

FORSCHUNG FÜR DIE PRAXIS
HOCHSCHULSCHRIFTEN

Matthias Pauge

Handlung, Identität, Psychose

Eine rekonstruktive Untersuchung
des Alltagserlebens
Psychoseerfahrener

Matthias Pauge

Handlung, Identität, Psychose

Eine rekonstruktive Untersuchung des
Alltagserlebens Psychoseerfahrener

Der Autor

Dr. rer. soc. Matthias Pauge, Jahrgang 1986, ist staatlich anerkannter Heilerziehungspfleger, Fachkraft für Psychiatrie und Sozialwissenschaftler. Er arbeitet seit etwa 20 Jahren in verschiedenen (sozial-)psychiatrischen Einrichtungen und setzt sich hier mit der Perspektive der Nutzenden und recoveryorientierten Behandlungsmodellen auseinander.

Matthias Pauge

Handlung, Identität, Psychose

Eine rekonstruktive Untersuchung des
Alltagserlebens Psychoseerfahrener

Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Sozialwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Sozialwissenschaft

Psychiatrie Verlag

Matthias Pauge
Handlung, Identität, Psychose
Eine rekonstruktive Untersuchung des Alltagserlebens Psychoseerfahrener
1. Auflage 2024
ISBN Print: 978-3-96605-273-3
ISBN E-Book: 978-3-96605-273-3

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

Bei dieser Version handelt es sich um eine leicht geänderte Fassung als bei der
Dissertationsschrift, die am 5.10.2023 an der Ruhr-Universität Bochum eingereicht wurde.

1. Auflage
© Psychiatrie Verlag, Köln 2024
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung
des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.
Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena Kommunikationsdesign, Dortmund
Satz: Paulius Masteika
Druck: Mazowieckie Centrum Poligrafii, Polen
Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

Danksagung

Das vorliegende Dissertationsprojekt konnte erst durch die Unterstützung unterschiedlicher Menschen realisiert werden. Allen voran möchte ich mich bei den Menschen bedanken, die über all die Jahre hinweg ihr Wissen und ihre Erfahrungen über Psychosen mit mir geteilt haben. Das gilt besonders für die Menschen, die bereit waren, sich für diese Arbeit interviewen zu lassen.

Ich möchte mich bei Prof. Dr. Jürgen Straub bedanken, der dieses Dissertationsprojekt angenommen und mich seit dem Masterstudium begleitet hat. Zudem möchte ich mich für die Unterstützung bei Prof. Dr. Michael Schulz bedanken. Durch ihn habe ich erst die Möglichkeit erhalten, als Pflegender ein Studium zu absolvieren. Außerdem möchte ich mich herzlichst bei den vielen Freunden, Weggefährten und Angehörigen bedanken, die mich auch in schweren Zeiten unterstützt haben. Das sind allen voran meine Partnerin Ellen Hermann sowie meine Eltern Ramona und Joachim Pauge. Besondere Erwähnung sollen die Personen finden, die mir immer diskussionsfreudig, kritisch und konstruktiv zur Seite standen. Das sind Sebastian Salzman, Oswald Balandis, Victoria Niebel, Christian Steck, Dr. Mihail Sotkov und Dr. Anike Krämer. Ich danke Dr. Joachim Schnackenberg, Prof. Dr. Hermann Steffen sowie dem Doktorandenkolloquium von Prof. Dr. Jürgen Straub für die äußerst hilfreiche und kollegiale Unterstützung.

Besonderer Dank gilt dem Hans Kilian und Lotte Köhler-Centrum für sozial- und kulturwissenschaftliche Psychologie und historische Anthropologie, welches mir ein Promotionsabschlussstipendium ermöglicht hat.

Inhalt

Einleitung	11
1 Problemstellung	14
1.1 Zur Entwicklung eines alltagssoziologischen Vergleichshorizont	14
1.1.1 Sozialpsychiatrie und Sozialwissenschaft	14
1.1.2 Handlungsleitende naturwissenschaftliche Konzepte	20
1.1.3 Der erkenntnistheoretische Tunnel psychiatrischer Forschung	22
1.1.4 Kritik der evidenzbasierten Medizin	24
1.1.5 Standardisierung und Verallgemeinerung sozialer Konflikte	26
1.1.6 Orientierung im ›psychiatrischen Feld‹	28
1.1.7 Zwischenresümee: Rekonstruktion psychiatrischer Kategorien und Forschungsorientierung	30
1.1.8 Sinngebundene Rekonstruktion am Beispiel qualitativ rekonstruktiver Forschung	32
1.2 Die Idee der ›Schizophrenie‹ in der psychiatrisch-medizinischen Handlungspraxis und Forschung	35
1.2.1 Die Typik des Schizophreniekonzeptes	36
1.2.2 Das Schizophreniekonzept aus wissenschaftstheoretischer Perspektive	38
1.2.3 Kritische Anmerkungen zur biologischen Ursachenerklärung für die ›Schizophrenie‹	41
1.2.4 Die negative Prognose der ›Schizophrenie‹ in Forschung und Praxis	44
1.2.5 Dopamin-Hypothese und ihre Modifizierung	46
1.2.6 Nutzen, Nebenwirkungen und Langzeitfolgen von Antipsychotika	50
1.2.7 Resümee: Antipsychotika, Recovery und Lebensqualität	53
1.3 Psychose und Psychoseerfahrung	57
1.3.1 Charakteristika, die mit Psychosen verbunden werden	59
1.3.2 Psychose als missglückter Versuch der Konfliktverarbeitung	60
1.3.3 Charakteristika, die mit dem Erleben der Psychose verbunden werden	63
1.3.4 Zwischenresümee: Psychose ohne Diagnose?	67
1.3.5 Psychosen als Kontinuum und ihre Epidemiologie	69
1.3.6 Transdiagnostische Psychose und ihr Spektrum	71
1.3.7 Warum Menschen Psychoseerfahrungen machen können	74
1.4 Conclusio I: Psychoseerfahrung als Forschungsgegenstand	80
2 Identität, Alltagsstrukturen und Psychose	81
2.1 Identität als psychologisches und soziologisches Deutungskonzept	81
2.1.1 Identität und gesellschaftliche Entwicklung	82
2.1.2 Identität, Orientierung und die Bildung des Selbstkonzept	84

2.1.3	Identitätsbildung und -verhandlung als sozialer Prozess	88
2.1.4	Identität und Stigma	90
2.1.5	Resümee: Psychose als Konflikt des Innen-Außen Erlebens	92
2.2	Alltagsstrukturen als Bezugsrahmen	95
2.2.1	Wissen, Handlung und Wirklichkeit	96
2.2.2	Die Grundstrukturen des Alltags	98
2.2.3	Resümee: Das Problem der Fremddeutungen	103
2.3	Die Erlebensweisen von ›Psychose‹ aus lebensweltlicher und kulturpsychologischer Perspektive	105
2.3.1	Lebensweltliche Bedeutung des ›Krankfühlers‹	105
2.3.2	Exkurs: Stimmenhören aus lebensweltlicher Perspektive	108
2.3.3	Die Vergewisserung durch die subjektive Realität zur Absicherung der Identität	110
2.3.4	Handlungspraxis, Sinn und Lebenswelt	112
2.3.5	Kulturelle Symbolik, Überzeugung und Ritual	114
3	Theoretisch-methodologische Überlegungen, Forschungsstand und Forschungsfragen	117
3.1	Theoretisch-methodologische Überlegungen zum empirischen Zugang zur Psychoseerfahrung	117
3.1.1	Von der Krankenrolle zum selbstverantwortlichen Umgang mit Krankheit	118
3.1.2	Der Verlauf chronischer Erkrankung und die Veränderung des Selbstkonzeptes	120
3.1.3	Die Typik von Patienten- und Krankheitskarrieren bei Goffman und Scheff	123
3.1.4	Untypische Karrieren von Psychoseerfahrenen	126
3.1.5	Ein Zwischenfazit – Qualitative Forschung als Alternative zu bio-medizinischen Perspektiven	128
3.1.6	Verlaufskurven und Abgrenzung zu den bisherigen Überlegungen	130
3.1.7	Die plötzliche Veränderung der gewohnten Lebenspraxis	130
3.1.8	Die Ebenen der Verlaufskurve	132
3.1.9	Die Veränderung der Handlungsentwürfe und der Selbstkonzeption	134
3.2	Psychosen im Diskurs der qualitativ-rekonstruktiven Forschung	137
3.2.1	Psychose, Biografie und Identität	138
3.2.2	Psychose und Identitätsstrategien	141
3.2.3	Psychose, Handlungswirksamkeit und soziales Umfeld	145
3.2.4	Psychose und Möglichkeiten ihrer Artikulation	151

3.3	Conclusio II: Alltag, Identität und Psychose und Forschungsfragen	152
4	Methodische Vorgehensweise	156
4.1	Methodologischer Orientierungsrahmen	156
4.2	Samplingstrategie und Sample	157
4.2.1	Samplingstrategie	157
4.2.2	Feldzugang	158
4.2.3	Kurzvorstellung des Samples	159
4.2.4	Ethische Hinweise	159
4.3	Die Erhebung des empirischen Materials	161
4.3.1	Durchführung der Interviews	161
4.3.2	Methodologische Überlegungen zur Interviewsituation als gemeinsamer Sinnzusammenhang	162
4.3.3	Erhebungsmethode (teil-)narrative Interviews	163
4.3.4	Entwicklung der Interviewthemen	164
4.3.5	Methodologische Überlegungen zum Eingangsstimulus	165
4.4	Auswertungsmethoden und Darstellung	167
4.4.1	Theoretisch-methodologische Begründung beim Vorgehen in der Auswertung	167
4.4.2	Einzelfallanalysen	168
4.4.3	Themenbezogene Interpretation	170
5	Empirie	171
5.1	Einzelfallanalysen	171
5.1.1	Rike, die souveräne Rationalistin	173
5.1.2	Ben, der verwundete Autonome	195
5.1.3	Roman, der gebrochene Zufriedene	219
5.1.4	Fazit: Die Typik der Einzelfallanalysen im Vergleich	247
5.2	Fallübergreifende Rekonstruktion	250
5.2.1	Kurzvorstellung der Teilnehmenden	252
5.2.2	Darstellung der Alltagsstrukturen	264
5.2.3	Fazit: Psychoseerfahrung als Grundlage für Alltagsstrukturen und Handlungsrouninen	285
5.2.4	Erleben und Bedeutung der Psychose	287
5.2.5	Fazit: Handlung und Bedeutung in der Psychose	310
5.2.6	Identitätskonflikte und -strategien	312

5.2.7	Fazit: Psychose und Identitätswandel	340
5.2.8	Ungewissheiten aushalten und ertragen können	342
5.2.9	Fazit: Ungewisse Handlungs- und Identitätsvorstellungen	362
5.3	Conclusio III: Eine Typik der Alltagsstrukturen bei Psychoseerfahrung	364
5.3.1	Typ I: Handlungssteuerung und Identitätsgeschlossenheit	365
5.3.2	Typ II: Handlungsautonomie und Identitätsoffenheit	365
5.3.3	Typ III: Handlungsdiffusion und Identitätsambivalenz	366
6	Diskussion	368
6.1	Diskussion der Methoden	368
6.1.1	Offene Struktur des Forschungsdesigns	368
6.1.2	Samplingstrategie ›Psychoseerfahrung‹	369
6.1.3	Entwicklung der Interviewthemen im Laufe des Forschungsprozesses	370
6.1.4	Personale Identität und narratives Interview	370
6.1.5	Die Rolle als Forscher und Mitarbeiter in der Psychiatrie als Vergleichshorizont in der Analyse	371
6.1.6	Die Auswertung als prozessuale Struktur	372
6.1.7	Methodentriangulation in der Auswertung	373
6.1.8	Theorie als Vergleichshorizont in der Analyse	374
6.2	Diskussion der Ergebnisse	375
6.2.1	Psychose-Kontinuum und Recovery	375
6.2.2	Psychose und Alltagsdissonanzen	376
6.2.3	Die Selbstbehandlung der Psychose	377
6.2.4	Identität und Symptom	378
6.2.5	Psychoseerfahrung, soziale Verhandlung und Partnerschaft	379
6.2.6	Medikamente und Nebenwirkungen	380
6.2.7	Psychoseerfahrung und Migration	380
6.2.8	Zum Umgang mit Medizinern	381
7	Fazit	383
	Literatur	390
	Transkriptionsregeln	420

Einleitung

Die vorliegende Dissertationsschrift beschäftigt sich mit dem Alltag von Psychoseerfahrenen aus der Perspektive der subjektorientierten und verstehenden (Alltags-) Soziologie (Schütz & Luckmann, 1988; Schütz, 1971a; Luckmann, 1973; Berger & Luckmann, 2013 [1966]. Soeffner, 2015 [1989]; Matthes & Schütze, 1973). Sie ist der Versuch, den Alltag, die Handlungen und das Erleben von Menschen, die Erfahrungen mit Psychosen haben, mittels qualitativ-rekonstruktiven Methoden herauszuarbeiten und die Sinnstrukturen systematisch darzustellen (Straub, 2010; Bohnsack, 2014). Im weiteren Verlauf dieser Arbeit nenne ich Menschen, die Erfahrungen mit einer Psychose machen oder gemacht haben, ›Psychoseerfahrere‹¹. Damit möchte ich die Erfahrung mit der konkreten Psychose selbst sowie die durch die Psychose veränderten Bedingungen des Alltags betonen. Wer die Erwartungen hat, dass sich diese Arbeit mit den für eine Psychose typischen Diagnosen wie ›Schizophrenie‹, ›Bipolarität‹ oder ›schweren Depressionen‹ auseinandersetzt, wird enttäuscht. Die Psychoseerfahrung ist, wie diese Arbeit zeigen wird, nicht auf eine spezifische Erkrankung zurückzuführen, sondern eine Erfahrung, die genauso weit verbreitet sein kann wie Angst oder Traurigkeit. Nur in seltenen Fällen und in wenigen Situationen kommt es zu einer psychiatrischen Behandlung (Linscott & van Os, 2013; Bock & Heinz, 2016). Daraus ergibt sich die Überlegung, wie sich Menschen mit Psychoseerfahrung im Alltag organisieren, um mit dem Erleben zurechtzukommen.

In der alltäglichen, medialen und gar wissenschaftlichen Darstellung wird die Psychose zu einem rätselhaften, mystischen, irrationalen, unkontrollierbaren oder gefährlichen Momentum, welches nur bestimmte Menschen unter bestimmten Bedingungen aufweisen können (Bentall, 2009; Häfner, 2017; Bäuml, 2008). Mit diesen Vorurteilen möchte diese Arbeit aufräumen. Vielmehr sollen die Schwierigkeiten, Sorgen, Nöte sowie Wünsche, Bedürfnisse und Zukunftsaussichten von Menschen mit Psychoseerfahrungen, die in der medizinisch-psychiatrischen Debatte (die darüber hinaus das mediale sowie das alltägliche Bild prägt) selten berücksichtigt werden, hier dargestellt werden. Im Laufe dieser Arbeit möchte ich eine Perspektive auf das Erleben von Psychosen entwickeln, in der das Fremde, durch welches sich erst eine gewisse Distanz und Abwehr zu den Erfahrenen aufbauen kann, seinen eigenartigen Charakter verlieren kann (Waldenfels, 1991; Bock & Heinz, 2016). Das bedeutet nicht, dass das durch die Psychose verursachte Leid, der Schmerz und die Verzweiflung für den Erfahrenen selbst und die Angehörigen relativiert oder vielleicht sogar, wie in der sozial- oder antipsychiatrischen Kritik der 60er und 70er Jahre nicht unüblich, als ›falsche Einrichtung der Gesellschaft‹ romantisiert werden soll (Gruber et al., 2018a; vgl. Basaglia & Basaglia Ongaro, 1972; vgl. Szasz, 1975; vgl. Wulff, 1972). Vielmehr soll die in dieser

1 Für den besseren Lesefluss nutze ich in dieser Arbeit das generische Maskulinum. Gemeint sind immer alle Geschlechter.

Arbeit entwickelte Perspektive zeigen, dass eine andere Sichtweise die Begegnung und die Auseinandersetzung mit den Erfahrenen, auch zu ihren Gunsten, verändern kann.

Diese Arbeit besteht aus drei Teilen – einem theoretischen, einem methodischen und einem empirischen Teil. Im ersten Teil dieser Arbeit werden die erkenntnistheoretischen Probleme der biologisch-medizinischen Psychiatrie diskutiert und gezeigt, welche Auswirkungen dies auf Forschung und Praxis haben kann. Das werde ich exemplarisch anhand des Schizophreniekonzeptes darstellen. Die praktische und wissenschaftliche Anwendung und Verbreitung des Konzeptes der ›Schizophrenie‹ nimmt starken Einfluss auf die Lebenspraxis von Menschen mit Schizophreniediagnose (und mit anderen Diagnosen), wie am Beispiel der Behandlungsgrundsätze und dem Einsatz von Antipsychotika deutlich werden soll. Darauf werde ich anhand des Konzeptes des transdiagnostischen Psychose-Kontinuums, eine, im Gegensatz zu Diagnosekonzepten, dynamischere und stärker in der Empirie begründete Perspektive vorstellen. Im Anschluss daran werden die für diese Arbeit relevanten soziologischen und kulturpsychologischen Konzeptionen von Identität und Alltag herausgearbeitet, die vor allem eine subjektorientierte Sichtweise einnehmen werden. Ergänzend dazu beziehe ich mich auf psychologische und psychoanalytische Überlegungen, durch welche das für die Psychoseerfahrung typische Ungleichgewicht des Innen-Außen-Erlebens hervorgehoben werden soll. Das heißt, das Subjekt mit seinen individuellen Sinn- und Bedeutungsstrukturen, seinen Handlungsmustern, seiner Identitätsorientierung, seiner Biografie sowie seiner Lebenspraxis, wird zur Analyseeinheit dieser Arbeit (Schütz, 1971a; Schütz, 1974 [1932]; Schütz & Luckmann, 1988; Straub, 2023a; 2017; Boesch & Straub, 2007; Mentzos, 2015; Laing, 1987 [1960]). Es soll deutlich werden, warum auch verstehende soziologische oder vergleichbare Ansätze eine Fremdefinition der Psychoseerfahrung übernehmen und meist ungerechtfertigte Ansichten über die Erfahrenen reproduzieren. In dieser Arbeit möchte ich die Kriterien deutlich machen, die in der Auseinandersetzung mit Psychoseerfahrenen berücksichtigt werden sollten. Grundsätzlich folgt diese empirische Arbeit der Forschungsfrage: Wie gestalten Menschen mit Psychoseerfahrungen ihren Alltag?

Im zweiten Teil dieser Arbeit stelle ich das methodische Vorgehen vor, welches sich in den Prinzipien einer verstehenden-interpretativen Sozialwissenschaft begründet (Straub & Ruppel, 2022b; Straub 2010). Dafür wird ein qualitatives Studiendesign entwickelt, das Schritt für Schritt vorgestellt wird. Dazu gehören neben Samplingsstrategien und der Zusammensetzung des Samples auch die Form der Erhebung und Auswertung sowie theoretisch-methodologische Überlegungen zur Interviewgestaltung.

Der dritte Teil dieser Arbeit ist die empirische Analyse von zehn (teil-) narrativen Interviews, die ich mit Psychoseerfahrenen geführt habe. Dabei greife ich auf unterschiedliche, für die interpretative Sozialwissenschaft typische, Analyse- und Darstellungsweisen zurück. Zunächst werden drei intensive Einzelfallanalysen vorgestellt, die sich stark voneinander unterscheiden. Darauf folgt eine Rekonstruktion von sieben

Interviews im themengebundenen Vergleichshorizont. Abschließend folgt eine Diskussion der Methoden und Ergebnisse.

Diese Arbeit ist so aufgebaut, dass die einzelnen Kapitel des Theorieteils sowie die einzelnen Interpretationseinheiten jeweils für sich gelesen werden können. Diese sind in der Regel in sich geschlossen. Im Abschluss eines jeden Kapitels werden die Ergebnisse im Gesamtkontext der Arbeit resümiert, sodass sich der Leser die notwendigen Informationen nicht aus dem Gesamttext ergründen muss. Die vorliegende Arbeit ist interdisziplinär angelegt. Das heißt, sie setzt sich unter anderem aus medizinisch-psychiatrischen, soziologischen und (kultur-) psychologischen Themenbereichen zusammen, die erst im Laufe der Arbeit zusammengeführt werden. Die Komplexität der einzelnen Themen macht es nötig, diese der Reihe nach und ausgiebig vorzustellen. Das erklärt den Umfang dieser Arbeit. Die verstehende Soziologie und die Kulturpsychologie laden dazu ein, komplexe soziale Zusammenhänge nachvollziehen zu können, indem sie die jeweiligen Strukturen der Zusammenhänge sukzessiv rekonstruieren (zum Beispiel, wie sich das Wissen über Psychosen zusammensetzt). Die Schritte, um bestimmte Zusammenhänge aufbrechen zu können, sind selbst ein Produkt mühevoller Kleinstarbeit und teilweise theoretisch anspruchsvoll. Die Lesenden sollten berücksichtigen, dass die Rekonstruktion der sozialen Wirklichkeit für den Forschenden herausfordernd und zeitaufwendig ist, besonders, dann wenn verschiedene Diskursstränge zusammengeführt werden und anschließend am Subjekt selbst rekonstruiert werden.

Zum Abschluss der Einleitung möchte ich auf meine langjährige Tätigkeit als Mitarbeitender in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen hinweisen. Ich werde versuchen, dies im Laufe der Arbeit, vor allem in den Interpretationen, immer wieder zu reflektieren. Als ausgebildeter Heilerziehungspfleger und später als Fachkraft für Psychiatrie B.A., habe ich in ambulanten und stationären Einrichtungen sowie in der integrierten Versorgung für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen gearbeitet. Seit Abschluss meines Studiums der Sozialwissenschaft bin ich in einem psychiatrischen Akutkrankenhaus auf verschiedenen Akutstationen für Menschen mit Psychosen beschäftigt. Hier konnte ich viel von den Erfahrenen sowie bestimmten Mitarbeitenden lernen.

1 Problemstellung

In diesem Teil möchte ich die für diese Arbeit relevanten Perspektiven vorstellen. Dafür wird zu Beginn die Problematik der medizinisch-psychiatrischen Dominanz diskutiert und die Frage erörtert zu welchen forschungstheoretischen sowie praktischen Problemen ihre Durchsetzung geführt hat. Dies wird anhand von Beispielen aus dem sozialpsychiatrischen Diskurs aufgezeigt. Demgegenüber wird eine alltagssoziologisch orientierte Perspektive entwickelt, die das Subjekt in den Mittelpunkt der Überlegungen stellen soll. Dafür möchte ich vor allem die in der Psychiatrie (beziehungsweise Medizin) häufig vertretene, verallgemeinernde Perspektive kritisieren, die sich, wie deutlich werden soll, in vielen Bereichen des Diskurses sowie im Alltag, durchgesetzt hat. Das Ziel dieses Kapitels ist es, die Schwierigkeiten von medizinisch-psychiatrischer Theorie und Forschung vor einem alltagssoziologischen Vergleichshorizont aufzuzeigen, um so die Begründung für ein und den Anspruch an ein qualitativ-rekonstruktives Forschungsprojekt zu formulieren.

1.1 Zur Entwicklung eines alltagssoziologischen Vergleichshorizont

Die medizinisch-psychiatrische Sichtweise hat sich in Theorie und Praxis gegenüber anderen Sichtweisen durchgesetzt. Dies zeigt sich vor allem in der favorisierten Wahl naturwissenschaftlicher Forschungsmethoden sowie dem grundlegenden Verständnis über psychische Erkrankungen in Wissenschaft und Alltag. Der medizinisch-psychiatrische Sinnhorizont organisiert und bindet das Handeln und Wissen über psychische Erkrankungen, was heißt, dass sich andere Perspektiven, wie zum Beispiel die der Sozialpsychiatrie, automatisch unter der Dominanz der Medizin subsumieren müssen. Sie bestimmt demnach die Ziele, Grenzen und Möglichkeiten der für ihren Sinnzusammenhang relevanten Handlungspläne und -entwürfe (Schütz, 1974 [1932], S. 263). Das soll im Laufe des Kapitels deutlich werden.

Dabei beziehe ich mich auf die theoretisch-methodologischen Grundzüge einer Alltags- und Wissenssoziologie, mittels derer die (typischen) Handlungs- Wissensstrukturen des (wissenschaftlichen) Sinnzusammenhangs rekonstruiert werden können. Der Bezug auf die (Alltags-)Welt ist nicht neutral. Die »Tatsachen stehen schon in einem universellen Zusammenhang« (Schütz, 1971a, S. 5). Das Verstehen eines Gegenstands vollzieht sich automatisch auf der Grundlage bestimmter Wissensstrukturen. Das heißt, er ist automatisch vorinterpretiert und vorgegliedert, sodass er dem Betrachter schon als Typisierung, beziehungsweise als verallgemeinerte Wissensstruktur, zugänglich

und vertraut ist sowie in routinierte Handlungen überführt werden kann (ebd., S. 6; Matthes & Schütze, 1973, S. 39). Der Alltag oder die Wissenschaft sind für sich eigenständige Sinnbereiche mit eigenständigen Relevanzstrukturen. Sie weisen für den eigenen Sinnzusammenhang entsprechende Bedeutungen auf, die auch nur durch die Akteure innerhalb des Sinnzusammenhangs in Gänze nachvollzogen werden können. Innerhalb des Sinnsystems sind sie logisch und nachvollziehbar und ermöglichen dem Denken und Handeln konkrete Orientierungen (Schütz, 1974 [1932], S. 116). Von außerhalb entzieht sich der »Erfahrungsgegenstand« aufgrund der »Bedingtheit seiner Tiefenschichte« [...] »der Selbstausslegung des Erlebens« (ebd., S. 107). Das heißt, der Gegenstand kann in seiner Konkretheit nicht bestimmt werden. Allenfalls werden komplexe Sinnstrukturen so weit verallgemeinert, bis sie sinnhaft wirken. Das gilt für das Verstehen unterschiedlicher Alltagsbereiche gleichermaßen, wie für das Verstehen von Phänomenen aus Sicht bestimmter Wissenschaftsbereiche. Wird dies nicht reflektiert, sondern die Abstrahierung und Verallgemeinerung, wie zum Beispiel in der medizinisch-psychiatrischen Sichtweise, als Qualitätskriterium gesehen, verliert der Gegenstand an Schärfe und wird als theoretischer Entwurf von seiner empirischen Basis getrennt. Zwar unterscheiden sich die Sinnbereiche der Wissenschaft und des Alltags in ihren spezifischen »Erkenntnishaltungen« und »Erkenntnisstilen« (Soeffner, 2015 [1989], S. 26), doch können die für das wissenschaftliche Feld typischen Handlungen und Wissenstypen aus einer alltagssoziologischen Perspektive heraus rekonstruiert und dargestellt werden. Im Fokus der Analyse stehen also die für die psychiatrisch-medizinisch wissenschaftliche Gemeinschaft typischen Handlungsentwürfe und Wissensstrukturen sowie die Routinen und Selbstverständlichkeiten ihrer Wirklichkeitskonstruktionen. Zur Bestimmung eines Vergleichshorizontes werden die typischen Wissensstrukturen und Handlungsmuster psychiatrisch-medizinischer Theorie und Forschung entlang einer konsequenten, alltagssoziologisch und kulturpsychologisch begründeten und subjektorientierten Perspektive entfaltet (Straub, 2010, S. 67). Im Vergleich mit einer subjektorientierten Perspektive werden die für diese Arbeit relevanten Kritikpunkte aus einer alltagssoziologischen und handlungstheoretischen Sichtweise identifiziert.

Der Diskurs über psychische Erkrankungen im Allgemeinen und Psychosen im Speziellen ist nach wie vor durch die Medizin geprägt. Durch ihre »biomedizinische Definitionsmacht« (Kilian, 2017, S. 12) kann sie normabweichendes Verhalten medizinisch klassifizieren und pathologisieren (Foucault, 2011 [1963]). Durch die Kategorisierung und Klassifizierung psychischer Erkrankungsbilder etabliert sie ein Alleinstellungsmerkmal. Das psychisch »Abnormale« beziehungsweise die damit einhergehende Feststellung einer Krankheit, obliegt der Medizin im Allgemeinen und damit dem Arzt im Speziellen (Schramme, 2012, S. 30; Illich 2022 [1995], S. 32f.). Die Gleichsetzung von somatischen und psychischen Erkrankungen findet sich vor allem in dem Versprechen nach effektiver Heilung wieder (Hasler, 2023, S. 27ff.). Viele psychiatrische Behandlungsmethoden (zum Beispiel Medikamente oder Elektro-Konvulsions-Therapie) suggerieren, dass psychische Erkrankungen einfachen Mechanismen unterliegen, die genauso

einfach durch eine effektive Behandlung, verändert werden können (Fuchs, 2023; 2014a; Kendell, 2012; Ehrenberg, 2019; Hasler, 2023). Das lässt die Kritik am medizinischen Modell verstummen und liefert für die Sozialwissenschaften, die sich in dem Feld der Psychiatrie bewegen möchten, keine nennenswerte Anschlussfähigkeit (Kilian, 2017). Grundsätzliche Fragen nach der sozialen Konstitution von psychischer Erkrankung und überhaupt nach der Rolle des Sozialen im interessierenden Zusammenhang verlieren damit an Bedeutung. Solche Fragen rücken noch weiter in den Hintergrund, wenn man an die sozialutopischen Forderungen sozialpsychiatrischer und antipsychiatrischer Kritik denkt (Dellwig & Harbusch, 2013, S. 13). Welchen Mehrwert sollte also eine erkenntnistheoretisch ausgerichtete Wissenschaft, die sich in ihrem Selbstverständnis von der Medizin als praxisbezogener Wissenschaft unterscheidet, für diese mit sich bringen (Jung, 2019, S. 22)?

Ich möchte zeigen, warum sich das medizinisch-psychiatrische Paradigma mit dem Ansatz der verstehenden Soziologie und ihren methodologischen und methodischen Zugängen zu psychischen Erkrankungen unterscheidet und es daher leicht zu gegenseitigen Missverständnissen kommen muss (Luckmann, 1973; Soeffner, 2015 [1989]; Elias, 2015). In einem kurzen Überblick über die unterschiedlichen Ansätze über das Verstehen psychischer Erkrankungen wird vor allem das medizinisch-psychiatrische Paradigma aus einer handlungstheoretischen Sichtweise diskutiert, um auf die Schwierigkeiten der Forschungspraxis und Theoretisierung psychiatrischer Phänomene aufmerksam zu machen. Ich beginne mit der ›Sozialpsychiatrie‹, der theoretisch sowie methodisch eine gewisse Nähe zur Sozialwissenschaft nachgesagt wird.

1.1.1 Sozialpsychiatrie und Sozialwissenschaft

Dieser Abschnitt möchte am Beispiel sozialpsychiatrischer Ansätze die historische Verbindung von Psychiatrie und Sozialwissenschaft darstellen und zeigen, vor welchen Problemen die beiden Disziplinen stehen. Sozialpsychiatrie ist dabei sicherlich das populärste Beispiel² für den Vergleich einer Integration sozialwissenschaftlicher An-

2 Andere Ansätze sind z.B. die Antipsychiatrie, die anthropologische Psychiatrie, klinische Soziologie oder Medizinsoziologie, die sich meines Erachtens im Gegensatz zur Sozialpsychiatrie – trotz all der Kritik – nicht mit einem solchen Einfluss in Versorgung und Forschung etablieren konnten (oder noch nicht konnten) oder die, wie die Antipsychiatrie, an ihren eigenen Vorstellungen gescheitert sind. Die anthropologische Psychiatrie schätze ich als Resignation der sozialpsychiatrischen Vertreter gegenüber ihren eigenen Positionen ein. Die nicht durchschlagenden Argumente der Sozialpsychiatrie hat Personen wie Dörner oder Bock veranlasst, psychische Erkrankungen als Reaktion auf eine unveränderliche Umwelt zu begreifen – wenn auch weniger biologisiert und mit mehr Bereitschaft zum Verstehen der Situation der Betroffenen (Bock et al., 2014a; Bock & Heinz, 2016; Thoma, 2018). Dennoch bleibt es bei einer theoretischen Einsortierung in den menschlichen Apparat, der wieder nicht sozial-konstitutiv, sondern letztlich am Individuum selbst hängt. Dies macht auch eine forschungspraktische Ausrichtung schwierig, die, wie typisch für phänomenologisch inspirierte Ansätze, Sinn und Bedeutung eines

sätze in die Psychiatrie. Letztlich konnte sich Sozialpsychiatrie nur vage positionieren, da sich die medizinisch-psychiatrische Logik am Ende durchsetzen konnte.³ Bei aller Berechtigung und Notwendigkeit dieser Logik und Perspektive, ergeben sich Probleme jedenfalls dann, wenn sie mit absolutem Geltungsanspruch verbunden werden und alle alternativen, möglicherweise die medizinisch-psychiatrische Sicht produktiv ergänzenden Ansätze, dogmatisch ausgeschlossen werden.⁴

Vereinzelte Tendenzen, die eine Nutzung sozialwissenschaftlicher Theorien und Methoden in der psychiatrischen Landschaft nahelegen, sind in einer sozialpsychiatrisch orientierten Theorie und Forschung zu finden. Dies ist möglich, da die Sozialpsychiatrie durchaus das Selbstverständnis hat, nach den gesellschaftlichen Bedingungen und Einflüssen von psychischen Erkrankungen zu fragen (Finzen, 2017; Thoma, 2018, S. 31; Wulff, 1972). Historisch ging es der Sozialpsychiatrie als »soziale Bewegung« (Jung, 2019, S. 18) um einen Systemwechsel in der psychiatrischen Versorgung. Nicht zuletzt wurden die Bedingungen der Anstalt selbst als krankmachende Faktoren identifiziert (Goffman, 2020 [1961]; Barton, 1974). Die Enthospitalisierung der meist schwer erkrankten Patienten sollte auch eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustands mit sich bringen. Überall sollten sich gemeindepsychiatrische Strukturen, wie kleinere und lokale Krankenhäuser, Tageskliniken, ambulante Trägerschaften oder Arbeitsmöglichkeiten, als Alternative zur Anstalt etablieren (Schott & Tölle, 2020, S. 312ff.). Dabei ist es aber, wie Jung kritisiert (2019, S. 12), bei rein baulichen Maßnahmen geblieben. Natürlich haben viele der in den Anstalten untergebrachten Menschen von der Deinstitutionalisierung profitiert, da sie sich in der Gestaltung eines eigenen Lebens probieren konnten. Dennoch spielt sich das Leben der meisten Betroffenen häufig innerhalb psychiatrisierter Strukturen ab und ermöglicht kaum Berührungspunkte mit der »normalen« Welt. Diese Form der Ghettoisierung und Kasernierung wird von Vertretern der Sozialpsychiatrie nicht thematisiert, wenn nicht gar romantisierend und idealisierend von »Nischen als Räumen angemessener Resonanz«⁵ (Thoma, 2018, S.

Phänomens nicht aus ihrer sozialen Konstitution ableiten kann, was essenziell ist, um sich gegen ein technisiertes-naturwissenschaftliches Paradigma zu behaupten. So kann man am Ende den Ausweg in die Biologie offenhalten (siehe auch Jung, 2019, S. 29f.).

- 3 Der im Juni 2022 durchgeführte Kongress der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP) unter dem Motto Die Zukunft der Sozialpsychiatrie. Positionen, Ideen, Diskussionen und Perspektiven bestärkt den Eindruck eines unsicheren Profils. Ziel ist es, eine »gemeinsame Perspektive« der unterschiedlichen Akteure der Psychiatrie zu entwickeln. Dies kann meines Erachtens nur gelingen, wenn es zu einer fundamentalen Selbstkritik der eigenen Positionen kommt, was aber auch eine Distanzierung vom medizinisch-psychiatrischen Paradigma zur Folge hätte, von dem Sozialpsychiatrie in allen Bereichen ihres Bestehens abhängig ist. (<https://www.dgsp-ev.de/tagungen/aktuelle-tagungen/zukunft-der-sozialpsychiatrie.html>). Zuletzt abgerufen am: 17.03.2022).
- 4 Thomas Schramme und Thomas Fuchs, zwei Kritiker der einseitig biologisch ausgerichteten Psychiatrie, plädieren in einer DGPPN Stellungnahme für die Integration verschiedener wissenschaftlicher Ansätze in die psychiatrische Forschung und Praxis. Unter anderem verliere die Psychiatrie aufgrund der einseitigen Ausrichtung als berufliches Feld an Anziehungskraft (Fuchs & Schramme, 2020).
- 5 »Bedeutungsdosierte Sozialräume« (Schlimme & Brückner, 2017, S. 40) sind für Psychoseerfahrene an

179) gesprochen wird. Dass sich die Integration vieler psychisch erkrankter Menschen als weitaus komplizierter herausgestellt hat und neue Probleme aufwirft, ist mittlerweile deutlich geworden (Weinmann, 2019, S. 173).

Heutzutage steht die Sozialpsychiatrie in der Kritik, wenig eigenständige Positionen entwickelt zu haben, um eigene Schwerpunkte in Theorie und Forschung setzen zu können (Krumm, 2019a, S. 26).⁶ Demnach orientiert sie sich mit »anwendungsorientierter Forschung« (Jung, 2019, S. 24) innerhalb eines durch die Medizin abgesteckten Rahmens (Gruber et al., 2018a, S. 22; Elias, 2015). Vereinfacht gesagt bedeutet das, psychische Erkrankungen lassen sich auf biologische, psychologische und soziale Faktoren zurückführen. Diese sind klar hierarchisiert – das Soziale spielt eine eher untergeordnete Rolle (Priebe, 2012, Fuchs, 2023). Dabei reduziert die sozialpsychiatrische Forschung »das Soziale« auf eine vereinfachte Formel. Ausgehend von theoretischen Vorannahmen werden soziale Bedingungen untersucht, die zu psychischen Erkrankungen führen könnten (Gruber et al., 2018c, S. 182). Dies sind beispielweise Diskriminierung und Stigmatisierung, Wohn- oder Arbeitsbedingungen, sozioökonomische Schwierigkeiten oder Migration (Rössler, 2017). Analog dazu stehen Überlegungen zu verbesserten Versorgungsstrukturen (Salize, 2017). Dabei werden gesellschaftstheoretische Modelle, wie zum Beispiel die Pathologisierung sozialen Leids, selten reflektiert. Lebens- und alltagsweltliche Konstitutionen von psychischer Erkrankung (und das Phänomen der psychischen Erkrankung selbst) werden ohne Bezug zur gesellschaftlichen Entwicklung bearbeitet.⁷ Dabei wird die »theoretische Inkompatibilität« (Gruber et al., 2018c, S. 182) von sozialer und biologischer Perspektive durch das biopsychosoziale Krankheitsmodell in einem Kompromiss zur Integration aller Dimensionen zusammengeführt (Gruber et al., 2018b, S. 62). Durch die klar geregelten kausalen Wirkungsmechanismen des Modells wird die soziale Dimension zum ›Faktor‹ für eine bestimmende Biologie. Genauso wie die Sozialpsychiatrie selbst, büßt auch das ›Soziale‹ an Bedeutung ein. Erkenntnistheoretisch herrscht Stillstand, weil Entstehung, Entwicklung und Reproduktion einer Erkrankung innerhalb ihres gesellschaftlichen Kontextes nicht bearbeitet werden, sondern einem Erklärungsmodell immanent bleiben (Elias, 2015, S. 33). Die sogenannte »Funkstille zwischen Soziologie und Psychiatrie« (Schott & Tölle, 2020, S. 20; zit. nach Finzen, 1999) sollte daher nicht verwundern, da Sozialwissenschaft lediglich als »Begleitwissenschaft« auftaucht und sich der »Monokausalität und Eindimensionalität« medizinischer Kategorien unterordnet (Salize, 2017). Eine Sozialwissenschaft, die von naturalisierten Konzepten ausgeht, gibt ihren erkenntnistheoretischen Kern auf, da sie Gesellschaft nur aus ihrem wissenschaftsspezifischen Handlungs- und Wissenssystem beurteilen kann. Die Einzelwissenschaften erschaffen für sich gültige Sinnbereiche

vielen Stellen sicher sehr hilfreich. Bedeutungsdosierungen können aber auch fernab psychiatrischer Strukturen erfahren werden, dazu benötigt es keine sozialpsychiatrische Anbindung.

6 Rätselhaft bleibt auch, warum die eigene Praxisausrichtung, die etwa sozialpsychiatrische Ghettos mitverschuldet, nicht thematisiert wird.

7 Dies werde ich unter Punkt 1.2.2., in dem ich das Validitätsproblem der ›Schizophrenie‹ bespreche, genauer darstellen.

und Relevanzbereiche, die zu Schablonen der Deutungen werden können (Soeffner, 2015 [1989], S. 27).

Psychiatrie und Soziologie beziehen sich in unterschiedlicher Weise auf den Menschen und entwickeln dadurch andere fachspezifische Perspektiven. Aus den jeweiligen Erklärungsmodellen erwachsen weitere fachspezifische Eigenheiten, sie werden dichter und weisen eine eigene Sprache auf, die die Kommunikation mit der jeweils anderen Seite erschweren kann – auch wenn es sich um den gleichen Gegenstand handelt (Elias, 2015, S. 30; Hildenbrand, 2000). Im Prozess der Professionalisierung einer wissenschaftlichen Disziplin zieht diese auch gleichzeitig die Grenzen über das eigene Fachgebiet hinaus. »Jede Berufsgruppe neigt dazu, ihre eigene Provinz des menschlichen Universums für die grundlegendste und zentralste zu halten« (Elias, 2015, S. 31). Dies ist auch ein notwendiger Schritt, um sich auf dem eigenen Fachgebiet weiter zu behaupten. Warum sollte die eine Gruppe ihre Theorien und Methoden gegenüber der anderen in Frage stellen? Das Kommunikationsproblem von Psychiatrie und Soziologie wird in der jeweiligen Deutung des Menschen erkennbar. Für die Psychiatrie ist, im Gegensatz zur Position der Soziologie, die »individuelle Persönlichkeit ein geschlossenes System« (ebd., S. 33), in welchem zum Beispiel Lebenswelt, Identität oder Handlungsstrukturen eine geringere oder keine Bedeutung haben. Die Aspekte von Beziehung oder sozialer Struktur tauchen, wenn überhaupt, unter dem »Sammelbegriff ›Umweltfaktor«« (ebd.) auf. Die »hochstrukturierte Person« (ebd.) wird wie von einer »nicht-existent Schichtwand« (ebd., S. 40f.) vom Sozialen getrennt. Durch die Grenzziehung von Innen und Außen wird das Innere zur fachspezifischen Angelegenheit der Psychiatrie. Soziale Struktur, Abhängigkeiten, Beziehungen usw. werden vom Individuum losgelöst und als unabhängig voneinander interagierende Entitäten betrachtet (ebd., S. 34). Dieses im psychiatrischen Fachgebiet etablierte Verständnis vom Menschen erschwert die Anschlussfähigkeit an die Psychiatrie. In einer sozialwissenschaftlichen Annäherung würden Theorie und Methoden in Frage gestellt.

Diese Problematik verdeutlicht sich in einer von Garfinkel (1956b) versuchten Überwindung methodischer Unterschiede im Zugang zum psychiatrischen Patienten. Das gemeinsame Interesse von Psychiatern und Soziologen liege in der Beobachtung alltäglicher Strukturen pathologischer Verhaltensweisen und müsse daher entsprechend methodisch (und schließlich empirisch) begründet werden (ebd., S. 193f.). Die Schwierigkeit liegt im doch unterschiedlichen theoretischen und methodischen Zugang, auf welchen Garfinkel selbst aufmerksam macht, der eine gänzlich andere Sicht auf die Phänomene ermöglichen kann. Haben Soziologen eher den Blick auf den Kontext institutionellen Handelns, sind die Psychiater in ihrem Handeln an die institutionellen Vorgaben gebunden, was gerade in Not- und Akutsituationen die dezidierte Analyse einer umfangreichen Situation des Patienten erschwert. Der intentionale und damit automatisierte Bezug auf den Patienten, verwoben mit dem institutionellen Charakter, führt in der Regel zu einer sozialen Strukturierung (zum Beispiel im Sinne einer Kategorisierung durch Diagnosen) der persönlichen Schwierigkeiten des Patienten

(ebd., S. 184; siehe auch Barrett, 1996; Bergmann, 1999). Die soziale Strukturierung geschieht dann auf der Grundlage des in der Psychiatrie etablierten Verständnis vom Menschen, das Elias kritisiert. Der Soziologe sollte erkennen, dass die Handlungen des Patienten als Pathologien rationalisiert werden und dann das Verständnis für das Subjektive verschließen (Elias, 2015, S. 187).

Einmal deutlicher werden die unterschiedlichen Positionen von Sozialwissenschaft und Psychiatrie, anhand der Debatte um die Pathologisierung sozialen Leids (zum Beispiel ADHS-Diagnosen). Erkennbar wird eine Kluft des gegenseitigen Verstehens (Richter & Katschnig, 2015, S. 976). Der Sozialwissenschaftler sieht eine Verschiebung normativer Bedingungen, die zu einer Sensibilisierung gegenüber Medikamenten beitragen (Hildenbrand, 2000; Krämer, 2021; Illich, 2022 [1995], S. 55f.; Schneider, 2013). Für den Psychiater hingegen stellt dies eine Möglichkeit der schnellen und pragmatischen Hilfe dar. Die Veränderungen (und Analyse) der sozialen Bedingungen spielen dabei eine untergeordnete Rolle (ebd.). Beide verharren also in einer für ihr Fachgebiet äußerst relevanten Position, die ihre jeweilige Berechtigung haben und eine Annäherung erschweren.

1.1.2 Handlungsleitende naturwissenschaftliche Konzepte

Nachdem ich das (gegenseitige) Verständnisproblem skizziert habe, soll anschließend die Bedeutung naturwissenschaftlicher Konzeptionen hervorgehoben werden. Daraus wird deutlich, warum die medizinische Ausrichtung so dominant bleiben kann.

Medizinische Kategorien legen den Sinnbereich von Forschung und Praxis fest und werden dadurch handlungsleitend. Sie geben Handlungsimplikationen für den Umgang und die Behandlung von Kranken vor. Der Kranke wird aus dem alltäglichen Sinnbereich herausgelöst, der fortan nicht für Erklärung und Deutung herangezogen werden kann. Der alltägliche Sinnbereich wird ersetzt durch den wissenschaftlich-medizinischen Sinnbereich, dessen Bedeutung den Erklärungs- und Deutungsrahmen überlagern wird (Zunke, 2021, S. 47; Schütze, 2013). Die individuellen Eigenschaften, Handlungsentwürfe und Wissenstypen des Kranken verlieren gegenüber den wissenschaftlichen Abstrahierungen von Krankheit in dysfunktionale, somatische oder neuronale Prozesse an Bedeutung. Persönlichkeit und Handlungen werden auf eine mechanisierte Struktur zurückgeführt, sodass Persönlichkeit und Handlungen im Sinne der Erkrankung gedeutet werden können (Fuchs, 2021, S. 69). Die für die eigene Wahrnehmung relevanten Strukturen in Bezug auf ein spezifisches Objekt engen das handlungsleitende Wissen ein. Die Überprüfung findet nicht statt, da das »erworbene und vertraute Wissen nicht im neutralisierten Modus« (Schütz, 1982, S. 93) einfach abgelegt werden kann. Das »vertraute Wissen« ist für die »natürliche Einstellung konstituierend« (ebd.). Als »Idealisierung« einer gewohnten Erwartung wird

es sich durchweg in seiner typisierten, weil bekannten Form wiederholen (ebd.). Aus naturwissenschaftlicher Sicht stellt sich die Frage, warum es überprüft werden sollte, da die Wahrheit der naturwissenschaftlichen Betrachtung immanent ist. In seiner Anwendung am Kranken bestätigt sich das Wissen, da es durch die wissenschaftliche Verallgemeinerung und Abstrahierung, Kommunikations- und Wissensdefizite (mit und über den Kranken selbst) ausgleichen kann, um letztlich handlungsfähig bleiben zu können (Vogd, 2011, S. 72).

Die medizinisch-psychiatrische Sichtweise ist die bestimmende. Ist ein Phänomen in seiner Ursache medizinisch begründet, fällt der Gegenbeweis, aufgrund der Tautologie des selbstreferentiellen wissenschaftlichen Systems, schwer (ebd., S. 85; Weinmann, 2019, S. 71; van Os & Guloksuz, 2022). Das lässt sich zum Beispiel anhand von biologischer Ursachenforschung zeigen, deren Resultate über psychische Erkrankungen bis heute keine nennenswerten Evidenzen aufweisen können, aber trotzdem für Praxis und Forschung bestimmend bleiben (was wiederum forschungsleitend wird) (Hasler, 2023, S. 30; Dumat-Mallet & Gonon, 2020; Fuchs, 2023). Durch eine klare naturwissenschaftliche Ausrichtung und Hierarchisierung können Gegenentwürfe als unwissenschaftlich diskreditiert werden und der eigene Entwurf wird, trotz aller Fehleranfälligkeit, aufgewertet (Knaup, 2015, S. 326). Dies gelingt, weil sie eine Interpretationsleistung unternimmt, die konkrete und komplexe Sachverhalte in einen vereinfachten und verallgemeinerten Sinn überführt. So kann die These einer ursachenbezogenen Gehirndysfunktion bei »willkürlichen Krankheitsdefinitionen« (Hasler, 2015, S. 85) absolut dominant bleiben. Psychische Erkrankungen werden als »chemisches Ungleichgewicht« einer vereinfachten Systematik unterzogen, was suggeriert, dass »ausgewogen sein« mit der richtigen chemischen Gegenregulation möglich wird (ebd. S. 133). Möglicherweise hat die Erklärung einer direkten Kausalität von psychischen Erkrankungen es einfacher sich zu behaupten, da psychische Erkrankungen mit somatischen Erkrankungen gleichgesetzt werden können. Das suggeriert zudem, dass der Somatik äquivalente Behandlungsformen Genesung auf vergleichbare Art und in vergleichbarer Effizienz versprechen. Diese Vorstellung hat sich so weit etabliert, dass Schizophreniepatienten reihenweise Medikamente (oft gegen ihren Willen) erhalten, deren Nebenwirkungen und Langzeitfolgen häufig unterschätzt werden und dies als unproblematisch angesehen wird (Hutton et al., 2013, S. 113ff.). Die medizinische Praxis legitimiert sich dauerhaft durch ihre auf naturwissenschaftliche Erkenntnisse bezogene Handlung. Der Bereich als Gesamter, also die Untersuchung der Verstrickung, Stabilisierung und Reproduktion von medizinischer Forschung sowie Praxis hinsichtlich des Phänomens der Psychose, ist daher in den Blick zu nehmen.

Im nächsten Abschnitt werden mögliche Gründe für die Dominanz der medizinisch-psychiatrischen Ausrichtung diskutiert. Diese werden am Beispiel sozialpsychiatrischer Forschungen dargestellt.

1.1.3 Der erkenntnistheoretische Tunnel psychiatrischer Forschung

Nachdem ich das für die psychiatrische Forschung handlungsleitende Paradigma beschrieben habe, möchte ich nun zeigen, welche Folgen dies für die Forschungspraxis hat. Exemplarisch wird dafür das Buch *Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie* von Silvia Krumm, Reinold Kilian und Heiko Löwenstein herangezogen. In diesem werden zwar die Probleme der qualitativen Forschung in der Psychiatrie diskutiert, meines Erachtens werden aber unzureichende Schlüsse gezogen.

Auf die Einseitigkeit in der psychiatrischen Forschung wird in dem Werk *Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie* hingewiesen. Ausgehend von der naturwissenschaftlichen Prägung der psychiatrischen Forschung (Krumm, 2019a, S. 26), die in Deutschland durch die Einseitigkeit der medizinischen Ausbildung gekennzeichnet ist (ebd., S. 25), werden Nachwuchswissenschaftler motiviert, sich soziologisch inspirierten Fragestellungen zuzuwenden, deren Vor- und Nachteile einem Publikum, das sich regelhaft quantitativer Verfahren bedient, erst aufgezeigt werden müssen (Krumm, 2019b, S. 40). Dabei wird deutlich, dass die Ergänzung um qualitative Forschung allenfalls relevant ist, um das ›richtige Versorgungsangebot‹ für bestimmte Patientengruppen zu eruieren und zu verbessern (ebd., S. 42). Sicherlich ist die Verbesserung bestimmter Handlungsangebote, die sich um Patientenzufriedenheit oder die Verbesserung der Lebensqualität drehen, ein wohl begründetes Anliegen sozialpsychiatrischer Forschung. Sie messen, wie es für diesen Forschungsbereich typisch ist, Individualität, Biografie oder sozio-emotionalen Konflikten weniger Bedeutung zu (Heinze, 2015, S. 244). Schon zu Beginn wird die kritikminimierte Einordnung in das psychiatrische Forschungsparadigma deutlich, in welchem »rekonstruktive Ansätze dort ansetzen, wo quantitative Forschung endet« (Krumm, 2019a, S. 29). Die sogenannte »Perspektiverweiterung« (ebd.) sollte nicht der Maßstab rekonstruktiver Forschung werden, da sich jene rekonstruktiven Verfahren dem Phänomen aus einer anderen und nicht erweiterten Perspektive nähern. Ansonsten würde man Gefahr laufen, sich dem Phänomen durch die Logik naturwissenschaftlicher Perspektiven zu nähern, die die biologisierten Kategorien als eigenen Maßstab voraussetzen. Dies erneuert die Hegemonie der Naturwissenschaft im Feld der Psychiatrie und etabliert eine einseitige, eben positivistisch geprägte Auseinandersetzung. Der Zweifel wird ausgeräumt, da naturwissenschaftliche Kategorien in ihrer Objektivität über jeden Zweifel erhaben sind. Verstärkt wird dieser Eindruck im gleichen Band von Kilian, für den qualitative Ansätze allenfalls Erweiterungen oder Differenzierungen der letztlich tonangebenden quantitativen Verfahren sind (Kilian, 2019, S. 54). Dies ist möglich, da sich für den Sozialpsychiater Reinhold Kilian rekonstruktive Verfahren für induktive Schlüsse eignen, die innerhalb des positivistischen Forschungsparadigmas in ihrer Aussagekraft begrenzt sind. Dabei übersieht Kilian, dass mittels starker Einzelfallkontrastierung ein größtmöglicher Sinnbezug rekonstruiert werden soll, in dem sich möglichst viele Facetten eines Phänomens wiederfinden lassen. Quantitative

Verfahren, die durch gezielte Selektion eine Aussagehomogenität erreichen möchten, möchten diese Varianz möglichst ausschließen. Dies verweist auf die unterschiedlichen Grundprämissen der jeweiligen Verfahren. Möchten rekonstruktive Verfahren durch eine möglichst breite Streuung das Phänomen in seinem Sinnbezug begreifen und dafür entsprechende Typisierungen und Kategorien im Sinne einer ›grounded theory‹ (Strauss & Corbin, 1996) finden, werden die Kategorien der quantitativen Verfahren vereinfacht, um die Kommunikations- und Abbildungsmöglichkeiten gering zu halten (Bohnsack, 2014, S. 21f.). Die damit angestrebte »intersubjektive Überprüfbarkeit« führt zu einer Verfremdung des sozialen Handelns (ebd.). Deduktiv-standardisierte Verfahren neigen demnach zur Unterkomplexität, weil sie die Handlungs- und Sinnbezüge der untersuchten Subjekte nicht erfassen können. Die Gesetzmäßigkeit einer Hypothese wird innerhalb eines »Ordnungsschemas [...] einer beliebig konstruierten Theorie« untersucht (Habermas, 1985 [1963], S. 17). Ihrer eigenen Gesetzmäßigkeit folgend ist die Deduktion tautologisch – sie greift auf das zurück, was ihr strukturell vorausgesetzt ist, die empirische Welt wirkt erstarrt und ohne Differenz (ebd., S. 18).

Die Gleichsetzung der theoretisch-methodologischen Ausgangslage suggeriert dann, dass beide Verfahren die Fehler des jeweils anderen Verfahrens ausgleichen könnten (Kilian, 2019, S. 52). Das Ausmerzen »blinder Flecken« soll größtmögliche Effizienz suggerieren – etwa in der Verbesserung bestimmter Behandlungsangebote. Zudem wird die Eigenreflexivität des Forschenden im Bereich der rekonstruktiven Verfahren als ein Makel hervorgehoben (ebd., S. 51). Durch den Mythos der Objektivität quantitativer Verfahren würde Subjektivität als Fehlerquelle weitgehend unterbunden werden. Doch dass der quantitativ Forschende sich intentional auf das von ihm zu untersuchende Phänomen bezieht und die (subjektiven) Bedeutungen handlungsleitend werden, sollte jeden Ruf nach Objektivität verstummen lassen. Keine Forschung kann sich davon freimachen, nicht interessengeleitet zu sein. So erfolgt die Entscheidung über Kategorienausprägung, Forschungsdesign oder Sample keinem objektiven Anspruch, sondern nach subjektivem Ermessen (Bohnsack, 2014, S. 28). Durch sein theoretisches Postulat bezieht sich das Denken auf sich selbst und kann sich anhand der Phänomene nicht widerlegen, weil diese dem Denken entweder verborgen bleiben oder eine theoretisch-visierte Interpretation erhalten (Merleau-Ponty, 1966, S. 41). Erschließen sich die Welt und ihre Phänomene also innerhalb der wissenschaftlichen Konstruktion, so Merleau-Ponty weiter, wird das »Urteil zum Erklärungsprinzip« (ebd., S. 52), sodass die »Wahrnehmung als Interpretation« (ebd., S. 59) automatisch sinngebunden bleibt. Alle Intention vollzieht sich in der »wissenschaftlichen Wahrnehmung« (ebd., S. 74) ihrer Objekte, durch welches das Bewusstsein (von den Objekten) in seiner Identifikation mit dem Phänomen notwendig erstarrt (ebd., S. 96). Durch die Vorprägung der Aufmerksamkeit auf bestimmte Phänomene ist der wissenschaftliche Vollzug demnach nichts anderes als die Unfähigkeit zur Reflexion. Gehen Medizin und Psychologie von einer Allgemeingültigkeit ihrer Begriffe und Schemata aus, hat dies eine Schließung des wissenschaftlichen Systems zur Folge. Die Protagonisten eines geschlossenen wis-

senschaftlichen Systems untersuchen die Phänomene in ihren Begriffen innerhalb der eigenen Grenzen. Das geschlossene System erschafft seine eigene Wirklichkeit. Ein Blick dahinter ist deswegen nicht nötig (Bruner, 1997, S. 38f.; Straub, 2023b). Die Kontingenz der Grenzaussagen wird deutlich, wenn sich das Wissenschaftssystem öffnet, oder aber, was realistischer scheint, wenn sich neben dem Paradigma eines Systems mit Anspruch der Geschlossenheit ein System stellt, welches per se offen ausgerichtet ist. Fragen und Motive werden nicht an Theorien oder Interessen ausgerichtet, sondern sind definiert durch die Neugier des Wissenschaftlers, der sich aufmacht, um hinter die Facetten des Systems zu schauen. Hier begegnet ihm eine Lebenswelt, in der es zur Grenzerfahrung kommen kann (Schmidt-Degenhard, 2004; Luckmann, 1973), in der das Fremde und Unbekannte zuhause ist, das sich so lange dem Blick vieler prüfender Wissenschaftler entziehen konnte und sich allenfalls in Verallgemeinerungen wie Wahn, Krise oder Risikofaktor seinen Ausdruck verschaffen kann.

Diese Aspekte werden in der rekonstruktiven Forschung reflektiert und verschaffen ihr somit einen offenen Blick auf das zu untersuchende Phänomen. Als Kritik an Kilians Position ist der Artikel von Löwenstein im selben Band zu lesen. Dieser macht deutlich, dass rekonstruktive Verfahren sich am deutlichsten vom psychiatrischen Paradigma unterscheiden und deswegen »Anschlussschwierigkeiten« (Löwenstein, 2019, S. 74) haben. Er macht auf die Verengung des Sinns aufmerksam, der sich auch bei qualitativen Verfahren einstellen könnte und die Interviewten (oder Beobachteten) in ihren Antwortmöglichkeiten streng eingrenzen könnte (ebd., S. 76). Wie sich »sinnvolle psychiatrische Fragestellungen« (ebd., S. 75) gestalten können, bleibt dann allerdings zu abstrakt, weil auch hier die psychiatrische Problematik zentral wird und nicht das subjektive Erleben als solches. Im nächsten Abschnitt wird die für die medizinisch-psychiatrische Forschung relevante Evidenzbasierung vorgestellt, die den Maßstab für Forschung und Praxis setzt.

1.1.4 Kritik der evidenzbasierten Medizin

Folgend möchte ich einige Einwände gegen eine evidenzbasierte Medizin rekapitulieren, die als Forschungsstandard und Handlungsempfehlung⁸ nicht mehr wegzudenken ist. In der Auseinandersetzung mit psychiatrischen Forschungsfragen schwingt immer die Sorge mit, im Feld nicht ernst genommen zu werden (Löwenstein, 2019, S. 83). Zu groß ist womöglich die Sorge, von Seiten der Naturwissenschaftler als unwissenschaftlich diskreditiert zu werden. Die evidenzbasierte Medizin (EBM) bestimmt die Ausrichtung der Forschung und ist für die Praxis handlungsleitend (Weißling, 2018, S. 69). Sie soll eine ständige Verzahnung zwischen Forschung und Praxis sein und zum Beispiel für Behandlungsprotokolle evidenzbasierte Handlungssicherheit vermitteln.

8 Zur Definition der Evidenzbasierten Medizin siehe Cochrane Deutschland: <https://www.cochrane.de/ueber-uns/evidenzbasierte-medizin>

Grob zusammengefasst geht es der EBM darum, von der »Expertise hin zur Evidenz« zu kommen (ebd.). Letztere soll für die klinische Praxis einen allgemeinen und standardisierten Umgang mit verschiedenen Erkrankungen ermöglichen, mit dem allgemeinen Ziel, ein Praxisoutcome (zum Beispiel Genesung durch entsprechende Therapie) zu verbessern⁹ (Timmermanns, 2010, S. 302). Aus einer subjektorientierten Perspektive offenbaren sich, gerade in Bezug auf psychische Erkrankungen, mehrere Schwierigkeiten. Das Prinzip der EBM gibt Evidenzstufen vor, die in ihrer Beweiskraft steigen. So haben Einzelfallanalysen keine Evidenz und randomisierte Kontrollstudien (RCT) sind der sogenannte Goldstandard der EBM (Weißling, 2018, S. 70). Die Aussagekraft zu bestimmten Phänomenen wird in einer Metaanalyse von RTCs verbessert. Die Evidenz bekräftigt dann, ob Interventionen oder Maßnahmen für eine bestimmte (Patienten-)Gruppe wirksam sind oder nicht. Mittels statistischer Aussagen soll eine Übertragbarkeit der Ergebnisse von der Studiengruppe auf eine gesamte Population generiert werden (Abholz, 2013). Das bedeutet, dass eine Wirksamkeit für alle Individuen mit gleicher Problematik suggeriert wird. Dies wird möglich, da der Goldstandard der EBM, die RCT, dem Irrtum erliegt, dass naturwissenschaftliche Forschungsverfahren ohne Weiteres auf soziale Phänomene übertragen werden könnten (Weißling, 2018, S. 77). Der (vielleicht sogar männliche) »Durchschnittspatient« (ebd., S. 76) wird zum »Prototyp« und gleichzeitig zum Vergleichsmaßstab für alle anderen Patienten. Der individuelle Nutzen, bei gleichzeitiger Berücksichtigung individueller Problemlagen, fällt unter die Standardisierung eines verallgemeinerten Problems (Abholz, 2013). Daraus ergibt sich, dass die Begegnung mit dem Patienten nicht mehr aus einer offenen, am Einzelfall orientierten Perspektive, sondern aus einer verallgemeinerten und reduktionistischen Perspektive entspringt, in der der Patient auf »psycho-physiologische Mechanismen« (Merleau-Ponty, 1966, S. 79) reduziert wird, die, als »kranke« Eigenschaften vom Subjekt losgelöst sind und so als statistische Wahrscheinlichkeiten behandelt werden können. So ist von Schizophreniepatienten ein grundsätzlicher Werdegang zu erwarten, der medizinisch vorhergesagt werden kann. Das individuelle Schicksal wird als medizinisches Kriterium verallgemeinert. Rückschläge und Krisen gehen immer in den Maßstäben einer statistisch erwartbaren Negativprognose auf.

Die Beobachtungen treffen den Einzelfall aus einer (statistischen) Verallgemeinerung und subsumieren ihn im Zuge ihrer notwendig vereinfachten Darstellungsweise auf sprachlich oberflächliche Weise zur sinnbezogenen Einschätzung der Krankheit. Das Subjekt würde sich dann aus den möglichen statistischen Einzelteilen (wie Symptomen)

9 Für den Praktiker bedeutet eine EBM-ausgerichtete Praxis den verstärkten Druck und Zwang nach EBM-Standards zu handeln. Die Standards suggerieren, dass die Anwendung bestimmter Interventionen oder Maßnahmen mit entsprechender Sicherheit einhergehen. So würde es sicherlich für den Behandelnden problematisch werden, wenn er sich in der Behandlung nicht von den EBM-Standards leiten lässt und sich dann Fehler einstellen. Dies kann zur Verunsicherung führen, da die eigene Expertise und das Ausrichten an den individuellen Problemen des Patienten immer mit der Unsicherheit verbunden sind, nicht das Richtige zu tun, wenn sich die Behandlung nicht an den Standards orientiert (Timmermanns & Berg, 2003, S. 151).

zur Krankheit zusammensetzen (ebd., S. 141). Durch das naturwissenschaftlich geprägte Prinzip der Deduktion wird die Aufmerksamkeit auf einige wenige für die Hypothese gewinnbringende Eigenschaften gelenkt, die mit der Alltagsstruktur kaum etwas gemein haben (zum Beispiel die mögliche Korrelation, die mögliche Symptomfreiheit und die Einnahme eines bestimmten Medikamentes, ohne Berücksichtigung individueller Genesungsfaktoren, die nicht abgefragt werden). Automatisch wird ein wissenschaftlicher Zusammenhang zwischen Hypothese und »experimentell gewonnener Evidenz« (Weißling, 2018, S. 78) hergestellt, was wiederum die zugrunde liegende empirische Annahme bestätigt (siehe zur Hypothesenprüfung, Selektionsverzerrung und Scheinkorrelationen Diekmann, 2020, S. 61ff.). Im Folgenden werde ich die Standardisierung und Überverallgemeinerung von sozialen Phänomenen und psychischen Erkrankungen darstellen. Dadurch soll deutlich werden, nach welchen Aspekten bestimmte Phänomene verallgemeinert werden und wie das Konstrukt in die medizinisch-psychiatrische Forschung und Behandlung übernommen wird.

1.1.5 Standardisierung und Verallgemeinerung sozialer Konflikte

In diesem Abschnitt diskutiere ich den Umgang mit psychiatrischen Diagnosen und zeige, wie individuelles Leid standardisiert wird und welche Auswirkungen ein ›Standard‹ auf die Einschätzung, Prognose oder Behandlung einer Person haben kann.

Der Soziologe Alain Horwitz kritisiert schon seit längerem, mit welcher Willkür Diagnosen entwickelt werden und in den allgemeinen Gebrauch übergehen. So würden ›normale‹ Reaktionen auf ›normale‹ Ereignisse pathologisiert, was zu einer Zunahme von psychischen Erkrankungen und ihrer Medikalisierung führen würde (Horwitz, 2002). Dies zeigt sich zum Beispiel am Umgang mit Depressionen (Horwitz & Wakefield, 2007). Nicht zu unterschätzen ist dabei die Verallgemeinerung von sozialen Phänomenen zu psychischen Erkrankungen, wenn diese als Diagnose den Einzug in den Diagnosestandard des DSM erhalten¹⁰ (Horwitz, 2021, S. 3). Laut Horwitz ergibt sich durch den DSM-Standard innerhalb psychiatrischer Einrichtungen eine Kontrollfunktion. Die Arbeit der Praktiker wird durch den DSM bestimmt, da sie institutionell weitgehend zur Orientierung an diesem verpflichtet sind. An dieser Stelle ließe sich einwenden, dass Standards nicht unbedingt einen Nachteil bedeuten müssen, denn eine einheitliche Fachsprache sollte die Kommunikation unter den Fachpersonen erleichtern¹¹. Problematisch wird es aber, wenn die Grenze zwischen leidvollen Erfahrungen und psychischen Erkrankungen verwischt wird. Dadurch würden automatisch neue

¹⁰ DSM und ICD unterscheiden sich meines Erachtens nicht in ihrer standardisierten Anwendung. Mir geht es darum, die Konsequenzen einer solchen Standardisierung aufzuzeigen, deswegen gelten die Argumente auch für den ICD.

¹¹ Dass dies ein Trugschluss ist, zeigen die Heavy User psychiatrischer Einrichtungen. Die Bestimmung einer Diagnose und den dazugehörigen Maßnahmen hat noch lange kein positiver Outcome zur Folge.

Kranke produziert. Was gestern noch als ›normal‹ galt, könnte jetzt eine psychiatrische Diagnose (mit all ihren Konsequenzen) nach sich ziehen (ebd., S. 4). Dann sollte es auch nicht verwundern, dass aktuelle epidemiologische Untersuchungen unter der erwachsenen Bevölkerung eine 12-Monatsprävalenz von 27,7% bei psychischen Erkrankungen vermuten. Dies entspricht etwa 17,8 Mio. Menschen, die innerhalb eines Jahres an mindestens einer psychischen Erkrankung¹² erkranken (Jacobi et al., 2014). Diesbezüglich wirkt die Frage von Thomas Bock (2014), ob die Menschheit in Bezug auf psychische Leiden menschlicher geworden sei, etwas naiv. Dabei wird der Einfluss der unterschiedlichen sozialen Akteure ausgeklammert, die auf die Diagnoseentwicklung einwirken.

Innerhalb der psychiatrischen Institutionen versuchen Praxis und Forschung eine Standardisierung ihrer Sprache und Mittel anzustreben, durch welche aber unweigerlich ein Prozess der Verallgemeinerung und Anpassung angestoßen wird. Dies ermöglicht einen steigenden Einfluss von Pharmafirmen, Versicherungen, Regierungsbehörden und Betroffenengruppen, die allesamt das Interesse haben, bestimmte Krankheitsbilder oder Diagnosen anerkennen zu lassen, um letztlich auch den eigenen Handlungsraum zu vergrößern (Horwitz, 2021, S. 145). Nachzuvollziehen ist dabei, dass Betroffeneni-nitiativen oder Regierungsbehörden auf bestimmte problematische soziale Phänomene hinweisen, um auch Hilfen zu ermöglichen (ebd., S. 150). Schwieriger ist die Überverallgemeinerung bestimmter Phänomene, die dann ihren Weg in die Standardisierung finden. Die Überverallgemeinerung hat zur Folge, dass die Annäherung an psychische Erkrankungen oder andere schwierige soziale Phänomene nicht durch eine subjekt- oder lebensweltliche Perspektive vollzogen wird, die das Verstehen der Situation des Betroffenen selbst ermöglichen kann. Die Perspektive auf den Betroffenen erfolgt über eine symptomatisch-deskriptive Ebene, die aus der Standardisierung gewonnen wird (ebd., S. 159). Das heißt also, dass sich Analyse und Einschätzung nicht am Einzelfall innerhalb des sozio-kulturellen Kontextes orientieren, sondern Analyse und Einschätzung über den Einzelfall hinweg auf eine verallgemeinerte Beschreibung von Symptom und Diagnose abstrahieren und dann wieder auf den Einzelfall übertragen werden. Zudem gibt dieser Prozess den Rückschluss auf ebenso verallgemeinerte EBM-Maßnahmen oder Interventionen.

