impliziert eine kritische Sicht auf die gesellschaftliche Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen und kann so einem neuen, emanzipatorischen Selbstverständnis behinderter Menschen zugeordnet werden.

1026 also der hat da schon bisschen angst auch=auch äh was das äh risiko be=betrifft, wa=äh was meine=was unsere kinder dann hätten auch ne=ihrerseits ne psychische erkrankung zu kriegen oder zu haben und ähm also er hat dann schon ein bisschen angst, dass=also man hat=man hat ja, wenn einer der partner schon psychisch vorbelastet ist und in unserer familie ist=von meiner seite kommt da eben einfach ne=ein höheres risiko äh dazu, da=da ist=da ist halt das risiko wahrscheinlicher, dass mein kind oder unsere kinder mal so was wie ne psychose oder so was kriegen, psychisch auffällig werden ähm BISSCHEN höher, also ich weiß nicht wie viel, ich glaub zehn prozent höher oder acht bis zehn prozent, ich kenn jetzt die genauen zahlen nicht und damit muss er halt schon AUCH leben, das ist für ihn halt doch was anderes, als wenn er jetzt mit irgend nem anderen mädchen zusammen wär, da würde man gar nicht über so was reden, dann äh wäre das halt akut, wenn=wenn das kind dann mal mit ende 20 oder so krank würde, dann würde man sich halt DA gedanken darüber machen, aber bei uns ## zumindest, da ist das halt schon von anfang an mit drin

In dieser Erzählfigur übernimmt der Partner die Rolle des Bedenkenträgers. In einer argumentativen Auseinandersetzung kann sie seine Bedenken unter Einbezug fachspezifischer Kenntnisse entkräften. Mit ihrem Hinweis auf die Ängste des Partners vermittelt Frau Schubert zum einen, dass ihr Partner über die bestehenden Risiken informiert ist und sich *dennoch* für eine gemeinsame Familiengründung entscheidet. Gleichzeitig relativiert Frau Schubert die Angst des Partners (*»ein bisschen angst«*). Mit einem Hinweis auf die statistische Wahrscheinlichkeit, mit der sich Frau Schubert erneut als fachlich informiert präsentiert, kann sie die Risiken auch *»objektiv«* relativieren: das Risiko ist *»BISSCHEN höher«*. Durch die Offenlegung des relativierten Risikos kann Frau Schubert die Angst des Partners auch selbstbewusst als eine zwar unumgängliche, jedoch durchaus akzeptable Bedingung einführen: *»damit muss er halt schon AUCH leben«*. Mit ihren Erläuterungen relativiert Frau Schubert nicht nur die implizit zugrunde gelegten reproduktiven Risiken, sondern auch die zuvor noch betonte Differenz zu anderen Frauen: Sie konstruiert in einem gedankenexperimentellen Vergleich zwar einen Unterschied zwischen ihrer eigenen Situation und der Situation einer Frau ohne psychische Erkrankung (*»mit irgend nem anderen mädchen«*). Die Bedeutung des Unterschieds relativiert Frau Schubert jedoch, indem sie den Fokus auf den Zeitpunkt der Auseinandersetzung mit einer psychischen Erkrankung legt: Nicht das geringe Risiko der Weitergabe der psychischen Erkrankung ist entscheidend, sondern die Form der Auseinandersetzung mit dem Thema einer psychischen Erkrankung. Während in ihrem Falle die Möglichkeit einer psychischen Erkrankung des Kindes bereits *von vornherein* in ihrer Partnerschaft thematisiert wird, erfolgt eine solche Auseinandersetzung in der konstruierten Partnerschaft (ohne psychische Erkrankung der Partnerin) *erst zum Zeitpunkt einer Erkrankung*. Impliziert wird damit, dass jedes Kind psychisch erkranken

kann. Frau Schubert belässt es in ihrer Argumentation aber nicht bei einer Relativierung der psychischen Erkrankung und der Fokussierung eines pragmatischen Umgangs. Vielmehr wird die Tatsache der eigenen psychischen Erkrankung sogar positiv gewendet. Die zwangsläufig frühe Auseinandersetzung mit einer möglichen psychischen Erkrankung eines potenziellen Kindes stellt sich aus dieser Perspektive sogar als ein Vorteil gegenüber jenen Eltern dar, die sich nicht auf eine psychische Erkrankung des Kindes vorbereiten können:

1040 wobei ich das wiederum auch als ähm als gar nicht so schlecht bezeichnen würde, also es ist zwar natürlich, wün (2) das ist nicht toll, wenn das eigene kind psychisch krank werden würde, aber wenn's, gesetzt den fall, das wäre so, ist es dann mit auf=hätte es aufgeklärte eltern, also es würde auf keine vorurteile treffen und man=man würde rechtzeitig schon versuchen, was dagegen zu tun

In ihrer relativierenden Sichtweise sieht sich Frau Schubert weitgehend durch ihr soziales Umfeld bestätigt. Auf die Nachfrage der Interviewerin, ob und wie Frau Schubert das Thema Familienplanung mit weiteren Personen thematisiere, hebt Frau Schubert deren nicht problematisierende Sichtweise hervor. Aus Frau Schuberts Sicht sieht der Vater die reproduktiven Risiken auf die Medikamenteneinnahme während der Schwangerschaft beschränkt. Der Vater, der als Apotheker tätig ist, repräsentiert die medizinische Perspektive, aus der die Risiken bei einer engen Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten als gering zu beurteilen sind: »er hat mir halt gesagt, dass man da mit den medikamenten, mit dem psychiater halt eng zusammenarbeitet oder der medikamente wegen eng mit dem psychiater dann auch zusammenarbeitet, aber das dass kein problem ist, an sich« (Z. 1132). Von der Mutter erfährt Frau Schubert ebenfalls eine Entlastung: »meine mutter, ich glaub ähm (2) die sagt auch, dass das mal kein problem sein wird« (Z. 1135). Gleichzeitig wird die Mutter zur Bedenkenträgerin. In deren Figur wird erstmals das Risiko eines Krankheitsrezidivs im Zusammenhang mit einer Mutterschaft thematisiert, während dies in Frau Schuberts Argumentation bislang keine Rolle spielte: »die ist, glaub ich, die ist auch froh, wenn das=wenn das sich ein paar jahre erst mal nach hinten verzögert, weil sie auch denkt, das ist für mich besser wär, wenn ich jetzt erst mal allein noch also was heißt alleine, aber ohne kind bin weil das ja auch noch=das stre=ist ja auch ein zusätzlicher stressfaktor muss man ja auch sehen und äh stress ist halt bei mir son bisschen, ist halt schwierig mit stress das kann ja so ne krankheit auch auslösen« (Z. 1135).

Auch durch die Freundin kann Frau Schubert die Bedeutung ihrer psychischen Erkrankung relativieren. Im Vordergrund ihrer Schilderung der Gespräche, die sie mit ihrer Freundin zum Thema Kinderwunsch führt, steht der normalisierende Aspekt: »ich red mit meinen freundinnen da auch ganz normal drüber oder mit der lena jetzt vor allem auch, also ganz normal, da spielt eigentlich meine erkrankung nur noch weniger ne rolle, also das heißt, also wir sind beide gleich

alt, wir haben beide seit mehreren jahren ein freund und dann reden wir halt beide ganz normal drüber, dass wir mal kinder haben wollen« (Z. 1143). Die Differenz zu anderen Frauen ist hier aufgehoben. Zwar ist für Frau Schubert eine Diskriminierung in Bezug auf einen Kinderwunsch bei einer psychischen Erkrankung denkbar und tatsächlich schildert sie ein Beispiel aus einem entfernten Bekanntenkreis. Ihre eigenen Erfahrungen beinhalten aber keine negativen Reaktionen auf ihren Kinderwunsch. In diesem Zusammenhang weist Frau Schubert auf ihren eigenen Anteil an einem angemessenen Umgang ihres sozialen Umfelds mit ihrer psychischen Erkrankung und dem Kinderwunsch hin: »*die sehen ja auch, dass das wieder werden kann und dass man da irgendwo durch auch mit psychopharmaka durchaus lebenswertes leben führen kann dass man zukunfft planen kann, dass man damit kinder kriegen kann«* (Z. 1331). Schließlich wird die Relativierung auch dort deutlich, wo Frau Schubert die Bedeutung der psychischen Erkrankung für ihren Kinderwunsch negiert und stattdessen andere Einflussfaktoren, wie z.B. eine Scheidungsproblematik, betont: »*ich möchte nicht dass meine kinder scheidungskinder werden«* (Z. 962).

Zusammenfassend zeigt sich, dass Frau Schubert einerseits die mit der Erkrankung einhergehenden Einschränkungen betont und diese andererseits aber auch stark relativiert. Diese auf den ersten Blick diskrepante Einstellung erschließt sich in der Analyse der jeweiligen Funktion von Betonung und Relativierung. Im Thematisierungsfeld ›psychische Erkrankung‹ steht die Selbstpositionierung als autonome Person im Vordergrund. Frau Schubert präsentiert sich hier als Person, die sich durch die psychische Erkrankung in ihrer Freiheit eingeschränkt fühlt. In der Problematisierung der Einschränkungen vermittelt sich Frau Schuberts distanzierte Einstellung zur Erkrankung. Zwar akzeptiert sie ihre Diagnose. Die Einnahme einer passiven Opferrolle weist sie jedoch weit von sich. Vielmehr betont sie ihre aktive Rolle in der Krankheitsverarbeitung. Der konkrete Kinderwunsch spielt in diesem Thematisierungsfeld noch keinerlei Rolle, sondern ist lediglich in seiner Funktion als *biografische Option* relevant. Demgegenüber werden im Thematisierungsfeld (aktueller) ›Kinderwunsch‹ die Einschränkungen aufgrund der psychischen Erkrankung als vergleichsweise gering eingeordnet: Frau Schubert ordnet nun die sich für den Kinderwunsch ergebenden Risiken als durchaus kontrollierbar ein. In dieser Konstruktion wird die Realisierung ihres Kinderwunschs nicht durch die psychische Erkrankung gefährdet. Die Relativierung hat hier die Funktion, den konkreten Kinderwunsch als angemessen und unproblematisch darzustellen. In konzentrierter Form wurde dieses Muster auch in der diskrepanten Darstellung der ärztlichen Einwände gegen ihren Kinderwunsch gefunden. Neben der unterschiedlichen Funktion wird die Diskrepanz schließlich auch durch den zeitlichen Verlauf plausibel: Während sich Frau Schubert in der Betonung der Einschränkungen auf eine weiter zurückliegende biografische Phase bezieht, in der sie sich mit dem Eintritt der psychischen

Erkrankung auseinandersetzt, ist die Relativierung der Einschränkungen eher in der aktuellen Lebenssituation zu verorten – einer biografischen Phase, in der die Auseinandersetzung mit der Diagnose weitgehend abgeschlossen ist und in der ein konkreter Kinderwunsch existiert.

f.) Fallstrukturhypothese

i. Biografie und psychische Erkrankung

Frau Schubert erzählt eine stringente Lebensgeschichte, die in Form einer individualisierten Entwicklungsgeschichte die zentralen Themen Kindheit/Familie, Jugend/Partnerschaften, Studium sowie die psychische Erkrankung enthält. Ihre Erzählungen ergänzt Frau Schubert durch zahlreiche Bewertungen etwa der Beziehung zu den Eltern oder ihrer »ersten Liebe«. Diese Bewertungen erfolgen aus einer kritisch-reflektierenden Perspektive. Trotz der geschilderten problematischen Aspekte in ihrer Biografie, wie der Scheidung der Eltern bzw. der emotionalen Beziehungen zu ihren Eltern, wird die eigene Identitätsentwicklung nicht problematisiert. Insgesamt wird das Bild eines durchweg »normalbiografischen Verlaufs« vermittelt und auch explizit geäußert (*»im Großen und Ganzen ein normales Kind oder ne normale Jugendliche«*). Frau Schubert nimmt an keiner Stelle die Rolle eines passiven Opfers ein. Sie präsentiert sich vielmehr als selbstbewusste Frau und sie steht als aktive Gestalterin im Zentrum des Geschehens. Bis zum Zeitpunkt der ersten Krankheitssymptome finden sich in Frau Schuberts Erzählung keinerlei Hinweise auf die später erfolgende Erkrankung. Tatsächlich bricht die psychische Erkrankung – trotz ihres schleichenden Beginns – in die bislang »normal verlaufende Biografie« ein. Auch retrospektiv wird die psychische Erkrankung nicht mit individualbiografischen Ereignissen oder lebensgeschichtlichen Zusammenhängen verknüpft. Frau Schubert verortet die Krankheitsursache sowohl außerhalb ihrer individuellen Handlungsmöglichkeiten als auch jenseits sozialer Umweltbedingungen. Durch die Konstruktion als von außen verursachtes Ereignis entzieht sich die psychische Erkrankung jeder sinnhaften Einordnung in die Biografie. Implizit legt sie ein medizinisches Krankheitsverständnis zugrunde, wonach die Erkrankung als biologisch begründbare Abweichung von einem Normalgesundheitszustand konstruiert wird. Sie akzeptiert sowohl die psychiatrische Diagnose als auch die Medikamenteneinnahme als adäquate Behandlung. Die Akzeptanz der Diagnose beruht aber nicht, wie dies Riemann für eine Gruppe psychiatrischer Patienten nachwies, auf einer passiven oder gar resignativen Haltung im Sinne eines »Eindringens psychiatrischer Terminologie in das eigene autobiografische Kategoriensystem« (RIEMANN 1987: 446 ff.). Die Akzeptanz der Erkrankung geht Hand in Hand mit einer relativierenden Einordnung als »bloßes Handicap«.

Auf der Handlungsebene steht dementsprechend der pragmatische Umgang mit den Risiken und Erfordernissen der psychischen Erkrankung im Vordergrund. Ihrem Krankheitsverständnis entsprechend existiert kein sinnhafter Zusammenhang zwischen Psychiatrie und Biografie. Der Wunsch nach einer strikten Trennung der beiden Bereiche – Normalbiografie und psychische Erkrankung – sowie die ausschließliche Orientierung an der ›Normalbiografie‹ stehen als Bewältigungsanforderung im Vordergrund. Hier ist auch ihre Gering-schätzung des psychotherapeutischen Angebots, »über sich als Person zu reden« einzuordnen. Obwohl sie die Erkrankung zunächst als massive Einschränkung ihrer Lebensqualität einordnet, ›arrangiert‹ sie sich mit der Erkrankung, indem sie die verbliebenen Möglichkeiten zur Handlungskontrolle (z. B. Rezidivprophylaxe) voll ausschöpft. Auch in ihrem sozialen Umfeld geht Frau Schubert selbstbewusst mit ihrer Diagnose um: »*ist ja auch ganz interessant manchmal und dann erzählt man das einfach*«. Ihr Krankheitsverständnis beinhaltet aber zugleich das Wissen um eine nur begrenzte Kontrollmöglichkeit: »*also das kann halt wieder kommen*«. Die psychische Erkrankung reduziert sich auf ein außerhalb ihrer Handlungsmacht liegendes ›geringes Restrisiko‹.

ii. Biografie, Kinderwunsch und psychische Erkrankung

Der Zusammenhang zwischen Kinderwunsch und psychischer Erkrankung wird in zwei Erzählfiguren auf sehr unterschiedliche Weise konstruiert. Zum einen taucht der Kinderwunsch im Thematisierungsfeld »psychische Erkrankung« auf. Der Kinderwunsch hat hier die Funktion einer exemplarischen Darlegung der Konsequenzen einer psychischen Erkrankung. So stellt sich der Kinderwunsch primär als eine biografische Option dar, die Frau Schubert durch die psychische Erkrankung eingeschränkt sieht. Der Kinderwunsch als Ausdruck einer autonomen Lebensgestaltung und das Phänomen psychische Erkrankung schließen sich in dieser Konstruktion aus: »*ich glaub schon, dass ich mal Kinder haben will und ich mein durch die psychische Erkrankung ist das natürlich anders gekommen*«. Frau Schubert präsentiert ihren Kinderwunsch als Resultat eines individualbiografischen Entwicklungsprozesses. Dabei aktualisiert sie auch ein normativ vorgegebenes Familienplanungsmuster, das dem Erreichen eines gesetzten Bildungsabschlusses eine höhere Priorität einräumt als der frühen Realisierung eines Kinderwunschs. Sie orientiert sich damit an einem für junge, gut ausgebildete Frauen präferierten Modell, das die Familiengründung der Sicherung einer beruflichen Existenz nachordnet (SEIDENSPINNER et al. 1996). Allerdings ist die theoretisch gegebene Entscheidungsfreiheit (Aufschub oder Realisierung des Kinderwunschs) nun durch die psychische Erkrankung eingeschränkt: Nun *muss* Frau Schubert aufgrund der psychischen Erkrankung (und nicht etwa freiwillig aufgrund des Studiums) ihren Kinderwunsch aufschieben. Aus dieser Perspektive

nimmt Frau Schubert eine grundlegende Differenz zu Frauen ohne psychische Erkrankung wahr: »*das war so das erste mal, mit diesem Thema Kind, dass mir halt irgendwie klar geworden ist, dass ich da was hab, was mich von anderen Frauen unterscheidet*«.

Eine fast gegensätzliche Bedeutung hat der Kinderwunsch nun in der aktuellen Lebenssituation. Er erscheint nun nicht mehr nur als diffuse biografische Option, sondern wird durch die mittelfristig geplante Realisierung konkret. Hier nun ist die psychische Erkrankung in ihrer Bedeutung auf ein ›Handicap‹ geschrumpft. Die zuvor betonten, mit der Erkrankung einhergehenden Einschränkungen sowie die reproduktiven Risiken werden relativiert. Kinderwunsch und psychische Erkrankung schließen sich in dieser Konstruktion nicht aus, vielmehr rückt das Motiv der Kontrollierbarkeit in den Vordergrund. Die Erkrankung ist ebenso behandel- und damit kontrollierbar wie eine potenzielle Schwangerschaft und Mutterschaft durch entsprechende Maßnahmen »*geregelt*« werden kann. Konsequenterweise muss der Zeitpunkt für eine Realisierung des Kinderwunschs nicht mehr durch die psychische Erkrankung quasi von außen vorgegeben werden, sondern präsentiert sich vielmehr als Resultat eines individuell motivierten, rational begründbaren und zugleich normativ abgesicherten Aufschubs aufgrund der Ausbildung. Mit der beruflichen Prioritätensetzung wird die Differenz zu Frauen ohne psychische Erkrankung aufgehoben: »*also es ist halt bei uns beiden total gleich*«.

iii. Reproduktive Bewältigungsanforderungen

Die klare Trennung von Normalität und Abweichung mit einer ausgeprägten Orientierung an der Normalbiografie erlaubt es Frau Schubert, ihren Kinderwunsch unabhängig von der psychischen Erkrankung zu konstruieren. In ihrem Krankheitsverständnis ordnet sie die psychische Erkrankung als zeitweise Abweichung von einem Normalgesundheitszustand ein. Dies geht einerseits damit einher, dass sie letztlich keine Kontrolle über die Krankheit hat. Andererseits kann sie aber die Risiken durch ein entsprechendes Verhalten, wie z. B. regelmäßige Medikamenteneinnahme und Stressvermeidung, reduzieren. In Anbetracht des unvermeidbaren Restrisikos nimmt sie eine pragmatische Haltung ein. Sie akzeptiert das Risiko und schöpft die verbliebenen Handlungsspielräume aus. Im Umgang mit dem Kinderwunsch spiegelt sich diese Haltung: die reproduktiven Risiken sind zwar unvermeidlich, gleichzeitig aber auch handhabbar und damit zu relativieren. Die potenziellen Risiken werden durch die notwendige »Absprache« mit dem Arzt, bzw. durch die Hinzuziehung eines zusätzlichen Arztes aufgefangen. Als wichtige Ressource fungiert die Partnerschaft zu einem nicht-psychisch erkrankten Partner, der sich des letztlich geringen Risikos bewusst ist und sich dennoch für eine Familiengründung mit Frau Schubert entscheidet.

Zusätzliche soziale Unterstützung erfährt sie durch beide Elternteile, die sie ebenfalls in ihrem Kinderwunsch bestärken. Schließlich stellt die psychische Erkrankung auch in ihrem Freundeskreis ein bekanntes, jedoch als unbedeutend charakterisiertes Thema dar. So liegt der Schlüssel für eine rationale Bewältigung der reproduktiven Risiken einerseits in der Selbstkontrolle, die Frau Schubert dank ihres positiven Krankheitsverlaufs praktizieren kann sowie in der Einbettung in ein soziales Umfeld, das sie in ihrem Kinderwunsch nicht nur unterstützt, sondern auch aufgrund Frau Schuberts offenem Umgang mit ihrer Erkrankung auch auf krankheitsbedingte Veränderungen reagieren kann – zum Schutz von Frau Schubert wie zum Schutz eines potenziellen Kindes.

8 Diskussion

8.1 Vergleichende Falldarstellung: Strukturelle Ähnlichkeiten und Unterschiede

In den fünf biografischen Konstruktionen von Frau Buschfeld, Frau Peschke, Frau Ruhland, Frau Kaufmann und Frau Schubert wird der biografische Verlauf, die psychische Erkrankung und der (verneinte) Kinderwunsch auf äußerst unterschiedliche Weise zusammengeführt. Allen gemeinsam ist jedoch, dass sie sich aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung bereits mehrfach in stationär-psychiatrischer Behandlung befunden haben. Zum Zeitpunkt des Interviews berichten alle Frauen von einer psychopharmakotherapeutischen Behandlung, die durch unterschiedliche Formen psychotherapeutischer Maßnahmen begleitet wird, bzw. wurde. Die psychische Erkrankung trat bei allen Frauen in einem Alter von unter 30 Jahren auf, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die psychische Erkrankung eine Rolle bei den reproduktiven Handlungen oder Überlegungen spielt. Zum Interviewzeitpunkt bewegten sich die Frauen mit ihrem Alter in einer Spanne von Ende 20 bis Anfang 40 und damit biologisch in der »reproduktiven Phase« des Lebens. Alle fünf Frauen lebten zum Interviewzeitpunkt in einer festen Partnerschaft und hatten kein Kind. Als weitere Gemeinsamkeit ist zu erwähnen, dass sich alle fünf Erzählerinnen zu einem Interview bereit erklärt haben, bei dem die Frage eines Kinderwunschs im Zentrum stand. Alle fünf Frauen gleichen sich also darin, dass sie sich – natürlich in unterschiedlicher Weise – dem Thema »Kinderwunsch«, das als einer der zentralen reproduktiven Aspekte gelten kann, stellen und so auf eine bereits zuvor erfolgte Auseinandersetzung geschlossen werden kann. Diese Annahme, die zu einem zentralen Auswahlkriterium für die vorliegende Studie wurde, hat sich in der Auswertung der transkribierten Texte bestätigt (vgl. Kap. 6.3.1).

Jenseits dieser Gemeinsamkeiten weisen die fünf Frauen jedoch auch große Unterschiede auf. So lassen sie sich sowohl in Bezug auf Form und Ausprägung der psychischen Erkrankung unterscheiden. Weder leiden alle fünf Frauen an derselben psychischen Erkrankung noch sind ihre aktuellen Lebenssituationen vergleichbar, wie die folgende tabellarische Übersicht zeigt:

<u>Erzählerin</u>	<u>Alter</u>	<u>Art der Erkrankung</u>	<u>Ersterkrankungsalter</u>	<u>Lebenssituation</u>	<u>Kinderwunsch</u>
Frau Ruhland	Mitte 30	Schizophrenie	Unter 20	Feste Partnerschaft, Wohnheim	Nein
Frau Buschfeld	Anfang 40	Depression	Mitte 20	Verheiratet	Ja
Frau Kaufmann	Anfang 30	Schizophrenie	Mitte 20	Feste Partnerschaft, zusammenlebend	Nein
Frau Peschke	Mitte 30	Borderline-Persön- lichkeitsstörung	Unter 20	Feste Partnerschaft, alleinlebend	Ja
Frau Schubert	Ende 20	Schizophrenie	Mitte 20	Feste Partnerschaft, zusammenlebend	Ja

Auch in ihren beruflichen Karriereverläufen unterscheiden sich die Interviewpartnerinnen. So verfügt Frau Buschfeld über einen Hauptschulabschluss und über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Sie verbleibt mit ihrer jetzigen Tätigkeit im Bereich des erlernten Berufes und sie übt diese bis auf kurze, krankheitsbedingte Unterbrechungen bis zum Interviewzeitpunkt aus. Gegenüber dieser beruflichen Konstanz weisen Frau Ruhland, Frau Peschke und Frau Kaufmann eine durch Unterbrechungen und Wechsel gekennzeichnete Berufsbiografie auf. Frau Ruhland verlässt im Alter von 17 Jahren krankheitsbedingt das Internat und macht einige Jahre später im Rahmen einer beruflichen Wiedereingliederung eine Ausbildung. Diesen Beruf übt sie jedoch nur kurze Zeit aus. Ihre Berufsbiografie weist häufige Zeiten von Arbeitslosigkeit sowie eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit auf. Zum Interviewzeitpunkt arbeitet sie in einer »Werkstatt für Behinderte«. Frau Peschke und Frau Kaufmann verfügen über ein abgeschlossenes Studium. Frau Peschke hat aufgrund ihrer psychischen Probleme den Arbeitsplatz mehrfach gewechselt. Nach einem stationären Aufenthalt ist sie arbeitslos und findet erst nach mehreren Monaten wieder einen Arbeitsplatz, der ihrer Ausbildung entspricht. Aufgrund der mit der Erkrankung einhergehenden Einschränkungen will sie keinen Vollzeit Arbeitsplatz besetzen und bemüht sich daher um eine Teilzeitstelle. Frau Kaufmann verfügt neben einer abgeschlossenen Berufsausbildung über ein auf dem zweiten Bildungsweg abgeschlossenes Studium. Die Erkrankung fällt in die Phase der Abschlussprüfung ihres Studiums; sie kann ihr Studium jedoch nach dem Ende der akuten Krankheitsphase erfolgreich beenden. Es folgen häufige Arbeitsplatzwechsel. Zum Interviewzeitpunkt übt sie einen Aushilfsjob aus, mit dem sie ihren Lebensunterhalt bestreitet. Daneben versucht sie mit einer selbstständigen Tätigkeit Fuß zu fassen. Frau Schubert weist einen typischen Karriereverlauf bei hoher Bildung auf: Sie macht Abitur, studiert anschließend und wechselt dabei zweimal den Studienort; ein weiterer Studienortwechsel erfolgt aufgrund ihrer Erkrankung, da sie nun in die Nähe ihres Heimatorts zurückkehrt. Ihr Studium betreibt sie erfolgreich und sie befindet sich zum Interviewzeitpunkt in der Abschlussphase ihres Studiums.