Die Abstrahierung von Verhaltenseigenschaften auf Symptome lässt dann den biologisierten Schluss zu. In ihrer naturwissenschaftlichen Prägung versucht die Medizin ihren naturwissenschaftlichen Ansprüchen gerecht zu werden, indem sie Beobachtungen bestimmter Phänomene klassifiziert und ordnet. Dadurch, so Foucault, institutionalisiert sich der ärztliche Blick in einer alle körperlichen und psychischen Erscheinungen durchkalkulierenden Übersetzung. Körperliche oder psychische Erscheinungen können als Symptome isoliert und im Zuge einer berechnenden statistischen Wahrscheinlichkeit am Individuum zusammengeführt werden (Foucault, 2011 [1963], S. 104ff.). Der ›kranke Zustand‹ wird normiert und kann dann durch den Arzt benannt

12 Wie differenziert wird, ob jemand eine, zwei oder drei psychische Erkrankungen hat, ist bei einer psychischen Entität pro Kopf schleierhaft.

werden. Die Vergleichbarkeit einzelner Erkrankungen wird mittels Symptomklassifizierungen vorgenommen, die als abstrahierte Verhaltenseigenschaften logischerweise keine Trennschärfe aufweisen können. Doch um diese Trennschärfe zu garantieren, müssen die Verhaltenseigenschaften auf biologische Muster reduziert werden, die unabhängig voneinander, in jedem Menschen mit einer psychischen Erkrankung vorhanden sind. Deswegen wird sich die von Kilian diskutierte Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden zur Überwindung »blinder Flecken« (Kilian, 2019, S. 46) im Kreis drehen, da bereits die Diagnosen, die als Samplekriterium herangezogen werden, einem kategorialen Fehlschluss aufliegen können.

Nicht zuletzt wird die Forschung von »budgetmotivierte Fragestellungen« (Salize, 2017) dominiert. Aus versorgungspraktischer Sicht (und aus der der Krankenkasse) macht dies sicher Sinn. Sozialepidemiologische Studien geben einen Überblick über die Versorgungslage, auf welche sich das Versorgungssystem dann entsprechend vorbereiten kann (Koch-Stoecker & Kölch, 2020). Interventionsstudien zeigen die Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen, die erst dann von den Kostenträgern refinanziert werden können. Zumindest sozialwissenschaftlich-quantitative Methoden konnten sich aufgrund der geschilderten Aspekte im Feld der Psychiatrie etablieren (Richter & Katschnig, 2015, S. 973). Eine kritische Bestimmung der Begriffe ist, wie ich gezeigt habe, dabei aber nicht vorgesehen. Psychiatrische Konzepte, wie bestimmte Diagnosen oder Symptome und Behandlungsverfahren, werden als nomothetische Urteile in Forschungspraxis und Theorie überführt.

Der folgende Abschnitt geht der Überlegung nach, welchen Nutzen eine verstehende Alltagssoziologie mit einem »eigenen Programm« im Feld der Psychiatrie überhaupt haben könnte, wenn Theorie, Methoden und Ziele durch das psychiatrisch-medizinische Paradigma festgelegt sind.

1.1.6 Orientierung im »psychiatrischen Feld«

Im Folgenden möchte ich zeigen, wie sozialwissenschaftliche, konkreter alltagssoziologische und kulturpsychologische Orientierungen im medizinisch-psychiatrisch dominierten Feld aussehen. Daraus ergibt sich die Überleitung in ein eigenständiges Forschungsprogramm. Zu berücksichtigten sind hier die Kritik an der medizinisch-psychiatrischen Theorie(-bildung) an den Folgen der Standardisierung sowie den daraus resultierenden methodischen Vorgehensweisen.

Die medizinisch-psychiatrischen Kriterien für die Auseinandersetzung mit psychischen Erkrankungen leiten sich aus der »Naturalisierung« (Dellwig & Harbusch, 2019, S. 3) psychischen Leids und sozialer Konflikte ab. Dies hat zur Folge, dass sich entsprechende »Normalitätserwartungen« (des Betroffenen selbst und der Beteiligten) aus einem biologisierten und standardisierten Verständnis eines sozio-emotionalen

Phänomens definieren. Die psychiatrische »Konstruktion von Normalität« (ebd., S. 5) standardisiert eine medizinisch-typische Perspektive auf das Leid der Betroffenen. Das »Verursachungsnarrativ« (ebd., S. 10), das, durch eine chemische Imbalance bedingte, kranke oder geschädigte Gehirn wird zum konstitutiven Element für das Phänomen der psychischen Erkrankungen. Die Biologisierung legt sich wie ein Schatten über die Betroffenen und so können ihnen »legitime Interessen und eigene Interpretationen« (ebd., S. 4) abgesprochen werden. Die Durchsetzung von Normalitätserwartungen im Zuge ihrer Biologisierung unterstreicht den regulativen Charakter der Psychiatrie, der sich mehr an ihrer gesellschaftlichen Funktion, denn an Wissenschaftlichkeit orientiert (Russo, 2015, S. 295; Johnstone, 2019, S. 10). Möglich ist das, da sich durch die Anwendung psychiatrischer Kategorien, getragen von einer naturwissenschaftlichen Ideologie, Objektivität suggerieren lässt, die jede Form von Subjektivität und Interessensleitung ausklammern soll (Dittmar, 2013, S. 44). Das ist auch der Grund, weswegen sich Betroffene automatisch in einer schlechteren Verhandlungsposition wiederfinden und sich immer wieder für ihre Handlungen rechtfertigen müssen. Die vermeintliche Objektivität wird akzentuiert, weil nicht das Individuum mit seinen Schwierigkeiten, Sorgen und Nöten, sondern typisierte und standardisierte psychische Störungsbilder im Mittelpunkt stehen (ebd., S. 44), für die es ebenso standardisierte Lösungen geben soll. Das psychiatrische Narrativ der biologischen Ursachen und der chemischen Imbalance kann sich in Forschung und Praxis behaupten und trifft darüber hinaus auf gesellschaftliche Normalitätserwartungen, die nach äquivalenten Formen der Pathologisierung suchen (Dellwig & Harbusch, 2019, S. 6). Die Nichterfüllung bestimmter Erwartungen und ihre Pathologisierung werfen dann Unsicherheiten und Fragen auf, entsprechende medizinische Angebote doch auszuprobieren, was letztlich den Druck auf alle Beteiligten erhöhen kann, dann doch das medizinische Angebot als das scheinbar Richtige zu akzeptieren.

Der zentrale Aspekt psychiatrischen Handelns ist demnach die »Biologisierung sozialer Konflikte« (Dellwig & Harbusch, 2013, S. 16). Alternative Sichtweisen werden, wenn überhaupt, als ein additiver, aber der naturwissenschaftlichen Logik untergeordneter Forschungszeitweig angesehen, der sich theoretisch und methodisch der »positivistischen Reduzierung des wissenschaftlichen Menschenbildes« (Heinze, 2015, S. 243) anpassen muss. Die (neo-) positivistische Wissenschaft mit ihren Formen der Theoriegenerierung und Methodik bleibt der Dreh- und Angelpunkt psychiatrischer Erkenntnis, dessen soziale Konstitution und Konstruktion von psychischen Erkrankungen sozialwissenschaftlich offengelegt werden sollte, um sich dem Phänomen ›psychischer Erkrankungen‹ aus einer nicht naturwissenschaftlichen Sicht nähern zu können. Einmal als objektivierende Verzerrung von Wahrnehmung und Erkenntnis aufgelöst, kann der Patient wieder als ›Subjekt‹ begriffen werden, dessen Lebensentwurf unter Berücksichtigung der besonderen Erfahrung individuell reflektiert wird und Entscheidungen, Handlungen und Entwürfe hinsichtlich seiner Vorstellungen erst ersichtlich werden können und nicht durch ›medizinische Objektivität‹ vorbestimmt werden (ebd., S. 252f.). Die

Rekonstruktion der subjektiven Erfahrungen unter kritischer Berücksichtigung des bedeutsamen, psychiatrischen Narrativs sollte das Ziel einer sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung sein (Riemann, 1987; Johnstone & Boyle, 2018).

Dabei sollen die Handlungsentwürfe hervorgehoben werden, die, trotz aller psychiatrischer Fremdstrukturierung, bewahrt werden können. Aufgrund der Reduzierung des Subjekts auf den Standard einer Störung werden die Formen von Selbstregulation und Handeln im Sinnbezug entweder übersehen oder als Pathologie missverstanden. Dieses Problem findet sich nicht nur in der Psychiatrie selbst, sondern auch bei vielen Sozialwissenschaftlern, die zu psychischen Problemen forschen. Meines Erachtens kommt die sozialwissenschaftliche Forschung in der Regel nicht über eine Diskurs- oder Systemkritik hinaus, die sich hauptsächlich an Phänomenen wie Depressionen oder ADHS abarbeitet. Psychoseerfahrungen werden in sozialwissenschaftlichen Arbeiten seltener behandelt (Riemann, 2019). Ein Grund dafür ist möglicherweise die unberechtigte Einschätzung, dass das Handeln von Menschen mit Psychosen keinen Sinn ergeben soll. Ohne erkennbaren Sinnbezug hat zumindest die Alltagssoziologie keinen konkreten Forschungsgegenstand (Korecky, 2020). Ein wesentlicher sozialwissenschaftlicher Kritikpunkt an psychiatrischen Diagnosen sind die artifiziell und leichtfertig gezogenen Grenzen zwischen Normalität und Pathologie (Dellwing & Harbusch 2013, S. 13; Richter & Katschnig, 2015, S. 976). Dieser Kritikpunkt ist allerdings bei einer Psychose oder einer Schizophreniediagnose schwer zu rechtfertigen. Womöglich, weil sozialwissenschaftliche Studien, wie im späteren Verlauf deutlich werden soll, selbst eine ungerechtfertigt negative Sicht auf die Psychose reproduzieren.

Im nächsten Punkt möchte ich meine bisherigen Ergebnisse resümieren und zeigen, welche Aspekte in der Ausrichtung alltagssoziologischer Forschung zu berücksichtigen sind.

1.1.7 Zwischenresümee: Rekonstruktion psychiatrischer Kategorien und Forschungsorientierung

Wie ich zeigen konnte, führen die medizinisch-psychiatrischen Kategorien dazu, dass sie die Eigenschaften des Subjektes in einem Sinnzusammenhang einer medizinisch-psychiatrischen Typik verdichten. Sowohl das Subjekt selbst als auch der Forschende beziehen sich intentional auf die Vorstellung des biologischen Krankheitsbildes. Die Orientierung einer interpretativ-verstehenden Alltagssoziologie nähert sich dem Phänomen aus einer handlungs- und identitätstheoretischen Perspektive, die psychiatrische Konzepte als Spuren im Selbstkonzept und in den Wissensstrukturen untersuchen möchte (Schütz & Luckmann, 1988, S. 194f.; Matthes & Schütze, 1973, S. 42f.). Demnach sollten die Alltagsstrukturen, Biografie, Identitätskonstitutionen und Handlungspläne

der Akteure unter kritischer Reflexion psychiatrischer Kategorien in den Mittelpunkt der Forschung rücken, was aus sozialwissenschaftlicher Sicht zu selten verfolgt wird (Riemann, 2019; siehe Kapitel 2.1. und 2.2.) Die Hervorhebung autonom gestalteter Handlungsräume in der Auseinandersetzung mit den Erfahrungen von Psychose soll das Subjekt aus der medizinischen Kategorie lösen, um Perspektiven und Positionen zu rekonstruieren, die unter der wissenstypischen Anwendung von medizinischen Kategorien anders ausfallen würden.

Qualitative Forschung, die der quantitativen Forschung zuarbeitet, verliert ihre Stärke, bestimmte Phänomene auf ihren Sinnzusammenhang und ihrer Alltäglichkeit hin zu untersuchen. Als ›Zuarbeiter‹ für die quantitative Forschung kann sie nicht offen auf die Sinn- und Bedeutungszusammenhänge zugehen, die im Leben des Erfahrenen eine besondere Relevanz einnehmen. Dies liegt daran, dass sich quantitative Forschung auf einen explizit eingegrenzten Sinnbezug bezieht, der nötig ist, um die Kommunikationsmöglichkeiten zwischen den Forschenden selbst und zwischen Forschenden und Befragten zu standardisieren (Bohnsack, 2014, S. 21f.). An diesem Punkt unterscheiden sich die beiden Verfahren vehement. Gerade der in dieser Arbeit gewählte interpretativ-verstehende Zugang will zeigen, wie und warum sich bestimmte Phänomene im Alltag der untersuchten Personen darstellen. Dabei wird das Handeln des Subjekts zentral gesetzt und nicht etwa die psychiatrische Diagnose. Rekuriere ich als Forscher – unabhängig von qualitativ oder quantitativen Verfahren – auf naturwissenschaftliche Konzepte, blicke ich auf die Phänomene durch die Perspektive einer einengenden Sinnggebung (Merleau-Ponty, 1966, S. 52).

Im Sinne eines rekonstruktiven Zugangs ist eine Diagnose oder eine Krankheit eine unreflektierte theoretische Vorannahme, die sich im Zuge des Forschungsablaufs zu einer »Theorieprüfung statt Theoriegenerierung« (Bohnsack, 2014, S. 30) entwickeln würde. Die theoretische Vorannahme würde sich in der Logik der Forschung bestätigen, da sich der »Begründungszusammenhang« meiner Theorie bewahrheitet (ebd., S. 16). Der Forschende kann sich erfolgreich auf die von ihm vermutete Theorie beziehen (der Schizophrene hat bestimmte ›Schizophrenie‹-typische Eigenschaften, die ich untersuche), würde aber keine neue Entdeckung machen, da er sich auch qualitativ forschend, theoretisch vorgeprägt leiten lassen kann. In diesem Fall macht der rekonstruktive Sozialwissenschaftler nichts anderes als theoretische Vorannahmen zu überprüfen, anstatt Bedeutung und Sinngehalt (im Leben des Erfahrenen) zu rekonstruieren. Der Zugang bleibt dann trotz qualitativer Methoden deduktiv, theoretisch gerahmt und damit regulativ und (vor-) bestimmt (Bohnsack, 2014, S. 29; Straub, 2010, S. 48f.). Bezieht sich der Forschende etwa auf Personen bestimmter Diagnosegruppen, dann werden die Handlungsweisen möglicherweise diagnoseattribuiert – also theoretisch vorstrukturiert – wahrgenommen (Bohnsack, 2014, S. 31). Selbst wenn sie in ihrer Darstellung differenzierter sind, ist die Aufmerksamkeit intentional auf die diagnoseattribuierten Eigenschaften gerichtet. Automatisch erfolgt eine Rekonstruktion der Lebens- und Alltagswelt, unter ihren sinngebenden Kategorien oder Merkmalen.

Die Handlung des Psychoseerfahrenen kennt keine Kontingenz mehr, sondern verhält sich innerhalb ihrer Sinngebung berechenbar.

Konkret soll dieser Kritikpunkt anhand des Beitrages Grundlagen der Genogrammarbeit des Soziologen Bruno Hildenbrand exemplifiziert werden. Ich werde kurz darstellen, worum es sich in dieser Arbeit handelt und dann herausarbeiten, wieso die Arbeit Hildenbrands mit bestimmten theoretischen Vorannahmen operiert, die scheinbar unflektiert verwendet werden und sich dann in den Ergebnissen wiederfinden lassen. Daraus soll deutlich werden, warum diese Perspektive in dieser Arbeit nicht weiterverfolgt wird.

1.1.8 Sinngewundene Rekonstruktion am Beispiel qualitativ-rekonstruktiver Forschung

Bruno Hildenbrand (2021) stellt in dem Werk Grundlagen der Genogrammarbeit die Methode der Genogrammarbeit vor. Dafür arbeitet er den 40 Jahre alten Fall einer Bauernfamilie und ihres schizophrener Sohn neu auf. Neben der Rekonstruktion qualitativer Interviews und Beobachtungen der Familiensituation untersucht er die historisch-lebensweltlichen Bedingungen der Familiensituation mittels Archivunterlagen und Ortsbegehungen. Dieses umfangreiche Projekt ist sicherlich für das Verstehen generationsübergreifender Fallstrukturen eine sinnvolle Angelegenheit und stellt das gewohnte reduktionistische Vorgehen der psychiatrischen Arbeitsweise um Längen in den Schatten. Dennoch fällt bei der Lektüre ein unreflektierter Umgang mit dem Konstrukt ›Schizophrenie‹ auf, der meines Erachtens stellvertretend für die qualitative Erforschung von Menschen mit Schizophreniediagnose ist.¹³

Hildenbrand bezieht sich auf seinen Forschungsgegenstand mit dem Begriff der ›Schizophrenie‹. So wird der Feldzugang unmittelbar auf den Sinnbereich der ›Schizophrenie‹ zugeschnitten. Den Bezug auf die ›Schizophrenie‹ theoretisiert er mithilfe daseinsanalytischer Kategorien Ludwig Binswangers und Wolfgang Blankenburgs (Hildenbrand, 2021, S. 72, zit. nach Binswanger 1992 [1956]; zit. nach Blankenburg, 2012 [1971]), die zum Interpretationswerkzeug für seinen Fall werden. Die Falldarstellung beginnt mit den für die ›Schizophrenie‹ typischen Ablöseproblematiken (ebd., S. 95). Er geht, wie viele Psychiater, von der Zeitlosigkeit und Unveränderlichkeit (oder besser gesagt Chronifizierung) der Diagnose ›Schizophrenie‹ aus. Das Vorgehen erlaubt es, eine entsprechend diagnostizierte Person über ihr gesamtes Leben hinweg als unveränderlich im Sinne ihrer Chronifizierung anzusehen. Die Interpretation fixiert sich dann auf für die ›Schizophrenie‹ typische Handlungen oder Lebensweisen (ebd., S. 67). Sie wird von Hildenbrand in einer »Strukturgesetzlichkeit« begriffen, die sich

¹³ Zur tiefergehenden Auseinandersetzung mit der Schizophreniediagnose siehe Kapitel 1.2.

über die Jahre als unveränderliche Tatsache manifestiert. Er übersieht dabei – obwohl er sich zu Beginn des Buches an den positivistischen Wissenschaften abarbeitet (ebd., S. 23) –, dass die Erkrankung an sich – sofern diese überhaupt noch als Erkrankung bezeichnet werden kann, das sieht auch der von Hildenbrand ins Feld geführte Luc Ciompi ähnlich (Ciompi, 2021, S. 110) – einem bestimmten gesellschaftlichen Wandel unterliegt. Die von Hildenbrand eingeführten existentialistischen Kategorien mögen in ihrer Entwicklungszeit ohne Zweifel ihre Begründung gehabt haben. Doch die Begriffe der Philosophie können nur bedingt einem gesellschaftlichen Wandel und dem damit verbundenen subjektivem Erleben standhalten (Adorno, 2013 [1970], S. 419). Folgende Aspekte, die auch in der gegenwärtigen psychiatrischen Auseinandersetzung differenzierter betrachtet werden, machen den Ausgangspunkt Hildenbrands angreifbar:

- Die Diagnose ›Schizophrenie‹ ist eine naturwissenschaftliche Kategorie, die ihren eigenen Gütekriterien nicht standhalten kann (Bentall, 2009, S. 103f.; Tebartz van Elst, 2022).
- Die Diagnose ›Schizophrenie‹ sowie die dazu angelegten Kategorien sind nicht mehr zeitgemäß. Die ›klassischen Schizophrenen‹ sind ein Produkt der psychiatrischen Behandlung. Durch die veränderten Lebens- und Behandlungsbedingungen verändern sich die Sinn- und Bedeutungszusammenhänge sowie die damit verwobenen Handlungsmuster von Menschen mit Schizophreniediagnose (Zaumseil, 1997; Riemann, 1987).
- Die in der Behandlung von Menschen mit Schizophreniediagnose eingesetzten Medikamente können zu Wesensveränderungen beitragen, die den Eindruck des ›Erkrankungsbildes‹ verändern ggf. sogar verschlimmern können (Schlimme et al., 2019).

Ich möchte kurz skizzieren, auf welche Begriffe und Konzepte sich Hildenbrand bezieht. Ausgangspunkt ist die »Störung im Alltäglichen« (Hildenbrand, 2021, S. 63), womit er auf das von Blankenburg entwickelte Konzept des Verlusts der natürlichen Selbstverständlichkeit rekurriert (Blankenburg, 2012 [1971], S. 76f.). Unter Berücksichtigung entsprechender Begriffswerkzeuge erkennt Hildenbrand eine zeitlich-kontinuierliche Strukturgesetzlichkeit (Hildenbrand, 2021, S. 65), die er genauer beobachten möchte. Schon bei der Auswahl der Begriffe fällt auf, dass diese auf zeitliche Indikatoren verweisen. Das heißt, die Interpretation verweist auf eine sinnumschließende zeitliche Kontinuität in der Ausrichtung des Falls, die suggeriert, dass Veränderung auch über einen gewissen Zeitraum schwerfällt oder erst gar nicht möglich wird. Die Begriffe der »Verstiegenheit« (ebd., S. 71), »Verschobenheit« (ebd., S. 73), »Manieriertheit« (ebd., S. 74), »Erfahrungsinkonsequenz« (ebd.) oder »verstiegene Idealbildung und -sicherung« (ebd., S. 75; alle zit. nach Binswanger, 1992 [1956]), sollen eine anthropologische Erklärungsgrundlage für das Leben mit einer ›Schizophrenie‹ darstellen, die als »missglücktes Dasein« eingeordnet wird. Kurz zusammengefasst, soll gezeigt werden, dass ›Schizophrene‹ – von welchen man den Eindruck erhält, sie seien autistisch oder geistig behindert – in ihrer Lebenssituation unbeweglich, beschwert und langatmig

seien. Sie geben ihre Autonomie auf, ihr gewohnter Handlungshorizont beschränkt sich auf das nahe Umfeld und es gibt keine Ambitionen mehr, dies zu überwinden oder zu verändern. Das »Festgefahren-Sein« (ebd., S. 74) wird zu einer Form des »Selbstbetrugs«, da die »Dinge ihre Selbstverständlichkeit« verlieren und der Erfahrung nicht mehr nutzbar gemacht werden könnten. Das Handeln verliert seine Unbeschwertheit und das Natürliche (oder die entsprechende Person konnte sich noch nie unbeschwert und natürlich verhalten (Blankenburg, 2012 [1971], S. 89f.). Der ›Schizophrene‹ würde sich in dieser Situation mittels einer »verstiegenen Idealbildung« (Hildenbrand, 2021, S. 73; zit. nach Binswanger 1992 [1956]) schützen, um das Handeln, was unter den veränderten Selbst- und Lebensbedingungen längst zum Ideal geworden ist, nicht in Frage zu stellen. So seien etwa Wahnvorstellungen ein Versuch, sich in der Situation einzurichten.

Neben der grundsätzlichen Kritik an einer allgemeinen Anthropologie, – also der Naturalisierung einer Erfahrung – der ›Schizophrenie‹, sehe ich den Bezug auf die von Hildenbrand übernommenen Konzepte als schwierig an, da sie die subjektive Perspektive entkräften. Das zentrale Moment der Erfahrung der Psychose ist die fehlende Realisation eines selbstgestalteten Lebensentwurfs, der immer wieder, aufgrund der Erfahrung selbst und den Interventionen des sozialen Umfeldes, an seine Grenzen gerät. Dies hat eine Veränderung der Ausgangs- und Verhandlungsposition zur Folge, in der sich der Erfahrene stets behaupten und erklären muss. Die Selbstverständlichkeit verliert sich in der problematischen Realisierung von Handlungsplänen und -orientierungen. Der Psychoseerfahrene zieht sich auf eine für sich verlässliche Position zurück, in der er seine Handlungsautonomie und Identitätsvorstellungen bewahren kann. Wie im Laufe dieser Arbeit deutlich werden soll, suchen sich die Erfahrenen ›Nischen‹ ihrer Handlungs- und Identitätsgestaltung (zum Beispiel 5.1.3), was häufig als Symptom oder sonderbare Handlungsweise missinterpretiert werden kann. Wird die Erfahrung in Kategorien des Pathologischen oder des Sonderbaren subsumiert, werden die subjektiven Entlastungsfunktionen, als objektiv pathologisch gedeutet, was für den Betroffenen dann zur Katastrophe werden könnte, da er damit sein verbliebenes sicheres Terrain aufgeben müsste. Die Pathologie klammert sozialisationsbedingte Zufälle und die Individualität der Person aus (Straub, 2023a; Fuchs, 2014a).

Erst gegen Ende des Buches zeigt Hildenbrand, dass er sich der Schwierigkeit von psychiatrischen Diagnosen im Klaren ist, verwirft dies aber mit einem Verweis auf verschiedene Dilemmata (Hildenbrand, 2021, S. 202f.). Für Angehörige und Betroffene würde die Diagnose zum sinnstiftenden Kommunikationsmittel werden, um sich über die Situation zu verständigen. »Psychiatrische Erkenntnis« müsse sich dabei auf notwendig allgemeine Kategorien verständigen, würde stets aber das Subjektive beinhalten (ebd.). Die Differenz psychotischer Erfahrung wird so auf den Begriff der ›Schizophrenie‹ subsumiert und in objektive Kriterien überführt, in der die subjektive Erfahrung nachrangig behandelt wird. So wollen Angehörige und Betroffene nichts von subjektiver Erfahrung wissen, weil die Erfahrung durch den Begriff der ›Schizophrenie‹ nicht nur

als sinnstiftendes Artikulationsmedium fungiert, sondern sich in ihm die scheinbare Objektivität der psychiatrischen Erkenntnis Besserung verspricht. Wer »zu den Sachen selbst« (ebd., S. 23) gelangen möchte, der sollte sich auch mit der begrifflichen Erfassung bestimmter Phänomene auseinandersetzen. Ansonsten geschieht das, was Hildenbrand an den positivistischen Wissenschaften selbst kritisiert: »Der Beobachter kann in seine Welt einen Sinn hineinlegen, wenn er aber den Verweisungszusammenhang des Dings ignoriert, wird er scheitern« (ebd., S. 26). Durch den Begriff als »fraglos gegebenen Bestandteil meiner Einstellung« (Schütz & Luckmann, 1988, S. 27) verhält sich der Bezug auf den Gegenstand entsprechend seiner Sinnbildung (Husserl, 2012, [1956], S. 182). Die Handlungen des Betroffenen werden durch die ›Schizophrenie‹ in einen Sinnzusammenhang gestellt. Die Frage, wie oder warum der Erfahrene handelt, sollte demnach nicht durch die Diagnose selbst beurteilt werden.

Im nächsten Kapitel diskutiere ich das Konzept der Schizophreniediagnose ausführlicher. Dadurch soll deutlich werden, warum die unreflektierte Übernahme der Schizophreniediagnose problematisch werden kann.

1.2 Die Idee der ›Schizophrenie‹ in der psychiatrisch-medizinischen Handlungspraxis und Forschung

In diesem Kapitel möchte ich das Konzept der ›Schizophrenie‹ vorstellen. Das Kapitel beginnt mit der Typisierung der ›Schizophrenie‹, welches ich aus dem psychiatrischen Diskurs und meiner eigenen Praxiserfahrung rekonstruiere. Dies wird weitgehend unkritisch rezipiert, um die grundlegende Sichtweise wiederzugeben. Die Darstellung orientiert sich an relevanten Wissenstypen, was heißt, ich bediene mich einer verallgemeinerten Erfahrung, um den Zugang zu dem Schizophreniekonzept herzustellen (Schütz, 1971a, S. 8). Danach werde ich das Schizophreniekonzept aus wissenschaftstheoretischer Sichtweise kritisieren. Wie sich zeigen wird, weist das klassische Schizophreniekonzept theoretische Defizite auf, die jedoch unhinterfragt in Praxis und Wissenschaft übernommen werden. Die Schwierigkeiten, die durch die Übernahme des Schizophreniekonzeptes in der Forschung entstehen, werden in diesem Teil anhand der biologisch ausgerichteten Forschung und exemplarisch an der Dopaminthese ausgeführt. Danach folgt eine kurze Einführung in die Behandlung mit Antipsychotika, und es werden Schwierigkeiten wie etwa Nebenwirkungen und Langzeitfolgen diskutiert, die in der medizinisch-psychiatrischen Sichtweise häufig keine Beachtung finden. Das Kapitel endet mit einem Resümee über die Bedingungen und Möglichkeiten von Recovery. Das Ziel dieses Kapitels ist es, deutlich zu machen, warum ich mich in der empirischen Analyse nicht auf die ›Schizophrenie‹ beziehen werde.

1.2.1 Die Typik des Schizophreniekonzeptes

Die ›Schizophrenie‹ gilt typischerweise als eine der schwersten aller psychiatrischen Erkrankungen (Tebartz van Elst, 2022; Finzen, 2020). Sie wird in der klassisch psychiatrischen Literatur regelmäßig als vererbbar dargestellt, als eine Gehirnerkrankung, bei der ein chronischer Verlauf spätestens ab der dritten psychotischen Episode als nicht ungewöhnlich gilt (DGPPN, 2019, S. 18; Lammer et al., 2018, S. 182; Bäuml, 2008, S. 34). Es wird regelmäßig angenommen und empfohlen, dass Patienten in der Regel über viele Jahre hinweg oder auch ihr ganzes Leben lang Neuroleptika (auch bekannt als Antipsychotika oder starke Beruhigungsmittel) und andere Psychopharmaka einnehmen müssen (ebd., S. 64). Die Prognose der ›Schizophrenie‹ ist schlecht, weil sie als nicht heilbar gilt (Lammer et al., 2018, S. 182). Personen mit diesen Diagnosen werden häufig so behandelt, als wenn sie nicht mehr für sich selbst sorgen können und auf fremde Unterstützung angewiesen sind. Gerade in Deutschland, aber auch in anderen westlich geprägten Ländern, ist ihr rechtlicher, sozialer und beruflicher Status vergleichbar mit dem von Menschen mit geistiger Behinderung (Thoma, 2019, S. 7). Die Betroffenen zeigen sich manchmal nicht einverstanden mit der Behandlung (Lammer et al., 2018, S. 182) und können zum Beispiel zur Einnahme der Medikamente gezwungen werden oder müssen in Einrichtungen leben, in denen sie in kleinen oder großen Teilen ein fremdbestimmtes Leben führen müssen (DGPPN, 2019, S. 45). Die Wirkung von Therapien scheint oft eher willkürlich als kalkulierend, da der Verlauf trotz Therapie nicht berechenbar ist (Gaebel & Wölwer, 2010, S. 11). Die ›Schizophrenie‹ steht im Zusammenhang mit verschiedenen Komorbiditäten (zum Beispiel andere psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen und entsprechende Begleiterkrankungen oder dem metabolischen Syndrom; Gaebel & Wölwer, 2010, S. 15) und einem erhöhten Mortalitätsrisiko (Thoma, 2019, S. 5). Mit der ›Schizophrenie‹ werden stigmatisierende Eigenschaften assoziiert, wie Kontrollverlust oder Gewalttätigkeit (DGPPN, 2019, S. 22). Die Diagnose stellt in der Regel für den Betroffenen und die Familie eine Hiobsbotschaft dar. Die Symptome werden unterteilt in Positiv- und Negativsymptome. Die Positivsymptome sind zum Beispiel das Stimmenhören, Wahnvorstellungen, das Gefühl fremdgesteuert zu sein oder abgehört zu werden, nach außen nicht verstehbares Verhalten, formale Denkstörungen (wie zum Beispiel Konzentrationsstörungen oder Zerfahrenheit) sowie sprachliche Probleme (wie zum Beispiel Alogie oder Konkretismus). Die Negativsymptome beziehen sich unter anderem auf eine Verringerung des Affekts (zum Beispiel Emotionslosigkeit und Gleichgültigkeit), des Antriebs, der Motivation sowie auf katatone Zustände (zum Beispiel versteifte Motorik) (DGPPN, 2019, S. 25; Bäuml, 2008, S. 13f.). In der Regel bleiben eine residuale oder voll ausgeprägte Symptomatik, wie zum Beispiel Wahnvorstellungen, dauerhaft bestehen (Finzen, 2020, S. 103). Die ›Schizophrenie‹ wird begleitet von spontanen Rezidiven. Die Diagnostik orientiert sich an den vom Patienten geschilderten Symptomen. Wer in der psychiat-

rischen Aufnahme zum Beispiel das Stimmenhören, Unruhe und Schlaflosigkeit für den größten Teil eines Monats angibt, erfüllt nach den diagnostischen Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation¹⁴ die Kriterien für eine Schizophreniediagnose und wird entsprechend behandelt. Dem Patienten wird die Einnahme von Antipsychotika (zum Beispiel Haldol, Olanzapin, Abilify oder Risperidon) empfohlen. Gegen die Angst kann womöglich noch ein Benzodiazepin (zum Beispiel Tavor oder Lorazepam) und für den Antrieb ein Antidepressivum (zum Beispiel Sertralin oder Citalopram) verordnet werden. Die Diagnose vermittelt dem Patienten, dass er auf Grund einer biopsychosozialen Vulnerabilität immer schon anfällig für die ›Schizophrenie‹ war. Der Auslöser wird im Regelfall als unspezifischer Stress benannt (Thoma, 2019, S. 4; Finzen, 2020, S. 140).

Die krankheitstypischen Informationen erhalten Patienten in der psychoedukativen Gruppe (Bäumel, 2008, S. 130). Hier lernen sie, dass sie sich in Zukunft so wenig wie möglich beanspruchen sollten, weil sie durch die ›Schizophrenie‹ gegenüber Stress vulnerabel geworden sind. Die Arbeitszeiten sollten sie reduzieren oder gar kündigen, am besten wäre eine Frühverrentung. Den Alltag sollten sie komplett nach der ›Schizophrenie‹ ausrichten und auf die sorgfältige Einnahme der Medikamente achten. Die Unterstützung durch Angehörige oder einen Pflegedienst ist hier zu empfehlen. Irgendwann nehmen die Patienten noch weitere Medikamente gegen die Nebenwirkungen der Antipsychotika ein. Warum sie diese nehmen müssen, wissen sie nicht, denn gegen das Stimmenhören wirken die Antipsychotika häufig nicht. Einen Psychotherapieplatz bekommen sie nicht, weil ›Schizophrene‹ als unzuverlässig gelten und sowieso verspricht die Therapie keinen Erfolg. So sitzen die Patienten tagtäglich zuhause auf der Couch und warten.

Irgendwann aber erfährt ein Patient durch Zufall, dass »die Schizophrenie nicht existiert« (van Os, 2016) und die ›Schizophrenie‹ in manchen Ländern sogar abgeschafft wurde und Wissenschaftler dafür plädieren, sie aus dem DSM und dem ICD zu streichen (Guloksuz & van Os, 2018b; 2020; Tebartz van Elst, 2022, S. 209). Irritiert, aber neugierig, beginnt der Patient sich zu erkundigen. Sein niedergelassener Psychiater entgegnet darauf, dass solche Ansichten unwissenschaftlich und die vielen Patienten seiner Praxis selbstbeweisend seien. Die Eigenrecherche im Internet führt ihn immer wieder nur auf die Seiten von Pharmafirmen, die ihre Antipsychotika bewerben, oder auf Seiten, die nur das bestätigen, was er ohnehin schon weiß. Angehörige und Freunde können auch nicht weiterhelfen, legen dem Patienten dies sogar als Zeichen einer Psychose aus: »Die ›Schizophrenie‹ soll es nicht geben? Ist das eine wahnhaftige Vorstellung?« Entmutigt und demoralisiert stellt der Patient seine Suche ein.

Doch was ist, wenn sich der Patient nicht irrt, sondern all die anderen Personen?

14 Siehe dazu die Schizophreniekriterien im ICD-10: <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F20-F29> (zuletzt abgerufen am 28.09.2023)

1.2.2 Das Schizophreniekonzept aus wissenschaftstheoretischer Perspektive

Wie ich zeigen möchte, irrt sich der Patient nicht, denn die ›Schizophrenie‹ wird als wissenschaftliches Konzept von vielen Wissenschaftlern in Frage gestellt. Das verändert die Perspektive auf die ›Schizophrenie‹ und Psychoseerfahrungen grundsätzlich. Das Kapitel führt in die Problematik des Schizophreniekonzeptes ein, um einen neuen Vergleichshorizont bestimmen zu können.

Für den Laien – aber auch für viele Profis – ist es nahezu unmöglich, sich ein differenziertes Bild über den wissenschaftlichen Diskurs zu machen. Dieser wird zum einen nicht im Lehrbuch geführt, sondern verstreut in Fachzeitschriftenartikel (Johannessen & Joa, 2021). Zum anderen bewegt er sich auf einem wissenschaftlich anspruchsvollen und deswegen schwer nachvollziehbaren Niveau (Weinmann, 2019, S. 54). Im folgenden Teil möchte ich die Kritikpunkte an dem Schizophreniekonzept vorstellen.

Für ein besseres Verständnis über die Entwicklung der ›Schizophrenie‹ werde ich kurz auf ihre ›Entdeckung‹ eingehen, da sich an der Herangehensweise und dem Konzept selbst bis heute wenig geändert hat (Beer, 1995; van Os & Guloksuz, 2022; Weinmann, 2019, S. 70f.). Die ›Schizophrenie‹ ist ein über 150 Jahre altes Konzept, welches von dem deutschen Psychiater Emil Kraepelin unter dem Begriff ›dementia praecox‹ (also: frühe Demenz) 1899 als Störungsbild klassifiziert wurde und darauf in Erscheinung getreten ist. Laut Kraepelin sei sie eine degenerative Krankheit des Gehirns, die in der Demenz enden wird. Noch bis heute ist unter vielen Psychiatern die Annahme verbreitet, Personen, bei denen sich das Zustandsbild verbessert, seien schlichtweg falsch diagnostiziert worden. Um die ›dementia praecox‹ zu klassifizieren, sammelt Kraepelin die beobachteten Verhaltensweisen und Eigenschaften seiner Patienten in einem Katalog, die er in 36 psychische und 19 körperliche Symptome zusammenfasst. Die weit gefassten Symptome wiederum setzte Kraepelin als Beweis für die Erkrankung selbst ein (»Zirkuläre Logik«; Read & Magliano, 2019, S. 89; Read, 2013a, S. 22). Verschiedene Menschen mit unterschiedlichen Eigenschaften erhalten die gleiche Diagnose, bei der die gleichen Ursachen und ein ähnlicher Verlauf erwartet wird. Der schweizerische Psychiater Eugen Bleuler schlägt um 1911 vor, die ›dementia praecox‹ ›Schizophrenie‹ zu nennen, hinter der nicht eine, so Bleuler, sondern eine Gruppe von Krankheiten mit völlig unterschiedlichem Ausgang stehe. Anders als Kraepelin hat Bleuler erkannt, dass der Krankheitsverlauf heterogen ist, also im Gegensatz zu Kraepelins Annahmen durchaus auch positive prognostische Verläufe beinhalten kann (Read & Magliano, 2019, S. 24; Read, 2013a). Doch bis heute gilt das für Forschung und Praxis geltende »biologistische Paradigma« (Weinmann, 2019, S. 56), in dem die Ursache der Erkrankung im Gehirn liegt (Read & Magliano, 2019, S. 95; Bentall, 2009, S. 152). Obgleich die prognostisch pessimistische, neurodegenerative Sicht Kraepelins heute formal einer neurodevelopmentalen Sicht gewichen ist, so scheint ein eher pessimistischer prognostischer Verlauf

in Forschung und Praxis sehr häufig angenommen zu werden. Diese Sichtweise wird häufig von den Vertretern einer recovery-orientierten Psychiatrie kritisiert (Slade & Londgen, 2015; Slade et al., 2014; Amering & Schmolke, 2012, S. 180; vgl. Blom, 2004). Bis heute besteht zudem weiterhin die Vorgehensweise, Patienten anhand ihres Verhaltens, Denkens und ihrer Emotionen auf Grundlage einer Auflistung von sogenannten psychopathologischen Symptombeschreibungen zu diagnostizieren (Read & Magliano, 2019, S. 95). Die ›Schizophrenie‹ ist demnach ein Sammelsurium subjektiver (kulturell und historischer geprägter) Einschätzungen über menschliche Verhaltensweisen, die durch ihre Auffälligkeit und Intensität irgendwie miteinander korrespondieren (Berios & Marková, 2021, S. 13). Die Definitionen variieren über die letzten 150 Jahre stetig variiert, weisen also keine Konstanz auf (Keshawan et al., 2021, S. 3).

Für eine diagnostische Grundlage müsste also das Erkrankungsbild präzise definiert sein und sich mittels der Symptomeinschätzung von anderen Krankheitsbildern abgrenzen können (Tebartz van Elst, 2022, S. 228). Da die Einschätzung subjektiver Natur ist (das heißt der Einschätzung des Diagnostikers obliegt), keine objektiven Biomarker (also valide und reliable Blutwerte oder ähnliche biologische Befunde, die eindeutig eine ›Schizophrenie‹ nachweisen könnten) existieren und das Konzept selbst einem kulturellen sowie historischen Wandel unterliegt, stellt sich die Frage, wie menschliche Verhaltensweisen (aus einer bestimmten wissenschaftlichen Perspektive) präzise und sicher eingeschätzt werden können (Moncrieff & Middleton, 2015; Kleinman, 1991, S. 12; Schramme, 2012, S. 19f.). Aufgrund der schwachen Reliabilität, fehlenden Validitätsmerkmalen sowie der nicht erfüllten objektiven Kriterien kann nie Gewissheit darüber erlangt werden, ob die Diagnose richtig ist, geschweige denn die Krankheit existiert (Bentall, 2009, S. 100). Das heißt im Grunde, dass verschiedene Psychiater zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen können. Die Patienten artikulieren ihr emotionales und psychisches Erleben in den für sie kulturell relevanten Bedeutungen. Dabei bleibt bis zuletzt unsicher, ob das, was von Patienten und Diagnostiker so gemeint ist, auch so verstanden wird und vice versa (Keshawan et al., 2021., S. 4; Read & Magliano, 2019, S. 91; Kleinman, 1991, S. 7; Jarvis & Kirmayer, 2021). Die bekannteste und sicherlich kontroverseste Studie zur Problematik der Reliabilität bei psychiatrischen Erkrankungen ist das Rosenhahn Experiment, in dem gezeigt wurde, dass Personen aufgrund vorgespielter Schizophreniesymptome fälschlicherweise in die Psychiatrie aufgenommen wurden (Rosenhahn, 1973). Am Modell des transdiagnostischen Psychose-Kontinuums möchte ich später zeigen, dass sich Symptome nicht auf die Krankheitsbilder eingrenzen lassen, sondern sich über die Kategorien hinweg überlappen, was schon gegen eine strikt kategoriale Einschätzung spricht (Guloksuz & van Os, 2018a; 2020). Zu bedenken ist nicht zuletzt, was mit der ›Schizophrenie‹ assoziiert wird: Sie ist eine chronische Erkrankung des Gehirns, die Auswirkungen auf das gesamte Leben nehmen wird. Wer also die Diagnose ›Schizophrenie‹ erhält, hat aus medizinischer Perspektive eine schlechte Prognose. Das ist entmutigend und stigmatisierend, obwohl ihre Einschätzung immer

unsicheres Terrain ist (Read & Magliano, 2019, S. 98f.; Amering & Schmolke, 2012, S. 164; Tebartz van Elst, 2022).

Eine starke Reliabilität und Validität (diverser Kriterien wie zum Beispiel Konstruktvalidität, Augenscheinvalidität, prognostische Validität; Bentall, 2009) eines wissenschaftlichen Konstrukts ist abhängig von objektiven Merkmalen, die es zu belegen gilt. Das würde Gewissheit bei der Einschätzung des Konstrukts bringen und jede Diskussion darüber überflüssig machen. Entgegen allen Bemühungen konnten in über 150 Jahren Forschung keine Marker für die ›Schizophrenie‹ gefunden werden (Moncrieff & Middleton, 2015; van Os & Guloksuz, 2022), was schließlich zu der Frage der Validität führt: Ist das theoretische Konstrukt der ›Schizophrenie‹ in die empirische Welt übersetzbar? Was ist eigentlich gemeint, wenn wir über ›die Schizophrenie‹ reden? Ist das Konstrukt auf alle Menschen gleichermaßen anwendbar? Die Kategorisierung bestimmter subjektiver Erfahrungen des Denkens und Fühlens bedeutet eine Abstrahierung und einen verallgemeinernden Zusammenhang. Dahinter steht dann die Idee des Konstrukts ›Schizophrenie‹, für welches subjektübergreifende Gemeinsamkeiten gesucht werden sollen (Read & Magliano, 2019, S. 93; Bentall, 2009, S. 104). Dabei ergibt sich die paradoxe Situation, dass die Personen, die als ›Schizophrenie‹ in einer wissenschaftlichen Untersuchung als Untersuchungsteilnehmende eingeschlossen werden, überhaupt erstmal als ›Schizophrenie‹ identifizierbar sein müssten. Da das Konstrukt eine schwache Reliabilität aufweist, stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien dann die Population bestimmt wird: Wer wird warum ein- oder ausgeschlossen (Guloksuz & van Os, 2018a). Die ›Schizophrenie‹ (sowie alle anderen psychischen Erkrankungen) sind nicht als Entität isolierbar und verselbstständig in einer Pseudo-Objektivität (Schramme, 2012, S. 26; Aderhold, 2017; Tebartz van Elst, 2022). Sie ist eine Konstruktion einer eigenen, in sich schlüssigen Wirklichkeit (Schütz, 1971c, S. 264), die als eigener »theoretischer« Wirklichkeitsbereich in einem eigens formulierten (isolierten) »Problemhorizont« (ebd., S. 288) keine Adäquanz in der empirischen Welt aufweist (Schütz, 1971a, S. 50). Als abstraktes, übergeneralisierendes und verallgemeinerndes Konstrukt wird sie mit der »Alltagswelt unverträglich« (Schütz, 1971c, S. 294), da zum Beispiel Symptome nicht innerhalb ihrer kontextuellen, individuellen Sinnzusammenhänge interpretiert werden (Schramme, 2012, S. 29). Die Schizophreniediagnose verallgemeinert das hinter dem Konstrukt liegende Erleben, sodass nahezu allen psychischen Auffälligkeiten sich in einer »anonymisierenden Typik« (Schütz, 1971a, S. 20) zusammenfassen lassen und als »Funktionstyp« (Schütz & Luckmann, 1988, S. 112) oberflächliche Orientierung und entsprechende Handlungserwartungen vermittelt. Der folgende Absatz geht näher auf die Schwierigkeiten der Forschung zur ›Schizophrenie‹ ein.

1.2.3 Kritische Anmerkungen zur biologistischen Ursachenerklärung für die ›Schizophrenie‹

Im Folgenden Abschnitt möchte ich anhand der biologistischen Sichtweise der ›Schizophrenie‹ zeigen, dass sich ein vereinfachter Erklärungszusammenhang im Diskurs etabliert hat, der sich auch in Praxis und Forschung wiederfindet.

Die Schizophrenieforschung steckt in einem Dilemma. Sie müsste einen objektiven Marker finden, der die Existenz der ›Schizophrenie‹ beweist. Ohne Marker kann sie die Zielpopulation ihrer Forschung nicht eindeutig bestimmen. Ein solcher Marker wäre zum Beispiel ein bestimmtes Genmaterial oder eine für die ›Schizophrenie‹ typische neurobiologische Veränderung. Für diese gibt es, trotz jahrzehntelanger Forschung, keine ausreichende Evidenz (Hasler, 2023, S. 47ff.; Tebartz van Elst, 2022, S. 209). Diskutiert wird (im Sinne des Vulnerabilitäts-Stress-Modells) eine mögliche Kausalität in der Genetik beziehungsweise Neurobiologie (Bäumel, 2008, S. 30; Gaebel & Wölwer, 2010, S. 13f.). Darüber hinaus stellt sich die Frage, inwieweit genetische ›Abnormalitäten‹ zu einer konkreten neurobiologischen Struktur führen können, die wiederum auf Stress reagierend, bestimmte Symptome hervorbringen kann (›explanatory gap‹ Owen et al., 2010, S. 78; Frisch, 2016). Obwohl es sich beim Schizophreniekonzept um eine Hypothese handelt, was im wissenschaftlichen Gebrauch meint, dass es keine überzeugende Evidenz gibt, wird sie (und Hypothesen über andere psychiatrische Krankheitsbilder) in der Psychiatrie mit größter Überzeugung vertreten (Aderhold, 2017). Als Erklärung bietet die Schizophreniediagnose schnelle Orientierung und Handlungsempfehlungen an. Dabei ist eine biologische Disposition als Ursache eine vereinfachte und nicht zufriedenstellende und akzeptable Antwort auf ein so komplexes Phänomen. Aus der Psychoseforschung sollte eigentlich klar sein: »There is no ‚one size fits all‘ explanation.« (BPS, 2017, S. 36). Vertreter der biologischen Forschung selbst kritisieren die zu vereinfachten Darstellungen und Erklärungen über die Zusammenhänge von Genetik, Neurobiologie, Symptom und Krankheit, die sich nicht auf eine einfache Formel zusammenfassen lassen (Hyman, 2019; Frisch, 2016; Kendell, 2012, S. 270; Owen et al., 2010). Doch genau diese vereinfachten und monokausalen Erklärungen der ›Schizophrenie‹ werden, wie später gezeigt werden soll, von Wissenschaft und Praxis übernommen, sodass sich ein unterkomplexes Bild der ›Schizophrenie‹ etablieren konnte (Fuchs, 2023).

So werden zum Beispiel die mögliche Vererbbarkeit und Weitergabe der genetischen Disposition auf direkte Verwandte als ursächlich für die ›Schizophrenie‹ angesehen. Dies hat in der Praxis nicht selten einen »therapeutischen Nihilismus« zur Folge (Weinmann, 2019, 55f.; Gardner & Kleinman, 2019). Die Ergebnisse von Zwillings- und Verwandtschaftsstudien werden, ungeachtet ihrer schwachen Reliabilität – zur Erinnerung die Samplingkriterien sind rein subjektiv bestimmt (Überlappung verschiedener Krankheitsbilder, Einbezug von Krankheiten mit anderer Ätiologie, Symptomüberinterpre-

tation und -überschneidungen) – als Evidenz für eine genetische Weitergabe der ›Schizophrenie‹ angeführt. Aufgrund durchlässiger Diagnosekriterien und des Einbezugs erweiterter Verwandtschaftsteile werden die Stichproben beliebig vergrößert. Das hat zu einer Kritik an einer hohen Falsch-Positiv Rate und einer auffällig hohen Prävalenz unter den Studienteilnehmenden im Vergleich zur Gesamtpopulation geführt (Fleming & Martin, 2011; Fuchs, 2023). Zudem zeigte sich eine Abnahme der Vererbungsrate, als die statistischen Verfahren zu einem bestimmten Zeitpunkt in den Studiendesigns dauerhaft verändert wurden. Dennoch werden die Studien mit der offensichtlich zu optimistischen Schätzung weiterhin als Referenzen angeführt. Letztendlich aber konnte die Genforschung bis heute keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zur Kontrollgruppe ermitteln, sodass der Einfluss der Genetik weiterhin unklar bleibt (Fleming & Martin, 2011; Harrington, 2020, S. 170ff.; Johnstone & Boyle, 2017, S. 159f.; Bentall, 2009, S. 126f.; Hasler, 2023, S. 28f.).

Thomas Fuchs (2021) kritisiert an der neurobiologischen Forschung eine vereinfachte Sichtweise neuronaler Prozesse, die, wie am Beispiel der ›Schizophrenie‹ deutlich wird, psychische Erkrankung auf eine rein biologisch bedingte Veränderung zurückführt. Die Bedeutung des Gehirns in der Tendenz, bestimmte Verhaltensweisen oder psychische Erkrankungen auszuprägen, wird überbetont. Das Gehirn ist in seiner Entwicklung nicht monokausal bestimmt und in seiner Entwicklung nicht vollständig determiniert (zum Beispiel durch genetische Veranlagungen), sondern ist in seiner Entwicklung grundsätzlich offen. Das Gehirn entwickelt sich durch die Anforderungen der lebensweltlichen Bedingungen, also in Relation zu seiner Lebenswelt. Das wird durch die Funktionalität und Struktur des entwickelten Gehirns klar. Eine Person kann nicht auf einmal eine fremde Sprache sprechen. Eine Person, die immer ängstlich und zurückhaltend war, kann nicht ohne weiteres ihr Verhalten verändern. Die Hirnforschung aber »personalisiert« (Fuchs, 2021, S. 68) das Gehirn und schreibt dem Gehirn Eigenschaften zu, die über die physikalischen Funktionen eines Organs hinausgehen. Die Intentionalität einer Person, also das Handeln aufgrund bestimmter Bedeutungen innerhalb eines Sinnzusammenhangs, entsteht in der Lebenswelt als besondere »Erlebnissphäre« (zum Beispiel über das Denken und Fühlen), in der die Beziehungen zur Umwelt genauso zufällig sind, wie bestimmte Bedürfnisse, die sich aus der Beziehung ergeben können (ebd., S. 62). Die Intentionalität einer Person ist nicht durch den isolierten Blick auf ihr Gehirn auszumachen, sondern ergibt sich aus ihren Beziehungen zur Außenwelt (Métreaux & Frisch, 2017).

Die Überbewertung der Biologie und ihrer kausalen Erklärung für die ›Schizophrenie‹ steht stellvertretend für eine Misrepräsentation der Daten und ihrer irreführenden Interpretation. Das biologistische Paradigma in der Psychiatrie weckt den Eindruck mit naturwissenschaftlichen Verfahren objektive Einschätzungen des Ursächlichen bei Krankheit oder Behandlung feststellen zu können. Der eigene Forschungsbereich wird als überlegen betrachtet, mögliche widersprechende Ergebnisse werden ignoriert. So kritisiert zum Beispiel Robin M. Murray (2017), lange Zeit einer der weltweit aner-

kanntesten Forscher der Schizophreniediagnose, dass er fälschlicherweise Forschungen ignoriert habe, die nicht mit dem eigenen Sinnhorizont vereinbar waren. Biologistisch geprägte Forscher oder ihre Forschungsarbeiten sind, trotz eines gegenteilig vermittelten Eindrucks, durchaus nicht so objektiv und zuverlässig, wie gerne behauptet wird. Vielmehr unterliegen auch sie genauso subjektiven Einflüssen (zum Beispiel einer »Planhierarchie« mit entsprechendem »Handlungscharakter«; Schütz, 1971c, S. 283) in bestimmten Entscheidungen über Theorie und Ausrichtung des Forschungsdesigns, der Samplingkriterien, Auswahl der Stichproben, bei Entscheidungen für Auswertungsmethoden, Interpretationsmöglichkeiten oder bei den Methoden der Veröffentlichung (Damen et al., 2023). Das Phänomen zieht sich durch viele Bereiche der psychiatrischen Forschung. Nicht selten werden die Aussagen von Einzelstudien, die ohnehin nur den begrenzten Bereich ihrer handlungsleitenden Hypothese und ihres Samples betreffen können, übergeneralisiert und gar über die Gesamtpopulation hinweg als allgemein bedeutend verhandelt (Dumas-Mallet & Gonon, 2020; Johnstone & Boyle, 2018, S. 42ff.). Problematisch wird das zum Beispiel bei dem Zusammenhang zwischen biologischen Ursachen und der ›Schizophrenie‹ als antizipierten Outcome. Die durch die Hypothese implizierten Kausalitätsannahmen verweisen auf Zusammenhänge, die in dem Konstrukt sinnvoll sein könnten, aber die empirische Wirklichkeit (also die unzähligen Erfahrungen der untersuchten Personen) nicht im Detail berücksichtigen können (›interpretation bias«; Dumas-Mallet & Gonon, 2020). Die vereinfachte Darstellungsweise naturwissenschaftlicher Studiendesigns erzeugt den Eindruck von Konsistenz zwischen Beobachtung und Daten. So wirkt zum Beispiel der Zusammenhang von hypothetisierter genetischer Veränderung innerhalb der Familie und einer diagnostizierten ›Schizophrenie‹ eines Familienmitglieds nur dann als kausaler Zusammenhang, wenn andere Erklärungsmöglichkeiten ausgelassen werden (ebd.).

In psychiatrischen Journals besteht eine Präferenz zur Veröffentlichung von Ergebnissen, die die Hypothese belegen, also positive Effekte (die Hypothese bestätigende Ergebnisse) aufweisen. Werden zum Beispiel Ergebnisse, die einen Zusammenhang von Genetik und ›Schizophrenie‹ widerlegen, nicht veröffentlicht, so wird der Eindruck, die Genetik sei die entscheidende Ursache, stabilisiert. Es entsteht also ein »publication bias« (Bowcut et al., 2021). Die Präferenz von Ergebnissen, die einen positiven Effekt unterstützen, erzeugt also potenziell Druck, die Studien hinsichtlich ihres Outcomes zu steuern beziehungsweise statistisch so zu manipulieren, dass ein eindeutiger Effekt nachweisbar wird (auch bekannt als »p-hacking«; ebd.; Dumas-Mallet & Gonon, 2020). Durch die Überbewertung biologischer Ursachen werden zum Beispiel psychosoziale Probleme wie Traumatisierungen in der Praxis als weniger relevant wahrgenommen oder erst gar nicht erst als Möglichkeit in Betracht gezogen (Cunningham et al., 2016). Problematisch wird es, wenn die Ergebnisse für den medialen Gebrauch undifferenziert aufbereitet werden. Wenn zum Beispiel die wissenschaftliche ›Erkenntnis‹ über die Vererbbarkeit der ›Schizophrenie‹ auf die breite Bevölkerung trifft, dann werden zwar die Ergebnisse (und das entsprechende Bild über die Menschen) wahrgenommen,

aber nicht die dahinterliegende wissenschaftliche Debatte (Dumas-Mallet & Gonon, 2020). Nicht zuletzt fördert die Biologisierung der ›Schizophrenie‹ Stigmatisierung, soziale Ausgrenzung in der Allgemeinbevölkerung und Selbststigmatisierung bei den Betroffenen (Angermeyer et al., 2013; Schomerus et al., 2022).

1.2.4 Die negative Prognose der ›Schizophrenie‹ in Forschung und Praxis

Die Schizophreniediagnose wird in der Regel mit negativen Attributen versehen. Das betrifft auch die Chance, genesen zu können. Die pessimistische Sichtweise ist eine Folge der kraepelinschen Dichotomie, die in Forschung und Praxis weiterhin hohe Relevanz hat.

Der Fokus der Forschung auf Menschen mit gegebenen (das heißt vom Arzt so diagnostizierten und damit einem sozialen Prozess unterlegenen) Schizophreniediagnosen geht häufig einseitig von einem schweren Krankheitsverlauf und einer negativen Prognose aus. Doch auch hier gibt es Unstimmigkeiten. Die Einschließung in ein Studiensample ist abhängig vom zugrundeliegenden Schizophreniekonzept. Setzt das Konzept voraus, dass die Menschen eine deutliche Symptomausprägung und einen schweren Verlauf haben (also ein eher kraepelinisches Konzept der ›Schizophrenie‹), werden auch nur diese einbezogen (»selection bias«). Durch die (falsche) Schizophreniekonzeption wird der »berkson bias« erzeugt, also der Eindruck, alle Menschen mit ›Schizophrenie‹ haben einen schweren Krankheitsverlauf und seien auf Hilfe angewiesen (Guloksuz & van Os, 2018a). Die Überbewertung schwerer Verläufe im Vergleich zu den häufig milderen hat vor allem in der Praxis den Effekt, dass negativ attribuierte Eigenschaften verstärkt auffallen und weitere Verbindungen zu dem Problem gesucht und schließlich aufgewertet werden (BPS, 2017, S. 24). Doch schon mit Blick auf die im wissenschaftlichen Fachdiskurs als gesichert geltende Heterogenität ihrer Ausprägung und ihres Verlaufs werden entsprechende Widersprüche deutlich. Menschen mit einer Schizophreniediagnose sind keine homogene Masse. Sie unterscheiden sich in ihren Eigenschaften, Problemen und dem, was gemeinhin als Symptom bezeichnet wird. So ist gut erforscht, dass das Stimmenhören als eines der klassischen Kernsymptome der ›Schizophrenie‹ in sehr vielen Krankheitsbildern vorkommen kann. Stimmenhören ist zudem ein Phänomen, das in der gesunden Gesamtbevölkerung weit verbreitet ist (Linscott & van Os, 2013). Darüber hinaus wird mittlerweile zunehmend diskutiert und auch durch die in den letzten Jahren sich etablierenden Gesprächsansätze deutlich, dass das Stimmenhören potenziell doch kein sinnloses Symptom darstellen könnte (wie im Rahmen biologistisch geprägten Denkens aber angenommen wird), sondern eine Erfahrung, die auf traumatische und andere belastende Lebensereignisse hinweisen

kann (Beavan et al., 2011; Baumeister et al., 2017; Burr et al., 2022). Der Verlauf des Lebens einer Person mit der Diagnose ›Schizophrenie‹ ist äußerst heterogen und endet nicht, wie häufig angenommen, in einem Zustand, der an geistige Behinderung oder Demenz erinnert. Vielmehr ist gerade auch durch die Recoverybewegung mittlerweile ein Bewusstsein dafür entstanden, dass Menschen mit gegebener Schizophreniediagnose sehr wohl gesunden können, keine psychiatrische Unterstützung mehr benötigen und ein normales Leben führen können (Amering & Schmolke, 2012, S. 174ff.; Harrow et al., 2022). Dieses Phänomen ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass in einem Großteil von Interventionsstudien der Fokus auf eine quantitative Symptomverbesserung gelegt wird und weniger auf Recovery an sich (Corstens et al., 2014; Guloksuz & van Os, 2018a; Wunderink, 2019). Die Anwesenheit eines Symptoms, zum Beispiel Stimmenhören, wird als Beweis der Erkrankung geführt. Dabei wird nicht berücksichtigt, ob das Stimmenhören für die Person selbst ein Problem darstellt. Auch werden epidemiologische Studien, die eindeutig auf ein Kontinuum der Erfahrung des Stimmenhörens mit ›gesunden‹ oder nicht als krank eingestuften Personen hinweisen, nicht einbezogen (Linscott & van Os, 2013). Das heißt, Menschen mit einem positiven Verlauf und besserer Prognose werden in klinischen Studien seltener berücksichtigt, was wiederum das Gesamtbild über die Personen der ›Schizophrenen‹ verzerrt (Guloksuz & van Os, 2018a; Leucht et al., 2011).

Obwohl nur ein Bruchteil aller Menschen, die eine Psychoseerfahrung machen, die Kriterien der Schizophreniediagnose überhaupt erfüllen würden (auch wenn für einen Moment der Mangel an Validität der ›Schizophrenie‹ einmal ausgeklammert wird), macht sie dennoch den Großteil der Erforschung psychotischer Störungsbilder aus (van Os, 2016). Das große Rätsel bleibt, warum sich Forschung und Praxis nicht verändern können, hin zu einem Umgang, der weniger auf biologische Prozesse an sich, als mehr auf die Lebensbedingungen und die psychologischen Veränderungen der Personen fokussiert ist (van Os & Guloksuz, 2022; Read & Dillon, 2013). Eine für viele Bereiche der Psychiatrie stellvertretende Antwort könnte ihre selbstreferentielle Praxis sein, in der das Phänomen ›Schizophrenie‹ erst erschaffen wird und durch die Behandlung Bedeutung erhält. Ungeachtet der mangelnden Evidenz konnte sich ein Glaubenssystem entwickeln, das sich durch seine Selbstreferentialität gegenüber Einwänden isoliert (van Os & Guloksuz, 2022). Die Praxis der Psychiatrie ist in einen »theoretischen Erwartungshorizont eingebunden« (Vogd, 2011, S. 42), der das Problem und die Lösung schon selbst impliziert (ebd., S. 70). Dadurch kann sie sich in ihrer »Praxisform selbst plausibilisieren und stabilisieren (ebd., S. 43). Die »Logik der Praxis« (ebd., S. 42) reglementiert sich selbst durch die Neuinterpretation kommunikativer Unsicherheiten (ebd., S. 47) und umgeht dadurch Zweifel am eigenen Vollzug. Sie kann sich so vor sich selbst rechtfertigen und als kulturelle Praxis und Routine der Krankenversorgung aufrechterhalten.

Darüber hinaus ist das Problem hervorzuheben, dass Praxis und Wissenschaft einander fremde Bereiche sind, die aufgrund ihrer jeweilig gesetzten Wirklichkeitsakzente

kaum (kommunikative) Überschneidungspunkte finden (Elias, 2015). Der jeweilige Sinnbereich schafft für sich geltende Wahrheiten, die von dem jeweils anderen als missverständlich oder gar bedrohlich aufgefasst werden können. Zum Beispiel verschließt sich die Praxis gegenüber Forschungsergebnissen, sobald diese den eigenen Sinnbereich gefährden und Orientierungen in Frage stellen. Anders wird es für die Wissenschaft kaum nachvollziehbar, wenn Evidenzen noch nach Jahren keinen Einzug in die Praxis genommen haben (Vogd, 2011, S. 84). So entsteht eine Lücke zwischen Praxis und Wissenschaft, in der sich »Konstruktionen« unabhängig ihrer empirischen Wirklichkeit etablieren können und deswegen mit den jeweiligen Bereichen nichts gemein haben (ebd.). Die Behandlung der ›Schizophrenie‹ zum Beispiel wird so zum bloßen Ritual der sozialen Praxis, in der die Durchführung des Rituals größere Bedeutung als die Versorgung auf Grundlage wissenschaftlich relevanter Kriterien hat (ebd., S. 45). In der Routine und Orientierung der Behandlung steckt die Intention zur Absicherung der Behandelnden, da jede tiefergehende Auseinandersetzung mit individualisierten Therapieformen, die den Weg des Standards verlässt, gleich schwieriger auszuhalten wäre, weil sie den Unsicherheitsbereich des eigenen Handelns vergrößert. Das Ritual vermittelt Gewissheit, Routine und Orientierung, es gibt die Sicherheit zurück. Die durch das Ritual erzeugte Standardisierung ist ein »angstminderndes Manöver« (Deveraux, 1976, S. 111). Die schwer aushaltbaren Verhaltensweisen des ›schwierigen‹ Menschen werden durch die Behandelnden (oder Wissenschaftler) rationalisiert, um starke emotionale und unerwünschte Reaktionen auf Distanz zu halten. Routine und Standardisierung sind Methoden, um die Unsicherheiten von Psychoseerfahrenen sowie eigene Verunsicherungen (scheinbar) kontrollieren zu können. Der immer gleiche Ablauf in der Behandlung oder das Verstecken hinter Diagnosemanualen kaschieren die Angst und die Unsicherheit vor dem Patienten, seinem Erleben und besonders vor seiner vielleicht schwer auszuhaltenden Geschichte.

Die bislang dargestellten Punkte, vertiefe ich im nächsten Abschnitt anhand der Dopamin-Hypothese und dem Einsatz von Antipsychotika.

1.2.5 Dopamin-Hypothese und ihre Modifizierung

Im folgenden Abschnitt werde ich auf die Dopamin-Hypothese und ihre Modifikation eingehen. Der Abschnitt möchte zeigen, dass sich die Dopamin-Hypothese, trotz der Kritik an der vereinfachten Darstellung der Ursachen, weiterhin als gängige Erklärung für die ›Schizophrenie‹ und für die Möglichkeiten ihrer Behandlung herangezogen wird. Damit wird ein missverständliches Bild über die Psychoseerfahrung vermittelt.

Die Dopamin-Hypothese ist nach wie vor eine gängige Erklärung für die ›Entstehung‹ von ›Schizophrenien‹ und Psychosen. Ihre Entwicklung fällt in den Zeitraum des Einsatzes der ersten Neuroleptika Mitte der 50er Jahre. Durch Zufall wurde fest-

gestellt, dass das bei Operationen eingesetzte und den Schlaf fördernde Medikament Chlorpromazin eine mildernde Wirkung auf sogenannte Positivsymptome der Psychose (Halluzinationen, Paranoia, Erregung, Angst, Denkstörungen, Zerfahrenheit und so weiter) haben kann (Schott & Tölle, 2020, S. 486; Moncrieff, 2020, S. 55). Der Botenstoff Dopamin wird in seiner normalen Funktion insofern theoretisiert, dass er eine Verbindung zwischen den Nervenzellen herstellt und der Weitergabe von Signalen über bestimmte Ereignisse dient. Durch das Dopamin wird eine Belohnung oder die Möglichkeit einer Belohnung antizipiert (Bloomfield & Howes, 2021, S. 280; Schlimme et al., 2019, S. 46f.). Die Antizipationsmöglichkeit (»es lohnt sich aktiv zu werden«) ist mit Motivation, Neugierde, Aufmerksamkeit oder Ausprobieren (gegenüber bestimmten Bedürfnissen) assoziiert, was schließlich in Handlungen übersetzt werden kann (Bloomfield & Howes, 2021, S. 280; Winton-Brown & Kapur, 2021, S. 443; Aderhold, 2014, S. 90). Für die psychiatrische Praxis bedeutet dies, dass eine übermäßige Produktion von Dopamin supersensitive emotionale und kognitive Reaktionen auslösen kann, was heißt, die entsprechende Person nimmt eine Überbewertung der ihr vorliegenden Bedeutungen vor (Winton-Brown & Kapur, 2021). Das kann möglicherweise erst erfreulich und spannend sein, aber auf Dauer (in Form von psychotischen Symptomen) anstrengend und belastend werden. Konkret bedeutet dies, dass in der gegenwärtigen Version der Dopaminhypothese eine subkortikale und kortikale Dysbalance der Dopaminproduktion vermutet wird. Die subkortikale Dopaminproduktion führe dabei zu den Positivsymptomen, wobei die kortikale eher Negativsymptome zur Folge habe (Walter et al., 2009). Das Neuroleptikum (heutzutage soll der Begriff »Antipsychotika« verwendet werden, da sich die Eigenschaften der antipsychotischen Medikamente verändert hätte, das dahinterliegende Prinzip ist aber das gleiche; DGPPN, 2019, S. 50) soll dann unter anderem vorübergehend die D2 Rezeptoren im mesolimbischen System blockieren (DGSP, 2018b, S. 13). Das ist ein bis heute unverändertes Prinzip der Antipsychotikabehandlung (Howes & Murray, 2014). Durch die Blockade der Rezeptoren können die eindringenden Signale verringert werden und so die psychotischen Symptome vorübergehend abmildern. Die These der Überregulation konnte sich in den 1960ern etablieren, als deutlich wurde, dass Amphetamine, die das Dopaminlevel steigern würden, psychotische Symptome verursachen können (Bloomfield & Howes, 2021, S. 277). Daraus wurde schließlich die Vermutung abgeleitet, dass Menschen, die eine Schizophreniediagnose oder Psychose haben, ein (genetisch verursachtes) chemisches Ungleichgewicht (Dopamin-Dysregulation) in ihren Gehirnstrukturen und Funktionen aufweisen, das unabhängig von der Entwicklung und den Lebensbedingungen eines Menschen entsteht (Moncrieff, 2020, S. 54; Read, 2013d, S. 262).

Die Dopamin-Hypothese wurde zur Theorie über Ursache und Auslöser der »Schizophrenie« behandelt, was eine erhebliche Auswirkung auf die Wahl der Behandlung hatte, die sich fortan zunehmend über Antipsychotika bestimmte und andere Behandlungsverfahren (wie zum Beispiel Psychotherapie) zweitrangig machte (Howes & Kapur, 2009; Hall, 2019; van Os & Guloksuz, 2022). Die Überbewertung der Antipsychotika

in der (Langzeit-)Behandlung, die wohl auch auf die Dopamin-Hypothese zurückzuführen ist, ist bis heute unverändert und wird ungeachtet der Schwierigkeiten (wie zum Beispiel der Nebenwirkungen oder Langzeiteffekte) als Meilenstein in der Behandlung angesehen (Weinmann, 2019, S. 96; Aderhold 2014, S. 105; Smedslund et al., 2018). So wird in der Behandlung mit Antipsychotika unter anderem schnell deutlich, dass die Medikamente zwar eine Wirkung auf die Symptome haben können, sie aber entgegen ihrer landläufig verwendeten Namen keine spezifische antipsychotische Wirkung entfalten (Moncrieff, 2020, S. 52). Sie wirken zum Beispiel bei längerer Verschreibung nur in jedem fünften bis achten Fall symptomreduzierend, sind aber nicht kurierend (Leucht et al., 2008, 2013, 2017, Huhn et al., 2019; Schneider-Thoma et al., 2022). Falsche Kausalitätsannahmen (zum Beispiel ein erhöhter Dopaminspiegel führt zur ›Schizophrenie‹) suggerieren, dass die Krankheit ohne besonderen äußerlichen Einfluss irgendwann ausbricht und nur durch Medikamente in den Griff zu bekommen sei. Ein sehr offensichtlicher Einwand gegen die Dopaminhypothese ist also, dass nicht jeder Mensch, der eine Psychoseerfahrung macht oder als ›schizophren‹ gilt, auf die Medikamente reagiert (sogenannte »Non-Responder«; Bloomfield & Howes, 2021, S. 283; DGSP, 2018b, S. 12).

Zuletzt weisen ›abnormale Dopaminmuster‹ auch keine eindeutige Spezifität auf, die nur der ›Schizophrenie‹ zuzuordnen wäre. Sie sind transdiagnostisch, treten in Bevölkerungsgruppen mit klinisch relevanten und nicht relevanten Psychosen auf. Sie können bei Menschen, die stark belastende Erfahrungen machen, genauso auftreten, wie bei Menschen mit Psychosen (Bloomfield & Howes, 2021, S. 278; Johnstone & Boyle, 2018, S. 153; S. 158f.). Schließlich sollte durch eine Modifikation der Dopamin-Hypothese ein erweiterter Erklärungsrahmen entwickelt werden, der neben den individuellen Anlagen die Umweltbedingungen miteinbezieht (Howes & Kapur, 2009). Es bleibt schließlich der Eindruck zurück, dass eine Unterscheidung zwischen Korrelation und Ätiologie in der Forschung oft nicht berücksichtigt wird und sowohl in der Forschung als auch der Praxis der Zusammenhang der genetischen Vulnerabilität und der Dopaminhypothese oft ätiologisch dargestellt wird, obwohl es hierfür keine adäquate Evidenz gibt.

Deutlich wird die Korrelation zwischen anhaltendem und sich intensivierenden Stress zum Beispiel durch eine anhaltende traumatisierende Situation und eine Dopamin-Dysfunktion (Howes & Murray, 2014). Die durch den anhaltenden traumatischen Stress ausgelöste Anspannung hat einen »mis match« der antizipierten und der tatsächlichen Informationen zur Folge. Die Person erwartet ständig, dass etwas passieren könnte und passt ihre Verhaltensweisen entsprechend an. Die ständige Überreizung, die durch antizipierte Gefahren aus der Umwelt entsteht (zum Beispiel bei traumatischen Erfahrungen), verändert die Physiologie des Gehirns dahingehend, dass die betroffene Person immer vorsichtig, angespannt und gestresst ist (Johnstone & Boyle, 2018, S. 179; Howes & Murray, 2014). Die Dopamin-Dysregulation ist aber nicht statisch, sondern reagiert dynamisch im Kontext ihrer Umweltbedingungen. Nehmen Belastungen ab, kann sich die Psychose zurückentwickeln (ebd.). Anhaltende Belastungen (zum Beispiel Stress)

mit entsprechender Dopamindysregulation, können zu kognitiven Veränderungen führen (Bloomfield & Howes, 2021, S. 281).

Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommt das »traumagenic neurodevelopmental model« (Read et al., 2001; Read, 2013d). Anders als in der Schizophrenieforschung vertreten, hat die Ätiologie der Psychosen genauso einen sozialen Ursprung wie nicht psychotische Erkrankungen (Read et al., 2014). Die einseitige Sichtweise über den Ursprung der ›Schizophrenie‹ mag unter anderen daran liegen, dass durch die Prämisse der Schizophreniediagnose als prototypischer Psychosediagnose eher biologische Defizite in den Blick der Forscher gerückt sind (Read et al., 2001, S. 324; Murray, 2017). Die Berücksichtigung der Möglichkeit von ätiologisch relevanten Traumaerfahrungen von Menschen mit einer Schizophreniediagnose oder Psychosen weist auf einen Zusammenhang von Trauma und Psychose hin, der in der biologisch versierten Perspektive kaum Relevanz hatte und hat. Das Modell zeigt, dass Kinder mit Missbrauchserfahrungen und Menschen mit einer Schizophreniediagnose Gemeinsamkeiten in ihrer emotionalen, kognitiven, psychologischen und sozialen Entwicklung aufweisen. Read et al (2001) sehen die Ursache der Gemeinsamkeiten einer »Übersensitivität« gegenüber Stress, die durch die andauernden Belastungen des Nervensystems entstehen und entsprechende Auswirkungen auf die Entwicklung der Gehirnstruktur und ihrer Entwicklung haben können (Read et al., 2014; Mayo et al., 2017). So wird sich zum Beispiel ein Kind, das aufgrund seiner familiären Situation in ständiger Angst lebt, möglicherweise nicht ›normal‹ entwickeln können. Anhaltende Belastungen in Frequenz und Intensität sind demnach für Kinder prägender, als wenn die Kinder die Möglichkeiten haben, schwierige Erfahrungen zu verarbeiten. Es kommt zu Auswirkungen auf die Emotionalität (intensivere oder unkontrollierbare Gefühle, verstärkte Angst), der Kognition (geringere Intellektualität oder sprachliche Defizite) oder gar zu physiologischen Problemen (erhöhter Blutdruck oder stärkere Herzrate) und schließlich zu psychotischen Reaktionen. Dies hat nicht zuletzt eine Erhöhung des Dopaminlevels und der Sensitivität gegenüber Stress zur Folge. Die Strukturen und die Funktionen des Gehirns verändern sich entsprechend des psychosozialen Stresses (Read et al., 2014; Mayo et al., 2017). Die Veränderungen und ›Symptome‹ werden nicht selten mit den Symptomen einer (beginnenden) ›Schizophrenie‹ fehlinterpretiert (Read et al., 2001).

Die Positivsymptome der ›Schizophrenie‹ korrelieren außerdem mit denen von Menschen, die schwere traumatischen Erfahrungen in der Kindheit gemacht haben und können auch, je nach Intensität und Frequenz der Erfahrung, an Belastung zunehmen (man denke zum Beispiel an den Zusammenhang von Trauma und Stimmenhören; Bailey et al., 2018). Im nächsten Abschnitt sollen der Nutzen, die Nebenwirkungen und die Langzeitfolgen, die durch die Einnahme von Antipsychotika entstehen können, dargestellt werden.

1.2.6 Nutzen, Nebenwirkungen und Langzeitfolgen von Antipsychotika

Antipsychotika sind in der Behandlung von Menschen mit Schizophreniediagnosen oder anderen psychotischen Störungsbildern nach wie vor die bevorzugte Behandlungsmethode und in den Leitlinien als solche empfohlen (DGPPN, 2019, S. 42). Unbestritten ist, dass viele Menschen mit Psychosen in der Akutbehandlung von der Einnahme eines Antipsychotikums profitieren können. Durch das Medikament können akute und teilweise schwer beeinträchtigende psychotische Symptome, wie Stimmenhören, schwer zu regulierende Emotionen oder rasende Gedanken (vorerst) reduziert werden. Das erleichtert die weitere Zusammenarbeit mit dem Patienten und psychosoziale Maßnahmen können angeboten werden (Schlimme et al., 2019, S. 48f.). Obwohl der positive Nutzen psychotherapeutischer und psychosozialer Behandlungsmethoden bekannt und von den Leitlinien empfohlen wird, bleibt die Behandlung mit Antipsychotika auch über die akute Psychose hinaus in der Regel die bevorzugte Form der Behandlung (Bergstroem et al., 2023; Hardy et al., 2023; Freeman et al., 2021). Dies mag daran liegen, dass Menschen mit Schizophreniediagnose oder einer anderen diagnostizierten psychotischen Störung weniger Möglichkeiten für eine Psychotherapie erhalten als Personen mit anderen Diagnosen. Möglich ist auch, dass durch das verbreitete Verständnis über Psychosen Medikamenten ein stärkerer Nutzen nachgesagt wird (Hall, 2019; Read & Dillon, 2013).

In der psychiatrischen Fachdiskussion wird vermehrt über den Gebrauch der Antipsychotika als Langzeitmedikament diskutiert, da vor allem kritische Autoren auf die immer offensichtlich werdenden Risiken aufmerksam machen. Selbstredend gibt es viele Menschen, die auch von einer Langzeitmedikation profitieren und damit ein (mehr oder weniger) symptomfreies und normales Leben führen können. Doch dies ist möglicherweise nicht die Regel. Immer deutlicher wird, dass Medikamentencompliance kein Garant für Symptomfreiheit ist und psychotische Symptome schon Monate nach Behandlungsbeginn zurückkehren können. Zudem werden Zweifel laut, ob sich der Nutzen gegenüber Risiken, wie Nebenwirkungen, Langzeitfolgen sowie der Verringerung der subjektiven Lebensqualität nach einem gewissen Zeitraum behaupten kann (Schlier et al., 2023; Gründer, 2022; Smedslund et al., 2018). Im Folgenden werden die Risiken, die mit der längerfristigen Einnahme der Antipsychotika in Verbindung stehen können, diskutiert. Dies soll nicht als generelle Abneigung gegenüber Antipsychotika verstanden werden, vielmehr sollen die Probleme, die durch die Einnahme entstehen und bei vielen Nutzenden zu Unsicherheit führen können, thematisiert werden.

Meta-Analysen weisen darauf hin, dass die Wirkung (und die Effizienz) je nach psychotischer Episode und je nach Länge des Zeitraums der Antipsychotikaeinnahme, begrenzt ist. Nur etwa 20%-25% der Personen, die Neuroleptika einnehmen, weisen einen »good response« (Symptomverbesserung besser als 50% über einen bestimm-

ten und limitierten Zeitraum) durch die Behandlung auf (Leucht et al., 2009; 2013; 2017; Huhn et al., 2019). Antipsychotika heilen nicht die Psychose und wirken auch nicht gegen ihre ursächliche Entstehung. Sie können lediglich einige der Symptome der Psychose für einen begrenzten Zeitraum unterdrücken (Ghaemi, 2022; Schlimme et al., 2019, S. 48). Dadurch kann sich der Patient von seinem Erleben distanzieren und »entaktualisieren« (Aderhold, 2014, S. 100). Sie nehmen keine Korrektur vor, was sich daran zeigt, dass die mit anderen nicht geteilten Vorstellungen über die Realität (Wahnhalte) bei erneuten Psychosen immer wieder Thema werden können (ebd.).

Zu den Nebenwirkungen können (je nach Antipsychotikum) parkinsonähnliche Symptome wie Zittern, Versteifung von Muskeln oder ein unsicherer, nach vorne gebeugter Gang, Lähmungen, Dyskinesien (die sich zum Beispiel durch Krämpfe in Muskeln, Augen oder der Zunge zeigen können), Akathisie (motorische Unruhe, wie »restless legs«), Gewichtszunahme, unkontrollierter Appetit, Herz und Kreislaufprobleme, Impotenz, Libidoverlust, starkes Schwitzen, Milcheinschuss, Haarausfall, brüchige Nägel, Empfindsamkeit gegenüber Sonnenlicht, emotionale Unruhe oder Angstzustände gehören (DGSP, 2018b, S. 17; Schlimme et al., 2019, S. 53ff.; Moncrieff, 2020, S. 67f.; Gründer, 2022). Zudem kommt es bei der Antipsychotikaeinnahme zu Nebenwirkungen, die eher an Symptome einer Depression erinnern können. Das sind zum Beispiel Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten, Antriebs- und Motivationsverlust (Schlimme et al., 2019, S. 58).

Entgegen der weit verbreiteten Praxis sind Antipsychotika kein Langzeitmedikament, da sie, je länger sie eingenommen werden, zu problematischen Langzeitfolgen oder Komorbiditäten führen können (Schlier et al., 2023; Gründer, 2022, S. 52). Dies sind zum Beispiel das metabolische Syndrom und kardiovaskuläre Probleme, die auch den plötzlichen Herztod beinhalten können (Moncrieff, 2020, S. 68f.). Durch die Rezeptorblockade kann es zu einer Rückentwicklung der nicht mehr beanspruchten Bereiche des Gehirns kommen, was heißt, die Gehirnmasse verringert sich und die Intelligenz sowie die Fähigkeiten, sich überhaupt mit der Psychose auseinandersetzen zu können, nehmen ab (Aderhold, 2014, S. 113ff.; Weinmann, 2019, S. 105f.). Menschen mit einer gegebenen Schizophreniediagnose haben eine geringere Lebenserwartung im Vergleich zur Normalbevölkerung, unter anderem bedingt durch ein erhöhtes Suizidrisiko (Tanskanen et al., 2018). Ein Zusammenhang zwischen einem erhöhten Mortalitätsrisiko und der Einnahme von Antipsychotika gilt mittlerweile als akzeptiert, auch wenn dieser lange verneint wurde (Moncrieff, 2020, S. 69; Murray-Thomas, 2013; Weinmann et al., 2009). Zusätzlich können sicherlich auch das jeweilige Antipsychotikum, die Dosismenge, der Zeitraum der Einnahme, das Alter, das Geschlecht, Komorbiditäten und sonstige Lebensbedingungen eine Rolle spielen.

Eine landesweite Studie in Finnland konnte (retrospektiv) über einen Zeitraum von 20 Jahren im Widerspruch zu anderen Befunden zeigen, dass Personen, die die Medikamente langfristig einnehmen, länger leben als die, die keine Medikamente einnehmen (Tiihonen et al., 2018). Kritisiert wird die Studie für methodologische und

inhaltliche Schwächen. Dies sind zum Beispiel die fehlende zufällige Randomisierung und Kontrollgruppen, die Kausalität zwischen abgebrochener Behandlung und Tod und der Einbezug anderer Variablen, wie etwa der Einbezug der Lebensbedingungen, fehlende Angaben von Todesursachen und Komorbiditäten. Die Angabe der Todesursachen und Komorbiditäten könnte zu anderen Interpretationsmöglichkeiten über das durch die Antipsychotika initiierte Rückfallrisiko (zum Beispiel Reboundpsychosen) oder der Evaluation der Gründe für das Absetzen der Antipsychotika führen (Moncrieff & Steingard, 2019; Moncrieff, 2020, S. 69f.; Gründer, 2022, S. 59). Der mögliche Zusammenhang eines erhöhten »sudden cardiac death« unter Menschen, die regelmäßig Antipsychotika einnehmen (Murray-Thomas et al., 2013; Wu et al., 2015; Chen et al., 2020), widerspricht außerdem der Studie von Tiuhonen et al. (2018). Dies sollte nicht verwundern, da viele der Nutzenden metabolische Syndrome entwickeln.

Ein weiterer Effekt, der durch die Einnahme der Antipsychotika entsteht, ist die sogenannte Dopaminsupersensitivität (Gründer, 2022, S. 66). Der »antipsychotische« Mechanismus der Neuroleptika erzeugt die paradoxe Situation, dass Menschen, die Antipsychotika einnehmen, langfristig ein deutlich höheres Risiko haben, psychotisch zu werden. Das Gehirn reagiert auf die Blockade der Rezeptoren mit der kompensierenden Bildung neuer Rezeptoren. Dies kann mit einer Abnahme der Response, das heißt ihrer Wirkung, zusammenhängen (Aderhold, 2014, S. 108). Zusätzlich kann durch die Blockade die Dopaminausschüttung angeregt werden (ebd.). Werden die Antipsychotika sehr schnell oder plötzlich stark reduziert oder abgesetzt, kann es zu sogenannten »Reboundpsychosen« (ebd.) kommen, da die entsprechende Person durch die Supersensitivität deutlich empfindsamer gegenüber Umwelteinflüssen werden kann (Schlimme et al., 2019, S. 64). Die Einnahme der Antipsychotika erzeugt so gesehen eine Abhängigkeit von dem Medikament. Sorgfältiges sowie langsames Reduzieren ist daher unbedingt zu empfehlen. Das Absetzen und Reduzieren wird von entsprechenden Entzugerscheinungen begleitet, zu denen neben der »Supersensitivitätspsychose« deutliche Entzugssymptome wie zum Beispiel Schwitzen, Schwindel, Denkstörungen, Dünnhäutigkeit oder Unruhe gehören. Der Entzug ist ohne (therapeutische) Unterstützung und Bereitschaft des sozialen Umfeldes kaum zu bewerkstelligen (ebd., S. 70; Schlimme & Scholz, 2022; Servonnet & Samaha, 2020; Servonnet et al., 2021; DGSP, 2018b, S. 16; DGPPN, 2019, S. 62f.). Für die Nutzenden der Antipsychotika wird es schwierig, sich in dieser Situation behaupten zu können, da mit dem Absetzen auch immer die Erwartung verbunden sein kann, dass die nächste Psychose schlimmer werden könnte und es deswegen regelmäßig gängige Praxis ist, von dem Absetzen abzuraten. Es ist davon auszugehen, dass von dem Absetzen abgeraten wird, weil die falsche Annahme verbreitet ist, Psychosen oder »Schizophrenie« seien chronisch (anhaltende Dopamindysregulation) und die Medikamenteneinnahme wäre dauerhaft indiziert. Da sich aber durch die langfristige Einnahme Nebenwirkungen und Langzeitfolgen die Medikamente bemerkbar machen werden, steht der Betroffene vor einem Dilemma. Es ist schwierig, entsprechende therapeutischen Hilfe zu erhalten, da trotz der hier

beschriebenen Schwierigkeiten die Langzeiteinnahme wegen der akuten Rückfallgefahr (die durch die Medikamente erst akut wird) von den meisten Psychiatern empfohlen wird (Moncrieff, 2020, S. 61; DGPPN, 2019, S. 73f.). In dieser sonderbaren Situation konnte sich das »revolving door syndrome« (Whitaker, 2010, S. 103) entwickeln: Patienten müssten immer wieder in die Psychiatrie aufgenommen werden, weil der »relapse« nicht zu verhindern ist (ebd., S. 106).

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Einnahme der Antipsychotika in einer akuten Psychose in einem streng limitierten Zeitraum hilfreich sein kann, sie aber bei einer langfristigen Einnahme zu körperlichen, kognitiven und emotionalen Einschränkungen führen können, was eine Verminderung der Lebensqualität fördert sowie eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit der Psychose blockieren könnte. Diesen Aspekt möchte ich im nächsten Teil intensiver diskutieren.

1.2.7 Resümee: Antipsychotika, Recovery und Lebensqualität

Ich möchte dieses Kapitel mit einer kritischen Perspektive zur Langzeiteinnahme von Antipsychotika und Überlegungen zur subjektiven Lebensqualität aus einer recoveryorientierten Sichtweise abschließen. Es soll deutlich werden, dass die subjektive Lebensqualität in den Outcome-Kriterien der Medikamentenforschung selten berücksichtigt wird. So werden dann Symptomfreiheit und Lebensqualität gleichgesetzt.

Das Recoverykonzept geht davon aus, dass Menschen, die eine Psychose erleben und deren Erleben aus der psychiatrischen Mainstreamsicht als »Symptom« eingestuft wird (zum Beispiel Stimmenhören oder nicht geteilte Annahmen über die Realität), trotzdem eine hohe Lebensqualität, Zufriedenheit und persönliche Ziele erreichen können. Das persönliche Recovery geht einher mit Gemeinschaft, einer persönlichen und beruflichen Entwicklung sowie individuellem Wohlbefinden und einer Veränderung der Perspektive auf das, was in der Psychiatrie normalerweise als »krank« angesehen wird. Die Psychose schließt einen Recoveryprozess nicht aus, sondern wird als Möglichkeit der individuellen Entwicklung und des Weiterkommens gesehen (Slade et al., 2014; Anthony, 1993). Demgegenüber stehen soziale und klinisch definierte Verständnisse von gesundheitlicher Verbesserung. Zum einen wird bei Gesundheit Symptomfreiheit vorausgesetzt. Zum anderen werden die Outcome-Kriterien für eine Genesung institutionell vorgegeben (zum Beispiel legen Mediziner fest, wann jemand genesen ist und wann nicht) und nicht aus der Nutzendenperspektive abgeleitet. Erst Symptomfreiheit im Sinne des deutungsrelevanten klinischen Konzeptes würde Genesung bedeuten und erst die Genesung würde für gesellschaftliche Partizipation »qualifizieren« (Slade & Londgen, 2015). Das Recovery zeigt jedoch, dass sich Lebensqualität und Symptome nicht ausschließen, sondern der Umgang mit Symptomen im Rahmen persönlicher und sozialer Anforderungen besser erlernt werden kann. Im kritischen

Diskurs wird zudem angemerkt, dass es Hinweise darauf gibt, dass Antipsychotika einen ›natürlichen‹ Verlauf der Psychose aufschieben oder blockieren können (Whitaker, 2010, S. 110; Schlimme et al., 2019, S. 51). Die Auseinandersetzung mit der Psychose wird erschwert, weil sich der Selbstbezug auf Grund der durch die Einnahme von Neuroleptika bedingten kognitiven Einschränkungen sowie durch die Dämpfung der Emotionen, verändert, was schließlich das Kennenlernen und den Umgang mit den eigenen Emotionen behindern kann (Schlimme & Scholz, 2022). Dies kann sich dann so auswirken, dass der Eindruck entsteht, die Medikamente ›stumpfen ab‹, machen gleichgültig gegenüber Beziehungen und entfernen die Nutzenden von ihrer eigentlichen ›Erkrankung‹ (Weinmann, 2019, S. 97). Die klinische Forschung orientiert sich zum großen Teil an den dichotomen Outcome-Kriterien, die die Heterogenität beim Verlauf von Psychosen und das persönliche Recovery nicht erfassen können (Slade & Londgen, 2015). Dadurch wird ein enger Rahmen mit strengen Kriterien der Genesung vorausgesetzt, in welchem die Vorstellung von Symptomfreiheit überhaupt erst durch Medikamente realisiert werden kann.

Wie schon anhand der Dopamin-Hypothese (1.2.5) deutlich werden konnte, ist die Psychose in der Logik der klinischen Sichtweise eine Abnormalität des Stoffwechsels, welche durch den Einsatz der Medikamente korrigiert werden kann. Ohne Antipsychotika kann es demnach keine Remission geben, Symptome sind Ausdruck der Abnormalität des Stoffwechsels, was schließlich die strengen Outcome-Kriterien rechtfertigt (Whitaker, 2010, S. 108; van Os & Guloksuz, 2022). Im Widerspruch steht dazu, dass es die Antipsychotika selbst sein können, die zu einer Veränderung des Stoffwechsels führen (Whitaker, 2010, S. 84; Gründer, 2022, S. 52). Wie deutlich wurde, können die sogenannten abnormalen Reaktionen (wie zum Beispiel das Stimmenhören oder Schlaflosigkeit), normale Reaktionen auf belastende Ereignisse (zum Beispiel Gewalterfahrungen oder Traumatisierungen) sein. In klinischen Studien steht die Wirksamkeit von Antipsychotika selbst im Mittelpunkt und diese zielt in der Regel auf die Symptomverbesserung, Verhinderung von Rückfällen oder Rehospitalisierung ab (Wunderink, 2019). Aus kritischer Sicht ist anzumerken, dass Psychopharmaka im Allgemeinen nur einen mildernden und kurzweiligen Effekt auf die Symptome haben können (»symptom-modifying«). Sie wirken nicht, wie häufig behauptet wird, auf die Erkrankung an sich (»disease-modifying«). Die Abwesenheit eines Symptoms wird als Wirksamkeit des Medikaments interpretiert und so wird diesem dann ein positiver Nutzen im Umgang mit der Erkrankung selbst bescheinigt (Ghaemi, 2022; Kapur, 2019; Moncrieff, 2020, S. 36). Die Metaanalysen von Leucht et al (2009; 2013) zeigen, dass die Symptomverbesserung und Reduzierung des Leidensdrucks bei 20% bis 25% der Nutzenden von Antipsychotika festgestellt werden kann (das heißt bei jeder fünften bis achten Person). Das Kriterium der Symptomverbesserung, welches zur Überprüfung der Wirksamkeit der Neuroleptika herangezogen wird, hat in der Regel nur einen kurzweiligen und mildernden Effekt. Eine Schlussfolgerung daraus könnte sein, den Zeitraum für die Einnahme von Antipsychotika zeitlich zu limitieren. Ein

Punkt, der dafürspricht, ist die kaum vorhandene Evidenz über den Langzeitnutzen (wer profitiert wie über welchen Zeitraum von der Einnahme). Dabei stellt sich die Frage, wann Nebenwirkungen und Langzeitfolgen, die durch das Medikament ausgelöst werden können, gegenüber den Folgen Psychose überwiegen können (Schlier et al., 2023; Correll et al., 2018; Takeuchi et al., 2017; Leucht & Davis, 2017; Leucht et al., 2012; Morrison et al., 2012; Harrow et al., 2014; 2017). Angesichts des zunehmenden Bewusstseins über die begrenzte positive Wirkung von Antipsychotika, dass sich sowohl nach dem ersten Auftreten einer Psychose als auch für die Langzeiteinnahme zeigt, sollten Empfehlungen für die Langzeiteinnahme durchaus stärker abgewogen werden (Gründer, 2022; DGPPN, 2019, S. 59).

Ergänzend sind die Probleme der Forschungspraxis anzumerken, die sich in Wirksamkeitsstudien über Psychopharmaka ergeben (siehe 1.2.4). Der Effekt eines Medikamentes auf die zu behandelnde Krankheit lässt sich insbesondere mittels der als goldener Standard geltenden doppelt-verblindeten (das heißt die Studienteilnehmenden sollten nicht wissen, ob sie zufällig der Interventions- oder Placebogruppe zugelost wurden) randomisierten kontrollierten Studien (RCT – randomised controlled trials) überprüfen. Gibt es ausreichend RTCs, können deren Durchschnittswerte im Rahmen zusammenfassender Meta-Analysen herausgearbeitet werden. Je mehr RCTs es zu einem Medikament gibt, desto aussagekräftiger sind die Durchschnittswerte in den Meta-Analysen. Die Evidenz über die Wirksamkeit eines Medikamentes auf eine bestimmte Krankheit verdichtet sich durch die Zusammenfassung der RTCs in der Meta-Analyse. Die Meta-Analysen sind also abhängig von der Qualität der RCTs, die wie schon in 1.1.2. und 1.2.2 deutlich wurde, häufig in der Kritik stehen. Darüber hinaus sind RTCs in der Antipsychotikaforschung mit methodischen Schwierigkeiten konfrontiert, die in der Aussagekraft einer RCT berücksichtigt werden sollten. Auffällig ist, dass die meisten Psychopharmakastudien industriell durchgeführt und finanziert werden (House of Commons, 2005; DGSP, 2018a, S. 22f.). Unbestritten ist das ökonomische Interesse der Vermarktung eines Medikaments. Zu seiner Freigabe muss sich ein Medikament allerdings in Studien bewähren, was Manipulation in Form von selektiver Veröffentlichung zur Folge haben kann und eine neutrale Begutachtung der Studien eher unwahrscheinlich machen könnte (Hasler, 2015, S. 106).

Neben den erwähnten, streng definierten Outcome-Kriterien wird aus kritischer Sicht hervorgehoben, dass es aufgrund des Zeitaufwands von RTCs schwierig sein kann, das Sample über einen gewissen Zeitraum zusammenzuhalten sowie die zufällige Randomisierung aufrecht zu erhalten. Streng genommen müsste die Wirksamkeit der Antipsychotika durch den Vergleich von Nutzenden und Nicht-Nutzenden nachgewiesen werden. Dafür müssten Nutzende die Antipsychotika absetzen, was wiederum Reboundeffekte zur Folge haben könnte, die jedoch, sofern sie nicht als Reboundeffekte interpretiert werden, in Wirksamkeitsstudien als Nachweis über den Nutzen angeführt werden. Die Formel lautet dabei: Hätte der Nutzende nicht abgesetzt, hätte er keine Psychose bekommen, was dann wieder als Beleg für den Langzeitnutzen spricht (Mon-

crieff, 2015; Wunderink, 2019). Wegen der häufig eng gesetzten Outcomekriterien bei der Remission von Psychosen (zum Beispiel Rückfall, Symptome, Rehospitalisierung), anhand derer die Wirkung des Medikaments nachgewiesen werden soll, werden Recoverykriterien selten berücksichtigt. Wie eingangs erwähnt, wird Symptombefreiheit mit Genesung gleichgesetzt. Wird stattdessen das Outcome aus der Perspektive der Nutzenden festgelegt, das sich an Kriterien, wie Alltagsfertigkeiten, Arbeit und Ausbildung, Beziehung und Selbstfürsorge orientiert, wird deutlich, dass Symptombefreiheit für ein funktionales Recovery keine Bedingung sein muss (auch scheinbare Rückfälle oder Rehospitalisierungen könnten anders bewertet werden). Im Gegenteil gibt es erste Hinweise darauf, dass das funktionale Recovery (trotz Psychose alltagsfähig sein und eine subjektiv hohe Lebensqualität haben) durch die Langzeiteinnahme von Medikamenten sogar eingeschränkt werden kann (Wunderink, 2019; Whitaker, 2010, S. 108). Die Evidenz einer funktionellen Recovery gestaltet sich jedoch schwierig, weil die Studiendauer zum Beispiel auf Grund der Entwicklung von Alltagsfähigkeiten oder des Absetzzeitraums der Medikamente sehr lang sein kann. Schnelles Absetzen der Medikamente und mögliche Dopaminsupersensitivität erschweren das Durchhalten über einen längeren Zeitraum (ohnehin wirkt der Rückfall selbstbestätigend, da es ohne Medikamente nicht geht; Wunderink, 2018; 2019). Zudem wird oft kritisiert, dass die Nutzenden, die bereit sind, abzusetzen und an einer Studie mitwirken, eine größere Motivation haben könnten, an ihrer Psychose zu arbeiten (Murray et al., 2016). Dennoch konnten Wunderink et al. (2013) in einer Studie, die die Reduktion von Antipsychotika von Nutzenden über zwei Jahre begleitet, zeigen, dass nach anfänglichen Reboundeffekten, die Personen sich über einen Zeitraum von sieben Jahren im funktionalen Recovery deutlich besser entwickelt haben als Personen, die ihre Medikamente ohne Unterbrechung eingenommen haben. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt eine Studie mit einer Dauer von 20 Jahren. Die Performance (zum Beispiel Arbeitsleistung) der betroffenen Personen würde sich nach zwei bis drei Jahren verbessern, wenn kein Medikament verschrieben wurde. Bei denen die Medikamente einnehmen, würde sich der Outcome über einen längeren Zeitraum nicht verbessern und es kommt häufiger zu Rückfällen und Rehospitalisierungen. Der Langzeitgebrauch der Medikamente über den Zeitraum von zwei Jahren wird als unsicher bewertet (Harrow, et al., 2017; Harrow et al., 2022). Zudem würde sich die Prognose ohne Medikamente bessern, die Personen seien weniger anfällig für Psychosen, können besser mit Symptomen umgehen und würden sich besser entwickeln (Harrow et al., 2012). Im Gegensatz dazu, würde eine Langzeitmedikation nicht gegen psychotische Symptome, Rückfälle oder Rehospitalisierung schützen (Harrow et al., 2014). Die Studienergebnisse werfen die Fragen nach dem Nutzen der Antipsychotika über die Akutphase hinaus auf. Zumal sie möglicherweise nach einer gewissen Dauer ihre Wirksamkeit verlieren könnten, Dopaminsupersensitivität verursachen oder gar durch ihre Nebenwirkungen (und gewünschten Wirkungen) die Möglichkeit zur Recovery verhindern (Whitaker, 2010, S. 97f.; Wunderink, 2019; Gründer, 2022, S. 48). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt

eine Meta-Analyse (Schlier et al., 2023). Von Nutzenden selbst wird die (langfristige) Einnahme der Medikamente häufig eher als belastend, denn als hilfreich erlebt (Crellyn et al., 2022). Entsprechend dazu gibt es laufende Studien, die über einen längeren Zeitraum angelegt sind, um die Absetz- und Langzeiteffekte von Antipsychotika zu untersuchen und neue Praxisempfehlungen für den Gebrauch von Antipsychotika zu entwickeln (Begemann et al., 2020; Moncrieff et al., 2019; Weller et al., 2018). Neben dem Recruiting stellt auch die Studiendauer ein großes Hindernis dar. So sind Ergebnisse mit geringer Aussagekraft zu erwarten (Stürup et al., 2022). Resümierend werfen die Ergebnisse die Frage auf, ob sich Psychoseerfahrungen ohne oder mit der Einnahme von sehr wenigen und temporär eingesetzten Antipsychotika nicht über einen bestimmten Zeitraum und mit viel Geduld von selbst regeln können. Ohne Frage ist das natürlich von Person zu Person unterschiedlich zu bewerten.

Nachdem ich die theoretischen Defizite des Schizophreniekonzeptes und die damit verbundene problematische Praxis und Forschung aufzeigen konnte, soll nun die Psychose als Kontinuumserfahrung, ihr typisches Erleben sowie die mit ihr in Verbindung stehenden (sozialen) Ursachen vorgestellt werden. Das Schizophreniekonzept wird demnach für den weiteren Verlauf dieser Arbeit keine Rolle mehr spielen.

1.3 Psychose und Psychoseerfahrung

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit dem Konzept der Psychose und der Psychoseerfahrung. Es soll vor allem die individuelle Perspektive der Psychose in das Zentrum der Überlegungen stellen und keine, die die Erfahrungen und das Erleben aus einer abstrakten, verallgemeinerten Sichtweise beurteilt. Das Ziel des Kapitels ist es zu zeigen, dass sich die in der Mainstreampsychiatrie vertretene Sichtweise, Psychosen seien grundsätzlich auf eine biologisch pathologische Ursache zurückzuführen und würden sich immer in vergleichbar schwerer Form äußern, empirisch nicht halten lässt. Dafür wird zu Beginn des Kapitels die historische Entwicklung des Konzeptes skizziert und überlegt, was eine Psychose ausmacht, wie sie sich entwickelt und welche Charakteristika mit dem Erleben einer Psychose in Verbindung gebracht werden. Daraus wird deutlich, dass sich die Psychose individuell ausprägen und als Erfahrung gar nicht so ungewöhnlich sein kann. Bei wenigen Menschen hingegen, kann sie zu erheblichen Schwierigkeiten führen, die Unterstützung oder eine psychiatrische Behandlung notwendig machen. Die Bedingungen, Ursachen und Gründe, die ich als sozio-kulturell und nicht biologisch verstehe, möchte ich am Konzept des Psychose-Kontinuums und der Epidemiologie sowie der Psychose als transdiagnostisches Konzept vorstellen. Dadurch soll deutlich werden, dass unterschiedliche, sich kumulierende belastende Ereignisse unter bestimmten psychischen, den eigenen Handlungsspielraum begrenzenden Vo-

raussetzungen zu einer Psychose führen können und die Psychose selbst nicht auf eine bestimmte Krankheit zurückzuführen ist.

Im Kontext dieser Arbeit verstehe ich Psychosen als einen Obergriff für einen Modus der Bearbeitung kognitiver, emotionaler und sozialer Konflikte, die nicht biologisch, sondern durch soziale Erfahrungen begründet sind und kognitiv, emotional oder psychologisch (noch) nicht konstruktiv bearbeitet werden können. Die Psychose ist kein, wie in der Mainstreampsychiatrie häufig vertreten, einheitlicher biologisch-pathologischer Vorgang, der einen bestimmten Determinismus folgt und einen fest prognostizierten gesundheitlichen ›Endzustand‹ erreichen wird, immer die gleichen ›Symptome‹ hervorbringt und eine Person grundsätzlich in ihrer gesamten Persönlichkeit sowie Auslegung der Welt betrifft (Berrios & Marková, 2021; Berrios & Beer, 1994). Ich möchte zeigen, dass die Erfahrungen und Erlebensweisen je nach Person stark voneinander variieren können, jede Psychose eine individuelle Reaktion auf eine besondere Situation sein kann, die von der Person nicht passiv, abwartend und hilflos hingenommen werden muss. Psychosen unterscheiden sich von Person zu Person, in ihrem Erleben, ihrer Erfahrung, ihrem Sinn, ihren Ursachen, ihrer Intensität, ihrer Ausprägung und ihrer Frequenz. Sie sind gemessen an unseren kulturellen Werten und Normen einer gelingenden Lebensführung als ein (noch) nicht erfolgreicher Bewältigungsversuch auf besondere, belastende oder traumatisierende Erfahrungen, zu verstehen. Mit dieser Sichtweise grenze ich mich vom psychiatrischen Mainstream ab, für die die ›endogene‹ (im Gegensatz zu den exogenen Psychosen; siehe Punkt 1.3.1.) Psychose, ein biologischer und damit unkontrollierbarer pathologischer Prozess ist, der unabhängig von den Erfahrungen des Subjekts ausgelöst werden kann (Beer, 1996c). Demgegenüber stelle ich zum einen die psychodynamische Sichtweise, in der die Psychose eine Reaktion auf einen starken Konflikt darstellt, der dadurch, dass er (noch) nicht gelöst werden konnte, zur extremen Belastung für eine Person werden kann. Somit wird die psychodynamische Seite der Psychose als ein noch nicht geglückter Versuch, einen konstruktiven Umgang mit den Konflikten entwickelt zu haben, hervorgehoben (Mentzos, 2015; 2017; Benedetti, 1976; Bion, 1997 [1962]). Dies ergänze ich zum anderen um handlungstheoretische und phänomenologische Sichtweisen, durch welche die Sinn- und Bedeutungsstrukturen des lebensweltlichen, orientierten Handelns deutlich gemacht werden kann (Schlimme & Brückner; 2017; Fuchs, 2012; Gonther, 2019; Conrad, 2002 [1959]; Wulff, 1995). Ich beziehe diese Konzepte mit ein, weil sie eine fruchtbare Perspektive für das subjektorientierte Verstehen von Psychoseerfahrungen ermöglichen. Hervorzuheben ist, dass ich auch die von mir dargestellten Sichtweisen zum Teil kritisch betrachte und ich mich dann von diesen abgrenzen werde, wenn diese ebenfalls eine Sichtweise einnehmen, die die Psychose dann doch als einen einheitlichen pathologischen und biologisch begründeten Prozess darstellen. Daraus möchte ich eine integrative Perspektive entwickeln, die die unterschiedlichen Formen und Qualitäten der Erfahrung und des Erlebens der Psychose vermitteln kann. Ergänzend wird die neurobiologisch-psychologische Sichtweise hinzugezogen, die hervorhebt, wie und warum belastende Situationen die Psychodynamik und die Handlungsauslegung sowie

-orientierung einer Person bis hin zur psychotischen (Abwehr-) Reaktion verändern können (Pries et al., 2021; Johansson & Joa, 2021; Read et al., 2001).

1.3.1 Charakteristika, die mit Psychosen verbunden werden

In diesem Abschnitt wird zunächst die konzeptuelle Entwicklung der Psychose erläutert und die für die Psychose entsprechenden Charakteristika thematisiert. Anschließend wird aus psychodynamischer Perspektive dargestellt, warum die Psychose ein (missglückter) Versuch ist, mit bestimmten Konflikten umgehen zu können.

Historisch gesehen waren ›Neurose‹ und ›Psychose‹ die Oberbegriffe einer konzeptuellen Trennung für psychiatrische Störungsbilder, die im Laufe der Jahrzehnte in unterschiedliche und unzählige Krankheitskonzepte ausdifferenziert wurden (Küchenhoff, 2012, S. 12f.; S. 16; Laplanche & Pontalis, 1977 [1967], S. 413f.). Im Gegensatz zur Neurose, die als verstehbar damit behandelbar galt (und immer noch gilt), ist die Psychose von einer ›Nicht-Verstehbarkeit‹ gekennzeichnet, da als Ursache biologische Faktoren und keine, wie für die Neurose typisch, sozialen Konflikte als zugrundeliegend vermutet wurden (und immer noch werden) (Küchenhoff, 2012, S. 21; Laplanche & Pontalis, 1977 [1967], S. 415). Bis heute werden die ›psychotischen Störungen‹ von dem Vorurteil begleitet, ihre Ursache sei, sofern kein exogener Faktor (also ein körperlich erkennbarer Auslöser, wie zum Beispiel ein Gehirntumor, eine Verletzung oder Drogenkonsum) identifizierbar ist, endogen. Demnach liegt der Entstehung und der Symptomatik ein biologischer Defekt zugrunde, unabhängig von eventuellen traumatischen beziehungsweise stark belastenden Erfahrungen, die eine Person macht (Beer, 1996a; Beer, 1996b; Jaspers, 1913, S. 171f.). Zudem konnte sich historisch ein negatives Bild über ›Psychosen‹ etablieren, da in der Regel der Diskurs durch das Bild der ›schweren‹ Verläufe dominiert wurde (Beer, 1995)¹⁵. Wie oben schon kritisiert, wird die Psychose dadurch in der Regel als einheitlicher schwerer Verlauf dargestellt (und wahrgenommen), der mit unkontrollierbaren Symptomen, die die Person in ihrer Gesamtheit betreffen, in Verbindung gebracht wird.

Konzeptuell gesehen betrifft die Psychose den Modus der Selbst- und Fremdwahrnehmung, das heißt, sie äußert sich durch die Anwesenheit von ›Symptomen‹ wie Halluzinationen, Wahnerleben, Realitätsverlust oder Ich-Störungen, die als Erlebensweisen für die psychotische Person selbst und der sozialen Umwelt kaum oder gar nicht nachvollziehbar sind (Beer, 1996a). Im Prinzip heißt das, der Psychotiker erkennt nicht, dass er psychotisch ist. Im Gegensatz dazu, hat der Neurotiker in der Regel die Möglichkeit, seine ›Symptome‹, die eine funktionale Eigenschaft haben und auf einen psychologischen Ursprung zurückzuführen sind, zu erkennen und behandeln zu lassen (Beer, 1996b). Letztlich hat die Unterscheidung und die damit verbundenen

¹⁵ Wie ich in Punkt 3.1.3. und 3.2. zeigen werde, wird das negative Bild der Psychosen auch in Teilen der Sozialwissenschaften reproduziert. Siehe außerdem Punkt 1.1.8.

Eigenschaften zu einer (historisch gewachsenen) negativen Einstellung hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten bei Psychosen geführt (Freud (1924 [1923]; 1924; Beer 1996b). Ist das Erleben der Person nicht nachvollziehbar, wird es als psychotisches Symptom klassifiziert. Gibt es keinen offensichtlichen Grund, wird kausal auf eine endogene Ursache geschlossen, die in der Regel in Verbindung mit Primärerkrankungen wie der ›Schizophrenie‹ stehen. Das hat nicht zuletzt Konsequenzen für die Prognose und die angebotenen Behandlungsmöglichkeiten (siehe Punkt 1.2.4.).

Im Gegensatz zu dieser ursprünglichen Auffassung wird psychotisches Erleben gegenwärtig wesentlich differenzierter betrachtet, was nicht zuletzt den mit der Psychose assoziierten schweren Verlauf relativiert. Das Erleben steht, wie ich später zeigen werde, mit besonderen Erlebnissen einer Person in Verbindung. Psychotisches Erleben, das in unterschiedlicher Qualität auftreten kann, teilt sich in unterschiedliche Merkmale auf, die einzeln, zusammen oder nacheinander auftreten können. In der Regel kann eine Erlebensweise eine andere begünstigen (zum Beispiel Stimmenhören, tiefes Misstrauen und kognitive Desorganisation). Folgende Aspekte können mit psychotischem Erleben in Verbindung gebracht werden (BPS, 2017, S. 10; Bock, 2020, S. 26f.):

- Kognitive Schwierigkeiten wie Desorganisation, Konzentrationsschwierigkeiten, abgelenkt oder durcheinander sein, spontane Gedankensprünge, aber auch Probleme in der Sprachfähigkeit und Artikulation;
- ungewöhnliche und bizarre Vorstellungen, die nicht geteilt werden, subjektive Überzeugungen oder das Gefühl, überwacht oder fremdgesteuert zu werden, anhaltendes, tiefes Misstrauen gegenüber anderen Menschen;
- Stimmenhören, laute Gedanken denken, ungewöhnliche Dinge sehen, irritierende Gerüche und Geschmäcker wahrnehmen sowie das Gefühl von Fremdkörpern auf oder unter der Haut.;
- Motivationslosigkeit, Antriebsarmut, ausdrucksloser Affekt, Apathie, sozialer Rückzug und Isolation.

Der nächste Abschnitt stellt die Psychose als missglückte Strategie im Umgang mit schweren Konflikten vor.

1.3.2 Psychose als missglückter Versuch der Konfliktverarbeitung

Im weiteren Verlauf stelle ich die Psychose aus psychodynamischer Perspektive dar. Die Psychose steht in dieser Denktradition als Obergriff für einen (wenig erfolgreichen) Modus der Konfliktverarbeitung. Sie wird zurückgeführt auf einen (schwer lösbaren) Konflikt zwischen der Umwelt und der Person selbst (zum Beispiel sexualisierte Gewalt im familiären Umfeld). Durch die psychodynamische Einordnung kann die Art der Psychose sowie ihre Dynamik dargestellt werden. Dabei stehen weniger die im

psychiatrischen Mainstream zugrundeliegende Krankheitsbilder (auch wenn später erwähnt), als mehr der Konflikt und die subjektiven Verarbeitungsmöglichkeiten im Mittelpunkt der Überlegungen (Mentzos, 2015; Matakas, 2008).

Die Psychosen an sich werden in affektive und nicht affektive Psychosen unterschieden (Mentzos, 2017, S. 205). In klassisch-psychiatrischen Begriffen ausgedrückt, ist die nicht affektive Psychose der ›Schizophrenie‹ zuzuordnen; hinter dem Begriff der affektiven Psychosen stehen bipolare Störungen, Manien, schizoaffektive Störungen und schwere Depressionen (ebd.). Die Unterteilung von nicht affektiver oder »kognitiver Psychose« und affektiver Psychose meint lediglich, dass sich diese Form der Psychose vermehrt auf das Denken und die Sprache als auf den Affekt auswirken kann (Bock, 2020, S. 23). Da gewisse Formen der Psychose sowohl den Affekt als auch die Kognition beeinflussen können, ist die Unterscheidung eine künstlich vorgenommene Trennung, die empirisch möglicherweise nicht durchgehalten werden kann (ebd.). Psychosen sind, allgemein gesehen, ein »dysfunktionaler« Lösungsversuch einer »dilemmatischen intrapsychischen Gegensätzlichkeit«, die eine Person mit den ihr vorhandenen Möglichkeiten nicht erfolgreich bearbeiten kann. Sie kann die kognitiven und emotionalen Spannungen nicht ausgleichen (Mentzos, 2017, S. 206). Wie sich zeigen wird, wäre es aus Identitätstheoretischer Sicht denkbar, dass sich solche Dilemmata durch die Psychose vergrößern können. Dies wird in Punkt 2.1.5. noch intensiver diskutiert. An dieser Stelle soll der Hinweis genügen, dass unterschiedliche Konfliktsituationen die Identität einer Person gefährden, da sie nicht gelernt hat, mit Konflikten konstruktiv umzugehen oder der Konflikt so stark ist, dass die verfügbaren Strategien nicht mehr ausreichen (zum Beispiel nach einem schweren Unfall oder im Krieg). Die relative Ausprägung der eigenen Fähigkeiten (zum Beispiel: wie konstruktiv kann eine Person mit starker emotionaler Belastung umgehen) und Möglichkeiten (zum Beispiel: Ausmaß oder Mangel an konstruktiver Unterstützung durch das soziale Umfeld) wird eine entsprechende relative Wirkung auf das Maß der Gefährdung der Identität haben; entsprechend variiert auch die Wahrscheinlichkeit einer Person, eine Psychose erleben zu können. Aus psychodynamischer Sicht kann nach der Schwere der Konflikte und den Fähigkeiten, diese zu bearbeiten, unterschieden werden. Die im Laufe dieses Punktes erwähnten und mit der Psychose in Verbindung stehenden Krankheitsbilder verweisen auf die in der Psychiatrie vorgenommene Differenzierung. Für diese Arbeit bleibt weiterhin der zugrunde liegende Konflikt und nicht das damit verbundene Krankheitsbild relevant.

Die ›Schizophrenie‹ zeichnet sich im Gegensatz zu den anderen ›Störungsbildern‹ durch einen tiefen Autonomiekonflikt aus, der auf Grund von (Entwicklungs-) Störungen in der »Selbst-Identität« (Mentzos, 2017, S. 219) möglicherweise nie erfolgreich durch die Person selbst bearbeitet werden konnte. Einer Person mit ›Schizophrenie‹ fehlen die Fähigkeiten, innere Vorstellungen (zum Beispiel emotionale Konflikte) mit äußeren Ereignissen (zum Beispiel Konflikte im sozialen Umfeld) harmonisch in die Selbst-Identität zu integrieren. Beziehungen und bestimmte Ereignisse können durchweg als bedrohlich für die eigene Autonomie erlebt werden, und daher versucht die

Person, die Umwelt (im psychotischen Modus) auf Distanz zu halten (ebd., S. 223). Der ›schizophrene‹ Mensch ist, aus der psychodynamischen Perspektive gesehen, in einer für ihn widersprüchlichen Situation. Die Person hat in ihrer Sozialisation für die eigene Autonomie belastende Erfahrungen gemacht (zum Beispiel Traumatisierungen oder die Unterdrückung einer selbständigen Entwicklung), so dass Beziehungen grundsätzlich als Bedrohung für die Autonomie erlebt werden. Durch den Versuch, sich von der Umwelt zu distanzieren, was eine emotionale Entlastung bringen soll, vergrößert sich gleichzeitig der Wunsch nach Beziehung (ebd., S. 256). So steht die Person vor dem Dilemma nach einer »unabhängigen Identität und Selbstkonsistenz« oder dem Verlust von Beziehungen (Mentzos, 2015, S. 346). Als Versuch, den Konflikt zwischen dem Wunsch nach Autonomie und Beziehung zu lösen, wird die Psychose zur »kostspieligen Pseudolösung« (Mentzos, 2017, S. 219). Der für die ›Schizophrenie‹ als charakteristische geltende Verfolgungswahn grenzt die Realität auf einen für die Person nachvollziehbaren und (scheinbar) greifbaren Sinnbereich ein, wodurch die fragile Identität geschützt werden kann (ebd., S. 220). Zudem reduziert der Wahn die Angst, die in der Psychose wohl die dominierende Emotion ist (ebd.).

In Abgrenzung zu den kognitiven Psychosen sind die affektiven Psychosen auf einen depressiven Konflikt zurückzuführen. Durch eine ständige Abwertung des Selbstwertes in der Sozialisation einer Person (etwa durch die Abwertung der eigenen Leistungen, Mobbing oder Gewalt), den die Person aus sich heraus nicht selbst korrigieren kann (ebd., S. 205), sind die affektiven Psychosen der Versuch, die bis zur Antriebslosigkeit lähmenden Gefühle (zum Beispiel Unsicherheit oder Verzweiflung) zu überkompensieren. Der für die affektiven Psychosen charakteristische Größenwahn und die Selbstüberschätzung ermöglichen der Person, die fesselnde Depression mit einer derartigen Wucht zu überwinden, dass durch sie großer Schaden entstehen kann (ebd., S. 213). Die nicht affektive Psychose setzt im Gegensatz dazu die von der Depression lähmenden Anteile aus (zum Beispiel starke moralische Konflikte oder Trauer), was sich dann vor allem in übertriebener Euphorie und absoluter Selbstüberzeugung äußern kann (Bock, 2020, S. 33). Der Wunsch nach Aufwertung wird durch die affektive Psychose konterkariert, weil die Probleme durch den ›psychotischen Rausch‹ zunehmen könnten.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass aus psychodynamischer Sicht sowohl die affektiven als auch die nicht affektiven Psychosen auf innere Konflikte zurückzuführen sind, die die Identität einer Person bedrohen. Diese Konflikte unterscheiden sich zwar, wie bereits dargelegt, grundlegend. Jedoch ist die Psychose in beiden Fällen eine Art Flucht oder Ausweg aus der schwer aushaltbaren sozialen und emotionalen Situation (Bock, 2020, S. 38; Matakas, 2008, S. 757). Der nächste Teil geht auf das psychotische Erleben an sich ein.

1.3.3 Charakteristika, die mit dem Erleben der Psychose verbunden werden

Der folgende Teil beschäftigt sich mit der Wahrnehmung, die sich in der Psychose verändert und zeigt auf, wie sich das Erleben einer Person nach und nach verändern kann. Dabei unterscheide ich zwischen kurzfristigen Veränderungen der Wahrnehmung, die möglicherweise normal sein können (›Psychoseerfahrungen‹) und solchen, die dauerhaft und belastend sind (›psychotisches Erleben‹). Ich beziehe mich dabei auf Überlegungen aus der neurobiologisch-psychologischen Psychoseforschung, die den Einfluss von starken Belastungen (zum Beispiel Stress oder Trauma) auf die körperliche Entwicklung hervorheben. Zudem stütze ich mich auf psychodynamische und phänomenologisch orientierte Ansätze, die deutlich machen, wie sich die Wahrnehmung unter den veränderten körperlichen Bedingungen auswirken kann und was an der Wahrnehmung schließlich ›psychotisch‹ sein kann.

Die Wahrnehmung verändert sich (meistens) nicht plötzlich, sondern sukzessiv und schleichend. Sie ist Bestandteil einer Dynamik sequenzieller und sich kumulierender, belastender Ereignisse (zum Beispiel Traumatisierungen, Gewalt, Mobbing, emotionaler Missbrauch; Read et al., 2001; Read et al., 2014; Bentall, 2021). Neben den Ereignissen werden die individuellen (emotionalen, kognitiven und sozialen) Möglichkeiten sowie die existierenden persönlichen Fähigkeiten, mit den sich häufenden und verstärkenden Belastungen zurechtzukommen, entscheidend, weil sie zum einen die Sensitivität gegenüber Stress erhöhen und in der Folge jede weitere Belastung noch intensiver erlebt werden kann (Pries et al., 2021, S. 447; Johanesson & Joa, 2021). Zum anderen werden Emotionen (etwa solche, die durch ein Trauma ausgelöst wurden, oder solchen, die durch neue belastende Erfahrungen dazukommen) und dadurch der Stress durchgängig auf einem hohen Niveau gehalten, da die Person noch keinen Weg gefunden hat, mit ihren belastenden Emotionen konstruktiv umzugehen (Mittal & Walker, 2019). Irgendwann kommt es unter dem starken Druck zum ›Zusammenbruch‹, da Belastungen, Emotionen und Stress weder mental noch körperlich ausgehalten werden können (Johanesson & Joa, 2021). Über einen langen Zeitraum wird die Person ohne geeignete Strategien sensitiver, was schließlich zu einer ›durchlässigeren‹ Wahrnehmung führen kann. Wichtige Informationen können nicht mehr von unwichtigen unterschieden werden. Relevanz- und Präferenzordnungen werden diffus und erodieren. Die Aufmerksamkeit richtet sich unkontrolliert in alle Richtungen, was selbst gewöhnliche Handlungen, einfaches Nachdenken und die Emotionskontrolle erschweren können, gar unmöglich macht. Selbst alltägliche Interaktionen werden zunehmend schwieriger und immer häufiger vermieden. Es ist in diesem Kontext wichtig zu vermerken, dass das Gefühl, die Eindrücke und Ansprüche der Außenwelt seien belastend und überfordernd, von vielen Menschen geteilt wird, sobald sie in als stressig erlebten Situationen sind. Das kann sogar in willkommenen, selbst aufgesuchten Situationen geschehen. Als

Beispiel eignet sich hier der Besuch eines Fußballspiels oder eines Konzertes, aber auch die unversehens unangenehm werdende Fahrt in einem vollen Zug oder das schnelle Fahren in einem Auto bei dichtem Verkehr. Die Aufmerksamkeit ist zunehmend auf die eigene Sicherheit gerichtet, irgendwann erschöpft sie sich. Kann die Situation beendet werden, werden Emotionen und Stress reguliert, gibt es keine Möglichkeit, die emotional belastenden und stressigen Situationen zu reduzieren und kommen neue dazu (zum Beispiel während eines bestimmten Zeitraums der persönlichen Entwicklung: »Vulnerabilitätsperiode«), erhöht sich die Durchlässigkeit für weitere Reize (»Stressvulnerabilität«; Gomes et al., 2019). Wie in Punkt 1.2.3. und 1.3.1 gezeigt, gehe ich nicht von einer biologisch bedingten Vulnerabilität aus. Vielmehr wird eine Person unter den kumulativen und nicht mehr zu bewältigenden Anforderungen sensibler und vulnerabler gegenüber den Anforderungen ihrer Umwelt. Die Fähigkeiten damit umgehen zu können, variieren je nach den traumatischen oder anderen belastenden Erfahrungen, durch welche die Person neu hinzugekommene emotional belastende Erfahrungen schwieriger bearbeiten kann.

Aus psychodynamischer Sicht würde sich bei zunehmender Sensitivität die Kontaktschranke (also die Grenze auf der Informationen nach Relevanz gefiltert werden) sowie die Grenze, zwischen Bewusstsein und Unbewusstem aufheben. Das Bewusstsein ist nur auf dasjenige ausgerichtet, was in der gegebenen Situation, die auch Antizipationen einschließen kann, von Bedeutung ist (»Relevanzsetzung«). Alle weiteren und überflüssigen Eindrücke werden unbewusst beziehungsweise irrelevant. Die Sinne werden dann auch durch die Relevanzsetzungen in der Außenwelt entsprechend reguliert (nur was von »Außen« als wichtig wahrgenommen wird, wird beachtet). Nehmen die Eindrücke aus der Außenwelt zu (wenn die Unterscheidung zwischen »wichtig« und »unwichtig« abnimmt), wird es für die Person schwieriger, die Sinneswahrnehmung zu kontrollieren; die Eindrücke können sukzessiv nicht länger unbewusst gemacht oder ausgeblendet werden. Zum Beispiel können dann Geräusche, visuelle Reize oder Hautempfindungen nicht mehr selektiert wahrgenommen werden. Die Eindrücke strömen »ungefiltert« auf die erlebende Person herein. Die Anstrengungen machen die Kontaktschranke durchlässig, was auch dazu führt, dass das innere Erleben, gerade auch Wut, Ärger, Frustration, Unsicherheit und deren begleitende Gedanken, nicht mehr ausreichend reguliert, begreifbar und bearbeitbar gemacht werden können. Wegen der eindringenden Außenwelt und der nach Außen dringenden Innenwelt kommt es zur Störung der Denkfähigkeit, das Ich findet keine Orientierung mehr, kann – nun auch im psychodynamischen, psychoanalytischen Sinne – keine Abwehrleistungen anwenden und fällt (temporär) in sich zusammen (Bion, 1997 [1962], S. 62ff.; Mertens, 2018, S. 283ff.).

Aus einer phänomenologisch orientierten Sicht wird deutlich, was geschieht, wenn die Außenwelt an Bedeutung gewinnt, weil ihre einzelnen Elemente nicht mehr priorisiert werden können. Durch den Bedeutungszuwachs ergeben sich auch Unmengen an Handlungsmöglichkeiten, die anstrengend und erschöpfend werden können. Die

rastlose Auseinandersetzung mit der Außenwelt erfordert dauerhafte kognitive Anstrengungen, da die Bedeutungen unentwegt zum Nachdenken auffordern und neu sortiert werden müssen (Schlimme & Brückner, 2017, S. 35). Durch die Überlagerung der Außenwelt mit dem eigenen Inneren verliert sich die Fähigkeit zur Reflexivität, was schließlich die selbstverständliche Auseinandersetzung mit der Außenwelt auf einmal nicht mehr möglich macht (ebd., S. 29). Dies kann zum Beispiel neben der Fähigkeit zur Beziehung oder der Bereitschaft, sich um den Lebensunterhalt zu kümmern, auch die selbstständige, alltägliche Versorgung mit Lebensmitteln miteinschließen. Zunehmend wird die Aufmerksamkeit auf einzelne Elemente oder Reize gebündelt; sie werden salient, das heißt, sie stechen in ihrer Bedeutung hervor (Winton-Brown & Kapur, 2021, S. 443). Die Attribuierung einer bestimmten Bedeutung dosiert zwar mögliche Bedeutungsüberschüsse und macht wieder handlungsfähig, kann aber zur hyperreflexiven Interpretation der Bedeutung beitragen (zum Beispiel: Beweise zu sehen, überwacht zu werden; Schlimme & Brückner, 2017, S. 54). Das ist keine Situation, die von jetzt auf gleich entsteht und dann dauerhaft bestehen bleibt. Sie ist abhängig von den Möglichkeiten, dagegen zu regulieren, zum Beispiel in Form von »Bedeutungsdosierungen« (ebd., S. 40), sowie den Möglichkeiten und Fähigkeiten des sozialen Umfelds, entsprechend konstruktiv handeln zu können.

Eine Psychose ist eine Reaktion, die sich je nach erlebtem Stress und Belastungen ergeben kann (zum Beispiel ein frustrierender und körperlich anstrengender Arbeitstag). Sie kann schlimmer werden, wenn eine Person keine Strategien gegen den Stress kennt oder diese nicht mehr ausreichen (zum Beispiel bringt der Rückzug in einen ruhigen Raum keinen Erfolg mehr). Dann können alltägliche Situationen auf einmal ihren gewohnten Charakter verlieren und werden in eine bedrohliche Richtung interpretiert. So können etwa ein Schellen einer Türklingel oder die ständige Vibration des Handys in der Hosentasche Beunruhigung auslösen, wenn diese mit möglichen, das Selbst betreffenden Gefahren assoziiert werden. In der Regel legt sich die Beunruhigung, da die Person weiß, dass die als bedrohlich assoziierten Eindrücke nach einer Erholungsphase wieder nachlassen werden. Nehmen die als belastend und bedrohlich gewerteten Eindrücke an Intensität und Frequenz zu, können sie zunehmend zur Beunruhigung und Verunsicherung beitragen (zum Beispiel: wenn der Stress aufgrund eines hohen Arbeitsaufkommens nicht nachlässt). Dann kann etwa das Schellen an der Tür auf die verfolgenden Nachbarn geschoben werden oder das Vibrieren des Handys wird zu einem bösen Scherz von feindlich gestimmten Arbeitskollegen. Situationen, die vorher schon einen unsicheren Charakter hatten und die Handlungsroutine bedrohen, werden dann verstärkt als verunsichernd und gefährlich wahrgenommen. Verunsichernde Gefühle wie zum Beispiel Sorgen oder Angst steigern die emotionale Qualität der Situation und die Empfänglichkeit für weitere Situationen dieser Art (Wulff, 1995, S. 172; Conrad, 2002 [1959], S. 84). Dann nimmt die Person auf einmal nur noch Verfolger auf dem Nachhauseweg wahr, die später für das Türschellen verantwortlich gemacht werden. Das Misstrauen gegenüber den Arbeitskollegen wächst, weil verdächtiges Verhalten

vermeintlich in verschiedensten Situationen erkannt wird. Irgendwann gelingt es nicht mehr, sich von der ›relativen‹ Harmlosigkeit der äußeren Welt zu überzeugen und den durch die Wahrnehmung verursachten Irrtum zu korrigieren. Plötzlich entsteht der Eindruck, dass der, der an der Tür schellt, dann auch in der Wohnung steht. Auf einmal wird ein Arbeitskollege mit dem Handy ›erwischt‹ (als schreibe er gerade eine feindlich gesinnte SMS). Die durch den anhaltenden Stress induzierten starken Emotionen wie Angst, Verunsicherung, Wut, Enttäuschung oder Trauer befeuern die Vorstellung, verfolgt oder überwacht zu werden. Das wiederum legt die Aufmerksamkeit intentional auf die Bedeutungen der Außenwelt, die automatisch mit den eigenen Gefühlen und Gedanken korrespondieren (ebd., S. 110f.). Damit macht das Bedrohliche und Trügerische der Welt plötzlich Sinn und die Person kann sich nur schwer von dem Gegenteil überzeugen lassen. Das Gefühl, eine weitere fremde Person befinde sich in der eigenen Wohnung, bestätigt sich in der Überbewertung bestimmter Geräusche oder Schattenspiele, die dem Eindringling zugeschrieben werden. Die Arbeitskollegen spielen auf die befürchtete Manipulation des Handys im gemeinsamen WhatsApp Chat an. Das emotionale Erleben drückt sich nach und nach den Gedanken auf. So verstärkt sich die Inkongruenz der inneren und äußeren Welt, was zu einem Teufelskreis führt. Dann kann es sukzessiv immer schwerer fallen, sich von den Gedanken zu trennen, und das Erleben kann die Person dauerhaft verunsichern.

An den Beispielen wird deutlich, wie ein einfacher, mit bizarren Vorstellungen oder Misstrauen gespickter Gedanke eine Kettenreaktion der Angst verursachen kann, die jeden weiteren Gedanken mit in die subjektive Vorstellungswelt reißt. Der eine Gedanke infiziert dann den nächsten und so weiter (Bion, 2006 [1970], S. 23). Es wird immer anstrengender, die innere und äußere Wirklichkeit miteinander zu vereinbaren, wenn die innere Anspannung der äußeren Welt zugeschrieben wird. Die Versuche der inneren Entlastung (zum Beispiel durch Projektionen schwer aushaltbarer Gefühle) machen die Welt noch schlimmer, weil sie für die eigene Erfahrung zusehends inkongruenter und unbegreifbarer wird (Wulff, 1995, S.28).

Die hier dargestellten Szenen einer objektiv schwer nachvollziehbaren, aber subjektiv begründeten und damit ernstzunehmenden Angst, sind für viele Menschen sicherlich nicht ungewöhnlich – auch wenn ihnen das Äußerste, die völlige Zerrissenheit der Selbst- und Weltbeziehung, erspart bleibt. Dadurch soll deutlich werden, dass unter bestimmten Umständen – zum Beispiel verstärkte Sensitivität, emotionale Anspannung, starker innerer Stress – und durch die geballte Existenz verunsichernder Ereignisse – zum Beispiel erlebte Gewalt, ein schwerer Verkehrsunfall oder der Verlust des Partners – jeder Mensch zur Psychoseerfahrung fähig sein kann. Jeder, der schon einmal das Gefühl hatte, auf dem Nachhause verfolgt zu werden, wird sich beim Eintreffen zuhause automatisch sicherer fühlen und im Regelfall nicht mehr lange darüber nachdenken. Normalerweise haben Menschen Umgangsweisen und Strategien erlernt, um mit bedrohlichen Situationen und Ereignissen zurechtzukommen (auch wenn sie diese unbewusst und automatisiert durchführen). Sie verlieren sich und die Kontrolle

über ihre Wahrnehmung, ihr Denken und Fühlen deswegen nur kurz, manchmal ein bisschen länger, in der Psychose eine kritische Zeit lang, die das Leben tatsächlich aus den Fugen geraten lassen kann. Diese Erfahrungen konstruktiv bearbeiten zu können, kann aber für einzelne Menschen schwerer werden, wenn aufgrund traumatischer oder anderer belastender Erfahrungen, die Umgangsweisen und Strategien nicht mehr ausreichen, um die hinzukommenden emotional schwierigen Situationen zu meistern (Read et al., 2001; Mentzos, 2015).

Im nächsten Abschnitt möchte ich zeigen, warum es problematisch ist, dass Psychosen im psychiatrischen Kontext in der Regel mit schweren psychischen Erkrankungen und entsprechenden Diagnosen in Verbindung gebracht werden.

1.3.4 Zwischenresümee: Psychose ohne Diagnose?

Wie oben dargelegt, werden Psychosen im psychiatrischen Kontext als Symptom einer Erkrankung angesehen, der eine biologische Ursache zugrunde liegt. Diese Auffassung ist einseitig, undifferenziert und vermittelt vor allem eine irreführende Sichtweise. Die Perspektive durch die Diagnose vermittelt den Eindruck eines theoretischen, unflexiblen Modells, welches seine Gültigkeit nur im Rahmen der Diagnose erhält. Eine Psychose würde sich aufgrund der ›Schizophrenie‹ zugrunde liegenden beziehungsweise der mit ihr einhergehenden Störung(en) entwickeln. Schließlich stellt sich die Frage, welche Perspektive eingenommen werden kann, um Psychosen verstehen zu können. Die Antwort sollte sich zuerst mit der »psychiatrischen Sprache« (Lütjen, 2007, S. 166) beschäftigen, die das Verstehen automatisch in eine epistemologische Abhängigkeit zur Psychiatrie rückt (van Os & Guloksuz, 2022). Hermeneutisch gesehen wird das Verstehen der Psychose durch ein psychiatrisches »mindset« (Johnstone & Boyle, 2018, S. 74) vorinterpretiert, das automatisch von einer biologischen Begründung ausgeht (siehe 1.2.3, 1.3.1 und 1.3.7). Deswegen wähle ich hier einen Ansatz, der sich nicht auf die Diagnose und Symptome konzentriert, sondern die Erfahrungen und das Erleben aus der Perspektive betroffener Subjekte rekonstruiert. Die Erfahrungen und das Erleben werden aus der Lebens- und Beziehungssituation heraus verstanden und nicht ein Krankheits- oder Störungsbild als alleinige Ursache festgemacht (Johnstone & Boyle, 2018, S. 72f.). Dafür gibt es seit längerem gute Gründe, die man anerkennen kann, ohne die Leistungen des psychiatrischen Systems pauschal herabzumindern und geringzuschätzen. Solche Gründe sind:

Psychiatrische Symptome klassifizieren ungewöhnliches Denken, Fühlen und Handeln und stellen sie in den verdinglichten und reduktionistischen Zusammenhang eines Krankheitskonzeptes, welches die Dynamik von Alltag und Biografie ausklammert (Fuchs, 2014a, S. 73f.; Fuchs, 2023). Durch die Transformierung in ein psychiatrisches

Konzept verändert sich der Sinn- und Bedeutungsgehalt der Erfahrung, was die Distanz gegenüber den Erfahrungen vergrößern kann, weil sie als fremd und nicht sinnvoll erlebt werden können (Johnstone & Boyle, 2018, S. 32; Coughlan et al., 2022; Hall et al., 2022). Deswegen ermutigen kritische Stimmen auch die Wichtigkeit aufmerksamen Verstehens, welches sich mit den (belastenden) Gedanken, Gefühlen und Handlungen der erlebenden Person selbst beschäftigt, wie sie erlebt werden und welche Wirkung sie für Subjekte haben können. Gefühle, Gedanken und Handlungen haben eine bestimmte Bedeutung innerhalb des alltäglichen und biografischen Sinngefüges (Johnstone, 2019, S. 11). Sie sind nicht Symptom, sondern ein Versuch (bisher der beste, aber vielleicht noch nicht so erfolgreich, wie er sein könnte), sich auf eine bestimmte Art und Weise mit Alltagsproblemen und biografischen Ereignissen (regelmäßig ungelöster traumatischer beziehungsweise stressbedingter Natur) auseinanderzusetzen (ebd., S. 18).

Soziale Schwierigkeiten und besondere Umstände können nicht mit einer psychiatrischen Erkrankung erklärt werden. Sich kumulierende belastende Ereignisse, die nicht (mehr) sinnhaft bearbeitet und integriert werden können und so als meist unbewusste oder nur halb bewusste lebenskontextuelle oder biografische Verbindung und Bedrohung wahrgenommen werden, verändern die Gedanken, Gefühlen und Handlungen einer Person (Johnstone & Boyle, 2018, S. 201). Zunehmende Sensitivität erschwert den Umgang mit weiteren Ereignissen und macht eine Psychose bei anhaltender über-emotionaler Belastung und starkem Stress, der nicht reguliert werden kann, wahrscheinlicher (Johanesson & Joa, 2021; Mittal & Walker, 2019). Das heißt, dass Gegenstrategien und Ausgleichshandlungen zu keiner (direkten) Milderung des psychotischen Erlebens führen und erst erlernt werden müssen. So können viele Handlungen von Menschen mit Psychoseerfahrungen auch als Versuch interpretiert werden, geeignete Strategien für sich zu finden.

Psychiatrische Diagnosen erzeugen potenziell auch Passivität, da sie von einer primär oder einzig biologischen Ursache oder auch von inhärent psychologischen Krankheitsprozessen ausgehen und den Eindruck einer unheilbaren Krankheit erwecken (Amering & Schmolke, 2012, S. 164; Johnstone & Boyle, 2017, S. 40; Beer, 1995). Das nimmt den Erfahrenen häufig den Mut und die Hoffnung, eine für sie selbst attraktive, aussichtsreiche Perspektive entwickeln zu können. Der hier vorgestellte Ansatz soll zu einer gewissen Normalisierung der Psychose beitragen, indem ihre psychosozialen Voraussetzungen sowie Handlungsstrategien herausgearbeitet werden, die verdeutlichen, dass das psychotische Erleben nicht auf einen biologischen Krankheitsprozess zurückzuführen ist. Das wäre nicht nur als kulturelle und soziale Errungenschaft zu betrachten, sondern käme zuvorderst den Erfahrenen selbst zugute. Die Psychose kann emotionale, kognitive oder handlungstypische Reaktionsweisen enthalten, die sich je nach individuellen Möglichkeiten und sozialen Schwierigkeiten entwickeln können (Bock, 2020, S. 15; Johnstone & Boyle, 2018, S. 214; BPS, 2017, S.

18; Bentall, 2004, S. 95ff.). Forschungspraktisch wird durch das von mir vorgestellte Modell der Abstand zum Subjekt verringert, weil sich die im psychiatrischen Mainstream postulierte Sinnlosigkeit psychotischer Symptome weitgehend aufheben lässt und ihr Verstehen leichter fallen kann (Devereux, 1976, S. 51), gerade auch dort, wo es auf besondere Fremdheitserfahrungen und weitere Herausforderungen (zum Beispiel in der psychiatrischen Versorgung) trifft.

Im nächsten Punkt werden das Psychose-Kontinuum und die Epidemiologie der Psychosen vorgestellt.