8.2 Einzelfallübergreifende Diskussion der Ergebnisse

Beim ersten Blick auf die fünf Erzählungen besticht zunächst die Einmaligkeit jeder einzelnen Biografie. Die Gestalt von Biografie, psychischer Erkrankung und Kinderwunsch wird in jeder Lebensgeschichte auf einzigartige Weise konstruiert und die inhärente Logik lässt sich nur aus dem biografischen Gesamtzusammenhang heraus erschließen. In dieser Erkenntnis liegt trotz ihrer Trivialität ein erstes wichtiges Ergebnis: Jeder – wie auch immer geartete – Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Kinderwunsch wird nur über den Einbezug der biografischen Einbettung beider Aspekte – methodisch in Form des biografischen Ansatzes – rekonstruierbar. Um aus den Ergebnissen der Einzelfallanalysen auf fallübergreifende Muster schließen zu können, folgt nun zunächst ein Vergleich der Einzelfälle. Vor dem Hintergrund der Vielzahl biografisch möglicher Gestaltbildungen kann eine Analyse der einzelfallübergreifenden Ergebnisse freilich nicht am schlichten Abgleich individualbiografischer Einzelaspekte ansetzen. Vielmehr sind die Ergebnisse auf einer zweiten Analyseebene hinsichtlich spezifischer Muster zu rekonstruieren. Hierfür ist es notwendig, beide Analyseperspektiven – im Längsschnitt und im Querschnitt – zu verflechten. Wenn im Folgenden einzelne Aspekte der Einzelfälle miteinander verglichen werden, dann erfolgt dieser Vergleich stets unter Einbezug der Gesamtgestalt der biografischen Erzählung.

8.2.1 Psychische Erkrankung und Kinderwunsch

Zunächst soll der in den biografischen Erzählungen jeweils konstruierte Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung und dem Kinderwunsch näher beleuchtet werden. Es wird danach gefragt, ob und in welcher Weise die psychische Erkrankung aus der Sicht der Erzählerinnen den Kinderwunsch beeinflusst. Welche Argumente werden hierfür herangezogen? In welcher Weise wird auf die reproduktiven Risiken Bezug genommen? Für eine erste Annäherung erscheint es sinnvoll, zunächst die Frauen ohne Kinderwunsch (Frau Ruhland, Frau Kaufmann) mit jenen Frauen zu vergleichen, die einen Kinderwunsch äußern (Frau Schubert, Frau Buschfeld, Frau Peschke).

In der biografischen Konstruktion von Frau Ruhland stehen der Kinderwunsch und die psychische Erkrankung in einem engen, gleichwohl negativen Zusammenhang. Ihren verneinten Kinderwunsch begründet sie explizit mit der psychischen Erkrankung. Die Identifikation mit der psychischen Erkrankung geht mit einem

fast selbstverständlichen Ausschluss eines Kinderwunschs einher. Ein Kinderwunsch entspräche einem alternativen Gesamtlebensentwurf der »weiblichen Normalbiografie«. Frau Ruhland grenzt sich von einem solchen Entwurf klar ab. Ihr Leben ist durch die Einnahme der Krankenrolle bestimmt. Den Ausschluss eines Kinderwunschs begründet sie mit einem Mangel an spezifischen Fähigkeiten, die sie für eine Elternschaft als notwendig erachtet. Diese Fähigkeiten liegen außerhalb ihres biografischen Möglichkeitsfeldes: »*ich hab's Leben nicht gelernt*«. Elternschaft geht für Frau Ruhland mit einer individuellen Überforderung einher und sie betont mehrfach, den zugrunde gelegten Anforderungen nicht gewachsen zu sein: »*das könnt ich nicht*«. In ihrer Argumentation des verneinten Kinderwunschs dominiert das Motiv der Risiken für die psychosoziale Entwicklung eines potenziellen Kindes. Ebenso wie Frau Ruhland verknüpft auch Frau Kaufmann ihren verneinten Kinderwunsch über das Motiv der potenziellen Überforderung mit der psychischen Erkrankung. Gegenüber der Fokussierung der kindlichen Situation dominiert bei Frau Kaufmann allerdings das Motiv der individuellen Belastung durch ein Kind, die sich negativ auf ihren eigenen Gesundheitszustand auswirkt. Frau Kaufmann stellt die eigenen gesundheitlichen Bedürfnisse in das Zentrum ihrer Argumentation gegen den Kinderwunsch. Die Risiken für das potenzielle Kind werden zwar auch erwähnt, sind aber eher zweitrangig.

Bei beiden Erzählerinnen findet sich eine explizite Gegenüberstellung von Kinderwunsch und psychischer Erkrankung. Sowohl Frau Ruhland als auch Frau Kaufmann beziehen sich in ihrer Argumentation auf bestimmte Fähigkeiten zur adäquaten Erfüllung der Elternrolle, über die sie aufgrund der psychischen Erkrankung nicht verfügen. Mit ihren Hinweisen auf spezifische Fähigkeiten, resp. auf eine individuelle Überforderung durch die mit einer Elternschaft einhergehenden Aufgaben begründen sie den Ausschluss eines Kinderwunschs. Beide präsentieren ein zugrunde gelegtes normatives Skript, das die Unvereinbarkeit einer psychischen Erkrankung mit einem Kinderwunsch vorgibt. Woraus speist sich ein solches Skript? Befunde aus Studien zur Mutterschaft bei psychisch kranken Frauen deuten darauf hin, dass psychisch kranke Mütter eine normative Erwartung zum Ausschluss von Mutterschaft und psychischer Erkrankung wahrnehmen (DAVIES & ALLEN 2007; SAVVIDOU et al. 2003; MONTGOMERY et al. 2008). Möglicherweise gelten diese Befunde nicht nur für das Erleben von Mutterschaft, sondern sind bereits auf den Kinderwunsch als Projektion von Mutterschaft zu übertragen. Diese Annahme führt zu einer wichtigen, weiterführenden Frage. Denn sollte der in den Erzählungen Frau Ruhlands und Frau Kaufmanns freigelegte Ausschluss eines Kinderwunschs *aufgrund* einer psychischen Erkrankung (auch) einem zugrunde gelegten normativen Skript entspringen, dann stellt sich für alle Frauen mit einer psychischen Erkrankung die Aufgabe, diese Vorgaben in ihre Argumentation des Kinderwunschs aufzunehmen und zu bewältigen. Wie gehen also psychisch kranke Frauen mit einem

Kinderwunsch mit der Vorgabe um, den Kinderwunsch bei einer psychischen Erkrankung auszuschließen?

Wie gesehen, erscheint bei Frau Schubert die psychische Erkrankung als zeitlich begrenzte Abweichung vom normalbiografischen Verlauf. Ihren Kinderwunsch konstruiert sie als Ausdruck ihrer normalbiografischen Orientierung und damit in weitgehender Unabhängigkeit von ihrer psychischen Erkrankung – Kinderwunsch und psychische Erkrankung werden hier als zwei voneinander getrennte Phänomene konstruiert. Dort, wo über die Empfehlung des Arztes ein Zusammenhang zwischen potenziellem Kinderwunsch und psychischer Erkrankung hergestellt wird, reagiert sie ablehnend und mit Ärger. Der Arzt richtet die Erwartung an Frau Schubert, den Kinderwunsch *aufgrund* der psychischen Erkrankung aufzuschieben. Zwar verschiebt sie tatsächlich ihren Kinderwunsch. Dieser Aufschub stellt allerdings nicht das Befolgen der ärztlichen Empfehlung dar. Dieser erfolgt nicht ›fremdbestimmt‹, sondern vielmehr aus eigenem Antrieb. Frau Schubert begründet den Aufschub ihres Kinderwunschs allein mit der Präferenz eines Bildungsabschlusses. Die Zurechtweisung des Arztes durch Frau Schubert lässt sich als Abwehr einer externen Erwartung zum Ausschluss verstehen. Frau Schubert scheint das Ansinnen des Arztes, den Kinderwunsch in einem ersten Schritt mit ihrer psychischen Erkrankung zu verknüpfen und in einem zweiten Schritt zurückzustellen, als Infragestellung ihrer autonomen reproduktiven Entscheidungsfähigkeit zu begreifen. Nur so ist ihre heftige, tendenziell überzogene Reaktion auf seine Empfehlung zu verstehen.

Bei Frau Buschfeld stellt sich das Motiv des Ausschlusses eines Kinderwunschs bei psychischer Erkrankung sicherlich am eindrücklichsten als Ausdruck einer an sie gerichteten Erwartung dar. Zum einen verweist sie explizit auf eine in der Psychiatrie an sie gerichtete Aufforderung, den Kinderwunsch aufgrund ihrer Erkrankung zu verschieben. Zum anderen belegt sie ihren Kinderwunsch im privaten Umfeld mit einem Tabu und begründet dieses unter Bezug auf eine kategoriale Unterscheidung zwischen »Normal«-Kinderlosen und »Psychischkrank«-Kinderlosen. Mit der Tabuisierung vermeidet sie im sozialen Umfeld die Verknüpfung ihres Kinderwunschs mit der psychischen Erkrankung und reproduziert hierüber die soziale Ausschlusserwartung. Weiterhin entspricht Frau Buschfeld der an sie gerichteten normativen Erwartung zum Ausschluss dadurch, dass sie ihren Kinderwunsch selbst eng an das Konzept eines normalbiografischen Verlaufs bindet. Mit dem Eintritt des krisenhaften Ereignisses (Tod des Bruders), das das Ende der Normalbiografie und den Beginn ihrer Erkrankung markiert, stellt Frau Buschfeld ihren Kinderwunsch infrage und verschiebt ihn – auch auf Drängen der Ärzte – immer wieder in eine zukünftige Phase. Die Wahrnehmung und Entsprechung der normativen Erwartung zum Ausschluss eines Kinderwunschs bei einer psychischen Erkrankung drücken sich handlungspraktisch in einem fortwährenden Aufschub des Kinderwunschs in eine biografische Phase

aus, in der ein »normalbiografischer Zustand« wieder hergestellt ist. Bezogen auf die vergangene und aktuelle Lebenssituation begründet Frau Buschfeld den Ausschluss eines Kinderwunschs vor allem mit der Medikamenteneinnahme. Da die Medikamenteneinnahme ein für Frau Buschfeld zwangsläufiges Begleitphänomen ihrer Erkrankung darstellt, befindet sie sich in einer Dilemmasituation, in der kaum Handlungsspielraum vorhanden ist: Ohne Medikamente kann sie nicht leben und eine Schwangerschaft unter Medikamenteneinnahme schließt sie aufgrund des teratogenen Risikos kategorisch aus.

Frau Peschke präsentiert den Kinderwunsch als das Resultat ihres »erfolgreichen« Entwicklungs- und damit auch Therapieprozesses und knüpft ihn damit sowohl eng wie auch negativ an die psychische Erkrankung. Die Option einer Mutterschaft, resp. die Notwendigkeit eines Ausschlusses korrelieren mit der Schwere der psychischen Erkrankung: Während sie einen Kinderwunsch retrospektiv für die biografische Phase der akuten Erkrankung als völlig unangemessen beurteilt, gilt er nun in der aktuellen Lebensphase einer erreichten Stabilität als angemessen. Mit ihrem Hinweis, dass sie sich während ihrer psychischen Krise nicht hätte um das Kind kümmern können, rekurriert sie zwar ebenfalls auf das Ausschlussmotiv und damit auf ein »angemessenes Verhalten«. Gleichwohl ist der normative Bezug des konstruierten Ausschlusses hier am geringsten ausgeprägt. Bezugspunkt ihrer Argumentation ist vielmehr die individuelle Lebens- und gesundheitliche Situation. Das Motiv des Ausschlusses eines Kinderwunschs aufgrund der psychischen Erkrankung findet sich in der problematisierenden Gegenüberstellung beider Aspekte. Frau Peschkes Projektionen richten sich auf alle nur erdenklichen Probleme, die mit einem Kinderwunsch einhergehen. In ihrer Argumentation ist der Kinderwunsch nicht (wie etwa bei Frau Schubert) als feststehender Wunsch verankert. Frau Peschkes Kinderwunsch ist vielmehr an die Bedingung einer psychischen Stabilität geknüpft, bzw. wird einer potenziellen psychischen Instabilität gegenübergestellt. Konsequenterweise wird der Kinderwunsch aufgrund potenzieller krankheitsbedingter Probleme auch immer wieder infrage gestellt und auch die Nicht-Realisierung des Kinderwunschs stellt eine Option dar. Eine definitive Entscheidung für oder gegen ein Kind ist durch die Unvorhersehbarkeit des weiteren Krankheitsverlaufs erschwert.

Es lässt sich zeigen, dass das Motiv eines Ausschlusses von Kinderwunsch und psychischer Erkrankung nicht nur bei Frau Kaufmann und Frau Ruhland auftaucht, dort also, wo kein Kinderwunsch vorhanden ist, sondern auch dort, wo ein Kinderwunsch besteht. Ein Kinderwunsch gilt offenbar dann als angemessen, wenn er von der psychischen Erkrankung in irgendeiner Weise abgetrennt wird. In den Erzählungen Frau Schuberts, Frau Peschkes und Frau Buschfelds lassen sich spezifische Strategien freilegen, die es ihnen gestatten, einen solchen Ausschluss zu konstruieren, ohne dabei den Kinderwunsch tatsächlich aufgeben zu müssen. Der Ausschluss wird hier nicht über die handlungspraktisch relevante

Verneinung des Kinderwunschs hergestellt, sondern erfolgt auf der zeitlichen Einbettung des Kinderwunschs und der psychischen Erkrankung: Frau Buschfeld projiziert ihren Kinderwunsch auf einen zukünftigen Biografieabschnitt, in dem der normalbiografische Verlauf wieder hergestellt ist und so den normativen Rahmen – der eine psychische Erkrankung ausschließt – für die Realisierung ihres Kinderwunschs bietet. Frau Peschke kann ebenfalls eine zeitliche Trennung konstruieren: erst zum Zeitpunkt einer erreichten Genesung wird ein Kinderwunsch realistisch(er). Bei Frau Schubert wiederum ist die Trennung durch die klare Abgrenzung ihrer psychischen Erkrankung von der Biografie – in Form einer kurzzeitigen Abweichung – gegeben. Ein Schlüssel für das Verständnis der Strategien, mit denen ein Ausschluss konstruiert wird, liegt damit im Modus der zeitlichen Einbettung einer psychischen Erkrankung: die psychische Erkrankung, die den Ausschluss eines Kinderwunschs als soziale Erwartung impliziert, wird auf eine bestimmte biografische Phase begrenzt, während der Kinderwunsch an einen biografischen Abschnitt geknüpft ist, der sich durch die (relative) Abwesenheit der psychischen Erkrankung auszeichnet.

8.2.2 Kinderwunsch und Krankheitsverständnis

Wenn, wie vermutet, die zeitliche Verortung der psychischen Erkrankung mit der Konstruktion des Kinderwunschs zusammenhängt, dann liegt es nahe, sich in einem nächsten Schritt dem Krankheitsverständnis zuzuwenden und es auf seine Beziehung mit dem Kinderwunsch hin zu untersuchen. Das hier zugrunde gelegte Krankheitsverständnis umfasst zum einen die subjektiven Theorien der Betroffenen zur Entstehung der psychischen Erkrankung. Es dient der Erklärung der Krankheit mit dem Ziel, diese nachvollziehbar und damit kontrollierbar zu machen.

»Das Subjekt tritt als persönlicher Wissenschaftler auf und fragt sich, woher die Krankheit kommt, wie die Krankheit erklärt werden kann.« (LEFERINK 1997: 229)

Zum anderen schließt es die sinnhafte Einbettung der Erkrankung in die Biografie ein und verweist damit auf Krankheitsbewältigungsprozesse, die als biografischer Umgang mit der Erkrankung zu fassen sind und so auf die Identitätsherstellung im Krankheitsbewältigungsprozess verweisen, d. h. »wie *sich* jemand mithilfe der Krankheit *erklärt*« (ebd.) (vgl. Kap. 5).

Frau Schubert ordnet ihre Erkrankung als naturwissenschaftlich-medizinisches Phänomen ein. In ihrem Krankheitsverständnis finden sich keine Hinweise für eine Theorie der sozialen (Mit-)Verursachung. Die Erkrankung wird weder mit individualbiografischen Ereignissen noch mit lebensgeschichtlichen Zusammen-

hängen verknüpft. Eine sinnhafte Einordnung in die Biografie findet nicht statt. Zwar kann Frau Schubert durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten und einem entsprechenden Lebensstil zu einer Senkung des Rezidivrisikos beitragen. Die Krankheitsursachen liegen jedoch letztlich außerhalb ihrer individuellen Handlungsmöglichkeiten und damit außerhalb ihrer Verantwortung, bzw. ›Schuld‹ (*»ich kann halt nichts für diese Erkrankung«*). Frau Schubert kann die Krankheit heute zwar akzeptieren, allerdings ist diese Akzeptanz auf eine zeitlich begrenzte Abweichung von einem psychischen Normalgesundheitszustand bezogen. In ihrem Verständnis schließt sie eine Identifizierung mit der Erkrankung, d. h. eine das Selbst vollständig vereinnahmende Erkrankung aus; die Erkrankung ist vor dem Hintergrund ihrer normalbiografischen Aspirationen auf ein »Handicap« reduziert. Frau Schubert kann zwar die Erkrankung nicht vollständig kontrollieren, die verbliebenen Handlungsräume schöpft sie jedoch voll aus. Sie lässt sich nicht von der Krankheit »kontrollieren«. Diese Distanzierung ihres Selbst von der Erkrankung ist aber nicht als mangelnde Krankheitseinsicht misszuverstehen. Vielmehr erlaubt ihr die dezidierte Beschränkung auf zeitlich begrenzte Biografieabschnitte, die Erkrankung als befristete Abweichung vom ›normalbiografischen Verlauf‹ einzuordnen. Aufgrund der Distanz zwischen Selbst und Krankheit kann sie ihren Kinderwunsch von der psychischen Erkrankung abgrenzen und als Teil der Normalbiografie konstruieren.

Kontrastierend dazu beruht das Krankheitsverständnis Frau Ruhlands auf einer fast vollständigen Identifizierung mit der psychischen Erkrankung. Hier scheinen sämtliche biografische Handlungen, sowohl die vergangenen als auch die zukünftigen, durch die Krankheit bestimmt. Diese tritt als unhintergehbare Tatsache auf. Den sozialen Rahmenbedingungen (der sozialen Entfremdung) kommt lediglich eine krankheitsverstärkende Rolle zu; insgesamt thematisiert sie mögliche Krankheitsursachen aber nur am Rande. Die Ursachen liegen außerhalb ihres Einflussbereichs. Auch ihre Diagnose stellt sie nicht infrage. Ihre Identität ist ohne die Krankheit nicht denkbar. Im Gegenteil: Die Infragestellung der psychischen Erkrankung würde eine Infragestellung der gesamten Identität nach sich ziehen. Die retrospektive Überformung der gesamten Biografie durch die Erkrankung, d. h. die Übertragung der Krankheit auf die Zeit vor dem eigentlichen Krankheitseintritt, stellt einen konsequenten Ausdruck dieser weitreichenden Identifizierung dar. Zentral ist dabei, dass sich dieses Verständnis auch in der Konstruktion ihres Kinderwunschs spiegelt: ein verneinter Kinderwunsch wird zwar mit der psychischen Erkrankung begründet, gleichzeitig wird er jedoch als biografisch konstante Verneinung präsentiert – psychische Erkrankung und Biografie konvergieren. Gestützt durch die institutionellen Erwartungen hinsichtlich einer ›sicheren Verhütungspraxis‹ geht die Identifizierung als psychisch kranke Person konsequenterweise auch mit einer klaren Verneinung eines Kinderwunschs einher.

Frau Kaufmanns subjektive Krankheitstheorie beinhaltet die Vorstellung eines Stress-Überlastungs-Modells. Konkrete Belastungssituationen spielen in diesem Modell als Ursache sowohl für vergangene als auch für potenzielle psychische Erkrankungen eine maßgebliche Rolle. Während sie die Überlastungen im Rahmen ihrer spezifischen Sozialisationsbedingungen mit einer psychisch kranken Mutter für die Entstehung ihrer psychischen Erkrankung verantwortlich macht, stellen die alltäglichen Anforderungen eine potenzielle Belastungssituation dar, die jederzeit einen erneuten Krankheitsausbruch evozieren kann. Trotz der ›Äußerlichkeit‹ der Belastungssituationen – in Form der Umweltbelastung – wird die psychische Erkrankung jedoch nicht als ein (rein) extern verursachtes und daher vollständig unkontrollierbares Phänomen verstanden. Vielmehr betrachtet sie die erhöhte Stress-Vulnerabilität als einen Aspekt ihrer Identität wenn sie betont, »*dass ich das an mir akzeptieren muss, nicht so belastbar zu sein*«. Mit der eingeschränkten Belastbarkeit betrifft die Krankheit sie zwar in ihrem Selbstverständnis. Gleichzeitig verfügt sie mit dem Wissen um ihre Grenzen aber auch über ein Instrument, mit dem sie das Risiko eines Rezidivs durch einen entsprechenden Lebensstil zumindest partiell kontrollieren kann. Aus dieser Perspektive wird auch verständlich, warum Frau Kaufmann den Aspekt der genetischen Disposition nicht in ihre subjektive Krankheitstheorie aufnimmt: Eine biologische Ursache unterliegt als eine externe und vom Verhalten unabhängige Ursache nicht ihrer Kontrolle. In welchem Verhältnis steht nun Frau Kaufmanns Krankheitsverständnis zu ihrem verneinten Kinderwunsch? Sowohl die psychische Erkrankung als auch der Kinderwunsch gehen mit einer Reihe spezifischer Risiken einher. Im Alltag ordnet sie die Risiken als zwar gegeben, aber durch entsprechendes Verhalten auch hinreichend handhabbar ein. Dies gilt nicht für die potenziellen reproduktiven Risiken: Ein Kinderwunsch stellt für Frau Kaufmann ein unkontrollierbares Risiko dar. Dementsprechend findet sich in ihrer Argumentation gegen eine Mutterschaft nun (im Gegensatz zur subjektiven Krankheitstheorie) auch das Motiv der genetischen Weitergabe: Das hier nun gänzlich unkontrollierbare, weil genetische Risiko für ein potenzielles Kind verleiht ihrer Argumentation gegen ein Kind zusätzliches Gewicht. Frau Kaufmanns aktuelle Handlungsorientierung liegt zum einen in der Ausbalancierung von Alltagsaufgaben und psychischer Stabilität sowie in der Ausgestaltung ihres Lebensraums »*ich hab's jetzt geschafft, dass ich jetzt mein leben hab*«. Ein Kinderwunsch gefährdet die zwar momentan erreichte, jedoch auch immer fragile biografische Stabilität. Ein Kinderwunsch als unbeherrschbares Risiko (sowohl für die eigene Überlastung als auch für genetische Weitergabe) und psychische Erkrankung werden eng aneinander geknüpft und machen aus Frau Kaufmanns Sicht den Ausschluss notwendig. Der verneinte Kinderwunsch stellt sich demnach als konsequente Umsetzung des Krankheitsverständnisses und des erforderlichen Bewältigungsverhaltens dar.