1.3.5 Psychosen als Kontinuum und ihre Epidemiologie

In diesem Abschnitt möchte ich kurz auf die Verbreitung der Psychoseerfahrung in der Allgemeinbevölkerung eingehen. Dadurch soll die Psychoseerfahrung nicht auf einem abstrakten Niveau verallgemeinert, sondern lediglich darauf hingewiesen werden, dass sie selbst in der klinischen Forschung viel differenzierter wahrgenommen wird als das Standardbeispiel der ›Schizophrenie‹, die häufig *pars pro toto* steht.

Psychoseerfahrungen sind nicht generell als spezifische Eigenschaften oder Symptome von dichotom konzipierten Krankheiten wie etwa der ›Schizophrenie‹ oder der ›bipolaren Störung‹ zu sehen (Hinterbuchinger & Mossaheb, 2021). Dafür müssten sie sich als Kernsymptome diagnosespezifisch abgrenzen lassen und ätiologisch als Entität bestimmbar sein (Guloksuz & van Os, 2021). Stattdessen obliegen sie der subjektiven Interpretation des Erfahrenen selbst und des Arztes, was schon historisch zu Variationen in den diagnostischen Einschätzungen und deswegen zu ungenauen Definitionen geführt hat (Keshava et al., 2021, S. 5). Psychiatrische Konzepte nehmen ihre spezifische Form in ihrer Historizität und Kulturalität an und werden so Interpretationsgrundlagen bestimmter Handlungsweisen (Berrios & Marková, 2021, S. 13). Durch die teils schwierige Unterscheidbarkeit von Menschen mit schweren psychotischen Erfahrungen, die psychiatrische Hilfen in Anspruch nehmen, hat sich ein Bild der Psychosen gefestigt, das mildere Verläufe kaum berücksichtigt (Guloksuz & van Os, 2018a). So wurde (und wird) angenommen, dass die Ursachen für Psychosen auf schwere psychische Erkrankungen wie die ›Schizophrenie‹ zurückzuführen sind. Werden Psychoseerfahrungen als Phänomene einer Dimensionierung zeitlicher Ausprägung, Frequenz und Intensität betrachtet, die von Person zu Person variieren, relativiert sich das Bild, die Psychose sei ein Automatismus, die in jedem Fall zu einer schweren und dauerhaften Beeinträchtigung führen kann. Vielmehr ist sie, wie van Os et al. (2009) in einer für das Phänomen der Psychoseerfahrung wegweisenden Meta-Analyse deutlich machen, auf einem Kontinuum anzusiedeln, welches sie als »proneness-persistence-impairment model« bezeichnen (ebd.; Ailtinbas et al, 2021, S. 23). Im Gegensatz zu den bekannten Konzepten der Psychose, die sich um die Dichotomie Abwesenheit/Anwesenheit von

Krankheit (zum Beispiel ›Schizophrenie‹) bemühen, wird diese Zweiteilung auf einem Kontinuum ›aufgebrochen‹, welches die unterschiedlichen Dimensionierungen der Psychose darstellen möchte. Der Übergang von einem ›normalen Erleben‹ zu einem für die Gesundheit bedrohlichen Erleben ist fließend. Je nach Person können Erfahrungen individuell als gewöhnlich oder als belastend wahrgenommen werden, so dass der Übergang auf ein belastendes psychotisches Niveau nur individuell bestimmen ist (Stip, 2009). Das Kontinuum umfasst Bevölkerungsgruppen, die trotz Psychose als subklinisch eingeschätzt werden können (also trotz eines gewissen Risikos oder Erleben keine Behandlungsrelevanz haben), und Bevölkerungsgruppen, deren psychotisches Erleben klinisch relevant sein kann (also Hilfe benötigen).

Terminologisch wird zwischen Psychoseerfahrung (»psychotic-like experience«) und psychotischer Störung/Erkrankung (»psychotic disorder«) unterschieden (Hinterbuchinger & Mossaheb, 2021). In ihrem Erleben und ihren Mechanismen sind Psychoseerfahrungen mit schweren psychotischen Störungen vergleichbar (Linscott & van Os, 2013). Kategorisch sind sie (der psychiatrischen Sichtweise folgend) zum Beispiel als auditive, visuelle, olfaktorische oder haptische Wahrnehmungen (in der Aufwach- und/oder Einschlafphase), die zu Angst und Verunsicherung führen, drogeninduzierte Zustände, Missinterpretationen von Geräuschen oder Situationen und anhaltende Trauerzustände, unterscheidbar (Ailtinbas et al., 2021, S. 23; siehe zur Definition von »psychotic-like experiences« Hinterbuchinger & Mossaheb, 2021). Häufig genannt werden zudem »wahnhaftige Überzeugungen« oder »Wahnvorstellungen«, »bizarre Erfahrungen« oder »Wahrnehmungsstörungen«. Hier zeigt sich bereits, dass sich Psychosen phänomenologisch nicht eindeutig bestimmen lassen (Staines et al., 2022).

Ursache und Verlauf einer Psychoseerfahrung sind von unterschiedlichen Einflussfaktoren abhängig. Diese Erfahrung entwickelt sich nicht einfach ›aus heiterem Himmel‹. Wird eine Person mit einer gewissen Veranlagung oder Disposition (»proneness«) zur Psychose bestimmten äußerlichen Expositionen (»environmental exposure«) ausgesetzt, dann kann sie eine Psychoseerfahrung machen. Die Psychoseerfahrung ist in der Regel nur vorübergehend (»transient«), was heißt, das ›ungewöhnliche‹ Erleben geht zurück. Entscheidend für den Verlauf oder der Dauer der Psychoseerfahrung sind Variation, Qualität und Dauer und äußerlichen Expositionen (»peristence«). Können diese bei gleichzeitigem Risiko für eine Psychose nicht abgemildert werden, steigt das Risiko einer dauerhaften Beeinträchtigung durch die Psychose (»impairment«). Ein dauerhaft hohes Niveau einer Psychoseerfahrung kann zu einer manifesten psychotischen Störung (»psychotic disorder«) und der Notwendigkeit einer (längerfristigen) Behandlung führen (van Os et al., 2009; Altinbas et al., 2021, S. 23).

Durch das Psychose-Kontinuum werden die Grenzen für Psychoseerfahrungen durchlässiger. Auf der einen Seite kann eingewendet werden, dass die Behandlungsmöglichkeiten erweitert und vor allem die Grenze für pharmakologische Interventionen aufgeweicht werden (Wunderink, 2019; Bergstroem et al., 2023). Auf der anderen Seite zeigt das Kontinuum, dass Psychoseerfahrungen vorübergehend sind und einen milden

Verlauf haben können, was für Kliniker den Hinweis mitbringt, Psychosen differenzierter als nur durch das Konzept der ›Schizophrenie‹ zu betrachten (was auch Folgen für die Behandlung haben kann). Das Kontinuum zeigt, dass Psychoseerfahrungen nicht ungewöhnlich sind, da sie in der Gesamtbevölkerung weit verbreitet sind. Es macht deutlich, dass die Grenze zur pathologischen Psychose fließend und unsicher ist, da sie von vielen unterschiedlichen Faktoren abhängig ist (BPS, 2017, S. 18). Epidemiologische Studien zeigen, dass Psychoseerfahrungen zwischen 5% und 15% in der Gesamtbevölkerung auftreten. Sie variieren je nach Alter, Geschlecht und Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit (zum Beispiel Männer mit Migrationshintergrund). Die Schätzungen unterscheiden sich bei Selbst- und Fremdbeobachtungen und in Abhängigkeit der Definition und Eingrenzung von bestimmten Eigenschaften der Psychoseerfahrung (Altinbas et al., 2021, S. 23; Staines et al., 2022; Linscott & van Os et al., 2013). Im Gegensatz zu Erwachsenen (5-7%; Linscott & van Os, 2013) haben Kinder (17%; Kelleher et al., 2012) und Jugendliche (7,5%; Kelleher et al., 2012) ein höheres Risiko eine Psychoseerfahrung zu machen. Bei etwa 20% hält die Psychoseerfahrung über einen längeren Zeitraum an, was das Risiko für eine manifeste psychotische Störung steigert. Etwa 7,4% entwickeln eine schwere psychotische Störung. Die Psychoseerfahrung entwickelt sich bei etwa 80% wieder zurück (Linscott & van Os, 2013).

Die Darstellung des Psychose-Kontinuums weist auf die Verbreitung der Psychoseerfahrung in der Bevölkerung hin. Die Verbreitung verdeutlicht auch, dass die Psychoseerfahrungen keine spezifische Pathologie haben, sondern sich mit anderen ›Krankheitsbildern‹ überlappen. Psychoseerfahrungen sind a priori transdiagnostisch. Dies soll im nächsten Punkt deutlich werden.

1.3.6 Transdiagnostische Psychose und ihr Spektrum

Im Folgenden möchte ich zeigen, dass psychotisches Erleben kein Spezifikum bestimmter Diagnosen ist, sondern diagnoseübergreifend auftreten kann. Dadurch erweitert sich die Perspektive forschungstheoretischer und praktischer Überlegungen hinsichtlich diagnostischer Konzeptionen und ihrer Einschätzung. Dieser Aspekt soll zu Beginn dieses Abschnitts noch einmal anhand der Beobachtung deutlich gemacht werden, dass psychotische Symptome oder Erlebensweisen unabhängig von der Schizophreniediagnose in anderen Störungen auftreten können.

Wie schon in 1.3.1 gezeigt wurde, wird die Psychose in der Regel als Symptom der ›Schizophrenie‹ assoziiert. Deutlich wird aber, dass selbst nach klassischen psychiatrischen Kategorien verschiedener psychotischer Störungen oder Erlebensweisen die Schizophreniediagnose selbst nur einen Bruchteil aller psychotischen Störungen ausmacht (Keshavan et al., 2021, S. 7). Van Os et al (2017) zeigen, dass in der Erforschung psychotischer Störungen die Schizophreniediagnose am häufigsten berücksichtigt wird,

obwohl schon anhand der Verteilung psychotischer Störungen deutlich wird, dass die Schizophreniediagnose (gemessen an klassischen psychiatrischen Konzepten) nur 30% der psychotischen Störungen insgesamt ausmacht. An der Lebenszeitprävalenz psychotischer Störungen, die bei etwa 3,48% liegt, wird die Überbewertung der Schizophreniediagnose erkennbar: Schizophrenie (etwa 0,87%), schizoaffektive Störungen (etwa 0,32%), schizophrenieforme Störung (etwa 0,07%), wahnhaftige Störung (etwa 0,18%), bipolare Störung (etwa 0,24%), depressive Störung mit psychotischen Anteilen (etwa 0,35%), Substanzinduzierte psychotische Störungen (etwa 0,42%), psychotische Störungen durch eine Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustandes (etwa 0,21%). Die Verteilung psychotischer Störungen macht ersichtlich, dass sich psychotische Symptome und Erlebensweisen auf einem transdiagnostischen Spektrum in unterschiedlicher Ausprägung bewegen und nicht kategorial auf die ›Schizophrenie‹ begrenzt werden können (Perälä et al., 2017). Das spricht wiederum gegen eine gute Reliabilität von Symptomklassifikationen (Middleton & Moncrieff, 2015; van Os et al., 2017). Die Verteilung und Ausprägung ihrer Subtypen, wie zum Beispiel Paranoia, Desorganisation, Katatonie, Halluzinationen, die Variationen und Intensität der Symptome sowie der unterschiedliche Verlauf psychotischen Erlebens zeigen außerdem, warum keine einheitliche Definition und Konzeption der ›Schizophrenie‹ oder der Psychose entwickelt werden konnte (Keshavan et al., 2021, S. 5). Das transdiagnostische Psychosespektrum bietet gegenüber dem klassischen Konzept die Möglichkeit die Ausprägung der Psychose unabhängig ihrer kategorialen Abgrenzung nachzuvollziehen und die konkreten Erlebensweisen beziehungsweise Symptome (und die damit zusammenhängenden psychosozialen Probleme) anstatt der unzuverlässigen Krankheitsbilder und unzuverlässigen Symptomzuschreibungen in den Blick zu nehmen. Die anhaltende ›Konzeptdominanz‹ der ›Schizophrenie‹ in Forschung und Praxis hat darüber hinaus zu einer nicht ausreichend evidenten Einschätzung über Ursache, Zusammenhang und Risikofaktoren zu psychotischen Störungen beigetragen (van Os & Guloksuz, 2017; 2022). Eine transdiagnostische Perspektive stellt demgegenüber das durch Biografie und Alltagsbelastungen bedingte Erleben in den Vordergrund (zum Beispiel der Zusammenhang von Wahnvorstellungen, Einsamkeit und mangelndem Selbstwert; Freeman, 2019)

Um die Risikofaktoren für eine Psychose nachvollziehbarer zu machen, werden nicht mehr, wie lange Zeit üblich, ein Krankheitskonzept als vermittelndes Konzept für die Psychose herangezogen, sondern die Risiken für die Psychose an sich sollen evaluiert werden (Guloksuz & van Os, 2018a). Die Psychose wird auf einem Spektrum unterschiedlicher Symptome und Ausprägungen abgebildet (van Os & Reininghaus, 2016), die entsprechend ihren Umweltbelastungen variieren können. Je nach individueller Belastungsgrenze und Umweltbelastungen wird ein Kippmoment in Gang gesetzt, in dem sich nach und nach vermehrt psychotische Elemente zeigen, von denen eins das andere mitreißt und insgesamt zu einer umfangreichen psychotischen Störung führen kann (ebd.). Das macht deutlich, dass die Psychose ein Zusammenspiel aus Veranlagung

(was bringt eine Person an Fertigkeiten mit) und Umwelteinflüssen ist, welches in seiner ›Wechselwirkung‹ untersucht werden kann und nicht nur das Symptom einer bestimmten Erkrankung im Fokus steht. Der Blick durch ein transdiagnostisches Psychose-spektrum verändert die Zielpopulation, was die Entwicklung und die Krankheitslast nachvollziehbarer macht (Guloksuz & van Os, 2018a). Das Zusammenspiel von bestimmten Bevölkerungsgruppen (zum Beispiel männliche Migranten) und entsprechenden Risikofaktoren zeigt sich auch an der Inzidenz der belasteten Bevölkerungsgruppen, die anders als weniger belastete Bevölkerungsgruppen ein höheres Risiko für eine Psychose aufweisen (McGrath, 2006). Theoriebasierte Klassifikation (bei der ›Schizophrenie‹ ist ›Symptom Stimmenhören‹ zu erwarten) limitiert das Ergebnis per se, weil sie die Mehrdimensionalität der Psychose nicht abbilden kann (Guloksuz & van Os, 2018a). Durch den Perspektivwechsel auf die Psychose als überlagerndes Phänomen wird die Dynamik und Temporalität der Pathologie sowie die Ätiologie erkennbar, was einen Vorteil gegenüber symptom-basierten Kategorien mit sich bringt, da diese nur auf eine bestimmte Krankheit verweisen (Keshavan et al., 2021, S. 8).

Die Psychose als Störung auf einem Spektrum zu begreifen, ist vergleichbar mit der Autismus-Spektrum-Störung und würde Vorteile für Praxis und Forschung mit sich bringen. Die Kernsymptome psychotischer Störungen, »delusions« und »hallucinations« sowie Negativsymptomatiken finden sich unabhängig von diagnostischen Kategorien (Ailtinbas et al., 2021, S. 22). Überdies umfasst die transdiagnostische Dimension der Psychose in kombinierten Möglichkeiten Desorganisation, Depression und Manie (van Os & Reininghaus, 2016). Auf einem Kontinuum stellen die extremen Pole jeweils die Bipolarität und ›Schizophrenie‹ sowie affektive Dysregulation und Entwicklungsstörungen dar (Ailtinbas et al., 2021, S. 21). So würde mit der Ätiologie basierten Konzeptualisierung, die die Interaktion zwischen zwei oder mehreren Faktoren untersucht, ein valides Konstrukt der Psychose auf Basis ihrer Risikofaktoren und phänotypischen Eigenschaften entworfen. Auf dem Spektrum werden milde, kaum wahrnehmbare bis schwere, stark beeinträchtigende Zustände des individuellen Erlebens abgebildet (Guloksuz & van Os, 2018a). Außerdem ermöglicht ein Spektrum ein besseres Verständnis des Verlaufs und der Intensität der Psychose, da es auf die unterschiedliche Entwicklung zwischen einzelnen Personen und einer Person selbst hinweisen kann (van Os et al., 2017).

Im nächsten Abschnitt möchte ich die konkreten Risikofaktoren für eine Psychoseerfahrung vorstellen und auf Grundlage des Spektrums überlegen, was die entscheidenden Kriterien sein können, eine Psychose im Sinne einer schweren Störung zu entwickeln.

1.3.7 Warum Menschen Psychoseerfahrungen machen können

Im Folgenden möchte ich beschreiben, unter welchen Umständen Menschen Psychoseerfahrungen machen können. In der Erforschung des Psychosekontinuums wurden dafür unterschiedliche Expositionen ausgemacht, die kurz dargestellt werden (ätiologische Validität; van Os et al., 2009). Zunächst sollte darauf verwiesen werden, dass wenn Exposition und Psychose einen Zusammenhang aufweisen, keine Kausalität gegeben sein muss (van Os et al., 2010). Die Psychoseerfahrung ist kein Mechanismus eines ›immergleichen Ablaufs durch immergleiche Ursachen einer gleichen Pathologie‹. Mit der Dynamik von Individuum und Exposition sind strikte Kausalitäts- und starke Korrelationsannahmen nur schwer vereinbar (Bentall, 2021, S. 411). Was für den einen zutrifft, muss für den anderen noch lange nicht gelten. Mit dem Kontinuum der Psychoseerfahrung kann sukzessiv rekonstruiert werden, welche Expositionen mit der Psychose wie und warum im Zusammenhang stehen können. Sie sind grundsätzlich nicht spezifisch für alle Psychosen, sondern treten vereinzelt, verteilt oder in Einzelfällen manchmal gar nicht auf. Diese Methode ermöglicht eine ätiologische Konzeption aus den Bedingungen des Individuums und seiner Umwelt herzuleiten (Guloksuz & van Os, 2018a; van Os & Reininghaus, 2016). Die weit verbreitete Annahme, eine genetische Disposition würde die Psychose auslösen, wird von einer dynamischen Perspektive abgelöst. Eine Psychose ist die Summe aus Veranlagung und Umweltfaktoren, ihrer Kontinuität und zeitlichen Frequenz sowie den Fähigkeiten, Strategien und vorhandenen Möglichkeiten (Resilienz), mit den Belastungen umgehen zu können (Pries et al., 2021). Anzumerken ist, dass bei der Exposition signifikant mehr Personen in ihrer Kindheit und Adoleszenz Psychosen erfahren als im Erwachsenenalter (Ailtinbas et al., 2021, S. 23; Kelleher et al., 2012). Neben möglichen Identitäts- und Entwicklungskonflikten ist dies sicherlich auf die Ausprägung der Resilienz zurückzuführen. Meines Erachtens erhalten die Aspekte von (familiärer) Sozialisation und Traumatisierungen oder anderen belastenden Lebensereignissen das größte Gewicht. Dadurch entscheidet sich, mit welcher Qualität sich die notwendigen Fähigkeiten für weitere Anforderungen im Leben entwickeln. Im Folgenden werden die für das in der Erforschung des Psychosekontinuums relevanten Risikofaktoren dargestellt, die, wie gesagt, nicht deterministisch, sondern dynamisch sowie in ihrem möglichen Zusammenwirken zu verstehen sind (für einen Gesamtüberblick der Risikofaktoren siehe Staines et al, 2022; van Os & Kapur, 2009).

Genetische Disposition: Menschen, die anfällig für Psychoseerfahrungen sind, weisen genetisch vergleichbare Merkmale auf. Diese lassen nicht auf eine Diagnose oder ein Krankheitsbild schließen, sondern verteilen sich über klinische und subklinische Gruppen hinweg (Guloksuz & van Os, 2018a). Eine genetische Disposition vermittelt durch eine stärkere Sensitivität den Einfluss möglicher Expositionen auf das Psychoserisiko (Marchi et al., 2022; Taylor et al., 2022). Wie stark der Einfluss der Genetik ist, psychische Auffälligkeiten oder eine Psychose zu entwickeln, ist aufgrund

der Komplexität des Zusammenspiels von Gene und Expositionen schwer zu bestimmen (Zwicker et al., 2018; Bentall, 2009, S. 122). Sowohl im Psychosekontinuum als auch bei schweren psychotischen Störungen, wie der ›Schizophrenie‹, können sie ca. 6% der phänotypischen Eigenschaften erklären (Guloksuz & van Os, 2021; Mistry et al., 2018). Die Überlappung von klinischen und subklinischen Psychoseerfahrungen hinsichtlich ihrer genetischen Gemeinsamkeiten zeigt zudem, dass genetische Dispositionen keine direkte Auswirkung auf die Krankheitslast haben können (van Os & Reininghaus, 2016). Das heißt, die genetische Disposition liefert keine Erklärung für die Psychoseerfahrung. Eine plausiblere Erklärung ist die genetische Voraussetzung für verschiedene kognitive und emotionale Eigenschaften. Jemand, der sensibel auf Belastungen reagiert, wird ein höheres Risiko für eine Psychose haben als jemanden, der souverän reagiert (BPS, 2017, S. 38; Johnstone & Boyle, 2018, S. 159f.). Wäre die Genetik der ausschlaggebende Faktor für eine Psychose, so müsste diese zum Beispiel bei eineiigen Zwillingen immer zur Psychose (»sich selbst beweisend«; Bentall, 2009, S. 117; Fleming & Martin, 2011), unabhängig von ihren Expositionen, führen. Dann wäre die Psychose jedoch lediglich eine Frage der Zeit, weil Expositionen immer zu erwarten sind.

Familie, Herkunft und Entwicklung: Die Entwicklung der Psyche entscheidet sich im familiären oder in einem familienähnlichen Umfeld. Entscheidend für die kindliche Entwicklung sind zum einen die Anlagen (Bedürfnisse, Wünsche, Fähigkeiten, Gesundheit, Emotionalität) des Kindes und die entsprechenden Möglichkeiten des Umfeldes, auf das Kind zu reagieren. Dabei hängt die kindliche Entwicklung eng mit dem Entwicklungsstand und den Kompetenzen, also der Fähigkeit zur »empathischen Identifikation« (Fonagy et al., 2002, S. 172) mit dem signifikanten Anderen¹⁶ zusammen. Haben diese selbst psychosoziale Probleme oder psychopathologische Auffälligkeiten, kann es ihnen schwerfallen, die noch unregulierten Emotionen des Kindes als Ausdrucksmittel anzunehmen und dem Kind die eigenen Gefühle durch das eigene Verhalten zu spiegeln (ebd., S. 171f.). Durch den signifikanten Anderen vollzieht sich die strukturelle Entwicklung des Kindes, lernt es sich als Selbst kennen und erlernt die Fähigkeit zur Beziehungsdifferenz (Mead, 1973 [1934], S. 192; S. 210; Küchenhoff, 2019, S. 26; Crepaldi, 2018, S. 46). Kritisch wird es dann, wenn auf herausfordernde Eigenschaften beim Kind kein adäquates Containing stattfinden kann (ebd.). Die Konstellation der signifikant Anderen prägt zudem die Einstellung und die Beziehungsqualitäten zur Welt. Ist das Umfeld zum Beispiel verstärkt misstrauisch und skeptisch gegenüber sich und anderen, dann wird sich möglicherweise als Grundemotion Unsicherheit und ein entsprechendes regulierendes kognitives Muster verstetigen und die Beziehung über die Konstellation der signifikanten Anderen hinaus prägen (Bentall & Sitko, 2019, S. 29). Solche Muster könnten sich dann zum Beispiel in belastenden Situationen als nachteilig erweisen, da aufgrund mangelnder Reflexionsleistungen keine alternativen kognitiven Strategien entwickelt werden können (Palmier-Claus et al., 2019: für einen Überblick

¹⁶ Siehe zur Entwicklung der Identität Punkt 2.1.2.

über familiäre Beziehungen und Kommunikation als individueller Risikofaktor siehe: Bentall, 2021, S. 407f.).

Traumatisierung und belastende Lebensereignisse: Menschen mit Psychoseerfahrungen erleben überdurchschnittlich mehr belastende Ereignisse in ihrer Kindheit als nicht-psychotische Menschen, wie etwa psychische und physische Gewalt, emotionale Ablehnung und Vernachlässigung, Mobbing, Verlust und Tod von nahen Verwandten oder Freunden, schwere Krankheiten und Unfälle sowie sexuellen Missbrauch (Inyang et al., 2022; Marchi et al., 2022; Marsh et al., 2022; McGrath et al., 2017; für eine Übersicht siehe: Bentall, 2021, S. 409f.; Read, 2013d). Zwischen der Schwere der Traumatisierung und den auftretenden Symptomen, wie etwa Halluzinationen oder Wahnvorstellungen, besteht ein Zusammenhang (Bailey et al., 2018). Auch können zum Beispiel Symptome einer Psychose zur sozialen Ausgrenzung und Einsamkeit beitragen (Marsh et al., 2022). Zunehmend zeigt sich, dass Stimmenhören, welches häufig als »Kernsymptom«¹⁷ der Psychoseerfahrung angegeben wird, unter dem Eindruck traumatisierender Ereignisse entstehen können (Londgen et al., 2012b; Baumeister et al., 2017). Die Stimmen können die emotionalen Belastungen, die durch das Trauma ausgelöst wurden, spiegeln und so einen sinnhaften (oft vormals nicht eindeutigen) Bezug zu diesen ermöglichen. Das kann eine Möglichkeit sein, die durch die Traumatisierung ausgelösten belastenden Gefühle zu bearbeiten (Parry et al., 2020). Traumaerfahrungen schaffen ein Umfeld, in dem sich das Kind nur schwer emotional, psychisch und körperlich entwickeln kann (siehe: Familie, Herkunft und Entwicklung; Inyang et al., 2022). Die Traumaerfahrung verändert die Neurobiologie, was die Fähigkeit vermindert, adäquat mit der Umwelt korrespondieren zu können (Londgen & Read, 2016). Das Trauma und die Schwere sowie Frequenz der Erfahrung hat nicht automatisch eine Psychose zur Folge, vielmehr reduziert sie die Möglichkeiten, gesunde Strategien gegen eine Psychoseerfahrung entwickeln zu können (ebd.). Demnach erhöhen Traumatisierungen und belastende Lebensereignisse das Risiko für eine (schwere) psychotische Störung erheblich (ebd.) und haben sicherlich einen stärkeren Anteil an der Entwicklung als Gene oder andere Faktoren (Bentall, 2021, S. 411). Traumaerfahrungen werden ohne Zweifel intensiver erlebt, wenn sie vom engen sozialen Umfeld nicht bearbeitet werden können (oder dieses selbst an der Traumatisierung beteiligt ist).

Urbanität: Das Risiko einer Psychoseerfahrung steht im Zusammenhang mit Urbanität, der steigenden Bevölkerungsdichte sowie der Zeit, in der ein Mensch in der Stadt lebt (Vassos, 2012; van Os et al., 2009; Linscott & van Os, 2013; Read et al., 2013a; McGrath, 2006). Es steigt im Vergleich mit ländlichen Regionen. Zudem wird es in urbanen Regionen schwieriger, sich von einer Psychose wieder zu erholen (van Os et

¹⁷ Stimmenhören ist weniger als ein Symptom, denn mehr als Erfahrung anzusehen. Die Erfahrung ist transdiagnostisch und auf einem Kontinuum von belastend bis gewünscht, von bedrohlich bis unterstützend zu interpretieren (Baumeister et al., 2017). Sie ist zudem als Erfahrung in der Gesamtbevölkerung nicht ungewöhnlich (Beavan et al., 2011; Londgen et al., 2012a).

al., 2010). In urbanen Räumen mit hoher Bevölkerungsdichte finden sich einige Stressoren, die für Menschen mit der Tendenz zur Psychoseerfahrung oder einer manifesten Psychose belastend werden können. Ein Umfeld, welches die Aufmerksamkeit tendenziell mehr beansprucht, kann die für die Psychoseerfahrung typische sensibilisierte Wahrnehmung, eine erhöhte Bedeutungsassoziation sowie die teilweise unkontrollierte Aufnahme von Reizen erhöhen (Schlimme & Brückner, 2017, S. 22f.; Bock, 2009, S. 31f.). Grundsätzlich sind soziale Kognition und die Fähigkeit zur Selbstrepräsentation (zum Beispiel Flexibilität und Anpassung in sozialer Interaktion) in urbanen Räumen stärker gefordert. Psychologisch betrachtet, kann das »soziale Funktionieren« (van Os et al., 2010) für Menschen mit Tendenz zur Psychoseerfahrung oder manifester Psychose zur Herausforderung werden und könnte darüber hinaus zur sozialen Ausgrenzung, Isolation und Einsamkeit (zum Beispiel aufgrund anhaltender Paranoia) bis hin zur Abgrenzung von der Nachbarschaft beitragen (Marsh, et al., 2022; Butter et al., 2017). Obwohl Urbanität zwar ein erhöhtes Risiko für eine Psychose mit sich bringen kann, gibt es einige Aspekte, die berücksichtigt werden sollten. Das Risiko variiert regional (Fett et al., 2019). Das verweist auf die tieferliegenden Gründe der regionalen Spezifität. Regionen mit stärkerer Tendenz zur Ungleichheit, Armut, Gewalt gegen andere und einen selbst, Kriminalität, weniger soziale Unterstützung und geringerer Zugang zu Unterstützungsleistungen, vermehrte Anonymisierung und Isolation sind problematischer für gefährdete Gruppen als Regionen, in denen es einen stärkeren Ausgleich gibt. Andere mit Urbanität assoziierte Stressoren, sind der Mangel an Grünflächen und Wäldern, dichter Straßenverkehr oder Umweltverschmutzung und Verwahrlosung des Viertels (Saxena & Dodell-Feder, 2022; Fett et al., 2019; Newbury et al., 2017; zur Übersicht siehe: Lemmer-Jansen et al., 2021).

Sozioökonomischer Status und Umweltbelastungen: Der sozioökonomische Status bezieht sich auf grundlegende (soziale und ökonomische) Nachteile, die assoziiert sind mit einem höheren Armutrisiko, einem schlechteren Bildungsniveau, einer höheren Arbeitslosigkeit, prekären Jobverhältnissen und schlechteren Arbeitsbedingungen, finanziellen Unsicherheiten, einer schlechteren gesundheitlichen Gesamtverfassung, häufigeren Scheidungen und Single-sein, alleine leben, Ausgrenzung, schlechtere Anschlussmöglichkeiten und Isolation, einer schlechteren Wohnsituationen und überbevölkerten Nachbarschaft, sowie vermehrtem Alkohol- und Drogenkonsum (Johnstone & Boyle, 2018, S. 141ff.; Saxena & Dodell-Feder, 2022; Stilo et al., 2017; Butter et al., 2017). Unsicher ist dabei, ob die sozialen Verhältnisse eine Psychoseerfahrung begünstigen (»social causation«) oder ob die Psychoseerfahrung zu einem Abrutschen in einen schlechteren sozialen Status führen kann (»social drift«) (O'Donoghue et al., 2016; Johnson et al., 2015; Kwok, 2014; Selten et al., 2013). Das Risiko einer Psychose steigt relativ mit dem Wohlstand und der ungleichen Verteilung des Wohlstandes in dem jeweiligen Land (Johnson et al., 2015; Read et al., 2013a; S. 193; Wilkinson & Pickett, 2010, S. 67). Eine Interpretation wäre, dass die als relativ wahrgenommene Armut,

die damit assoziierte Ungleichheit sowie die Ausgrenzung das Risiko erhöhen können (ebd.). Armut begünstigt und verstärkt die oben angeführten Umweltbelastungen, die wiederum die Möglichkeiten und (kognitiven und emotionalen) Fähigkeiten einschränken, mit entsprechend korrespondierenden Belastungen umgehen zu können. Armut macht empfänglicher für Umweltbelastungen und Stress, unabhängig davon, ob es schon zu einer Psychoseerfahrung gekommen ist oder nicht (Johnstone & Boyle, 2018, S. 140). Der sozioökonomische Status hat weder Ursache noch Effekt. Vielmehr führt er zu einer Kumulation belastender Ereignisse, die wegen fehlender Möglichkeiten nicht ausgeglichen werden können. Das Resultat ist eine dauerhaft belastende Situation und Überforderung, die irgendwann bestimmte psychische Reaktionen auslösen kann (»social defeat«) (van Os et al., 2010; Sayanvala et al., 2020).

Migration, Flucht und Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit: Eine angebliche genetische Disposition und Voraussagbarkeit von Psychosen widerlegen sich besonders an den Aspekten Migration, Flucht und Ethnizität. Der höhere Anteil an Psychosen wurde (und wird) durch die biologische Psychiatrie mit einer Veranlagung zur Psychose erklärt, die bei westlichen Europäern und Nordamerikanern seltener vorkommen soll (Johnstone & Boyle, 2018, S. 132). Dabei ergibt sich die Frage, ob diese Einschätzung einer rassistischen und eurozentristischen Sichtweise unterliegt, die aufgrund ihres biologistischen Schwerpunktes die teils schweren Belastungen bei Migration, Flucht und Ethnizität und darüber hinaus die interkulturellen Schwierigkeiten in der Versorgung ausklammert (ebd., S. 131). Offensichtlich sind die kumulativen psychosozialen Belastungen und die durch Migration und Flucht bedingten verringerten Möglichkeiten der eigenen Handlungswirksamkeit (BPS, 2017, S. 44). Migration erhöht das Risiko für eine Psychose unter bestimmten Bedingungen (Morgan, 2021; Selten et al., 2020). Entscheidend sind das Herkunftsland, die Hautfarbe, die Erfahrungen und Traumatisierungen während der Flucht und Migration, die Zugangsmöglichkeiten zu Unterstützungsleistungen und Wohlstand, Arbeit und Bildung, Ausgrenzung, der Zeitpunkt der Migration und die »Eingewöhnung« im neuen Land, präventive Schutzmechanismen durch die Größe der eigenen Community sowie die Möglichkeiten, die Belastungen kompensieren zu können (ebd.; Read et al., 2013a; 2013b, S. 199). Das Risiko unterscheidet sich bei freiwilliger und erzwungener Migration, wobei bei letzterer die psychosozialen Belastungen schon im Heimatland auftreten können (zum Beispiel Krieg, Armut oder die Flucht selbst) (Häfner, 2017, S. 224). Zu berücksichtigen sind außerdem der »diagnostic bias« (Read et al., 2013a, S. 202) sowie der »treatment bias« (ebd., S. 203). Wegen des »diagnostic bias« werden Menschen mit einer ethnischen Zugehörigkeit (zum Beispiel in UK-Einwanderern aus der Karibik oder in den USA Afroamerikaner oder Hispanier) häufiger als weiße Menschen mit »Schizophrenie« und Psychose diagnostiziert (Johnstone & Boyle, 2018, S. 132). Die Überrepräsentation liegt unter anderem an der schwierigen Vereinbarkeit westlicher Behandlungsstandards. Innerhalb ihres begrenzten Sinnhorizonts können die Behandler pathologische und normale Handlungsweisen im Kontext ihrer kulturellen Bedeutungen nur schwer un-

terscheiden (ebd., S. 133). Die der kulturellen Überzeugung inhärente Artikulation wird durch die Pathologisierung schlichtweg ihre Bedeutung genommen (Kinouani, 2019, S. 203). Zudem werden Menschen bestimmter Ethnien (zum Beispiel Männer mit schwarzer Hautfarbe) häufiger gegen ihren Willen behandelt (was auch die zwangsweise Behandlung mit Antipsychotika miteinschließt). Kulturelle und sprachliche Barrieren erhöhen sicherlich die Unsicherheit auf Seiten der Behandler (Johnstone & Boyle, 2018, S. 136; für einen Überblick siehe: Morgan, 2021).

Cannabiskonsum: Der Konsum von Cannabis ist unter Menschen mit Psychoseerfahrung weit verbreitet (Hasan et al., 2020). Dies führt zu den Überlegungen, inwieweit der Konsum mit der Psychoseerfahrung und auch schweren psychotischen Verläufen in Verbindungen stehen kann. Verbreitet ist die Annahme, Cannabis könne Psychosen aus ›dem Nichts‹ auslösen (Hamilton & Monaghan, 2019). Die Kausalitätsvermutung »Cannabis führt zur Psychose« ignoriert die teils komplexen individuellen, sozialen und ökonomischen Verstrickungen, denen die Menschen häufig ausgesetzt sind (ebd.). Der Konsum von Cannabis steht in Verbindung mit Vorbelastungen. Das heißt, es wird nicht ohne Grund (über einen längeren Zeitraum) konsumiert (Ksir & Hart, 2016). Darüber hinaus ist die Variable ›Cannabiskonsum‹ selbst differenzierter als die Aussage, der Konsum würde die Psychose unmittelbar auslösen. Zu berücksichtigen sind dabei die Qualität des Cannabis (Wirkung), die Intensität und Frequenz des Konsums, Halbwertszeit, Beikonsum sowie die Korrespondenz mit möglichen Umweltbelastungen und die Vorbelastungen psychotischen Erlebens, welches zum Beispiel mit einer Traumatisierung in Verbindung stehen kann (Shakoor et al., 2015). Kausale Erklärungen erledigen sich darüber hinaus durch den Hinweis, dass nicht jeder Mensch mit Psychoseerfahrung Cannabis konsumiert und nicht jeder, der Cannabis konsumiert, entwickelt automatisch eine Psychose (Hasan et al., 2020). Ein möglicher Grund für die Beliebtheit des Konsums unter Psychoseerfahrenen ist eine angeblich mildernde Wirkung des CBD auf die psychotischen Symptome (Bosanac & Castle, 2021, S. 416). Paradoxiertweise kann Cannabis (THC) Psychoseerfahrungen (bei Vorbelastung) triggern, verschlechtern und immer wieder Rückfälle bis hin zur häufigeren Hospitalisierung provozieren (Hasan et al., 2020; van Os et al., 2010). Adoleszenz ist mit einer Zunahme von Lebensveränderungen und Belastungen verknüpft, die durch den häufig beliebten Konsum in dieser Lebensspanne die psychosoziale Entwicklung hemmen kann, da der Konsum die kognitive Entwicklung verändern kann (Bosanac & Castle, 2021, S. 416). Die Bearbeitung von kumulativen Belastungen fällt umso schwerer, wenn der Konsum die Kognition beeinflusst und zusätzlich die Supersensitivität fördert (ebd., S. 417; van Os et al., 2010). Letzteres verursacht eine höhere Empfindsamkeit gegenüber psychosozialen Belastungen (Ksir & Hart, 2016).

Den letzten Teil dieses Kapitels möchte ich mit einer Conclusio zu den hier gesammelten Ergebnissen schließen.

1.4 Conclusio I: Psychoseerfahrung als Forschungsgegenstand

Durch die Darstellung der Sichtweise der biologistisch orientierten Psychiatrie sowie des Konzeptes der ›Schizophrenie‹ (und anderer psychiatrischer Diagnosen) konnte ich zeigen, dass die für die Psychiatrie klassischen epistemischen Begriffs- und Handlungssysteme eine einschränkende, verallgemeinernde, die subjektiven Erfahrungen und Erlebensweisen ›reduzierende‹ sowie davon abstrahierende Perspektive vermittelt. Demgegenüber wurde der Vergleichshorizont der Psychose und Psychoseerfahrung gestellt, der die Erfahrungen, Erlebensweisen, Strategien und Umgangsweisen aus der subjektiven Perspektive hervorhebt. Dabei wurde vor allem deutlich, dass Psychosen eine individuelle Reaktion auf besondere Bedingungen sind. Durch die Schizophreniediagnose werden Eigenschaften attribuiert, die eine abstrahierende Funktion gegenüber der Person an sich haben. Die Schizophreniediagnose wird deutungsleitend und übertönt die persönlichen Eigenschaften, Motive und Bedürfnisse mit statistischen Annahmen, die suggerieren, wie eine Person mit Schizophreniediagnose sein sollte und was entsprechend von ihr zu erwarten wäre. Die Aufmerksamkeit legt sich auf die Diagnose, als wäre sie eine greif- und spürbare Entität der sozialen Wirklichkeit. Dadurch entwickelt sich ein intentionaler Handlungsbezug auf die Schizophreniediagnose selbst. Die Schizophreniediagnose soll das ›Abnormale‹ und das ›Unberechenbare‹ der Psychose kennzeichnen und sie dient gleichzeitig der Distanzierung und der Markierung der eigenen Überlegenheit, nicht so zu sein. Die Abstrahierung und Theoretisierung der Psychose sowie die für die psychiatrischen Forschung typische Methodenauswahl vergrößert den Abstand zur empirischen Wirklichkeit der Psychoseerfahrenen.

Demgegenüber steht meine Absicht, die Erfahrungen und das Erleben aus dem unmittelbaren Lebens- und Alltagsbezug der Personen zu rekonstruieren, ohne von diagnosespezifischen Merkmalen voreingenommen zu sein. Dadurch soll deutlich werden, dass die Personen nicht einfach nur passiv auf ihre Psychose reagieren, sondern aktiv, selbstwirksam und souverän handeln können. Die Erfahrungen und das Erleben der Psychose werden also mit den Mitteln der Alltagssoziologie in ihrem sinnhaften und alltagsweltlichen Bezug rekonstruiert. Das verdeutlicht vor allem den »naiven Universalismus« (Straub, 2021a, o. A.), der psychiatrisch-medizinischen Wissenschaften, die die für sie relevanten Phänomene in universelle, abstrakte Kategorien verwandelt. Sie kann die Besonderheiten individueller Lebenswelten, die subjektiven Handlungsvollzüge und Entscheidungsprozesse nicht erklären, sondern subsumiert sie auf abstrakt-reduktionistische Erklärungen, in der die subjektiven Vollzüge ausgeklammert werden (Straub, 2023b). Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird demnach eine Perspektive entwickelt, in der das handelnde Subjekt im Mittelpunkt der Überlegungen steht und keine verallgemeinerten abstrakten Konzepte, die die Erfahrung, das Erleben und das Handeln aus ihrem empirischen Bezug herauslösen. Dadurch wird die alltagssoziologische Perspektive durch eine handlungstheoretische ergänzt.

2 Identität, Alltagsstrukturen und Psychose

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den für diese Arbeit relevanten Konzepten von Identität und Alltagsstrukturen. Zum einen soll dadurch der für diesen Zusammenhang relevante theoretische Rahmen festgelegt werden. Zum anderen wird gezeigt, wie und warum die Identität einer Person mit den Sinn- und Bedeutungszusammenhängen ihrer Alltagsstrukturen zusammenhängt. Damit wird der für die Handlungsplanungen und -orientierungen notwendige Rahmen erkennbar. Außerdem möchte ich in diesem Kapitel psychologische (und psychoanalytische) Überlegungen zur Psychoseerfahrung diskutieren. Das Kapitel endet mit Überlegungen, inwieweit die durch die Psychose veränderte Wahrnehmung Einfluss auf die Identitätsbildung sowie auf die Auslegung der Alltagsstrukturen nimmt und was dies für den Forschenden bedeuten kann. Das führe ich anhand von Überlegungen zum subjektiven Krankheits- und Leidempfinden, der historisch-lebensweltlichen Entwicklung von Wahnvorstellungen, dem subjektiven Empfinden von Stress und der kulturell-spezifischen Interpretation von Psychose exemplarisch aus. .

2.1 Identität als psychologisches und soziologisches Deutungskonzept

Psychosen zeichnen sich durch ein Ungleichgewicht des Innen-Außen-Erlebens aus, weil sich Selbst- und Fremdvorstellungen im psychotischen Modus voneinander entfernen. Der Psychoseerfahrene bemüht sich um die qualitativen Eigenschaften seiner Identität, kann jedoch die formale Struktur seiner Identität nur bedingt aufrechterhalten (Straub, 2016a). Dadurch wird die Identität rissig und in ihrer Bestimmung fragil, was den Erfahrenen verletzlicher in seiner Selbstausslegung macht. Diese Situation wird zu einer Zerreißprobe, die in diesem Kapitel dargestellt wird. Dafür möchte ich zunächst die historische Entwicklung des Identitätsbegriffs vorstellen und aufzeigen, welche Anforderungen die gesellschaftlichen Veränderungen mit sich bringen können. Daraus wird deutlich, warum die verändernden und sich wandelnden Anforderungen für Menschen mit Psychosen aus identitätstheoretischer Sicht eine besondere Herausforderung darstellen können. Danach stelle ich die Identitätskonzepte von Erik Erikson und George Herbert Mead vor, welche den Aspekt der persönlichen Orientierung in Gesellschaft und Gemeinschaft hervorheben und die psychologischen Anforderungen der Identitätsentwicklung hinsichtlich ihrer sozialen Erwartungen betonen. Die personale Identität (also das Erreichen einer stimmigen Selbstvorstellung und eines

entsprechenden Selbstgefühls; die qualitative Bestimmung von Identität) ist kein abgeschlossener Prozess, sondern sie steht in einer ständigen sozialen Verhandlung und muss sich je nach Veränderungen neu ausrichten und anpassen. Der soziale Aspekt der Identität (die Struktur der Identität) wird durch die Überlegungen von Anselm Strauss, für den die soziale Umwelt über die Identitätsausrichtung (mit-)entscheidet, veranschaulicht. Die Schwierigkeiten, Erlebnisse, Erfahrungen oder Erwartungen in die eigene Identität integrieren zu ›müssen‹, mit denen eine Person nicht einverstanden sein könnte, wird durch das Stigma-Konzept Ervin Goffmans hervorgehoben. Die beschädigte Identität verändert das Selbstbild einer Person, sodass sie auf verschiedene Techniken zurückgreifen muss, um die Konsequenzen der Beschädigungen mit sich selbst in Einklang bringen zu können. Zum Ende dieses Punktes resümiere ich über das für Menschen mit Psychose typische Dilemma des Ungleichgewichts des Innen-Außen Erlebens.

2.1.1 Identität und gesellschaftliche Entwicklung

Identitätsstrategien, -entwicklungen und -konflikte betreffen Menschen mit Psychoseerfahrungen auf verschiedenen Ebenen. Der Modus der psychotischen Konfliktverarbeitung wird in der Entwicklung(-stufe) der Selbst-Identität beziehungsweise in der entwickelten Fähigkeit, mit Belastungen, Krisen und Irritationen umgehen zu können, verortet. Die Entwicklung der Identität wird im Rahmen normativer Kriterien psychologischer oder psychodynamischer Entwicklungsmodelle als unzulänglich beschrieben (siehe 1.3.2). Nicht zuletzt habe dies einen Verlust der Identität selbst sowie der Orientierung und Handlungsautonomie zur Folge (Laing, 1987 [1960], S. 46). Es ist wichtig, aufzuzeigen, dass es bei Psychosen eben nicht zum sogenannten Verlust der Identität kommt, sondern dass sich Identität auch in der existenziellen Krise und angesichts »ontologischer Unsicherheit« (ebd., S. 38) weiterhin behaupten kann und die Erfahrenen dafür auf entsprechende Strategien zurückgreifen, die möglicherweise als symptomatisch fehlinterpretiert werden können.

Jedoch müssen auch Menschen mit Psychoseerfahrung die gleichen gesellschaftlichen Anforderungen wie etwa Pluralismus, Partikularität, Individualismus oder Differenzsensibilität und Ambiguitätstoleranz, die mehr Eigenverantwortung und Autonomie erfordern, bewältigen und dabei ein entsprechendes, für sich und andere Personen akzeptables Verhältnis zum eigenen Selbst- und Fremderleben entwickeln (Straub, 2016a, S. 140; Abels, 2017, S. 376ff.; Schaeffer et al., 2020; Richter & Hurrelmann, 2016). Als Menschen mit Psychoseerfahrung oder Schizophreniediagnose sind sie in besonderer Weise gefordert, da sich für sie 1) als Menschen mit psychischen Erkrankungen die soziale Situation verändern kann (zum Beispiel durch Stigmatisierung) und 2) veränderte Wahrnehmungen einstellen, die einen veränderten Bezug zur Welt erge-

ben können (Zaumseil, 1997). Die betroffenen Personen entwickeln dafür bestimmte Umgangsweisen, um sich im Alltag entlasten zu können.

Im Folgenden möchte ich kurz beschreiben, wieso gesellschaftliche Veränderungen und Anforderungen mit der Identitätsstruktur zusammenhängen. Grundsätzlich ist anzumerken, dass das hier verwendete Konzept von Identität seinen Ursprung im Zeitalter sich modernisierender, pluralisierender und individualisierender Gesellschaften hat und mit den damit verbundenen Krisenerfahrungen, Orientierungsproblematiken und Unsicherheiten im Zusammenhang steht (Straub, 1998, S. 86; Abels 2017, S. 375). Die zunehmende Enttraditionalisierung und Individualisierung der Menschen im ausgehenden 19. Jahrhundert und zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatte einen Verlust und eine großflächige Veränderung gesellschaftlicher Ordnungen und subjektiver Orientierungen zur Folge (zum Beispiel durch Arbeitsteilung und Industrialisierung, Stadtflucht, Abwendung und Fragmentierung von sozialen/kulturellen Traditionen). Wussten die Menschen in der Regel um ihren fest zugeordneten Platz in ihrer Gemeinschaft, waren sie auf einmal mehr oder weniger auf sich selbst gestellt und mussten ihre Lebensplanung sowie -praxis selbstständig(er) gestalten – während sie sich zugleich einer ausufernden, beschleunigten Moderne gegenüberstanden, was die Selbstgestaltung der Lebenspraxis immer anspruchsvoller werden lässt (Gumbrecht, 1978). Mehr Wahlmöglichkeiten implizieren jedoch auch immer die Möglichkeit, falsche Entscheidungen zu treffen (Abels, 2017, S. 281; Straub, 2000, S. 280). Kurz gesagt, die Möglichkeit, selbstständig über den eigenen Lebensweg entscheiden zu können (oder auch zu müssen), schafft neue und unbekannte Herausforderungen, in der Kontingenzerfahrungen bewältigt und auch die Art und Weise eines gemeinsamen Zusammenlebens arrangiert werden muss (Straub, 2018, S. 213).

Neben einer grundlegenden Offenheit für Veränderungen müssen neue Handlungsorientierungen entwickelt werden sowie ein ›Gespür‹ für die richtige Entscheidung (ebd., S. 211). Unzählige Optionen und Wahlmöglichkeiten erzeugen ebenso unzählige und optionale Identifikationsmöglichkeiten. Dies beginnt mit der Wahl der richtigen Erziehungsmethode, der Schulform, dem Berufseinstieg, dem Vertreten der richtigen politischen Werte und einer entsprechenden Lebenspraxis, das Hören der richtigen Musik, die Entscheidung für die besten Filme, das Streben nach Körperidealen oder eben mit den vielen Vergleichsmöglichkeiten, die die Lebenspraktiken der anderen Menschen bereithalten und die Person zu ständigen Vergleichen und einer ständigen Sinnsuche anhalten. Die Lebenspraxis wird also zur Suche nach der richtigen Lebensführung, einer, die passt und mit der die Person zufrieden sein kann. Die Identitätsbildung wird zur Aufgabe und ist begleitet von ständigem »Zweifel« (Straub, 1998, S. 88). Diese Darstellung zeigt, dass die Individuen sich häufiger in einer stetigen inneren Zerrissenheit und Verunsicherung befinden und für sich wichtige Orientierungspunkte wählen müssen, um mit den unzähligen Anforderungen, Pflichten und Vorstellungen zurechtzukommen. Wie oben erwähnt, ist anzunehmen, dass Menschen mit Psychoseerfahrung und Schizophreniediagnose dies als doppelte Herausforderungen erleben können. Im

nächsten Abschnitt stelle ich die Identitätskonzepte von Erikson und Mead vor. Damit soll die Orientierungsproblematik, in der sich Menschen befinden, vertieft werden.

2.1.2 Identität, Orientierung und die Bildung des Selbstkonzept

Der folgende Teil soll deutlich machen, wie sich Identität ›entwickelt‹, sich Personen also in ihren gesellschaftlichen und gemeinschaftlichen Konstellationen orientieren können und auf welche psychosozialen Strategien sie dabei zurückgreifen. Mit Identität ist zunächst die »Struktur der Selbst- und Fremdverhältnisse« (Straub, 2000, S. 281) gemeint. Als »subjekttheoretischer Reflexionsbegriff« (Straub 1998, S. 82) möchte er sich den Konturen und Umrissen (also der formalen Struktur) des Subjektes annähern. Die Bestimmung der Identität einer Person nimmt ihren selbst verorteten Platz in den Blick, der sich aus einem Arrangement bestimmter Vorstellungen über sich selbst und den Vorstellungen der sozialen Umwelt ergibt (Straub 2016a, S. 140; 2016b). Die Entwicklung einer ›reifen‹ Identität vollzieht sich laut Erikson mit dem Abschluss der Adoleszenz. Wobei ›reif‹ oder das Erlangen eines bestimmten Entwicklungsstandes hier normativ gesetzt ist. Die der Identitätsausrichtung entsprechenden Handlungsmuster entwickeln sich innerhalb der eigenen Lebenswelt- und Alltagsstrukturen und dienen zur gegenseitigen Orientierung innerhalb der sozialen Interaktionen (Matthes & Schütze, 1973, S. 19). Identität ist demnach adaptiv und dynamisch und nicht normativ gesetzt.

Aber wie vollzieht sich die Entwicklung der Identität? Das heranwachsende Kind identifiziert sich im Laufe der Sozialisation mit den signifikanten Anderen, die das eigene Selbstkonzept prägen (Mead, 1973 [1934], S. 194; S. 209f.). Das heißt, sie werden Spuren bestimmter Normen, Vorstellungen, Regularien oder Konventionen hinterlassen, die die Heranwachsenden internalisieren (Erikson, 1979 [1956], S. 137). Die Identität wird zum »Rahmen« (ebd.), innerhalb dessen sich die Person orientieren und reflektieren und so einen festen Platz in der für die eigene Identifikation relevanten Gemeinschaft finden kann. Die lebensgeschichtliche Entwicklung mit all ihren Spuren und Einflüssen von Beziehungen wird zur Grundlage, sich in der Gemeinschaft überhaupt orientieren und zurechtfinden zu können (ebd., S. 138). Die Identität wird zum Spiegel geltender Konventionen (Mead, 1973 [1934], S. 201), durch welche die »Brauchbarkeit [...] vertrauter und sinnvoller Rollen« (Erikson, 1979 [1956], S. 140) überprüft wird. Die Person sucht nach möglichen Übereinstimmungen ihrer biografischen Sozialisation sowie den durch die Gemeinschaft geforderten Anforderungen und Leistungen. Sie sucht ihren Platz in der Gemeinschaft, möchte so wenig wie möglich von der eigenen Individualität aufgeben (Straub, 1998, S. 79). Sie kann aber auch nicht außerhalb gemeinschaftlicher Strukturen stehen und muss eine Form der Anpassung entwickeln, um so ihren Platz in der Gemeinschaft einnehmen zu können.

Identität ist ein reflexiver Prozess, in dem eine Person eine Vorstellung von sich selbst

entwickeln wird (Mead, 1973 [1934], S. 179). Sie ist sich selbst Objekt, das heißt, sie kann innerhalb der Beziehungen mit anderen die eigenen Handlungen reflexiv abgleichen (ebd., S. 180). Die Person synthetisiert die Werte und Haltungen ihrer Gemeinschaft im ständigen Vergleich mit sich selbst zu einer weitgehend konsistenten Identitätsvorstellung (wobei die Synthetisierung niemals völlig abgeschlossen werden kann). Diese ist Ausdruck des »verallgemeinerten Anderen« (ebd., S. 196), also eine ausgeglichene Integration eigener und gemeinschaftlicher Vorstellungen. Dadurch entwickelt die Person Orientierungen, um ihre Handlungen zu realisieren, zu steuern und zu kontrollieren (ebd., S. 198). Um die Struktur der Identität zu bestimmen, führt Mead die analytischen Kategorien des »I« und des »me« ein (ebd., S. 185). Durch die theoretische Trennung verdeutlicht Mead, wie Reflexionsleistungen die eigene Positionierung und sinnvolles Handeln im Austausch mit der Gemeinschaft möglich machen (ebd., S. 214). Das »me« ist ein rein gesellschaftlicher Prozess, es entsteht aus der Verinnerlichung von Werten, Normen und Erwartungen, die Interaktionen implizit sind beziehungsweise in ihnen geltend gemacht werden. Eine Person wird sich in einer sozialen Interaktion »bewusst« zurechtfinden, weil sie auf entsprechende Konventionen ihrer Gesellschaft zurückgreifen, diese reflektieren und schließlich reproduzieren kann (ebd., S. 217). So können die »Haltungen« der anderen übernommen und deren Reaktionsweisen eingeschätzt werden (ebd., S. 218). Dadurch kann sich die Person quasi automatisiert im sozialen Prozess zurechtfinden. Das »I« hingegen ist eine innere psychische Instanz und vollzieht sich nachträglich zum »me« (ebd., S. 217), fungiert aber auch spontan und unvorhersehbar. Im »I« erfolgt eine rückblickende Bewertung des Erlebten (ebd., S. 219). Dabei entscheidet sich, inwieweit die abschließende Bewertung mit der (qualitativen Form der) Identität vereinbar ist (ebd., S. 218). Der Handlungsverlauf wird auf seine Sinnhaftigkeit hin reflektiert und das im Handlungserfolg erlangte positive Selbstgefühl kann zukünftige Handlungen motivieren und leiten (ebd., S. 221). Die Identität ist demnach ein Ausdruck verallgemeinerter gesellschaftlicher Wertvorstellungen und Zugehörigkeiten, die auf eine individuelle Art und Weise beantwortet werden (ebd., S. 245). Sie ist ein permanenter Prozess der Reflexion und Regulation von inneren und äußeren Anforderungen und Vorstellungen, der, um die Vorstellungen der eigenen Identität zu ermöglichen, auf unterschiedliche bewusste und unbewusste Strategien zurückgreift (ebd., S. 256f.).¹⁸

Anhand der Darstellung wird deutlich, dass Identität ein Drahtseilakt ist, auf dem die Balance nur schwer zu halten ist. Eine Person muss immer wieder ein gutes Arrangement zwischen den eigenen Vorstellungen, Ansprüchen und Werten und den gemeinschaftlichen Erwartungen finden. Sie muss eine mehr oder weniger »realistische Selbstdefinition« bei entsprechender »sozialer Anerkennung« finden (Erikson, 1979 [1956], S. 191). Das »tatsächlich Erreichte« wird von einem ständig sich selbst »revidierenden Realitätsgefühl« (ebd.) begleitet. Dies verdeutlicht die ständigen Anpassungs-

¹⁸ Ich gehe hier nicht weiter darauf ein, dass Meads Theorie nichts mit dem psychoanalytischen Konzept des Unbewussten gemein hat und die Seele insgesamt anders begreift als die Tiefenpsychologie seit Freud.

leistungen, die die Identität vollziehen muss. Identität vermittelt der Person das innere Gefühl der Stimmigkeit und umfassenden Wohlbefindens, des Ineinander-Passens und des gleichbleibenden Flusses (Erikson, 1979 [1956], S. 147). Die »Ich-Identität« (oder Selbst-Identität) ist das »Gewahrwerden« von Konsistenz und Kohärenz mit sich selbst und anderen (Erikson, 1979 [1946], S. 18). Doch das stimmige Konstrukt kann nur vorübergehend sein, weil die Person sich ständig adaptiv, flexibel und dynamisch zu ihren Umwelteinflüssen verhalten muss (Straub, 2000, S. 282; Straub, 2016b). Sie muss neue Erfahrungen mit ihrer eigenen geschichtlichen Perspektive in Einklang bringen (Erikson, 1979 [1946], S. 17), sodass sie die »Qualität ihrer Existenz« als gleichbleibend und kontinuierlich über die Zeit hinweg wahrnehmen kann (ebd., S. 18). Andernfalls wird sie sich fremd und unsicher fühlen, da sie ohne Identifikationsobjekt auf sich allein gestellt bleibt und für ihre Handlungen keine Orientierungen finden kann (Laing, 1987 [1960], S. 39). Neben Veränderungen aus der Gemeinschaft, muss die Person auch eigene körperliche oder psychische Veränderungen integrieren können. Krisen, Verunsicherungen oder Irritationen bedrohen wiederum das stimmige Gefühl und erzeugen Handlungsweisen, durch welche die Person versucht, eine Vereinbarkeit mit dem »Selbstgefühl« zu erzeugen (Erikson, 1979 [1946], S. 17.). Daraus erklärt sich zum Beispiel die Sinnhaftigkeit von als extrem und nicht nachvollziehbar charakterisierten Handlungsweisen, wie zum Beispiel psychotischen (ebd., S. 19). Mit der Identitätsarbeit soll folglich ein Ausgleich erreicht werden, der es möglich macht, die durch den Innen-Außen-Konflikt entstandenen »Identitätsfragmente« (ebd., S. 22) wieder zusammenzuführen. Diese durch eigene oder äußere Veränderungen und Anforderungen zerrissene Identität kann sich durch eine sinnhafte Adaption und Integration der Erfahrungen wieder zusammenfügen (man muss also zum Beispiel in der Lage sein, »umdenken zu können«, um neue Erfahrungen machen zu können). Teile der Identität sterben ab, wenn sie ihre Gültigkeit verlieren (ebd., S. 39).

Die Kumulation verschiedener belastender Ereignisse (zum Beispiel Verpflichtungen, Entscheidungen, Rivalitäten, Veränderungen), die in ihrer Summe nicht mehr erfolgreich bearbeitet werden können, können eine »Identitätsdiffusion« auslösen (Erikson, 1979 [1956], S. 155). Die Person ist sich ihrer Selbstausslegung und -positionierung unsicher, die gewohnten Orientierungen und Handlungsroutinen verlieren ihre Bedeutung. Sie gewinnt zunehmend den Eindruck der zeitlichen Unbeständigkeit, da ihre Anstrengungen keine Wirkung erzielen (ebd., S. 159). Das Gefühl von »Einheit und Ganzheit« soll über sich »wechselnde raum-zeitliche Umstände« (Straub, 2000, S. 283) beständig bleiben. Veränderungen können leichter adaptiert werden, wenn sie als Bestandteil des »lebensgeschichtlichen Zusammenhangs« interpretiert werden können (ebd., S. 284). Durch Kohärenz und ein Gefühl der Kontinuität findet die Person Orientierung im »physikalisch-materiellen, leiblichen, sozialen, zeitlichen und moralischen Raum« (Straub, 1998, S. 85). Es gelingt ihr, Veränderungen auszuhalten und die Identität entsprechend »umzustrukturieren« (ebd., S. 93). Kontinuität meint auch, dass die Person eine Vorstellung oder Perspektive von sich in der Zukunft entwi-

ckeln kann. Durch eine flexible und kreative Ausrichtung ihrer Handlungen kann sie die Perspektive (auch als gemeinsam geteilte Perspektive) über eine gewisse zeitliche Dauer hinweg nach ihren Vorstellungen realisieren (Joas, 1999, S. 229; S. 244). Je nach Ziel und erwartetem Aufwand, benötigt sie als Orientierungsrahmen ein stimmiges Identitätskonzept. Selbst in Übergangssituationen (zum Beispiel eine neue Lebensphase), die neue Handlungsorientierungen zur Folge haben, kann sich die Person mit einer offenen Identitätsbildung durch die (Neu-) Definition ihrer »Umrisslinien« (Erikson, 1979 [1956], S. 170) besser zurechtfinden.

Identität ist also – formal betrachtet – ein mehr oder weniger harmonischer Ausgleich sich widersprechender, widerstreitender Erfahrungen und Erwartungen, Wünsche und Ängste etc. Sie bildet eine offene, dynamische Struktur, die sich in der eigenen Veränderung erhält und stabilisiert (Straub, 2016a; 2016b). Für Straub liegt Identität auf einem Kontinuum, auf dem die Identität zwischen den sich gegenüberliegenden Polen, Multiplizität und Totalität platziert ist. (Straub, 2016b, S. 160). Die Erfahrungen der Multiplizität beschreiben einen Zustand, der an Laings ontologische Unsicherheit erinnert. Das Selbst einer Person zeichnet sich dann durch eine Art Grenzenlosigkeit aus und ist im Begriff, seine Struktur zu verlieren. Das multiple, fragmentierte, dissoziierte Selbst verliert seine Orientierung. Die Person findet demnach keine Mittel mehr, Erfahrungen stimmig zu integrieren und kann sich selbst nicht mehr unabhängig und autonom positionieren, was auch den Abstand und die Abgrenzung zu anderen betrifft (Straub, 2016b, S. 164; Laing, 1987 [1960], S. 40f.). Diese Situation bedroht die Person quasi in ihrer Existenz, da sie sich wegen ihrer Multiplizitätserfahrung nicht mehr als Ganzes, sondern eher als zerrissene Person wahrnimmt. Dem gegenüber steht die geschlossene oder »totale« Ausrichtung des Selbst (Straub, 2016b, S. 164). Im Falle einer »totalen« Abdichtung des Selbst können sich Personen entsprechend schlechter auf Veränderungen einstellen, weil sie diese als Bedrohung erleben. Sie haben Probleme, sich in der Gesellschaft zu orientieren, weil ihnen Flexibilität und Dynamik im sozialen Austausch fehlt. Die »Abriegelung« des Selbst erfüllt auch den Zweck, sich vor Veränderungen und weiteren Anforderungen schützen zu können (Straub, 2018, S. 210). Eine Öffnung würde das Selbstkonzept mit den Haltungen der Gemeinschaft in Konflikt bringen. Dieser Konflikt kann und soll vermieden werden. Selbstverständlich ist es möglich, dass es der betreffenden Person irgendwann leichter gelingt, sich zu öffnen (Erikson, 1979 [1956], S. 140f.). Festzuhalten ist: In beiden Extremen der Totalität und der Multiplizität greifen die Personen auf entsprechende »Manöver« (Laing, 1960, S. 47) zurück, um ihre »Selbstgrenzen« (Straub, 2016b, S. 164) entweder notdürftig zusammenzuhalten oder gegenüber anderen rigide abzugrenzen.

Im folgenden Abschnitt möchte ich die Identität im sozialen Prozess beschreiben und damit deutlich machen, welche Anstrengungen zum einen mit der Identitätsbildung selbst und zum anderen mit dem Erhalt der eigenen Identität verbunden sein können. Daraus sollen die Anforderungen für Menschen deutlich werden, deren Identität von anderen in Frage gestellt wird und deswegen unsicher und rissig wird.

2.1.3 Identitätsbildung und -verhandlung als sozialer Prozess

Soziale Prozesse formen die Identität einer Person. Identität gestaltet sich stets in Abhängigkeit von der Gruppe, auf welche die Person je nach Position, Fähigkeiten und Fertigkeiten mehr oder weniger Einfluss nehmen kann.

Wie schon bei Erikson und Mead deutlich wird, ist die Identitätsentwicklung kein einseitiger, durch das Individuum allein gesteuerter Prozess. Sie bildet sich in Abhängigkeit zur Gesellschaft, die sich wiederum in unterschiedliche soziale Bereiche (zum Beispiel bestimmte formelle und informelle Gruppen, Gemeinschaften, Parteien oder Gemeinden) teilt. Identitätsbildung ist für den Soziologen Anselm Strauss somit ein dauerhafter sozialer und dynamischer Prozess. Kurz gesagt, beziehen sich seine Analysen auf die Ebene der Gruppen- und Gemeinschaftsdynamiken, also die des Mead'schen »me« (Strauss, 1974 [1959], S. 59). Durch den Bezug auf Strauss (und später Goffman) möchte ich den oben erwähnten Aspekt der Zerrissenheit von Selbst- und Fremdwahrnehmung deutlich machen. Diese kann nicht einseitig durch die Person selbst aufgehoben werden, weil Identität immer in Abhängigkeit von anderen Personen und Gruppen entsteht. Eine Person hat eine über zeitliche, räumliche und soziale Dimension beständige Identität, die die Gewissheiten, Charaktereigenschaften und Handlungsorientierungen des Selbst garantiert. Jemand wird bekanntlich nicht von heute auf morgen ein vollständig anderer Mensch. Identität ist jedoch auch kein starres Gebilde. Es ist vielmehr eine dynamische, flexible und anpassungsfähige Basis individueller Charaktereigenschaften, Merkmale und Wertvorstellungen, die sich in unterschiedlichen sozialen Situationen entsprechend der (eigenen und fremden) Vorstellungen, Anforderungen und Erwartungen verändern und wandeln kann (ebd., S. 47). Eine Person passt ihre Handlungen auf der Grundlage ihrer Erfahrungen, der Einschätzung der gegenwärtigen Situation und Rahmenbedingungen sowie anhand des Gegenübers an (ebd., S. 52). Die Interaktion kennzeichnet sich durch eine »Mehrdeutigkeit« an Bedeutungen, die die Person für sich erkennen und sortieren muss (ebd., S. 49). Je nach Situation und entsprechender Konvention werden einzelne Identitätsfragmente angesprochen (ebd., S. 59; S. 81). Überlegt man sich, wie viele unterschiedliche soziale Situationen ein normaler Erwachsener an einem Tag durchlebt, zeigt sich die gesamte Bandbreite der geforderten Identitätsarbeit. Eine Person zeigt zum Beispiel auf der Arbeit ein anderes Gesicht als zu Hause bei der Familie oder beim samstäglichen Fußballspiel mit Freunden. Die institutionellen oder quasi-institutionellen Bedingungen geben den Rahmen der Identitätsorientierung vor und strukturieren so die Interaktion und Handlungsmöglichkeiten (ebd., S. 85). In vertrauten Situationen ist der Status weitgehend gesichert. Die Identität verändert sich aber, wenn der »gefestigte« Status (je nach sozialer Situation) in Frage gestellt wird (zum Beispiel jemand kommt zu spät zur Arbeit, jemand ist krank oder jemand lebt gerade in einer Trennung). In bisher unbekanntem, flüchtigen oder in Interaktionsprozessen mit kritischen Ereignissen wird der »kumulative und entwickelnde Charakter« (ebd., S. 65) der Identitätsorientierung offensichtlicher (zum Beispiel das Kennenlernen neuer Personen privat oder beruflich). Die Einschätzungsmöglichkeiten über den Status einer

Person sind erstmal weitgehend offen. Erst oberflächlich gekennzeichnete Informationen (zum Beispiel sichtbares Geschlecht, Kleidung, Migrationshintergrund) geben eine ungefähre Einschätzung ihrer »sozialen Position« vor (ebd., S. 75). Oft bleibt die Selbstbeobachtung und damit Selbsteinschätzung unsicher, weil die interagierenden Personen sich noch nicht auf einen gegenseitigen Status einigen konnten (ebd., S. 63). Die Situation entwickelt sich zu einem gegenseitigen Abtasten und Ausprobieren, bis sich beide Interaktionspartner auf einen gegenseitigen Status geeinigt haben.¹⁹

In der »Komplexität des Wechselspiels« können die Interaktionspartner zu »Urteilsfehlern« kommen (zum Beispiel, wenn sich der erste Eindruck eines Status nicht bestätigt; ebd., S. 61). Dann können sich (Selbst-) Unsicherheiten in der Situation entwickeln, da es beiden Seiten (oder einer Person) schwerfällt, die Absichten des Gegenübers einzuschätzen (ebd., S. 62). Eine »uneinheitliche Präsentation« (ebd., S. 91) fordert die Erwartungen heraus. Dies erzeugt Diskrepanzen im weiteren Interaktionsverlauf, da die Situation keine Handlungsorientierung vermittelt. Eine Person könnte sich entgegen eigenen Erwartungen verhalten. So würde die Gegenseite, um Handlungssicherheit zurückzuerlangen, unmittelbar korrigierend auf Grundlage der durch den Status vermittelten Regeln über eine Person eingreifen (ebd., S. 81). Je komplexer die Aufgaben, je intensiver die Kontingenzerfahrungen werden, desto mehr muss die Person auf zuverlässige Identitätsstrategien vertrauen, die das »Ungleichgewicht« (ebd., S. 87) einer Situation ausgleichen können. Die Person wird mehr oder weniger gezwungen den »Interaktionsregeln« zu folgen (ebd.).

Die hier dargestellte soziologische Sichtweise, betont »soziale Positionen«, die ihrerseits gewisse Erwartungen transportieren (ebd., S. 74f.) Dadurch gelingt es (von außen) einzuschätzen, welche Orientierungen und Handlungsmöglichkeiten die Situation für eine Person bringen kann. Weitgehend unbekannt bleiben die inneren Motive und Reflexionsleistungen (also die psychologische Seite der Identität). Dadurch wirken die Interaktionspartner wie von außen gesteuert und ihre Identitätsentwicklung erscheint immer als Resultat der Anerkennung anderer. Doch die Personen lernen für sie relevante »soziale Techniken« (Erikson, 1979 [1946], S. 41), um sich am »sozialen Prinzip« (ebd.) orientieren zu können. Die Entscheidung, was in der Interaktion präsentiert wird, ist nicht willkürlich dem sozialen Prozess unterzuordnen, sondern ermöglicht individuelle, flexible und dynamische Entscheidungen, die alles andere als vorgegeben sind (Straub, 1998, S. 77). Eine Person mit Psychoseerfahrung wird sich zwar entsprechend ihres nach außen präsentierten Status verhalten können, ihre Strategien sind wegen des mit der Psychose assoziierten Status automatisch begrenzt. Goffman zeigt, wie belastend ein veränderter (oder unfreiwillig eingenommener) sozialer Status sein kann und wie schwer (vielleicht sogar unmöglich) es manchmal ist, sich gegen den Statuszwang zur Wehr zu setzen, also entsprechende (soziale und psychologische) Strategien gegen die Identitätsentwertung zu finden.

19 Bei mehreren Interaktionspartnern ist der Prozess deutlich komplizierter und langwieriger, zumal auch die Gruppe und nicht ein Einzelner den Status festlegt.

2.1.4 Identität und Stigma

Der folgende Abschnitt zeigt auf, was es heißt, wenn die Identität einer Person durch ein Stigma beschädigt wird und wieso eine Person psychologische und soziale Strategien zur Kompensation der Beschädigung entwickeln wird.

Der Soziologe Ervin Goffman beschreibt, ähnlich wie Strauss, die Identitätsbildung einer Person aus der sozialen Interaktion heraus. Allerdings unterscheidet Goffman Identität zwischen sozialer Identität (Goffman, 2012 [1963], S. 10) und personaler Identität (ebd., S. 73). Goffman nimmt diese Unterscheidung vor, um die Prozesse der Identitätsbildung auf unterschiedlichen Ebenen darstellen zu können, doch sind das für ihn vorrangig Bereiche, die die Person selbst kaum beeinflussen kann. Die sozialen Anderen sind in gewisser Weise unverfügbar (ebd., S. 58). Jede Person wird quasi durch die anderen auf je bestimmte Art und Weise wahrgenommen. Die soziale Identität einer Person ist ein Set an (normativen) Informationen, an welchen sich die Erwartungen und Aufforderungen der Interaktion orientieren und strukturieren können (ebd., S. 10). Die Person wird anhand bestimmter äußerer Merkmale (zum Beispiel Migrationshintergrund, Geschlecht, Hautfarbe, Verletzungen, Kleidung) und Eigenschaften (Verhaltensweisen, Mimik, Gestik) eingeschätzt und einer entsprechenden Kategorie zugeteilt. Diese Informationen strukturieren die Orientierungsmöglichkeiten in der Interaktion.

Goffman unterscheidet in der sozialen Identität zwei weitere Ebenen. Die soziale Identität einer Person ist einerseits vorübergehend und flüchtig (»virtuelle Identität«). Die Eigenschaften, die einer Person aufgrund eines ersten Eindrucks zugeschrieben werden, können sich nach längerer Anwesenheit als falsch oder anders herausstellen (ebd.). Können die Eigenschaften bestätigt beziehungsweise »tatsächlich bewiesen« werden, redet Goffman andererseits von der tatsächlichen sozialen Identität. Die soziale Identität einer Person ist insgesamt entscheidend dafür, wie die Person in der weiteren Interaktion wahrgenommen wird und auf welche Orientierungsmuster andere Menschen zurückgreifen. Auf Grundlage der eingeschätzten Kategorie werden weitere, mit den normativen Kriterien einer Identitätszuschreibung zusammenhängende Eigenschaften über die Person antizipiert (ebd., S. 11). Wird der Person aufgrund bestimmter Merkmale oder Eigenschaften einer Kategorie zugeschrieben, die negativ assoziiert ist, werden sich die Informationen fortan aufdrängen und die Handlungen der anderen regulieren. Goffman spricht dann vom mehr oder weniger offensichtlichen, aber irreparablen Schaden der Identität als »Stigma« (ebd.).

Obwohl sich auf den ersten Seiten des Buches vermuten ließe, dass Goffman eine starke Vorstellung vom sogenannten »Unnormalen« hat, die seine Analyse prägt, wird trotz des häufig negativ konnotierten Begriffs des Stigmas im Laufe des Buches eine ausgeglichene Sicht deutlich (Abels, 2017). Goffmans Beispiele dienen der Illustration des Phänomens und weisen auf die »große soziale Not« (Abels, 2017, S. 304) der betroffenen Menschen hin. Goffman erkennt aber auch eine Kontinuität der »normativen

Misere« an (Goffman, 2012 [1963], S. 159) und verweist auf die Kontinuität der die Identitätsnormen bedrohenden sozialen Informationen bei allen Menschen. Damit lernen sie in der Regel, umzugehen (ebd., S. 157). Anders formuliert: Jeder hat ein Geheimnis, über das er nicht reden möchte. Für die Personen mit einem Stigma, das sich nicht widerrufen lässt und das für jeden offensichtlich ist, wird die Situation ungleich belastender. Insgesamt zeigt sich die soziale Kontrollfunktion von Scham (ebd., S. 171). Die Person stellt immer wieder fest, wie das Stigma die Einschätzung der anderen beeinflusst, wodurch sich ein »Unbehagen« über die Situation legt (ebd., S. 24) – zumal sich der Eindruck einstellt, der Stigmatisierung ausgeliefert zu sein (ebd., S. 26), da jede Handlungsweise des Stigmatisierten für die Stigmakategorie angemessen sein muss (ebd., S. 28). Im Laufe der Zeit lernt die Person schließlich die normativen Kriterien ihres Stigmas kennen und muss sich entsprechend der veränderten Erwartungen neu organisieren (ebd., S. 47). Das Stigma wird zum »ansteckenden moralischen Makel« (ebd., S. 48).

Goffman geht es schließlich darum zu erklären, welche Form der Identitätsarbeit die Personen wegen ihres Stigmas leisten. Dieser Aspekt bleibt meines Erachtens in der Stigmaforschung zu oft außen vor. Die Scham, stigmatisiert zu sein oder stigmatisiert werden zu können, wird zum zentralen Motiv der Abwehr des Stigmas (ebd., S. 16). Die Person versucht fortan, den Schaden an ihrer Identität auszugleichen, um einen möglichen Gesichtsverlust zu vermeiden. Sie möchte ihr Selbstbild nicht aufgeben und wendet Strategien an, die es aufrechterhalten sollen (Goffman 1986 [1967], S. 17). Dies wird zu einem zähen Ringen, zumal das »normale Verhalten« in Bezug auf den veränderten Status als irritierend empfunden werden kann (ebd. S. 19). Menschen mit Psychoseerfahrungen oder Schizophreniediagnose sind nicht immer als Stigmatisierte zu erkennen. Die Informationen sind reflexiv und verkörpert (Goffman, 2012 [1963], S. 58). Die Person kann ihre sozialen Informationen (je nach Bezugsrahmen und Personengruppe) ein Stück weit steuern (zum Beispiel »sichtbarmachen«) und darüber entscheiden, wer was wann wie erfahren kann. Die für ihre Identität relevanten Informationen können bis zu einem gewissen Punkt versteckt und kontrolliert werden (ebd., S. 57). Sind die Informationen für alle zugänglich, können sie sich der Bewertung aufdrängen (zum Beispiel eine Person mit Schizophreniediagnose in einem Krankenhaus) und die Person kann aufgrund der als normal gesetzten Vorstellungen disqualifiziert werden (ebd., S. 68).

Goffman erkennt, dass sich Menschen an das Stigma anderer gewöhnen können, je nachdem, wie vertraut sie mit der stigmatisierten Person sind (ebd., S. 69). Die personale Identität einer Person ist die Ebene der besonderen und einzigartigen Merkmale einer Person, die auf der Ebene der sozialen Identität unbekannt bleiben (ebd., S. 73). Sind die Informationen der sozialen Identität eher als vertikale zu sehen, sind es die der persönlichen Identität als horizontale. Nur Personen, die in einen engen Austausch kommen, erfahren die persönlichen Informationen oder »Identitätsaufhänger« (ebd., S. 74) einer Person, die sie einzigartig machen und sie von anderen unterscheiden (ebd.,

S. 75). Die Oberflächlichkeit der Stigmakategorie kann sich demnach aufheben, wenn es der Person gelingen kann, sich mit den Informationen ihrer personalen Identität gegen die falsche Darstellung abzusichern (ebd., S. 79). Die Einzigartigkeit der personalen Identität wird durch die Biografie einer Person gestärkt. Die Biografie ist ein »Informationszusammenhang« verschiedener Merkmale und Eigenschaften (ebd., S. 82), die in ihren jeweiligen Bezugsgruppen entsprechend zum Tragen kommen. Informationen, die einen Bruch in der Lebenslinie darstellen (zum Beispiel der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik), können das einheitliche Bild der Biografie gefährden und damit die soziale Positionierung in Frage stellen (ebd., S. 83). Die Person wird plötzlich mit anderen Augen gesehen, wenn jemand in der Mittagspause den Kollegen vom anvertrauten Geheimnis erzählt. Die Entblößung kann als Vertrauensmissbrauch gewertet werden. Die Beziehung kann sich fortan nach den Kriterien des Stigmas organisieren (ebd., 85). So können Handlungen (zum Beispiel das Einreichen des letzten Krankenscheins) nachträglich dem Stigma zugeschrieben werden.

Die stigmatisierte Person wird schließlich auf unterschiedliche Strategien zurückgreifen, um mit dem Stigma zurechtzukommen. Neben der persönlichen Öffnung und der Gewöhnung an das Stigma, kann die Person auch die selbstgewählte Anonymität vorziehen, da sie mit ihrer besonderen Situation unerkannt bleiben will (ebd., S. 85). Sie kann vom Stigma ablenken oder andere Eigenschaften vortäuschen, sie kann sich eine neue Identität konstruieren, sie kann auf Distanz gehen, sie kann das Stigma abwehren oder sie kann je nach sozialen Gruppen die Preisgabe der Informationen abwägen. Eine »Gegendefinition« (Abels, 2017, S. 306) hängt von der Akzeptanz der Normalen ab und verdeutlicht die eigene Hilflosigkeit. Letztendlich bleiben die »Techniken der Informationskontrolle« (Goffman, 2012 [1963], S. 116) anstrengend und zermürend, weil die Person viele Situationen abwägen und ihren Alltag entsprechend ausrichten muss. Das Ziel ist das stimmige Gefühl des Ausgleichs von personaler und sozialer Identität (ebd., S. 132). Die Person möchte das Bild vermitteln, das ihren Vorstellungen entspricht und nicht, was ihr zugeschrieben wird. Dafür muss sie das Stigma (solange es sich nicht als normal anerkannt verflüchtigt) notwendig zum Teil ihrer personalen Identität machen und auf gut überlegte Techniken zurückgreifen, die in Anbetracht möglicher Interaktionskonventionen (die sich durch das Stigma verändern) als angemessen angesehen werden können (Goffman 1986 [1967], S. 32ff.). Im letzten Teil dieses Kapitels möchte ich die identitätskonzeptionellen Überlegungen zusammenfassen.

2.1.5 Resümee: Psychose als Konflikt des Innen-Außen Erlebens

Die Psychose ist eine Erfahrung, die Spuren der Verunsicherung und das Gefühl der Inkohärenz und Diskontinuität in der Identität einer Person hinterlassen kann. Die Person kann sich nicht mehr eindeutig vor sich selbst und anderen positionieren,

versucht dies aber gleichzeitig unter großen Anstrengungen auszugleichen. Aufgrund der veränderten Wahrnehmung bildet sich ein neuer Selbst- und Weltbezug, der auch ein Ungleichgewicht des Sinn- und Bedeutungszusammenhangs sowie der Handlungsorientierungen der Person in Bezug zu ihrer Welt zur Folge haben kann. Dabei gestaltet sich der Weltbezug meines Erachtens unabhängig davon, ob die Erfahrung anhaltend ist oder ob sie nur von kurzer Dauer war. Was bleibt, ist eine Disharmonie zwischen Innen und Außen, aufgrund derer sich Handlungsorientierungen und die Identitätsverortung neu koordinieren müssen (Straub, 2020, S. 99; Boesch, 2005, S. 57). Die aktive Psychose selbst ist ein Modus, um auf die existenziellen Unsicherheiten und Krisen reagieren zu können, sowie ein (missglückter) Versuch, Selbstverständnis, Kontinuität und Kontinuität (wieder-)herzustellen (Bock, 2020, S. 15; Benedetti, 1976, S. 17). Dabei wird die Psychose zum »Zerreißproblem zwischen Wunsch und Wirklichkeit«; sie soll »Unvereinbares miteinander verbinden« (Gonther, 2019, S. 236). Durch den Versuch, die Kluft zwischen Innen und Außen zu schließen (zum Beispiel durch den Versuch, emotionale Unsicherheit zu projizieren), vergrößert sie diese in ihrem Aktionismus jedoch nur, da sie (noch) kein erfolgreicher Versuch ist, den Konflikt auszugleichen (ebd., S. 262). Sie ist eine schützende Funktion für die Identität, durch welche die Reste der Autonomie behauptet werden sollen (Mentzos, 1996, S. 20).

Die durch die Psychose veränderten Handlungsvollzüge haben ihren automatisierten und gewohnten Ablauf verloren und die Person bekommt das Gefühl, aus ihrer Welt ›hinauszufallen‹, da es ihr nicht (mehr) oder kaum gelingt, sich in den Bewegungsfluss der Welt einzufügen (Fuchs, 2012, S. 985). Sie wirkt dabei sperrig, unbeholfen und hilflos. So bleibt sie ohne »implizites Beziehungswissen« (ebd., S. 896) in einer »isolierten Beobachterposition« (ebd., S. 985), was sie zu anderen Menschen auf Distanz bringt. Die Verunsicherung der Fähigkeiten, inneres und äußeres Erleben reflexiv erschließen zu können, blockiert die Selbstkontinuität und die gelungene Teilnahme an der Welt (ebd., S. 892). Die durch die Psychose eingeübten präreflexiven und reflexiven Fähigkeiten zur Selbst- und Identitätsentwicklung enden auf dramatische Weise in einer »sozialen Exponierung oder emotionalen Öffnung« (ebd., S. 897), die als schwer nachvollziehbare Erlebensweisen den Abstand zur Welt (und zu anderen Personen vor, während und auch nach der Psychose) vergrößern können. In dem Versuch, das Äußere mit dem Inneren auszugleichen, verdeutlicht sich die ›Unbeholfenheit‹ der Handlung – die Person ist sich schlicht unsicher, wie sie sich helfen kann. Die Identität wird insbesondere in »Übergangszeiten« (zum Beispiel bei starken Veränderungen im Leben, Tod eines Verwandten, Unfällen, Traumatisierungen) herausgefordert, da Veränderungen und neue Freiheiten verunsichern können und die Personen für sich Wege finden müssen, damit umzugehen (Gonther, 2019, S. 241). So kann die Psychose zum »existenziellen Notausgang« (ebd., S. 236) werden. Die für eine Psychose möglicherweise typischen Symptome Verfolgungs-, Größen- oder Schuldwahns sind allesamt Phänomene, die für die Selbst-Identität in gewisser Weise stabilisierend sein können. Die Identität wird im ›Wahnmodus‹ in ihrer »Totalität« (Straub, 2016b, S. 160) nach außen förmlich ab-

geriegelt, da sich »wahnhafte ›Gewissheit« (Benedetti, 1992, S. 16) durch den Wahn als »unerschütterliche Realität« über den biografisch gewordenen »Selbstzweifel« legt, diesen Zweifel verdeckt und überlagert (ebd., S. 21). Der Wahn wird als »existenzieller Schwindel« (Fuchs, 2000, S. 140) paradoxerweise zur »Existenzvergewisserung« (Benedetti, 1976, S. 23), da er gleichsam Orientierung und Kohärenz inmitten der emotionalen Unsicherheit bieten kann (Fuchs, 2000, S. 140).

So wird die Psychose zur Erfahrung des »Fremdsein[s] und -werden[s]« (Waldenfels, 1991, S. 61). Sie wird erlebt als »Zersplitterung der psychischen und sozialen Welt« (ebd.), die für den Psychoseerfahrenen hinter den Grenzen des Verständlichen und Sinnvollen liegen (ebd.). Verstehen, Einordnen, Sinn geben und finden, die Welt aneignen oder bewältigen – all dies kann nicht mehr in den Routinen des ›alten‹ Selbstkonzepts vollzogen werden. Ein »Zurück zum Eigenen« (ebd.) ist unwahrscheinlich. Die Psychose offenbart sich als mit Mühe »überbrückbare Kluft« (ebd., S. 65), deren andere Seite nur bedingt vorstellbar ist. Die Psychose präsentiert sich als »Indifferenz zur Differenz« (ebd., S. 68). Für den Erfahrenen bleibt immer ein Rest Unsicherheit in der Bewertung und Aneignung neuer und alter Erfahrungen, die aufgrund der indifferenten Differenzerfahrung nie zum Abschluss kommen wird. Sie hinterlässt Verunsicherung, da Bekanntes und Vertrautes durch die Psychose mit Distanz und Skepsis betrachtet werden. Die Erfahrung wendet sich gegen das sonst routinierte und alltägliche Erleben und stellt die Grundprinzipien des Selbstverständlichen auf den Kopf.

Die Psychoseerfahrung konstituiert sich als Grenzbereich zwischen normal und unnormal, zwischen Routine und Unordnung, zwischen Selbstverständlichkeit und Schwerfälligkeit, zwischen Grenze und Entgrenzung, als Teil der Identität, für die sich das Abwägen und der radikale, selbst-zersetzende Zweifel zur obersten Prämisse erheben. Verunsicherung, Irritationen und Ungewissheiten sorgen für eine grundsätzliche Störung oder ein Ungleichgewicht im Erleben zwischen dem Selbst und der Welt (Fuchs, 2008, S. 44f.). Das heißt, die Person verliert ihren gewohnten Platz und bewegt sich in einer für sie »fremden Ordnung« (Straub, 2020, S. 101). Die Herstellung von Stimmigkeit und Ausgeglichenheit zwischen Innen und Außen sind konstante Motive und Ziele von Handlungen (ebd., S. 104). Allgemein betrachtet, strebt das handelnde Subjekt danach, (äußere) Veränderungen oder Unstimmigkeiten auszugleichen (zum Beispiel möchte eine Person mit ihrer Handlung ein konkretes Ziel erreichen, um innere Vorstellungen zu realisieren). Eigene Unstimmigkeiten im Selbstgefühl erzeugen demnach den Wunsch zur Veränderung, die handelnd erreicht werden soll. Der Ausgleich zur Stimmigkeit ist eine andauernde und ständig fortsetzende Beschäftigung (ebd., S. 107). Eine Person möchte die Disharmonie zwischen Innen-Außen in ein für sie »homöostatisches Fließgleichgewicht« (ebd., S. 105) bringen. Dafür orientiert sie sich an für sie stabilisierenden Bezugsrahmen, die ihr »Orientierung und Zugehörigkeit« (ebd., S. 101) ermöglichen. Doch das Ausbleiben des Ausgleichs ist der anhaltende Konflikt in der Psychose, denn die Handlung ist gegenüber (äußeren) Veränderungen (noch) wirkungslos. Das Handeln des Psychoseerfahrenen wirkt nach Außen ziel- und

intentionlos, nach Innen ist es aber der (noch) wirkungslose Handlungsversuch, einen Ausgleich erreichen zu können. Das heißt, die Handlung reicht (noch) nicht aus, um die inneren Vorstellungen zu realisieren.

Die Orientierung in einem (persönlichen) Bezugsrahmen mit symbolischen Bedeutungen zur Regulierung des Ungleichgewichts ist vermutlich eng mit der Psychose verbunden. Dabei geht es nicht nur um anhaltende subjektive Interpretationen der Welt, sondern auch um die Zäsur der Alteritätserfahrung, die am Selbstkonzept des Erfahrenen rüttelt. Eine Neuorientierung aufgrund der Psychoseerfahrung ist ein gleichzeitiger Appell zur Veränderung des Selbstkonzepts des Erfahrenen, das tief eingebunden ist in den »Bedeutsamkeiten« seines individuellen »Lebenszusammenhangs« (Mannheim, 1980, S. 271; siehe auch: Fuchs, 2008). Auch wenn diese aus einem geteilten »Erlebniszusammenhang« (Mannheim, 1980, S. 78) heraus schwer nachzuvollziehen sind, gar fremd und unverständlich wirken, hat der Erfahrene für sich entsprechende individuelle Orientierungen entwickelt. Innerhalb des »Mikrokosmos« (ebd.) sind sein Selbstentwurf sowie seine Alltagsstrukturen sinnhaft. Deswegen wird er sie nur schwer aufgeben können (ebd., S. 81; S. 274). Für den Erfahrenen ist die Degradierung des Selbst- und Sinnentwurfs als dysfunktionale Handlung oder Symptom genauso wenig zu akzeptieren und schmerzhaft wie für jeden anderen Menschen auch. Sowohl die Irritationen und Bedrohungen durch die eigene innere Welt als auch die aus der äußeren Welt werden mit entsprechenden Ausgleichshandlungen beantwortet, die entweder nach innen oder nach außen gerichtet sind. Die Veränderung der inneren Welt (zum Beispiel durch die radikale Veränderung der eigenen Wahrnehmung in Bezug auf die umgebende Welt) wird mit Handlungen synchronisiert, die den Weltbezug unabhängig von der Einschätzung anderer Menschen als stimmig erscheinen lassen (siehe das Beispiel das Phänomen des Stimmenhörens). Die äußere Welt verlangt zum einen die Anpassung an gesellschaftliche Erwartungen und Anforderungen, aber auch den Umgang mit der beschädigten Identität. Die Ausgleichshandlungen verlagern sich bis in die Routinen der Alltagswelt, um sich eine schützende Struktur für die eigene Identität aufbauen zu können.

Im Folgenden Abschnitt beschreibe ich daher in einem ersten Schritt die wesentlichen Strukturen des Alltags, durch welche sich für eine Person typische Handlungs- und Wissensstrukturen verdeutlichen lassen. Daraus soll deutlich werden, inwieweit (alltägliche) Handlungsorientierungen und -planungen eng mit der Identität verwoben sind.

2.2 Alltagsstrukturen als Bezugsrahmen

Ich möchte im Folgenden weniger auf das Konzept der Lebenswelt eingehen, sondern stärker die von Alfred Schütz und Thomas Luckmann dargestellten Strukturen der Lebenswelt in den Fokus rücken. Die alltägliche Lebenswelt schichtet sich in verschiedenen

Strukturen auf, die sich in der Routine und Selbstverständlichkeit des alltäglichen Lebens abzeichnen. Diese möchte ich Alltagsstrukturen nennen und in meiner empirischen Analyse rekonstruieren. Dafür werden die für die Lebenswelt und Alltagsstrukturen relevanten Merkmale vorgestellt, die in der Analyse berücksichtigt werden. Vorweg möchte wird die alltagsoziologische Methodologie vorgestellt, um die auch in der Kulturpsychologie betonte Verwobenheit von Subjekt und Alltagswelt deutlich zu machen (siehe dazu auch: Hohner, 2011; Abels 2010; Matthes & Schütz, 1973; Straub, 1999; 2021b, Boesch, 1980; Berger & Luckmann, 2013 [1966])

Die Alltagsstrukturen einer Person sind (intersubjektiv) (vor-)interpretiert und gliedern sich in die für die Person relevanten Strukturen und Bereiche auf (Schütz, 1971a, S. 6). In den Operationen des Denkens werden Repräsentationen der Konstruktionen der Alltagswelt gebildet, das heißt, die Erfahrungssedimente setzen sich zusammen aus »Abstraktionen, Formalisierungen, Generalisierungen und Idealisierungen« (ebd., S. 4) über Alltagsstrukturen. Die »Tatsachen« stehen dem Denken bereits als »universeller Zusammenhang« (ebd., S. 5) zur Verfügung. Der Wirklichkeitsbereich zergliedert sich in die für die Person »besonderen Sinn- und Relevanzstrukturen« (ebd., S. 6), an denen sie wiederum die Strukturen und Routinen ihrer Handlungen ausrichtet. Die Konstruktionen des Sozialwissenschaftlers beschäftigen sich folglich mit der von der Person (vor-)interpretierten Welt. Als »Konstruktionen zweiten Grades« (ebd., S. 7) erfassen sie die für die Alltagswelt bestehenden Wissensformen. Der Zugang zur Welt einer bestimmten Person gelingt über ihre typischen Erfahrungen mit einem bestimmten Objekt, ihren Relevanzstrukturen oder Handlungsmotivationen (ebd., S. 9f.). Ihre »biografisch bestimmte Situation« (ebd., S. 10) ermöglicht es, biografische Relevanzen und entsprechende Entscheidungen sowie Motivationen nachzuvollziehen. Die Rekonstruktion von Bedeutungen und Sinnzusammenhängen verweist auf die im intersubjektiven Kontext geformte Denkweise, durch welche sich für die Alltagswelt typische Normen, Einstellungen und Werte vermitteln.

2.2.1 Wissen, Handlung und Wirklichkeit

In der Soziologie Alfred Schütz' wird das Subjekt zum Ausgangspunkt für das Verstehen seiner lebenswelt- und alltagsweltlichen Sinn- und Bedeutungsstrukturen. Ausgehend von der Phänomenologie Edmund Husserls, konstatiert er, dass sich das Bewusstsein in Relation zur Auseinandersetzung mit bestimmten Objekten oder anderen Menschen entwickelt (siehe dazu: Abels, 2010). Die Auffassung der Welt unterscheidet sich durch die individuelle Relevanzsetzung der Wahrnehmung, was wiederum die Interpretation über die Welt und damit deren Auffassung in eine bestimmte Richtung lenkt (Schütz, 1982, S. 30f.). Der Mensch eignet sich in seiner alltäglichen Auseinandersetzung einen Wissensvorrat über seine intersubjektiv geteilte Lebenswelt an, die

Bezugsrahmen die Basis seiner »vertrauten Wirklichkeit« (Schütz & Luckmann, 1988, S. 29) ist. Der Wissensvorrat ist die »Sedimentierung der Erfahrungen« (ebd., S. 157), durch welche der Alltag in seinen Vertrautheitsgraden strukturiert und dem Bewusstsein in verschiedenen abgestuften Relevanzbereichen zugänglich gemacht wird (ebd., S. 42; S. 56). Die »Bewusstseinsspannung«, also die Aufmerksamkeit und das Interesse, das einem Objekt oder einer Person entgegengebracht wird, reguliert sich je nach Relevanzbereich (ebd., S. 51), sodass das für die Routinen und Selbstverständlichkeiten des Alltags erforderliche Denken und Handeln angepasst werden kann. Die Person kann sich innerhalb ihrer Alltagsstrukturen orientieren, kennt Lösungen für Probleme, kann neue Wissens Elemente integrieren und sich intersubjektiv einstimmen (ebd., S. 36). Kann die Person Erfahrungen in ein für sie relevantes Bezugsschemata übersetzen beziehungsweise übertragen, erlebt sie dieses als »subjektiv sinnvoll« (ebd., S. 38). Durch ihren »subjektiven Sinnzusammenhang« (S. 40) stellt sie einen Abgleich mit den subjektiven Sinnzusammenhängen anderer Personen her. In der intersubjektiven »Sinndeutung« erkennen sich die jeweiligen Personen als Subjekt mit einer »objektive Ordnung« (ebd., S. 41) gemeinsam geteilter Merkmale (zum Beispiel Geschlecht, Beruf, Biografie, soziale Rollen), die die Sinndeutung, also das Verstehen des jeweils anderen möglich macht. Der »Sinnabgleich« (ebd., S. 39) ermöglicht sodann gemeinsames, also aufeinander abgestimmtes Handeln.

Handlungen haben Einfluss auf die Alltagsstrukturen, insofern sie bestimmte Intentionen, Motive und Ziele innerhalb der Strukturen umzusetzen versuchen. Einzelhandlungen werden in einem »Plansystem« (ebd., S. 43) zusammengefasst und werden je nach »Relevanzstruktur« ausgerichtet (zum Beispiel haben ich beim Kochen andere Handlungspläne als bei der Körperhygiene; ebd., S. 42). Die Handlungen folgen einer bestimmten Planhierarchie, das heißt, sie sind als einzelne Handlungsschritte zur Realisierung eines Ziels in einem bestimmten Ablauf festgelegt (ebd., S. 44). Im jeweiligen Sinnhorizont kann die Reichweite und die Wirkung der eigenen Handlungen (intersubjektiv) eingeschätzt und organisiert werden.

Wirklichkeit ist subjektiv real und wird in sich sinnhaft erlebt. Sie ist unterteilt in verschiedene Wirklichkeitsbereiche mit jeweils »geschlossenen Sinngebieten« (ebd., S. 49), in denen sich wieder bestimmte Relevanzbereiche und die dafür erforderliche Bewusstseinsspannung festlegen. Die Person schafft in ihrem spezifischen Zugewandtheit-eigene »Realitätsakzente« (ebd., S. 48) mit für sie gültigen »Wirklichkeitsordnungen« (ebd.). Die Sinngebiete sind in sich stimmig und weitgehend geschlossen gegenüber anderen Sinnbereichen, welche die eigenen gefährden könnten. Die Veränderung eines Sinngebiets hat eine entsprechende Veränderung der »Einstellung zur Welt« (ebd., S. 50) und der Wahrnehmungsbereiche zur Folge. Das Bewusstsein erhöht seine Aufmerksamkeit gegenüber bestimmten Bereichen, die »pragmatische Relevanz« (ebd., S. 52) enthalten, also in denen notwendige Organisationen für neue Handlungen vollzogen werden können. Die Erweiterung eines Sinngebiets bedeutet die Überlagerung durch einen anderen Wirklichkeitsbereich, der, wenn es eine »unerträgliche Erfahrung« (ebd.,

S. 49) der Bewusstseinsveränderung ist, zu einem »Schockerlebnis« (ebd.) werden kann, sobald sich die Wirklichkeitsakzente auf andere Bereiche verschieben. Als einzelne Erfahrung bleiben diese Momente unbemerkt, aber ein völlig neuer und entfremdeter Sinnzusammenhang wie eine Psychoseerfahrung verliert die Leichtigkeit der pragmatischen Relevanz und das Vertrauen in das bisher Bekannte. Die Übergänge unterliegen völlig unbekanntem Voraussetzungen und die Spannung des Bewusstseins verliert ihre relevanten Bezugspunkte, die neu definiert werden müssen. Das geschlossene Sinngebiet zieht sich auf einen stärker eingegengten Wirklichkeitsbereich zurück. Im folgenden Abschnitt stelle ich die einzelnen Bereiche des Alltags vor.

2.2.2 Die Grundstrukturen des Alltags

Die »Grundstrukturen« (Schütz & Luckmann, 1988, S. 25) der Lebenswelt sind für jeden Menschen der »selbstverständliche Wirklichkeitsbereich« (ebd.). Sie umgeben den Menschen, er bewegt sich in ihnen und kann diese nach seinen Vorstellungen verändern. Sie haben in der Erfahrung bestimmte Gültigkeit erlangt und werden auch in Zukunft Gültigkeit besitzen (Schütz, 1971b, S. 153). Die Lebens- und Alltagswelt ist das »fraglos Gegebene« der »natürlichen Einstellung« über die »Annahme« (Schütz & Luckmann, 1988, S. 26) der »Konstanz« der »Weltstruktur«, der »Gültigkeit der Erfahrungen von der Welt« sowie der Fähigkeit, auf die Welt Einfluss nehmen zu können (ebd., S. 29). Die Person erlebt die umgebende Welt (die als Umgebung je nach Erfahrung variabel wird) als für sie selbstverständlich, bis das fraglos Gegebene in Frage gestellt, problematisch wird und damit selbst Fragen aufwirft (Schütz, 1971b, S. 154). Schütz beschäftigt sich nicht weiter mit dem Gedanken, was passiert, wenn das Selbstverständliche in Frage gestellt wird und die in der Lebenswelt etablierten Alltagsstrukturen nicht mehr aufrechterhalten werden können. Für Schütz vollzieht sich die Entwicklung Lebenswelt und Alltagsstruktur in einer allgemeinen Störungsfreiheit. Das ist sinnvoll, um die Strukturen rekonstruieren zu können. Doch sind die Strukturen der Alltagswelt und ihre intersubjektive Abstimmung anfällig für Störungen. Dabei ist eine gewisse Dynamik in der Ausweitung, Zurückentwicklung oder Veränderung bestimmter Alltagsstrukturen zu erkennen, wenn entweder die individuellen Fähigkeiten beeinträchtigt werden oder die Person eine zwangsweise Veränderung ihrer Struktur hinnehmen muss. Beides ist bei Psychoseerfahrungen sicherlich nicht ungewöhnlich. Beim Vollzug der Alltagswelt ist daher zu bedenken:

- Die Personen müssen das fraglos Gegebene der Lebenswelt und ihre Alltagsstrukturen neu erfahren und auslegen.
- Die Veränderung der natürlichen Einstellung des Selbst- und Weltverständnisses zeigt sich im Bezugsrahmen einer neuen Selbstverständlichkeit.²⁰

20 Im Unterschied zu Blankenburg (2012 [1971]), der den »Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit« im Zusammenhang von individueller Entwicklung und Reife bei Menschen mit symptomarmen Schi-

Diese beiden Punkte verdeutlichen sich, wie im Folgenden dargestellt, anhand der »Aufschichtung« der Lebenswelt (Schütz & Luckmann, 1988, S. 47). Schütz schichtet die Lebenswelt wie folgt: räumlich, zeitlich und sozial.

Räumlich: Der Mensch bildet den räumlichen Mittelpunkt seiner Welt. Von ihm ausgehend erhält die Welt eine bestimmte Reichweite, auf die er entsprechend durch sein Handlungsvermögen, der zeitlich gegebenen Möglichkeiten sowie seiner intersubjektiven Mittel Zugriff nehmen kann. Die »Welt in aktueller Reichweite« (Schütz & Luckmann, 1988, S. 64) ist die direkte Umgebung, die ohne Schwierigkeiten durch das Handeln bearbeitet werden kann. Sie ist der vertraute und der Wahrnehmung angepasste Bereich, der in seiner bekannten Routine problemlos bearbeitet werden kann (ebd., S. 64). Verändert sich durch einen Ortswechsel der Bekanntheitsgrad der Lebenswelt, nimmt die Handlungswirksamkeit ab (ebd., S. 65). Die »Potentialität« (ebd., S. 67) der Handlungswirksamkeit variiert je nach Reichweite und »Wirkzone« (ebd., S. 69). Das Ziel, in eine fremde Stadt zu fahren, fällt leichter, wenn dort bekannte Mitmenschen wohnen. Der Arbeitsplatz ist in gewissen Maßen ein vertrauter Bereich, wird jedoch nie den gleichen Bekanntheitsgrad erreichen wie das eigene Zuhause. Die Reichweite des Wirkens variiert je nach Möglichkeiten und Wissensbestände einer Person. Sie lernt einzuschätzen, wie sie sich beim Verlassen der Wohnung verhalten muss, weiß um die Routinen beim Einkaufen im Supermarkt um die Ecke, wird aber unsicherer, wenn sie das erste Mal den Linienbus nehmen muss.

Zeitlich: Die Person bildet den zeitlichen Mittelpunkt ihrer Welt, erfährt jedoch die äußere Welt in einer »zeitlichen Kontinuität« (ebd., S. 74; S. 81). Die Welt in ihrem (Fort-)Bestehen verdeutlicht die eigene »Endlichkeit« (ebd., S. 75). Das Vorübergehen der eigenen Zeit verlangt eine Abstimmung der für das Leben wichtigen Ziele und der für eine Person bestimmte Relevanzen, wie spezifische Motivationen, emotional geprägte Sichtweisen, besondere Einstellungen ihrer Lebenswelt, was sich schließlich in einen individuellen »Lebensplanentwurf« (ebd.; siehe auch: Schütz, 1971b, S. 159f.) übersetzt. Im »Warten« (Schütz & Luckmann, 1988, S. 76), so Schütz und Luckmann, verdeutlicht sich die »selbstaufgelegte Zeitstruktur« (ebd.). Die Zeit läuft weiter, doch das Ziel, das durch den Handlungsplan erreicht werden soll, konnte noch nicht erreicht werden. Dies zeigt sich etwa am Beispiel (depressiver) Antriebsarmut. Die äußere Zeit läuft weiter, die innere kann sich aber nicht mit den Anforderungen von außen synchronisieren (Fuchs, 2012, S. 893f.; 2014b, S. 152f.). Die Zweifel, einen Plan umsetzen zu können, vergrößern sich je nach Fortschreiten der äußeren Zeit. Die objektive Zeit charakterisiert sich dadurch, dass eine Person feststellt, dass sie ohne ihr Zutun weiterlaufen wird und auch nicht verändert werden kann. Dies können zum Beispiel Jahreszeitenwechsel sein, der Wechsel von Tag und Nacht oder gesellschaftlich be-

zophrenien beschreibt, möchte ich die Veränderung der natürlichen Einstellung während oder nach der Psychose hervorheben. Das soll aber nicht heißen, dass die Personen nicht schon im Vorfeld der Psychose Unsicherheiten in der sozialen Interaktion oder Bewältigung des Alltags bei sich feststellen können.

stimmte Zeitstrukturen, wie der Beginn einer Arbeitswoche, die Einteilung des Tages in bestimmte Abschnitte zur besseren (sozialen) Organisation. Eine Person entwickelt für sich innerhalb dieses Bezugsrahmens eigene Zeitstrukturen mit einer gewissen Hierarchie, die sich an Dringlichkeit und Realisierbarkeit orientieren (ebd., S. 77). Der »Tagesplan« (ebd.) zeichnet sich durch eine bestimmte »Planungshierarchie« (ebd.) und zeitlich abgestimmten Begrenzung der Handlungen, aus, die die »Strukturgesetzlichkeit« (ebd.) der objektiven Zeit übernehmen. Die Person orientiert ihr Aufstehen am Beginn ihrer Arbeitszeit, bereitet sich durch entsprechende Handlungen wie Körperpflege, Frühstück oder das Überwinden des Arbeitsweges auf die Arbeit vor, die selbst wieder gewissen Planungshierarchien unterliegt. Durch die zeitliche Struktur ist die Lebenswelt automatisch auf einen »Bereich des Bewirkbaren« (ebd., S. 78) begrenzt. Die Zeit (und die persönlichen Fähigkeiten) zeigen die Grenzen der Lebenswelt auf. So kann eine Person nicht ohne weiteres einen Job annehmen, zu dem sie drei Stunden fahren muss. Sie kann auch nicht all ihre Freunde an einem Tag unabhängig voneinander sehen. Unter den gegebenen Erfahrungen und Fähigkeiten kann die Reichweite jedoch modifiziert werden. Eine Person kann zum Beispiel mit dem Auto anstatt mit dem Bus zur Arbeit fahren, so würde sie die benötigte Zeit einholen. Sie kann außerdem die Fähigkeiten und Motivation zurückerlangen, um erinnerte Reichweiten, wieder erreichen zu können. Eine Person möchte (wie vor ihrer Psychose) wieder acht Stunden am Tag arbeiten gehen. Da sich die Zeit und die Entwicklung der Welt relational zum Bewusstsein vollzieht, erlangen die Menschen reflexive Fähigkeiten, um die »innere Zeit« mit den »Zeitobjekten« (ebd., S. 82) in einen Bezugsrahmen zu stellen. Sie erlangen Bewusstsein über den Sinnzusammenhang von Erfahrungen, wodurch sie ihre Handlungen in der Zukunft vorstellen können. Sie können sich dem »Tempo des Fortschreitens« auf ihre eigenen Fähigkeiten hin anpassen (ebd., S. 84). Die Erfahrungen des Lebenslaufs oder die biografischen Strukturen setzen sich in ihrer Gesamtheit über die Alltagsstrukturen. Sie sind eine »Spannweite« (ebd., S. 85) an Erfahrungen, die intersubjektiv geformt werden, also ein Ensemble gemeinsam angepasster Handlungsstränge und können so zur »Organisationsbasis« (ebd.) des Alltags werden. Die allgemeine Struktur des Alltags ist eine Zusammenfassung und ein vermittelndes Medium der Gesamterfahrungen des Lebenslaufs (ebd., S. 86). In ihm spiegeln sich die Relevanzen und Routinen wider, die sich in der Lebenslaufzeit ausgeformt haben. Die Entscheidung nach der besonderen Erfahrung der Psychose, gewohnte Alltagsstrukturen abzubauen, wird in der gegenwärtigen Organisation des Alltags deutlich und wird durch die Sozialwelt begrüßt.

Sozial: Die individuellen Erfahrungen in der Lebenswelt werden durch die Sozialwelt intersubjektiv nachvollziehbar. Treffen Personen aufeinander, sind sie von der Annahme geleitet, dass das Gegenüber die Außenwelt auf ähnliche Weise erfährt, sich jeweils in der Auffassung der Objekte in seiner Lebenswelt aufgrund seiner individuellen Erfahrungen und Fähigkeiten, seiner Relevanzen und möglichen Reichweiten sowie seines biografischen Gesamtzusammenhangs dennoch unterscheiden (ebd., S. 88). In ihrer »wechselseitigen Perspektive« (ebd., S. 89) gehen sie von dem Idealtyp einer

grundsätzlichen »Vertauschbarkeit des Standpunktes« sowie einer »Kongruenz der Relevanzsysteme« (ebd., S. 88) aus, was die Basis der Gemeinsamkeit überhaupt erst ermöglicht. Doch auch auf der Basis der geteilten Gemeinsamkeiten wird irgendwann deutlich, dass unterschiedliche Personen die Welt unterschiedlich erleben und in ihr handeln können. Die jeweiligen Personen nehmen sich in ihrer Wahrnehmung und ihrem Erleben als leibliches Subjekt in derselben zeitlichen und räumlichen Unmittelbarkeit wahr. Die jeweiligen »Bewusstseinsströme verlaufen in echter Gleichzeitigkeit« (ebd., S. 91) und beide Seiten können sich von ihrer »Existenz« (ebd.) überzeugen. In der Gleichzeitigkeit konstituiert sich ein »objektiver Sinnzusammenhang«, der dem »subjektiven Sinn« überlagert ist, aber trotzdem durch diesen ausgelegt wird. Im »inneren Erlebnisablauf« (ebd., S. 92) einer Situation prägen die Erfahrungen und Erwartungen (die eigenen Planhierarchien und Handlungsmuster und die des anderen) das Gegenüber sowie die innere zeitliche Struktur den Gesamtkomplex der sozialen Situation. Das prägt die unterschiedlichen Einschätzungen (subjektiver Sinn) einer gemeinsamen Situation, in der sich die jeweiligen Personen an einem objektiven Sinn orientieren, der sich zum Beispiel durch bestimmte Vorerfahrungen mit Typen, die wiederum bestimmten Erwartungen folgen (zum Beispiel Beziehungsformen oder institutionellen Abläufen), ableiten lässt. Was genau von Typisierungen oder Abläufen erwartet wird, basiert wieder auf den subjektiven Wissensvorräten von einem bestimmten Objekt in der Außenwelt (ebd., S. 94f.). Die Unmittelbarkeit des erlebten Anderen formt die sozialen Handlungsmuster, da eigene Ziele, Pläne, Erwartungen und Handlungen entsprechend eingeschätzt werden können (ebd., S. 97). Die räumliche Entfernung einer Person bedeutet nicht, dass diese Person in Vergessenheit gerät, sondern im Wissensvorrat lebendig bleiben wird (ebd., S. 98). Je nach Bedeutung der Beziehung hinterlässt sie »konstitutive Züge« in einem übergeordneten gemeinsamen Sinnzusammenhang, der auch in der Mittelbarkeit bestehen bleibt (ebd., S. 100). Die Beziehungen in der Sozialwelt variieren je nach Intensität, Dauer und Qualität. Die Beziehungsaufnahme gestaltet sich über die Wissensvorräte bestimmter »Typifizierungen« (ebd., S. 104) aus vergangenen Erfahrungen in der unmittelbaren Sozialwelt. Die Personen können die anderen (Mit-)Menschen ihrer Sozialwelt einschätzen und ihre Bedeutung für sich bestimmen. Wenn jemand krank ist, sucht er einen Arzt auf. Auch wenn er diesen nicht aus der Unmittelbarkeit erfahren hat, weiß er dennoch, dass der Arzt für die Behandlung einer Krankheit verantwortlich ist (ebd., S. 106). Die sozialen Funktionen vollziehen sich im objektiven Sinnzusammenhang, der grundsätzlich jedem zugänglich ist und Orientierung innerhalb der Sozialwelt vorgibt. Aber auch hier gilt die jeweilige subjektive Deutung des Sinns. Deutet der Arzt den Patienten als arbeitsunfähig, kann der Patient das ganz anders einschätzen. Besonders auffällig wird das Beharren auf den subjektiven Sinn, der eine gemeinsame Sinnbildung weitgehend blockiert, wenn die Wirklichkeit aufgrund von Wahrnehmungsveränderungen nicht mehr geteilt werden kann (Fuchs, 2000, S. 138). Die Unmittelbarkeit hebt zwar die »Einzigartigkeit« (Schütz & Luckmann, 1988, S. 107) hinter der oberflächlichen Typisierung hervor, doch ist »in

der Erfahrung nur das typische zu wiederholen« (ebd., S. 109). Wird die Person über ihren Arztbesuch berichten, wird sie nur die für diese Situation »typischen« Merkmale reproduzieren, da die Person gegenüber, die Einzigartigkeit der Unmittelbarkeit nicht erlebt hat. Die Anonymität einer Person verstärkt den objektiven Sinnzusammenhang. Je weniger über den Arzt und dessen Motive bekannt ist (vom »personalen Typ«, über den entsprechenden persönlichen Informationen vorliegen zum »Funktionstypen« mit institutionell erwartbaren Handlungen; ebd., S. 112), desto eher ist jemand geneigt, die Entscheidung des Arztes einzig allein auf Grundlage seiner Rolle in Frage zu stellen. Die Orientierung an der Typisierung erfolgt über ihre Standardisierung und die damit verbundenen Erwartungen (ebd., S. 111). Die Typisierung ermöglicht eine Orientierung für die Handlungserwartung in der Situation und ihren Zweck. Dies gilt nicht nur in der Einschätzung des Gegenübers, sondern auch in der Selbsttypisierung (zum Beispiel bestimmter beruflicher Typ; ebd., S. 115). Typisierungen vermitteln, trotz ihrer Anonymität, »sinnadäquate Komplementarität« (ebd., S. 116). Die subjektive Auslegung eines Typenstandards kann erst im Nachhinein eingeschätzt werden. Nach Verlassen der Praxis stellt sich die Person die Frage, ob der Arzt ausreichend motiviert war (ebd., S. 112). Die Beobachtung eigener Erfahrungen (zum Beispiel mit einer Krankheit) vollzieht sich unter dem Eindruck der Erfahrungen der Vorwelt. Durch den Rückgriff kann die Sinnhaftigkeit der eigenen Handlungen schon vor ihrer Ausführung eingeschätzt werden (ebd., S. 123).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die hier dargestellten Schichten der Lebenswelt die Rahmenbedingungen für die Erlebnisse und Erfahrungen einer Person darstellen. Durch sie erfährt die Person die subjektiven Grenzen in der Auslegung ihrer Lebenswelt. Vom Standpunkt des Subjektes sind die Möglichkeiten der Entwicklung bestimmter Strukturen grundsätzlich offen, vollziehen sich aber in den »ontologischen Rahmenbedingungen« (ebd., S. 126) der Lebenswelt. Dies verdeutlicht sich in der Biografie als intersubjektiven Gesamtzusammenhang einer Person und in der für die Personen übergeordneten Sinnzusammenhängen. Die Lebenslaufkategorie einer Person ist in gewisser Weise durch ihren sozialen Typus vorherbestimmt (ebd.). Das heißt nicht, dass eine Person keine Alternativen oder Einflussmöglichkeiten auf ihren Lebenslauf hat. Vielmehr vermischt sie die Selbst- und Fremdvorstellungen zu einer individuellen Prägung. Sie übernimmt »historisch-spezifische Inhalte« (ebd., S. 127) in ihrem Lebenslauf, in dem sie als sozialer Typ entsprechend kategorisiert, bestimmte Voraussetzungen für ihre Lebenslaufentwicklungen entwickeln wird. Diese sind nicht determiniert, sondern je nach Möglichkeiten als Chancen minimiert oder maximiert (ebd.).

Das Wissen über die Welt ist je nach Bereich geschichtet und variiert je nach in den Lebensweltbereichen fundierten Wissensformen, die die Selbstverständlichkeit ausmachen, sich orientieren zu können. Durch Rückgriff auf spezifische Wissensformen können Situationen bewältigt werden (Schütz & Luckmann, 1988, S. 157; Matthes und Schütze, 1973, S. 20). Entsprechend der »ontologischen Struktur« (Schütz, 1971c, S.

264) der Welt wird ein Plan entworfen, der die im Wissensvorrat spezifischen Relevanzbereiche zur notwendigen Handlungsorientierung bereithält. In der Auslegung der »Motivationsrelevanz« (Schütz, 1988, S. 90) können die selbsttypischen Handlungen und Ziele gesteuert werden, die, sobald das Wissen nicht ausreicht, neues Wissen integrieren, um einen erweiterten Vertrautheitsgrad zu erlangen (ebd.; Schütz, 1971b, S. 157). Die Festlegung der »thematischen Relevanz« steuert die für die Lebenswelt benötigten Wissensformen (Schütz, 1982, S. 91). Die historisch gewachsene Lebenswelt, mit ihren variierenden Bedingungen, wird zum Ausgangspunkt, der sich je nach Zustand oder Veränderungen der individuellen Fähigkeiten, Wissensformen und der damit verbundenen »relativ-natürlichen Weltanschauung« (Schütz & Luckmann, 1988, S. 129) zur räumlich-zeitlich-sozial begrenzten Welt, unterscheiden wird.

In den folgenden Abschnitten möchte ich auf das subjektive Verwoben-Sein in der Lebenswelt beziehungsweise Alltagswelt eingehen und die Besonderheiten von Sinn und Bedeutung bei Psychoseerfahrungen deutlich machen. Damit soll deutlich werden, warum Personen, die ihr Erleben als äußerst sinnhaft empfinden, Schwierigkeiten mit dem Akt der Fremddeutung haben könnten.

2.2.3 Resümee: Das Problem der Fremddeutungen

Im Folgenden stelle ich den Umgang mit Fremddeutungen dar, die für den Psychoseerfahrenen die möglicherweise größte Bedrohung der Identität und seiner Sinnkonstitution darstellen. Die psychiatrische Fremddeutung stellen die lebens- und alltagsweltlichen Selbstverständlichkeiten und Orientierungen in Frage.

Psychoseerfahrungen verstehen zu können, ist ohne Zweifel eine große Schwierigkeit und zudem mit großer Unsicherheit verbunden. Die vom Psychoseerfahrenen erlebte Sinnhaftigkeit seiner Erfahrung wird in der Regel einem vereinfachten Denken geopfert, das mit der Lebens- und Alltagswelt des Erfahrenen kaum noch vereinbar ist. Die Kriterien von DSM oder ICD sollen eine gewisse Theoriefreiheit und Neutralität in der Einschätzung des Erlebens der Personen gewährleisten. Doch letzten Endes abstrahieren und vereinfachen sie höchst sinnvolle Erfahrungen in einem verallgemeinerten Sinnzusammenhang, der über das Leben der betroffenen Personen nur bedingt Aussagen treffen kann (Küchenhoff, 2012, S. 15). Die Ambivalenz gegenüber Psychiatrie und Behandlungsabbrüche sind sicher eine Folge der Fremddeutungen, mit denen sich der Psychoseerfahrene nur schwer identifizieren kann (Riemann, 1984). Thomas Fuchs kritisiert in diesem Zusammenhang, dass das Verstehen einem »rationalisierten Standard« geopfert wird, in dem nur noch die »Erfassung einzelner Symptome und Verhaltensmerkmale« im Vordergrund steht (Fuchs, 2014a, S. 75). Dies führt vielfach zu dem Resultat, dass der Patient oder Psychoseerfahrene nicht mehr mit seinem biografischen und alltäglichen Hintergrund gesehen wird, sondern zu einem Sammelsurium

einer kumulierten ICD-gestützten Symptomerfassung wird. Durch Überlagerung des psychiatrischen Sinns und der Konstruktion eines Patienten mit symptomatischen Merkmalen seiner Erkrankung muss sich der Psychoseerfahrene in eine für die Institution angemessene (fremde) Sichtweise einfügen, die fortan zur Grundlage seiner eigenen Kommunikation über sich selbst wird (Bergmann, 1999; Barrett, 1996).

»Unter dem Blick der Vernunft heißt es: der Wahnsinn ist eigenartige Individualität, deren eigene Charakterzüge, Benehmen, Sprache, Gesten sich jeweils von dem, was man beim Nicht-Irren findet, unterscheiden. In seiner Besonderheit entfaltet er sich für eine Vernunft, die nicht Beziehungspunkt, sondern Urteilsprinzip ist; damit ist der Wahnsinn von den Strukturen des Rationalen erfasst.« (Foucault, 2020 [1961], S. 177f.)

Die in der psychiatrischen Arbeit eingesetzten deskriptiven Diagnostiken sind allenfalls Arbeitserleichterungen, da sie eine schnelle, unkomplizierte und komplexitätsreduzierende Zuordnung pathologisch interpretierter Verhaltensweisen mit entsprechenden Handlungsimplicationen möglich machen (Mentzos, 2015, S. 23f.). Die Simplifizierung lebensweltlicher Ausprägungen und die Reduktion der Andersartigkeit auf eine biologische Ebene ist eine »Borniertheit des Denkens«, die den übergeordneten, vermeintlich widerspruchsfreien Sinnzusammenhang psychiatrischer Institutionen zum Absoluten erklärt (Küchenhoff, 2012, S. 28). Das häufig nur schwer auszuhaltende Verhalten der Patienten soll möglichst schnell rationalisiert und objektiv verstehbar gemacht werden, um den Mangel oder den Verlust an Sinn zu kompensieren, der durch die fremde und irritierende Erfahrung ausgelöst wird. Für die beteiligten Akteure wird es deswegen zur Herausforderung, sich auf eben diese fremde und irritierende Erfahrung einzulassen und hinter die Facetten eines diagnostisch eingeeengten Sinns zu schauen. Dabei stoßen zwei unterschiedliche, sich abstoßende Sinnzusammenhänge aufeinander, die jeweils mit eigenen Symbolsystemen operieren und für den jeweils anderen nicht nachvollziehbar werden. Der Psychoseerfahrene kann nicht nachvollziehen, warum er womöglich eine Behandlung benötigt. Der Psychiater versteht nicht, warum das Verhalten nicht ›krank sein‹ bedeuten muss, und warum die Behandlung womöglich vehement abgelehnt wird. Die Kommunikationsmittel sind auf ihre sinnlogische Bindung begrenzt – das weckt grundsätzliches Missverstehen. Die identitätsstiftenden Faktoren der »relativ-natürlichen Weltanschauung« (Schütz & Luckmann, 1988, S. 129) möchte der Psychoseerfahrene um jeden Preis aufrechterhalten, da mögliche Schäden von der eigenen Identität weggehalten werden sollen (Bock & Heinz, 2016, S. 57). Die Fremddeutung zieht dem Psychosserfahrenden den sprichwörtlichen Boden unter den Füßen weg.

Im nächsten Kapitel beschreibe ich die Zugänge des lebensweltlichen Verstehens. Dadurch soll vor allem das Verständnis des bisher nur gestreiften subjektiven Sinns stärker in den Fokus dieser Arbeit gerückt werden.

2.3 Die Erlebensweisen von ›Psychose‹ aus lebensweltlicher und kulturpsychologischer Perspektive

Im folgenden Kapitel möchte ich Sinn und Bedeutung des Psychoseerlebens innerhalb der lebens- und alltagsweltlichen Konstitution rekonstruieren. Wie sich zeigen wird, verändert sich die Einschätzung des Sinns der Psychose je nachdem, aus welcher Perspektive dieser eingeschätzt wird. Deswegen wird zuerst ein Modell vorgestellt, das den Aspekt der subjektiven Bedeutung hervorhebt. Darauf folgt ein Exkurs über das Stimmenhören, welches sich aus einer lebensweltlichen Perspektive ganz anders darstellt, wie es in der Psychiatrie häufig vermittelt wird. Im anschließenden Teil beschreibe ich die sozio-historische Konstitution subjektiver Realität, die sich auch in den sogenannten Wahnvorstellungen niederschlägt. Ergänzend dazu wird diskutiert, warum die konkrete Lebenspraxis aus Sicht der Personen weniger belastend und krankmachend aussehen kann als von außen angenommen. Im letzten Punkt wird die Problematik des Verstehens kulturell unterschiedlicher Symbolsysteme thematisiert. Das Kapitel soll die Verwobenheit von Alltag und Identität hervorheben und deutlich machen, inwieweit das Infragestellen lebens- und alltagsweltlicher Sinn und Bedeutungskonstruktionen eine Gefahr für die Identität und Handlungsrouninen einer Person mit Psychose darstellen kann.

2.3.1 Lebensweltliche Bedeutung des ›Krankfühlers‹

Im Folgenden möchte ich mit dem ›Illness-Disease-Sickness‹ Modell ein Konzept vorstellen, das die oben angesprochenen Probleme des Fremdverstehens durch eine subjektive Perspektive ergänzt. Diese theoretische Unterscheidung ermöglicht es zu verstehen, warum Erfahrungen von Krankheit, Krise und Leid unterschiedlich interpretiert werden und unterschiedliche Einschätzungen entstehen können (Hofmann, 2016, S. 17). Das Gefühl, krank zu sein oder bestimmte Leiderfahrungen zu machen, muss nicht zwingend mit einem objektiven, verallgemeinerbaren Merkmal von Krankheit einhergehen. Ähnlich sind objektive Merkmale kein hinreichender Grund, sich krank zu fühlen oder das Merkmal als leidvoll zu erfahren. Die Schwierigkeit des medizinischen (universellen) Krankheitsbegriffs offenbart sich anhand von sozio-kulturell-historisch geprägten lebensweltlichen Bedeutungen, durch die ein Zustand des ›Krankseins‹ anders interpretiert werden kann. So werden Diskrepanzen erkennbar, sobald Akteure mit unterschiedlichen Perspektiven zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen (ebd., S. 22; Straub, 1999, S. 170f; Boesch & Straub, 2007, S. 36f.).

Eine grundsätzliche medizinisch begründete Bewertung von normal und unnormal

beziehungsweise krank und gesund durch den Bezug zu einer statistischen Größe vorzunehmen, stößt in vielerlei Hinsicht an seine Grenzen (Heinz, 2015, S. 26). Wenn die Mehrzahl aller Menschen Übergewichtig ist oder starken Hautausschlag hat, ist diese Situation noch lange nicht ›normal‹ oder ›gesund‹. Vielmehr, so betont Heinz, sollte der Unterschied zwischen krank und gesund oder gesund und normal anhand der in der Lebenswelt relevanten Handlungseinschränkungen oder Funktionsstörungen deutlich gemacht werden (ebd.). Dies stellt das handelnde Subjekt als Gestalter seiner Lebens- und Alltagswelt in den Mittelpunkt, das bestimmte körperliche und psychische Voraussetzungen mitbringen sollte, um bestimmte Anforderungen erfüllen und Tätigkeiten ohne größere Schwierigkeiten ausführen zu können. Können Anforderungen oder Tätigkeiten aufgrund physischer oder psychischer Veränderungen nicht mehr wie gewohnt und routiniert erledigt werden, können wir von einem kritischen Zustand sprechen, der behandelt oder unterstützt werden sollte.

Deutlich werden hier die Diskrepanzen, die entstehen können, wenn objektive Merkmale einer Erkrankung als Maßstab herangezogen werden. Mag es für den Beobachter, zum Beispiel einen Arzt oder einen Wissenschaftler, unnormal oder krank sein, wie das Subjekt handelt, so kann es für das Subjekt selbst, aus seiner lebensweltlichen Erfahrung heraus, Normalität und Alltag bedeuten. Blinde oder Gehörlose mögen objektiv eingeschränkt sein, sie können aber ihr lebensweltliches Handeln unter den Bedingungen des Blind- oder Gehörlos-Seins so organisiert haben, dass sie selbst keinen subjektiven Nachteil verspüren. Hier würde es zu einem Dilemma in der Beurteilung kommen. Dieses Dilemma verdeutlicht sich anhand der Kriterien von ›Disease – Illness‹. ›Disease‹ meint eine nach objektiven Kriterien vorhandene Erkrankung oder gesundheitliche Problematik (Heinz, 2015, S. 25). Die Symptome einer Grippe oder Diabetes können zum Beispiel durch das Feststellen erhöhter Körpertemperatur oder erhöhter Blutzuckerwerte objektiv gemessen werden. Die ›Illness‹ charakterisiert hingegen das subjektiv empfundene Leid (ebd.). Das heißt, bei steigender Temperatur oder erhöhtem Blutzucker wird sich das Subjekt auch subjektiv krank fühlen. Es wird in irgendeiner Form leiden und anerkennen, dass sein körperliches und/oder psychisches Leistungsniveau eingeschränkt ist. Es kann seinen Handlungsroutinen nicht mehr oder erschwert nachkommen. So ist die objektive Größe einer Erkrankung mit dem subjektiv empfundenen Leid kongruent. Ein ›Sickness‹ Merkmal liegt vor, wenn das Verhalten der Person durch das soziale Umfeld als problematisch angesehen wird oder die Person merkt, dass sie sich nicht mehr ohne Weiteres sozial integrieren kann (Heinz, 2015, S. 31). Die Frage nach den Möglichkeiten der sozialen Kontrolle wird sich weiter aufdrängen, je mehr eine Person, zum Beispiel durch ihre Psychose, als sozial herausfordernd angehen wird. Dabei sind normative Grenzsetzungen entscheidend (Hofmann, 2016, S. 20).

Das Stimmenhören ist ein Beispiel, an dem die unterschiedlichen Bedeutungsausle-

gungen deutlich werden. Ich stelle in Tabelle 1 mehrere Varianten vor, die deutlich machen, wie schwer es ist, eine entsprechende Situation einzuschätzen. Dazu ein Beispiel:

Eine Person hört die Stimme des Freundes seiner Ex-Freundin. Die Trennung war

Tabelle 1: Lebenswelt und Krankheit

Disease	Illness	Sickness	Lebensweltliche Bedeutung
Es liegt eine Krankheit vor, weil die Person Stimmen hört.	Die Person fühlt sich durch die Stimmen belastet und wünscht sich Hilfe.	Das soziale Umfeld merkt, dass die Person Hilfe benötigt.	Alle Merkmale einer Krankheit sind erfüllt (komplementärer Sinn).
Die Stimmen sind nicht messbar, also liegt keine Krankheit vor.	Die Person fühlt sich durch die Stimmen belastet und wünscht sich Hilfe.	Das soziale Umfeld merkt, dass die Person Hilfe benötigt.	Die Person und das soziale Umfeld stehen in der Nachweispflicht, einen Arzt zu überzeugen (teilweiser Sinnzusammenhang).
Es liegt eine Krankheit vor, weil die Person Stimmen hört.	Die Person fühlt sich durch die Stimmen nicht belastet und möchte keine Hilfe.	Das soziale Umfeld merkt, dass die Person Hilfe benötigt.	Die Situation der Person wird fremdgedeutet (subjektiver Sinn).
Die Stimmen sind nicht messbar, also liegt keine Krankheit vor.	Die Person fühlt sich durch die Stimmen nicht belastet und möchte keine Hilfe.	Das soziale Umfeld merkt, dass die Person Hilfe benötigt.	Das soziale Umfeld muss einen Arzt und die Person selbst überzeugen (einfacher Sinnzusammenhang).
Es liegt eine Krankheit vor, weil die Person Stimmen hört.	Die Person fühlt sich durch die Stimmen nicht belastet und möchte keine Hilfe.	Das soziale Umfeld sieht keinen Unterstützungsbedarf.	Die Person und das soziale Umfeld sehen keine lebensweltliche Belastung (institutioneller Sinnzusammenhang).

für die Person sehr schmerzhaft und kaum zu ertragen. Noch immer ist die Person von Zweifeln und starker Unsicherheit geplagt, was durch die Stimme verstärkt wird.

Anhand dieses Beispiels wird deutlich, wie unterschiedlich ein ›Symptom‹ wie das Stimmenhören gedeutet werden kann und welche konkreten Handlungsabsichten daraus entstehen können. Im folgenden Exkurs wird gezeigt, wie es zu der obenstehenden Einschätzung gekommen ist.

2.3.2 Exkurs: Stimmenhören aus lebensweltlicher Perspektive

Wie ich bereits dargestellt habe, ist das Stimmenhören eines der Basissymptome der Schizophreniediagnose (1.2.1.). Einer Person wird in der Regel eine psychiatrische Behandlung empfohlen, wenn sie Stimmen hört. Aus einer lebensweltlichen Perspektive ergibt sich womöglich ein anderes Bild des Stimmenhörens.

Stimmenhören ist in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet. Die Prävalenz in der Gesamtbevölkerung wird je nach Definition des Stimmenhörens auf 7% bis 18% geschätzt (Beavan et al., 2011; McGrath et al., 2015; Burr, 2022). Die Erfahrung des Stimmenhörens ist somit weniger als Symptom zu klassifizieren, sondern eher als Erfahrung, die sich auf einem Kontinuum in unterschiedlicher Qualität und Intensität bewegt. Stimmenhören kann bedrohlich sein, Angst und unheimlichen Leidensdruck verursachen. Gemessen an ihrer Prävalenz, kann das Stimmenhören jedoch eine gewöhnliche und alltägliche Erfahrung sein. Hier stellt sich die Frage, warum Personen keine (psychiatrische) Unterstützung benötigen, obwohl sie Stimmen hören.

Es ist davon auszugehen, dass das Stimmenhören unter Erwachsenen stigmatisiert und pathologisiert wird. Gerade in westlichen Gesellschaften werden derartige Erfahrungen als bedrohlich angesehen, da sie als irrational, unkontrollierbar und verrückt gelten, sich also gegen den Common Sense der Vernunft wenden (Foucault, 2020 [1961], S. 181; Waldenfels, 1991, S. 61f.). Mit zunehmendem Einfluss medizinisch-psychiatrischen Denkens hat sich das Stimmenhören zu einem medizinischen Problem gewandelt. Dadurch hat es als Erfahrung seinen eigentlichen Sinn und seine Bedeutung verloren (Watkins, 2008, S. 77f; Luhrmann et al., 2015; Corstens & Schnackenberg, 2021). Durch die (kulturell bedingte) Problematisierung der Stimmen, wird das Stimmenhören selbst also kaum thematisiert – lediglich im Zusammenhang psychiatrischer Behandlung, als kulturell spezifische »Ordnungsform und Deutungsmuster« (Straub, 1999, S. 166), in der es wiederum pathologisiert wird. Aus Scham, Unsicherheit und Angst reden die Stimmenhörer nicht über ihre Erfahrungen, was zur Folge hat, dass das Thema in der Öffentlichkeit kaum Beachtung findet – wer möchte schon öffentlich machen, dass er die Symptome einer ›Schizophrenie‹ aufweist (Parry et al., 2020).

Das Stimmenhören ist kein sinnloses Symptom. Es ist im Alltagserleben und in der Biografie sinnhaft verwurzelt (Corstens, 2021, S. 17; Steel et al., 2019; Londgen et al.,

2012). Die Stimmen haben für diese bestimmte Bedeutungen. Die Stimmen können nahen Verwandten, Freunden, Verstorbenen, Göttern oder anderen nicht irdischen Wesen zugeordnet werden. Sie haben einen bestimmten Charakter, der sich wandeln oder entwickeln kann. Die Anzahl der Stimmen kann variieren. Manche Personen hören eine Stimme, andere wiederum hören viele verschiedene. Die Stimmen können untereinander kommunizieren oder mit der Person selbst kommunizieren. Manche Personen können Gespräche mit den Stimmen führen und die Stimmen sogar zu bestimmten Aktivitäten auffordern. Die Stimmen können sehr laut und befremdlich werden, sodass die innere und äußere Welt nicht mehr voneinander unterschieden werden kann. Sie können auch moderat und ohne starke Einwirkung auf die Außenwahrnehmung bleiben. Es gibt Stimmen, die sind bössartig, verletzend und aggressiv, andere wiederum können nett, hilfreich und zugewandt sein. Gelingt es dem Stimmenhörer, sich auf die Stimmen einzulassen, um diese zu verstehen, kann er die Erfahrung in einen für sich sinnvollen Zusammenhang stellen. Die Stimmen sind in der Regel eine Reaktion auf extreme, stressvolle Belastungen und traumatische Erfahrungen, die von der betroffenen Person noch nicht bearbeitet wurden. Anzunehmen ist, dass die Stimmen leiser werden oder gar ganz verstummen, wenn die Erfahrungen bearbeitet werden können. Es gibt jedoch auch Personen, die die Stimmen für längere Zeit oder für immer hören, sich aber mit den Stimmen arrangieren und diese in ihre Alltagsplanungen integrieren können, ohne dadurch beeinträchtigt zu sein (Hall et al., 2022; Londgen et al., 2012; vgl. Romme & Escher, 2013). Die psychiatrische Behandlung ist jedoch viel zu häufig so ausgelegt, dass die Erfahrungen, die das Stimmenhören bedingen, nicht bearbeitet werden (Sellick et al., 2020).

Das Stimmenhören ist für eine Person weniger problematisch, wenn sie eine Beziehung zu ihren Stimmen aufbauen kann. Werden die Stimmen als Symptom einer Krankheit eingeschätzt, kann es schwerfallen, Akzeptanz gegenüber den Stimmen zu entwickeln. Symptome können nicht sinnhaft integriert werden, da sie nicht als Teil von ihr selbst angesehen werden. Die Person entfremdet sich von der eigentlichen Bedeutung ihrer Erfahrung (Hart, 2021, S. 26; Parry et al., 2020). Die kulturelle Prägung ist dabei ebenfalls mitbestimmend. Menschen westlicher Gesellschaften erleben Krankheiten in der Regel als vorübergehenden Zustand, dem mit medizinischen Mitteln Abhilfe geschaffen werden soll. Personen, bei denen die Prägung nicht so weit fortgeschritten ist (zum Beispiel Kinder), die sich offen gegenüber spirituellen oder religiösen Erfahrungen zeigen, oder Menschen aus anderen kulturellen Handlungsfeldern, in denen das Stimmenhören einen offeneren Umgang erfährt, haben weniger Schwierigkeiten, das Stimmenhören als Bestandteil ihrer Erfahrung zu interpretieren (Beavan et al., 2011; Londgen et al., 2012; Jarvis & Kirmayer, 2021). Entscheidend ist, ob sich die Personen als passive Opfer einer Krankheit oder als aktiv Mitbestimmende wahrnehmen (Londgen et al., 2012).

Die Auslegung des Stimmenhörens ist demnach individuell. Allein das Erleben des Hörens an sich ist kein Indiz einer Erkrankung oder einer leidvollen Erfahrung. Das

Beispiel des Stimmenhörens zeigt, dass eine lebensweltliche Perspektive mehr über die Situation einer Person aussagen kann als die bloße Anwesenheit eines ›Symptoms‹. Im nächsten Abschnitt soll überlegt werden, wie sich Wahrnehmungsveränderungen auf die Handlungsintentionen auswirken.

2.3.3 Die Vergewisserung durch die subjektive Realität zur Absicherung der Identität

Im Folgenden möchte ich aufzeigen, wie Wahnvorstellungen oder – anders genannt – die subjektive Realität einer Person die Handlungen einer Person (von innen) so beeinflussen, dass sie nach außen kaum nachvollziehbar wirken. Für den Außenstehenden mag sie fremd und ungewöhnlich erscheinen. Aus lebensweltlicher Sicht ist die subjektive Realität sinnhaft, da sie bestimmte Funktionen erfüllen kann (Mentzos, 2017, S. 217). Der Punkt soll verdeutlichen, wie eine Person ihre Identität in ihrer prekären Autonomiesituation durch den verstärkten Bezug auf ›ihre Realität‹ absichert.