Frau Peschke recurriert auf ein entwicklungsabhängig-psychologisches Krankheitsverständnis. Der biografische Verlauf wird unter Einbezug psychologischer Deutungsmuster als Entwicklungsprozess verstanden, der maßgeblich durch die spezifischen Sozialisationsbedingungen als Tochter einer psychisch kranken Mutter geprägt ist. Die psychische Erkrankung stellt sich als logische Folge dieser Bedingungen ein und ist damit eng an die Identitätsentwicklung geknüpft. Vor dem Hintergrund dieses Krankheitsverständnisses ist die selbstreflexive Auseinandersetzung mit der eigenen Entwicklung sowie mit der sozialen Umwelt sinnvoll: Die psychische Erkrankung kann hierüber »verstanden« und letztlich auch überwunden werden. Ihre aktuell erreichte psychische Stabilität begründet Frau Peschke explizit mit der Aufarbeitung ihrer krankheitsverursachenden Sozialisationsbedingungen. Die reflexive Sicht auf die innerpsychischen Prozesse stellt ein spezifisches Bewältigungsverhalten dar, mit dem sie nicht nur retrospektiv ihre Krankheit erklärt, sondern mit dem sie auch zukünftige potenzielle Risiken erfassen und handhabbar machen kann. Dies gilt auch für ihren Kinderwunsch. Durch die Reflexion der potenziellen reproduktiven Risiken nimmt sie bereits im Vorfeld die möglichen Probleme vorweg und kann entsprechende präventive Maßnahmen entwickeln mit dem Ziel, insbesondere die negativen Auswirkungen ihrer psychischen Erkrankung auf das Kind zu verhindern bzw. zu minimieren. Während Frau Kaufmann die reproduktiven Risiken im Bereich des Unkontrollierbaren ansiedelt, scheint Frau Peschkes konkrete Vorwegnahme aller denkbaren Probleme gerade umgekehrt auf die Kontrolle dieser Risiken zu zielen – auch wenn Frau Peschke weiß, dass sie trotz der ausgeprägten Selbstreflexion die reproduktiven Risiken nicht vollständig kontrollieren kann. Den gedankenexperimentell entworfenen Krisenszenarien stellt sie ihre selbstreflexive Kompetenz gegenüber, mit der sie die reproduktiven Risiken antizipieren und damit (idealerweise) auch kontrollieren kann.

Frau Buschfeld zeigt in ihrer Orientierung an der Normalbiografie zunächst ein ähnliches Bewältigungsverhalten wie Frau Schubert. Der Normallebenslauf dient hier im Sinne von Ute Gerhardt als Karrieremodell, an dem sich beide Frauen orientieren (vgl. Kap. 5). Die psychische Erkrankung wird als eine zeitlich befristete Abweichung vom prinzipiell realisierbaren Normallebenslauf eingeordnet. Während Frau Schubert ihren normalbiografischen Verlauf durch passagere Krankheitsphasen unterbrochen sieht, richtet Frau Buschfeld ihre normalbiografischen Projektionen eher in eine unbestimmte Zukunft. Die Vorstellung der Normalbiografie – als Bedingung für die Realisierung des Kinderwunschs – zieht den permanenten Aufschub des Kinderwunschs nach sich. Frau Buschfeld weist in ihrem Krankheitsverständnis zwar sozialisatorische Faktoren der Krankheitsentstehung zurück. Im Gegensatz jedoch zu Frau Schubert, die einen Zusammenhang zwischen Kinderwunsch und Erkrankung ablehnt, verknüpft Frau Buschfeld ihre psychische Erkrankung auf das Engste und in dop-

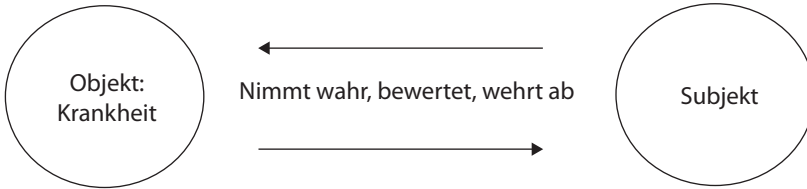
pelter Hinsicht mit dem biografischen Kinderwunsch. Zum einen konvergieren in ihrer Erzählung die durch den Tod des Bruders ausgelöste psychische Krise und die Infragestellung des Kinderwunschs. Zum anderen führt der immer wieder verschobene Kinderwunsch aus retrospektiver Sicht zu einer Verschlimmerung ihres psychischen Leidensdrucks.

Aus den Darstellungen kristallisiert sich ein Zusammenhang zwischen subjektiver Krankheitstheorie, Krankheitsbewältigungsverhalten und der Konstruktion eines Kinderwunschs heraus. Die Auseinandersetzung mit den Konsequenzen einer psychischen Erkrankung für die biografische Gestaltung bildet sich in der Kinderwunsch-Konstruktion ab. Der Umgang mit Kinderwunsch kann daher als *ein* Resultat der Krankheitsbewältigung gelesen werden. Von besonderer Bedeutung für den Zusammenhang zwischen Krankheitsbewältigung und der Kinderwunschkonstruktion scheint dabei das Verhältnis zwischen Erkrankung und Selbst zu sein. Dieses Verhältnis wurde, in Analogie zur kategorialen Unterscheidung in psychische und physische Krankheiten, als ein enges bzw. distanzierteres Verhältnis beschrieben (vgl. Kap. 4.4). Im Gegensatz zu körperlichen Erkrankungen, die von den Betroffenen eher objektiviert werden können, sind psychische Erkrankung als »*I am illness*« konzipiert worden: Eine psychische Erkrankung geht demnach nicht nur mit der Erfahrung umfassend kognitiver und emotionaler Veränderungen einher, sondern bedingt auch eine Transformation des Ichs als Subjekt (ESTROFF 1989). An diese Konzeption anlehnd, bezeichnet Klaus Leferink psychische Störungen im Unterschied zu »normalen« (d. h. körperlichen) Erkrankungen als »Krankheiten der Person« (LEFERINK 1997). Eine psychische Störung kann demzufolge nicht, wie etwa eine Blinddarmentzündung, als etwas Äußerliches und von der Identität Unabhängiges betrachtet werden, sondern berührt die betroffene Person in ihrem Innersten – die Krankheit ist teilweise *in* der Person. LEFERINK stellt fest:

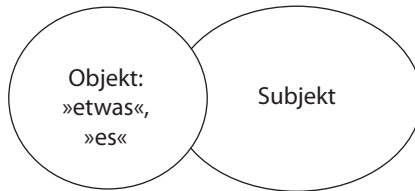
»Im Unterschied zu ›normalen‹ Krankheiten sind Psychosen Störungen, die unmittelbar die Bedeutung betreffen, die Personen haben. Psychosen verändern diese Bedeutung, sie stehen nicht außerhalb der Welt des Bedeutsamen, sondern an ihrer Grenze. Die Betroffenen haben deshalb eigentlich einen doppelten Zugang zur Krankheit: von ›innen‹ auf dem Weg über das psychotische Erleben und von ›außen‹, durch die Selbstbeobachtung bestimmter Symptome.« (ebd.: 252; Abb. 1)

Leferink zufolge lassen sich diese beiden Perspektiven nicht verbinden, ohne einen völligen Zusammenbruch der Person zu riskieren. Denn würde die Bedeutung aus der Außenperspektive als »bedeutungslos« erkannt, dann wäre damit zwangsläufig ein »Eingeständnis der eigenen Bedeutungslosigkeit« verbunden. Leferink folgert aus dieser Annahme, dass eine mangelnde Krankheitseinsicht, d. h. die Ablehnung der psychischen Erkrankung bzw. der Diagnose als eine spezifische Strategie zur Vermeidung des Zusammenbruchs als Person verstanden werden kann.

»Die Person befindet sich in einer unendlichen Fluchtbewegung vor der Krankheit, sie vermeidet alle Interpretanten, die darauf hinweisen können, dass sie krank ist und sie erzeugt sich ein Bild, in dem Krankheit nicht mehr vorkommt.« (LEFERINK 1997: 253)



I. Subjekt-Objekt-Modell bei »normalen« Krankheiten



II. Subjekt-Objekt-Modell bei Krankheiten der Person

Abbildung 1: Subjekt-Objekt Verhältnis bei psychischen Erkrankungen (LEFERINK 1997)

Was kann dieses Modell zum Verständnis des Kinderwunschs bei Frauen mit psychischen Erkrankungen beitragen? Wenn auch hier das Konstrukt einer mangelnden Krankheitseinsicht (im Sinne ja/nein) nicht greift – keine der fünf Gesprächsteilnehmerinnen in der vorliegenden Untersuchung lehnte ihre psychische Krankheit bzw. die Diagnose ab, vielmehr benannten sie ihre »Störungen« als Ausdruck einer psychischen Erkrankung – so lohnt doch ein etwas genauerer Blick auf das in den Erzählungen präsentierte Krankheitsverständnis, das sich durch ein unterschiedlich ausgestaltetes Verhältnis zwischen dem Selbst und dem Objekt der Erkrankung auszeichnet. Sue Estroff weist mit einem Hinweis auf Heinz Kohuts Konzeption eines Subjekt/Objekt-Kontinuums⁶³ auf die Möglichkeit eines auch bei psychischen Erkrankungen verschiedenartig ausgestalteten Verhältnisses zwischen dem Selbst und der Erkrankung hin:

63 Heinz Kohut bewertet die Fragmentierung des Selbst als eine sinnvolle Strategie schizophrener Erkrankter, deren Ziel in der Wiederherstellung eines kohärenten Selbst liegt: »Bei einer schizophrenen Regression ist es sinnvoll, wenn der gesunde Teil der Person die Desintegration als Fragmentierung der übrigen Persönlichkeitsteile erkennt und ihn mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln die Vorgänge zu integrieren sucht, indem er sie als Krankheit aufzufassen versucht.« (KOHUT 1993: 45)

»It seems entirely possible, that for some individuals, the illness is experienced as an object, and for others it is more of a self-object, while for others it is inseparable from self.« (ESTROFF 1989: 194)

Das Ausmaß von Nähe/Distanz zur Erkrankung erfährt seit den 1970er-Jahren als potenzieller Prädiktor für die Bewältigung einer psychischen Erkrankung Beachtung. MC GLASHAN et al. (1975) haben – auch unter Einbezug älterer Konzeptionen von Bewältigung – in einer Studie mit schizophrenen Patienten zwei grundlegende Formen des Krankheitsbewältigungsverhaltens differenziert: »Integration« geht dabei mit einer ausgeprägten Akzeptanz der psychischen Erkrankung einher. Die Patienten betonen hier eine Eigenverantwortlichkeit in Bezug auf die Krankheitsursache. Die Erkrankung wird stärker in die Biografie eingebettet, d. h. sie verknüpfen die psychotischen Äußerungen eher mit ihrem Leben vor und nach der akuten Krankheitsphase. Darüber hinaus lassen Patienten mit einem integrativen Bewältigungsstil eher das Bedürfnis nach einer Erklärung der psychischen Erkrankung erkennen. Das »Sealing Over« geht dagegen eher mit einem vermeidenden Bewältigungsverhalten einher. Die Erkrankung wird isoliert, d. h. nicht in einen biografischen Zusammenhang gestellt. Generell wird der integrierenden Bewältigungsform eine eher günstige, der distanzierenden dagegen eine eher ungünstige Rolle im Krankheitsverlauf zugesprochen. Dementsprechend richten sich die therapeutischen Bemühungen seit den 1970er-Jahren auf die Förderung eines eher integrativen Bewältigungsstils (BOCK 1999). Allerdings erscheint die Gegenüberstellung von »Integration« und »Sealing over« zu simpel. Mc Glashan und seine Mitarbeiter haben selbst darauf hingewiesen, dass das individuelle Bewältigungsverhalten durchaus Elemente beider Stile beinhalten kann:

»For any single psychotic episode, a patient may selectively integrate some elements of the experience and seal off others. Some admixture is usual.« (MC GLASHAN et al. 1975: 1272)

Auch David Greenfeld und Mitarbeiter haben auf das komplexe, bisweilen auch widersprüchliche Krankheitsverständnis psychisch kranker Personen hingewiesen (GREENFELD et al. 1989). So konnten sie in einer Untersuchung zur Krankheitseinsicht und Krankheitsinterpretationen bei psychisch kranken Personen zeigen, dass eine Form der Ablehnung einer psychischen Erkrankung in der Einordnung der Erkrankung als »Episode«, »Ausnahme« oder als »vorübergehend toxischer Zustand« liegen kann (ebd.: 248). Offensichtlich lässt sich die Frage der Krankheitseinsicht nicht auf die Frage einer globalen Zustimmung oder Ablehnung einer psychischen Erkrankung reduzieren.

Möglicherweise liegt der Schlüssel für das Verständnis der Kinderwunschkonstruktion weniger in der Frage einer generellen Krankheitseinsicht, als vielmehr in der Ausgestaltung der konstruierten Distanz/Nähe zwischen dem Selbst und dem Objekt der Erkrankung. Wie gezeigt, ist die Trennung zwischen dem Selbst und der Erkrankung am eindrucklichsten bei Frau Schubert

zu erkennen. Ihre Bezeichnung der psychischen Erkrankung als »Handicap« verweist auf die semantische Nähe zu einer körperlichen Behinderung und so auf eine Analogie zur Subjekt-Objekt-Beziehung bei »normalen Krankheiten«, was auch im Einklang mit ihrem medizinischen Krankheitsverständnis steht. Darüber hinaus objektiviert sie die Erkrankung durch die Konstruktion als zeitlich begrenzte Abweichung von der Normalbiografie. All dies deutet auf die Ablehnung einer Identifizierung mit der psychischen Erkrankung hin, auch wenn sich ihre Strategie – im Unterschied zu Leferinks Überlegungen – nicht durch eine Ablehnung der Krankheit oder gar durch mangelnde Krankheitseinsicht auszeichnet. Während sich Frau Schubert weitestgehend von der Erkrankung distanziert und so den Kinderwunsch unabhängig von der Erkrankung konstruiert, schließt Frau Ruhland vor dem Hintergrund einer weitgehenden Identifizierung mit der psychischen Erkrankung einen Kinderwunsch kategorisch aus. Diese Kontrastierung macht deutlich, dass der Ausschluss von Kinderwunsch und psychischer Erkrankung nicht nur über einen Verzicht auf den Kinderwunsch erfolgen kann, sondern auch über eine »Objektivierung der Erkrankung«, d. h. die Abspaltung der Krankheit vom Selbst. Betrifft die Erkrankung nicht das Selbst der Person, sondern ist als zeitweise und damit begrenzte Erkrankung kontrollierbar, dann lässt sich auch ein von der Erkrankung unabhängiger Kinderwunsch konstruieren. Der Kinderwunsch ist dann nicht Ausdruck einer »kranken Person«, sondern vielmehr Ausdruck der »Normalbiografie«. Im Gegensatz dazu verschmilzt in der biografischen Konstruktion von Frau Ruhland die psychische Erkrankung geradezu mit dem Selbst; die Trennung zwischen Subjekt und Objekt ist quasi aufgehoben. Gleichzeitig wird ein Kinderwunsch als unvereinbar mit einer psychischen Erkrankung dargestellt. Die Identifizierung mit der psychischen Erkrankung erfordert hier – vor dem Hintergrund der normativen Erwartung zum Ausschluss von Kinderwunsch und psychischer Erkrankung – eine kategorische Verneinung des Kinderwunschs.

Unter diesem Blickwinkel sollen nun noch einmal die Konstruktionen Frau Kaufmanns, Frau Peschkes und Frau Buschfelds betrachtet werden: Wie gezeigt, zeichnet sich Frau Kaufmanns Krankheitsverständnis ebenfalls durch ein enges Verhältnis zwischen Selbst und psychischer Erkrankung aus, auch wenn sie sich nicht wie Frau Ruhland vollständig mit der Erkrankung identifiziert. Ihren Kinderwunsch schließt Frau Kaufmann aufgrund ihrer Stress-Vulnerabilität, die als Kreuzungspunkt von Selbst und Objekt anzusehen ist, aus. Die weitgehende, wenn auch nicht vollständige Identifizierung mit der psychischen Erkrankung findet dort ihren Niederschlag, wo sie den Kinderwunsch zwar nicht kategorisch (wie Frau Ruhland), jedoch aufgrund der aktuellen, insbesondere gesundheitlichen Lebenssituation ausschließt.

Auch Frau Peschkes Krankheitsverständnis drückt sich in einem engen Verhältnis von Selbst und Erkrankung aus. Der Kinderwunsch ist daher auch nicht – wie

bei Frau Schubert – von der psychischen Erkrankung loszulösen. Im Gegenteil wird er stark problematisiert. In ihren Projektionen werden die möglichen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf das potenzielle Kind wie auch auf den eigenen Gesundheitszustand in allen Variationen ausgeleuchtet. Die Problematik, die sich aus der Verknüpfung von psychischer Erkrankung und Kinderwunsch ergibt, impliziert »vernünftigerweise« die Möglichkeit eines Ausschlusses. In ihrem selbstreflexiven Bewältigungsverhalten richtet sie sich auf die Kontrolle der reproduktiven Risiken und versucht hierüber, das enge Verhältnis von Krankheit und Selbst – das einen Ausschluss des Kinderwunschs nahelegt – zu kompensieren. Ihre Bemühungen sind nicht auf die Objektivierung der Erkrankung gerichtet, sondern auf eine Kontrolle der *Symptome* ihrer psychischen Erkrankung. Frau Buschfeld zeichnet sich in ihrem Krankheitsverständnis ebenfalls durch ein enge Verhältnis zwischen Krankheit und Selbst aus. Einen Ausschluss des Kinderwunschs von der psychischen Erkrankung kann sie daher nur durch den permanenten Aufschub in eine Phase herstellen, in der das enge Subjekt-Objekt-Verhältnis aufgelöst und der Kinderwunsch als Ausdruck der Normalbiografie realisierbar ist. Der hohe Leidensdruck Frau Buschfelds ist gerade darin zu sehen, dass ihr vor dem Hintergrund der engen Verknüpfung zwischen Selbst und Erkrankung keine weitere Zeit mehr zur Verfügung steht, einen von der psychischen Erkrankung unabhängigen Kinderwunsch umzusetzen.

8.2.3 Biografische Einbettung des Kinderwunschs

Der Kinderwunsch kann nicht als ein singuläres Ereignis betrachtet werden, sondern entfaltet seine Bedeutung erst im biografischen Kontext. So kann sich der Kinderwunsch ebenso als biografisch konstanter Wunsch wie auch als Ergebnis eines spezifischen Entwicklungsprozesses ausdrücken. Er ist daher eng an die vergangenen und gegenwärtigen biografischen Bedingungen geknüpft. Darüber hinaus ist der Kinderwunsch häufig auch an zukünftige Projektionen gebunden: Ein Kinderwunsch steht für einen komplexen Lebensentwurf (vgl. Kap. 5). Für Frauen mit einer psychischen Erkrankung ergibt sich hieraus die Aufgabe, ein biografisches Gesamtkonzept zu entwerfen, in dem sowohl die psychische Erkrankung als auch der (verneinte) Kinderwunsch sinnvoll integriert sind. Die spezifische Bedeutung des Kinderwunschs für das biografische Gesamtkonzept wird insbesondere in den Erzählungen Frau Ruhlands und Frau Kaufmanns deutlich. Beide betonen in ihrer Begründung des verneinten Kinderwunschs die potenziellen reproduktiven Risiken. Die Hervorhebung der Risiken fungiert als rationale Begründung für den verneinten Kinderwunsch. Aus dieser Perspektive erscheint der verneinte Kinderwunsch als *Ergebnis* einer rationalen

Auseinandersetzung mit den verfügbaren biografischen Optionen. Damit geht zugleich eine Positionierungsleistung als verantwortungsbewusste, vernünftige Person einher, das auf das normative Muster einer »guten Mutterschaft« rekurriert. In einem eigenverantwortlichen Ausschluss der Mutterschaft *aufgrund* der psychischen Erkrankung wird zum einen eine mögliche soziale Stigmatisierung des Kinderwunschs vorweggenommen – so bringt etwa Frau Kaufmann zum Ausdruck, dass ein potenzieller Kinderwunsch von Außenstehenden »*schon au mit skepsis und sorge*« betrachtet würde. Gleichzeitig weist sie damit auf einen spezifischen Umgang mit ihrer Erkrankung hin, bei dem sie ihre eigene, aktive Rolle im Prozess der psychischen Stabilisierung hervorhebt. Der Verzicht auf Kinder kann aus dieser Sicht als aktives Bewältigungsverhalten gelesen werden, das darauf zielt, bereits die erwartbaren Belastungen aufgrund der Erkrankung »durch zielgerichtetes Handeln aufzufangen, auszugleichen, zu meistern oder zu verarbeiten« (HEIM & WILLI 1986, 367). In ähnlicher Weise argumentiert Frau Ruhland. Auch sie begründet ihren verneinten Kinderwunsch unter Bezug auf vernünftige Argumente und positioniert sich mit ihrer Kinderwunschkonstruktion ebenfalls als verantwortungsvolle Person, die sich der reproduktiven Risiken – insbesondere für das Kind – bewusst ist und hieraus entsprechende Konsequenzen zu ziehen weiß. Frau Ruhland und Frau Kaufmann entsprechen damit einer sozialen Erwartung, die sowohl die Berücksichtigung des Kindeswohls als auch den eigenverantwortlichen biografischen Umgang mit der Kinderfrage einfordert. Diesen Erwartungen entsprechen beide Frauen gleichermaßen durch ihren Verzicht auf Kinder. In den rationalen Argumentationsmustern spiegelt sich ein Wunsch nach sozialer Anerkennung dieses Verzichts. Ein solcher Wunsch ist bereits dort erkennbar, wo sich Frau Ruhland und Frau Kaufmann *trotz* eines verneinten Kinderwunschs im Rahmen einer Interviewstudie zum Thema ›Familienplanung‹ äußern wollen. In den Erzählungen von Frau Kaufmann und Frau Ruhland nimmt der verneinte Kinderwunsch eine Funktion in der Krankheits-Identitätsherstellung ein.

Allerdings erschöpft sich die Funktion der Kinderwunschkonstruktion nicht in der Selbstpositionierung als rationale Person, die aufgrund der psychischen Erkrankung auf Kinder »verzichtet«. Denn der erklärte Verzicht aufgrund einer psychischen Erkrankung würde möglicherweise einen erzwungenen Bruch mit vorgängigen Lebenszielen implizieren und hierüber die narrative Konstruktion biografischer Kontinuität zumindest erschweren. Tatsächlich präsentieren sowohl Frau Ruhland als auch Frau Kaufmann ihren verneinten Kinderwunsch primär als Ausdruck einer biografischen Konstanz. Mit der Betonung eines biografisch konstanten, verneinten Kinderwunschs verliert die psychische Erkrankung ihre Relevanz als beherrschender biografischer Gestaltungsfaktor. Der verneinte Kinderwunsch entspricht einem unabhängig von der psychischen Erkrankung entwickelten biografischen Gesamtkonzept und wird nicht als ein von außen

oktrozierter Verzicht präsentiert. Vielmehr stellt der Kinderwunsch das Resultat eines zeitlichen Gewordenseins bzw. einen ›stimmigen‹ Ausdruck der biografischen Entwicklung dar. Durch die psychische Erkrankung wird der verneinte Kinderwunsch eher *zusätzlich* bestärkt. So weist etwa Frau Kaufmann darauf hin, dass die psychische Erkrankung ihre Einstellung zum Kinderwunsch »mit Sicherheit einzementiert« hat und Frau Ruhland ist es mit der Erkrankung »klar geworden«, dass sie »nie« einen biografischen Kinderwunsch hatte. Dabei spielt die Frage, ob die Einstellung zum Kinderwunsch tatsächlich bereits vor der psychischen Erkrankung vorhanden war oder ob sie erst retrospektiv entwickelt wurde, keine Rolle. Dies zu beantworten ist aus den vorliegenden Daten weder möglich noch entspricht es dem Untersuchungsinteresse. Es geht vielmehr darum, ob und in welcher Weise die Erzählerinnen ihren Kinderwunsch heute, in der aktuellen Lebenssituation, in ein biografisches Gesamtkonzept einordnen. Fest steht, dass die psychische Erkrankung *aus heutiger Sicht* keine Neudefinition des Kinderwunschs erforderlich macht, sondern dass sich der ›schon immer‹ verneinte Kinderwunsch quasi ›optimal‹ in die gegenwärtigen Lebensbedingungen fügt. Dass eine solche im Sinne der Bewältigung »erfolgreiche« Einbettung des Kinderwunschs in die Krankheitsidentität nicht selbstverständlich ist, zeigt sich eindrücklich in der biografischen Konstruktion Frau Buschfelds. In ihrer Erzählung wird offensichtlich, dass die psychische Erkrankung als Reaktion auf die biografische Krise den bis zu diesem Zeitpunkt biografisch konstanten Kinderwunsch massiv verändert. Die Kinderlosigkeit – die sie eingedenk ihres Alters als eine wohl dauerhafte begreift – steht konträr zu ihrem ursprünglichen gesamtbiografischen Konzept, das auf eine weibliche Normalbiografie (Heirat und Kinder) gerichtet war. Dieses Konzept wird von der psychischen Erkrankung durchkreuzt. Weil die reale biografische Situation nicht der gewünschten entspricht, muss der Kinderwunsch immer wieder zurückgestellt werden. Während also der Kinderwunsch als Ausdruck einer »normalbiografischen Identität« konstruiert wird und so eine biografische Kontinuität erhält, tritt die psychische Erkrankung als Faktor auf, der diese Kontinuität durchbricht. Eine kohärente biografische Einbettung des Kinderwunschs ist in dieser Konstruktion nicht möglich.

In der biografischen Konstruktion Frau Schuberts nimmt der Kinderwunsch die Funktion eines Indikators für eine erfolgreich ›bewältigte‹ Erkrankung ein. Die Entrüstung, die Frau Schubert gegenüber den ärztlichen Einwänden gegen ihren frühen Kinderwunsch äußert, illustriert ihre Ablehnung gegenüber einer Verknüpfung ihres biografischen Gesamtkonzepts mit der psychischen Erkrankung. Die Unabhängigkeit ihres Kinderwunschs von der psychischen Erkrankung ist Ausdruck dafür, dass die psychische Erkrankung in nur geringem Maße das biografische Gesamtkonzept beeinflusst. Tatsächlich begründet sie ihren gegenwärtigen, realen Kinderwunsch ausschließlich mit Aspekten, die

nicht mit der psychischen Erkrankung assoziiert sind. In ihrem Reproduktionsmuster ordnet sie sich der sozialen Gruppe gut ausgebildeter Frauen zu, die ihren Kinderwunsch aufgrund hoher Opportunitätskosten (Bildung vs. frühe Mutterschaft) auf einen Zeitpunkt nach der beruflichen Situierung verschieben. Biografische Kontinuität wird darüber hergestellt, dass die psychische Erkrankung als Störfaktor zwar akzeptiert, in der biografischen Bedeutung aber gleichzeitig stark minimiert wird. Vor dem Hintergrund der Irrelevanz ihrer Erkrankung im Alltag nehmen die reproduktiven Risiken in ihrer Erzählung konsequenterweise einen nur geringen Stellenwert ein. Eine mögliche Beeinträchtigung ihrer Erziehungsfähigkeit wird von Frau Schubert ebenso wenig thematisiert wie eine gesundheitliche Überforderung. Die reproduktiven Risiken sind für Frau Schubert aufgrund entsprechenden Gesundheitsverhaltens weitgehend kontrollierbar. Die Kontrolle über den Verlauf der Erkrankung ermöglicht ihr sogar, die eigenen Erfahrungen positiv für den Umgang mit den reproduktiven Risiken zu wenden. So kann sie aufgrund ihres Wissens in Bezug auf die Frühsymptome einer psychischen Erkrankung in kompetenter Weise auf eine mögliche Erkrankung eines potenziellen Kindes reagieren und hierüber frühestmöglich angemessene Hilfesysteme in Anspruch nehmen.

Bei Frau Peschke findet sich ein ausgeprägtes Streben nach biografischer Kontinuität und Kohärenz sowohl im Hinblick auf die psychische Erkrankung als auch auf den Kinderwunsch. Frau Peschke präsentiert ihren Kinderwunsch primär als Ausdruck eines psychischen Genesungsprozesses. Der Kinderwunsch wird als Zeichen einer positiven biografischen Gesamtentwicklung gedeutet. Das Motiv der Kontinuität reicht dabei über die eigene Biografie hinaus und schließt sowohl die vorherige (Mutter) wie auch die zukünftige Generation (potenzielles Kind) mit ein. An den Endpunkt ihrer Projektionen stellt sie sich als Mutter, die aufgrund ihrer individualbiografischen Erfahrungen einen spezifischen Erziehungs- und Krankheitsbewältigungsstil praktiziert und so die ›Kontinuität des Leidens‹ unterbrechen kann. Biografische Kontinuität und Kinderwunsch stehen in einem engen Verhältnis. Die Funktion des Kinderwunschs für die Krankheits-Identitäts-Arbeit liegt dabei zum einen in der Positionierung als Frau, die erst aufgrund eines spezifischen Entwicklungsprozesses einen Kinderwunsch ausbilden konnte. Zum anderen präsentiert sie sich wie Frau Ruhland und Frau Kaufmann als verantwortungsvolle Person, die die reproduktiven Risiken reflektiert und dabei gleichzeitig eigenverantwortlich nach Lösungen sucht, bei denen sowohl das Kindeswohl wie auch das eigene Wohl in befriedigendem Maße berücksichtigt werden kann. Wie auch immer sie sich entscheiden wird – für oder gegen Kinder – weist sie mit ihrer intensiven Auseinandersetzung dezidiert auf die Herstellung biografischer Kontinuität und Kohärenz.

8.2.4 Kinderwunsch und Partnerschaft

Die Entscheidung für oder gegen Kinder ist nicht als einsame biografische Handlung zu begreifen, sondern vielmehr auch in den Kontext der Partnerschaft zu stellen. Für die Entwicklung eines Kinderwunschs wird gemeinhin angenommen, »dass die biografischen Erfahrungen, subjektiven Erwartungen und individuellen Entscheidungen eines Partners auch den jeweils anderen treffen« (TÖLKE & HANK 2005: 12). Tatsächlich zeigen auch die hier untersuchten fünf Erzählungen, dass die partnerschaftliche Situation als wichtige Gestaltungsbedingung für die Konstruktion des biografischen Kinderwunschs fungiert. Der Kinderwunsch wird in ein biografisches Gesamtkonzept eingebettet, das insbesondere auch die Abstimmung mit dem Partner beinhaltet. Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang, dass drei der fünf teilnehmenden Frauen (Frau Peschke, Frau Ruhland, Frau Kaufmann) mit einem ebenfalls von einer psychischen Erkrankung – mehr oder weniger betroffenen – Partner zusammenleben.⁶⁴ In diesen biografischen Konstruktionen wird deutlich, dass die gemeinsame Erfahrung einer psychischen Erkrankung als entlastend wahrgenommen wird und in die Entscheidung für oder gegen ein Kind einfließen kann. Frau Ruhland etwa, die ihren Partner in einer Werkstatt für Behinderte kennenlernte, präsentiert ein Partnerschaftskonzept, bei dem die Erfahrung einer psychischen Erkrankung als wesentliches Qualitätskriterium fungiert. Frau Ruhland schließt bereits zu einem sehr frühen biografischen Zeitpunkt eine Partnerschaft mit einem nicht psychisch erkrankten Mann aus. Die Ablehnung jeglicher ›normalbiografischer‹ Anforderungen zieht den Ausschluss eines Partners ohne psychische Erkrankung und vice versa nach sich: »*der war dann auch krank und das hätt' dann gepasst*«. Ebenso, wie sie aus Krankheitsgründen einen Kinderwunsch für sich selbst ausschließt, kann sie ihn auch für ihren Partner ausschließen. Aus ihrer Sicht wäre er aufgrund seiner psychischen Erkrankung mit einer Vaterschaft überfordert. Den verneinten Kinderwunsch präsentiert sie als einen gemeinsamen Ausschluss: »*wir sind da zu krank dazu*«. Diesem kategorischen Ausschluss von psychischer Erkrankung und Kinderwunsch entsprechend spielt das Thema in der Partnerschaft keine Rolle.

Dagegen fordert Frau Peschke von ihrem Partner eine intensive Auseinandersetzung mit seiner eigenen möglichen Vaterschaft ein. Grundlage dieser Auseinandersetzung bildet die gemeinsame Therapieerfahrung. Sie gestattet es beiden, sich mit einem Kinderwunsch und den potenziellen Risiken auseinanderzusetzen und gemeinsam zu bewältigen. In der reflexiven Auseinandersetzung mit der eigenen psychischen Situation wird die spezifische Erfahrung des Partners als unterstützende Ressource wahrgenommen. Nur unter der Bedingung einer ge-

64 Vorsichtigen Schätzungen zufolge leidet ca. ein Viertel aller Partner einer an Schizophrenie erkrankten Person selbst an einer psychischen Störung (THIEL 2008).

meinsamen Verantwortungsübernahme für die Erziehungsaufgaben können aus Frau Peschkes Sicht die reproduktiven Risiken aufgefangen werden. Die gemeinsam getragene Entscheidung für ein Kind stellt daher eine zentrale Bedingung für die Realisierung des Kinderwunschs dar. Auch Frau Kaufmann weist auf die unterstützende Funktion des Partners hin, der aufgrund eigener Krankheitserfahrungen viel Verständnis für Frau Kaufmanns Situation aufbringt. Der verneinte Kinderwunsch ist hier sehr eng an die partnerschaftliche Situation geknüpft und entspricht einer gemeinsamen Orientierung. Der verneinte Kinderwunsch ist fest an den Lebensentwurf des Partners gebunden, der ebenso wie Frau Kaufmann eine (weitere) Elternschaft ausschließt.

Sowohl Frau Buschfeld als auch Frau Schubert leben mit einem nicht psychisch kranken Partner zusammen. In Frau Buschfelds Erzählung entspricht die Rolle des Partners in der Kinderwunschkonstruktion einem eher traditionellen Partnerschaftskonzept. Dem Partner kommt hier keine individualisierte Rolle in der Entwicklung des Kinderwunschs zu. Er tritt nicht als Person mit einem dezidiert eigenen Kinderwunsch auf. Seine Rolle scheint eher auf jene des Familienernährers reduziert zu sein. Mit dem gleichen Selbstverständnis, mit dem sie die Familiengründung in ihr biografisches Gesamtkonstrukt einbaut, spricht sie auch ihrem Partner einen Kinderwunsch zu. Die unthematisierte Selbstverständlichkeit des Kinderwunschs wird erst mit dem »erzwungenen Aufschub« problematisch. Die mangelnde partnerschaftliche Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch führt nun zu einer mangelnden Unterstützung der Partnerin. Frau Buschfelds Partner kann keine Unterstützung in der Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung und dem Kinderwunsch bieten: *»mein mann kann zum beispiel mit so was GAR nix anfangen«*. Die psychische Erkrankung stellt hier eine Barriere für die Unterstützung des Partners in ihrer eigenen problematischen Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch dar. Darüber hinaus reduziert Frau Buschfeld die reproduktiven Risiken auf die Medikamenteneinnahme während der Schwangerschaft. Die Möglichkeit einer potenziellen Überforderung durch die Erziehungsaufgaben wird nicht erwähnt. Damit geht auch einher, dass sie ihrem Partner kein Handlungsfeld für eine Unterstützung etwa im Bereich der Erziehung zur Verfügung stellt.

Frau Schubert stellt die aktuelle Partnerschaftssituation als Basis für die Entstehung wie auch für die Realisierung ihres Kinderwunschs dar. Der Kinderwunsch entspricht nicht einem biografisch konstanten Wunsch, sondern entwickelt sich erst in der aktuellen Partnerschaft – er wird als gemeinsamer Wunsch vorgestellt. Im Gegensatz zu Frau Buschfeld wird er darüber hinaus nicht als selbstverständlicher biografischer Meilenstein präsentiert, sondern erscheint als Resultat einer bewussten und tendenziell rationalen Entscheidung für den »richtigen« Zeitpunkt für ein Kind. Die Realisierung des Kinderwunschs wird auf einen Zeitpunkt nach der Ausbildung verlegt. Frau Schubert hebt die Auseinandersetzungen mit ihrem

Partner hinsichtlich der mit einem Kinderwunsch einhergehenden Problematik hervor. Der Kinderwunsch unter den Bedingungen der psychischen Erkrankung ist als relevantes Thema in der Partnerschaft präsent. Frau Schubert und ihr Partner tragen die reproduktiven Risiken gemeinsam. Die Voraussetzung für eine gemeinsam getragene Verantwortung gegenüber den reproduktiven Risiken schafft Frau Schubert mit der Objektivierung ihrer Erkrankung: In dem Maße, wie sich Frau Schubert von jeglicher ›Schuld‹ hinsichtlich der Erkrankung entlastet, nimmt sie ihren Partner in die Pflicht, sich mit den (unverschuldeten) Konsequenzen der Erkrankung für den Kinderwunsch auseinanderzusetzen und sich dieser Aufgabe zu stellen: »damit muss er halt schon auch leben«. Seine Akzeptanz der reproduktiven Risiken bildet eine wichtige Voraussetzung für den gemeinsamen Kinderwunsch.

8.2.5 Weitere soziale Einbettung des Kinderwunschs

Neben der Partnerschaft spielen auch weitere Faktoren der sozialen Umwelt für den Kinderwunsch eine Rolle. Diese ist vor allem über die Wahrnehmung normativer Erwartungen bestimmt. Normative Vorgaben prägen und gestalten den individuellen Kinderwunsch. Die soziale Einbettung des Kinderwunschs verweist etwa auf die Akzeptanz oder Ablehnung eines Kinderwunschs durch die Herkunftsfamilie oder weitere soziale Akteure wie z. B. Freunde und Bekannte. Von besonderer Relevanz für die der Arbeit zugrunde liegende Fragestellung ist der Aspekt der Einbettung des Kinderwunschs im professionellen Kontext: So ist etwa auch denkbar, dass in die Sichtweisen der Frauen hinsichtlich ihres Kinderwunschs auch die impliziten oder expliziten Haltungen der therapeutisch Behandelnden einfließen. Die soziale Einbettung des Kinderwunschs erfolgte auf sehr unterschiedliche Weise und in unterschiedlichem Ausmaß. In den vorliegenden Interviews konnte der Wunsch nach einer »stimmigen« Einbettung des Kinderwunschs (bzw. dessen Verneinung) herausgearbeitet werden.

Frau Buschfelds Umgang mit dem Kinderwunsch scheint stark durch die normative Erwartung zum Ausschluss eines Kinderwunschs bestimmt zu sein. Sie ›tabuisiert‹ ihren Kinderwunsch in ihrem sozialen Umfeld und aktualisiert dabei das Motiv der gesellschaftlichen Stigmatisierung psychisch kranker Menschen. Diese Selbststigmatisierung verhindert, dass sie ihren Kinderwunsch, der eng mit der psychischen Erkrankung verknüpft ist, kommunizieren und damit auch auf mögliche Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten zugreifen kann. Mit ihrem Bezug auf einen ›normalbiografisch‹ eingebetteten Kinderwunsch reproduziert Frau Buschfeld die normative Erwartung eines Ausschlusses von Kinderwunsch und psychischer Erkrankung. Darüber hinaus kann sie ihren Kinderwunsch

auch im Rahmen ihrer psychiatrischen Behandlung nicht thematisieren. Hier nimmt sie vielmehr die Erwartung wahr, den Kinderwunsch aufgrund der psychischen Erkrankung zu verschieben. Das Dilemma des aktuellen Kinderwunschs einerseits und des normativen Ausschlusses einer Mutterschaft aufgrund der psychischen Erkrankung (resp. der Medikamenteneinnahme) andererseits wird im psychiatrischen Kontext nicht erkannt und führt zu einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands. Frau Buschfeld weist der Psychiatrie retrospektiv auch einen Anteil an den Ursachen ihrer psychischen Erkrankung zu: Wäre der Kinderwunsch im psychiatrischen Setting thematisiert worden, *»dann wäre das für mich VIEL leichter gewesen«*.

Auch Frau Schubert thematisiert den Umgang mit ihrem Kinderwunsch im psychiatrischen Umfeld. Aufgrund ihrer starken Orientierung an der Normalbiografie weist sie die ärztliche Empfehlung, den Kinderwunsch aufgrund der psychischen Erkrankung zu verschieben, scharf zurück. Da sie selbst das Thema des Kinderwunschs anspricht, scheint sie nicht prinzipiell die Thematisierung des Kinderwunschs im psychiatrischen Kontext zu scheuen. Vielmehr richtet sich ihre Kritik auf die dort gezogene Konsequenz, der in einem Ausschluss des Kinderwunschs liegt. In der Person des Arztes nimmt sie erstmals die normative Erwartung zum Ausschluss eines Kinderwunschs wahr. Offensichtlich in dem Wissen um die Möglichkeit derartiger Ausschluss-Erwartungen unterstreicht Frau Schubert die unproblematisch-positive Haltung ihrer Familie und ihrer Freunde hinsichtlich ihres Kinderwunschs. Insbesondere dem Vater kommt in seiner Funktion als Repräsentant der Medizin eine große Bedeutung für die soziale Akzeptanz und die externe Legitimierung ihres Kinderwunschs zu. Der Kinderwunsch wird durch das soziale Umfeld als angemessen eingeordnet und bestätigt so die von Frau Schubert selbst vorgenommene, von der psychischen Erkrankung unabhängige Einordnung ihres Kinderwunschs in ihre Normalbiografie. Eine darüber hinausreichende Legitimierung durch das psychiatrische System erscheint in dieser Situation nicht (mehr) notwendig und spielt so in Frau Schuberts weiterer Argumentation auch keine Rolle.

Bei Frau Peschke und Frau Kaufmann nimmt die partnerschaftliche Situation für die Kinderwunschgestaltung gegenüber der weiteren sozialen Einbettung eine besondere Rolle ein. Sowohl Frau Peschke wie auch Frau Kaufmann beurteilen die Thematisierung des Kinderwunschs im psychiatrischen Kontext als relativ unbedeutend. Zum Zeitpunkt ihrer stationär psychiatrischen Behandlung hatte ein Kinderwunsch keinerlei biografische Relevanz. Für Frau Kaufmann standen zu diesem Zeitpunkt andere, wichtigere Themen im Vordergrund. Infolgedessen wird die mangelnde Thematisierung weder kritisiert noch problematisiert, sondern entspricht vielmehr den eigenen Bedürfnissen. In ihrem privaten Umfeld nimmt Frau Kaufmann keine Erwartung wahr, Mutter zu werden. Im Gegenteil verweist sie auf eine mögliche Problematisierung ihres Kinderwunschs im sozia-

len Umfeld. So würden ihre Freundinnen einen Kinderwunsch »*schon au mit Skepsis und Sorge beobachten*«. Die ausbleibende Kritik Frau Kaufmanns an den an sie gerichteten sozialen Erwartungen deutet darauf hin, dass Frau Kaufmann diese Erwartungen weitgehend akzeptiert. So befindet sie sich mit ihrer Begründung für den verneinten Kinderwunsch in weitgehender Übereinstimmung mit ihrem sozialen Umfeld. Der verneinte Kinderwunsch ist sowohl in Bezug auf die Partnerschaft als auch in Bezug auf das weitere soziale Umfeld in ein durchaus »stimmig« biografisches Gesamtkonzept eingebettet.

Ebenso wenig wie Frau Kaufmann kritisiert Frau Peschke die mangelnde Thematisierung eines Kinderwunschs im psychiatrischen Kontext. Bei Frau Peschke kommt hinzu, dass sie vor dem Hintergrund ihres eigenen Quasi-Expertenstatus keine allzu großen Erwartungen an die Psychiatrie richtet, einen potenziellen Kinderwunsch in die Behandlung einzubeziehen, wie dies etwa Frau Buschfeld retrospektiv für die psychiatrische Behandlung fordert. Frau Peschke weiß selbst, wo und wie sie in gegebenem Falle entsprechende Hilfe in Anspruch nehmen kann. Ob sie auf diese – für ihre Situation als unzureichend bewerteten – Angebote zurückgreift, ist eine andere Frage. Ihre recht klaren Vorstellungen hinsichtlich einer angemessenen, individuellen Unterstützung erschweren möglicherweise die Inanspruchnahme der konventionellen Hilfsangebote. Die Auseinandersetzungen mit ihrem Psychotherapeuten weisen in ihrer Konstruktion eher spielerische Züge auf und verweisen damit auf die relative Unabhängigkeit ihres Umgangs mit dem Kinderwunsch vom professionellen System.

Mit der Einrichtung in ihrer Krankenrolle stellt das psychiatrische Umfeld für Frau Ruhland zugleich weite Teile des sozialen Umfelds dar. Bezüge zur Normalbiografie sind aufgrund der engen Einbindung in die »psychiatrische Lebenswelt« kaum vorhanden. Eine Auseinandersetzung mit nicht-erkrankten Familienmitgliedern findet aufgrund dieser Trennung nicht statt. Ebenso wenig scheint dieses Thema bei anderen Heimbewohnern relevant zu sein. Der Konsens hinsichtlich der sozialen Regel zum Ausschluss von Kinderwunsch und psychischer Erkrankung spiegelt sich in der nicht-problematisierten Akzeptanz der in der psychiatrischen Institution praktizierten Verhütungsregel: »*viele die jetzt in der stiftung sind, verhüten mit der drei-monatsspritze*«. Die negative Einstellung zum Kinderwunsch wird durch die institutionell gebundenen Regeln zum Ausschluss eines Kinderwunschs reproduziert.

8.3 Hypothesen zum Kinderwunsch psychisch kranker Frauen

Hypothese 1: Der Umgang mit dem Kinderwunsch ist auch durch die Wahrnehmung einer normativen Erwartung des Ausschlusses eines Kinderwunschs bei einer psychischen Erkrankung geprägt

Die Ergebnisse deuten auf das Vorhandensein sozialer Regeln, die den Umgang mit einem Kinderwunsch bei einer psychischen Erkrankung vorgeben und auf der normativen Erwartung eines Ausschlusses beruhen. Mit dem Ausschlussmotiv entsprechen psychisch kranke Frauen einer normativen Erwartung, die auf jenen gesellschaftlichen Repräsentationen zu Mutterschaft beruht, die einer psychischen Erkrankung gegenüberstehen. Gestützt wird diese Hypothese durch Studien zur Mutterschaft bei psychisch kranken Frauen. DAVIES und ALLEN (2007) konnten im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie mit psychisch kranken Müttern das Motiv der Trennung von psychischer Erkrankung einerseits und Mutterschaft andererseits herausarbeiten. Diese Mütter bezogen sich in ihren Äußerungen zu ihrer Mutterrolle häufig auf die Norm der ›guten Mutter‹. Sie grenzten sich aufgrund ihrer psychischen Erkrankung von diesem Ideal ab und stellten ihre eigenen Fähigkeiten zur Wahrnehmung der sozial hoch normierten Mutterrolle infrage. Den Autoren zufolge nehmen die interviewten Frauen ihre Mutterrolle und ihre psychische Erkrankung als zwei sich widersprechende Aspekte ihrer Identität wahr. Dabei entwickeln sie spezifische Strategien zur Lösung dieser Dilemmasituation, die vor allem in der Abgrenzung der Krankheitssymptome von den Alltagsaufgaben, z. B. der Erziehung liegen. MONTGOMERY et al. (2008) haben anhand qualitativer Interviewdaten einer Stichprobe von 20 psychiatrisch behandelten Frauen gezeigt, dass die Wahrnehmung des gesellschaftlichen Diskurses zur Unvereinbarkeit einer psychischen Erkrankung mit einer Mutterschaft zu spezifischen Handlungsstrategien im Alltag führen kann. Als Reaktion auf die Wahrnehmung eines hohen normativen Drucks entwickelten die betroffenen Mütter spezifische Alltagstechniken. Das Ziel dieser Strategien lag darin, trotz bestehender psychischer Erkrankungssymptome nach außen das Bild einer ›guten Mutter‹ zu vermitteln. Zu diesen Techniken zählten das Verbergen jeglicher Krankheitssymptome, die Zensurierung der eigenen Sprache aufgrund des Risikos, sich durch unangemessene Äußerungen »zu verraten« sowie das quasi mechanische Stillen der kindlichen Grundbedürfnisse:

»In illness mothering was reduced to ›doing‹: a ›mechanical‹ or ›automatic‹ mode of being present in order to meet the children's basic daily needs (...) As a routine,

mothers did not expand energy beyond what was needed in order to provide for their children.« (ebd.: 24)

Möglicherweise kann die in diesen Studien entwickelte Hypothese der subjektiven Wahrnehmung einer Ausschluss-Norm auch auf die Gruppe der (noch) kinderlosen Frauen mit psychischen Erkrankungen ausgeweitet werden. Die Befunde der vorliegenden Untersuchung sprechen jedenfalls dafür: Tatsächlich finden sich in den Erzählungen vielfache Bezüge auf mangelnde Fähigkeiten bzw. eine individuelle Überforderung, die als Ausschluss-Motiv interpretiert werden können. Sie verweisen auf das hochnormierte Konstrukt der »guten Mutter« – »this image, as a virtuous representation, does not include women with mental illness« (ebd.: 23). Es basiert auf der Annahme, dass die Berücksichtigung des Kindeswohls die Zurückstellung eigener Bedürfnisse erfordert und eine psychische Erkrankung diese Zurücknahme verhindert. Dementsprechend folgert eine Autorengruppe, die sich mit den Diskursen zu Mutterschaft und psychischer Erkrankung befasste:

»Societal attitudes and widespread myths and stigma surrounding mental illness continue to perpetuate the belief that women with a mental illness are incapable of caring for children.« (GREAVES et al. 2002)

Für die vorliegende Untersuchung ist nun bedeutsam, dass der Ausschluss-Norm nicht zwangsläufig mit einem verneinten Kinderwunsch entsprochen wird. Zwar tritt das Motiv des Ausschlusses in der expliziten Verneinung des Kinderwunschs aufgrund der psychischen Erkrankung besonders deutlich zutage. Es ist aber nicht nur dort zu finden, wo kein Kinderwunsch besteht, sondern auch dort, wo ein Kinderwunsch *trotz* einer psychischen Erkrankung geäußert wird. Frauen, die einen Kinderwunsch äußern, entwickeln spezifische Strategien, mit denen sie den normativ eingebetteten Ausschluss *trotz* eines bestehenden Kinderwunschs herstellen. Diese Strategien verweisen auf den Wunsch, den normativen Erwartungen zum Ausschluss einerseits zu entsprechen und andererseits den eigenen Kinderwunsch dennoch zu legitimieren. Die Reproduktion eines normativen Ausschlusses – in welcher Form auch immer – stellt aus dieser Sicht eine notwendige Bedingung für das Sprechen über den Kinderwunsch im Sinne einer sozialen Erwartung dar.