Die subjektive Realität des Psychoseerfahrenen ist eine »reale Seinsvergewisserung« (Benedetti, 1992, S. 21), die eine notwendige Stütze für das Selbstkonzept bildet (Lütjen, 2009, S. 172). Der Wahn ist ein Erklärungssystem, welches die Funktion hat, bestimmte Verluste oder Konflikte emotional aushalten zu können und handlungsfähig zu bleiben (Leader, 2011, S. 195). Die Trennung der Freundin wird nicht auf eigene Fehler zurückgeführt, sondern der neue Partner wird für die Trennung verantwortlich gemacht. Irgendwann entwickelt die Person die Überzeugung, der neue Partner würde auch in anderen Situationen sein Unwesen treiben und ihm Schaden zufügen wollen. Diese Form der Umdeutung der Realität hat eine entlastende Wirkung für das Subjekt, da dieses weiterhin an seiner Selbstidentität festhalten kann (Mentzos, 2017, S. 219). Der Konflikt wird nicht gelöst, sondern die den Konflikt verursachende Realität wird neu interpretiert. Das hier dargestellte Beispiel hat sicher eine entlastende Funktion, doch bringt dieser Konflikt auf Dauer keinen Ausgleich, denn erst durch den »Verfolger« (ebd.) bestätigt sich der Psychoseerfahrene als ›autonome Person‹. Der Wahn wird zum Instrument, die Identität gegen den anhaltenden Konflikt von Innen und Außen abzusichern. Dabei kann der Wahn jedoch unterschiedlich interpretiert werden. Für Mentzos hat der Verfolgungswahn die »paradoxe Folgerung des Fortschritts« (ebd., S. 220), der zu einer Stabilisierung und Entlastung der eigenen Position beitragen kann, die sich im Begriff der Auflösung befindet und durch den Wahn gefestigt wird. Die Funktion des Wahns ist in gewisser Hinsicht ein Instrument der Entlastung und des Ausgleichs. Die Rekonstruktion von Bedeutungen erfolgt durch (Neu-)Kreationen der subjektiven Realität (Leader, 2011, S. 195). Psychotische Menschen erschaffen durch den Wahn Situationen symbolischer Neuordnungen, die für diese einen neuen ›Platz‹

(und neue Handlungsplanung) bereithalten, der in der geteilten Realität so nicht existieren würde (ebd., S. 216). Der Psychoseerfahrene würde sich eine besondere Position zuweisen, um sich gegenüber dem neuen Freund als besonders zu wähen. Er könnte seine Situation als Vorbereitung für eine besondere, ihn aufwertende Situation interpretieren und die gewünschte Identität könnte durch das Zusammensein mit der Ex-Freundin gefährdet sein. So kann die Bedeutung der Freundin geleugnet werden. Dadurch wäre der emotionale Konflikt nicht gelöst, aber die soziale Konstellation könnte sich entspannen, da der kreative Wahn zu einer Entlastung seiner Selbstidentität beigetragen hat, ohne diese abzuwerten. Aus der Perspektive des Subjektes würde die Umdeutung und Neukategorisierung der Situation eine (vermeintliche) Verbesserung der eigenen Ausgangslage schaffen (Schödlbauer, 2016, S. 133). Zu überlegen wäre, ob dies im Zuge einer psychotischen Krise nicht sogar eine Möglichkeit der »subjektiven Lebensbewältigung« (Lütjen, 2009, S. 166) wäre, durch welche Handlungsoptionen und damit Entlastungsmöglichkeiten beibehalten und sogar neu geschaffen werden können.

Die subjektive Sinnhaftigkeit des Wahnerlebens möchte ich exemplarisch an dem Phänomen Beeinflussungsmaschinen ausführen. Menschen mit Psychoseerfahrungen nehmen sich unter bestimmten Umständen als fremd- oder ferngesteuert und mit einem Verlust der Selbstkontrolle wahr (Bock, 2009, S. 35). Emotionale Erfahrungen oder Gefühlsbindungen zu anderen Menschen werden dem Körper als äußerlich, fremd, falsch und als eindringlich erlebt (Schödlbauer, 2016, S. 58). Sie können als Reize oder Stimulationen dem eigenen Körper nicht zugehörig erlebt werden. Die Wahrnehmungssteuerung orientiert sich entsprechend der wahrgenommenen Eindrücke zur Welt und sucht diese nach Erklärungen für das Gefühl der Manipulation ab. Der psychotische Mensch, der Schwierigkeiten mit der Deutung der eigenen Emotionalität hat, nimmt sich selbst als »quasi-materielles Objekt« (Fuchs, 2015, S. 138) wahr, welches durch die synthetisierte oder mechanisierte Interpretation des eigenen Erlebens für sich selbst zum von der Außenwelt verdinglichten und materialisierten Wesen wird (ebd.). Als Quelle der Manipulation werden dann virtuelle oder mechanische Geräte oder Apparaturen herangezogen, die in ihrer technischen Anonymität zur Projektion der unerklärlichen Eindrücke der Manipulation werden können.

Die Affinität zu technisch-materiellen Erklärungen hat eine sozio-historische Kontinuität bei Psychoseerfahrenen (ebd.). Die technischen Möglichkeiten faszinieren und sind zugleich aufgrund ihrer (anonymen) Komplexität kaum begreifbar. Im Laufe der Jahre greifen Psychoseerfahrene auf Erklärungen zurück, die sich am aktuellen Stand der technischen Entwicklung orientieren. Waren es erst Dampfmaschinen, Webstühle, Elektrizität oder Magnetismus sind es mittlerweile die Mittel der modernen Kommunikation. Thomas Fuchs macht darauf aufmerksam, dass die »Virtualisierung des Realen« (ebd., S. 135) durch moderne Kommunikationsmittel Wahnmuster begünstigt, da sie sich als Erklärungen besonders für das Prinzip der Paranoia eignen. Wie in der Paranoia typisch, werden Hintergrundprozesse verdächtig und Vordergrundprozesse werden zum Schein oder zur Täuschung (ebd.). Da die Hintergrundprozesse bei Smartphones oder

Computern für Laien kaum nachvollziehbar und Vordergrundprozesse damit kaum transparent sind, können äußerlich wahrgenommene Steuerungsversuche darüber wahrscheinlich für den Betroffenen konsistenter erklärt werden. Die schwer nachvollziehbaren technischen Hintergrundprozesse bieten mehr Interpretationsspielraum als zum Beispiel das Verfolgt-werden durch eine leibliche Person. Die Verfolgung durch leibliche Personen kann sich irgendwann erschöpfen und die subjektive Vorstellung als Identitätskompromiss gefährden. Die Virtualisierung stellt eine Verdoppelung der Wahnebene dar, da das Muster von Verdacht und Täuschung dauerhaft aufrechterhalten werden kann. Eine Nachricht bei WhatsApp oder Facebook wird skeptisch betrachtet, da im Hintergrund Machenschaften der Geheimdienste vermutet werden, die das Handy überwachen. Die Nachrichten werden in ihren unterschiedlichen Bedeutungen konnotiert und sogleich als versteckte Botschaften interpretiert:

»Technik stellt im Wahn also die Chiffre für eine überlegene, anonyme Intelligenz dar, die sich der konkreten Beziehung entzieht und gerade aus dem Verborgenen heraus eine umso überwältigendere Wirkung entfaltet.« (ebd., S. 132)

Der nicht zu »identifizierende Feind« (ebd., S. 132) bleibt außerhalb des Blickfeldes, was die Erklärung der Fremdkontrolle bestätigt. So können zum Beispiel Gefühle von Einsamkeit, Zurückweisung und Isolation durch die Überzeugung verfolgt zu werden, überlagert werden (Benedetti, 1992, S. 18).

Der hier diskutierte Punkt der Neukonstruktion lebensweltlicher Eindrücke sollte zeigen, wie sich Handlungsplanungen und -orientierungen zur Absicherung der Identität verändern können. Im nächsten Teil möchte ich ergänzen, dass Menschen, deren Lebenswelt von außen als bedrohlich und stressvoll interpretiert wird, von den Akteuren der Lebenswelt selbst als weniger beeinträchtigend erlebt werden kann, da diese ihre Handlungsplanungen und -orientierungen auf ihre Lebenswelt abstimmen. Entscheidend ist meines Erachtens, inwieweit es den Akteuren gelingt, ihre (psychosozialen) Fähigkeiten auf ihre lebensweltlichen Anforderungen anpassen zu können.

2.3.4 Handlungspraxis, Sinn und Lebenswelt

Die Handlungsplanungen und -orientierungen der Subjekte ergeben sich aus der konkreten Lebenspraxis ihrer Lebenswelt. Die Handlungen sind eingebettet in die Lebenswelt und sind in ihrer Auslegung sinnhaft und nachvollziehbar, da sie sich an den für die Lebenswelt relevanten Bedingungen notwendig orientierten. Erst die Auseinandersetzung mit der Lebens- und Alltagswelt aus Sicht des Subjektes, das diese aktiv gestaltet und sich in ihr zurechtfindet, ermöglicht das Verstehen der Beweggründe, Mo-

tive, Absichten und des Willens für bestimmte Handlungen (Schütz & Luckmann, 1988, S. 62; Medved & Brockmeier, 2015; Schütz, 1971a, S. 6; Boesch & Straub, 2007, S. 36).

Das Subjekt entwickelt sich mit und in seiner lebensgeschichtlichen Welt. Es stimmt seine Fähigkeiten auf seine Welt ab und sucht sich neue, kreative Lösungen, wenn diese Fähigkeiten nicht mehr ausreichen. Dabei stellt sich die Frage, wie Subjekte in ihren Lebenswelten zurechtkommen, die für Außenstehende fremd, bedrohlich, gar krankmachend wirken. Mit dieser Frage haben sich Rose et al., (2022) in einem Aufsatz über Straßenkinder in den brasilianischen Favelas beschäftigt. Die Kinder sind dauerhaft mit Schmutz, Lärm, Stress, Gewalt- und Todesbedrohungen, Mangelernährung, schlechten Wohn- und Lebensbedingungen und mangelnden Perspektiven konfrontiert. Dem gegenwärtigen Erklärungsrahmen für objektive Stressoren und subjektive Bewältigungsmöglichkeiten folgend, sollten sich die dargestellten Lebensbedingungen auf die psychische und physische Verfassung der betroffenen Menschen auswirken (Hoffmann, 2021). Dass dieses Erklärungsmodell an seine Grenze stößt, wird beim Entwurf der eigenen Lebenspraxis in Reaktion auf die sozio-kulturellen Bedingungen deutlich, in der stressvolle Situationen abhängig von der Bedeutung sind, die das jeweilige Subjekt einem Gegenstand oder einer Situation zuweist. Neurobiologische Reaktionen auf bestimmte Situationen, die als stressfördernd interpretiert werden, werden in ihrer lebensweltlichen Relevanz umgedeutet und somit ›konstruktiv nutzbar‹ gemacht (ebd.). Es gelingt dem Organismus, sich neurobiologisch, physiologisch, psychologisch und materiell auf die vorhandenen Gegebenheiten anzupassen. Die Lebenswelt, unabhängig davon, wie sie von Außenstehenden vorgefunden wird, ist, wie bereits ausgeführt, »der fraglos gegebene Raum«, der das Subjekt mit seiner »natürlich gegebenen Einstellung« umgibt« (Schütz & Luckmann 1988, S.62; Schütz, 1971a, S. 10). Die konstante, vertraute und selbstverständliche Lebenswelt erweist sich im Subjekt als gültige und sich wiederholende Erfahrung seiner Handlung. Die in der Lebenswelt ausgeprägten Wahrnehmungsmöglichkeiten sind vergleichbar mit einem Gespür, sich in der besonderen Umgebung zurechtfinden zu können, in der sich dann eben auch Nischen der Entlastung ausfindig machen lassen (Rose et al., 2022). Die Nischenkonstruktionen beinhalten ihrerseits entsprechende Handlungsmodi und Entlastungsstrategien.

Das Beispiel macht deutlich, wie sehr das Subjekt, das aktiv auf seine Lebenswelt einwirkt und diese mitgestaltet, diese als normal erleben kann, auch wenn sie für andere die Hölle darzustellen scheint. Die eigene Handlungsfähigkeit ist in der Lebenswelt per se unendlich variabel. Das Subjekt bezieht sich reziprok, dynamisch und variabel auf die Veränderungen, die die Situation vor, während oder nach der Psychoseerfahrung mit sich bringt. Das Subjekt handelt nicht starr, sondern stets im Horizont seiner lebensweltlich konstitutiven »Bestimmtheit« (Husserl, 2012 [1963], S. 46). Durch die Psychose konstituiert und verändert sich die Handlungsfähigkeit in Richtung der umgebenden Lebenswelt. Die Umdeutung und Anpassung an die subjektive Realität (unabhängig ob sie vorgefunden wird oder Teil der veränderten Wahrnehmung ist) zeigen, wie es den

Akteuren gelingen kann, sich in ihrer Lebenswelt zurechtzufinden (auch wenn dies im Falle der Psychose neu gelernt werden muss)

Der nächste Abschnitt stellt die Auslegung von psychotischem Erleben unter kulturpsychologischen Gesichtspunkten vor, um die unterschiedlichen kulturell geprägte Erfahrungsebene von Psychose hervorzuheben.

2.3.5 Kulturelle Symbolik, Überzeugung und Ritual

Arbeiten, die einen kulturvergleichenden beziehungsweise kulturpsychologischen Ansatz verfolgen, machen deutlich, wie unterschiedlich eine Psychose erlebt und ihre Erfahrung interpretiert werden kann (von der Person selbst und ihrem Umfeld). Anhand des ›Stimmenhörens‹ konnte ich zeigen, dass je nach sozio-kultureller Überzeugung die Kategorisierung als ›Psychose‹ nicht eindeutig ist, sondern dass Menschen auf der Grundlage verschiedener Sinnzusammenhänge zu anderen Vorstellungen und Überzeugungen kommen. Dieser Abschnitt beschäftigt sich eingehender mit dem Gedanken, dass unterschiedliche kulturspezifische Auffassungen von psychotischem oder ähnlichem Erleben, andere Erklärungs- und Deutungsmuster erzeugen.

Schon der Besuch beim Nachbarn oder das Ausprobieren eines neuen Restaurants birgt missverständliche und irritierende Auslegungen der Symbol- und Handlungssysteme. Die Eigenheiten der Kultur als variables Handlungsfeld müssen von den Akteuren gelernt werden, um ihre Eigenheiten erst nachvollziehen zu können. In als fremd erfahrenen kulturellen Handlungsfeldern erschweren sprachliche Unterschiede oder fremde Lebensgewohnheiten das Verstehen von simplen Gewohnheiten und Routinen (Boesch, 1980). Dabei wird Folgendes deutlich: Sowohl im unbekanntem als auch im vermeintlich bekanntem kulturellen Handlungsfeld beziehen sich die Subjekte auf bestimmte Handlungspraxen, Sinnzusammenhänge oder Glaubenssysteme, die für Außenstehende fremdartig wirken und von außen kaum nachvollziehbar sind, weil sie ihre eigene inhärente Logik aufweisen können (Straub & Chakkarath, 2010, S. 201; Straub, 2017, S. 40f.; Jarvis & Kirmayer, 2021). Durch das dem Bereich des Eigenen gegenübergestellte Fremde können die eigenen Handlungspraxen in einen Vergleichshorizont gestellt werden. Dadurch können die Besonderheiten, Eigenarten und Widersprüche der eigenen Handlungspraxen und Bedeutungszusammenhänge aufgezeigt werden (Straub & Boesch, 2007, S. 16; Waldenfels, 1991, S. 59).

Der Psychiater und Anthropologe Arthur Kleinman zeigt, dass in verschiedenen Kulturen für Krankheiten, Symptome oder vergleichbare belastende Ereignisse kulturspezifisch typisierte Erklärungsmodelle bestehen (Kleinman, 1991, S. 155f.). Die Symptome einer Krankheit und sogar die Krankheit selbst werden innerhalb ihres bestehenden Symbolsystems gedeutet und verstanden. Je nach Fokus und Priorisierung eines Handlungsfeldes entwickeln sich im und mit dem Symbolsystem entsprechende

Möglichkeiten, ein Symptom zu artikulieren oder krankheitstypisch handeln zu können. Das Symbolsystem gibt einer Person die Möglichkeit, seine subjektive Erfahrung intersubjektiv zu vermitteln und die chaotisch-affektive Situation des Schmerzes oder der psychischen Krise in einer sprachlichen Ordnung darzustellen (Lévi-Strauss, 1978, S. 217). »Aber nachdem die Kranke das verstanden hat, gibt sie nicht nur nach: sie gesundet« (ebd.).

Fremde Symbolsysteme stoßen genauso an ihre Grenzen wie die Artikulationsmöglichkeiten der Personen. Verbergen sich andere Verstehens- und Erklärungszusammenhänge hinter einem Symptom oder einer vergleichbaren belastenden Erfahrung, können die Gründe für das individuelle Erleben auf der Grundlage zum Beispiel von religiösen Zusammenhängen, eingeordnet werden (Kleinman, 1988, S. 11). Religiöse, spirituelle oder schamanistische Glaubens- und Orientierungssysteme werden nicht selten zur Artikulation von Psychoerfahrungen genutzt. Weitaus schwieriger wird es, kulturelle Überzeugungen, wie Besessenheit oder Gottesstrafen (zum Beispiel aufgrund moralischer Verwerfungen und nicht aufgrund einer Krankheit), in einem psychiatrischen Kontext zu interpretieren, wenn die Kultur entsprechende Symbolsysteme zur Erklärung, aber auch zur (rituellen) »Heilung« herausgebildet hat (Machleidt & Passie, 2018, S. 521; Read et al., 2015, S. 80ff.; Corin & Padmavati, 2017, S. 103ff.; Haller, 2017; Basu, 2010). Die sozio-kulturelle Verhandlung bestimmter Symptome und Handlungsweisen ist demnach durch den kulturellen Kontext einer Person nachzuvollziehen (Machleidt, 2019). Werden Deutungen auf Grundlage fremder Symbolsysteme vorgenommen, kann es zu Missverständnissen oder gar zur Ablehnung der Deutung kommen. Die kulturelle Eigenlogik verschließt sich psychiatrischen Kategorien. Religiös-spirituelle Vorstellungen weisen logisch inhärente Erklärungs- und Lösungsmöglichkeiten auf, aus denen der Betroffene, oder sein Umfeld, Funktionen der Bewältigung herleiten kann (Jarvis & Kirmayer, 2021).

Henri F. Ellenberger verweist bereits auf eine Gemeinsamkeit, die sich in den meisten kulturellen Handlungsfeldern finden ließe: Krankheit und ihr vergleichbare Phänomene werden als kausales Ereignis interpretiert. Es gibt demnach eine Ursache, die zu einer bestimmten Wirkung führt. Dementsprechend gibt es inhärent logische Verfahren oder Behandlungsweisen, mit einem solchen Ereignis umzugehen (Ellenberger, 2005 [1970], S. 24f.). Bemerkenswert ist, dass es über die Kulturräume hinweg vergleichbare Ursachenerklärungen gibt, die sich zum Beispiel im Verlust der Seele oder dem Besessen-Sein durch Geister oder andere immaterielle Wesen ausdrücken. Geisteraustreibungen oder Exorzismen sind sicherlich in vielen Kulturen und Gesellschaften verbreitete Praktiken (ebd., S. 35).

Eine andere bekannte Ursachenerklärung ist der Verlust der Seele, den Ellenberger mit der Entfremdung psychisch erkrankter Menschen von sich selbst vergleicht (ebd. S. 30). Psychotherapie oder Schamanismus sind sich als Methoden der Heilung oder Linderung gar nicht so unähnlich, wie es scheint. Zentral sind die Suche und Wiederherstellung des Ichs respektive der Seele durch den Therapeuten oder den Schamanen.

Letztlich bleibt die Ursachenerklärung eine Deutungsmöglichkeit des jeweiligen Kulturraums, die aber, unabhängig davon, ob es das »Ich« oder die »Seele« genannt wird, eine im Prinzip gleiche Funktion repräsentiert. Etwas im Menschen hat sich verloren und muss diesem durch ein kulturspezifisches Ritual wiedergegeben werden. Entscheidend dafür ist der sozial- und kulturpsychologische Rahmen, an dem die Akteure teilhaben: 1) Der Heiler oder Arzt muss an seine eigenen Fähigkeiten glauben. 2) Der Erkrankte oder der zu Behandelnde muss an die Fähigkeiten des Arztes oder Heilers glauben. 3) Krankheit, Heilmethode/Ritual und Heiler/Arzt müssen von der sie umgebenden sozialen Gruppe anerkannt werden (ebd., S. 35). Für eine kulturfremde Person ist die Ursachen- aber auch Wirkungserklärung schwer nachzuvollziehen und das Ritual hätte für sie keine Bedeutung. Es würde allenfalls als befremdlich erlebt werden und bliebe ohne Erfolg. Wobei ›Erfolg‹ hier primär an der subjektiven Linderung bestimmter Zustände gemessen werden sollte.

Beispiele von Teufelsaustreibungen zeigen darüber hinaus, dass fremdartige und kaum nachvollziehbare Symbolsysteme und Handlungspraxen bereits innerhalb eines einzelnen gemeinsamen kulturellen Handlungsfeldes bestehen können, das keineswegs als homogenes Gebilde zu verstehen ist (Boesch & Straub, 2007). Die Bedeutung dieser eher im Verborgenen gelegenen Symbolsysteme sollte dabei nicht unterschätzt werden, da die Konfrontation mit einem fremden Glaubenssystem (etwa das des Psychiaters) eine identitätsverletzende Wirkung für den Betroffenen haben könnte (Machleidt, 2019). Wenn der Betroffene etwa aus religiöser Überzeugung psychotische Erfahrungen als göttliche Strafen interpretiert, könnte ein System der Pathologisierung seine tiefsten Glaubensinhalte in Frage stellen (Jarvis & Kirmayer, 2021). Die Ablehnung und Abkehr von psychiatrischen Erklärungsmodellen sind folglich nachvollziehbar, insofern sie die sinnstiftende Funktion dieser Glaubenssysteme anzweifeln lässt, was wiederum zur Abwehr führen kann. Für den Erfahrenen hat die Fremddeutung die Wirkung, dass all das, woran er glaubt, was ihm wichtig und möglicherweise ein wichtiger Bestandteil im Leben ist, plötzlich als wertlos und krank dargestellt wird. Können die Ereignisse und Phänomene aber im Erklärungsmodell des Betroffenen sinnlogisch miteinander verbunden werden, kann dies zugleich seine Bewältigungsstrategien fördern (Machleidt & Passie, 2018, S. 527).

Nachdem ich die lebens- und alltagsweltlichen sowie handlungstheoretischen Grundlagen dargestellt habe, möchte ich im folgenden Kapitel die sozialwissenschaftliche Debatte um Gesundheit und Krankheit als Alltagserfahrung darstellen. Von diesen Überlegungen ausgehend wird anschließend der theoretisch-methodologische Zugang zur Empirie entwickelt.

3 Theoretisch-methodologische Überlegungen, Forschungsstand und Forschungsfragen

Im folgenden Kapitel möchte verschiedene für diese Arbeit fruchtbare Forschungsansätze vorstellen, die sich mit ›Gesundheit und Krankheit‹ auseinandersetzen. Daraus werden für diese Arbeit relevante methodische Schlussfolgerungen entwickelt. Das Kapitel beginnt mit der Vorstellung einzelner Konzepte (Patientenrolle, Verlauf chronischer Erkrankung, Krankenkariere, Verlaufskurven), die in einer integrativen Perspektive zusammengefasst werden, um so weitere Forschungsschritte herzuleiten. Anschließend folgt ein Abriss des Diskurses über Psychosen in der qualitativ-rekonstruktiven Forschung, der in den Kontext der bisher diskutierten Überlegungen gestellt wird. Daraus wird der für diese Arbeit relevante Forschungsschwerpunkt abgeleitet. Das Kapitel endet mit einer Skizze der Forschungsfragen.

3.1 Theoretisch-methodologische Überlegungen zum empirischen Zugang zur Psychoseerfahrung

Der folgende Teil beschäftigt sich mit den Erfahrungen von Krankheit, Leid und Krisenerfahrungen aus soziologischer beziehungsweise gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. Wie deutlich werden soll, beziehen sich die hier vorgestellten Konzepte weniger auf die Psychose an sich. Sie beschäftigen mit Krankheit, Leid und Krisenerfahrungen aus einer eher allgemeineren Perspektive, die jedoch als empirischer Zugang auf eine spezielle Erfahrung hin ausdifferenziert werden kann (zum Beispiel im Hinblick auf besonderen Umgang mit der Schizophreniediagnose in einem Sample). Zunächst wird das klassische Konzept der ›Krankenrolle‹ vorgestellt und gezeigt, wie sich das Verständnis einer Rolle in der Gegenwart verändert hat und was dementsprechend im empirischen Zugang berücksichtigt werden sollte. Dann wird anhand der ›Verläufe chronischer Erkrankung‹ die Abgrenzung zur klassischen Krankenrolle diskutiert und gezeigt, warum eine interpretative Sichtweise auf den Krankheitsverlauf eine andere Einschätzung des Handelns der betroffenen Personen ermöglicht als aus einer eher normativ geprägten Sichtweise. Anschließend gehe ich auf die ›Kranken- und Patientenkarrieren‹ ein, die aus einer sozial-konstruktivistischen Perspektive zwar die sozialen Folgen psychischer Erkrankungen in den Blick nehmen, dabei aber die Schwierigkeiten des psychotischen Erlebens an sich kaum berücksichtigen. Danach wird anhand des Verlaufskurvenkonzeptes herausgearbeitet, welche Auswirkungen einschneidende Le-

bensereignisse auf das eigene Verständnis der Biografie, der Identitätsentwicklung sowie der Handlungsplanung und -orientierung haben kann. Das Kapitel soll unterschiedliche empirische Zugänge zu Krankheit und Psychoseerfahrung deutlich machen, ihre Vor- und Nachteile aufzeigen und mit einer integrativen Perspektive abschließen. Die Besonderheiten mit der Schizophreniediagnose und dem Erleben der Psychose wird immer wieder im Kontext der jeweiligen Konzepte diskutiert.

3.1.1 Von der Krankenrolle zum selbstverantwortlichen Umgang mit Krankheit

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit den Veränderungen, die sich für eine Person im Falle einer Krankheit ergeben können und zeigt auf, welche Erwartungen sich dadurch an eine Person vermitteln können.

Die lange Zeit in der Soziologie dominierende strukturfunktionalistische Perspektive auf Krankheit postuliert einen normativen körperlichen oder psychischen Zustand von Gesundheit, der im Falle einer Abweichung durch eine Krankheit die Erwartungen an die erkrankte Person verändert. Das heißt, sie ist in der ›Krankenrolle‹ (vorübergehend) von ihren gesellschaftlichen Pflichten befreit und muss diese wieder aufnehmen, sobald ihre üblichen Funktionsweisen wiederhergestellt sind. Der Krankenrolle ist die Erwartung implizit, Maßnahmen zur Gesundung zu ergreifen. Im Gegensatz dazu betrachtet die interaktionistische Sichtweise Krankheit und Gesundheit als interpretativen Prozess, der sich nicht – oberflächlich gesagt – an normativen Kriterien orientiert, sondern mehr auf die Handlungsmöglichkeiten des ›kranken‹ Akteurs fokussiert. Zentral ist die Überlegung, dass eine Person trotz Krankheit fähig ist, ihren Alltag zu bewältigen und nicht automatisch von ihren Pflichten und Verantwortung befreit werden muss (Borgetto, 2016; Bittlingmayer, 2016; Schaeffer & Moers, 2009). Schon aus eigener Erfahrung wird deutlich, dass die strukturfunktionalistische Sichtweise auf ›Kranksein‹ nur noch bedingte Aktualität hat und mit der Lebenspraxis vieler Menschen nicht vereinbar ist, da sich nicht nur die gesellschaftliche Perspektive auf Krankheit, sondern auf den eigenen Umgang (pragmatisch gesehen) geändert hat (Schaeffer & Moers, 2009, S. 113). Dies wird zum Beispiel an der Patientenrolle und die dadurch delegierte Verantwortung an den Arzt, der den Gesundungsprozess überwachen, leiten und begleiten soll, deutlich (Parsons, 1951). Zum einen ist die Wiederaufnahme der gesellschaftlichen Pflichten nicht abhängig von der kompletten Genesung. Zum anderen aber wird die Verantwortung in der Regel an die Person selbst delegiert, die ihre Erkrankung weitgehend selbstständig ›managen‹ muss.

Im Zuge neoliberaler gesellschaftlicher Entwicklungen, die mehr Autonomie und Eigenverantwortung der Menschen verlangen, hat sich ein selbstverantwortlicher Um-

gang mit den eigenen Gesundheitskompetenzen und der Prävention von Krankheit etabliert (Ehrenberg, 2019, S. 323; Schaeffer et al, 2020; Richter & Hurrelmann, 2016). Der Kranke wird also als eigenständiger Akteur angesehen (Borgetto, 2016, S. 371). Der selbstverantwortliche Umgang mit Gesundheit und Krankheit wird im Zuge der Verstärkung der individuellen »Gesundheitskompetenzen« (Schaeffer et al., 2020, S. 672) Bestandteil vieler Therapien und Behandlungsverfahren und soll darüber hinaus zur Prävention im Alltag verankert werden. Das heißt, dass jeder im Zweifel selbst wissen soll, was zur Gesundheit benötigt wird. Die vollständige Delegation der Verantwortung an medizinische Akteure gelingt nur noch in besonderen Fällen (zum Beispiel bei sehr schweren Erkrankungen).

Diese neue Form der Eigenverantwortung kann in unterschiedlichen sozialen Milieus nur unterschiedlich erfolgreich vermittelt werden und ist nicht zuletzt abhängig vom Bildungsniveau der Menschen und den Möglichkeiten des Zugangs zum Gesundheitssystem (Borgetto, 2016, S. 375). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Kompetenzen des Selbstmanagements mit hohen Anforderungen verbunden sind, die je nach Milieu (und Intensität von Krankheit) anders bearbeitet werden können. Neben dem Wissen über Gesundheit und Krankheit spielen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht vor allem materielle (wie viel Gesundheit kann ich mir leisten?) und soziale Ressourcen (unter welchen Bedingungen wird mein Kranksein akzeptiert?) eine Rolle. Haben die betroffenen Personen innerhalb ihres Milieus mit konträren Gewohnheiten zu Gesundheit und Krankheit zu tun, wird sich das (richtige) Wissen über Gesundheit und Krankheit schwerer durchsetzen können (Faltermaier, 2016, S. 235). Menschen aus bildungsfernen oder sozial schwachen Milieus sind dann neben einem grundsätzlich höheren Krankheitsrisiko und einer geringeren Lebenserwartung auch auf vermehrte professionelle Hilfe angewiesen, da sie oder ihr Umfeld selbst kaum auf die notwendigen Ressourcen zurückgreifen können (Schaeffer, 2009, S. 36; Richter & Hurrelmann, 2016, S. 4). Deutlich wird dies zum Beispiel, wenn professionelle Unterstützer Wissen über Krankheitsbilder und passende Maßnahmen vermitteln, die, wie eine Schizophreniediagnose, erfahrungsgemäß mehr Zeit und Anstrengungen in Kauf nehmen, um den Status Quo wieder erreichen zu können. Die beteiligten Akteure zeigen sich überfordert, wenden sich ab, wenn sie die Unterstützung nicht als ausreichend empfinden oder resignieren vor der »Expertisierung« der Erkrankung (Schaeffer, 2009, S. 25).

Diese Anforderungen an mehr Eigenverantwortung und Selbstkompetenz im Umgang mit Erkrankung zeigen, dass vom Betroffenen ein »doppelter Einsatz« (Schaeffer & Moers, 2009, S. 129) gefragt ist. Er muss die Krankheit und das Leben bewältigen. Er muss ein Set an neuen Handlungstypen integrieren, das unbekannt ist und erst eingeübt werden muss. Dies wird, je nach Kompetenzen und Wissensformen, unterschiedlich erlebt, führt zu Herausforderungen und Konflikten. Der vermehrte Appell an Eigenverantwortung und die Herausbildung von Gesundheitskompetenzen ist je nach individuellen Möglichkeiten (und besonders im Zuge der ersten Psychose) herausfordernd oder gar überfordernd, weil der Erfahrene selbst sowie sein Umfeld ›richtiges‹ Handeln

noch herausfinden müssen. Das Fortbestehen der Krankheit oder weitere Krisen werden dann möglicherweise als Unfähigkeit des Gesundheitswesens interpretiert (Schaeffer & Haslbeck, 2016, S. 250), was auch zu Behandlungsabbrüchen führen kann. Häufig sind hier auch Wissensvorräte und -defizite über die Psychoseerfahrung respektive Schizophreniediagnose entscheidend. Was weiß der Betroffene, welche Perspektiven kann er daraus entwickeln, und was heißt das für die weitere Entwicklung und den Umgang mit der Schizophreniediagnose (ebd., S. 245)? Kann die Diagnose zu Beginn möglicherweise Antworten auf bestimmte »Sinnfragen« geben (ebd., S. 246), kommt es im späteren Verlauf immer wieder dann zu Unsicherheiten, wenn sich ein längerer oder gar unbestimmter Krankheitsverlauf abzeichnet. Der »richtige« Umgang mit der Erkrankung legt die Wissensdefizite offen, woraus sich Fragen über den weiteren Verlauf ergeben können (ebd.).

In der für diese Arbeit geplanten empirischen Analyse wird das Wissen über die Psychose, die eigene Einschätzung zu Verlauf und Prognose sowie der Umgang mit Eigenverantwortung im Genesungsprozess hervorgehoben. Zudem werden milieuspezifische Ansichten über die Vorstellungen von Psychose und Schizophreniediagnose analysiert.

Den Übergang in die chronische Erkrankung und die Besonderheiten mit ihrem Umgang, stelle ich im nächsten Teil vor. Daraus verdeutlicht sich einmal mehr, warum die interpretative Sichtweise auf Krankheit sinnvoller ist als die strukturfunktionalistische, in der die subjektive Sichtweise kaum Berücksichtigung findet.

3.1.2 Der Verlauf chronischer Erkrankung und die Veränderung des Selbstkonzeptes

In diesem Abschnitt stelle ich den ›Verlauf chronischer Erkrankungen‹ aus einer interpretativen Perspektive vor und zeige, warum sich Veränderungen im Selbstkonzept (aufgrund der anhaltenden Erkrankung) der betroffenen Person ergeben können und was das für die eigenen Handlungsroutinen heißen kann. Der Aspekt der individuellen Deutungsmöglichkeiten der veränderten Sinn- und Bedeutungskonstellationen wird in 3.1.6. (Verlaufskurven) vertieft. Hier soll lediglich der Wechsel von der passiven Krankenrolle zum aktiv handelnden Subjekt hervorgehoben werden

Wie bereits dargestellt, geht das Konzept der Krankenrolle von einem befristeten Verlauf einer Erkrankung und der Passivität des Betroffenen aus. Zeichnet sich jedoch die Chronizität einer Erkrankung ab, hat dies auch Auswirkungen auf die Lebensplanung und das eigene Selbstkonzept. Das Konzept der Krankenrolle stößt (theoretisch und pragmatisch) an seine Grenzen. Die »passive Krankenrolle« (Faltermaier & Brütt, 2009, S. 208) wird hier durch das aktiv handelnde Subjekt abgelöst, welches selbst-

ständige Interpretationen seiner Krankheitserfahrung vornimmt und selbstständige Handlungsstrategien entwickeln kann. Die hier dargestellte Sichtweise möchte auf die einschneidenden Veränderungen im Lebens- und Krankheitsverlauf aus der Perspektive der Betroffenen selbst aufmerksam machen, die ihrerseits durch die Antizipation eines negativen Verlaufs verstärkt werden können (Schaeffer & Haslbeck, 2016, S. 245). Anders als bei der kurzfristigen Übernahme der Krankenrolle, muss der Betroffene dauerhaft ›umplanen‹ und verstärkt auf das soziale Umfeld oder gar fremde Hilfe zurückgreifen. Der Krankheitsverlauf zeichnet sich durch unterschiedliche Phasen aus, die unterschiedliche Anforderungen hinsichtlich des Wechselspiels von Krankheitsgeschehen und Selbstkonzept mit sich bringen (Schaeffer & Moers, 2009, S. 115). Der Betroffene lernt Bewältigungshandeln, Umgangsweisen mit der Erkrankung und selbstgesteuertes Symptommanagement. Bringen chronische Erkrankungen in der Regel körperliche Veränderungen mit sich, wirkt sich die Psychoseerfahrung weniger auf die Agilität und Mobilität des Betroffenen aus.²¹ Dies macht es für ihn schwerer, die neue Situation zu akzeptieren. Ist die Phase im Vorfeld der Diagnose noch durch Normalisierungsbemühungen und angeblicher Leichtigkeit gekennzeichnet, ändert sich das, wenn die Diagnose feststeht. Dann kommt es zu Akzeptanzproblemen und Unsicherheit, aber auch Klarheit (Schaeffer & Moers, 2009, S. 116.). Spätere Phasen wechseln immer wieder in ihren Bewältigungsmodi. So kann nach einer Restabilisierung die Vorsicht nach der diagnostischen Abklärung in Normalisierungsbestrebungen kippen, die verlockend, aber destabilisierend wirken können. Hier entscheidet der Betroffene über Kontinuität des alten Lebens oder einer Kurskorrektur ›zugunsten‹ der Krankheit (ebd., S. 118). Der Betroffene möchte die Krankheitsrealität irgendwie bewältigen; doch erkennt er hier ein Dilemma: Möchte der Betroffene sein altes Leben beibehalten, fordert er die Krankheitsentwicklung heraus. Geht der Betroffene übervorsichtig mit seiner Erkrankung um, stellt er sein Selbstkonzept in Frage. Es folgt eine Phase des »Auf und Ab« (ebd., S. 120). Die Bewältigung ist nun körperlich (oder psychisch) schwer durchzuhalten. Der Betroffene erkennt, dass trotz Einbußen und Verlusten in seinem Leben die Erkrankung unentwegt fortschreitet. Er zweifelt die Therapien und Ratschläge an, wird sich seiner Handlungen unsicher und ist nicht mehr so konsequent in seiner Umsetzung. Es kommt zur sichtbaren Abwärtsentwicklung (ebd., S. 122), wenn chronische Erkrankungen sich dauerhaft körperlich manifestieren oder den Tod einläuten. Der Betroffene baut ab und resigniert. Eigeninitiative fällt schwer und die Verantwortung wird zunehmend dem sozialen Umfeld übergeben.

Die Auseinandersetzung mit der subjektiven Perspektive einer Psychoseerfahrung respektive Schizophreniediagnose kann zeigen, warum welche (un-)typischen Entscheidungen getroffen wurden, wie sich Diskontinuitäten im Verlauf zeigen, wie die Behandlung bewertet wird und welche Normalisierungs- oder Vermeidungsstrategien angewendet werden (Schaeffer & Haslbeck, 2016, S. 246). Die Person mit Psychoseerfahrung konstruiert sich eigene Theorieentwürfe über die Erfahrung, die auch bei

21 Es sei denn, der Psychoseerfahrene nimmt stark sedierende Medikamente ein.

negativer Erfahrung mit dem Behandlungssystem zur eigenen Sinnkonstitution und damit zur Entlastung sowie zur Stabilisierung des Selbstkonzeptes beitragen können (Faltermajer & Brütt, 2009, S. 212). Zunehmend können unterschiedliche Erfahrungen über Behandlung, Krankheitsbild, Ursachen, Dauer und Verlauf, über die Folgen der Erkrankung gemacht werden (ebd., S. 209). Daraus entwickeln sich Bewältigungsstrategien – ob diese nun objektiv erfolgreich sind, sei dahingestellt, wenn sie zur Stärkung der Selbstkonzeption dienen können.

Anzumerken ist hier, dass der Umgang und die Art der Bewältigung der Erkrankung sich je nach Alter und dem Zeitpunkt der biografischen Entwicklung unterscheiden können. Je nach Lebensplan und Zukunftsaussichten ändert sich die Fallhöhe und die Bereitschaft mitzuwirken. Die Abwehrprozesse werden intensiver geführt, wenn die Erkrankung im jungen und ambitionierten Alter eintritt. Die Betroffenen setzen mehr auf Gegenwehr, da sie an ihrem Lebensplan festhalten möchten. Anders hingegen ist dies in einem Alter, in dem eine Erkrankung erwartbar sein kann. Die Gegenwehr wird geringer sein, weil viele Lebensziele schon erreicht sein könnten. Auch werden Betroffene nach einem langen Krankheitsverlauf die Erkrankung anders bewältigen als Personen, die erst kürzlich in die Krankenkariere eingetreten sind. Wie bei Menschen mit Schizophreniediagnose nicht unüblich, kann die Bewältigung teilweise mehrere Jahre sogar Jahrzehnte in Anspruch nehmen (Häfner, 2017, S. 170f.). Neben den körperlichen Aspekten, bedingt durch die jahrelange Einnahme von Medikamenten oder einem körperlich belastenden Lebensstil, können Frustration und Verzweiflung die treibenden Kräfte sein, die eine Abwärtsentwicklung verstärken können.

An der hier dargestellten Perspektive chronischer Erkrankung ist problematisch, dass der Umgang mit der Erkrankung beziehungsweise Diagnose selbst im Fokus steht. Das greift für eine subjektorientierte Perspektive zu kurz, da nicht die Erfahrung an sich, sondern ein spezielles »Wissen die subjektive Erfahrung strukturiert« (Schütz & Luckmann, 1988, S. 149) und die »Bestimmungsmöglichkeiten« des »Erfahrungshorizontes« konstituiert (ebd., S. 191). Das heißt, die Handlungsmöglichkeiten und -routinen (des Betroffenen selbst, aber auch des Forschenden) werden durch das »Deutungsschema« in der »Selbstausslegung des konstituierten Sinns« (Schütz, 1974 [1932], S. 122) der Erkrankung selbst begründet und vom lebens- und alltagsweltlichen Sinnzusammenhang losgelöst (Lütjen, 2007, S. 168). Selbstkonzept und Handlungsorganisation werden dann nachträglich in den Kontext von Symptom und Diagnose gestellt. Die Gesamtbetrachtung von Identität, Lebenssituation und -geschichte würde vernachlässigt werden (Rosenthal, 2008, S. 182f.). Gerade bei psychiatrischen Erkrankungen ist meines Erachtens wichtig, das biologistisch-medizinische Verständnis von Krankheit und seinen Reduktionismus zu hinterfragen (Richter & Hurrelmann, 2016, S. 8). Nicht der Patient reduziert auf seine Körperfunktionen, sondern die Person als aktiv handelnde soll zum Bestandteil für diese Untersuchung werden (ebd., S. 12).

Im nächsten Abschnitt möchte ich auf die sogenannten Patienten- oder Krankheitskarrieren eingehen. Anders als bei den Verläufen chronischer Erkrankung, die

den Umgang mit der Erkrankung an sich darstellt, steht hier der soziale Aspekt eines Patienten- oder Krankheitskarriere im Vordergrund. Diese Sichtweise unterstreicht, dass der Betroffene nicht nur mit seiner Krankheit umgehen muss, sondern vor allem mit dem ihm zugeschriebenen Merkmalen des ›Patienten- und Krankseins‹.

3.1.3 Die Typik von Patienten- und Krankheitskarrieren bei Goffman und Scheff

Im folgenden Abschnitt wird das Konzept der ›Patienten- oder Krankheitskarriere‹ und den damit assoziierten ›Etikettierungsansatz‹ dargestellt. Die auf die Soziologen Thomas Scheff (1972 [1963]) und Erving Goffman (2020 [1961]) zurückgehenden mikrosoziologischen Konzepte psychischer Erkrankungen und ihrer sozialen Verhandlung sind bis heute sicherlich die bedeutendsten zur sozialen Konstruktion von psychischen Erkrankungen (Link & Phelan, 2001; 2013; Aneshensel, 2013; Conrad & Barker, 2010). Nach der Darstellung werden einige Kritikpunkte geschildert, die für die empirische Forschung relevant sein können.

Die Krankheitskarriere ist als eine zeitliche unbefristete Übernahme der Krankenrolle zu sehen. Sie konzeptualisiert die sozialen Folgen der andauernden Krankheit und soll auf die anhaltenden Benachteiligungen, die sich durch die Krankheit ergeben können, aufmerksam machen. Der Krankheitsverlauf an sich wird in der Analyse der Karriere seltener thematisiert. Vielmehr sollen die sozialen, rechtlichen, materiellen und individuellen Veränderungen in der Karriere hervorgehoben werden, die das ›psychisch Kranksein‹ manifestieren (zum Beispiel Verlust des Jobs oder der Wohnung und der Einzug in ein Wohnheim; Borgetto, 2016, S. 376). Die Diagnosestellung oder die erste Hospitalisierung sind der formale Beginn der Karriere. Sie haben eine Veränderung des Selbstkonzeptes zur Folge, da der Person die Mittel ihrer Selbstpositionierung genommen werden (zum Beispiel der Kranke ist abhängig von Hilfe und die Ablehnung wird als Beweis der Krankheit angesehen). Gegen das Ritual der Degradierung und den darauffolgenden sozialen Abstieg kann sich die Person ohne die Mittel, das Selbst und die eigene Autonomie zu behaupten, nicht mehr wehren (Goffman 2020 [1961], S. 45; Aneshensel, 2013, S. 604; Barrett, 1996, S. 131). Die Diagnose respektive Erkrankung wird zu einem offensichtlichen Merkmal oder Makel (Goffman, 2012 [1963], S. 64), welche die Person von diesem Zeitpunkt an mit sich tragen wird und der alle anderen Eigenschaften der Person überstrahlt (Abels, 2017, S. 300). Es haftet an ihr, wie ein Etikett, und führt zu einer dauerhaften Bewertung durch andere und Verunsicherung in der Interaktion (Link & Phelan, 2001). Als mehr oder weniger sichtbare Markierung der Andersartigkeit trägt es dazu bei, dass die Person den Karriereweg nicht mehr ver-

lassen kann (Goffman, 2012, [1963], S. 13). Der karrieristische Verlauf ist nicht mehr aufzuhalten und nimmt seine (vorherbestimmte) Abwärtsbewegung ein.

Goffman und Scheff konnten zeigen, dass abweichendes Verhalten in der Form einer psychischen Erkrankung erst durch gesellschaftliche Normerwartungen als solches gekennzeichnet werden kann. Das heißt, dass jede Gesellschaft ihre Regeln selbst aushandelt, diese auch anwendet. Die sozialen Abweichler können anhand deutlicher mit den gesellschaftlichen Normen im Widerspruch stehenden Attributen identifiziert werden, durch welche ihre soziale Abwertung möglich werden kann (Goffman, 2012 [1963], S. 11).

Der Mensch mit abweichendem Verhalten ist ein Mensch, auf den diese Bezeichnung erfolgreich angewandt worden ist; abweichendes Verhalten ist Verhalten, das Menschen als solches bezeichnen. (Becker, 2014 [1963], S. 31)

Psychische Krankheiten (oder das entsprechende Etikett) transportieren gewisse Norm- und Wertvorstellungen sowie bestimmte Regeln, auf deren Grundlagen die betroffene Person bewertet wird (Scheff, 1972 [1963], S. 52; Freidson, 1971, S. 184). Menschen mit psychischen Erkrankungen werden durch den Bewertungsprozess in ihrer Rolle festgehalten. Die für die Rolle gültigen Normen und Regeln geben Erwartungsstrukturen vor, die in der Interaktion orientierend sind. Sie werden aufgefordert, diese zu reproduzieren. Versuche, aus der Rolle herauszukommen, werden durch die überformende Erwartungshaltung zunichte gemacht (Scheff, 1972 [1963], S. 70f.; Goffman, 1956a). In einem »looping effect« (Goffman, 2020 [1961], S. 43.) verstetigt sich die Handlung als Kranker immerzu, weil in dem sozialen Handlungsbereich der betroffenen Person, die Handlungsintention auf die mögliche Erkrankung selbst zurückgeführt wird. Sie wird als zugrundeliegend für das Handeln angesehen. So können sämtliche Verhaltensweisen als Beweis einer Erkrankung angeführt und die Instrumente zur Artikulation und zum Schutz der Selbstidentität entwertet werden (ebd., S. 44). Daraus manifestiert sich die psychische Erkrankung als »residuale Verhaltensabweichung« (Scheff, 1973 [1963], S. 24ff). Laut Scheff festigt sich die Erkrankung als Handlung durch entsprechende soziale Erwartungen, da die Personen, die von anderen nur noch als Kranker angesehen wird (»Stabilisierung der Rolle«), eben nur noch als Kranker handeln kann (ebd., S. 72). Die betroffenen Personen würden also keine zu den durch das Etikett transportierten Erwartungen abweichende Handlungsmöglichkeiten entwickeln können. Der psychisch erkrankte Mensch identifiziert sich schließlich mit seiner Rolle, da er nach und nach das entsprechende Verhaltensrepertoire übernimmt. Er merkt, dass er keine andere Wahl hat, außer »mitzuspielen« (Scheff, 1972 [1963], S. 74).

Aus Sicht der Autoren Goffman und Scheff strukturieren soziale Etikettierungen und die Karrierewege enge Interaktionsbereiche, in denen die Patienten zu passiv reagierenden Opfern mit einem festgelegten Karriereverlauf werden. Sie müssen ihren neuen Status durch den Druck des sozialen Umfeldes akzeptieren (Riemann, 1987, S. 18;

Bakels, 2015). Die Handlungsmöglichkeiten sind per se eingeschränkt. Vorkonstruierte Handlungsräume lassen keine Alternativen zu (siehe zum Beispiel »interpersonelle Rollenspiele«; Scheff, 1972 [1963], S. 46; Riemann, 1987, S. 18). So werden die Karrierewege, zumindest aus theoretischer Sicht, typisch für psychisch erkrankte Menschen. Sie durchlaufen ein immer gleiches Muster mit vergleichbarem Ausgang, auf den sie selbst keinen Einfluss nehmen können (zum Beispiel die quasi zeremonielle Degradierung zum psychischen Kranken; Goffman, 2020 [1961], S. 150). Die Handlungstypik psychisch erkrankter Menschen oder das psychisch kranke Handeln, wird stark verallgemeinert, was den Eindruck einer gewissen Statik in der sozialen Aushandlung erzeugt (Schüle, 2014; Gove, 2004; Hoffmann, 2012, S. 183). Doch die von Goffman beschriebenen Handlungsbereiche sind die der totalen Institution, die das Handeln weitgehend statisch organisiert. Die Beschreibung der Personen kann nur innerhalb der Institutionen gültig sein. Außerhalb der Institution gibt es sicherlich Momente des »looping effect« und der Etikettierung. Doch haben die Personen mehr Möglichkeiten für Ersatzhandlungen als innerhalb der eng strukturierten Institutionen. Die Vielseitigkeit an Handlungsmöglichkeiten in der empirischen Wirklichkeit hat auch Scheff seiner überlagernden Theorie geopfert (Riemann, 1987, S. 16). Eine derartige Typik psychisch erkrankter Menschen konnte sich über lange Zeit in den Sozialwissenschaften etablieren, weil vor allem Goffman und Scheff sich eher auf untypisch schwere Verläufe von psychisch erkrankten Menschen bezogen haben. Letztere waren in der Regel lange institutionalisiert und haben entsprechende Schäden durch Hospitalisierung sowie Zwangsbehandlung aufgewiesen (Gove, 2004). Die Karrierewege dieser Personen haben somit den von Goffman und Scheff antizipierten Verlauf eingenommen (Riemann, 1984). Dadurch hat sich in den Sozialwissenschaften ein Bild von psychisch kranken Menschen durchgesetzt, das mit dem von in der Öffentlichkeit assoziierten Stereotypen von »klassisch« psychisch erkrankten Menschen, ziemlich vergleichbar ist – und genau das sollte ja kritisiert werden (Gove, 2004). Die Bestimmung der Analyseeinheit geht schon von typischen Kranken mit typischen Eigenschaften aus, die in der empirischen Welt abseits von psychiatrischen Institutionen selten anzutreffen sind.

Würde die Einschätzung in der empirischen Analyse durch den Forschenden unreflektiert weitergeführt werden, würden eben jene mit den Konstruktionen des Labels assoziierten »Darstellungen typischer Rollen oder Funktionen« eines »partiellen Selbst« untersucht werden (Schütz, 1971a, S. 21). Die subjektiven Eigenschaften würden innerhalb der Typisierung und »eigener Selbsttypisierung« (ebd.) der Chronifizierung der Krankenrolle eine tendenziell negative Assoziation geben, weil sie durch den »Eintritt in die Wirkensbeziehung mit dem Anderen« (ebd.) mit der von Goffman und Scheff negativen Vorstellung korrespondieren könnten. Schließlich würde der Forschende die Untersuchung an den Erwartungen unterstützenden Attributen ausrichten und eine Perspektive, die offen für das Subjekt ist, vernachlässigen, da er quasi selbst nur auf das Etikett und seine negativen Folgen rekurriert.

Der Mensch mit Schizophreniediagnose wird permanent mit den für seine Erkan-

kung typischen Eigenschaften assoziiert (Borgetto, 2016, S. 375). So entsteht der Eindruck, die Krankenkariere würde sich automatisieren und der Erfahrene wird passiv und müsste die Kontrolle abgeben (Riemann, 1984). Eine subjektive Darstellungsweise, die etwa die Verhandlung der Identitätsausstattung berücksichtigen würde (ebd.), entzerzt das Bild eines kategorisch ›schizophren‹ Handelnden. Die unterschiedlichen Entwicklungsmöglichkeiten von Psychosen unter unterschiedlichsten Bedingungen deuten an, wie sich die Karrieren schon von Beginn an unterscheiden können. Trotz Psychoseerfahrung müssen die Personen nicht unbedingt in eine für psychische Erkrankungen typische Spirale abrutschen. Als aktiv handelnde Akteure können sie in entsprechenden Situationen entsprechende Handlungsmuster finden und reagieren. Diese können in der empirischen Analyse rekonstruiert werden.

Wie ich zeigen konnte, sind die als typisch skizzierten Karrierewege eher untypisch, da die Karrieren in ihrem Verlauf eher unvorhersehbar als erwartbar sind. Im Folgenden Abschnitt wird dargelegt, von welchen Faktoren eine Karriere abhängen kann und welche Auswirkungen die Krankenkariere haben können.

3.1.4 Untypische Karrieren von Psychoseerfahrenen

Im Folgenden beschreibe ich den individuellen Verlauf von Krankheitskarrieren und vertiefe damit die Kritikpunkte an Scheff und Goffman. Die Darstellung der Karriere nimmt exemplarisch Bezug auf die ›Karriere eines Psychoseerfahrenen‹ und soll auf die Möglichkeit aufmerksam machen, dass diese aufgrund der Psychose oder Schizophreniediagnose von sozialen Benachteiligungen betroffen sein kann.

Karrieren haben einen individuellen Verlauf und sind damit per se untypisch. Schon im Vorfeld einer möglichen Hospitalisierung oder Diagnostizierung erkennt der Erfahrene seine Schwierigkeiten in Form von sozio-emotionalen Konflikten und wird diese irgendwie (mit oder ohne Unterstützung) bearbeiten. Die Konflikte werden ignoriert, die emotionalen Diskrepanzen können hinausgezögert und die Inanspruchnahme professioneller Hilfe aufgeschoben werden. Möglich ist auch, dass viele Erfahrene wieder von selbst zurechtkommen und eine potenzielle Karriere durch einen anderen Weg verhindert werden kann (Bock, 2007). Nicht selten passiert dies, wenn ein unterstützendes soziales Umfeld wirksam werden kann. Andere wiederum können die Schwierigkeiten nur für einen gewissen Zeitraum bewältigen. Kommen die Konflikte zurück, stellen sie die Person und das Umfeld erneut vor die Überlegung, wie der weitere Weg aussehen kann. Ganz andere wieder zögern die Situation so lange hinaus, bis sie nicht mehr ignoriert oder geleugnet werden kann. Dann entscheiden sich die Personen selbst Hilfe zu suchen oder dies wird vom sozialen Umfeld zwangsweise übernommen (Aneshensel, 2013, S. 607). Nicht zuletzt steht auch die Angst vor Stigmatisierung und einem drohenden sozialen Abstieg im Raum, was das »Sichtbarmachen« der Psychose oder die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen verzögern kann (Link & Phelan, 2013; Rüscher, 2021, S. 181f.).

Die Hospitalisierung ist in der Regel das letzte Mittel und nicht wie häufig angenommen das erste²² (Gove, 2004). Kommt es schließlich zur Diagnosestellung oder einer (un-)freiwilligen Hospitalisierung, werden sich die betroffene Person und das soziale Umfeld spätestens ab diesem Zeitpunkt mit den veränderten Bedingungen beschäftigen müssen. Die Krankheitsidentifikation und die Bereitschaft, die (therapeutischen) Maßnahmen anzunehmen und umzusetzen, wird für weitere Schritte ausschlaggebend (Aneshensel, 2013, S. 610). Durch die »soziale Entdeckung der Erkrankung« (ebd.) kann es zu Diskrepanzen zwischen der Person und ihrem sozialen Umfeld kommen. Diese werden bestimmt von den sozio-kulturellen Vorstellungen eines Milieus über die Psychose an sich, über ihren Verlauf oder ihrer Behandlung und haben unterschiedliche Bewertungen der Situation zur Folge, die den Umgang mit der Person prägen werden (ebd., S. 612). Akzeptiert der Erfahrene seine Erkrankung, akzeptiert er die mögliche soziale Abwertung und die Folgen (zum Beispiel Ausscheiden aus dem Arbeitsleben, Frühverrentung und starke finanzielle Einbußen). Versucht der Erfahrene sich gegen die Erkrankung zu wehren, da er die sozialen Folgen fürchtet, kann das soziale Umfeld Maßnahmen ergreifen, die die soziale Abwertung einleiten (zum Beispiel Zwangseinweisung ins Krankenhaus oder Organisation eines Berufsbetreuers).

Der Outcome variiert von der (Re-)Normalisierung bis hin zu einem intensiven und aufreibenden Verlauf. Es korreliert mit der Einschätzung der Person selbst und ihres sozialen Umfeldes (auch professionelle Helfer eingeschlossen) über die mögliche Prognose. Je nach Einschätzung und Erwartungen variieren die Reaktionen des sozialen Umfeldes. Jemand, der zum Beispiel durch eine Schizophreniediagnose eine negative Prognose erhält, wird sicherlich eine stärkere soziale Abwertung (zum Beispiel vermehrt übernehmende Hilfeleistungen, gesetzliche Betreuungen, Wohnheim) erfahren, als jemand, bei dem die Psychose als vorübergehende Krise angesehen wird. Setzt sich die These der negativen Prognose bei den beteiligten Akteuren (und der Person selbst) fest, können dadurch mildernde oder positive Neuinterpretationen unterdrückt werden (Amering & Schmolke, 2012, S. 181). Das hat zur Folge, dass keine alternativen Handlungsorientierungen und Perspektiven entwickelt werden können und die soziale Abwertung verschärft werden kann. Krankheit ist die Vorstellung eines zeitlich dimensionierten und deterministischen Prozesses mit einem bestimmten Anfang und einem bestimmten Ende immanent. Neubewertungen der Prognose können sich daher nur schwer durchsetzen und ein negativer Karriereweg ist erwartbar. So steht auch die Rückkehr ins ›Normal-Sein‹ im Schatten einer Psychoseerfahrung, die im Rahmen dominierender Krankheitskonstruktion bewertet wird. Die alltägliche Durchführung therapeutischer Maßnahmen und die ständige Gefahr einer weiteren Hospitalisierung erinnern daran, dass die Ausgangsbedingungen, wenn überhaupt, nur mit Mühe dann wieder zu erreichen sind. Mögliche Selbstzweifel und permanente Selbstbeobachtung

22 Die Beschreibung der Karriere einer Person beginnt in der Regel nach ihrem ersten Kontakt mit dem Versorgungssystem. Dadurch wird der Eindruck suggeriert, die Personen verändern sich erst ab dem ersten Tag in der Psychiatrie.

bewirken eine dauernde Aktualisierung des Krankseins (»why-try effect«) (Gove, 2004; Corrigan et al., 2009).

Die Gleichsetzung von Psychoseerfahrung mit einer Schizophreniediagnose weckt die Vorstellung einer Prognose, die sich am Outcome der Schizophreniediagnose orientiert. Psychoseerfahrene machen als Personen mit Schizophreniediagnose entsprechende Erfahrungen mit Stigmatisierung, sozialer Abwertung, Ausgrenzung und Diskriminierung (Schomerus et al., 2022; Angermeyer et al., 2013; Phelan & Link, 2013; Amering & Schmolke, 2012, S. 225ff. Rüscher, 2021, S. 165ff.). Sie müssen lernen, mit diesen Erfahrungen umzugehen, und akzeptieren, dass das Beibehalten von gewohnter Normalität mit Anstrengungen verbunden sein wird (Bury, 2009, S. 85). Dies erfordert einige Übungen neuer Identitätsstrategien, mit denen der Erfahrene erfolgreich oder nicht erfolgreich auf die Abwertung seines Selbstkonzeptes reagieren kann (Abels, 2017, S. 307f.). Die sozialen Veränderungen und Konflikte, die die Identität bedrohen, sowie die dagegen aufgewendeten Strategien, werden in der empirischen Analyse herausgearbeitet.

Im nächsten Teil möchte ich die bisherigen Ergebnisse kurz resümieren und überlegen, wie diese theoretisch-methodologisch für den empirischen Zugang berücksichtigt werden können.

3.1.5 Ein Zwischenfazit – Qualitative Forschung als Alternative zu bio-medizinischen Perspektiven

Die bisher dargestellten Zugänge zu Gesundheit und Krankheit eröffnen eine vielseitige Perspektive, die anders als im bio-medizinischen nicht nur das Krankheitsgeschehen an sich und die Behandlungsmethoden im Blick haben²³ (Schaeffer, 2009, S. 16; Richter & Hurrelmann, 2016). Ein wesentliches Merkmal dieser Perspektive ist, dass der Erkrankte oder Erfahrene, anders als im medizinischen Paradigma, nicht mehr nur als Krankheitsträger verstanden wird, der eine entsprechende Behandlung benötigt. (Psychische) Erkrankung wird in ihrer Mehrdimensionalität erkannt, die die Biografie, das Wissen über Krankheit und Behandlungsverfahren, eigenes Bewältigungshandeln sowie die soziale Aushandlung mit Bezug auf die lebensweltlichen Erfahrungen rekonstruieren möchte (Schaeffer & Moers, 2009, S. 114; Ohlbrecht, 2016, S. 75f.; Blankenburg, 1989, S. 3). Die (qualitative) Darstellung der »Insider Perspektive« (Conrad, 1990) von Krankheit möchte das psychische und soziale Erleben der erkrankten Person in den Fokus stellen und damit die »bestimmte Logik des auf die Krankheit folgenden individuellen Bewältigungshandeln« (Schaeffer & Moers, 2009, S. 111) hervorheben. Dabei wird die alltägliche Erfahrung des Betroffenen mit der Erkrankung empirisch

23 Ohne Frage macht die institutionelle medizinische Verengung des Blicks aus ärztlicher Sicht auch mehr Sinn, da Mediziner häufig unter dem Handlungsdruck stehen, schnell eine Lösung anbieten zu müssen.

konzeptualisiert (Conrad, 1990). Das »durch die Krankheit irritierte Leben« (Schaeffer & Moers, 2009, S. 113), lässt den Betroffenen immer wieder auf Reparations- und Kontrollmechanismen zurückgreifen, um Krankheit und Lebensplanung irgendwie (nach eigenen Vorstellungen) in den Griff zu bekommen. Dabei verdeutlicht sich, dass es um mehr geht, als um die Krankheit an sich – es geht um das Kranksein und seine permanente Aushandlung. So kann zum Beispiel verständlich werden, warum bestimmte, von außen irrational wirkenden Entscheidungen und Handlungsmuster der Erfahrenen für diese sinnvoll und entlastend sein können. Wie schon dargestellt, wird von der Behandlungsempfehlung abweichendes Verhalten besonders bei Psychosen in der medizinischen Versorgung eher als herausfordernd und als Kontraindikation zur Psychose interpretiert. Aus der »Insider Perspektive« ergeben sich aber ganz andere und vielleicht unerwartete Erklärungsmöglichkeiten, die auch von »außen« als sinnhaft interpretiert werden könnten. Folgende Punkte möchte ich für die empirische Analyse festhalten:

- Die Erfahrungen werden innerhalb ihres subjektiven Sinnbezug dargestellt;
- die Psychose als Erfahrung wird innerhalb ihres lebenswelt- und alltagsweltlichen Sinnhorizontes rekonstruiert;
- Krankheit, Symptom und Diagnose werden als Bedeutungsträger (in ihrer einengenden Perspektive) herausgearbeitet;
- die Person selbst, nicht der Patient oder Kranke, steht im Mittelpunkt der Untersuchung;
- Handlungsentwürfe, -routinen und -strategien werden unabhängig von Krankheitskonzeptionen und Karrierekonzepte dargestellt;
- Veränderungen und Konflikte, die die Identität bedrohen, sowie entsprechende Umgangsweisen damit werden evaluiert;
- Phasen des Erlebens und die subjektive und soziale Einschätzung der Psychose werden rekonstruiert;
- die Sichtweise und die mögliche Einflussnahme der sozialen Akteure werden ausgearbeitet;
- die sozialen Folgen der Psychose werden evaluiert.

Im nächsten Teil möchte ich auf die Verlaufskurven eingehen. So soll deutlich werden, warum unvorhersehbare Ereignisse wie eine Psychose Neuorientierungen und Konflikte mit der Identität zur Folge haben können. Im Mittelpunkt der Überlegung steht die Neuauslegung von Sinn- und Bedeutung in Biografie und Alltag.

3.1.6 Verlaufskurven und Abgrenzung zu den bisherigen Überlegungen

Im folgenden Teil möchte wird das Konzept der Verlaufskurven dargestellt und gezeigt, welche Auswirkungen unerwartete Ereignisse auf die Identität einer Person und ihre Handlungsrountinen haben können. Es gibt einige theoretische Unterschiede zu den bisher aufgeführten empirischen Zugängen zu (psychischer) Krankheit, die kurz zusammengefasst werden. Mit den Verlaufskurven wird ein weiterer theoretisch-methodologischen Zugang zum empirischen Material vorgestellt, der aus meiner Sichtweise einen stärkeren Fokus auf die Psychose (Krankheit oder Krise) als irritierendes Ereignis, welches das Selbstkonzept einer Person in Frage stellen kann, beinhaltet. Die Wirkung der Verlaufskurvenentwicklung zeigt sich auch in den Alltagskonstruktionen der Erfahrenen (und wie später deutlich werden soll, in den von mir geführten Interviews) zum Beispiel durch den Vergleich der Selbstkonzeption ›früher/heute‹ oder in den Veränderungen der Handlungsorientierungen. Das Konzept der Verlaufskurven hebt die subjektive Perspektive der Veränderung der Handlungsorganisation, die biografische Entwicklung und die Identitätsarbeit deutlicher hervor und abstrahiert diese nicht unter dem formalen Aspekt von Krankheit zum Beispiel als ›Bewältigungshandeln‹ oder ›Symptommanagement‹. Stattdessen wird die subjektive Deutung der eigenen Situation zentral, die neben Psychose oder Krankheit auch andere Deutungsmöglichkeiten der veränderten Situation zulassen können. Dabei wird vor allem der Aspekt der Zäsur durch die Veränderung hervorgehoben, die die Gewohnheiten einer Person mit einmal durcheinanderbringen kann. Sie muss aus der veränderten Situation heraus neue Orientierungen für sich entwickeln.

3.1.7 Die plötzliche Veränderung der gewohnten Lebenspraxis

Die Verlaufskurve beginnt meistens mit einem unerwarteten und plötzlichen Ereignis mit unerwartetem Ausgang, zu dessen Bewältigung zeitliche, personelle oder materielle Ressourcen nötig sind (Strauss, 1993, S. 53). Die geregelte und gewohnte Lebenspraxis wird erschüttert von »Prozessen anomischer Unordnung« (Schütze, 2006, S. 206). Sie treffen den Menschen (meist) ohne Vorwarnung, stellen alles auf den Kopf und zwingen ihn zu einer Umorientierung seiner bisherigen Lebenspraxis. Die Verlaufskurven können ausgelöst werden durch übermächtige und nur schwer kontrollierbare Ereignisse, die als »Erleidensprozess« (ebd.) nicht mehr in die bisherige Lebensgeschichte integriert werden können und neue »Handlungsprämissen« erfordern (ebd., S. 213; Schütze, 1981, S. 92). Die Verlaufskurve kann nicht im aktuellen »Bezugsrahmen« sozialen Handelns begriffen werden, sondern wird in ihrem »Gesamtverlauf« retrospektiv

rekonstruiert (Schütze, 1981, S. 90). Die Erfahrung einer Psychose ist ein solches Ereignis und nimmt einen ebenso ungewissen Verlauf. Das Ereignis kommt unerwartet und plötzlich, der Psychoseerfahrene verliert die Routine über seine gewohnte Lebenspraxis und zur Stabilisierung werden mögliche Handlungsorientierungen aktiviert, durch welche die Routine zurückerlangt werden soll, die aber meist ohne Erfolg bleiben, weil neue Routinen erlernt und alte wiedergefunden werden müssen (Schütze, 1981, S. 96; Hildenbrand, 1990, S. 153).

Ich möchte darauf hinweisen, dass die Verlaufskurvenbeschreibungen, wie zum Beispiel bei Strauss (1993), die institutionelle und soziale Perspektive überbetont, so dass die Perspektive des Subjektes häufig nicht ausreichend berücksichtigt wird. Aus dieser Perspektive entsteht der Eindruck, eine Person wäre ihrem Schicksal ausgeliefert, da das Ereignis einen deterministischen Verlauf hat, worauf die Person nur reagieren kann, anstatt aktiv zu handeln (Schütze, 2006, S. 213; Blankenburg, 1989, S. 6; Corbin & Strauss, 2010, S. 47). Bewältigungsmechanismen und reflexives Handeln, welche sich unter dem ›Radar‹ der Kurven vollziehen, können nur schwer wahrgenommen werden (Blankenburg, 1989, S. 4). Eine zu stark institutionelle Sichtweise vermittelt gerade in Bezug auf die Psychoseerfahrung eine unklare und pessimistische Einschätzung, was sich in der Verlaufsplanung (also in der Übernahme des Handelns) wiederfinden und individuelles Bewältigungshandeln überlagern könnte (Bock, 2007). Zudem kann die Selbstkonzeption des Psychoseerfahrenen durch die negative Prognose der kollektiven Aushandlung der Übernahme der Verlaufsplanung zum Opfer fallen. Die Neuausrichtung der Selbstkonzeption einer Person, kann sich unabhängig der durch die Psychoseerfahrung genormten »Strukturbedingungen der Verlaufskurvenentwürfe« (Corbin & Strauss, 2010, S. 49) vollziehen.

Schließlich ist festzuhalten, dass durch den plötzlichen und unerwarteten Eintritt der Verlaufskurve gewohnte Handlungen nicht mehr funktionieren können und vom sozialen Umfeld übernommen werden müssen. Das kann verschiedene Überlegungen aufwerfen, die je nach Einschätzung der Prognose einen entsprechenden Eingriff in die Lebenspraxis der betroffenen Person zur Folge haben könnten (Schütze, 1981, S. 91; Schütze, 2006, S. 216f.):

- Der Erleidensprozess verändert die Lebensbedingungen der betroffenen Personen: Was kann die Person noch leisten, was ist ihr noch zuzutrauen, wie sieht das Leben mit der Erkrankung aus?
- Der Erleidensprozess ruft verschiedene Bewältigungsmechanismen auf den Plan: Was muss die Person machen, damit es ihr besser gehen kann?
- Der Erleidensprozess mindert die Lebensqualität: Wie sieht das Leben mit der neuen Situation aus, was ist der neue Status Quo?
- Der Erleidensprozess führt zu biografischen Veränderungen: Wie verändert sich die Lebensplanung des Betroffenen, wie verändert sich das Selbstkonzept?
- Der Erleidensprozess führt zu sozialen Veränderungen: Was bedeutet Psychose für das soziale Umfeld, was bedeutet die Erkrankung für die Arbeitsstelle?

Die Entwicklung der Verlaufskurven kann in drei Ebenen zergliedert werden, die parallel laufen, sich in der interaktionellen Struktur gegenseitig überlagern und die jeweils andere Ebene in Abhängigkeit setzen: 1) die zeitlich strukturelle Ebene 2) die sozial-organisatorische Ebene 3) die biografische und selbstkonzeptionelle Ebene.