Hypothese 2: Der Umgang mit dem Kinderwunsch ist eng an das Krankheitsbewältigungsverhalten gebunden

Die Strategien zum Umgang mit dem Kinderwunsch unter den Bedingungen einer Ausschluss-Norm können als Ausdruck des biografischen Umgangs mit der psychischen Erkrankung verstanden werden. Die Form der Subjekt-Objekt-Relation als zentrales Element des Krankheitsverständnisses kann diese Strategien bestimmen: Ein enges Verhältnis zwischen Selbst und Krankheit, d. h. eine

weitgehende Identifizierung steht einem Kinderwunsch entgegen, während eine weitgehende Distanzierung von der Erkrankung einen Kinderwunsch ermöglicht. Distanzierung wird zum einen durch Objektivierung der Erkrankung hergestellt. Die Objektivierung stellt eine Bedingung für die Formulierung eines Kinderwunschs dar, mit der es gelingt, der Norm zum Ausschluss eines Kinderwunschs bei einer psychischen Erkrankung einerseits zu entsprechen, ohne andererseits einen Kinderwunsch *real* ausschließen zu müssen. Die Objektivierung erfolgt durch die Trennung von psychischer Erkrankung und dem normalbiografischen Verlauf in Form einer zeitlich beschränkten Abweichung. Vorstellbar ist, dass die Distanzierung von Selbst und Krankheit dabei so weit geht, dass sie in einer mangelnden Krankheitseinsicht mündet. Aus dieser Perspektive könnte der Wunsch nach einem von der psychischen Erkrankung unabhängigen Kinderwunsch dazu führen, die Diagnose einer psychischen Erkrankung abzulehnen. Gestützt wird diese Annahme durch die Befunde einer qualitativen Studie zum Umgang psychisch kranker Mütter mit den normativen Diskursen zu psychischer Störung und Mutterschaft (SAVVIDOU et al. 2003). Die betroffenen Mütter reproduzierten einerseits gesellschaftliche Repräsentationen zu psychischer Erkrankung wie etwa ›Gefährlichkeit‹ und ›Unfähigkeit‹ und demonstrierten über den Anschluss an den gesellschaftlichen Diskurs ihre »Normalität« (im Sinne der Normensprechung). Das Dilemma zwischen der eigenen Situation als Mutter und der Akzeptanz des stigmatisierenden Diskurses lösten die Mütter in ihren Erzählungen dadurch, dass sie sich nicht als psychisch krank präsentierten. Sie ordneten ihren aktuellen Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik als Missverständnis ein und wiesen dabei die psychische Erkrankung zurück. Aus dieser Perspektive wäre eine mangelnde Krankheitseinsicht, in Anlehnung an LEFERINK (1997), als eine sinnvolle⁶⁵ Bewältigungsstrategie zu deuten, um den Kinderwunsch unter den Bedingungen der normativen Erwartung eines Ausschlusses – quasi als Ausdruck der Normalbiografie – zu reklamieren.

Dort, wo die Objektivierung der Erkrankung vom Selbst nicht erfolgt, wo also ein enges Verhältnis zwischen Selbst und Krankheit besteht, wird ein geäußelter Kinderwunsch anhand anderer Strategien von der psychischen Erkrankung abgetrennt. Eine Strategie besteht dabei in der Kontrolle der Krankheitssymptome. Hier wird der Kinderwunsch zwar nicht unabhängig von der psychischen Erkrankung formuliert, allerdings werden die damit einhergehenden Risiken (auf die letztlich auch die Ausschlussnorm rückführbar ist) durch einen ausgeprägt selbstreflexiven Bewältigungsstil zu kontrollieren versucht. Die selbstreflexive Bewältigungsform als zentraler Ausdruck des biografischen Umgangs mit der Erkrankung, wird nun auch für den Kinderwunsch genutzt und stellt

65 Sinnvoll wird hier als Ausstattung einer Handlung mit subjektivem Sinn verstanden (›sinnhaft‹).

gewissermaßen eine Selbst-Behandlung der für den Kinderwunsch relevanten Krankheitsanteile dar. Schließlich ist auch der Aufschub des Kinderwunschs in eine zukünftige biografische Phase als Strategie zu verstehen, mit der ein Kinderwunsch trotz der engen Verbindung zwischen Selbst und Krankheit aufrechterhalten werden kann. Hier wird der Kinderwunsch in eine Phase verschoben, in der die Krankheit überwunden ist und so der Kinderwunsch als Ausdruck der Normalbiografie – und damit unabhängig von der (überwundenen) psychischen Erkrankung – eingeordnet werden kann.

Wird der hier entwickelte Gedanke weitergeführt, dann erfolgt der Umgang mit dem Kinderwunsch bei psychisch kranken Frauen immer unter Einbezug der Ausschlussnorm, der allerdings in unterschiedlicher Form entsprochen wird. Das Spektrum dieses Umgangs ist zum einen weit gespannt und unterliegt zum anderen dem individuellen Krankheitsbewältigungsverhalten. Es reicht von einem tatsächlich verneinten Kinderwunsch, bei dem der Ausschluss auf der Handlungsebene realisiert wird bis hin zu einem ausgeprägten Kinderwunsch, bei dem anhand spezifischer Strategien eine Distanzierung von Krankheit und Selbst und hierüber eine Abgrenzung des Kinderwunschs von der psychischen Krankheit hergestellt werden kann. Die hier ausgearbeitete Hypothese ließe sich freilich mit Befunden zu einer spezifischen Konstellation falsifizieren: Dort, wo ein aktueller Kinderwunsch bei gleichzeitig ausgeprägter Krankheitseinsicht geäußert wird, ohne dass dabei Strategien freigelegt werden können, mit denen die psychische Erkrankung durch ein spezifisches Bewältigungsverhalten zu objektivieren, resp. zu kontrollieren versucht wird. Dies wäre empirisch zu prüfen.

Hypothese 3: Der Umgang mit dem Kinderwunsch übernimmt identitätsstiftende Funktionen in der Krankheitsbewältigung

Die Herstellung biografischer Kontinuität und Kohärenz im Sinne einer Krankheits-Identitätsarbeit in den biografischen Erzählungen umfasst auch den Umgang mit dem Kinderwunsch. Die Aufgabe, den Kinderwunsch in ein ›stimmiges‹ biografisches Gesamtkonzept zu integrieren, drückt sich als reproduktive Krankheits-Identitätsarbeit aus. Damit kommt der Erzählung zum Kinderwunsch eine identitätsstiftende Funktion in der Krankheits-Identitätsarbeit zu: Reproduktive Krankheits-Identitätsarbeit ist auf die Herstellung einer *auch* reproduktionsbiografischen Kontinuität gerichtet. Reproduktive Krankheits-Identitätsarbeit ist die narrative Bewältigung der mit dem Kinderwunsch einhergehenden Risiken und Anforderungen im Rahmen einer biografischen Erzählung. Der Kinderwunsch ist damit nicht nur als (nachträgliches) Resultat der Krankheitsbewältigung zu verstehen, sondern auch umgekehrt in seiner Funktion für die Krankheits-Identitätsarbeit anzuerkennen. Wichtige Hinweise hierfür ergeben sich aus den beiden

Erzählungen zum verneinten Kinderwunsch: Hier wird der Ausschluss eines Kinderwunschs nicht nur als der Erkrankung *nachgeordnete Folge* aufgrund reproduktiver Risiken konstruiert, sondern primär aufgrund von krankheitsunabhängigen Motiven. Der verneinte Kinderwunsch wird weniger zum krankheitsbedingt erzwungenen Verzicht als vielmehr zu einer subjektiv irrelevanten Option im Lebensverlauf. Die Konstruktion der biografisch konstanten Abwesenheit eines Kinderwunschs weist die Möglichkeit des Einflusses der psychischen Erkrankung auf den (vormals vorhandenen) Kinderwunsch zurück. Der verneinte Kinderwunsch stellt sich nicht aufgrund eines auferlegten Zwanges ein (z. B. dem Entsprechen einer Ausschlussnorm), sondern entspricht vielmehr den krankheitsunabhängigen Wünschen und Vorstellungen. Der Umgang mit dem Kinderwunsch zielt auf seine Einordnung in ein ›stimmiges‹ biografisches Konzept.

Gleichzeitig wird in beiden Konstruktionen auf das Kindeswohl bzw. auf die Risiken einer Selbstüberforderung verwiesen und damit der rationale und eigenverantwortliche Umgang mit der Kinderfrage und/oder der Erkrankung vermittelt. Es erfolgt eine Positionierung als vernünftige Person, die sich ihrer Erkrankung in rationaler Weise zuwendet und sie damit auch kontrolliert. In der rationalen Argumentation bietet sich die Möglichkeit, der Norm eines eigenverantwortlichen Umgangs mit der Kinderfrage zu entsprechen und hierüber ›Normalität‹ herzustellen. Die Identitätsarbeit psychisch kranker Frauen in Bezug auf ihren Kinderwunsch stellt sich als komplexe Aufgabe dar: Der Kinderwunsch muss unter Berücksichtigung vielfältiger reproduktiver Risiken in eine durch die psychische Erkrankung ›irritierte‹ Biografie ›sinnhaft‹ eingebettet werden, ohne die Kontinuität des Selbst allzu sehr durch die psychische Erkrankung infrage zu stellen. Möglicherweise kann der ›Erfolg‹ der individuellen Krankheitsbewältigung auch daran gemessen werden, in welcher Weise der Kinderwunsch als eine zentrale biografische Aufgabe (Generativität und Familie als biografische Handlungszwänge, vgl. Kap. 6.2.2) gelöst, das heißt sinnvoll in die Biografie und damit auch in die Identität eingebettet ist.

8.4 Skizzierung eines Idealtypenmodells

Die Ergebnisse der Untersuchung sollen nun abschließend für die Konstruktion von Idealtypen genutzt werden (vgl. Kap. 6.3.2). Das Ziel der vorliegenden Idealtypenkonstruktion liegt im Versuch einer verallgemeinernden Zuspitzung des Handlungsfelds ›Kinderwunsch‹ für Frauen mit psychischen Erkrankungen. Im Vordergrund steht die Frage, welche idealtypischen Orientierungen im Umgang mit den reproduktiven Bewältigungsanforderungen denkbar sind und welche

zweckrationalen Motive als handlungsleitend angenommen werden können. In Anbetracht der methodischen Anlage der Untersuchung ist leicht nachzuvollziehen, dass sich aus dem vorliegenden Datenmaterial keine vollständige Typologie etwa hinsichtlich der möglichen Modi zur reproduktiven Krankheitsidentitätsarbeit ableiten lässt. Allein schon die geringe Stichprobengröße von fünf Erzählerinnen spricht gegen die Annahme einer auch nur annähernd hinreichenden Realitätsabbildung. Da die Rekrutierung der 17 Studienteilnehmerinnen vorwiegend über eine Selbstmeldung und insbesondere auch die Auswahl der fünf vorgestellten Fälle anhand subjektiver Kriterien erfolgte, ist die Stichprobe darüber hinaus als hochselektiv zu bewerten. Trotz dieser Einschränkungen liefert eine extensive Einzelfallbetrachtung, wie sie im Rahmen der vorliegenden Untersuchung durchgeführt wurde, zahlreiche Befunde zum Allgemeinen und Typischen.

»Jedes Protokoll einer Lebenspraxis kann als Artikulation der Einzigartigkeit dieser konkreten Praxis gelesen werden. Es ist aber immer zugleich ein Protokoll der über diese Einzigartigkeit hinausweisenden Allgemeinheit.« (WERNET 2006: 86)

Die folgende Idealtypenkonstruktion ist als ein erster Vorschlag zur Ordnung der Befunde zum Verhältnis von Biografie, Kinderwunsch und psychischer Erkrankung zu verstehen und kann als vorläufige Konstruktion für weitere Analysen hilfreich sein.

Anhand des vorliegenden Datenmaterials lassen sich drei Idealtypen konstruieren. Sie sind als zugespitztes und vereinfachtes Wirklichkeitsmodell zu verstehen, das der Komplexität realer Handlungen nicht gerecht wird. In diesem Sinne ist der Idealtyp »mit dem Zweck konstruiert (.), einerseits gegenüber der Empirie insofern systematisch Unrecht zu haben, als er das besondere im Einzelfall nur unzulänglich wiedergibt, andererseits gerade dadurch dem Einzelfall zu seinem Recht zu verhelfen, dass es das historisch Besondere vor dem Hintergrund struktureller Allgemeinheit sichtbar abhebt« (SOEFFNER 2000: 173).

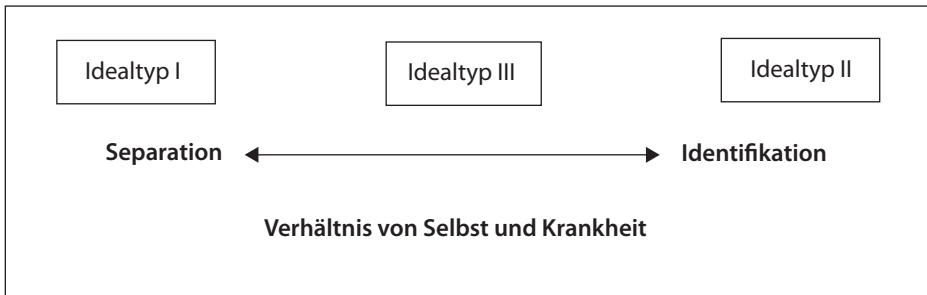
- *Idealtypus I* (»Objektivierungstyp«) verweist auf eine weitestgehende Objektivierung der Erkrankung. Die psychische Erkrankung wird – in Analogie zu einer rein körperlichen Beeinträchtigung – als ein extern verursachtes, das Selbst nicht berührendes Phänomen eingeordnet. Die Handlungsorientierung ist auf die Normalbiografie – im Sinne einer vollständigen Gesundheit – gerichtet. Die Objektivierung der psychischen Erkrankung ist eine notwendige Bedingung für die Konstruktion eines von der psychischen Erkrankung unanhängigen Kinderwunschs. Wird die Objektivierung als die diesen Idealtypus konstituierende Handlung begriffen, dann ist das Weil-Motiv in einem spezifischen Krankheitsverständnis zu suchen, das eine psychische Erkrankung medizinisch-naturwissenschaftlich einordnet und jedwede psychologische Deutung zurück weist. Das Um-zu-Motiv der Objektivierung liegt dann in der Orientierung an der Normalbiografie. Sie legitimiert einen Kinderwunsch *trotz* psychischer

Erkrankung vor dem Hintergrund der normativen Erwartung zum Ausschluss von Kinderwunsch und psychischer Erkrankung. Frau Schubert lässt sich diesem Typus zuordnen.

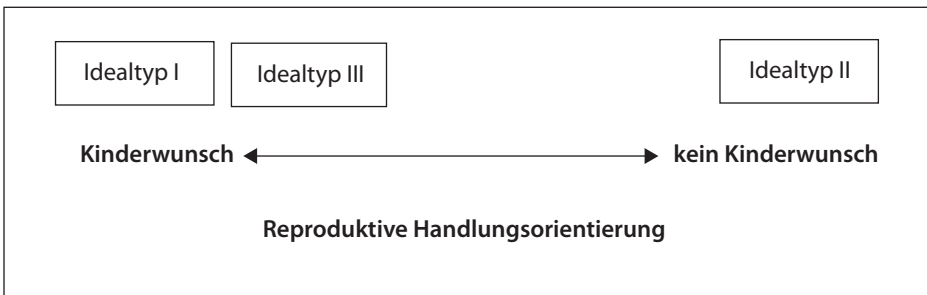
- *Idealtypus II* (»Identifizierungstyp«) geht dagegen mit einer weitestgehenden Integration von Krankheit in das Selbstkonzept einher. Es erfolgt eine ausgeprägte Identifizierung mit der Erkrankung. Die Erkrankung ist das dominierende Persönlichkeitsmerkmal und als biografisch beständige Situation definiert. Weder findet eine Orientierung an der Normalität statt noch spielt die Wiederherstellung einer völligen Genesung eine Rolle in der biografischen Handlungsorientierung. Der Kinderwunsch ist eng an die psychische Erkrankung gekoppelt und führt aufgrund der Überlastung durch normalbiografische Anforderungen zu einem Verzicht auf Kinder aufgrund der psychischen Erkrankung. Die entlastende Funktion durch die Psychiatrie, die Distanz zum normalbiografischen Verlauf stellt das Weil-Motiv dieser Handlungsorientierung dar. Das Um-zu-Motiv liegt in der Stabilisierung der gegenwärtigen Lebenssituation, die durchaus auch die Akzeptanz gegebener Einschränkungen beinhaltet. Diesem Typus lässt sich Frau Ruhland zuordnen. Mit Einschränkungen lässt sich auch Frau Kaufmann diesem Typus zuordnen, allerdings ist ihre Identifikation mit der Erkrankung bei Weitem nicht so ausgeprägt wie bei Frau Ruhland.
- *Idealtypus III* (»Diskrepanztypus«) ist ebenfalls durch eine enge Verbindung zwischen Selbst und Erkrankung ausgezeichnet. Zwar muss keine so weitgehende Identifizierung wie bei Typ II stattfinden. Die psychische Erkrankung ist aber zu einem integrativen Teil der Persönlichkeit geworden. In der engen Subjekt-Objekt-Relation ist auch das Weil-Motiv dieser Handlungsorientierung zu sehen. Für den Fall eines Kinderwunschs stellt sich hier die Aufgabe, den Kinderwunsch durch spezifische Strategien von der psychischen Erkrankung abzugrenzen und als Ausdruck einer Normalbiografie einzuordnen. Das Um-zu-Motiv liegt in der Legitimation eines Kinderwunschs trotz der engen Verbindung zwischen Selbst und Krankheit. Frau Peschke und Frau Buschfeld lassen sich diesem Typus zuordnen.

Die Idealtypen lassen sich auf zwei Dimensionen anordnen. Eine erste Dimension beschreibt das Verhältnis von Krankheit und Selbst als Ausdruck des Krankheitsverständnisses; eine zweite Dimension bezeichnet die reproduktive Handlungsorientierung, auch wenn aufgrund der zwei kategorialen Handlungsorientierungen (Kinderwunsch Ja/Nein) nicht von einer Dimension im eigentlichen Sinne gesprochen werden kann. Für die Konstruktion eines heuristischen Modells wäre allerdings denkbar, den Kinderwunsch als Ausdruck seiner Stärke zu bestimmen (stark ausgeprägter Kinderwunsch/schwach ausgeprägter Kinderwunsch). Bezogen auf die beiden Dimensionen sind Idealtyp I und Idealtyp II durch ihre

größtmögliche Kontrastierung ausgezeichnet. Diese betrifft zuvorderst die Beziehung zwischen Selbst und Krankheit: Hier stehen sich beide Idealtypen aufgrund der jeweils weitgehenden Trennung (Typ I) bzw. Integration (Typ II) gegenüber und bilden auf der Dimension »Verhältnis von Selbst und Krankheit« jeweils die gegenüberliegenden Eckpunkte ab. Idealtyp III kann zwischen den beiden Polen einer vollständigen Identifizierung und einer weitgehenden Objektivierung angeordnet werden:

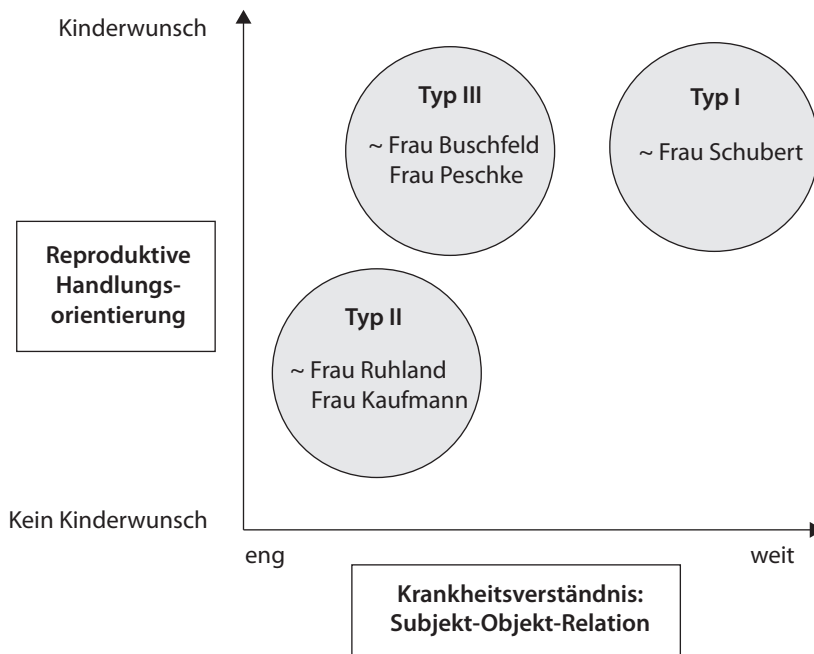


Auch in Bezug auf die zweite Dimension der reproduktiven Handlungsorientierung weisen Idealtyp I und Idealtyp II eine größtmögliche Kontrastierung auf. Die Äußerung eines ›normalbiografischen Kinderwunschs‹ (Typ I) steht der Verneinung eines ›normalbiografischen Kinderwunschs‹ (Typ II) diametral gegenüber. Typ III lässt sich auf dieser Dimension in Richtung eines Kinderwunschs anordnen, wenngleich der Kinderwunsch nicht so ausgeprägt ist wie bei Idealtyp I:



Die drei Idealtypen sind vor dem Hintergrund einer übergreifenden normativen Erwartung zum Ausschluss von psychischer Erkrankung und Mutterschaft einzuordnen. Diese normativen Erwartungen sind rückgebunden an ein gesellschaftliches Wertesystem, das ebenso auf den Wert des Kindeswohls wie auf den Wert eines eigenverantwortlichen, rationalen Verzichts auf Elternschaft bei einer psychischen Erkrankung verweist. Von diesem Kontext ausgehend kann die jeweilige

reproduktive Handlungsorientierung (Kinderwunsch Ja/Nein) als Ausdruck der biografischen Krankheits-Identitätsarbeit aufgefasst werden. Typ I und Typ II »gelingt« die auf den Kinderwunsch bezogene Identitätsarbeit insofern, als sich ein stimmiges reproduktionsbiografisches Gesamtkonzept ergibt. Dort, wo eine größtmögliche Distanz zwischen Krankheit und Selbst hergestellt werden kann, ist der Kinderwunsch legitim. Dort, wo diese Distanz nicht hergestellt werden kann, wird der Kinderwunsch verneint. Die Einbindung des Kinderwunschs (bzw. dessen Verneinung) in die Biografie entspricht den normativen Erwartungen zum Ausschluss von Kinderwunsch und psychischer Erkrankung. Insofern kommen die Idealtypen I und II auch einem »normativen Ideal« gleich. Diese Annahmen weiterführend, ließe sich nun als dritte Dimension die »erfolgreiche Bewältigung« einbauen: Der Umgang mit dem Kinderwunsch ist dort unproblematisch, wo entweder kein Kinderwunsch existiert (Typ II) oder wo die psychische Erkrankung hinreichend objektiviert (Typ I) werden kann. Damit lenkt das hier vorgestellte Idealtypenmodell den Blick auf jene problematischen Bereiche des Handlungsfelds, die durch normativ »inkompatible Handlungsorientierungen« ausgezeichnet sind – dort nämlich, wo ein Kinderwunsch *trotz* eines Krankheitsverständnisses geäußert wird, das durch eine enge Verbindung von Selbst und Krankheit ausgezeichnet ist (Typ III): Hier müssen spezifische Strategien entwickelt werden, den Kinderwunsch trotz der engen Verbindung zwischen Selbst und Krankheit von der psychischen Erkrankung abzutrennen, um ihn, den normativen Erwartungen entsprechend, als Ausdruck einer »Normalbiografie« präsentieren zu können.



9 Der Kinderwunsch psychisch kranker Frauen – ein Resümee

Psychische Erkrankung als reproduktiver Gestaltungsfaktor

Aus soziologischer Sicht kann eine psychische Erkrankung als ein relevanter reproduktiver Gestaltungsfaktor sowohl auf individueller wie auf struktureller Ebene eingeordnet werden. Auf individueller Ebene nimmt eine psychische Erkrankung die Rolle eines biografischen Ereignisses ein, das der reproduktiven Biografie aufgrund des Krankheitsverlaufs sowie der Bewältigungsformen ihre spezifische Gestalt (mit) verleihen kann. Auf struktureller Ebene kommen normative Erwartungen zum Kinderwunsch zum Tragen, die die reproduktive Biografie (mit) gestalten können. Im Gegensatz zu sozialen Statuslagen wie Geschlecht, Bildung oder Ethnie, die jeweils spezifische reproduktive Kulturen ausbilden können und damit auch spezifische reproduktive Regeln zur Verfügung stellen (vgl. Kap. 3.3), verweist die soziale Statuslage ›psychische Erkrankung‹ nicht auf eine spezifische reproduktive Kultur. Es ist zwar nicht ausgeschlossen, dass psychisch kranke Frauen in ihrer Kinderwunschkonstruktion auch auf reproduktive Regeln zurückgreifen, die ihnen aufgrund der Zugehörigkeit zu sozialen Milieus (z. B. traditionelles Milieu, studentisches Milieu) verfügbar sind. Die Befunde der Untersuchung deuten aber darauf hin, dass die Regeln einer reproduktiven Kultur unter den Bedingungen einer psychischen Erkrankung nur noch bedingt gelten. Gleichwohl existieren soziale Regeln zum Umgang mit einem Kinderwunsch bei einer psychischen Erkrankung, die auf der normativen Erwartung eines Ausschlusses beruhen. Eine psychische Erkrankung geht in Bezug auf den Kinderwunsch daher mit zwei Anforderungen einher: Die Gestaltung der reproduktiven Biografie muss unter den Bedingungen einer psychischen Erkrankung gegebenenfalls modifiziert werden, etwa im Sinne eines veränderten Zeitkonzepts (z. B. Aufschub), einer umfassenden Planung zur Kontrolle der Risiken oder eben eines Lebens ohne Kinder. Zum anderen machen die vielfältigen Probleme, die sich aus den spezifischen Gestaltungsbedingungen für psychisch kranke Frauen ergeben können, eine explizite Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch unter den Bedingungen einer psychischen Erkrankung notwendig. Die Norm des

Ausschlusses von psychischer Erkrankung und Kinderwunsch erfordert explizite Strategien, einen vorhandenen Kinderwunsch gegen diese Norm zu »verteidigen«. Eine »generalisierte Akzeptanz« von Kindern (im Sinne von »wenn's kommt, dann kommt's«) erscheint unter diesen Bedingungen als eine eher unrealistische Form der biografischen Einbettung des Kinderwunschs.

Zwischen Strukturzwang und Autonomie

In Anbetracht der vielfältigen Anforderungen im Zusammenhang mit einem Kinderwunsch sind Frauen mit einer psychischen Erkrankung auf eine weitgehend eigenverantwortliche und selbstreflexive Gestaltung ihrer reproduktiven Biografie – durchaus im Sinne Ulrich Becks – angewiesen. Empowerment, das zunehmend als Ideal einer spätmodernen Versorgungskultur gilt, forciert eine weitgehend individualisierte Gestaltung (auch) der reproduktiven Biografien. In den (männlich konnotierten) Empowerment-Aspekten von »Meisterung, Macht, Kontrolle« (RIEGER 1993, nach SCHÜRMAN 1997: 279) spiegelt sich der von Beck und Beck-Gernsheim konstatierte Zwang zur »Herstellung, Selbstgestaltung, Selbstinszenierung« (BECK & BECK-GERNSHEIM 1993: 179). Damit kann eine der zentralen Thesen der Individualisierungsthese Becks – der Zwang zur selbstreflexiven Biografiegestaltung – für die Gruppe der psychisch kranken Frauen Anwendung finden, muss aber gleichwohl modifiziert werden. Zuzustimmen ist Beck insofern, als Frauen mit psychischen Erkrankungen in Bezug auf den Kinderwunsch nicht, bzw. nur bedingt an traditionelle Geschlechter- und Familiennormen anknüpfen (können) und daher stärker auf sich selbst verwiesen sind. So gelten für sie, wie dargelegt, die Regeln einer reproduktiven Kultur nur bedingt. Allerdings unterscheidet sich die Gruppe der psychisch kranken Frauen wesentlich von Becks Protagonistinnen der Individualisierung. Weder die Abhängigkeit des privaten Lebens vom Arbeitsmarkt noch die wachsende biografische Optionenvielfalt sind die kennzeichnenden Rahmenbedingungen für deren Gestaltung der reproduktiven Biografie. Vielmehr werden ihnen mit den Bedingungen und Konsequenzen einer psychischen Erkrankung wesentliche Vorgaben auferlegt, die z. B. Modifikationen erforderlich machen (siehe oben).

Dass die betroffenen Frauen nicht autonom handeln, sondern in einem Kontext normativer Vorgaben und Erwartungen agieren, konnte mit der vorliegenden Untersuchung gezeigt werden. Es existieren hochgradig normativ besetzte Werte zum Umgang mit dem Kinderwunsch bei einer psychischen Erkrankung. Wie dargelegt, drücken sich diese in normativen Erwartungen zum Ausschluss von Mutterschaft, resp. eines Kinderwunschs aus. Sie sind mit den gesellschaftlichen Diskursen zu psychischer Erkrankung (und Mutterschaft) und zum Kindswohl,

bzw. dem Ideal einer »guten Mutter«, die überdies in einem außerordentlichen Spannungsverhältnis stehen, verknüpft. Tatsächlich finden sich in allen Erzählungen – mehr oder weniger ausgeprägt – Hinweise auf die Wahrnehmung von Einschränkungen der Handlungsmacht, so etwa in den Empfehlungen von Professionellen, in den Bedenken aus dem sozialen Umfeld, in den institutionellen Vorgaben, in den Möglichkeiten eines Rezidivs, in der Problematisierung reproduktiver Risiken, in der Notwendigkeit einer Medikamenteneinnahme oder etwa im Motiv der Überlastung, das auf das Dilemma zwischen eigenen und kindlichen Bedürfnissen verweist. Dennoch präsentieren sich die betroffenen Frauen weder (nur) als Opfer biografischer (Krankheits-)Verlaufskurven noch als Opfer gesellschaftlicher Vorgaben. Neben der Entsprechung normativer Anforderungen, die eine autonome Gestaltung des Kinderwunschs zumindest begrenzen, steht immer auch der Versuch, den Kinderwunsch von der psychischen Erkrankung loszulösen, d. h. der psychischen Erkrankung keine strukturierende Kraft für den Kinderwunsch zuzugestehen. Der Kinderwunsch wird so konstruiert, dass er *primär* der eigenen Handlungskontrolle unterliegt. Die genannten Einschränkungen werden von den Erzählerinnen mit der Betonung eigener Formen von Handlungskontrolle kompensiert, wie etwa der Kontrolle von Symptomen im Alltagshandeln, der Entscheidung, nicht unter einer Medikamenteneinnahme schwanger werden zu wollen, der Betonung individueller Interessen, auch in der Konfrontation mit Professionellen. Gerade vor dem Hintergrund der vielfältigen, mit einer psychischen Erkrankung einhergehenden Einschränkungen nimmt also die Konstruktion von Handlungskontrolle, unabhängig von der Erkrankungsschwere und damit dem Ausmaß der Einschränkungen, eine zentrale Rolle in der Selbstpräsentation als psychisch kranke Frau ein – gerade auch in Bezug auf den Kinderwunsch. Dort, wo Einschränkungen durch die psychische Erkrankung wahrgenommen werden, finden die Erzählerinnen gleichzeitig Mittel und Wege, ihre Handlungskontrolle auf spezifische Bereiche und Aspekte ihres Lebens zu fokussieren, um hierüber die mit einer psychischen Erkrankung einhergehenden Einschränkungen in der Kinderwunschgestaltung zu überwinden.

Reproduktive Krankheits-Identitätsarbeit und Krankheitsbewältigung

Der Kinderwunsch ist in doppelter Hinsicht mit der Biografie verknüpft. Er ist zum einen das Resultat eines individualbiografischen Verlaufs und des biografischen Umgangs mit der psychischen Erkrankung. Zum anderen nimmt die Begründung des Kinderwunschs, resp. seine biografische Einordnung selbst

eine identitätsstiftende Funktion in der Biografie ein. Folgt man der Annahme, dass der Umgang mit dem Kinderwunsch auch Bewältigungsarbeit bedeutet, dann liegt es nahe, von einer ›reproduktiven Krankheits-Identitätsarbeit‹ zu sprechen. Das Ziel der reproduktiven Identitätsarbeit ist es, den (vorhandenen oder nicht-vorhandenen) Kinderwunsch stimmig, d. h. sinnhaft in die von einer psychischen Erkrankung betroffene Biografie einzubetten. Dazu gehört ebenso die Abstimmung des Kinderwunschs mit den Wünschen und Vorstellungen des Partners wie auch die Einbettung in das weitere soziale Umfeld. Die Relevanz einer reproduktiven Krankheits-Identitätsarbeit erschließt sich nicht zuletzt aus der zentralen Bedeutung, die den reproduktiven Aspekten in der Biografie gemeinhin zugesprochen wird. Sie ist nicht nur dort gegeben, wo ein Kinderwunsch besteht, sondern auch dort, wo ein verneinter Kinderwunsch begründet wird. Reproduktive Krankheits-Identitätsarbeit stellt sich als komplexe Aufgabe dar: Zum einen ist sie auf die Selbstpositionierung als psychisch kranke Person gerichtet, die sich (auch) an einer normativen Erwartung zum Ausschluss von psychischer Erkrankung und Kinderwunsch orientiert (resp. orientieren *sollte*). Zum anderen ist sie darauf gerichtet, Kohärenz und Kontinuität auch in Bezug auf den Kinderwunsch herzustellen. Sie ist damit eng an die Konstruktion von biografischem Sinn gebunden.

Die Befunde stützen das der Untersuchung zugrunde gelegte Verständnis von Bewältigung. Dies betrifft zum einen die subjektive Bedeutung von Belastung und Bewältigung. Die mit einem Kinderwunsch einhergehenden ›Belastungen‹ stellen sich in jeder Erzählung auf andere Weise dar: Weder problematisieren alle Frauen gleichermaßen die reproduktiven Risiken noch werden die mit einer Erkrankung einhergehenden Konsequenzen in gleicher Weise als belastend dargestellt. Krankheitsbewältigung ist – ebenso wie der Kinderwunsch selbst – nicht ohne Einbezug des biografischen Kontexts zu fassen. Bewältigung ist biografischer Umgang mit (den Konsequenzen) einer psychischen Erkrankung. Die Beziehung zwischen Biografie und Bewältigung ist indes eine zweifache: Zum einen lässt sich der individuelle Umgang mit der psychischen Erkrankung und dem Kinderwunsch, resp. den reproduktiven Bewältigungsanforderungen aus einer sinnhaft konstruierten, biografischen Entwicklungslogik ableiten – die individuelle Form der Bewältigung ist ein Produkt biografischer Entwicklungen. Zum anderen zielt Bewältigung aber auch darauf, die eigene Biografie sinnhaft zu konstruieren. Bewältigung erfolgt demnach als (Re-)Organisation von biografischer Kontinuität und Kohärenz und zeichnet sich durch den Anschluss der Biografie *vor* der Erkrankung an die Biografie *nach* der Erkrankung aus. Bewältigung erfolgt als fortlaufende (reproduktive) Krankheits-Identitätsarbeit – sie ist »Einbindung der Krankheit in die Biografie und die persönliche Identität« (ZAUMSEIL & LEFERINK 1997a: 8).

Auch die Frage, welche Strategien in der reproduktiven Krankheits-Identitätsarbeit zum »Erfolg« führen, ist nur aus subjektiver Sicht verständlich: So-

wohl ein naturwissenschaftlich geprägtes als auch ein eher personengebundenes Krankheitsverständnis können sich als subjektiv »erfolgreiche« Strategien zum Umgang mit dem Kinderwunsch erweisen: So bietet eine biologisch/naturwissenschaftliche Erklärung, die mit einer großen Distanz zwischen Selbst und Krankheit einhergeht, die Möglichkeit, die Krankheit als zeitweise Abweichung von der Normalbiografie und dementsprechend auch den Kinderwunsch als Ausdruck der Normalbiografie zu konstruieren. Zwar liegt die Entstehung der Erkrankung (und damit auch ein mögliches Rezidiv) außerhalb der eigenen Handlungskontrolle; durch die Abspaltung der Erkrankung vom Selbst kann aber auch der Kinderwunsch als unabhängig von der psychischen Erkrankung konstruiert werden. Hingegen unterliegt ein eng an die Identität gebundenes Krankheitsverständnis zwar stärker der Norm, auf eine Mutterschaft zu verzichten; durch die Rückbindung der Erkrankung an die Person unterliegt sie aber auch stärker der eigenen Kontrolle, d. h. die betroffene Person verfügt eher über entsprechende Mittel, die Krankheit durch ein entsprechendes Verhalten zu kontrollieren – und damit auch die reproduktiven Risiken zu mindern. Weder das Krankheitsverständnis noch das Bewältigungsverhalten können isoliert Auskunft darüber geben, ob ein »erfolgreicher« Umgang mit den reproduktiven Bewältigungsanforderungen praktiziert wird. Dies erfordert auch eine Reflektion der normativen Bewertung von Bewältigungsstilen, wie dies WEBER (1997) in ihrer Kritik an den individualistischen Konzeptionen von Bewältigung ausdrücklich nahelegt (vgl. Kap. 4.1). Tatsächlich kann sich die Distanzierung von der Erkrankung – in Bezug auf den Kinderwunsch – als eine sinnvolle Strategie erweisen, obwohl diese Bewältigungsform gemeinhin negativ bewertet wird. Das individuelle Bewältigungsverhalten kann nur anhand der biografischen Sinn- und Bedeutungsstrukturen verstanden werden – Bewältigung ist immer nur subjektiv verstehbar (BOCK 1999). Diese Annahmen werden durch die neuesten Befunde zum Bewältigungsverhalten von Menschen mit einer psychischen Erkrankung gestützt: Eine effektive Bewältigung setzt sich, bezogen auf die Situation, aus mehreren Bewältigungsstilen zusammen. Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung konzentrieren sich nicht auf eine Bewältigungsstrategie, sondern wenden mehrere Strategien an.

»This suggests that treatment strategies that aim to enhance the coping of individuals with psychosis should emphasize the development of a range of coping strategies. It also seems that there is no one coping strategy that is universally effective and situational, or other factors may influence both the choice of coping strategy implemented and its efficacy.« (PHILLIPS et al. 2009)

Zum anderen bestätigen die Befunde auch die Relevanz sozialer Faktoren von Bewältigung. Bewältigung, oder besser: der biografische Umgang mit dem Kinderwunsch und der psychischen Erkrankung findet auch in einem Kontext sozialer Bedeutungen statt. Deutlich wurde, dass in die individuelle Gestaltung des Kinderwunschs auch normative Erwartungen einfließen, die sich vor allem

als soziale Regel zum Ausschluss eines Kinderwunschs fassen lassen, die aber auch einen rationalen und individualisierten Umgang mit dem Kinderwunsch vorschreiben. Diese Regeln entspringen gleichermaßen dem Konzept der guten Mutter, dem damit verwandten Konzept zum Kindeswohl sowie den normativen Erwartungen im Zusammenhang mit Empowerment.

Der biografische Zugang

Aus soziologischer Perspektive liegt der Schlüssel für das Verständnis der individuellen Kinderwunschgestaltung im Nachvollzug seiner sinnhaften Einbettung in die Biografie. Dass dies nicht allein mit den standardisierten Methoden der psychologischen Copingforschung gelingen kann, liegt auf der Hand. Erst der biografische, sinnverstehende Zugang ermöglicht es, sowohl die subjektive als auch die soziale Komponente von Bewältigung hinreichend zu erfassen. Der biografische Zugang öffnet nicht nur den Blick für den Kinderwunsch als Produkt auch biografischer Zwangsläufigkeiten, die zur Ausbildung und möglicherweise zur Modifikation eines Kinderwunschs (oder zu dessen Abwesenheit) unter den Bedingungen einer psychischen Erkrankung führten. Vielmehr wird hier auch erst die biografische Bedeutung eines (vorhandenen wie nicht-vorhandenen) Kinderwunschs erkennbar. Ein Kinderwunsch reicht über die bloße Frage ›Kinder Ja oder Nein?‹ hinaus und umfasst gesamtbiografische Vorstellungen zum privaten Leben. Dabei stellt der Kinderwunsch einen zentralen, biografischen Handlungsbereich dar, den die betroffenen Frauen auch für die Identitätskonstruktion als psychisch kranke Frau nutzen. Die biografische Erzählung bietet den betroffenen Frauen die Möglichkeit, sowohl die Erkrankung als auch den Kinderwunsch in einen gesamtbiografischen Sinnzusammenhang zu stellen. Wie oben dargelegt, wird in der reproduktiven Krankheits-Identitätsarbeit Identität, d. h. biografische Kontinuität und Kohärenz in Bezug (auch) auf reproduktive Aspekte hergestellt. Darüber hinaus können aus einer biografischen Perspektive aber gerade auch jene überindividuellen Faktoren in den Blick genommen werden, die den Umgang mit dem Kinderwunsch (auch) mitgestalten. Sie lassen sich über die Analyse der subjektiven Strategien freilegen, mit denen die Individuen den normativen Vorgaben einerseits entsprechen und ihnen gleichzeitig eigene Formen der Handlungskontrolle entgegensetzen. Aus den individuellen Antworten der Individuen auf die subjektiv bedeutsamen, normativen Erwartungen, kann demnach auf die zugrunde liegenden sozialen Regeln rückgeschlossen werden. Schließlich vollzieht sich mit dem biografisch-narrativen Ansatz der Untersuchung auch praktische Bewältigungsarbeit. Die Erzählerinnen positionieren sich in der Interviewsituation gegenüber einer Person, die sich aufgrund ihres Geschlechts

und ihres Alters ebenfalls in einer Lebensphase befindet, in der reproduktive Themen relevant sind. Gerade vor dem Hintergrund des in der Interaktion differenzierenden Faktors ›psychische Erkrankung‹ sind die betroffenen Frauen möglicherweise motiviert, das eigene Leben narrativ zu reflektieren, Kohärenz (wieder)herzustellen und über die soziale Interaktion letztlich auch ›Normalität‹ zu belegen. Die positiven Bewertungen der Gesprächspartnerinnen am Ende der Interviews deuten darauf hin, dass es im Rahmen der Untersuchung gelungen ist, einen Raum zur Entfaltung der ›heilenden‹ Kräfte einer Lebenserzählung zu bieten. Mit diesem Befund kann den zum Teil geäußerten ethischen Bedenken gegenüber narrativen Verfahren bei psychisch kranken Menschen begegnet werden. So wird etwa befürchtet, die Erzählung belastender Erlebnisse oder Ereignisse könnte die emotionale Stabilität der Befragten bedrohen. Nach Gabriele Rosenthals Ansicht werden dabei aber sowohl die Abwehrmechanismen der Erzählenden als auch die Bedrohlichkeit einer fehlenden Lebensgeschichte für die psychische Stabilität unterschätzt (ROSENTHAL 1993). Kann mit dem biografisch-narrativen Zugang gleichzeitig praktische Bewältigungsarbeit stattfinden, dann zeigt dies schließlich, dass sozialpsychiatrische Forschung auch praktische Sozialpsychiatrie im Sinne einer individuellen Stärkung der von einer psychischen Erkrankung betroffenen Menschen sein kann.

10 Grenzen der Untersuchung

Mit der Entscheidung, sich dem Thema des Kinderwunschs psychisch kranker Frauen aus der Perspektive des Interpretativen Paradigmas zuzuwenden, sind zugleich die Grenzen der Untersuchung markiert. Wie angekündigt, wurden keine ›harten Daten‹ produziert, die eine numerische Verallgemeinerung erlauben. Mit den aus den fünf Einzelfallanalysen abgeleiteten Hypothesen wird vielmehr ein erstes, möglicherweise vorläufiges Verständnis zum Umgang mit dem Kinderwunsch bei psychisch kranken Frauen angeboten. Trotz der für die Fragestellung als hinreichend beurteilten theoretischen Sättigung kann aufgrund der selektiven Auswahl der Fälle nicht ausgeschlossen werden, dass sich Motive finden lassen, die die Ergebnisse der Untersuchung unterlaufen und eine Modifikation und/oder Erweiterung der Hypothesen erfordern. In diesem Zusammenhang kann auch der eingeschränkte Fokus auf relativ »stabile« Frauen kritisiert werden. In der Tat zeichnen sich die Frauen durch eine ausgeprägte Reflexions- und durch einen hohen Grad an Ausdruckfähigkeit aus. Keine der Frauen in der Stichprobe zeigte eine ›mangelnde Krankheitseinsicht‹. Darüber hinaus befanden sich alle Frauen in stabilen Lebensverhältnissen, sodass der psychischen Erkrankung möglicherweise hier tatsächlich eine nur untergeordnete Bedeutung als soziale Statuslage zukommt. Die Interviewteilnehmerinnen repräsentieren sicherlich nicht die Gesamtgruppe aller psychisch kranken Frauen. Möglicherweise sind die praktischen Probleme im Zusammenhang mit einem Kinderwunsch am ehesten dort erwartbar, wo keine Krankheitseinsicht besteht. Über dieses Muster kann in der vorliegenden Arbeit keine Aussage gemacht werden. Dieser wichtige Einwand kann erneut nur durch den Hinweis auf den explorativen Charakter der Untersuchung begegnet werden: Das Ziel der Untersuchung war es, erste Hinweise auf die reproduktiven Gestaltungsmöglichkeiten psychisch kranker Frauen zu erhalten. Anhand der Kontrastierung der Fallgeschichten ist es gelungen, das Handlungsfeld ›Kinderwunsch und psychische Erkrankung‹ abzustecken. Dies konnte nur dort gelingen, wo eine intensive – wenn auch selektive – Auseinandersetzung mit dem Gegenstand erfolgte. In weiteren Untersuchungen wäre die Frage der Repräsentativität stärker zu berücksichtigen.

Aus forschungspraktischer Sicht kommt hinzu, dass sich der Zugang zur Untersuchungsgruppe als sehr schwierig gestaltete. Diese Schwierigkeiten wurden dadurch zu kompensieren versucht, dass den an einer Teilnahme interessierten Frauen weitestreichende Gestaltungsfreiheit zugestanden wurde. Betroffene

Frauen wurden als ›Expertinnen in eigener Sache‹ angesprochen und um ihre Unterstützung gebeten. Hierzu gehörte auch die Zusicherung an die Teilnehmerinnen, die Erzählthemen – im gegebenen Themenrahmen – selbst bestimmen zu können. Auskünfte über die Diagnose oder etwa die Einsicht in die Krankenakte wurden ausdrücklich nicht gefordert. Diagnosen, psychiatrische Aufenthalte und Behandlungsaspekte liegen daher ausschließlich in Form subjektiver Daten vor. Die mangelnde Berücksichtigung »objektiv« psychiatrischer Aspekte kann freilich als ein Schwachpunkt der Untersuchung eingeordnet werden. Es ist grundsätzlich denkbar, dass die individuellen Sinnkonstruktionen auf das symptomatische Erscheinungsbild einer zugrunde liegenden Erkrankung rückführbar sind. So wäre etwa eine Betonung der Dilemmata im Zusammenhang mit einem Kinderwunsch als Ausdruck einer depressiven Grundstimmung, eine problemvermeidende Haltung als Ausdruck manischer Krankheitselemente oder eine stark reflektierende Haltung als Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung zu deuten. Abgesehen davon, dass die Autorin aufgrund ihrer soziologischen Ausbildung hier schnell an ihre Grenzen stieß, wäre die Suche nach krankheitsrelevanten Äußerungen nur schwerlich mit dem Prinzip der Offenheit sinnverstehender Verfahren vereinbar: Werden die Texte mit einer ›psychiatrischen Brille‹ gelesen, dann besteht die Gefahr, die Äußerungen hierauf zu reduzieren und dabei die individualbiografischen Sinnsetzungen zu übersehen. Darüber hinaus verbietet eine derart kleine Fallzahl ohnehin jegliche Verallgemeinerung z. B. hinsichtlich eines aus dem Krankheitsbild ableitbaren Umgangs mit dem Kinderwunsch. Eine solche Untersuchung müsste einerseits anhand größerer Stichproben und andererseits mit standardisierten Verfahren erfolgen. In Anbetracht dessen, dass bislang kaum Befunde zu den reproduktionsbiografischen Aspekten psychisch kranker Menschen vorliegen, wäre insbesondere die Frage der hierfür geeigneten Erhebungsinstrumente zu klären.

11 Ausblick

Die Optionen psychisch kranker Frauen im Bereich der Reproduktion haben sich in den letzten Jahrzehnten erheblich erweitert: Während bis weit in das 20. Jahrhundert hinein die Reproduktion psychisch kranker Menschen aufgrund eugenischer Motive stark reglementiert war, liegt die Entscheidung heute idealiter allein bei den betroffenen Personen. Frauen mit einer psychischen Erkrankung bewegen sich mit ihrem Kinderwunsch in einem spannungsreichen Feld, das neben den reproduktiven Risiken sowohl normative Erwartungen zum Ausschluss von Mutterschaft als auch Anforderungen an einen eigenverantwortlichen Umgang mit dem Kinderwunsch beinhaltet. Formal stehen psychisch kranken Menschen alle Möglichkeiten einer autonomen Gestaltung der reproduktiven Biografie offen. Allerdings *können* Frauen mit einer psychischen Erkrankung heute nicht nur weitgehend selbstbestimmt ihre reproduktive Biografie gestalten – sie *müssen* auch alle Risiken einer Elternschaft eigenverantwortlich tragen. Der Umgang mit dem Kinderwunsch kann unter den spezifischen Bedingungen auch zu einer individuellen Überforderung führen. Diese Überforderung kann sich nicht nur in Form einer zusätzlichen psychosozialen Belastung auswirken. Sie kann auch dazu führen, dass die mit einem Kinderwunsch einhergehende Problematik verdrängt wird. Bleiben die reproduktiven Risiken unreflektiert, eröffnen sich weitere Problemfelder. Diese Probleme treten umso stärker hervor, als das Kindeswohl in allen Gesellschaftsbereichen eine verstärkte Beachtung erfährt.

Wird Individualisierung als Ausdruck sich zunehmend auflösender, tradierter Normen begriffen, dann birgt diese Entwicklung aber neben neuen Zwängen auch neue Chancen. Die Auflösung der normativen Erwartung, Kinder zu bekommen, kann für Frauen mit einer psychischen Erkrankung auch mit einem Zugewinn an Freiheiten einhergehen. Denn Kinderlosigkeit stellt, zumindest für jüngere Geburtskohorten, eine zunehmend realistische reproduktive Gestaltungsmöglichkeit dar. Lässt der Druck normativer Erwartungen an eine ›weibliche Normalbiografie‹ nach, dann lockert sich auch der Begründungszwang für ein Leben ohne Kinder. Frauen mit psychischen Erkrankungen können ihre Kinderlosigkeit dann viel eher auch mit anderen Motiven als der psychischen Erkrankung begründen. Kinderlosigkeit bei psychisch kranken Frauen stellt also kein differenzierendes Kriterium zu Frauen ohne psychische Erkrankungen dar.