3.1.8 Die Ebenen der Verlaufskurve

Die Verlaufskurve ist zeitlich strukturiert, sie hat einen Beginn und ein Ende. Sie hat eine zeitliche Ordnung mit bestimmten »kritischen Wendepunkten, kumulativen Kontrolldefiziten und Höhepunktphasen« (Schütze, 1981, S. 96). Der Eintritt in den Erleidensprozess (zum Beispiel bei einer Psychose oder psychischen Erkrankung) verdeutlicht sich durch spürbare psychische oder körperliche Veränderungen, was durch anfängliche Neuinterpretationen über einen möglichen Verlauf oder der Prognose relativiert werden soll (Corbin & Strauss, 2010, S. 38). Eine mögliche beginnende Krankheit kündigt sich im »diagnostischen Schwebezustand« an, was eine Phase des Wartens und der Unsicherheit sein kann (Corbin & Strauss, 2010., S. 42). Eine Diagnose (oder ein vergleichbares Mittel zur symbolischen Repräsentanz gesundheitlichen Unwohlseins) bringt anfängliche Gewissheit, auch wenn die Symptomakzeptanz (oder das irritierte Erleben) nicht selbstverständlich sein müssen und immer wieder ausgehandelt wird. Das reicht von absoluter Ablehnung bis hin zu übermäßiger Anpassung. Der weitere Ablauf macht sich fortan durch bestimmte Entwicklungen oder Störungen bemerkbar, sodass das soziale Umfeld reagieren muss. Die Kurve verläuft nicht statisch, sondern ist geprägt von Aufwärts- und Abwärtsbewegungen, von Krisen, akuten Phasen, (Re-) Stabilisierungen und Instabilisierungen, vom Austritt aus der Verlaufskurve (zum Beispiel Genesung) oder gar dem Tod (Corbin et al., 2009, S. 65f.). Die individuellen Bewältigungsmechanismen und die Organisation durch das Umfeld sind in ihrer tatsächlichen Umsetzung variabel (Corbin & Strauss, 2010, S. 57). Wann welche Phase eintritt und wie sich das Ende eines Verlaufs gestaltet, hängt von Faktoren ab, die in der Handlungsplanung kaum berücksichtigt werden können. Daher ist es schwierig, von einem typischen Verlauf auszugehen.

Die Verlaufskurve bei Psychoseerfahrenen beginnt nicht erst durch den ersten Kontakt mit dem Hilfesystem oder während der ersten psychotischen Phase. Die Ungewissheit in den Handlungsroutrinen und mögliche Neuorientierungen kündigen sich schon lange vorher an. Im Gegensatz zu somatischen Erkrankungen oder unerwarteten Ereignissen wie Katastrophen oder dem Tod eines Familienmitgliedes ist der zeitliche Eintritt nicht plötzlich, sondern entwickelt sich schleichend. Aus Sicht des sozialen Umfeldes würde die akute Psychose den Beginn des Erleidensprozess kennzeichnen. Doch aus Sicht des Erfahrenen selbst können ganz andere Ereignisse retrospektiv als mögliche Ankündigung gewertet werden (Hildenbrand, 1990, S. 154). Die Aushandlung

des Moments des Eintritts in den Erleidensprozess ist nicht zuletzt die Möglichkeit die Kontrolle über die eigene Zukunftsplanung und die Veränderungen der eigenen Handlungsprozesse zurückzuholen, da der zeitliche Verlauf und die Veränderungen aus subjektiver Sicht bewusster eingeschätzt werden und so selbstständige Handlungsorientierungen im Nachhinein geplant werden können (Strauss, 1993, S. 55f.).

Der Person wird also rasch klar werden, dass das soziale Umfeld auf die Verlaufskurvenentwicklung einwirkt. Wie Strauss (1993, S. 54) darstellt, werden durch die zeitliche Markierung des Beginns der Psychoseerfahrung zusätzliche Handlungen und Interaktionen aktiviert, die für die Erkrankung abgestimmte Bewältigungs- und Interventionsmechanismen auf den Plan bringen (Corbin et al., 2009, S. 62). Freilich verändert sich dazu die Beziehung zum näheren sozialen Umfeld. Der Psychoseerfahrene macht hier die Erfahrung verschiedener Stabilisierungsmaßnahmen, die je nach Reaktion auch härteres »Durchgreifen« durch das Umfeld provozieren oder dieses veranlassen, auf Distanz zu gehen. Die Neuformationen der Handlungs- und Interaktionsprozesse des Umfeldes werden erkennbar, denn dieses kommt unter den veränderten Bedingungen (durch die Psychose) zu veränderten Einschätzungen der erforderlichen Handlungsplanungen (Strauss, 1993, S. 56). Der möglicherweise zunehmende soziale Kontrollverlust bei gleichzeitiger gesundheitlicher Abwärtsbewegung führt zu einer ständigen Revision und Anpassung der Verlaufskurvenplanung (Corbin et al., 2009, S. 68). Dann treten vermehrt institutionelle Helfende auf den Plan, die die Verlaufplanung unter ein professionelles Management stellen. Für die zeitlich strukturierte Verlaufskurve bedeutet dies eine weitere Abwärtsbewegung und weitere Verunsicherung, denn dort, wo weitere Personen Hilfen übernehmen, manifestiert sich die Unfähigkeit, selbst mit den Schwierigkeiten fertig werden zu können. Die Entscheidungsmöglichkeiten der Person nehmen immer weiter ab (ebd., S. 57).

Dieser Professionalisierungsprozess wird sicherlich von Menschen mit chronisch somatischen Erkrankungen und deren sozialen Umfeld als unterstützend empfunden. Er kann auch als zunehmende Bedrohung empfunden werden, wenn eine Erkrankung (und damit die Hilfe) abgewehrt wird (Leferink, 1997a, S. 248). In einzelnen Phasen geraten die Handlungsentwürfe in einen Konflikt, der mit institutioneller Überregulierung beantwortet werden kann. Für den Psychoseerfahrenen bedeutet dies mehr Kontrolle, Androhung von Sanktionen und moralisierender Druck (Schütze, 1981, S. 97). Durch die verstärkte kollektive Einflussnahme kann es zur biografischen Neuorientierung kommen. Die Einschnitte in die Lebensplanung konfrontieren die Person zunehmend mit den »Idealbildern« (ebd., S. 68) einer gelingenden Lebenspraxis. Dann kommt es zu einer Überformung der biografischen durch die professionelle Sichtweise (Strauss, 1993, S. 70; Riemann, 1984), die sich in den »Realisierungsmöglichkeiten« (Strauss, 1993, S. 79) der Handlungsautonomie bemerkbar machen können.

Schließlich offenbart eine Erkrankung (oder das Erkennen anderweitig begründeter Handlungsunwirksamkeiten) dem Betroffenen den zunehmenden Verlust an Realisierungsmöglichkeiten durch die ebenso zunehmenden »gestörten Körperfunktionen«

(Corbin & Strauss, 2010, S. 23), die ihm die physischen (oder psychischen) Grenzen seiner Aktivitäten und Ziele aufzeigen. Die Zweifel und Verunsicherungen hinsichtlich zunehmender körperlicher/psychischer Dysfunktionen und/oder des Behindert-seins stellen die bisherige biografische Selbstkonzeption in Frage. Die Selbstklassifikation oder Selbsteinschätzung zu einem bestimmten biografischen Zeitpunkt definiert sich durch die zum »Selbst gehörenden Aufgaben, die es in der biografischen Zeit realisiert« (ebd., S. 66). So verändert das sich wandelnde Körperkonzept auch die Vorstellung von einem Selbst, da selbstverständliche Aktivitäten nicht mehr so selbstverständlich durchgeführt werden können. Das Realisieren der eigenen körperlichen Grenzen hat eine Anpassung der Handlungen zur Folge, unter der die Antizipationsmöglichkeiten bestimmter (routinierter) Handlungen neu ausgelegt werden (ebd., S. 72; Hoffmann, 2011). Dies verändert schließlich die Lebensplanung als gesamte, da biografische Erfahrungen und Ziele unter der Prämisse der Kompetenzverluste neu bewertet werden müssen. Für die Person ergibt sich eine neue Ausgangsposition mit unklarem Ende und genauso unklaren Zwischenstationen. Immer wieder werden die physische, aber auch psychische Leistungsfähigkeit in Frage gestellt (Corbin & Strauss, 2010, S. 79). Die Person hadert mit dem Kompetenzverlust, so möchte sie doch die »alte« bleiben. Daraus wird deutlich, warum das Erlebte zu einem »Fremdwerden« der bisherigen biografischen Entwicklung beiträgt (Riemann 1987, S. 380; Schütze, 1981, S. 91) und die persönliche Einstellung sich hinsichtlich neuformierender Erwartungen verändert (ebd. S. 115). Die Handlungsrouninen, die Lebenspraxis und die Zukunftspläne geraten in Unsicherheit. Der Psychoseerfahrene muss sich an dieser Stelle fragen, was überhaupt noch möglich sein kann.

3.1.9 Die Veränderung der Handlungsentwürfe und der Selbstkonzeption

Abschließend möchte ich die Veränderungen der Handlungsentwürfe und der Selbstkonzeption beschreiben und die relevanten Punkte für die Arbeit am empirischen Material resümieren.

Die biografische Neuorientierung ist bei Strauss mit der zunehmenden kollektiven Einflussnahme in interaktionellen Sequenzen verbunden (Strauss, 1993, S. 58). Dieser Prozess würde sich unmittelbar auf die Identitätsentwicklung auswirken, da es durch die Erwartungen, Zielvorstellungen, Interventionen und Planungen im Zuge der kollektiven Einflussnahme zu einer »biografischen Synchronisierung« (ebd.) kommt. Dabei gleichen sich die Handlungsentwürfe und -vorstellungen von Psychoseerfahrenen und den »Verlaufsplanern« zunehmend an (ebd., S. 59). Die Handlungsrouninen verlagern sich sukzessiv in einen die Psychose forcierenden Handlungsbereich: Die Person nimmt

vermehrt Arztbesuche wahr, hat vermehrten Kontakt mit Helfenden, Verwandte zeigen sich besorgt über bestimmte Aktivitäten und so weiter. Bei jeder (vermeintlichen) Abwärtsbewegung verdichtet sich das Netzwerk an ›helfenden‹ Akteuren. Dies schränkt den selbstbestimmten Handlungsspielraum ein.

Das Phänomen des zunehmend eingeschränkten Handlungsspielraums lässt sich bei Psychoseerfahrenen beobachten. Neben der Abwärtsentwicklung durch die Psychose stehen hier noch die Aspekte der offensichtlichen Normabweichung in der Öffentlichkeit und des Kontrollverlustes über die Handlungsroutrinen im Raum. Um den Psychoseerfahrenen schnürt sich ein enges Netzwerk von Helfenden, um die Gefahr der sozialen Abwärtsentwicklung zu mindern. Der Psychoseerfahrene hingegen muss regelmäßig erkennen, dass seine Handlungsweisen unter der Prämisse eines möglichen psychotischen Verhaltens bewertet werden. Das ›Du musst Dich an die Anweisungen halten, um wieder gesund zu werden‹ wird zum ›moralischen Imperativ des Psychoseerfahrenen. Es wird zu einer andauernden Verunsicherung seiner Handlungsroutrinen beitragen (Ehrenberg, 2019, S. 322). Die Handlungsplanungen werden kontrolliert und setzen den Erfahrenen zunehmend unter Druck.

Schütze hingegen kritisiert, dass das Erleiden der Verlaufskurve mehr aus Sicht der betroffenen Personen bewertet werden sollte. Wirken die betroffenen Personen in der Strauss'schen Vorstellung als Spielball der äußeren Umstände, wird das aktive Handeln des Betroffenen, seine Entscheidungsfindung, seine Bewertungen, seine Sorgen und Ängste, seine Verunsicherung und Irritationen kaum berücksichtigt (Schütze, 2006, S. 213). Ohne Frage sorgt eine starke Veränderung zunächst für eine Schockwirkung und macht passiv, starr und abwartend. Die meisten erkennen die Verlaufskurvenplanungen in der Hoffnung, dass sie gesund werden und in ihrer Verzweiflung an. Doch gerade bei dem Thema Psychose wird ein Varianzbereich deutlich, der sich von absoluter Akzeptanz und Anpassung an die Situation (oft auch nur nach mehreren Krisenereignissen) bis hin zur Konstitution eines eigenen Sinns erstreckt. Letztere können ihr Umfeld immer wieder herausfordern, weil Eigensinnkonstruktionen durch das Umfeld als objektiver Rückschritt erlebt werden und dann zu deren Hilflosigkeit beitragen kann (Bock, 2017, S. 108f.). Das sich Ausprobieren und eigene Interpretationsmuster auf die eigene Lebenssituation anzuwenden, wird nicht selten als Gegenwehr und Incompliance gewertet (ebd.). An diesem Punkt verdeutlicht sich die einseitige Fokussierung auf das objektive Gesunden, was in den Verlaufskurven, wie sie von Strauss dargestellt werden, in der Regel implizit ist (Riemann, 1987, S. 18). Sie verdecken die Seite des Erfahrenen, der trotz seiner vermeintlich objektiven Krankheit und Abwärtsspirale Identitäts- und Handlungsvorstellungen entwickelt, die sich für ihn individuell in anderen vielleicht auch positiveren Bedeutungsinhalten erstreckt, als es die objektive Bewertung zulassen könnte (Lütjen, 2009, S. 166f.; Bock, 2009, S. 20).

Schütze bleibt zunächst in dem Diktum der Strauss'schen Verlaufskurve und geht von einem Potential aus, das sich durch »Verletzungsdispositionen und Widrigkeiten der Lebenssituation« (Schütze, 2006, S. 215) entfaltet. Die Verlaufskurve wird wirksam,

wenn der Eindruck des »konditionell gesteuert seins« (ebd.) entsteht. Der biografische Schock und die Desorientierung lassen den Betroffenen an der aktiven Selbstgestaltung zweifeln, die entweder von anderen übernommen wird oder im Falle »kollektiver Verlaufskurven« (ebd., S. 222) die Selbstwirksamkeit im Zuge gesellschaftlicher Verwicklungen in Frage stellt. In dieser Situation versucht die Person gegenzusteuern und wieder Handlungssicherheit, vor allem in ihren gewohnten Alltagspraktiken, herzustellen. Dabei muss sie meist anerkennen, dass ihr die alltägliche Handlungssicherheit und Orientierung »entgleiten«, sodass er sich in einer »kumulativen Unordnung« (ebd., S. 216) wiederfindet. Dieser Prozess wird gemeinhin als Entstabilisierung der Handlungsplanung oder dem sich selbst »Fremdwerden« (Riemann, 1987, S. 380) bezeichnet. Brechen die Handlungsroutinen ein und die Person erkennt ihren »Kompetenzverlust« (Schütze, 2006, S. 216), stellt sie ihre Handlungsorientierungen, ihre biografische Lebensplanung, Lebenspraxis und Ziele vermehrt in Frage (ebd., S. 230). An vielen Stellen bleibt dennoch den Eindruck, sich oder den Alltag stabilisieren zu können. Was wie eine sinnvolle Handlungsalternative wirkt, wird zu einem paradoxen Effekt, einer »Fallensituation« (ebd., S. 231). Die Person gewinnt den Eindruck ihre Handlungen wieder aktiv steuern können, übersieht dabei aber bestimmte Diskontinuitäten in ihren Handlungsentwürfe, die die Situation möglicherweise verschlechtern könnten. Bei den Psychoseerfahrenen kann dies immer wieder an dem Beispiel der Medikamentenreduktion beobachtet werden. Die Option zu reduzieren, hinterlässt den Eindruck von Autonomie und Wahlfreiheit. Auf die Veränderungen der Erwartungsplanungen reagiert das Helfernetzwerk in der Regel mit stärkeren Bemühungen der Gegenintervention, was dann zum gegenteiligen Effekt führen kann. Das Netzwerk gräbt die Autonomie und die Wahlfreiheit sukzessive ab.

Der Erfahrene büßt an diesem Punkt Sinn und Bedeutung seines Selbst- und Weltbezugs ein, was ihn dazu bringt, sich unter den zeitlich-strukturierten Bewegungen der Verlaufskurve, den sozialen Bedingungen und den biografischen Brüchen zu (re-)orientieren, um sich neu positionieren zu können. Seine bisherigen Sinn- und Bedeutungskonstellationen reformuliert er unter den Maßgaben der Verlaufskurve. Durch die Reformulierung wird der Eindruck des Konditionell-Gesteuert-Seins in ein für den Betroffenen erträgliches Format gebracht. Die Strategien der theoretischen Verarbeitung versuchen ein für die Identitätsausrichtung sinnkonstitutives Moment zu erreichen (ebd.):

- Akzeptanz der Situation und Integration der Verlaufskurve ins eigene Selbstbild, da die neue Situation alternativlos erscheint;
- Gleichgültigkeit und bedingungslose Hinnahme, da die Abwehr keinen Erfolg verspricht;
- Umdeutung der Situation, da sich ein veränderter Sinn leichter integrieren lässt;
- Abwehr und Protest, da die neue Situation nicht akzeptiert wird.

Je nach Verarbeitungsstrategie gelingt es, positiv Einfluss auf die Verlaufskurve zu nehmen. Der Ausweg aus dem Dilemma vollzieht sich entweder über die kognitiv-

moralische Ebene oder eben über die aktive Kontrolle und Organisation. Das Ziel der strategischen Verarbeitung ist die Herstellung des »intentionalen Steuerungsprinzips« (ebd., S. 230), was auf die Wirkmächtigkeit, Einflussnahme und Kontrolle der eigenen Situation abzielt. Sei es als Subjekt, das seine Handlungen aktiv steuert und umsetzen kann, oder in Form von »Moraltransformationen« (ebd., S. 228), was zu einer psychischen Erleichterung der neuen Situation beitragen kann. Letzteres kann bei Psychoseerfahrenen, die sich gegen die Steuerung durch das soziale Umfeld zur Wehr setzen, immer wieder beobachtet werden.

Für die empirische Analyse möchte ich folgende Punkte festhalten, die sich aus diesem Kapitel ergeben haben:

- Darstellung der Verlaufskurve und Einschätzung der momentanen Phase;
- Veränderung der Handlungsorientierungen bei Eintritt in den Erleidensprozess;
- Veränderung des Selbstkonzeptes bei Eintritt in den Erleidensprozess.
- Einfluss und Wirkung des sozialen Umfeldes;
- Identitätsstrategien gegen den Erleidensprozess;
- Darstellung der Stabilisierung der Verlaufskurve und Einschätzung der momentanen Phase;
- Neuformierung der Handlungsorientierungen und Veränderung des Selbst- und Weltbezugs, um die Kontrolle zurückzuerlangen;
- Entwicklung von selbstbestimmten Zielen und Perspektiven.

Im nächsten Abschnitt möchte ich einen Überblick über qualitative Studien geben, die sich mit dem Erleben von Psychosen beschäftigen.

3.2 Psychosen im Diskurs der qualitativ-rekonstruktiven Forschung

Die hier vorgestellten Studien beschäftigen sich mit der Biografie von Psychoseerfahrenen, der Identitätsentwicklung, den Handlungsmöglichkeiten im sozialen Umfeld oder der Artikulation von Psychosen aus einer subjektorientierten Perspektive. Ich verzichte auf Studien, in denen es lediglich um die Verbesserung der Versorgungsqualität oder um die Erfahrungen von Psychiatrieaufenthalten geht. Meines Erachtens wird die Sichtweise der Interviewten dem Ziel der Verbesserung der Versorgungssituation untergeordnet. Das ist nicht das Ziel dieser Arbeit.

3.2.1 Psychose, Biografie und Identität

Zunächst stelle ich einige Studien vor, die sich mit der Biografie und Identitätsentwicklung Psychoseerfahrener auseinandersetzen. Zentral sind hier vor allem der Umgang mit den als fremd erlebten Krankheitskonzeptionen, die biografische Entwicklung des Verhältnisses zu psychiatrischen Einrichtungen sowie bestimmte Formen des Bewältigungshandelns.

Die sicherlich bekanntesten Arbeiten im deutschsprachigen Raum zum biografischen Werdegang von Menschen mit Schizophreniediagnose und Langzeithospitalisierten sind die von Gerhard Riemann. In dem kürzeren Beitrag »Na wenigstens bereitete sich da wieder was in meiner Krankheit vor«: zum Umgang psychiatrischer Patienten mit übermächtigen Theorien, die eigenes Selbst betreffen untersucht Riemann (1984) die Auswirkungen der psychiatrischen Prozessierung und der Institutionalisierung auf Menschen mit Schizophreniediagnosen, die mit übermächtigen, ihnen »fremden Theoriebeständen« (zum Beispiel Krankheitszuschreibungen) konfrontiert werden, die sich auf ihre jeweilige »Identitäts- und Wirklichkeitsbestimmung« auswirken (ebd., S. 118). Die betroffene Person muss die Selbstidentität neu bestimmen und sich um Kongruenz eigener Identitätsvorstellungen und fremder Zuschreibungen bemühen, auch angesichts der Möglichkeit, Behandlungssanktionen zu erfahren. Dabei stellt sich die Frage, wie sich die eigene Identität unter diesen Vorstellungen wandelt und auf welche Techniken der Selbstartikulation die Person zurückgreifen kann (ebd., S. 120). Dafür stellt Riemann zwei Fälle aus einem Sample von 33 Teilnehmenden vor. Beide sind langzeithospitalisierte Menschen mit Schizophreniediagnose, die autobiografisch über sich erzählen und die in einer biografieanalytischen (sequenzanalytisch) Rekonstruktion jeweils dargestellt und anschließend kontrastierend diskutiert werden (ebd., S. 123). Riemann stellt heraus, wie etwa innere emotionale und kognitive Vorgänge mit dem »Deutungspotential« (ebd., S. 136) psychiatrischer Kategorien erklärt werden und durch die Krankheitsidentifikation eine Distanz zum eigenen Erleben geschaffen wird (ebd., S. 127).

Weitaus bekannter und ebenso relevanter für die soziologische Untersuchung der Biografieverläufe von Menschen mit Psychoseerfahrung und Schizophreniediagnose ist Riemanns (1987) Studie Das Fremdwerden der eigenen Biografie: Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. Einleitend kritisiert Riemann, dass sich soziologische Forschung entweder aus vermeintlicher Objektivität auf psychiatrische Ätiologiekonzepte bezieht und nur eine sozialepidemiologische Perspektive einnimmt (ebd., S. 13). Oder sie würde durch den prominenten labeling approach Ansatz (zur Labeling Theorie siehe Punkt 4.1.3.) lediglich die Aspekte der psychiatrischen Prozessierung und der Krankenkariere betonen (ebd., S. 18) und die »Prozesse der Wirklichkeitskonstruktion« (ebd., S. 17), also die lebensgeschichtlichen Zusammenhänge, außen vorlassen. Für Riemann geht es darum, die biografischen Zwischentöne bei psychiatrischen Patienten zu erhellen, die durch die Überlagerung psychiatrischer Theoriebestände kaum beachtet

werden würden (ebd.). So rückt er zum Beispiel den Umgang mit »psychiatrischer Laienterminologie« oder die Veränderung des Selbstverständnisses und des persönlichen Orientierungsrahmens durch »psychiatrische Begriffe« (ebd., S. 19) in den Fokus der Untersuchung. Zentral ist dabei die Frage, wie die Personen unter den »psychiatrisierten« Lebensbedingungen ihr eigenes Schicksal betrachten (ebd., S. 20). Riemann wählt dafür die narrative Interviewform (ebd., S. 25), durch welche »psychopathologische Besonderheiten« (ebd., S. 20) weitgehend unberührt bleiben können. Die Analyse der biografischen Prozessstrukturen fragt nach den Kriterien der subjektiven Folgen durch die Institutionalisierung, der veränderten Handlungsschemata und -orientierungen, der biografischen Entwürfe, der Verlaufskurven sowie der Veränderung der Identität (ebd., S. 26ff.). Riemann gewinnt 31 Patienten und zwei Patientinnen für seine Interviews. Das Sample setzt sich zusammen aus Langezeitpatienten, regelmäßig hospitalisierten Patienten sowie Angehörigen der Betroffenenzene (ebd., S. 31). Die Auswertung der Interviews beginnt mit zwei sich auf biografie-analytischer Ebene kontrastierenden Interviews (Kaminski und Bruckner), die sequenziell rekonstruiert werden (ebd., S. 54). Zuerst wird die Interviewsituation detailliert beschrieben, sodass der Lesende einen Eindruck von der Situation bekommt, in der sich das Interview abspielt, sodann folgt die sequenzielle Rekonstruktion der Interviewdaten (ebd., S. 55). Die Interviewdaten werden hinsichtlich ihrer für die Biografie relevanten Lebensereignisse analysiert. So wird zum Beispiel der Einfluss unkontrollierbarer Ereignisse oder sozialer Beziehungen auf die Biografie oder sprachliche Besonderheiten in der Darstellung herausgearbeitet (ebd., S. 68). Anschließend folgt eine Auswertung von drei Fällen (»Kurzportrait«), die auf Grundlage der vorherigen Analyse thematisch gebunden werden (ebd., S. 346). Dabei geht es zum Beispiel um den Umgang und die Wirkung von Psychopharmaka auf das eigene Erleben oder den Einfluss von signifikanten Anderen. Im letzten Analyseteil folgt zur analytischen Abstraktion eine selektive Auswahl an Interviewsegmenten. Dafür werden entsprechend des Vorgehens in der Grounded Theory Methodology drei Hauptkategorien mit jeweiligen Unterkategorien in entsprechender theoretischer Einbettung gebildet. Neben dem Erleben des Kontrollverlustes, dessen Folgen und Umgangsweisen, werden die Haltung zur eigenen Biografie, zum Beispiel zwischen Indifferenz und Überfokussierung, die Verfremdung durch psychiatrische Konzepte und das Wirken von Professionellen sowie signifikanten Anderen thematisiert. Obwohl gerade die beiden Einzelfälle sehr differenziert sind, werden die Auswirkungen auf die Selbstidentität die Möglichkeiten zur Selbstpositionierung deutlich, die zeigen, dass die Vorstellungen von einem »normalen Leben« möglicherweise gar nicht mehr so selbstverständlich sein können.

Lutz-Kopp (2015) stellt in seinem Beitrag »Im Kern gesund« Subjektive Krankheits-theorien und ihre Darstellung die subjektive Sichtweise des Erlebens mit der Psychose dar und thematisiert dabei das Spannungsfeld ätiologischer Sinnkonzeptionen sowie lebens- und alltagsweltlicher Deutungsmöglichkeiten. Dies geschieht auf Grundlage von zwei narrativen Einzelinterviews, die Lutz-Kopp umfassend rekonstruiert. Die

Teilnehmenden konnte er in einem Psychoseseminar gewinnen. Hervorgehoben werden die Selbstdeutungen und Selbstinterpretationen der Krankheitszuschreibungen zum Schutz der »Subjekteleminierung« vor medizinischen Deutungen (ebd., S. 160).

Elena Bakels (2015) untersucht in dem Zeitschriftenbeitrag *Die Psychiatrie aus Sicht (ehemaliger) Patientinnen und Patienten – eine qualitativ-rekonstruktive Studie auf Basis der dokumentarischen Methode die durch den Psychiatrieaufenthalt und psychiatrischen Diagnosen initiierte Veränderungen der Identität und des Habitus ehemaliger Psychiatriepatienten* (ebd., S. 114). Ausgehend von der Prämisse, dass in der Psychiatrie beziehungsweise psychiatrischen Forschung die Biografie- und Identität nur in Ausnahmefällen untersucht werden würde, gibt Bakels einen kurzen Überblick über psychiatriesoziologische Studien Goffmans und Riemanns, die sich mit Biografie und Identität im Kontext Psychiatrie beschäftigen (ebd., S. 117). Für den Beitrag wählt sie drei kontrastive Fälle aus einer Gesamtzahl von zehn Personen, die über verschiedene psychiatrische Einrichtungen rekrutiert wurden. Als Erhebungsmethode verwendet Bakels narrativ-biografische Interviews (ebd.), welche sie mit der dokumentarischen Methode auswertet. Mittels einer fallinternen komparativen Analyse werden die »Orientierungsproblematiken hinsichtlich der Psychiatrieerfahrung« herausgearbeitet (ebd., S. 124). Die Darstellung ist fallübergreifend und diskutiert das Verhalten zur Fremdbestimmung und Fremdentifikation sowie die Einstellung zur Psychiatrie und die Abwehr psychiatrischer Konzepte (ebd., S. 124). Es folgt eine abschließende Einordnung in die Studien Goffmans und Riemanns.

Marie-Béatrice Charlin (1996) unternimmt in ihrer Dissertation *Schizophrenie und Identität. Psychiatrische, sozialpsychologische und philosophische Dimensionen eine eher theoretische Annäherung an Identitätsproblematiken von Menschen mit Schizophreniediagnose*. In ihrer Arbeit wird erst die Entwicklung des Schizophreniekonzeptes von der Antike bis zur Neuzeit rekonstruiert. Darauf folgt eine Darstellung einer philosophisch-historischen Konzeptionen von Identität sowie speziell der Konzeption von Identität und Perspektivübernahme im Symbolischen Interaktionismus. Positiv anzumerken ist, dass Charlin sich bemüht, die stets konstruierte Grenze zwischen Wahnsinn und Normalität sichtbar zu machen, indem sie zeigt, dass zum Beispiel Wahnkonstruktionen einen gewöhnlichen und gemeinsam geteilten Ursprung haben. Lediglich die fehlende (kognitive) Distanzierung zu den Wahnvorstellungen würde den Unterschied ausmachen (ebd., S. 177). Methodisch plädiert Charlin dafür, die Dynamik der Symptome in der biografischen Entwicklung und der lebensweltlichen Einbettung zu analysieren (ebd., S. 176). Darauf stellt Charlin sieben Fälle von Menschen mit Schizophreniediagnose vor, die jahrzehntelang hospitalisiert wurden. Hier zeigt sich das Dilemma der Aussage über das »Aufheben der Identität« in der ›Schizophrenie‹ (ebd., S. 15). Die Aufhebung wird eher mit der Schizophreniediagnose an sich als mit der Langzeithospitalisierung und den totalen Strukturen in Verbindung gebracht (Goffman, 2020 [1961], S. 24f.). Die Fälle selbst rekonstruiert die Autorin aus Beobachtungen, Gesprächen und Patientenakten (Charlin, 1996, S. 177). Dabei erfährt der Lesende wenig

über die Personen an sich, die Krankheitsgeschichte steht automatisch im Vordergrund und wird auch sofort in den theoretischen Überbau der Arbeit eingeordnet (ebd., S. 180ff.). Die Schlussfolgerungen beziehen sich weniger auf die empirischen Ergebnisse und sind vorrangig theoretischer Natur. Charlin problematisiert eine Verdinglichung²⁴ von Menschen mit Schizophreniediagnose, was einen Mangel des dynamischen Ein- und Mitwirkens auf anderen Menschen und in der Lebenswelt zur Folge hätte und zur Entfremdung der betroffenen Personen führen würde (ebd., S. 248ff.). Daher plädiert sie auf Grundlage des Symbolischen Interaktionismus für eine Rekonstruktion der Perspektive der Menschen mit Schizophreniediagnose, um in der Perspektivenübernahme eine Dynamisierung des Interaktionsprozesses zu ermöglichen (ebd., S. 278).

Helena Robillard (2012) analysiert in ihrer Monografie Schizophrenie im biografischen Bildungsprozess. Eine Analyse biografisch narrativer Interviews von psychisch Leidenden die ›Schizophrenie‹ als »subjektives prägendes Ereignis« innerhalb der biografischen Entwicklung (ebd., S. 8). Robillard, die das Wissen über die Erkrankung als Voraussetzung sieht, um mit den Personen ins Gespräch zu kommen (ebd., S. 9), gibt zu Beginn ihrer Arbeit einen Überblick über die Symptome (ebd., S. 13), die Alltagsproblematiken (ebd., S. 11), den Verlauf (ebd., S. 20) und stellt die verschiedenen Schizophreniekonzepte (ebd., S. 22) sowie die unterschiedlichen Entstehungsvariablen (ebd., S. 26) und Therapiekonzepte (ebd., S. 40) vor. Es folgt eine theoretische Einordnung der Biografieforschung (ebd., S. 51) sowie von Bildung als Lebenslaufprozess (ebd., S. 58). In zwei biografisch-narrativen Interviews (ebd., S. 65) interviewt sie zwei Personen mit Schizophreniediagnose, die sie während eines Praktikums bei einem psychiatrischen Unterstützungsangebot kennengelernt hat (ebd., S. 68). Robillard rekonstruiert umfassend die Prozesse des Lebenslaufes und zeigt, warum die Schizophreniediagnose als besonderes Ereignis erlebt wird. Sie schließt ihre Arbeit mit dem Fazit, dass Biografieforschung einen größeren Stellenwert erhalten sollte, da so der individuelle Umgang mit der Erkrankung deutlich werden könnte (ebd., S. 128). Insgesamt wird eine eher defizitorientierte Sichtweise – wie schon im Buchtitel erkennbar – deutlich, die Personen automatisch in einer passiven Rolle sieht, in welcher sie die Erkrankung nur ertragen können. Dass Menschen mit Schizophreniediagnose ihren Erkrankungsbeginn als Bruch ansehen, sollte bei den vielen Veränderungen nicht verwundern.

3.2.2 Psychose und Identitätsstrategien

Ich werde nun einige Beiträge vorstellen, die im Forschungsprojekt Der Wandel im Lebensalltag chronisch psychisch erkrankter Menschen außerhalb des Krankenhauses Anfang der 1990er Jahre in Berlin entstanden sind (Leferink, 1997c, S. 317). Das Ziel des Projektes war es zu untersuchen, wie Menschen mit chronisch psychischen Er-

²⁴ Gemeint ist zum Beispiel, dass Menschen mit Schizophreniediagnosen kognitiv nicht flexibel reagieren können und immer nach dem gleichen Schema handeln würden.

krankungen, die außerhalb von psychiatrischen Krankenhäusern leben, mit den sich verändernden gesellschaftlichen Anforderungen umgehen. Dafür wurden überwiegend Menschen mit Schizophreniediagnose und anderen »chronisch psychischen Erkrankungen«, die aus psychiatrischen Unterstützungsangeboten gesampelt wurden, sowie Angehörige und Professionelle in biografischen Interviews befragt, die anschließend nach der Methode der Grounded Theory ausgewählt, ausgewertet und dargestellt wurden (ebd., S. 318). Die Daten werden zunächst je nach Einzelfall ausgewertet, dann hinsichtlich fallübergreifender Muster miteinander verglichen und in einen verallgemeinerten und theoretischen Kontext gestellt (ebd., S. 319f.).

Leferink (1997a) geht in *Die Alltäglichkeit des Wahnsinns – Der Lebensalltag chronisch psychisch erkrankter Menschen in einer sich wandelnden Kultur der Überlegung* nach, wie sich der Alltag von Menschen mit Schizophreniediagnose und Psychoseerfahrung hinsichtlich der sich verändernden Anforderungen moderner Gesellschaft gestalten lässt (ebd., S. 83). Zunächst diskutiert Leferink, ob Schizophreniediagnostizierte und Psychose, die das Gegenteil von Struktur sind, überhaupt eine geregelte Alltagsroutine aufbauen können (ebd., S. 84). Die Alltagsrekonstruktion als »vorübergehender Realitätsausschnitt« (ebd., S. 85) ermöglicht einen Einblick in die alltäglichen Handlungsstrukturen. Leferink stellt dafür heraus, dass Alltagsroutinen bestimmte Erwartungen von Normalität transportieren. Die in den Alltag eingewobenen Handlungsstrukturen und Aufgaben orientierten sich an gemeinsam geteilten Zeitstrukturen und einer zeitlichen Ordnung sowie einer räumlichen Struktur. Die Akteure greifen zudem auf ein zum Alltag gehörendes Bewusstsein, Alltagswissen sowie Kommunikationsstrukturen zurück (ebd., S. 87). Die Kranken, so Leferink, sollen so nicht als »exotische Wesen« (ebd., S. 89), sondern unter der Maßgabe eines normalisierten Alltags dargestellt werden. Die offene Interviewform bietet für die Interviewten die Möglichkeit, selbst einen Relevanzrahmen zu setzen, sodass sie über den Inhalt ihrer Erzählung entscheiden können, die, wie Leferink anmerkt, problematisch werden kann, wenn sich etwa über fehlende Alltagsstrukturen der Misserfolg im Leben vermittelt (ebd., S. 92f.). Die Einzelfälle werden sodann in einer Collage vorgestellt, in denen die biografische Krankengeschichte, die die gegenwärtigen Alltagsstrukturen plausibel machen soll, das Erleben, die Beeinträchtigung, Strategien mit der Psychose und mit Antriebsproblemen sowie der Umgang mit Unterstützenden skizziert werden. Außerdem werden die Lebens- und Wohnsituation, Leben im Viertel, politische Einstellungen und weitere Punkte rekonstruiert (ebd., S. 94ff.). Anschließend werden die Collagen mit den vorher dargestellten theoretischen Dimensionen kontextualisiert. Obwohl der Alltag durch die Psychose und die Erfahrungen in der Psychiatrie geprägt ist, behält er – unabhängig von der Tristesse – seine individuelle Auslegung (ebd., S. 115f.). Einige, für Menschen mit Schizophreniediagnose identifizierte Besonderheiten sind die »soziale Entbundenheit« (ebd., S. 118) und das Alleine-Sein im Alltag, was wiederum zu der Auflösung »der sozial integrierten Intentionalitätsstruktur« (ebd., S. 122; ebd., S. 126) beiträgt, da der Erfahrene keine oder eine verminderte soziale, räumliche und

zeitliche Struktur hat, an der er sich orientieren könnte (ebd., S. 125). Auffällig sei außerdem die Vermeidung von Menschen mit anderen Lebensentwürfen, da diese an das eigene Scheitern erinnern würden (ebd., S. 124). Darüber hinaus würden die Personen die Anonymität in großen Gruppen vorziehen, da die Schizophreniediagnose eher als Privatsache verhandelt werden würde (ebd., S. 130f.). Schließlich resümiert Leferink, dass die Personen einen, unter Berücksichtigung individueller Besonderheiten, angepassten Lebensstil entwickeln konnten (ebd., S. 138).

In Modernisierung der Identität von psychisch Kranken? überlegt Zaumseil (1997), wie Menschen mit Schizophreniediagnose mit den Veränderungen der modernen Gesellschaft umgehen und diese bewältigen (ebd., S. 149). Die Mitglieder moderner Gesellschaften, so Zaumseils Eingangsthese, müssten ihre Biografie und Identität selbst gestalten und entwerfen. Menschen mit Schizophreniediagnose seien so mit einer doppelten Anforderung ihrer Identitätsarbeit konfrontiert (ebd., S. 152). Die »Übereinstimmung von innerer mit der äußeren Erscheinung« (ebd., S. 153) wird durch das Psychoseerleben in mehrfacher Hinsicht gefordert (zum Beispiel in der Rolle als Kranker und in der veränderten Bezugnahme zur Welt). Die Auseinandersetzung würde sich innerhalb von Erzählungen wiederfinden und zeigen, inwieweit die Erfahrungen in die Identität integriert werden konnten oder welche Konflikte sich abzeichnen (ebd., S. 159). Dafür möchte Zaumseil die Lebenslaufgemeinschaften der Teilnehmenden zum Beispiel anhand der Identitätsentwicklung der Abwärtsentwicklung durch die Erkrankung oder den Umgang mit Bedrohungen und den Versuchen, dies auszugleichen, analysieren (ebd., S. 162). In einem Interview mit einer Person mit Schizophreniediagnose und ihrer Mutter, wird die biografische Entwicklung, die Identitätsverortung, die Neuorientierung mit der Diagnose sowie die berufliche Entwicklung und die Betreuung dargestellt. In einer anschließenden Konstruktion der narrativen Identität von jeweils beiden Personen, wird die Einschätzung der alltäglichen und sozialen Situation, das Krankheitsverständnis und das Gefühl der Verantwortung für die Krankheit, die Vorstellungen über den Lebensentwurf und die Alltagsfähigkeiten deutlich gemacht (ebd., S. 173; S. 176). Durch eine ambigüe Identitätskonstruktion (auf der einen Seite autonom, auf der anderen krank und abhängig), kann sich der Sohn in Situationen unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten offenhalten. Da er sich im Vorfeld nicht festlegt, können keine konkreten Erwartungen an ihn gestellt werden (ebd., S. 184). Weiter überlegt Zaumseil, wie sich die Identität psychisch erkrankter Menschen, zur »Lebensstilgruppe« (ebd., S. 187) verhält, wenn andere psychisch erkrankte Menschen oder psychiatrische Unterstützungsdienste zur häufig einzigen Bezugsgruppe werden. Dadurch würden sich eigene Diskurse herausbilden, Bedeutungen und Wissensbestände (zum Beispiel Krankheitsdeutungen und mögliche Handlungen), die auf den ersten Blick nicht auffallen, aber womöglich eigene Realitätsbereiche erzeugen. Dann evaluiert Zaumseil, wie die Modernisierungsprozesse in die Selbstkonstitution der Interviewten einfließen und wie diese integriert und bearbeitet werden können (ebd., S. 192). Den Personen würde es schließlich gelingen, eigenständige Strategien (zum Beispiel Rück-

zug in die Anonymität) zu entwickeln, um mit den besonderen Situationen umgehen zu können (ebd., S. 197). Das sollte dann nicht als Symptom missverstanden werden, sondern als Versuch, für sich bestimmte Handlungsfelder zu eröffnen, um mit den per se »eingeschränkten Möglichkeiten« umgehen zu können (ebd.).

Der Beitrag *Die Person und ihre Krankheit. »Mangelnde Einsicht« als Identitätsstrategie bei Menschen mit chronischer Schizophrenie* von Leferink (1997b) ist der dritte Beitrag aus der oben genannten Studie. Dieser untersucht die Selbstpositionierungen von Menschen mit Schizophreniediagnose zu ihrer Erkrankung (ebd., S. 217). Leferink folgt der Überlegung, dass das Krankheitsverständnis und die mangelnde Krankheitseinsicht ein grundlegendes Problem für Menschen mit Schizophreniediagnosen seien. Um sie als Träger einer Krankheit zu adressieren, sollte ein Verständnis über die Erkrankung vorausgesetzt sein (ebd., S. 209). Leferink wählt den theoretischen Zugang zur Krankheit als symbolische Handlung und Form der »individuellen und sozialen Kodierung« (ebd., S. 217) eines kulturellen Vermittlungsprozesses. Krankheit, auch wenn nicht explizit dargestellt, artikuliert und vermittelt sich als symbolische Praxis. Trotz der Absicht, die Teilnehmenden als aktiv handelnde Subjekte darzustellen, wirkt die Beschreibung der Teilnehmenden defizit- und symptomorientiert (ebd.). Dennoch soll durch die offene Interviewform Spielraum für Selbsterklärungen, die biografische Deutung von Krankheit sowie die Möglichkeit einer eigenen Logik des Selbstbezugs gegeben werden (ebd., S. 226). Leferink resümiert Inkonsistenzen in der Interpretation von Erleben, Krankheit und Lebenswelt. So sei es nicht ungewöhnlich, dass widersprüchliche Aussagen der Interviewten nebeneinanderstehen würden (ebd., S. 235) und mangelnde Krankheitseinsicht eine Strategie sei, die eigene Identität zu schützen (ebd., S. 253). Zu berücksichtigen ist eine für die Ground Theory typische theoretische Einbettung, die schon einen Erklärungsrahmen voraussetzt und am Ende die Ergebnisse (theoretisch) übergeneralisiert, ohne dabei noch einmal den Aspekt der Defizit- und Symptomorientierung zu reflektieren.

Thomas Bock (2007) legt in der Monografie *Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie* sicherlich eine der umfangreichsten qualitativen Studien zum Thema Psychoseerfahrungen vor. Bock geht in der Untersuchung der Frage nach, wie es Menschen mit Psychoseerfahrung schaffen, ohne Psychiatrie zurechtzukommen (ebd., S. 12), um auf diesem Weg die Eigendynamik von Psychosen aus der subjektiven Sichtweise besser verstehen zu können (ebd., S. 13). Die Untersuchung beginnt mit der Überlegung, wie ein möglichst theorieoffener Zugang entwickelt werden kann, um die Bedeutung der subjektiven Sichtweise hervorzuheben (ebd., S. 17). Psychiatrische Forschung würde eher den Krankheitsverlauf als den biografischen Verlauf und das psychotische Erleben an sich in den Blick nehmen (ebd., S. 20). Schließlich kommt es zu einer »Ernüchterung professioneller Strategien« (ebd., S. 22), da wenig über die Entwicklung und Dynamik von Psychoseerfahrungen bekannt sei. Bock stellt darauf einige konzeptuelle Zugänge des Verstehens aus psychotherapeutischer Sicht, die unter anderem offenes Interesse und Beziehung zu den Psychoseerfahrenen forcieren würden (ebd., S. 24). Darauf stellt

Bock das Dilemma der Selbst- und Fremdwahrnehmung von Psychoseerfahrenen dar (ebd., S. 41). Bock plädiert für eine subjektive Sichtweise, da die Psychose das Selbst-erleben verändert und eine Öffnung die Identität bedrohen könnte (ebd., S. 44). Viele Psychoseerfahrene würden Selbstbewältigungsstrategien entwickeln, die, da sie häufig im Widerspruch zu den Erwartungen psychiatrischer Behandlungen stehen (ebd., S. 53), für Bock ins Zentrum seiner Untersuchung rücken. Diese würden in der Zusammenarbeit mit Psychoseerfahrenen kaum berücksichtigt werden (ebd., S. 58). Methodisch bezieht sich Bock daher auf sozialwissenschaftlich begründete Biografieforschung, welche bevorzugt Biografie, Identität und Umgangsweisen, nicht den Krankheitsverlauf an sich zum Forschungsgegenstand machen würden (ebd., S. 60ff.). Den Feldzugang erhält Bock über ein Psychoseseminar, durch welches er sukzessiv Kontakte zu weiteren Personen erhält (ebd., S. 95). Die Untersuchung umfasst 34 Fälle, von denen 21 Frauen sind. Die Besonderheit der Studie ist, dass sich keiner der Teilnehmenden in psychiatrischer Unterstützung befunden hat. Sie haben daher keinen oder längere Zeit keinen und wenn, dann nur sporadischen Kontakt mehr zur Psychiatrie (ebd., S. 103). Neben einer Erhebung soziodemografischer Daten wählt Bock teil-narrative problemzentrierte Interviews (ebd., S. 97). Die Auswertung erfolgt nach kategorischer Einteilung in Art und Qualität der Psychiatriekontakte als Einzelfälle in sequenzanalytischer Form (ebd., S. 110). Die Einzelfälle werden je nach Umfang der vorliegenden Daten biografisch und in ihrem alltagsweltlichen Umgang rekonstruiert. Nach jedem Fall erfolgt eine theoretisch eingebettete Interpretation. Darauf folgt eine Darstellung der komparativen Analyse. Bock bildet dafür fallübergreifende Kategorien, wie zum Beispiel »subjektives Erleben der Psychose« mit entsprechenden Unterkategorien, wie zum Beispiel Umgang mit »Vergangenheit und Zukunft« (ebd., S. 276). Zum Abschluss der Arbeit resümiert Bock, dass von psychiatrischer Seite dem subjektiven Erleben mehr Raum gelassen werden sollte, da die individuellen Umgangsweisen und der Verlauf von Psychosen eine stärkere Eigendynamik hätten als von psychiatrischer Seite angenommen und so mögliche Selbstbewältigungsstrategien unterbunden werden könnten (ebd., S. 346).

3.2.3 Psychose, Handlungswirksamkeit und soziales Umfeld

In diesem Abschnitt stelle ich Studien vor, die sich mit Psychose und Handlungsorientierungen im sozialen Umfeld auseinandersetzen. Dabei geht es auch um den Alltag in psychiatrischen Einrichtungen, welche im Vergleich zum gewohnten Alltag andere Handlungsorientierungen vorgeben.

So diskutiert Patrick Jung (2019) in seiner Dissertationsschrift *Die ›verführerische Banalität‹ strukturbildender Orte* den oft weitreichenden Einfluss und die Fremdstrukturierung sozialpsychiatrischer Unterstützung im Alltag der Nutzenden. Jung beginnt mit einer Auseinandersetzung über die sozialpsychiatrischen Strukturen, die

lediglich ein verlängerter Arm der deinstitutionalisierten Anstalten seien, in der sich die Lebensbedingungen der Nutzenden kaum gebessert hätten (ebd., S. 18). Sozialpsychiatrische Theorie und Forschung selbst hat eine versorgungsorientierte Sichtweise eingenommen, die die Perspektive der Nutzenden kaum berücksichtigt und deswegen Verbesserungen schwerfallen würden (ebd., S. 22). Mit der Soziologie gibt es kaum noch Überschneidungspunkte, obwohl diese lange Zeit Stichwortgeber sozialpsychiatrischer Bestrebungen war (ebd.). Diese Lücke möchte Jung füllen und einen für die Psychiatriesoziologie typischen Praxisbezug einnehmen. Jung gewinnt über sozialpsychiatrische Dienstleister drei Personen, die über mehrere Jahre betreut worden sind und Psychiatrieerfahrung haben (ebd., S. 38). Seine Erhebungsmethoden sind das narrative Interview und die teilnehmende Beobachtung (ebd., S. 45f.). In der Erhebung soll das Verhältnis der Personen zum Hilfesystem eruiert werden. Jeder Einzelfall wird durch die Daten der teilnehmenden Beobachtung und des Interviews rekonstruiert und umfassend dargestellt. Jung beginnt mit der Kennenlernsituation, stellt die Biografie der Personen dar und gibt weitere Informationen, wie zum Beispiel über die Diagnostik (ebd., S. 57). Das Material wird, bevor der Lesende dieses kennenlernen kann, in eine Fallstrukturhypothese und entsprechend theoretisch eingebettet. So interpretiert Jung fallweise das Verhältnis zum sozialpsychiatrischen Träger mittels Kategorisierungen von offen über ambivalent bis ablehnend sowie den Einfluss der psychiatrischen Hilfen auf die Handlungsmöglichkeiten. Anschließend folgt eine fallübergreifende Analyse, die sich zum Beispiel mit psychopathologischen Einordnungen oder dem Erleben psychiatrischer Einrichtungen auseinandersetzt. Abschließend überlegt Jung, wie es Menschen mit psychischen Erkrankungen gelingen kann, ihre Krankheit besser zu bewältigen und welche Rolle psychiatrische Einrichtungen und ihre Mitarbeitenden dabei spielen sollten (ebd., S. 141; S. 158). Langjährige Betreuungen unterwandern die Möglichkeiten der Selbstbewältigung und seien deswegen »verführerisch strukturbildend« (ebd., S. 152). Die Arbeit von Jung gibt meines Erachtens wichtige Einblicke über die Gründe für die mangelnden Überschneidungspunkte von Psychiatrie und Soziologie. Jung kritisiert zurecht die fehlende Auseinandersetzung der Sozialpsychiatrie mit der Perspektive der Nutzenden, was sich nicht zuletzt in der Fremdstrukturierung des Alltags äußern kann.

Manfred Jehle (2007) untersucht in seiner Dissertation Psychose und souveräne Lebensgestaltung. Erfahrungen langfristig Betroffener mit Gemeindepsychiatrie und Selbstsorge, ähnlich wie Jung, die Wirkung von Psychiatrie- und Psychoseerfahrung sowie psychiatrischen Unterstützungsangeboten auf die Identitätsentwicklung und Lebensgestaltung. Zunächst gibt Jehle einen umfassenden Überblick über die Psychiatriereform der 1970er Jahre und ihre Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung in Form von gemeindepsychiatrischen Unterstützungsangeboten (ebd., S. 15). Einen für die Arbeit zentralen Stellenwert nimmt die Überlegung ein, dass die sozialpsychiatrische Reformbewegung (und gesellschaftspolitische Entwicklung zu mehr Autonomie und Flexibilität) der subjektiven Seite der Patienten in der Versorgung größere Berücksichtigung einräumen möchte (ebd., S. 18). Die dadurch zunehmende Eigenverantwortung

im Zuge selbstständiger Behandlungsentscheidungen und individuellen Umgangsweisen mit der Psychoseerfahrung würde viele Nutzende vor große Herausforderungen, wenn nicht gar vor Verunsicherungen stellen (ebd., S. 34). So führt zum Beispiel die Verdichtung vieler Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Gemeinde zu mehr Schwierigkeiten vor Ort (ebd., S. 35). Die neuen »Freiheitsräume« (ebd., S. 36) stellen auch das Hilfsangebot vor völlig neue Herausforderungen: Der Patient gestaltet seine Behandlung mit und ergibt sich nicht in seiner passiven Rolle. Die sozialrechtliche Veränderung der Lebenssituation der Nutzenden fordert ein dementsprechendes Unterstützungsangebot, welches fortan die Sichtweise zum Beispiel in Form von Zufriedenheit und steigender Lebensqualität berücksichtigen sollte (ebd., S. 37). Jehle zeigt, dass die vermehrt quantitativen Studien zur Lebensqualität und Zufriedenheit zu selten aus der Nutzendenperspektive formuliert werden und so die Besonderheiten der Lebenssituation vieler Psychoseerfahrener nicht abgebildet werden könnten (ebd., S. 41). Demgegenüber verfolgt Jehle ein qualitatives Studiendesign, um die subjektive Erfahrung des Psychoseerlebens sowie der Unterstützungsformen zu evaluieren (ebd., S. 46). Es folgt eine umfassende Übersicht über qualitative Studien, die die subjektive Seite psychischer Erkrankungen und Psychoseerfahrung hervorheben (ebd., S. 57ff.). Obwohl es Jehle um die Evaluation des Versorgungsangebot geht, gelingt es ihm, Bewältigungshandeln und Identitätsstrategien sowie den Umgang mit Souveränität entsprechenden Raum zu geben, um schließlich die »subjektorientierte Weiterentwicklung psychiatrischer Hilfen« zu untersuchen (ebd., S. 60; S. 64). Dabei stehen die biografischen Erzählungen der Erfahrenen im Vordergrund (ebd., S. 61), die mittels narrativer Interviews erhoben und im Rahmen der Grounded Theory ausgewertet werden (ebd., S. 63). Jehle führt mit 19 Personen, die er über verschiedene psychiatrische Hilfsangebote erreichen kann, Interviews. Er wählt diese nach den Kriterien des theoretischen Samplings aus (ebd., S. 65; S. 68; S. 83). Die Auswahl der Interviewpartnern geschieht nach Gesichtspunkten wie zum Beispiel Diagnose, Jahre an Psychiatrieerfahrung oder Unterstützungsformen (ebd., S. 86). Die Interviews werden erst fallweise ausgewertet und anschließend mittels fallvergleichender Kategorien fallübergreifend in den Kontext gesetzt (ebd., S. 74). Jehle erarbeitet zu jedem Interview ein Fallportrait. Er beginnt mit einer Rekonstruktion der Biografie, die sich stark an der Krankengeschichte und Psychiatrieerfahrung orientiert (ebd., S. 78). Daraufhin wird die Identitätsarbeit anhand von Autonomie und Souveränitätsbestrebungen innerhalb sozialer Beziehungen oder Unterstützungsleistungen dargestellt. Zudem wird der Umgang mit der Psychose und die Neuorientierung im Alltag durch die Psychoseerfahrung thematisiert. Der anschließende Fallvergleich orientiert sich an fünf Kategorien (ebd., S. 178). Hier geht es unter anderem um die Entwicklung von Autonomie und Souveränität innerhalb von Beziehungen, was durch die Psychiatrisierung als einschneidend erlebt werden kann (ebd., S. 185). Durch die Psychose- und Psychiatrieerfahrung kommt es zu einem »Um und Neuaufbau des eigenen Selbstbilds« (ebd., S. 206), da alte Orientierungen in Frage gestellt werden. Jehle schlussfolgert, wer einen souveränen Umgang mit der Psychose erlernt hat, kann

darüber sinn- und bedeutungsvolle Erzählungen generieren, die nicht fremd, sondern Teil von einem Selbst sind (ebd., S. 211). So könnte es auch gelingen, eigene Ansprüche über die Versorgung zu artikulieren. In der anschließenden Diskussion hebt Jehle den Mehrwert qualitativer Verfahren für die Erforschung von Subjektivität hervor (ebd., S. 226). Zum Schluss werden die Ergebnisse in den Diskurs eingebettet. So geht es um die gesellschaftlichen Anforderungen wie Modernisierung und Lebenswandel oder den Umgang mit Individualität, was Psychoseerfahrene vor besondere Herausforderungen stellen kann (ebd., S. 232).

Ausgehend von der theoretischen Überlegung, dass Menschen mit Schizophreniediagnose schon durch die ätiologische Konzeption der Symptome an Handlungswirksamkeit einbüßen, untersucht Hoffmann (2012) in *Wahn – Macht – Sinn*. Die sequenzielle Analyse von Agency am Beispiel der Darstellung Psychoseerfahrener. Er analysiert anhand von sieben teil-narrativer Interviews das subjektive Erleben der eigenen Handlungsmächtigkeit (Agency) im Fokus der »narrativen Identitätsarbeit« von Psychoseerfahrenen (ebd., S. 183). Die Teilnehmenden werden aus Versorgungseinrichtungen und einer antipsychiatrischen Betroffenenhilfe rekrutiert (ebd., S. 191). Hervorzuheben ist, dass Hoffmann sich von Forschungsarbeiten abgrenzt, die eine »defizitorientierte« Sichtweise bei Psychoseerfahrenen einnehmen, da dies eine »einseitige Betrachtung objektiver Rahmenbedingungen für menschliches Handeln« erzeugen würde (ebd.). Dies gilt für bio-medizinische wie sozialwissenschaftliche Perspektiven (zum Beispiel bei Goffman oder Scheff) gleichermaßen. Hoffmann hingegen geht in den autobiografischen Erzählungen fallrekonstruktiv und sinnverstehend vor. Eine sequenzanalytische Einzelfallanalyse bildet den Vergleichshorizont für die späteren fallübergreifenden Analysen (ebd., S. 190; S. 200). In den Rekonstruktionen werden der Umgang und die Sinnhaftigkeit der eigenen Handlungsmächtigkeit thematisiert (ebd.). Dabei wird deutlich, dass gerade das als sinnhaft erlebte Handeln auch das Gefühl von Handlungswirksamkeit weckt.

In seiner Monografie *Das Handeln der Behandelten. Eine rekonstruktionslogische Analyse der Agency von Psychoseerfahrenen* vertieft Hoffmann (2011) die Auseinandersetzung der Psychoseerfahrenen mit ihrer Handlungsmächtigkeit und -wirksamkeit. Auch hier geht er der Frage nach dem Erleben der subjektiven Handlungsmächtigkeit von Menschen mit Schizophreniediagnose nach. In der theoretischen Ausführung nimmt Hoffmann eine Unterscheidung der Ursachen für Einschränkungen der Handlungsmächtigkeit vor (ebd., S. 42). Damit legt er die Basis seines rekonstruktiven Ansatzes. Er identifiziert stoffwechselbedingte »Funktionsschwächen« (ebd., 42), in die Handlungen eingreifende Institutionen (ebd., S. 45), Verlaufskurven sowie die Auswirkungen von Stigmatisierungen und anderen sozialen Einflüssen (ebd., S. 46). Durch die Überbewertung biologischer Einflüsse legt Hoffmann einen übermäßigen Fokus auf Krankheit und Symptomdefinitionen. Der Bezug auf Symptomratingskalen gibt diesen in den Interpretationen meines Erachtens ein zu starkes Gewicht, da doch die subjektive Sichtweise die relevante bleiben sollte und nicht medizinische Kriterien. Die

Teilnehmenden (möglicherweise die gleichen Personen wie aus Hoffmann, 2012) werden aus einem Unterstützernetzwerk rekrutiert und nach ihrer Schizophreniediagnose und der Phase des Krankheitsverlaufs gefragt (ebd., S. 51). Die teil-narrativen Interviews werden erst als Einzelfälle sequenzanalytisch ausgewertet; es folgt eine Fallstrukturhypothese (ebd., S. 63). Anschließend werden fallübergreifende Kategorien gebildet, durch welche die Fälle miteinander kontrastiert werden (ebd., S. 66). Diskutiert werden die subjektiv erlebten Beeinträchtigungen der Handlungsmächtigkeit (zum Beispiel durch Medikamente) oder die subjektiven Möglichkeiten, die Handlungsmächtigkeit zu erweitern (zum Beispiel durch Wahnkonstruktionen).

Im Gegensatz zu Hildenbrand (siehe weiter unten in diesem Abschnitt) untersucht Nikolaus Melcop (1997) in *Eine lebensgeschichtliche Betrachtung sozialer Beziehungen bei psychisch Kranken* die Lebens- und Beziehungssituation von Menschen mit ›chronischer Schizophrenie‹ in einer Großstadt (ebd., S. 201). Bei dem Text handelt es sich um einen Auszug aus seiner Dissertation. Zu Beginn des Textes hebt Melcop hervor, dass die Beziehungen von Menschen mit Schizophreniediagnosen eine eher untergeordnete Rolle in der Forschung spielen, obwohl es Auffälligkeiten, gar Störungen in der Beziehungsbildung gibt, was zu Problemen bei den Sozialkontakten führen würde, die Kontaktkreise verengt sowie zu einer verstärkten Selbstwertproblematik der Person beitragen könnte (ebd., S. 205). Melcop möchte daher das Beziehungserleben und ihre Formen der Beziehung in biografischen Interviews rekonstruieren (ebd., S. 208). Die Interviewdaten werden mit Informationen von relevanten Dritten ergänzt und zu einer »biografischen Fallstruktur« zusammengeführt (ebd.). So werden zwei Fälle vorgestellt, die sich aus mehreren Interviews zusammensetzen. Angaben über Feldzugang oder Samplingstrategie werden nicht gemacht. Einen zentralen Stellenwert nimmt die Beziehung zur Familie, allen voran zur Mutter ein, obwohl auch andere Beziehungen im lebensgeschichtlichen Verlauf und deren jeweilige Schwierigkeiten thematisiert werden (ebd., S. 214). Melcop stellt die Beziehungsentwicklung fallübergreifend in einem theoretischen Kontext von Elternbeziehungen, Identitätskonstruktionen und Strategien des Ablösens dar (ebd., S. 218; S. 223). Er resümiert, dass »der Personenkreis ein Entwurf einer eigenen Lebensgeschichte« (ebd., S. 236) sei, was gerade dann relevant wird, wenn Menschen aufgrund ihrer Erkrankung Schwierigkeiten haben, Beziehungen zu führen.

Die Beiträge Bruno Hildenbrands (1985) mit dem Titel *Familiensituation und Ablöseprozesse Schizophrener* unterscheidet sich von den bisher genannten Studien. Ich möchte sie dennoch kurz diskutieren, weil sie wichtige Einblicke in die familiäre Situation und den Biografieverlauf von Menschen mit Schizophreniediagnosen geben. Bereits in 1.1.8. habe ich Hildenbrands Monografie *Grundlagen der Genogrammarbeit*. Die Lebenswelt als Ausgangspunkt sozialpsychiatrischer Praxis vorgestellt und gezeigt, dass Hildenbrand mit Krankheitskonzepten arbeitet, die er weder auf ihre sozialkonstruktivistische Bedeutung noch auf ihre Aktualität hin untersucht.

Der hier erwähnte Text stellt die vorläufigen Ergebnisse einer ethnografischen Studie *Familiensituation und alltagsweltliche Orientierung Schizophrener* vor, in der zum

einen untersucht wird, wie sich eher traditionelle Familien zu gesellschaftlichen Modernisierungsprozessen verhalten und welche Auswirkungen die Prozesse auf die innere Dynamik der Entwicklung und Ablösung der Kinder haben könnte (Hildenbrand, 1985, S. 337). Insgesamt wurden zehn Familien ethnografisch begleitet, drei der Fälle werden beschrieben. Hildenbrand stellt drei Typisierungen einer »Innen/Außen-Problematik« (ebd.) vor, durch welche wiederum die familieninterne Dynamik bestimmt werden kann. Zu jedem Typ wird ein Fallbeispiel rekonstruiert. Der erste Typ weist stark formalisierte und lieblose Familienstrukturen auf. Der Familientyp ist zwar nach außen geöffnet, schafft es aber nicht, flexible Orientierungsmuster zu vermitteln, so dass eine Orientierung außerhalb der Familie unter erschwerten Bedingungen steht (ebd., S. 338). Der zweite Typ weist eine starke Abgrenzung nach außen auf und verstärkt so die Bindung zur Familie, die in ihrer familiären Praxis eine symbolische Aufwertung erhält, die nach außen jedoch schwer vermittelbar ist. So verstärkt sich der Druck nach innen (ebd., S. 339). Der dritte Typ weist sich widersprechende Orientierungsmuster auf. Zum einen ist die Familie um eine verstärkte Außenorientierung bemüht, um den Kindern sozialen Aufstieg zu ermöglichen. Zum anderen aber sollen die familiären Strukturen beziehungsweise Traditionen aufrechterhalten werden (ebd., S. 340). Entsprechend der Familientypik werden zwei Typen von Ablöseprozessen ermittelt. 1) Die Außenorientierung wird durch ein krisenhaftes Ereignis beendet. Die Orientierungsmuster sind nicht ausreichend, um sich zurechtzufinden. 2) Es gibt innerhalb der biografischen Entwicklung eine Tendenz zur sozialen Isolation und deswegen generelle Schwierigkeiten, sich außerhalb der Familie bewegen zu können (ebd., S. 342). Schließlich überlegt Hildenbrand, warum die Ablöseprozesse im Kontext der vorgestellten Familientypen zur »Schizophrenie« führen konnten. A) Die formalisierten und an Leistung orientierten Familienstrukturen erschweren eine Außenorientierung und es kommt zur Isolation. B) Es kommt zu einer Ablösung aus dem familiären Milieu, die Außenorientierung wirkt aber überfordernd. C) Die familiären Verhaltensweisen wirken widersprüchlich und erschweren das Zurechtkommen außerhalb der Familie, was Isolation zur Folge hat (ebd., S. 345).

In Wer soll bemerken, dass Bernhard krank wird? – Familiäre Wirklichkeitskonstruktoren bei der Erstmanifestation einer schizophrenen Psychose stellt Hildenbrand (1990) einen der Fälle detaillierter vor. Hildenbrand beginnt mit der Überlegung, inwieweit die beginnende oder erstmals auftauchende Psychoseefahrung die Handlungsrouninen und -gewohnheiten des familiären Milieus »fragwürdig« werden lässt (ebd., S. 153) und das aktuelle Wissen nicht mehr ausreicht, um sich in der veränderten Situation orientieren zu können (ebd.). Um dies zu verdeutlichen, stellt Hildenbrand einen Teilausschnitt aus einem Interview vor, das sequenzanalytisch rekonstruiert wird. Erkennbar werden in dieser Sequenz die gegenseitigen Vorwürfe zwischen Eltern und dem betroffenen Sohn, die jeweils angeben, die schleichenden Veränderungen durch die Erkrankung nicht rechtzeitig erkannt zu haben (ebd., S. 155). Hildenbrand stellt diese Situation in den Kontext der stark formalisierten und »anonymen Prinzipien«

untergeordneten Familienstrukturen (ebd., S. 157), die eine empathische Offenheit gegenüber den Veränderungen möglicherweise erschweren können. Wie schon oben dargestellt, entwickelt sich eine paradoxe Situation: Der Sohn möchte sich von der Familie lösen, die familiären Strukturen fördern jedoch die soziale Isolation innerhalb der Familie. Die Entwicklung von Subjektivität werde durch die familiären Pflichten und Rollenerwartungen ausgebremst und behindert so eine Außenorientierung (ebd., S. 158; siehe auch: Hildenbrand, 1991).

Sicherlich ist es sinnvoll, die Familienstrukturen von Menschen mit Psychoseerfahrungen oder Schizophreniediagnose hinsichtlich der Innen-Außen-Orientierung zu untersuchen. Insbesondere rekonstruktive Analysen haben das Potential, für familiär bedingte problematische Beziehungsmuster oder verunsichernde kommunikative Strukturen zu sensibilisieren, durch die eine Außenorientierung erschwert werden kann. Dennoch besteht meines Erachtens die Tendenz, die strukturellen Eigenheiten der wegen der Schizophreniediagnose ausgewählten Familien überzubewerten. Letztlich könnte durch die Familientypisierung die Familie als Gesamtheit für die Schizophreniediagnose verantwortlich gemacht werden.

3.2.4 Psychose und Möglichkeiten ihrer Artikulation

Im letzten Abschnitt stelle ich wissenschaftliche Arbeiten vor, die sich mit den Schwierigkeiten der Kommunikation und Artikulation von Psychoseerfahrungen auseinandersetzen. Dadurch verdeutlicht sich die Uneindeutigkeit der Sprache und die Schwierigkeiten (für den Forschenden) die Kommunikation nachzuvollziehen.

In dem Beitrag von Jansen et al. (2020) Logische Kondensationen – Zur Interpretation von Mehrdeutigkeit in der Kontexturanalyse am Beispiel eines schizophrenen Patienten in der forensischen Psychiatrie geht es mehr um methodische Analyse von Sinnstrukturen, Mehrdeutigkeit und Handlungsstrukturbildung als um den dargestellten Fall selbst. Ausgehend von der Überlegung, dass sich Handlungen aus einer Ordnungsstruktur ergeben, die sich aus der jeweiligen Situation und ihrer jeweiligen Relevanzstruktur entwickeln, diskutieren die Autoren, dass jede Situation mehrdeutig sein kann, Widersprüche nebeneinanderstehen können (ebd., S. 9; 13) und jeweilige »logische Räume« (zum Beispiel für spontane Handlungsorientierungen) als Möglichkeit situationspezifischer Arrangements ergeben könnten. Im Alltag kann dies nicht nachvollzogen werden, aber in der Textanalyse. Dies machen sie anhand eines Fallbeispiels eines Mannes mit Schizophreniediagnose aus dem forensischen Maßregelvollzug deutlich. Die Analyse teilt sich in mehrere Schritte: Formulierende Interpretation, logische Kondensation, reflektierende Interpretation sowie die Herausstellung der Arrangements (ebd., S. 46). Bei dem Interviewausschnitt handelt es sich offensichtlich um die biografische Krankheitsgeschichte. Jansen et al. zeigen, dass das Erleben in der

Psychose und ihrer entsprechenden Sinnstrukturen als Möglichkeit für einen in der Psychose legitimen Handlungsraum eröffnen kann, der aber durch den Wechsel von verschiedenen Positionen (zum Beispiel: Diagnose wird akzeptiert, aber das Krank-sein wird nicht verstanden) auch andere Ordnungsstrukturen ermöglicht. So können die Positionen zwischen Gesundheit und Krankheit, zwischen Kontrolle und Kontrollverlust gar widersprüchlich arrangiert werden und nebeneinanderstehen (ebd., S. 98). Am Ende lässt sich zum Beispiel kein eindeutiges Verhältnis zur Umwelt bestimmen (ebd., S. 100), was sicherlich bei vielen Patienten aus dem Maßregelvollzug ein großes Problem sein kann. Insgesamt zeigt der Beitrag die Schwierigkeiten der Widersprüchlichkeit von Aussagen von Menschen mit anhaltenden Psychoseerfahrungen in geschützten Einrichtungen auf. Die Psychose wird auf verschiedenen kommunikativen Ebenen behandelt, die es schwer machen nachzuvollziehen, in welcher persönlichen »Ordnungsstruktur« sich der Erfahrene bewegt und wie seine Handlungen zu begründen sind.

Maatz et al. (2022) stellen in ihrem Beitrag Wahnsinns Sprache. Eine qualitative Untersuchung zur kommunikativen Darstellung von Wahn im Gespräch einige Ergebnisse aus ihrem Forschungsprojekt Drüber reden! Aber wie? vor. In diesem untersuchen sie, wie es Menschen mit psychiatrischen Diagnosen besser gelingen kann, über ihre Diagnose und ihre psychischen Probleme zu reden. In dem hier vorgestellten Beitrag geht es, um die Möglichkeiten »Wahn« zu thematisieren. Dabei werden zwei narrative Interviews konversationsanalytisch analysiert. Sie zeigen, dass beim Erzählen über Wahn bestimmte Strategien zum Selbstschutz angewendet werden. Zudem erkennen sie, dass eventuell auf die Krankheit zurückgeführte sprachliche Defizite kommunikative Funktionen einnehmen könnten.