Trotz oder gerade aufgrund seiner Komplexität bleibt im psychiatrischen Kontext der Umgang mit dem Kinderwunsch als biografisch relevantes Thema

im Gegensatz zu Aspekten der beruflichen Wiedereingliederung häufig unberücksichtigt. Soll aber eine subjektorientierte psychiatrische Behandlung die Wiederherstellung biografischer Kohärenz und Kontinuität umfassend fördern und unterstützen, dann kann mit den vorliegenden Befunden auf die Relevanz einer auch reproduktionsbiografischen Identitätsarbeit hingewiesen werden. Das Potenzial der narrativen Bewältigung kann im therapeutischen Kontext auch für die Frage der Wiederherstellung reproduktionsbiografischer Kohärenz und Kontinuität genutzt werden. Eine moderne, das heißt auch geschlechtersensible psychiatrische Versorgung kommt nicht umhin, die Bedeutung reproduktionsbiografischer Aspekte über die Frage einer sicheren Verhütung hinaus anzuerkennen und in die Behandlung einfließen zu lassen. Im Gegenzug erfordert dies aber eine stärkere Auseinandersetzung der Professionellen mit reproduktionsbiografischen Aspekten. Neben der Berücksichtigung neuerer Befunde zur pharmakologischen Behandlung von psychisch kranken Frauen mit Kinderwunsch sowie schwangeren/stillenden Frauen beinhaltet dies auch eine Reflexion des sozialen Kontexts von Reproduktion bei psychisch kranken Menschen. Hierzu gehört sowohl das Wissen um den traditionellen Umgang in der Psychiatrie mit reproduktiven Aspekten als auch die Auseinandersetzung mit den öffentlichen Diskursen zu Mutterschaft und psychischer Erkrankung und nicht zuletzt auch die Reflexion persönlicher Einstellungen – gerade auch vor dem Hintergrund der steigenden Relevanz, die dem Thema »Kinder psychisch kranker Eltern« aktuell in der erwachsenenpsychiatrischen Versorgung zukommt. Es erstaunt, dass die ärztliche Sicht auf dieses Phänomen bislang kaum untersucht ist (MCLENNAN & GANGULI 1999). Dass eine paternalistische Versorgungskultur keine hinreichenden Antworten auf die Frage der reproduktionsbiografischen Gestaltungsmöglichkeiten psychisch kranker Menschen liefert, liegt auf der Hand. Mit dem Wandel der psychiatrischen Versorgungskultur von einer hierarchischen hin zu einer eher egalitären Arzt-Patienten-Beziehung geht zweifellos auch ein steigendes Zugeständnis an die autonomen reproduktionsbiografischen Gestaltungsmöglichkeiten des individuellen Kinderwunschs einher. Zunehmend wichtig erscheint daher die Frage, wie Frauen mit einer psychischen Erkrankung zwischen Autonomie einerseits und potenzieller Überforderung andererseits in angemessener Weise unterstützt werden können.

12 Literatur

- ABERNETHY, V. (1974): Sexual Knowledge, Attitudes, and Practices of Young Female Psychiatric Patients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 180–182.
- ABERNETHY, V. & GRUNEBaum, H. (1972): Towards a family planning program in psychiatric hospitals. *American Journal of Public Health*, 62, 1638–1646.
- ACKERKNECHT, E. (1985): *Kurze Geschichte der Psychiatrie*. Stuttgart.
- AKTION PSYCHISCH KRANKE (2005): *Der personenzentrierte Ansatz. Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- AMERING, M. & SCHMOLKE, M. (2007): *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- ANGERMEYER, M. & ZAUMSEIL, M. (1997): *Verrückte Entwürfe*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- APFEL, R. & HANDEL, M. (1993): *Madness and the loss of motherhood. Sexuality, reproduction, and long-term mental illness*. Washington: American Psychiatric Press.
- ARIES, P. (1975): *Geschichte der Kindheit*. München: DTV.
- BAHNSEN, U. & SPIEWAK, M. (2008): *Die Zukunftskinder. Die Zeit, vom 28. Mai 2008*.
- BAHRDT, H. (1975): *Erzählte Lebensgeschichten von Arbeitern*. In M. OSTERLAND (Hg.), *Arbeitssituation, Lebenslage und Konfliktpotenzial*. Frankfurt: Europäische Verlagsanstalt, S. 9–37.
- BARGFREDE, S. & PIXA-KETTNER, U. (2001): *Krisen und Krisenintervention in Bezug auf Kinderwunsch, Schwangerschaft und Elternschaft*. In E. WÜLLENWEBER & G. THEUNISSEN (Hg.), *Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Theorie, Praxis, Vernetzung*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 278–294.
- BARKLA, J. & MCGRATH, J. (2000): *Reproductive, preconceptual and antenatal needs of women with schizpphrenia*. In D. CASTLE, J. MCGRATH & J. KULKARNY (Hg.), *Women and Schizophrenia*. Cambridge University Press, S. 67–78.
- BAUER, M., KUNZE, H., VON CRANACH, M., FRITZE, J. & BECKER, T. (2001): *Psychiatric Reform in Germany*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 27–34.
- BECK, U. (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.

- BECK, U. (1996): Das ›eigene Leben‹ in die eigene Hand nehmen. *Pädagogik*, 48, 41–47.
- BECK, U. & BECK-GERNSHEIM, E. (1993): Nicht Autonomie, sondern Bastelbiografie. *Zeitschrift für Soziologie*, 22, 178–187.
- BECK, U. & BECK-GERNSHEIM, E. (1990): *Das ganz normale Chaos der Liebe*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- BECK-GERNSHEIM, E. (1984): *Vom Geburtenrückgang zur neuen Mütterlichkeit? Über private und politische Interessen am Kind*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- BECKER, G. (1981): *A treatise on the family*. Cambridge: Harvard University Press.
- BECKER, T. (1998): *Gemeindepsychiatrie. Entwicklungsstand in England und Implikationen für Deutschland*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- BECKER, T. & SARTORIUS, N. (1999): *Ökologie und Psychiatrie*. In H. HELMCHEN, F. HENN, H. LAUTER, & N. SARTORIUS (Hg.), *Grundlagen der Psychiatrie*. Berlin: Springer-Verlag, S. 473–506.
- BERNAT, Y. & KRAPP, S. (2005): *Das narrative Interview*. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.
- BERTAUX, D. (1981): *Biography and Society*. Beverly Hills: Sage.
- BLANZ, B. (1987): *Präventive Möglichkeiten bei psychischen Störungen von Eltern und Kindern*. In U. LAASER, G. SASSEN, G. MURZA & H. SABO (Hg.), *Prävention und Gesundheitserziehung*. Heidelberg: Springer, S. 85–90.
- BOCK, G. (1986): *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- BOCK, T. (1999): *Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie. Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- BODENMANN, G. (1997): *Stress und Coping als Prozess*. In C. TESCH-RÖMER, C. SALEWSKI & G. SCHWARZ (Hg.), *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 74–92.
- BOHNSACK, R. (2003): *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. Opladen: Leske & Budrich.
- BOHUS, M., SCHER, K., BERGER-SALLAWITZ, F., NOVELLI-FISCHER, U., STIEGLITZ, R. & BERGER, M. (1998): *Kinder psychisch kranker Eltern*. *Psychiatrische Praxis*, 25, 134–138.
- BOSANAC, P., BUIST, A. & BURROWS, G. (2003): *Motherhood and schizophrenic illnesses: a review of the literature*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 24–30.
- BOURDIEU, P. (1999): *Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- BRIGITTE (2008): *Frauen auf dem Sprung – Die Brigitte Studie*. *Brigitte*, Heft 8, 26.03.2008.

- BROCKINGTON, I. (1996): *Motherhood and Mental Health*. Oxford: Oxford University Press.
- BRUNNHUBER, S. & LIEB, K. (2000): *Kurzlehrbuch Psychiatrie*. München, Jena: Urban/Fischer.
- BUDE, H. (1998): Lebenskonstruktionen als Gegenstand der Biographieforschung. In G. JÜTTEMANN, H. THOMAE (Hg.), *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften*. Weinheim: Psychologische Verlagsunion, S. 247–258.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (2007): *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland*. 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem, Ausgewählte Ergebnisse. Bonn, Berlin.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (1999): *Live, Leben und Interessen vertreten – Frauen mit Behinderung. Lebenssituation, Bedarfslagen und Interessenvertretung von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (2001): *frauenleben. Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung*. BZgA: Köln.
- BURKART, G. (1994): *Die Entscheidung zur Elternschaft. Eine empirische Kritik von Individualisierungs- und Rational-Choice-Theorien*. Stuttgart: Enke.
- BURKART, G. (2008): *Zukunft der Familie oder: Szenarien zukünftiger Lebens- und Familienverhältnisse*. In N. SCHNEIDER (Hg.), *Lehrbuch Moderne Familiensoziologie*. Opladen & Farmington Hill: UTB Verlag, S. 253–272.
- BURR, W., FALEK, A., STRAUSS, L. & BROWN, S. (1979): Fertility in psychiatric outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 30, 527–531.
- CORBIN, J. & STRAUSS, A. (1987): Accompaniments of Chronic Illness: Changes in Body, Self, Biography, and Biographical Time. *Research in the Sociology of Health Care* 6, 249–282.
- COVERDALE, J., BAYER, T., MCCULLOUGH, L. & CHERVENAK, F. (1993): Respecting the autonomy of chronic mentally ill women in decisions about contraception. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 671–674.
- COWLING, V., LUK, E., MILESHKIN, C. & BIRLESON, P. (2004): Children of adults with severe mental illness: mental health, help seeking and service use. *Psychiatric Bulletin*, 28, 43–46.
- DAVIES, B. & ALLEN, D. (2007): Integrating ›mental illness‹ and ›motherhood‹: The positive use of surveillance by health professionals. A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 365–376.
- DAWSON, G., ASHMAN, S., PANAGIOTIDES, H., HESSL, D., SELF, J., YAMADA, E. (2003): Children of depressed mothers. *Child Development*, 74, 1158–1175.
- DEUTSCHE SHELL HOLDING (2006): *Shell Jugendstudie 2006*. Veröffentlichung auf Statista 30.09.2008, Abruf am 4. April 2009.
- DIAZ-CANEJA, A. & JOHNSON, S. (2004): Views and experiences of severely

- mentally ill mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 472–482.
- DIPPLE, H., SMITH, S., ANDREWS, H. & EVANS, B. (2002): The experience of motherhood in women with severe and enduring mental illness. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 336–340.
- DÖRNER, K. (1987): Was unterscheidet die heutigen Überlegungen zur Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung von der Zwangssterilisation der NS-Zeit? In T. NEUER-MIEBACH & H. KREBS (Hg.), *Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit geistiger Behinderung – notwendig, möglich, erlaubt?* Marburg/Lahn, S. 39–53.
- DUNN, B. (1993): Growing up with a psychotic mother: a retrospective study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63 (2), 177–189.
- EINARSON, A., SELBY, R. & KOREN, G. (2001). Abrupt discontinuation of psychotropic drugs during pregnancy: fear of teratogenic risk and impact of counselling. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 26, 44–48.
- ENGELHARDT, M. (2000): Wünschen, planen, akzeptieren, entscheiden – Intentionalität im Rahmen reproduktiver Kulturen. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), *Familienplanung und Lebensläufe von Frauen. Kontinuitäten und Wandel. Dokumentation des Symposiums »Familienplanung und Lebensläufe von Frauen«*. Köln. S. 55–61.
- ENGLERT, J., AHRENS, B., GEBHARDT, R., KLIEFOTH, M., SAUPE, R. & STIEGLITZ, R. (1994): Das Berliner Coping-Projekt – Bewältigung von Krankheit und Belastungssituationen bei schizophrenen Patienten. In G. SCHÜSSLER & E. LEIBING (Hg.), *Coping. Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit*. Göttingen: Hogrefe, S. 207–219.
- ERNST, K. & ERNST, C. (1969). Familie, Pubertät und Generationsvorgänge in der Anamnese neurotischer Klinikpatientinnen. *Arch Psychiat Nervenkr*, 212, 357–370.
- EßBACH, W. (2001): Über soziale Konstruktionen von Biographien. In R. FRANCESCHINI (Hg.), *Biographie und Interkulturalität. Diskurs und Lebenspraxis*. Tübingen: Stauffenburg Verlag, S. 59–68.
- ESTROFF, S. (1981): *Making it Crazy. An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley: University of California Press.
- ESTROFF, S. (1989): Self, Identity, and Subjective Experiences of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 189–196.
- ESTROFF, S., LACHICOTTE, W., ILLINGWORTH, L. & JOHNSTON, A. (1991): Everybody's got a little mental illness: accounts of illness and self among people with severe, persistent mental illnesses. *Medical Anthrology Quarterly*, 5, 331–369.
- FABREGA, H. (1989): The self and schizophrenia: a cultural perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 277–290.

- FENGLER, C. & FENGLER, T. (1980): Alltag in der Anstalt: Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird. Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.
- FINZEN, A. (1993): Perspektiven der Sozialpsychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen, 4, 2–5.
- FISCHER, W. (1978): Struktur und Funktion erzählter Lebensgeschichten. In M. KOHLI (Hg.), Soziologie des Lebenslaufs. Darmstadt: Luchterhand, S. 311–352.
- FISCHER, W. & KOHLI, M. (1987): Biographieforschung. In W. VOGES (Hg.), Methoden der Biographie- und Lebenslaufforschung. Opladen: Leske & Budrich, S. 25–49.
- FISCHER-ROSENTHAL, W. & ROSENTHAL, G. (1997): Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentation. In R. HITZLER & A. HONER (Hg.), Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung. Opladen: Leske & Budrich, S. 133–165.
- FISCHER-ROSENTHAL, W. & ROSENTHAL, G. (1997b): Warum Biographieanalyse und wie man sie macht. Zeitschrift für Sozialisationsforschung, 17, 405–427.
- FREEMAN, M. & GELENBERG, A. (2005): Bipolar disorder in women: reproductive events and treatment considerations. Acta Psychiatrica Scandinavica, 112, 88–96.
- FRÜHWALD, S., OSSEGE, M., THAU, K. & LENZ, G. (1998): Psychopharmaka in der Schwangerschaft: Nutzen und Risiko. Psychiatrische Praxis, 25, 126–133.
- FUCHS-HEINRITZ, W. (2005): Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methoden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- GAEBEL, W., SPIESSL, H. & BECKER, T. (2009): Routinedaten in der Psychiatrie. Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung. Heidelberg: Steinkopff Verlag.
- GAERTNER, B. (1999): Zur Lage chronisch psychisch Kranker. Argument. Jahrbuch für Kritische Medizin, 31, 21–42.
- GAST, U. (1989): Sozialpsychiatrische Traditionen zwischen Kaiserreich und Nationalsozialismus. Psychiatrische Praxis, 16, 78–85.
- GELFAND, D. & TETI, D. (2003): The effects of maternal depression on children. Clinical psychology review, 10, 329–353.
- GERHARDT, U. (1984): Typenkonstruktionen bei Patientenkarrerien. In M. KOHLI & G. ROBERT (Hg.), Biographie und soziale Wirklichkeit. Stuttgart: Metzlersche Verlagsbuchhandlung, S. 53–77.
- GERHARDT, U. (1991): Gesellschaft und Gesundheit. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Taschenbuch.
- GERHARDT, U. (1999): Krankheits- und Patientenkarrerien. In U. FLICK, E. v. KARDOFF, H. KEUPP, L. v. ROSENSTIEL & S. WOLFF (Hg.), Handbuch qualitative Sozialforschung, Weinheim: Beltz, S. 53–77.
- GLATZEL, J. (1975): Die Antipsychiatrie. Stuttgart: Fischer.

- GLOGER-TIPPELT, G., GOMILLE, B. & GRIMMIG, R. (1993): Der Kinderwunsch aus psychologischer Sicht. Opladen: Leske und Budrich.
- GOFFMAN, E. (1973): Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- GREAVES, L., VARCOE, C., POOLE, N., MORROW, M., JOHNSON, J., PEDERSON, A. et al. (2002): A motherhood issue: Discourses on mothering under duress. National Library of Canada.
- GREENFELD, D., STRAUSS, J., BOWERS, M. & MANDELKERN, M. (1989): Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 245–252.
- GRUNEBAUM, H. & ABERNETHY, V. (1975). Ethical issues in family planning for hospitalized psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 132, 236–240.
- HAHN, D. (2000): Modernisierung und Biopolitik. Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945. Frankfurt a.M.: Campus.
- HARDACH-PINKE, I. (2005): Zwischen Angst und Liebe. Die Mutter-Kind-Beziehung seit dem 18. Jahrhundert. In J. MARTIN & A. NITSCHKE (Hg.), *Zur Sozialgeschichte der Kindheit*. Freiburg i.Br.: Alber, S. 525–590.
- HASELBECK, H. (1985): Zur Sozialgeschichte der »Offenen Irren-Fürsorge« – Von Stadtasyl zum Sozialpsychiatrischen Dienst. *Psychiatrische Praxis*, 12, 171–179.
- HASELBECK, H. (1993): Wieviel Theorie braucht die Sozialpsychiatrie? *Sozialpsychiatrische Informationen*, 4, 5–9.
- HELFFERICH, C. (2000): Reproduktive Kulturen in Ost und West – Kontinuität und Wandel. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), *Familienplanung und Lebensläufe von Frauen*. Köln, S. 22–29.
- HELFFERICH, C. (2005): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- HELFFERICH, C., BURDA, S. & KRUMM, S. (2001): Einstellungen zu Planbarkeit und Machbarkeit bei Familienplanung unter besonderer Berücksichtigung des Aspektes »präinatale Diagnostik«. Abschlussbericht im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (Unveröffentlichtes Manuskript).
- HELFFERICH, C. & HÄUSSLER-SCZEPAN, M. (2002): Erzählung und »Bewältigung«. Soziale Regeln des angemessenen Umgangs mit Belastungen im Alltag und ihre Bedeutung in den Lebensgeschichten chronisch kranker Frauen. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 27, 42–62.
- HELFFERICH, C., KARMAUS, W. & STARKE, K. (1999): »Frauenleben« – Lebensläufe und Familienplanung. Konzeption eines Forschungsprojektes im Auftrag der BZgA. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), *Wissenschaftliche Grundlagen*. Teil 3: Familienplanung, Köln: BZgA.

- HELFFERICH, C. & KRUSE, J. (2005): Reader zum Workshop »Qualitative Interviewforschung«. Evangelische Fachhochschule Freiburg (unveröff. Manuskript).
- HERMANN, H. (1995): Narratives Interview. In U. FLICK, E. VON KARDOFF, H. KEUPP, L. VON ROSENSTIEL & S. WOLFF (Hg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, S. 182–185.
- HERWARTZ-EMDEN, L. (1995): *Mutterschaft und weibliches Selbstkonzept*. Weinheim/München: Juventa.
- HILDENBRAND, B. (1983): *Alltag und Krankheit. Ethnographie einer Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- HILL, P. & KOPP, J. (2004): *Familiensoziologie. Grundlagen und theoretische Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- HOFFMANN-RICHTER, U. (1995): Sozialpsychiatrie – Spezialdisziplin oder Sichtweise? In A. FINZEN & U. HOFFMANN-RICHTER (Hg.), *Was ist Sozialpsychiatrie?* Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 11–27.
- HOLZINGER, A. & ANGERMEYER, M. (2002): Sozialpsychiatrische Forschung im deutschen Sprachraum. *Psychiatrische Praxis*, 29, 397–410.
- HOLZINGER, A. & ANGERMEYER, M. (2003): Aktuelle Themen sozialpsychiatrischer Forschung in deutschen Sprachraum: Eine Inhaltsanalyse wissenschaftlicher Zeitungen. *Psychiatrische Praxis*, 30, 424–437.
- HORBAN, C., STAUBER, M., KÄSTNER, R., DATHE, O. & KINDERMANN, G. (2001): Zwangssterilisationen und Zwangsabruptionen an der I. Universitätsfrauenklinik München zwischen 1933 und 1945 – Versuch einer späten Lebenshilfe. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 599–606.
- HORN, E. (1983): Strafbarkeit der Zwangssterilisationen. *Zeitschrift für Rechtspolitik*, 16, 265–288.
- HOWARD, L., KUMAR, C., LEESE, M. & THORNICROFT, G. (2002): The General Fertility Rate in Women with Psychotic Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 991–997.
- HU, C. (2004): *Die Zähmung der Zweckrationalität in der deutschen Soziologie des 20. Jahrhunderts: Die Rationalisierungsproblematik bei Weber, Horkheimer/Adorno, Habermas und Beck*. Dissertation. Universität Freiburg, Philosophische Fakultät, Institut für Soziologie. Abrufbar im Internet unter: <http://freidok.uni-freiburg.de/volltexte/1409> (Zugriff am 05.08.2008).
- JODELET, D. (1992): *Madness and social representations: Living with the mad in one French Community*. Berkeley: University of California Press.
- JOSEPH, J., JOSHI, S., LEWIN, A. & ABRAMS, M. (1999): Characteristics and Perceived Needs of Mothers with Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 50, 1357–1359.
- KAPFHAMMER, H.P. & KLIER, C.M. (2009): Bipolare Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett: Neue Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 10, 32–36.

- KAPFHAMMER, H.P. & MELLER, I. (2001): Psychopharmaka-Therapie in Schwangerschaft und Stillzeit. In A. RIECHER-RÖSSLER & A. ROHDE (Hg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie*. Basel: Karger, S. 183–219.
- KEDDI, B. (2003): *Projekt Liebe. Lebensthemen und biografisches Handeln junger Frauen in Paarbeziehungen*. Opladen: Leske & Budrich.
- KESSEL, B. (2004): *Frauen in der Psychiatrie – Kein Recht auf Kinder?* In D. SCHNEIDER & G. TERGEIST (Hg.), *Spinnt die Frau?* Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 134–142.
- KEUPP, H. (1997): *Diskursarena Identität: Lernprozesse in der Identitätsforschung*. In H. KEUPP & R. HÖFER (Hg.), *Identitätsarbeit heute*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 11–39.
- KILIAN, R. (2000): *Current issues of the sociological inquiry on mental disorder: international developments and contributions from Germany*. Newsletter International Sociological Association, 4, 1–4.
- KILIAN, R. (2009 a): *Lebensqualität und Empowerment in der psychiatrischen Versorgung*. In A. GROENEMEYER & S. WIESELER (Hg.), *Soziologie sozialer Probleme und sozialer Kontrolle. Realitäten, Repräsentationen und Politik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- KILIAN, R. (2009 b): *Psychische Krankheit als soziales Problem*. In G. ALBRECHT & A. GROENEMEYER (Hg.), *Handbuch soziale Probleme*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- KILIAN, R., LINDENBACH, I., LÖBIG, U., PETSCHLEIT, A., SCHÜLER, G., RIEDEL-HELLER, S. et al. (2001): *Subjektive Bedürfnisstrukturen und Lebensqualität chronisch schizophrener Patienten und ihrer Angehörigen. Abschlussbericht des Projekts C6 der ersten Förderphase des Forschungsverbundes Public Health Sachsen (Rep. No. 01 EG 9532/0)*.
- KLINDWORTH, H. (2000): *Reproduktive Ereignisse und Entscheidungen: Strukturelle Aspekte im Lebenslauf*. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), *Familienplanung und Lebensläufe von Frauen. Kontinuitäten und Wandel*, Köln: BZgA, S. 36–49.
- KNUF, A. (2003): *Empowerment fördern – Beispiel Psychiatrie. Managed Care*, 17–19.
- KÖBSELL, S. (1987): *Eingriffe. Zwangssterilisationen geistig behinderter Frauen*. München: AG SPAK M79.
- KOHLI, M. (1981): *Wie es zur ›biographischen Methode‹ kam und was daraus geworden ist. Ein Kapitel aus der Geschichte der Sozialforschung*. *Zeitschrift für Soziologie*, 10, 273–293.
- KOHLI, M. (1985): *Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente*. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialisationsforschung*, 37, 1–29.

- KOHUT, H. (1993): Auf der Suche nach dem Selbst. Kohuts Seminare zur Selbstpsychologie und Psychotherapie mit jungen Erwachsenen. München: Pfeiffer.
- KÖNNECKE, R., WENING, U., ROPETER, D., AN DER HEIDEN, W., MAURER, K. & HÄFNER, H. (2006): Sozialer Entwicklungsstand und subjektives Belastungsleben bei Nachkommen Schizophrener. Qualitative und quantitative Ergebnisse aus der Mannheimer Risikokinderstudie. *Psychiatrische Praxis*, 33, 269–276.
- KORTE, H. & SCHÄFERS, B. (1998): Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie. Opladen: Leske & Budrich.
- KREYENFELD, M. & KONIETZKA, D. (2008): Wandel der Geburten- und Familienentwicklung in West- und Ostdeutschland. In N. SCHNEIDER (Hg.), *Lehrbuch Moderne Familiensoziologie*. Opladen & Farmington Hill: UTB Verlag, S. 121–137.
- KRÜGER, S. (2003): Mutter werden mit einer bipolaren Störung – was sollte ich wissen? Ein Ratgeber für Patientinnen. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen. Hamburg.
- KRÜGER, S. (2006): Antipsychotika-Therapie und Kinderwunsch. *Neurotransmitter*, 11, 45–46.
- KRAUS, W. (2000): Das erzählte Selbst. Die narrative Konstruktion von Identität in der Spätmoderne. Freiburg, Centauris.
- KRUMM, S. (2001): »Love, Marriage, Baby Carriage«? Die reproduktive Kultur schwarzer Frauen in den USA: Frühe außereheliche Mutterschaften als rationale Antwort auf sozioökonomische Anforderungen. Masterarbeit, Sommersemester 2001. Soziologisches Institut der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- KRUMM, S. & BECKER, T. (2005): Behandlung und Versorgung psychisch Kranker zwischen Stigma und Integration. In W. GAEBEL, H. MÖLLER, & W. RÖSSLER (Hg.), *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 179–195.
- KRUMM, S., LAHMEYER, C., KILIAN, R., BECKER, T. (2008): Die subjektive Sicht von Klienten einer Beratungsstelle für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil – Familiärer Hintergrund und Inanspruchnahme. *Nervenheilkunde*, 27 (6): 545–552.
- KRUMM, S., KILIAN, R., BECKER, T. (2010): »Ein Kind wäre schon ein Wunsch ...« Kinderwunsch und psychische Erkrankung aus der subjektiven Sicht betroffener Frauen. *Psychiatrische Praxis*, 37: 134–141.
- KÜCHENHOFF, B. (2003): Eugenisch motiviertes Denken und Handeln im »Burg-hölzli« am Anfang des 20. Jahrhunderts. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 154, 11–18.
- KÜHN, T. (2004): Berufsbiografie und Familiengründung. Biografiegestaltung junger Erwachsener nach Abschluss der Berufsausbildung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- KÜHNLEIN, I. & MUTZ, G. (1996): Psychotherapie als Transformationsprozess. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- KULENKAMPFF, C. (1984): Erkenntnisinteresse und Pragmatismus. Erinnerungen an die Zeit von 1945 bis 1970. In K. DÖRNER (Hg.), Fortschritte der Psychiatrie im Umgang mit Menschen. Gütersloher Fortbildungswoche, S. 127–138.
- LAZARUS, H. (2003): Zum Wohle des Kindes? Psychisch erkrankte Eltern und die Sorgerechtsfrage. Soziale Psychiatrie 2, 22–26.
- LAZARUS, R. & FOLKMAN, S. (1984): Stress, Appraisal and Coping. New York.
- LEFERINK, K. (1997): Die Person und ihre Krankheit. »Mangelnde Einsicht« als Identitätsstrategie bei Menschen mit chronischer Schizophrenie. In M. ANGERMEYER & M. ZAUMSEIL (Hg.), Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins (S. 206–261). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- LINK, G. (1999): Eugenische Zwangssterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche im Nationalsozialismus. Dargestellt am Beispiel der Universitätsfrauenklinik Freiburg. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- LÖSCH, A. (2001): Genomprojekt und Moderne. Soziologische Analysen des bioethischen Diskurses. Frankfurt a.M.: Campus.
- LUCIUS-HOENE, G. (1998): Erzählen von Krankheit und Behinderung. Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 48, 108–113.
- LUCIUS-HOENE, G. (2002): Narrative Bewältigung von Krankheit und Coping-Forschung. Psychotherapie und Sozialwissenschaft: Zeitschrift für qualitative Forschung, 4, 166–203.
- LUCIUS-HOENE, G. & DEPPERMAN, A. (2002): Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. Leske & Budrich.
- MARSCHALCK, P. (1984): Bevölkerungsgeschichte Deutschlands im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- MARSCHESKI, M.-A. (2007): Narrative Identitätskonstruktionen und subjektives Krankheitserleben in den Tagebuchaufzeichnungen erkrankter Menschen. Eine textrekonstruktive Analyse von Krankheitstagebüchern. Dissertation, Wirtschaft- und Verhaltenswissenschaftliche Fakultät der Universität Freiburg. Eingereicht im Sommersemester 2007; <http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/3139/>, letzter Abruf: 18.03.2009.
- MATTERN, J. (1996): Paul Ricœur zur Einführung. Hamburg: Junius Verlag.
- MC GLASHAN, T. H., LEVY, S. T. & WILLIAM, T. C. (1975): Integration and Sealing over. Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 32, 1269–1272.
- MCCULLOUGH, L., COVERDALE, J., BAYER, T. & CHERVENAK, F. (1992): Ethically justified guidelines for family planning interventions to prevent pregnancy in female patients with chronic mental illness. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 167, 19–25.
- MCGRATH, J., HEARLE, J., JENNER, L., PLANT, K., DRUMMOND, A. & BARKLA, J.

- (1999): The fertility and fecundity of patients with psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 441–446.
- MCLENNAN, J. & GANGULI, R. (1999): Family planning and parenthood needs of women with severe mental illness: Clinicians' perspective. *Community Mental Health Journal*, 35, 369–380.
- MCNEIL, T., KAIJ, L. & MALMQUIST-LARSSON, A. (1983): Pregnant women with nonorganic psychosis: life situation and experience of pregnancy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 68, 445–457.
- MEAD, G. H. (1973): Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- MONTGOMERY, P., TOMPKINS, C., FORCHUK, C. & FRENCH, S. (2008): Keeping close: mothering with serious mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 20–28.
- MOWBRAY, C., OYSERMAN, D. & ROSS, S. (1995): Parenting and the significance of children for women with a serious mental illness. *The Journal of Mental Health Administration*, 22, 189–200.
- MRUCK, K. (2000): Qualitative Sozialforschung in Deutschland. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1, Januar 2000.
- MUHUUH, P. (1982). Family planning: an integral part of mental health care. *Journal of Family Health Training*, 1, 7–9.
- NAUCK, B. (1989): Individualistische Erklärungsansätze in der Familienforschung: die rational-choice-Basis von Familienökonomie, Ressourcen- und Austauschtheorien. In R. NAVE-HERZ & M. MARKEFKA (Hg.), *Handbuch der Familien- und Jugendforschung*, Bd. 1: Familienforschung. Frankfurt: Luchterhand, S. 45–62.
- NAVE-HERZ, R. (1992): *Frauen zwischen Tradition und Moderne*. Bielefeld: Kleine Verlag.
- NEUNHÖFFER, R. (2000): Psychisch kranke Mütter/Väter und ihre Kinder. *Kerbe*, 3/2000, 6–8.
- NIAMGOKAR, V. (1998): Reduced fertility in schizophrenia: here to stay? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 348–353.
- NICHOLSON, J., SWEENEY, E. & GELLER, J. (1998): Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services*, 49, 635–642.
- NOWOTNY, B., HÄFNER, H. & LÖFFLER, W. (1996): Die beginnende Schizophrenie als Einbruch in die soziale Biographie – Folgen für soziale Behinderung versus soziale Wiederanpassung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 25, 208–220.
- OEVERMANN, U. (1999): Strukturelle Soziologie und Rekonstruktionsmethodologie. In W. GLATZER (Hg.), *Ansichten der Gesellschaft: Frankfurter Beiträge aus Soziologie und Politikwissenschaft*. Opladen: Leske & Budrich, S. 72–84.

- OEVERMANN, U. (2002): Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik – Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung. Institut für Hermeneutische Sozial- und Kulturforschung. Abrufbar im Internet: www.ihs.de, (Letzter Zugriff: Juli 2009).
- OEVERMANN, U., BURKHOLZ, R., GÄRTNER, C. & ZEHENTREITER, F. (2003): Strukturprobleme supervisorischer Praxis. Eine objektiv-hermeneutische Sequenzanalyse zur Überprüfung der Professionalisierungstheorie. Forschungsbeiträge aus der Objektiven Hermeneutik, Band 2. Humanities online.
- OSTERLAND, M. (1978): Lebensbilanzen und Lebensperspektiven von Industriearbeitern. In M. KOHLI (Hg.), *Soziologie des Lebenslaufs*. Darmstadt: Luchterhand Verlag, S. 272–290.
- OSTNER, I. (1987): Scheu vor der Zahl? Die qualitative Erforschung von Lebenslauf und Biographie als Element einer feministischen Wissenschaft. In W. VOGES (Hg.), *Methoden der Biographie und Lebenslaufforschung*. Opladen: Leske & Budrich, S. 103–124.
- PHILLIPS, L., FRANCEY, S., EDWARDS, J. & McMURRAY, N. (2009): Strategies used by psychotic individuals to cope with life stress and symptoms of illness: a systematic review. *Anxiety, Stress, Coping*, 22, 371–410.
- PINKEL, F. (1993): Die NS-Psychiatrie im Spiegel des historischen Bewusstseins und sozialpolitischen Denkens in der Bundesrepublik. In F. KERSTING, K. TEPPE & B. WALTER (Hg.), *Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert*. Paderborn: Ferdinand Schöningh, S. 174–201.
- POUND, A., PUCKERING, C., COX, T. & MILLS, M. (1988): The impact of maternal depression on young children. *British Journal of Psychiatry*, 4, 240–252.
- PRIEBE, S. & FINZEN, A. (2002): On the different connotations of social psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 47–49.
- PRZYBORSKI, A., WOHLRAB-SAHR, M. (2009): *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg Verlag.
- PUENTE, F. (1977). Family planning for psychiatric patients. *IPPF Medical Bulletin*, 11, 2–4.
- RAUH, D. & WIEDL, K. (1994): Verlaufscharakteristika schizophrener Erkrankungen und Belastungsbewältigung. In G. SCHÜSSLER & E. LEIBING (Hg.), *Coping. Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit*. Göttingen: Hogrefe, S. 221–235.
- REIMANN, H. (1973): Psychiatrische Soziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie*, 25, 240–256.
- REMSCHMIDT, H., MATTEJAT, F. (1994): *Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung*. Göttingen: Hogrefe.
- REMSCHMIDT, H. & MATTEJAT, F. (1994): *Kinder psychotischer Eltern – eine*

- vernachlässigte Risikogruppe. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 43, 295–299.
- REPPER, J., PERKINS, R. & OWEN, S. (1998): ›I wanted to be a nurse ... but I didn't get that far‹: women with serious ongoing mental health problems speak about their lives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 505–513.
- RICHTER, D. (2003): Psychisches System und soziale Umwelt. Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- RICŒUR, P. (1988): *Zeit und Erzählung*. Band II: Zeit und historische Erzählung. München.
- RICŒUR, P. (1991): *Zeit und Erzählung*. Band III: Die erzählte Zeit. München.
- RIEBSCHLEGER, J. (2004): Good days and bad days: The experiences of children of a parent with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (1), 25–31.
- RIECHER-RÖSSLER, A. (1999): Die beginnende Schizophrenie als ›Knick in der Lebenslinie‹. In H. SCHNEIDER (Hg.), *Lieben und Arbeiten. Der junge Erwachsene und der Ernst des Lebens*. Heidelberg: Mattes-Verlag, S. 23–40.
- RIEMANN, G. (1987): Das Fremdwerden der eigenen Biografie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München: Fink-Verlag.
- ROBERTS, G. (2000): Narrative and severe mental illness: what place do stories have in an evidence-based world? *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 432–441.
- ROHDE, A. (2007 a): Reproduktion und Psyche. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50, 62–67.
- ROHDE, A. (2007 b): Psychisch kranke Schwangere. *Psychoneuro*, 33, 128–131.
- ROHDE, A. & SCHAEFER, C. (2005): Kinderwunsch und psychische Störungen. Abrufbar im Internet unter: <http://www.frauen-und-psychiatrie.de/frameset.php> (Letzter Zugriff: Januar 2009).
- ROHDE, A. & SCHAEFER, C. (2010): *Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit. Arzneisicherheit, Beratung, Entscheidungsfindung*. Stuttgart: Thieme-Verlag.
- ROSENTHAL, G. (1987): Wenn alles in Scherben fällt ... Von Leben und Sinnwelt der Kriegsgeneration. Typen biographischer Wandlungen. Opladen: Leske & Budrich.
- ROSENTHAL, G. (1995): Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen. Frankfurt: Campus.
- ROSENTHAL, G. (2002): Biographische Forschung. In D. SCHAEFFER & G. MÜLLER-MUNDT (Hg.), *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern: Huber, S. 133–147.
- RUTTER, M. & QUINTON, D. (1984): Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853–880.

- SACHSE, L. (2000): »Ich bin ganz und richtig« Therapeutische Begleitung durch Psychose und Mutterschaft. Neumünster: Paranus Verlag.
- SANDS, R. (1995): The parenting experience of low-income single women with serious mental disorders. *Families in Society*, 86–96.
- SAVVIDOU, I., VASILIS, F., HATZIGELEKI, S. & KARAVATOS, A. (2003): Narratives about their children by mothers hospitalized on a psychiatric unit. *Family Process*, 42, 391–402.
- SCHAEPER, H. & KÜHN, T. (2000): Zur Rationalität familialer Entscheidungsprozesse am Beispiel des Zusammenhangs zwischen Berufsbiographie und Familiengründung. In W. HEINZ (Hg.), *Übergänge. Individualisierung, Flexibilisierung und Institutionalisierung des Lebensverlaufs*. Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, Beiheft 3. Weinheim: Juventa, S. 124–145.
- SCHAREIN, M. & UNGER, R. (2009): Kinderlosigkeit bei Akademikerinnen. Die Aussagekraft empirischer Daten zur Kinderlosigkeit bei Akademikerinnen. *BIB-Mitteilungen*, 2, 6–13.
- SCHEFF, T. (1966): *Being mentally ill*. Chicago: Aldine.
- SCHEIBLER, F. & PFAFF, H. (2003): Shared decision-making. In F. SCHEIBLER & H. PFAFF (Hg.), *Shared decision-making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. Weinheim/München: Juventus Verlag, S. 11–22.
- SCHMIDT, U. (2009): *Deutsche Familiensoziologie. Entwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- SCHMIDT-ZADEL, R. & KUNZE, H. (2004): *Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- SCHMIEDEBACH, H., BEDDIES, T., SCHULZ, J. & PRIEBE, S. (2002): Wohnen und Arbeiten als Kriterien einer »sozialen Integration« psychisch Kranker – Entwicklungen in Deutschland von 1900 bis 2000. *Psychiatrische Praxis*, 29, 285–294.
- SCHNEEWIND, K., VASKOVICS, L. & GOTZLER, P. (1996): *Optionen der Lebensgestaltung junger Ehen und Kinderwunsch. Verbundstudie Endbericht*. Stuttgart: Kohlhammer.
- SCHNEIDER, N. (2008): *Lehrbuch Moderne Familiensoziologie*. Opladen: UTB.
- SCHNEIDER, N. & MATTHIAS-BLECK, H. (2002): *Elternschaft heute: Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und individuelle Gestaltungsaufgaben*. Opladen: Leske & Budrich.
- SCHNEIDER, W. (2004): *Grundlagen der soziologischen Theorie. Band 3: Sinnverstehen und Intersubjektivität – Hermeneutik, funktionale Analyse, Konversationsanalyse und Systemtheorie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- SCHOTT, H. & TÖLLE, R. (2006): *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. München: C.H. Beck.
- SCHÜRMAN, I. (1997): *Beziehungsformen zwischen Langzeitnutzern und Professionellen im Kontext der Moderne*. In M. ZAUMSEIL & K. LEFERINK (Hg.),

- Schizophrenie in der Moderne. Modernisierung der Schizophrenie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 239–279.
- SCHÜTZ, A. (1971): Das Wählen zwischen Handlungsentwürfen. In A. SCHÜTZ (Hg.), *Gesammelte Aufsätze*, Band 1: Das Problem der sozialen Wirklichkeit. Den Haag, S. 77–90.
- SCHÜTZE, F. (1978): Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. *Arbeitsberichte und Forschungsmaterialien Nr. 1 der Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie*.
- SCHÜTZE, F. (1983): Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13, 283–293.
- SCHÜTZE, F. (1987): Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien. Hagen: Fernuniversität Hagen.
- SCHÜTZE, F. (1999): Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In H. KRÜGER & W. MAROTZKI (Hg.), *Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung*. Opladen: Leske & Budrich, S. 116–157.
- SCHWAB, B., CLARK, R. & DRAKE, R. (1991): An Ethnographic Note on Clients as Parents. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15, 95–99.
- SCHWARZ, G., SALEWSKI, C. & TESCH-RÖMER, C. (1997): Psychologie der Bewältigung – Variationen über ein altbekanntes Thema? In C. TESCH-RÖMER, C. SALEWSKI & G. SCHWARZ (Hg.), *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion, S. 1–6.
- SEIDENSPINNER, G., KEDDI, B., WITTMANN, S., GROSS, M., HILDEBRANDT, K. & STREHMEL, P. (1996): *Junge Frauen heute – wie sie leben, was sie anders machen*. Opladen: Leske & Budrich.
- SHEARER, M., CAIN, A. & FINCH, S. (1968): Unexpected effects of an »open door« policy on birth rates of women in state hospitals. *American Journal of Orthopsychiatry*, 138, 413–417.
- SIEGRIST, J. (2007): Integrative psychiatrische Diagnostik: Was können die Sozialwissenschaften beitragen? *Die Psychiatrie*, 4, 225–229.
- SOEFFNER, H.-G. & HITZLER, R. (1994): Hermeneutik als Haltung und Handlung. Über methodisch kontrolliertes Fremdverstehen. In N. SCHROER (Hg.), *Interpretative Sozialforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 28–54.
- SOEFFNER, H. (2000): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. In U. FLICK, E. VON KARDOFF & I. STEINKE (Hg.), *Qualitative Forschung*. Reinbek: Rowohlt, S. 164–175.
- STAUBER, M. (1995): Gynäkologie im Nationalsozialismus – oder »Die späte Entschuldigung«. *Archives of gynecology and obstetrics*, 257, 753–771.
- STEVENS, B. (1969): Impact of community-oriented psychiatry on marriage and fertility of psychotic women. *British Medical Journal*, 4, 22–24.

- STEVENS, B. (1970): Illegitimate fertility of psychotic women. *Journal of Biosocial Science*, 2, 17–30.
- STROHMEIER, K. (1993): Pluralisierung und Polarisierung der Lebensformen in Deutschland. Aus *Politik und Zeitgeschichte: Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament*, B17, 11–22.
- SZASZ, T. (1975): *Geisteskrankheit – ein moderner Mythos? Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens*. Olten: Walter Verlag.
- THARA, R., SHANTA, K. & SHUBA, K. (2003): Women with schizophrenia and broken marriages – doubly disadvantaged? Part 1: Patient perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 49, 225–232.
- THIEL, A. (2008): *Was hält psychisch kranke Paare gesund? Wenn beide Partner eine psychische Störung haben?* Saarbrücken: VDM Verlag.
- TÖLKE, A. & HANK, K. (2005): *Männer – Das ›vernachlässigte‹ Geschlecht in der Familienforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- TREIBEL, A. (2000): *Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart*. Opladen: Leske & Budrich.
- UNGVARY, G. & CZEIZEL, E. (1986): Einige Probleme der genetischen Beratung bei schizophrenen Psychosen. *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie. Zeitschrift für die gesamte Nervenheilkunde und Psychotherapie*, 38, 177–183.
- VIGUERA, A., COHEN, L., BOUFFARD, S., HATCH WITFIELD, T. & BALDESSARINI, R. (2002): Reproductive decisions by women with bipolar disorder after pregnancy psychiatric consultation. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2102–2104.
- WAGNER, M. (2008): Entwicklung und Vielfalt der Lebensformen. In N. SCHNEIDER (Hg.), *Lehrbuch Moderne Familiensoziologie*. Opladen & Farmington Hill: Barbara Budrich Verlag, S. 99–120.
- WEBER, H. (1997): Zur Nützlichkeit des Bewältigungskonzeptes. In C. TESCH-RÖMER, C. SALEWSKI & G. SCHWARZ (Hg.), *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Beltz, S. 7–16.
- WEBER, M. (1922): *Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie I*. Tübingen.
- WEBER, M. (1973): Über einige Kategorien der verstehenden Soziologie. I. Sinn einer verstehenden Soziologie. In: Ders., *Soziologie – Universalgeschichtliche – Politik*. Hg. Von J. Winckelmann, Stuttgart (Erstdruck Logos, Band IV, 1913, S. 253–294).
- WEINGART, P., KROLL, J. & BAYERTZ, K. (1992): *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- WERNET, A. (2006): *Einführung in die Interpretationstechnik der Objektiven Hermeneutik*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- WIGNALL, C. & MEREDITH, C. (1968). Illegitimate pregnancies in State Institutions. *Archives of General Psychiatry*, 18, 580–583.

- WILLIAMS, O. & CORRIGAN, P. (1992): The differential effects of parental alcoholism and mental illness on their adult children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 406–414.
- WISDOM, J., BRUCE, K., AUZEEN SAEDI, G., WEIS, T. & GREEN, C. (2008): ›Stealing me from myself: Identity and recovery in personal accounts of mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 489–495.
- ZAUMSEIL, M. (1997): Modernisierung der Identität von psychisch Kranken? In M. ZAUMSEIL & K. LEFERINK (Hg.), *Schizophrenie in der Moderne. Modernisierung der Schizophrenie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 145–200.
- ZAUMSEIL, M. & ANGERMEYER, M. (1997): Einleitung: Die (Wieder)entdeckung von Kultur und subjektiver Bedeutung in der Untersuchung von psychischer Gesundheit und Krankheit. In M. C. ANGERMEYER (Hg.), *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 9–27.
- ZAUMSEIL, M. & LEFERINK, K. (1997 a): Einleitung: Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt. In M. ZAUMSEIL & K. LEFERINK (Hg.), *Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 6–26.
- ZAUMSEIL, M. & LEFERINK, K. (1997 b): *Schizophrenie in der Moderne. Modernisierung der Schizophrenie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- ZEHMISCH, H. (2002): Das Erbgesundheitsgericht. *Ärzteblatt Sachsen*, 5/2002, 205–207.

Danksagung

Ich bedanke mich bei den Menschen, die diese Arbeit in ihrer Entstehung unterstützt, begleitet und überhaupt möglich gemacht haben. Der größte Dank gilt meinen Gesprächspartnerinnen, die mir durch ihre Erzählungen einen unschätzbaren wertvollen Einblick in ihr Leben gewährt haben. Ihnen allen danke ich herzlich für das Interesse an der Studie, für das mir entgegengebrachte Vertrauen, für die freundlichen Rückmeldungen und nicht zuletzt auch für die Aufnahme bei sich zu Hause. Die Lebenserzählungen meiner Gesprächspartnerinnen bilden nicht nur das unverzichtbare Fundament dieser Arbeit. Ich habe aus den Erzählungen auch einen ganz persönlichen Gewinn gezogen. Die Stärke jeder einzelnen Frau und ihre Fähigkeiten, mit den zum Teil schmerzhaften Erfahrungen umzugehen und sich dem Leben mit all seinen Höhen und Tiefen zu stellen, haben mich tief beeindruckt und dabei nicht selten motiviert, meine eigenen Sichtweisen zu überdenken.

Ich danke Wolfgang Eßbach für sein Interesse an diesem Thema und für die Annahme des Dissertationsvorhabens im Fachbereich Soziologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br. Reinhold Kilian danke ich für die kluge Betreuung in Form einer persönlich zugewandten, kontinuierlichen Unterstützung einerseits und einer weitgehenden und daher auch motivierenden Freiheit andererseits. Ich danke Thomas Becker für sein fortwährendes Interesse und seine ideelle wie konkrete Unterstützung. Ohne seine Offenheit gegenüber qualitativen Ansätzen in der psychiatrischen Versorgungsforschung wäre diese Arbeit nicht entstanden. Thomas Becker und Reinhold Kilian haben mir die Möglichkeit gegeben, meine Ressourcen individuell und flexibel und daher auch effizient einzusetzen. Diese optimalen Bedingungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind im wissenschaftlichen Betrieb nicht selbstverständlich – ganz herzlichen Dank dafür!

Der Deutschen Forschungsgemeinschaft danke ich für die Finanzierung der Studie »Familienplanung junger Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen zwischen individueller Verantwortung und sozialer Stigmatisierung«, in deren Rahmen die vorliegende Arbeit entstanden ist.

Milan Weiss danke ich für die wertvolle Unterstützung im hermeneutischen Auswertungsprozess. Wichtige Hinweise in der Falldarstellung von Frau Pesche verdanke ich Franziska Lamott. Annakarin Voigtländer möchte ich für die hilfreichen Hinweise in der Biografie von Frau Buschfeld aus psychoanalytischer Sicht danken. Gabriele Lucius-Hoene und der Auswertungsgruppe am Lehrstuhl

für Rehabilitationspsychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg danke ich für wichtige Hilfestellungen in der Auswertung der biografischen Erzählung von Frau Schubert. Dank gebührt auch Ursi Erhardt, die mich auf die Schwachstellen in den Auswertungen der biografischen Erzählungen von Frau Buschfeld, Frau Peschke und Frau Kaufmann hingewiesen hat. Andrea Krumm bin ich sehr dankbar für die sorgfältige Endredaktion der Arbeit.

Meinem Mann Martin Bär danke ich für seinen unerschütterlichen Glauben an den Erfolg des Vorhabens und für die Selbstverständlichkeit, mit der er mich entlastet hat. Meiner Tochter Olivia Bär verdanke ich viel zu viel, als dass ich es hier auszudrücken vermag.

Die Autorin

Silvia Krumm, geb. 1968, Soziologin, Krankenpflegeausbildung in der Psychiatrie, mehrjährige Tätigkeit als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Sozialwissenschaftlichen Frauenforschungsinstitut (SoFFi F.) in Freiburg i. Br., seit 2003 an der Arbeitsgruppe Psychiatrische Versorgungsforschung, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm. Arbeitsschwerpunkte sind u. a. geschlechtsspezifische Aspekte der psychiatrischen Versorgung, Elternschaft und psychische Erkrankung, sinnverstehende Ansätze und Biografieforschung.