3.3 **Conclusio II: Alltag, Identität und Psychose und Forschungsfragen**

Ich konnte zeigen, dass sich sozialwissenschaftliche Arbeiten im Allgemeinen und qualitativ-rekonstruktive Forschungen im Speziellen in der Regel auf medizinisch-psychiatrische Kategorien beziehen und die Psychoseerfahrung unter dem Aspekt der Schizophreniediagnose und ihrer psychopathologischen Besonderheiten beleuchten (Riemann, 1987, S. 14; Bakels, 2015). Dadurch werden die Teilnehmenden auf ihre Funktion als Diagnoseträger reduziert und ihre Handlungsrountinen auf Symptome selbst zurückgeführt. Genauso sinnkonstituierend verhält es sich, wenn die Interviewteilnehmer in den hier rezipierten Studien innerhalb psychiatrischer Versorgungsangebote gesampelt werden. Eine Ausnahme ist die Studie von Bock (2007), in welcher die Menschen außerhalb der Versorgungsstrukturen angesprochen werden. Schon durch die veränderte Samplingperspektive entsteht eine andere Intention, die den Schwerpunkt

der Studienkonzeption verlagert und damit eine psychiatrieunabhängige Perspektive eröffnet. Erst der Bezug auf den Alltag (und nicht auf psychiatrisierte Strukturen) kann deutlich machen, dass Psychoseerfahrene auf ›natürlichem Wege‹ eigenständige Strategien im Umgang mit der Psychose entwickeln können (ebd.). Das wirft die Frage auf, inwieweit sozialwissenschaftliche Studien zu einer grundsätzlich pessimistischen und defizitorientierten Sichtweise auf die Personen beitragen, wenn sie Menschen mit Psychoseerfahrung nur aus einer psychiatrisch orientierten Perspektive betrachten (Riemann, 1987, S. 20; Beer, 1995; 1996c). Dadurch wirkt ihr Handeln passiv, reaktiv und unselbstständig. Es wirkt, als seien sie dem Krankheitsverlauf ausgeliefert (zum Beispiel: Robillard, 2012; Melcop, 1997). Das hat eine Verzerrung zur Folge, durch welche die Personen, auch trotz oder wegen qualitativer Forschungsdesigns, mit einer wegen ihrer Psychiatrieerfahrung grundsätzlichen »Orientierungsproblematik« (Bakels, 2015) dargestellt werden.

Hinzu kommt, dass die Personen als Menschen mit Schizophreniediagnose, also in ihrem »veränderten Selbstverständnis« (Riemann, 1987, S. 19) angesprochen werden. Dadurch wird die soziale Identität als Orientierungsrahmen der Personen festgelegt und das Interview zum Aushandlungsprozess der Selbstpositionierung innerhalb des Krankheitskonzeptes (Leferink, 1997b, S. 207). Riemann (1987) zeigt, welche Auswirkungen psychiatrische Strukturen und Theoriebestände auf die Lebenslauf- und Identitätsentwicklung der Erfahrenen haben. Daher ist es wichtig zu berücksichtigen, inwieweit die Personen sich außerhalb der Strukturen ihrer sozialen Identität artikulieren können und wie (Fremd-) Strukturierung beziehungsweise Fremddeutung der Identität verhindert werden kann. Zaumseil (1997) hebt die besonderen Anforderungen der Identitätsarbeit für Menschen mit Psychoseerfahrung in Bezug auf die gesellschaftlichen Entwicklungen hervor.

Deswegen möchte ich zeigen, wie die Personen mit verschiedenen Krankheitskonzepten und Wissensformen umgehen. Wie sie Diskurse verarbeiten und wie sie sich zu ihrem sozialen Umfeld und ihren Alltagsstrukturen verhalten. Die Überbetonung der Psychose oder der Schizophreniediagnose liegt in der Sache des Interviews selbst und ist nur schwer zu vermeiden (Hildenbrand, 2019, S. 145; Hoffman, 2012, S. 183). Es macht daher einen Unterschied, wie die Personen adressiert werden. Trotz ihrer Psychoseerfahrung sind sie Akteure, die sich darum bemühen, ihren Alltag aktiv und selbstbestimmt (mit oder ohne Hilfe) zu gestalten – keine passiven und wehrlosen Opfer (Hildenbrand, 2019, S. 159; Beer, 1995). Die Personen werden in dieser Arbeit also nicht als Träger einer Diagnose oder als ›krank‹ adressiert und dargestellt. Der Bezugspunkt wird der Alltag und seine zugrunde liegenden Handlungsplanungen, Bedeutungen und (subjektiven) Sinnzusammenhänge. Die Psychose ist das Medium seiner Orientierung. Handlungen können so als in die Sinn- und Bedeutungsstrukturen des Alltags integriert verstanden werden. Die Rekonstruktion der Identitätsarbeit und ihrer Strategien zeigt, auf welche Weise die Psychoseerfahrung Teil des Alltags sein kann (Jehle, 2007, S. 216; Leferink, 1997a). Die von mir herausgearbeiteten Konzepte

subjektorientierter Zugänge sind als einzelne für die empirische Annäherung an das Phänomen der Psychoseerfahrung jeweils unzulänglich. Ich möchte sie daher als integratives Konzept für das Verstehen von Psychoseerfahrung zusammenführen.

- Die Psychoseerfahrung wird als biografisches Ereignis in den Alltag integriert. Sie wird nicht als einmaliges Ereignis angesehen, sondern als wiederkehrendes Momentum begriffen, das ein bestimmtes Bewältigungshandeln erfordert.
- Der eigenverantwortliche und selbstbestimmte Umgang mit Gesundheit und Krankheit betrifft Psychoseerfahrene. Sie greifen dafür entweder auf professionelles oder auf Laienwissen zurück. Eigenverantwortung und Selbstbestimmung werden unterschiedlich erlebt und ausgehandelt.
- Der Alltag mit Psychoseerfahrung ist individuell verschieden und wird unterschiedlich er- und gelebt. Die Psychoseerfahrung zeichnet sich durch unterschiedliche Phasen aus, die individuell bewertet und bearbeitet werden. Der Psychoseerfahrene lernt Umgangsweisen und Strategien, um mit der Psychoseerfahrung zurechtzukommen.
- Die Psychoseerfahrung wird unterschiedlich interpretiert und in einen für den eigenen Alltag relevanten Sinnbezug gestellt. Die Erfahrung hat eine bestimmte Bedeutung, die durch ihre Sinnhaftigkeit eine entlastende Wirkung erzeugt. Dadurch verändert sich die symbolische Handlungspraxis.
- Krankheits- und Psychosekonzepte sowie Behandlungsmöglichkeiten werden in einen individuellen Deutungshorizont gestellt. Der Erfahrene entwickelt unter Umständen ein eigenes Symbolsystem. Sie unterstützen die Veränderung und Neuausrichtung der Selbstkonzeption. Der Umgang mit Fremddeutungen wird thematisiert.
- Die Psychoseerfahrung verändert die Selbstpositionierung im sozialen Umfeld. Der Erfahrene gerät in Autonomiekonflikte und muss sich entsprechend dazu neu orientieren. Durch die Psychose wird der Erfahrene mit sozialer Abwertung, Ablehnung, Distanz, Stigmatisierung oder Diskriminierungserfahrung konfrontiert.
- Die Psychoseerfahrung erfordert eine Neuorientierung im Alltag und entsprechende Veränderungen der Handlungsroutinen. Das bedroht die Selbst-Identität. Der Erfahrene wendet Strategien an, um seine Identität zu schützen oder neu zu entwerfen.
- Nach dem Kontrollverlust durch die Psychoseerfahrung werden neue Orientierungen und Perspektiven entworfen. Aus subjektiver Sicht werden aktive Gestaltungsmöglichkeiten kreiert.

Anstatt einer ausschließlich biografischen Darstellung, die die Lebenssituation oder den Umgang mit Erkrankung im Blick hat, möchte diese Arbeit die gegenwärtige Lebensphase rekonstruieren und sie in ihren biografischen Gesamtzusammenhang stellen. Biografische Rückblicke sind nötig, um gewisse Handlungsweisen aus vergangenen Erlebnissen zu begründen. Die alltagsweltlichen Handlungspläne und -orientierungen

des Psychoseerfahrenen werden in ihrer Darstellung rekonstruiert, um so die Besonderheiten und Eigenarten der Lebenspraxis und ihrer Symbolik hervorzuheben. Der Alltag und die Lebensbewältigung werden als laufender Prozess abgebildet. So ergibt sich ein Bild davon, an welchem Punkt der Ver- oder Bearbeitung sich die Person befindet und auf welche Strategien sie zurückgreift, um ihre Ziele und Motive zu verfolgen. Der Verlaufskurvenprozess vermittelt zwar in erster Linie Orientierung und Anpassung an kollektive Bezugspunkte, doch entwickeln sich durch die Neuausrichtung der eigenen Handlungsmöglichkeiten auch neue Handlungsimplicationen. Eine »positive Verlaufskurve« (Schütze, 1981, S. 93) verändert das Leben, bringt aber gleichzeitig neue und unbekannte Handlungs- und Artikulationsspielräume mit sich. Strategien der individuellen Aushandlung finden sich vor allem da, wo Identitätsbildungsprozesse für das Subjekt notwendig werden, um sich vor der drohenden Beschädigung oder Abwertung zu schützen. Aus den Überlegungen ergeben sich folgende Forschungsfragen, die ich weiter empirisch bearbeiten werde.

- Wie gestalten Menschen mit Psychoseerfahrungen ihren Alltag?
- Welche Handlungspläne und -routinen entwickeln sie?
- Wie verändert die Psychoseerfahrung die Identität?
- Welche gegenwärtige Bedeutung hat das psychotische Erleben im Alltag?
- Welche rückblickende Wirkung hat Psychoseerfahrung auf den Alltag?
- Welche Perspektiven entwickeln die Psychoseerfahrenen für sich?

4 Methodische Vorgehensweise

Im folgenden Kapitel möchte ich meine methodische Vorgehensweise beschreiben. Im Vorfeld habe ich bereits anhand der Entscheidung für ein qualitativ-rekonstruktives Forschungsdesign (1.1.7 und 1.1.8) und der theoretisch-methodologischen Diskussion (3.1.) zeigen können, dass es sich bei dem Untersuchungsdesign um eine qualitativ-rekonstruktive Erhebung handeln wird. Die methodische Ausrichtung orientiert sich dabei an der Überlegung, wie die subjektive Sichtweise der Interviewten weitgehend störungsfrei rekonstruiert werden kann. Es folgt die Darstellung des methodologischen Orientierungsrahmens und eine Überlegung, wie und warum sich die Methoden am Forschungsprozess orientieren. Nach der Überlegung zur Samplingstrategie zeige ich, wie ich den Feldzugang gestaltet habe und stelle mein Sample sowie entsprechende ethische Überlegungen vor. Anschließend wird die Durchführung der Interviews und die Entwicklung der im Interview angesprochenen Themen vorgestellt, zu denen noch einige methodologische Überlegungen diskutiert werden, die vor allem meine Rolle als Forschenden und Psychiatriemitarbeiter sowie den Eingangsstimulus hinsichtlich der Psychose als »sinnbindenden« Gesprächsgegenstand reflektieren. Im letzten Teil werden die Methoden und das Vorgehen der Auswertung vorgestellt.

4.1 Methodologischer Orientierungsrahmen

Der methodologische Orientierungsrahmen dieser Arbeit ist die relationale Hermeneutik als »integrative Perspektive« verschiedener Methoden und Systematisierungen (Straub & Ruppel, 2022a, S. 158). Die zentralen Punkte werden kurz vorgestellt.

Das Forschungsinteresse liegt auf der subjekt-zentrierten Erkenntnis und Erfahrung, der subjektiven Erlebensweisen und Sinnstrukturen. Diese sind für den Forschungsprozess und die spätere empirische Analyse handlungsleitend (ebd. S. 159). Der Zugang zur Lebensweise der untersuchten Personen gestaltet sich durch ein offenes methodisches Verfahren (Straub & Ruppel, 2022b, S. 103). Dementsprechend orientiert sich die Auswahl der Methoden am laufenden Prozess der Forschung und am Forschungsgegenstand selbst (ebd., S. 122).

Der Forschungsprozess ist regelgeleitet und verfolgt eine durch den Forscher selbst festgelegte Struktur. Dies werde ich durch die detaillierte Darstellung der Samplingstrategie, des Feldzugangs, der Auswahl der Teilnehmenden, der Überlegungen zu den Interviewfragen, der Auswertung des Materials sowie seiner Darstellung, intersubjektiv nachvollziehbar und transparent machen (Kruse, 2015, S. 55). Zudem werden die einzelnen Handlungsschritte der zugrundeliegenden Entscheidungen im Forschungsverlauf und vor allem in der Auswertung der Daten dargestellt (ebd.; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2015, S. 401ff.).

Das Fremdverstehen wird durch den Einsatz gezielter Methoden kontrolliert. Trotzdem kann sich der Forschende nicht neutral oder theoriefrei gegenüber den Forschungsteilnehmenden verhalten (Straub & Ruppel, 2022b, S. 134; Straub, 2010, S. 71; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 17). Das Fremdverstehen des Forschungsgegenstandes vollzieht sich durch den Forschenden im Vergleichshorizont seines Alltags- und Theoriewissens. Er begegnet dem Forschungsgestand mit einer entsprechenden Idee oder Einstellung und richtet sein Handeln darauf aus (Straub & Ruppel, 2022b, S. 128; Schütz, 1971a, S. 8). Die Relationalität von Forschendem und Beforschtem wird im Forschungsprozess und in der empirischen Auswertung reflektiert. Die interpretationsrelevanten Wissensbestände des Forschenden werden als Vergleichshorizonte nutzbar gemacht.

4.2 Samplingstrategie und Sample

Im Folgenden stelle ich meine Samplingstrategie vor und beschreibe, wie ich den Feldzugang organisiert habe. Dafür gebe ich eine Übersicht über das von mir gewonnene Sample und diskutiere die ethischen Bedenken, die beim Forschungsthema ›Psychose‹ sicherlich noch intensiver berücksichtigt werden sollten.

4.2.1 Samplingstrategie

Die Studienteilnehmenden werden nach den Kriterien des »theoretical samplings« (Strauss & Corbin, 1996, S. 149) ausgewählt. Die im Sample berücksichtigten Personen bilden ein »empirisches Feld« (Straub & Ruppel, 2022b, S. 147), das in seiner ›Spannweite‹ durch unterschiedliche Lebenslagen, Alter, Geschlecht und Unterschiede in der Psychoseerfahrung sowie Lebensführung variieren kann. Dadurch differenzieren sich unterschiedliche Erfahrungsräume eines übergeordneten Sinnzusammenhangs aus, zu denen ich über die einzelnen Personen Zugang erhalte. So kann ich die für die ›Gruppe der Psychoseerfahrenen‹ typischen gemeinsamen Merkmale herausarbeiten und darüber hinaus auf die Unterschiede im Einzelnen aufmerksam machen (Bohnsack & Nohl, 2010, S. 107).

Wie bereits in 1.3 dargestellt, werden Personen in das Sample einbezogen, die Erfahrungen mit einer Psychose gemacht haben. Eine bestimmte Diagnose ist kein Kriterium, um in das Sample aufgenommen zu werden. Zum einen sollte dadurch die eigenständige Interpretation einer Psychoseerfahrung offengehalten werden und nicht an diagnostische Kriterien gebunden sein. Zum anderen sollte innerhalb des Samples eine einseitige Verteilung bestimmter Diagnosen vermieden werden. Mit

großer Wahrscheinlichkeit sind Diagnosen, wie die ›Schizophrenie‹ stigmatisierend, betroffene Personen können bei einer Interviewanfrage deswegen zurückhaltender sein, als wenn sie als ›Psychoseerfahrene‹ angesprochen werden. Personen, die eine Ausbildung zum Genesungsbegleiter gemacht haben oder in der Selbsthilfe aktiv sind, habe ich im späteren Verlauf der Forschung aus dem Sample (bis auf eine Ausnahme) ausgeschlossen. Meines Erachtens nehmen diese gerne und häufig an solchen Projekten teil, was wiederum zu einem Ungleichgewicht im Sample sowie in den Ergebnissen führen könnte. Die stationäre Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus, nicht aber die Alltagsbetreuung in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung, war ein weiteres Ausschlusskriterium. Keiner der Teilnehmenden stand mit mir zum Zeitpunkt des Interviews in einem Behandlungsverhältnis.

4.2.2 Feldzugang

Den Feldzugang habe ich auf unterschiedliche Weise gestaltet. Alle Teilnehmenden wurden gezielt auf ihre Psychoseerfahrung und auf ihre Bereitschaft angesprochen, an einem qualitativen Interview mitzuwirken. Ich habe vor jedem Interviewtermin telefonisch mit den Teilnehmenden gesprochen und diese im Vorfeld über mein Forschungsvorhaben aufgeklärt, sodass diese nach Erhalt der Informationen ihre Bereitschaft hätten zurückziehen können.

Ulla habe ich in einem Anti-Stigma-Kurs kennengelernt. Ich habe mich entschlossen, sie wegen ihres Berufes anzusprechen.

Rudi und Heinz kannte ich aus gemeinsamen Projekten mit der Selbsthilfe. Diese habe ich per E-Mail angefragt. Ute war zufällig zum Zeitpunkt des Interviews bei Rudi und hat sich entschlossen, mitzumachen.

Ricardo kannte ich aus einem ehemaligen, mehrere Jahre zurückliegendem Betreuungsverhältnis. Bei einem zufälligen Treffen habe ich ihn angesprochen. Ricardo hat mir den Kontakt zu Roman vermittelt, der in einem Wohnheim gelebt hat. Ohne den direkten Kontakt durch Ricardo, wäre das Interview nicht zustande gekommen.

Maria, Eva, Gert und Vanessa habe ich über Versorgungseinrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen gewinnen können. Ich bin mit meinem Anliegen an ehemalige Arbeitskollegen und Bekannte sozialpsychiatrischer Unterstützungen herangetreten, die mir dann den Kontakt zu den Teilnehmenden vermittelt haben.

David habe ich durch einen Verwandten kennengelernt, die gemeinsame Schulfreunde waren. David hat mir den Kontakt zu Dennis vermittelt. Ohne David hätte ich Dennis nicht kennengelernt.

Ben ist der Freund einer Kommilitonin eines Bekannten von mir. Mein Bekannter hat den Kontakt über die Kommilitonin für mich organisiert.

Rike, Julia und Elenor haben sich auf eine Anzeige in einer Facebookgruppe gemeldet

4.2.3 Kurzvorstellung des Samples

In der Kurzvorstellung des Samples stelle ich die für die Auswertung relevanten Daten dar. Wenn das Alter während des Interviews nicht explizit erwähnt wird, wird das Alter aufgrund der Anonymität nur vage angegeben. Einige Angaben über den Beruf musste ich auf Wunsch der Teilnehmenden verändern.

Ich habe zehn der 15 Interviews in meiner empirischen Analyse berücksichtigt. Rudi und Ute (gemeinsames Interview) sowie Elenor habe ich nicht im Sample berücksichtigt, da diese allesamt in der Selbsthilfe tätig waren. Damit will ich verhindern, dass das Aussagenspektrum zu sehr in die Richtung der Selbsthilfe tendiert.²⁵ Von Rudi und Ute wusste ich außerdem, dass sie eine Woche zuvor bereits ein Interview in einem anderen Forschungsprojekt gegeben haben. Dennoch habe ich das Material bei den für die Fragebogenentwicklung relevanten Kategorien verwendet (siehe 4.3.3 und 4.3.4.). Maria und Eva sind kurze Zeit nach den Interviews gestorben. Gert hat das Interview als therapeutische Intervention fehlinterpretiert. Deswegen habe ich mich gegen die Verwendung der Daten entschieden.

4.2.4 Ethische Hinweise

Wie bereits erwähnt habe ich nach der ersten, in der Regel schriftlichen Kontaktaufnahmen vorab mit allen Teilnehmenden einen Telefontermin vereinbart. In dem Telefonat habe ich über das Forschungsprojekt, die Erhebungsmethode – das (teil-)narrative Interview – die Tonbandaufnahme sowie meine Tätigkeit in der Psychiatrie aufgeklärt. Eine Ausnahme war Ben. Hier habe ich den Termin stellvertretend mit seiner Freundin vereinbart. Ich wollte auf meine Tätigkeit als psychiatrisch Professioneller hinweisen, da dies möglicherweise bei den Teilnehmenden zu Zurückhaltung, Skepsis, oder gar zum Abbruch des Interviews/Kontaktes hätte führen können. Die Teilnehmenden wurden von mir vor Beginn des Interviews selbst im direkten Gespräch ein weiteres Mal über das Projekt, die Interviewform sowie den Datenschutz aufgeklärt. Sie wurden darum gebeten, ihr schriftliches Einverständnis (siehe Anhang) abzugeben. Ohne das schriftliche Einverständnis wäre die Teilnahme nicht möglich gewesen. Die Teilnehmenden haben die Einverständniserklärung, auf welchem mein Name, meine Telefonnummer, der Titel des Projektes sowie die Informationen über die weitere Da-

25 Bei Hans wird die Relevanz der Selbsthilfe mehr als deutlich.

Tabelle 2: Sample (nicht in der Analyse berücksichtigt: 3, 5, 10, 11, 12)

	Name	Datum	Alter	m/w	Partnerschaft	Beschäftigung	Wohnung	Medika- mente	Unterstützung	Dauer des In- terviews	weiterer Teilnehmer
1	Ulla	12.2019	Ende 30	w	ja	Lehrerin	ja	ja	nein	01:09:45	
2	Hans	12.2019	Anfang 50	m	ja	Selbsthilfe	ja	ja	nein	01:02:57	
3	Rudi	02.2020	Mitte 50	m	ja	keine	ja	ja	ABW	02:10:57	
	Ute		Mitte 50	w	ja	keine	ja	ja	ABW		
4	Ricardo	02.2020	Ende 30	m	nein	keine	nein (Wohn- heim)	ja	Außenwohngrup- pe	02:11:30	
5	Elenor	03.2020	Anfang 40	w	nein	keine	ja	ja	ABW	02:14:33	
6	David	04.2020	Anfang 30	m	nein	keine	ja	ja	Nachsorge	02:26:49	
7	Dennis	05.2020	Anfang 30	m	ja	Student	ja	ja	nein	02:36:38	
8	Vanessa	06.2020	Ende 20	w	ja	keine	ja	ja	ABW	02:20:21	
9	Roman	07.2020	Ende 60	m	nein	keine	nein (Wohn- heim)	ja	Wohnheim/24h	01:45:27	
10	Maria	09.2020	Mitte 60	w	ja	keine	nein	ja	Wohnheim/24h	01:21:53	gemeinsame Bekannte
11	Eva	09.2020	Mitte 40	w	nein (geschie- den)	keine	ja	ja	ABW	02:04:25	
12	Gert	10.2020	Ende 30	m	nein (verstor- ben)	Ausbildung	nein	ja	BFW	02:10:22	
13	Ben	12.2020	Ende 20	m	ja	keine	WG	ja	nein	01:33:09	Freundin
14	Julia	12.2020	Ende 30	w	ja	Programmie- rerin	ja	ja	nein	01:50:21	
15	Rike	01.2021	Anfang 20	w	nein	Studentin	WG	nein	nein	02:58:00	

tenverarbeitung beziehungsweise -veröffentlichung zu finden waren, erhalten. Ich habe mit allen Teilnehmenden vereinbart, dass sie binnen einer Woche ihr Einverständnis für das Interview zurückziehen können, woraufhin alle personenbezogenen Daten gelöscht worden wären. Zudem habe ich mich für Fragen nach dem Interview zur Verfügung gestellt, was einige der Teilnehmenden in Anspruch genommen haben. Keiner der Teilnehmenden hat das Interview zurückgezogen. Die Tonbandaufnahmen sind auf einem verschlüsselten Computer gespeichert. Die Einverständniserklärungen liegen an einem, nur mir bekannten Ort. Die Transkripte wurden von mir anonymisiert. Die Namen der Teilnehmenden sowie weitere, den Kontext verratene Namen (zum Beispiel Freunde, Städte oder Kliniken) habe ich verfremdet.

Viele der Interviews sind während des ersten und zweiten Lockdowns im Frühjahr 2020 und im Winter 2020/2021 entstanden. Die geltenden Kontaktbestimmungen der Bundesregierung sowie die individuellen Hygienebestimmungen der jeweiligen Institutionen, in denen ich die Teilnehmenden getroffen habe, sind zu jeder Zeit von uns eingehalten worden. Alle Teilnehmenden waren sich über die Risiken eines Treffens bewusst.

4.3 Die Erhebung des empirischen Materials

Im folgenden Teil stelle ich vor, wie ich die Daten erhoben habe und welche Aspekte ich bei der Auswahl der Interviewthemen und in der Interviewführung berücksichtigt habe.

4.3.1 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden auf Wunsch bei den Teilnehmenden zuhause durchgeführt. Ricardo habe ich bei mir im Büro getroffen und Heinz in seinem Büro der Selbsthilfe. Die Eindrücke über das Lebensumfeld, den Zustand der Wohnung sowie über die Teilnehmenden selbst, habe ich in einem Forschungstagebuch festgehalten und für die jeweilige Falldarstellung herangezogen. Ich habe die Teilnehmenden, unabhängig von der Entfernung, zu Hause aufgesucht (in verschiedenen Städten Nordrhein-Westfalens sowie in Niedersachsen, Saarland, Rheinland-Pfalz und Hessen). Jedes Treffen habe ich mit einer Vorstellung meiner Person und dem Projekt begonnen und habe Platz für weitere Fragen gelassen. Dadurch, dass sich zu Beginn schnell ein Gespräch ergab, konnte das Interview unmittelbar starten. Fast alle Interviews fanden in der Küche oder im Wohnzimmer am Tisch sitzend statt. Roman und Dennis wohnten jeweils in einer Ein-Zimmer-Wohnung, sodass kein anderer Raum aufgesucht werden konnte.

Ben lebte in einer Wohngemeinschaft. Das Interview haben wir im Gemeinschaftsraum geführt, indem sich zwischenzeitlich der Mitbewohner aufgehalten hat.

Zu einigen der Termine habe ich etwas zu Essen mitgebracht. Oft haben wir währenddessen Kaffee oder andere Getränke getrunken. Das Tonbandgerät habe ich erst kurz vor Beginn des Interviews aus meiner Tasche geholt und den Teilnehmenden erklärt, wann dieses aufzeichnet und wann nicht. Vor Beginn der Tonbandaufnahme habe ich darüber informiert, dass die Teilnehmenden jederzeit Pause machen oder abbrechen könnten. Das Interview wurde von mir mit dem Hinweis auf den Beginn der Tonbandaufnahme begonnen. Das Tonbandgerät lag die ganze Zeit sichtbar vor den Interviewten. Während des Interviews habe ich Pausen angeboten, wenn es mir nötig erschien. Teilweise haben die Interviewten bei laufendem Tonband neue Getränke geholt oder sind zur Toilette gegangen. Außerdem habe ich Notizen zu bestimmten Erzählungen oder ungewöhnlichen Verhaltensweisen gemacht. Die Gründe für die Mitschrift habe ich vorher erklärt. Auf die Beendigung der Tonbandaufnahme habe ich hingewiesen und dabei das Tonbandgerät sichtbar vor den Teilnehmenden ausgestellt und in meine Tasche geräumt. Anschließend habe ich noch die Möglichkeit gegeben, Nachfragen zu stellen oder bestimmte Dinge zu besprechen, die nicht auf Tonband aufgenommen werden sollten. Die Notizen für mein Forschungstagebuch habe ich unmittelbar nach Beendigung des Treffens angefertigt.

4.3.2 Methodologische Überlegungen zur Interviewsituation als gemeinsamer Sinnzusammenhang

Die Interviewsituation sowie das Gespräch selbst erfolgen aus einer bestimmten Intention heraus, die ich in den methodologischen Überlegungen berücksichtigen möchte.

Interviewer und Teilnehmende treffen nicht in völliger Neutralität aufeinander. Die Samplingkriterien (>Menschen mit Psychoseerfahrungen<) sind genauso sinnkonstitutiv, wie die Tätigkeit als psychiatrisch Professioneller. Die Interviewsituation wird also durch bestimmte Erwartungen und Vorurteile geprägt sein, was in der Interviewsituation möglicherweise handlungsstrukturierend wirken kann (Strauss, 1974 [1959], S. 52). Der Motiv- und Sinnzusammenhang des Interviews sollte in den Analysen berücksichtigt werden: Wir treffen uns, um über die Psychose-Erfahrung zu reden. Das Handeln orientiert sich an der geplanten Situation (Schütz, 1974 [1932], S. 116). Wie später noch dargestellt wird, soll durch die Eingangsfrage, die die Alltagsstrukturen anspricht, die Erzählintention irritiert werden.

Außerdem können, je nach Beziehungsdynamik und das durch den Sinnzusammenhang aktivierte Relevanzsystem, typische Wissensbestände angesprochen werden, die während des Interviews dominierend werden könnten. Durch den Bezug auf All-

tags- oder Fachwissen, entstehen Varianzbereiche der »konjunktiven Verständigung« (Bohnsack, 2017, S. 81) – also mögliche Übereinstimmungen, aber auch Missverständnisse, da der jeweils andere Wissen voraussetzen könnte und eigenes Wissen über einen bestimmten Sachverhalt nicht verdeutlicht. Dabei besteht die Gefahr, dass die Darstellung der Psychose von einem kollektiven Wissensmodell des Fachwissens unterlaufen wird, dass das Alltagswissen und so den Bereich der subjektiven Erfahrung, ausklammern kann (Schütz & Luckmann, 1988, S. 378). Das Alltagswissen wird durch die sich erneuernden (spezialisierten) Wissensbestände über die Psychose immer mehr als Diskrepanz erfahren und setzt so eine Überprüfung und Umdeutung der »Handlungswirklichkeit« in Gang (Matthes & Schütze, 1973, S. 47). Die Darstellung des eigenen Alltags wird schlicht als unwichtig erlebt. Stattdessen werden spezialisierte (psychiatrische) Wissensbestände reproduziert.

4.3.3 Erhebungsmethode (teil-)narrative Interviews

Zur Erhebung der Interviews habe ich mich für (teil-)narrative Interviews entschieden, welche ich um eine Problemakzentuierung (Alltagsrelevanzen) ergänzt habe (Schütze, 1983; 1984; Bohnsack, 2014, S. 94f.).

Jedes Interview habe ich mit demselben Eingangsstimulus eröffnet (»Wie gestaltest Du deinen Alltag?«). Je nach Einschätzung der Kompetenzen, wurde eine Orientierungshilfe ergänzt (»Was machst du morgens, mittags, abends?«). Mit dem Eingangsstimulus sollte eine Stegreiferzählung über einen Sinnhorizont (Alltagsrelevanzen) eröffnet werden, in dem die Erzählung eine ungefähre Orientierung erhält, die Teilnehmenden aber selbst über die Ausgestaltung (zum Beispiel Begründungen für bestimmte Handlungsentwürfe) entscheiden können (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2015, S. 68; Nohl, 2017, S. 23; Schütze, 1984; siehe dazu 2.2). Die offene Fragestellung folgt der Überlegung, dass eine Erzählung bestimmten Zugzwängen unterliegt, um die hinter den Erzählungen liegenden Handlungen sinnhaft einbetten zu können (Schütze, 1981, S. 75; Bohnsack, 2014, S. 95). Die Begründungszusammenhänge der jeweiligen Relevanzbereiche wurden durch sinnimmanente Fragestellungen vertieft (zum Beispiel die Frage, wie bestimmte Situationen erlebt wurden, wer beteiligt war, was noch passiert ist, welche Auswirkungen das hatte und so weiter), die zum Weiterreden motivieren sollten (Kruse, 2015, S. 213f, S. 221; Schütze, 1984, S. 80). Sinnexamentale Nachfragen wurden nach und nach im Laufe des Forschungsprozesses entwickelt und als Fragen integriert. Wie deutlich werden soll, sollten möglichst viele Relevanzbereiche des Alltags eingefangen werden. Zu Beginn der Forschung haben sich examentale Fragestellungen, als schwierig herausgestellt, weil ich noch kein ›Gespür‹ hatte, was über das Thema der Eingangserzählung hinaus bedeutsam sein könnte (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2015, S. 72). Grundsätzlich habe ich versucht, flexibel und spontan auf die Eigendynamik

der Erzählungen zu reagieren, sodass die offene Struktur des Erzählens bis zum Ende des Interviews gegeben war.

4.3.4 Entwicklung der Interviewthemen

Ich habe mich entschieden, die Entwicklung der Interviewthemen aus dem laufenden Prozess heraus zu entwickeln, um stets die Relevanzbereiche der Interviewteilnehmenden berücksichtigen zu können. Das sollte eine möglichst große Offenheit gegenüber den Teilnehmenden garantieren. Außerdem konnte die Wirksamkeit des Eingangsstimulus in den ersten Interviews ausprobiert werden. Themenbereiche oder Fragestellungen, die ich aus meinem eigenen Vorwissen ableite und die Antworten des Teilnehmenden sinnverfremden würden, wollte ich identifizieren und streichen (Kruse, 2015, S. 226). In den Erzählungen aus den ersten Interviews wird deutlich, dass sich der Alltag in verschiedene Problemfelder teilt. Dies sollte für die weiteren Interviews berücksichtigt werden.

Für die Interviews mit Ute und Hans habe ich jeweils nur den hier skizzierten Eingangsstimulus verwendet. Darüber hinaus habe ich nach Sinn und Bedeutung der Psychose, Psychiatrie- und Behandlungserfahrung, Stigmaerfahrungen, Psychose als Identifikationsmöglichkeit und nach Perspektiven sowie konkreten Zukunftsvorstellungen gefragt. Einige der Themen und Fragen habe ich geändert oder gestrichen. Der Stimulus hat sich allerdings als sinnhaft erwiesen, da er einen Einstieg in die persönlichen Relevanzbereiche des Alltags möglich gemacht hat. Durch Nachfragen wollte ich sicherstellen, dass die Teilnehmenden konkrete Alltagserfahrungen nennen und nicht zu abstrakt werden. Sobald die Teilnehmenden die Irritationen über den Stimulus (die von mir intendiert sind) überwunden und einen Einstieg gefunden hatten, wurde die Erzählung spürbar einfacher.

In einem ersten analytischen Durchlauf habe ich Themenbereiche ermittelt, die ich in dem folgenden Interview berücksichtigen wollte (in einer Art formulierender Interpretation in tabellarischer Struktur; Nohl, 2017, S. 30). Die von mir ermittelten Themenbereiche sind generelle Alltagsstrukturen und Relevanzbereiche, Arbeit und Beschäftigung, soziales Umfeld, Umgang und Strategien, Psychiatrie, Behandlung und Medikamente sowie Fragen nach Perspektiven und Zukunftsvorstellungen. Das heißt nicht, dass fortan eine festgelegte Struktur in den Interviews verfolgt werden sollte. Ich habe die Erzählungen abgewartet und, je nach gewähltem Themenschwerpunkt, auf die Nachfragen optional zurückgegriffen.

Für die Interviews mit Rudi und Ute, Elenor, Ricardo, Dennis, David, Vanessa, Eva und Maria habe ich auf die von mir entwickelten Themen zurückgegriffen. Dabei hat sich zum Beispiel der Eindruck verdichtet, dass spirituelle oder religiöse Themen eine ungewöhnlich intensive Beschäftigung erfahren. Die Strukturierung des Alltags mit

ihren bestimmten ›Stützen‹, Depressionen, der medikamentenbedingten Nebenwirkungen, der biografischen Begründung für die gegenwärtige Situation sowie eine eher verhaltene Einschätzung der Zukunft haben ebenfalls starke Relevanz. Die Psychiatererfahrung und Einschätzungen über die Behandlung habe ich im späteren Verlauf und in den Analysen nicht mehr berücksichtigt. Insgesamt haben sich für die weiteren Interviews vertiefte Themenbereiche ergeben.

Die Themenbereiche der Interviews mit Ben (und Tanja), Julia und Rike habe ich im Bereich der Alltagsrelevanzen ausdifferenziert. Die Bereiche kategorisieren sich in Beschäftigungen, Aktivitäten und Sport, Ernährung, Umgang mit Medikamenten, Arbeit, Ausbildung und Studium, Partnerschaft und soziales Umfeld, Veränderungen in den Alltagsroutinen, lebensgeschichtliche Relevanzen, biografische Veränderungen durch die Psychose, Zukunft und Zufriedenheit. Sind die Interviewten nicht von selbst darauf eingegangen, habe ich je nach Berücksichtigung des Themas in der Erzählung nachgefragt. Der Bogen für das Interview befindet sich im Anhang. Das Interview mit Rike war das letzte und sicherlich ausführlichste Interview. Dieses habe ich deswegen für den Einstieg in das Material genutzt und als Vergleichshorizont gewählt. Darauf werde ich in der Beschreibung der Analysemethoden genauer eingehen.

4.3.5 Methodologische Überlegungen zum Eingangsstimulus

Die Vorstellungen eines ›normalen‹ Alltags ergeben sich aus dem objektiven Sinnzusammenhang aller Gesellschaftsmitglieder und forcieren sich durch gesellschaftstypische Regeln und Normen, die sich wiederum in der Interaktion wiederfinden lassen (Garfinkel, 2020 [1967], S. 79). Der Alltag und die Alltagsstruktur sind ein für die Person »allgemein erwartbarer Fahrplan« (Matthes & Schütze, 1973, S. 38), der bestimmte Orientierungsmuster aufweist, die der Person einen routinierten, regelgeleiteten und strukturierten Ablauf ihrer gesellschaftlichen Praxis ermöglichen. Jede Person orientiert sich an den entsprechenden Anforderungen ihrer sozio-historischen gewordenen Alltagswelt und entwirft Handlungstypologien entlang ihrer Lebenspraxis, die die Routinen und Besonderheiten der Alltagswelt umfassen.

Psychose- und Psychiatererfahrung stellen das Normalitätsgefühl des Alltags in Frage. Der Psychoseerfahrene vergleicht seine aktuelle Lebenspraxis mit der von anderen (nicht psychoseerfahrenen) Menschen und bewertet diese rückblickend mit seinen Handlungsroutinen vor der Psychoseerfahrung (ebd., S. 39). Außerdem wird dem Psychoseerfahrenen durch die psychiatrische Intervention das Einhalten einer Alltagsnorm nahegelegt (sofern er denn psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandelt wurde oder wird), die Auswirkungen auf seine Genesung hätte (Garfinkel, 2020 [1967], S. 120; vgl. Ehrenberg, 2019). Der Eingangsstimulus wirkt irritierend, weil im Rahmen

des Forschungsprojektes (zum Beispiel durch den ersten Informationsaustausch) nicht die Frage nach dem Alltag, sondern die nach der Psychose erwartet werden könnte.

Die konkrete »Aushandlung des Erzählthemas« (Schütze, 1984, S. 80) erfolgt direkt über den Erzählstimulus, der die möglichen Vorüberlegungen revidiert. Der Teilnehmende wird spontan zur »lebensgeschichtlichen Erfahrungsrekapitulation formaler und inhaltlicher Strukturen« in der kognitiven Organisation des Erzählens (ebd., S. 81) aufgefordert. Der Eingangsstimulus fragt nach der Art und Weise der Selbstorganisation. Es spricht ein kognitives Schema einer »generalisiert-typisierten Erwartungsstruktur« (Echterhoff & Straub, 2004, S. 112) an, in der der Befragte aufgefordert ist, seine Handlungen in einem Erzählelement zu sortieren und der Alltagsstruktur gemäß zeitlich geordnet wiederzugeben (ebd., S. 107). Die Konfrontation mit dem Selbstverständlichen des Alltags stimuliert in der Rekonstruktion des eigenen Alltags die Selbstreflexion hinsichtlich bestimmter Ereignisse oder Abläufe. Dabei vergegenwärtigt er sich die inkongruente psychische und soziale Bewältigung der regelgeleiteten Implikationen der »Alltagsrationalität« (Garfinkel, 2020 [1967], S. 116). Jeder macht irgendwelche Alltagserfahrungen, über die er berichten könnte. Der Eingangsstimulus verunsichert, weil er beim Teilnehmenden die Vorstellung weckt, wie normal der Alltag mit der Psychoseerfahrung ablaufen kann.

Die neutrale und offene Formulierung des Stimulus lässt es dem Erzähler frei, den Relevanzbereich seiner »narrativen Selbstthematization« (Straub, 2015, S. 19) festzulegen und er kann entscheiden, was er zu welchem Zeitpunkt vertiefen möchte. Er kann überlegen, ob er über Erfolge oder Misserfolge in der Alltagsgestaltung berichtet. Er kann Probleme der individuellen Alltagsführung, der Schwierigkeiten mit anderen oder seine Orientierung an bestimmten Strukturelementen darstellen. Alltagshandlungen können in undramatischer, komprimierter Form erzählt werden. Erzählungen können beschreibende oder argumentative Elemente beinhalten, um lebensgeschichtliche Veränderungen zu markieren (Schütze, 1984, S. 88f.). Die aktuelle Lebenssituation wird mit den durch die Psychoseerfahrung ausgelösten Schwierigkeiten und Unsicherheiten begründet. Der Interviewte möchte zeigen, warum ihm vieles schwerer fällt, was zu seiner Situation geführt hat oder eben auch, was sich nicht verändert hat. Entscheidend für die Erzählung ist das mögliche Arrangement des Selbstkonzeptes: Wie reagiert der Erzählende auf den durch die Psychose ausgelösten Identitätskonflikt? Durch die Erzählung gibt der Erzählende die Verletzungen und Abwehrmechanismen seiner Identität, mögliche Neuorientierungen oder seine Abwehr preis. Die Erzählung wird so zur Auseinandersetzung mit den eigenen Selbstverständlichkeiten – was früher war, ist verändert oder nicht mehr möglich; was heute ist, muss immerzu sondiert werden; was bald sein wird, ist ungewiss. So können die Erzählungen von dramatischen und bedeutungsvollen Ereignissen durchzogen, in »detaillierte szenische Darstellungen von Situationshöhepunkten« (ebd., S. 90) eingebettet werden. Einzelne lebensgeschichtliche Eckpunkte bilden das Kernargument und liefern im Erzählzusammenhang eine biografische Begründung der Identitätsbildung (Echterhoff & Straub, 2004, S. 115; S. 122).

Was aktuell beschäftigt, bildet den Bezugsrahmen der Narration. Im Erfahrungs-

horizont der Alltagserfahrungen »strukturiert, artikuliert und repräsentiert sich die Identität einer inneren und äußeren Zeitlichkeit« (Hoener, 2011, S. 21; Echterhoff & Straub, 2004, S. 115). In der Darstellung der »alltäglichen Welterfahrung« (Hoener, 2011, S. 12) wird die Lebenswelterfahrung aufgeschichtet. Das Subjekt konstituiert sich in seiner Lebenswelt durch eine »Vielzahl disparater Beziehungen, Orientierungen und Einstellungen« (ebd., S. 22), in die es verstrickt ist. Die Verstrickungen entsprechen »typisierten Korrelationen des Erlebens, die intersubjektiv gültige Deutungsschemata herausbilden« (ebd., S. 16). Die Erzählung orientiert sich an den Gemeinsamkeiten des Erlebens; sie macht die Übereinkunft mit anderen zum Thema, die sich notwendig auf die Veränderung des Alltagswissen beruft, das durch die Psychoseerfahrung eine Veränderung des konstitutiven Bezugs zur Lebens- und damit zur Alltagswelt einnimmt. Die Entscheidung für den Erzählgegenstand und die Segmentierung der Narration ist die »Artikulation und Repräsentation des existenziellen Erlebens als nachvollziehbare Erfahrung« (Straub & Zielke, 2007, S. 721).

4.4 Auswertungsmethoden und Darstellung

Der nächste Abschnitt begründet die Auswahl der Auswertungsmethoden und gibt eine Übersicht über mein Vorgehen und über die Struktur der empirischen Analyse. Außerdem kläre ich, warum ich mich für die von mir gewählte Darstellung der Ergebnisse entschieden habe.

4.4.1 Theoretisch-methodologische Begründung beim Vorgehen in der Auswertung

Im Folgenden möchte ich mein Vorgehen in der empirischen Analyse vom ersten Kontakt mit dem Datenmaterial bis hin zur Darstellung methodologisch begründen. Die Interpretation des Datenmaterials orientiert sich methodisch an den Prinzipien der Dokumentarischen Methode sowie der Relationalen Hermeneutik (Straub, 2010, S. 69; Nohl, 2017, S. 30f.; Bohnsack, 2014, S. 137). Das Datenmaterial ist der allgemeine Orientierungsrahmen und Ausgangspunkt für die Interpretationen und die empirische Analyse insgesamt, da die Ergebnisse aus dem Material selbst generiert werden. In einer komparatistischen Analyse der Interviewtexte werden die Einzelinterviews permanent untereinander verglichen (Straub, 2010, S. 66; Nohl, 2017, S. 7). Auf Grundlage der Einzelinterviews wird ein sinnübergreifender Analyserahmen entwickelt. Dafür wird zuerst der immanente Sinn der Einzelinterviews hinsichtlich ihrer Relevanzstrukturen,

Orientierungsmuster, Wissensbestände und Handlungstypologien rekonstruiert (Bohnsack, 2014, S. 34). Die sinnimmanenten Rekonstruktionen der Einzelinterviews bilden schließlich den gemeinsamen Vergleichshorizont, der zum Orientierungsrahmen für die Analyse des Datenmaterials wird (Nohl, 2017, S. 9; Bohnsack & Nohl, 2010, S. 108). Darüber hinaus erweitert die Relationale Hermeneutik (methodisch-kontrolliert) den Deutungsrahmen der empirischen Analyse durch den Vergleich mit den alltäglichen, empirischen sowie wissenschaftlichen Wissensbeständen des Forschenden selbst (und den der Forschungs- oder Interpretationsgruppen; Straub, 2010, S. 72). Der jeweils herangezogene Vergleichshorizont dient zur Identifizierung von über den Einzelfall hinausgehenden gemeinsam geteilten Sinngehalten, stets bezogen auf die Erfahrungen mit der Psychose. Daraus kann eine fallübergreifende Typik entwickelt werden. Die fallübergreifende Typik ist eine sinnübergreifende, aus dem Datenmaterial gewonnene Sinnstruktur, die ein gemeinsamer Erfahrungsraum (zum Beispiel vergleichbare Motive oder Handlungspläne, bestimmte für die Gruppe geltende Regeln) für Alltag und Psychose sein kann, der bis zu einem gewissen Punkt generalisiert werden kann (Mannheim, 1980, S. 89; Bohnsack & Nohl, 2010, S.120; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2015, S. 383). Die Berücksichtigung eines theoretischen Vergleichshorizontes ermöglicht es, Interviewdaten in Form von Typisierungen oder Konzepten in einem verallgemeinerten wissenschaftlichen Diskurs zu diskutieren und darzustellen. (ebd., S. 387).

Für die Interpretation habe ich mich auf das Interviewmaterial sowie auf die von mir angefertigten Feldnotizen gestützt. Letztere habe ich genutzt, um die Teilnehmenden und deren Wohnumfeld zu beschreiben. Alle Interviews, die ich in die empirische Analyse einbezogen habe, wurden von mir in einem einfachen Verfahren transkribiert. Die Transkriptionsregeln sowie die Transkripte befinden sich im Anhang. Die Grundlage für die Interpretationen ist das in Schriftform übersetzte Interviewmaterial. Die empirische Analyse besteht aus zwei Teilen, die auch gleichzeitig die Form der Darstellung für diese Arbeit sind.

4.4.2 Einzelfallanalysen

In der ersten Auswertungsphase habe ich drei Einzelfallanalysen angefertigt. Ich habe mich für Rike, Ben und Roman entschieden, da diese, wie in der Auswertung deutlich wird, drei grundsätzlich verschiedene Typen darstellen. Das Interview mit Rike ist die initiale Analyse, die den Vergleichshorizont und Orientierungsrahmen für die spätere Auswertung der anderen Interviews bildet. Das Vorgehen der Auswertung verläuft wie folgt:

Das Datenmaterial wurde jeweils in Interpretationsgruppen (zum Beispiel Doktorandenkolloquium) vorgestellt und gemeinsam analysiert. So konnte ich erste Schwerpunkte für die weitere Auswertung festlegen.

Das Datenmaterial habe ich jeweils fallintern (auf Grundlage des Materials selbst) ausgewertet. Die Einzelfallanalysen bilden für sich einen eigenen Orientierungsrahmen (Nohl, 2017, S. 30). In der Auswertung bin ich sequenzanalytisch, also Wort für Wort, vom Anfang bis zum Ende des Datenmaterials, vorgegangen, um so die inhaltliche Struktur des Gespräches sowie die Beziehungsentwicklung zu rekonstruieren (Straub & Ruppel, 2022b, S. 167).

Durch den Schritt der reformulierenden Interpretation habe ich den Inhalt des Datenmaterials detailliert paraphrasiert. Entsprechend dazu habe ich aus dem Material generierte (sinnimmanente) Themenbereiche gebildet, mittels derer ich die Einzelsequenzen strukturieren und im nächsten Schritt miteinander vergleichen konnte (Straub, 2010, S. 69; Nohl, 2017, S. 30). Dieser Schritt war hilfreich und notwendig, um das Material in eine bestimmte Ordnung zu bringen.

Durch den Schritt der vergleichenden (bestimmenden und reflektierenden) Interpretation habe ich einzelne Segmente, die für meine Analyse besondere Relevanz hatten, interpretativ vertieft. Neben der Rekonstruktion subjektiver Handlungs- und Wissenstypologien sowie Orientierungs- und Relevanzstrukturen habe ich bestimmte sprachliche Auffälligkeiten (zum Beispiel die Verwendung bestimmter Begriffe oder Metaphern) und Verhaltensweisen, die mir während des Interviews aufgefallen sind, interpretiert (ebd., 70).

Je nach Segment und Möglichkeit zur vertiefenden Interpretation habe ich eigenes Alltagswissen, Fachwissen sowie theoretisches Wissen einbezogen, um möglichst kontrastive Vergleichs- und Gegenhorizonte zu generieren (Straub & Ruppel, 2022b, S. 134). Damit soll vor allem die eigene Relationalität zum Datenmaterial verdeutlicht werden. Den Bezug auf ›fallfremdes‹ oder theoretisches Wissen, mache ich in der Darstellung kenntlich.

Den Abschluss der Einzelfallanalysen bildet eine fallübergreifende komparative Analyse. Dafür habe ich aus dem Datenmaterial Typisierungen gewonnen, die ich bezüglich des Erlebens, der Handlungen und Einschätzungen von Psychose und Alltag sowie in den mir offenbarten Identitätsstrukturen unterscheide (ebd., S. 159f.). Schließlich haben sich vier themenbezogene Vergleichshorizonte, die die Analyseeinheit der weiteren Interviews sind, ergeben.

Methodische Anmerkung: Das Interview mit Rike, welches ich als letztes geführt habe, bietet sich als allgemeiner Vergleichshorizont und Orientierungspunkt in der empirischen Analyse an, da die im Laufe des Forschungsprozesses ausgearbeiteten Themenbereiche intensiv besprochen werden konnten. Mit der Auswertung des ersten Teils will ich den Horizont eröffnen, der eine Orientierung (auch im Kontrast) vorgibt. Das Interview besteht aus zwei Teilen. Für Einzelfallanalyse habe ich nur den ersten Teil verwendet.

4.4.3 Themenbezogene Interpretation

In der zweiten Auswertungsphase habe ich die Interviews von Ulla, Heinz, Ricardo Dennis, David, Vanessa und Julia interpretiert. Dabei habe ich mich an den themenspezifischen Vergleichshorizonten orientiert, die ich aus den Einzelfällen gewonnen habe.

Die Vergleichshorizonte habe ich themenspezifisch aufbereitet und in einen sinnlogischen Zusammenhang gestellt. Dabei habe ich mich vor allem auf die für diese Arbeit relevanten theoretischen Vorüberlegungen gestützt.

Ich habe die thematisch relevanten Datensegmente aus den entsprechenden Interviews ausgewählt und entsprechend nach Thema strukturiert (Bohnsack & Nohl, 2010, S. 109). Die Rekonstruktion hat sich an der thematischen Gebundenheit orientiert (Nohl, 2017, S. 9). Das Datenmaterial wurde anhand der themenspezifischen Identifikation aufgebrochen. Die thematisch gebundene Rekonstruktion verläuft fallübergreifend.

Das interpretative Vorgehen ist das gleiche wie im ersten Schritt. Auf die reformulierende, folgt die vergleichende Interpretation, wobei ich hier weitgehend auf theoretische Vergleichshorizonte verzichtet habe. Durch die thematische Orientierung, impliziert sich eine für den Vergleich notwendige theoretische Struktur, die in der Sinnrekonstruktion deutlich wird.

Nach Abschluss der Rekonstruktion typisiere ich die Fälle anhand ihres Erlebens, sowie der Einschätzung von Psychose und Alltag sowie den Identitätskonstitutionen der Forschungspartner.

Die empirische Analyse beende ich mit einer fallübergreifenden Generalisierung der Einzeltypen. Durch den Vergleich aller Typen konnte ich drei fallübergreifende Typen ermitteln, die Merkmale und Eigenschaften der Teilnehmenden im Wesentlichen zusammenfassen und darüber hinaus den Orientierungsrahmen für weitere wissenschaftliche oder praxisrelevante Handlungen bilden (Straub, 1999, S. 221f.; Nohl, 2017, S. 46f.; Bohnsack & Nohl, 2010, S. 123).

5 Empirie

Der empirische Teil dieser Arbeit setzt sich, wie angekündigt, aus drei Teilen zusammen. Zunächst habe ich drei Einzelfallanalysen erarbeitet, die sich als Typen stark voneinander unterscheiden. Diese sind Rike (5.1.1.), Ben (5.1.2.) und Roman (5.1.3.), die ich detailliert darstellen werde. Die Einzelfallanalysen schließe ich mit einem Zwischenfazit ab, in dem ich die für die weiteren Analyseschritte relevanten Themen kurz präzisiere. Darauf folgt die fallübergreifende Rekonstruktion (5.2.). Ich stelle erst die sieben Teilnehmenden vor und rekonstruiere anschließend das Material anhand der vergleichenden Themen, die aus den Einzelfallanalysen gewonnen wurden. Die Darstellung verläuft Thema für Thema und Fall für Fall. Die fallübergreifende Rekonstruktion endet mit einer Typik, die ich durch die Analyse gebildet habe.

5.1 Einzelfallanalysen

Im folgenden Abschnitt stelle ich drei Einzelfallanalysen vor. Die Daten setzen sich zusammen aus meinen Feldnotizen und dem Interviewmaterial. Ich beginne jeweils mit einer Darstellung der Interviewsituation und der Rahmenbedingungen, sowie meinem Eindruck von der interviewten Person. Die Einzelfallanalysen habe ich sequenziell unter der Berücksichtigung der jeweiligen Besonderheit des Interviews bearbeitet. Das heißt, ich habe mich in der Analyse an den individuellen Gegebenheiten des Interviews orientiert. Um Redundanzen zu vermeiden, habe ich wiederholende Interviewthemen/Erzählungen zusammengefasst. Dabei bin ich stets in der Chronologie des Geschehens geblieben, da so das Bild des Interviewten von einem ersten unbefangenen Eindruck bis hin zu seiner verdichteten Typisierung entworfen werden kann, die ich zum Ende der jeweiligen Analyse kurz zusammenfasse. Die Typisierungen, die ich im Fazit resümierend aufgreife, sollen Identität und Selbstkonzeption sowie sich daraus begründete Handlungsmuster und -orientierungen erklären. Das Interview mit Rike besteht aus zwei Teilen. Den ersten habe ich als Einzelfallanalyse bearbeitet und als abgeschlossen betrachtet. In der Tabelle 3 gebe ich einen ersten Überblick über die drei Analysen und stelle die Schwerpunkte dar.

Tabelle 3: Einzelfallanalysen und Motive/Themen

Typisierung	Motive/ Themen des Interviews
Rike, die souveräne Rationalistin	Veränderte Handlungsplanungen und dichte Orientierungen auf Grund der Erfahrung mit der Psychose; alltägliche Strategien im Umgang mit der Psychose; Darstellung der Bedrohung durch psychotisches Erleben; selbstbewusste Behauptungen gegenüber den Eltern und Professionellen; Selbstbestimmung und Behauptung von Autonomie und Recovery.
Ben, der verwundete Autonome (Partnerin nimmt teil)	Alltagsstrukturen werden mit der Partnerin verhandelt; Interviewstruktur wird mit mir verhandelt; Identitätsstrategien gegen die Abwertung werden (unfreiwillig) dargestellt; Abwehr des Autonomieverlusts durch Einflussnahme des sozialen Umfelds; Bedeutung des Cannabiskonsums; Motive der mangelnden Selbstwirksamkeit und Selbstzweifel werden verhandelt.
Roman, der gebrochene Zufriedene	Darstellung des Alltags in der psychiatrischen Wohneinrichtung; Behauptung individueller Handlungsmöglichkeiten, wie Malen oder Religiosität; biografische Rekonstruktion der Psychiatrieerfahrung und Familiengeschichte; Bedeutung der Mutter für sinnhafte Alltagsstrukturen.

5.1.1 Rike, die souveräne Rationalistin

Artikulierte Lebenspraxis auf wackeligem Fundament

5.1.1.1 Beschreibung der Interviewsituation

Rike und ich haben einen Interviewtermin für einen Tag im späten Januar 2021 um 13 Uhr bei Rike zu Hause vereinbart. Sie ist Anfang 20 und im ersten Semester ihres Mathematik- und Philosophiestudiums. Beim Eintreffen fiel mir auf, dass sie in einem für Studierende ungewöhnlichen Haus lebt. Auf den ersten Blick wirkt das Einfamilienhaus wie ein Elternhaus. Doch wohnt sie hier in einer Wohngemeinschaft mit ihrem Bruder und zwei weiteren Freunden. Rike war bei meinem Besuch allein. Die Mitbewohner waren für mehrere Tage nicht da. Ich blieb mit Rike auf der unteren Etage; hier befinden sich die Gemeinschaftsräume. Diese waren stark abgenutzt, die Möbel waren alt und es war kalt. Rike berichtete, dass das Haus ihrer verstorbenen Oma gehörte. Wir setzten uns ins Wohnzimmer. Dies hatte eine Glasfront mit Blick auf die Terrasse. Das Wohnzimmer war entsprechend den Vorstellungen vieler junger Studierender eingerichtet: Beamer, Soundanlage, Partygegenstände. Im Wohnzimmer lagen Ausgaben der Wochenzeitung DIE ZEIT verteilt. Rike machte uns einen Tee. Sie wirkte sehr nervös und ein wenig schüchtern. Wir begannen ohne weitere Verständnisfragen mit dem Interview. Rike fing unmittelbar mit der Erzählung an. Sie erzählte ungewöhnlich offen, detailliert, war zu Beginn aber streng ›formalisiert‹. Nach 75 Minuten möchte sie eine Pause machen und wir gehen etwa eine Stunde spazieren und unterhalten uns über Problematiken der Psychiatrie und Ideen ihrer Reformierung. Wie sich im zweiten Teil des Interviews herausstellen soll, erzählt Rike sehr offen über ihre Vergangenheit, was für eine Vertrauensbasis spricht, die möglicherweise während des Spaziergangs hergestellt werden konnte. Den zweiten Teil des Interviews bespreche ich nicht weiterführend. Der erste Teil ist meines Erachtens abgeschlossen und erfüllt alle Anforderungen an die Einzelfallanalyse. Im ersten Teil geht es um den Umgang mit der drohenden Psychose. Rike beschreibt ihre Handlungsstrategien, die sie einsetzt, um nicht wieder von der Psychose überwältigt zu werden. Die Rekonstruktion des Interviews ist dadurch ebenso technisch-formalisiert wie die Darstellung Rikes. Sie skizziert nach und nach die Schwierigkeiten ihrer Selbstpositionierung. So wird im späteren Verlauf des Interviews deutlich, warum Rike auf Selbstdisziplinierung und Zwang als Strategie zur Unterdrückung der Psychose setzt. Dies wird zum notwendigen Aspekt der Selbstbehauptung. Zur weiteren Rahmung des Interviews ist zu erwähnen, dass der Interviewtermin in den Winterlockdown 2020/2021 gefallen ist. Zu dem Zeitpunkt waren Schulen und Universitäten geschlossen. Lehrveranstaltungen fanden ausnahmslos online statt. So auch an Rikes Universität.

5.1.1.2 Alltagsstruktur und Selbstverantwortung

Die Tonbandaufnahme startet unmittelbar mit dem Eingangsstimulus: »Wie gestaltest Du Deinen Alltag?«. Rike beginnt mit einer direkten Aufzählung ihres Tagesablaufs. Eine Erzählung im engeren Sinne generiert sie zu Beginn nicht. Stattdessen berichtet sie strukturiert, routiniert und nahezu sachlich über einen homogen wirkenden Alltag. In der Erzählung thematisiert sie nicht etwa Beziehungen, sondern alltagsstrukturierende Reproduktionshandlungen und Routinen. Dabei wird die momentane Bedeutung des Studiums in ihrer Erzählung deutlich. Sie studiert »jetzt im Moment« (Z. 5) und es würde »meistens« (Z. 5) so ablaufen, dass sie die Veranstaltungen in digitaler Form besucht. Dafür steht sie »meistens« (Z. 7) um halb acht auf. Nach dem Aufstehen besucht sie dann gegen 8:15 Uhr eine digitale Veranstaltung ihres Studiums. Hätte sie mehr zeitlichen Freiraum, würde sie ausschlafen und dann frühstücken. Dies macht sie von Veranstaltungen abhängig, die flexibel wahrgenommen werden könnten. Sofern ihr Bruder zuhause sei, würde sie sich mit diesem bei der Zubereitung des Mittagessens abwechseln. Rike versucht, sobald sie ihre Verpflichtungen für das Studium erledigt hätte, »jetzt immer regelmäßig« (Z. 12) rauszugehen, da sie gemerkt hat, dass ihr »das gut tut« (Z. 12), weil sie wegen der »Coronaumstände« (Z. 13) aktuell nur sehr selten die Wohnung verlassen würde. Frische Luft und Abwechslung seien wichtig, da sich der Alltag wegen der fehlenden Präsenzveranstaltungen »sehr selten« (Z. 13) unterscheiden würde. Gegen 20 Uhr abends würde sie »meistens« (Z. 16) müde werden. Dies begründet sie mit der früh einsetzenden Dunkelheit. Erst dann gegen 19 oder 20 Uhr beginnen die Aktivitäten, die ihr Spaß machen, wie Lesen oder Tagebuchs schreiben. Ihre Routine geht darüber hinaus noch weiter. So hört sie jeden Abend gegen 21 Uhr mit ihrem Bruder Hörbuch. Dafür hätten sie dann »ungefähr« (Z. 20) eine Stunde Zeit, bis sie ins Bett gehen. Rike zeigt sich über den Punkt amüsiert, dass sie und ihr Bruder die Routine nicht einhalten könnten, wenn beide mehr Zeit für das Studium aufwenden. Denn ihre Schlafenszeit verschiebt sich auch mal, wenn sie gemeinsam eine Stunde Hörbuch hören würden. Daher weitet sie zum Ende ihrer Aufzählung die Zubettgehzeit auf den Zeitraum von 22 bis 0 Uhr aus. Dies wäre »meistens« so (Z. 25), würde sich aber auch »manchmal« (Z. 26) ändern, wenn sie morgens »nicht raus müsste« (Z. 27). Rike beendet ihre Aufzählung mit dem verstärkenden Ausruf, dass dies »aber meistens ungefähr so« (Z. 28) sei.

Die Einhaltung der an der Alltagsstruktur orientierten Handlungsroutine ist, wenn auch in leicht variabler, manchmal in reduzierter Form, »obligatorisch« (Heller, 2015 [1978], S. 200), notwendig und selbstverständlich. Aktivitäten werden in Rikes Darstellung nicht nach Vorliebe und Bedürfnis gewählt, sondern weil sie normativ durch das Konzept eines Alltags, der sich an verbindliche, teilweise weitgehend allgemeingültige Vereinbarungen klammert, eingefordert werden (Garfinkel, 2020 [1967], S. 122). Hinzu kommt, dass Rike keine sozialen Beziehungen außer derjenigen zu ihrem Bruder erwähnt. Dies erschwert es zunächst, das Handeln Rikes innerhalb eines Beziehungsgefüge

darzustellen. Da sie mit mehreren Personen in einer WG wohnt, lebt sie keineswegs isoliert, wenngleich sich die häuslichen Kontakte und Aktivitäten meistens auf den Bruder konzentrieren mögen. Allerdings macht Rike den Eindruck einer selbstbestimmten Nüchternheit, Sachlichkeit und gewissen Distanziertheit. Durch den Bezug auf andere Personen würde dieses durch Routinen bestimmte Bild automatisch ins Wanken geraten, wie sich später zeigen wird. Das Studium ist digital, Veranstaltungen können teilweise ohne zeitliche Verbindlichkeit gewählt werden, und darüber hinaus erwähnt sie auch hier keine sozialen Zusammenkünfte. Die für den Alltag normalerweise relevanten sozialen Beziehungen sind nun ohne Bedeutung, weil sie »im Moment meistens« (Z. 5) nicht stattfinden. Die dargestellte, reduzierte Alltagsstruktur wirkt deswegen etwas trist und erweckt den Eindruck einer Checkliste, die um ihrer selbst willen abgearbeitet werden muss.

Diesen Eindruck durchkreuzt Rike jedoch, wenn sie beschreibt, dass das abendliche Treffen mit ihrem Bruder je nach individueller Möglichkeit stattfindet und eine besondere Bedeutung besitzen würde. Der diszipliniert wirkende Alltag wird so im lachend eingeschobenen Kommentar »meistens @wird es später, weil wir@@uns nicht an die Zeiten halten können@« (Z. 22–23), aufgeweicht. Der von ihr wahrgenommenen Disziplinlosigkeit folgt aber unmittelbar eine Korrektur. Rike fügt an, dass sich das abendliche Treffen der Geschwister mitunter verschiebt, weil beide »was für die Uni machen wollen« (Z. 23). Obwohl sie bemüht ist, den Anschein der straffen Tagesstruktur aufrecht zu erhalten, wird ihre Struktur durch die Dynamik der Beziehung ›bedroht‹. Dieser hier sich lediglich andeutende Punkt wird im Verlauf des Interviews und meiner Interpretation noch wichtig werden.

Durch die Aufweichung institutioneller Strukturen während der Lockdownmaßnahmen sind Disziplin und Selbstverantwortung stärker denn je gefragt. Während normalerweise auch Beziehungen zu Mitstudierenden oder Dozenten die eigene Motivation ›hochhalten‹ und die Verantwortungsübernahme stärken, verlangt die digitalisierte Eigenverantwortlichkeit unter Coronabedingungen mehr Disziplin. Die gegenseitige soziale Kontrolle fällt nahezu weg, da das Studierendenleben im Privaten und in Isolation stattfindet. Das Routinetreffen mit dem Bruder wird zum Vergnügen, weil hier auch schon mal die Fassade der strengen Disziplin einbrechen darf, weil sie sich, an kindlichen Trotz erinnernd, »nicht an die Zeiten halten können« (Z. 22). Dies setzt dann ein beidseitiges Zugeständnis voraus, das aber trotzdem Verpflichtungen wie die ausstehenden Studienaufgaben, nicht gänzlich verdrängt. Aktivitäten, auf die Rike Lust hat, sind erst erlaubt, wenn »dann der Tag aufhört« (Z. 18), was mit der durch die frühe winterliche Dunkelheit verbundenen Müdigkeit zusammenfällt. Lustvolle und befriedigende Tätigkeiten werden erst in der Dunkelheit zum Thema, wenn der dann aktivierte Antrieb vor der Disziplinlosigkeit bewahrt. Die häufige Verwendung des Adverbs ›meistens‹ weist darauf hin, dass es neben dem gewöhnlichen, alltäglichen und strukturierten noch Dinge der Unregelmäßigkeit und des Ausbruchs geben kann, was Rike aber nicht ausführt. Selbst der tägliche Spaziergang wird zum »Versuch rauszukom-

men« (Z. 15). Außer einer Reaktualisierung der eigenen Energie zur Aufrechterhaltung der eigenen Disziplin, erfüllt der pflichtgemäße Spaziergang keine lustvolle Funktion. Selbst der Bezug zum Schlaf erhält eine lustfeindliche Komponente. Dieser darf sich erst entfalten, wenn möglicher »Freiraum« (Z. 8) dafür da ist.

5.1.1.3 Handlungsfähigkeit und Orientierung

Gehen wir nochmal zurück auf die Reaktion auf den Eingangsstimulus, so wird dessen irritierende Funktion im Kontext notwendig funktionierender Strukturen deutlich. Orientiert sich der Alltag in der Regel an institutionell vorgegebenen Strukturen, so müssen diese hier – auch coronabedingt – weitgehend selbst aufrechterhalten werden. Rike ist als junge Studierende auf sich selbst zurückgeworfen und muss sich irgendwie organisieren lernen. Dies erhält eine besondere Gewichtung, da sie mit dem Studium erst begonnen hat. Die Voraussetzungen und Organisationsleistungen, die im Studium gefragt sind, sind Rike womöglich bekannt. Sie konnte dieser aber nicht erproben, sondern muss ihre Handlungen entsprechend der ungewöhnlichen Situation neu organisieren lernen. Sie muss eigenständige Handlungsroutrinen entwickeln, die sich aufgrund der räumlichen Distanz zu anderen Studierenden nur vage vergleichen lassen. Der Alltag wird durch die eigene Disziplin und Verantwortung weitgehend gerettet, entzieht sich aber doch auch der Kontrolle und bleibt damit abhängig von der eigenen Motivation und Überzeugung, die Routinen und Verpflichtungen wirklich umzusetzen. Viel erzählen lässt sich von diesem Alltag nicht. Die Eintönigkeit der Beschreibung spiegelt die Eintönigkeit des Alltags wider, der kaum Beziehungen, kaum identitätsrelevante Auseinandersetzungen und kaum kreative Handlungsprozesse bereithält. Er besteht nur aus Routinen und Belanglosigkeiten, die sich mit denen von tausenden anderen Studierenden vergleichen lassen.

Rike kann nach ihren ersten Ausführungen nicht erkennen, was in der Interviewsituation weiter bedeutsam sein könnte, und artikuliert ihre Zweifel mit einer in solchen Situationen durchaus üblichen Zwischenfrage:

»Aber meistens ungefähr so JA (...) @@war es das oder gibt es da noch Nachfragen oder soll ich weitererzählen // @@wenn du weitererzählen möchtest, kannst du gerne weitererzählen // gern.« (Z.35–37)

Nachdem sie ihren Alltag »abgearbeitet« hat, unterbricht sie sich selbst mit der Frage, ob »es das war oder noch Nachfragen gibt oder weitererzählen soll« (Z. 29–30). Rike ist sich des Wertes ihrer Darstellung vielleicht nicht ganz sicher. Sie scheint zum Ende gekommen zu sein und verlangt nach Nachfragen. Sie kann nicht einschätzen, ob es noch etwas für ihr Gegenüber Relevantes zu erzählen gibt. Rike möchte, so scheint es, direkt zum Thema kommen. Nach meiner Antwort, dass sie gerne weitererzählen

könnte, kommt sie ohne weitere Umwege auf ihr »Psychoseding« (Z. 31) zu sprechen. Die Aufnahme eines neuen Erzählstrangs verdeutlicht, wie wichtig ihr dieses Thema ist und wie schnell sie es ansprechen möchte. An diesem Punkt gewinnt die Erzählung dann auch eine neue Dynamik.

5.1.1.4 Das »Psychoseding«

Rike wechselt nach meinem Hinweis, dass sie gerne weitererzählen könnte, den Erzählstil. Sie zählt nicht mehr die für ihren Tagesablauf relevanten Punkte auf, sondern versucht die scheinbar strenge Struktur und Routine ihres Alltags mit dem »Psychoseding« zu begründen. Sie versucht sich um eine Einordnung ihres Charakters und ihrer Fähigkeiten. Sie sei eher ein »verpeilter« (Z. 32) Mensch, der häufiger durcheinanderkommt. Wenn sie sich nicht auf eine Sache konzentrieren könnte, würde der Fokus schnell abbrechen. Dagegen würde ihr ein klarer, im Alltag etablierter Rhythmus helfen, der Struktur bietet. Diesen würden sie benötigen, da sie häufiger unaufmerksam (Z. 38) wird und »abdriftet« (Z. 38), was zu einer Unachtsamkeit gegenüber »sich selbst und ihren Bedürfnissen« (Z. 39) führen kann. Würde sie über den Tag verteilt etwa (allzu) viel »Informationen absorbieren« (Z. 41), dann würde sie ihren »inneren Kompass« (Z. 42), das heißt ihren »Faden verlieren« (Z. 42). Dann sei ihr auch nicht mehr so klar, was sie eigentlich zu tun hat. Das gemeinsame Mittagessen mit dem Bruder sei so ein Element, das ihr die notwendige Struktur verleiht.

In diesem Abschnitt fällt die auffällige Formulierung »Psychoseding« auf. Die Psychose wird hier als Objekt versprachlicht und erhält so einen passiven und leblosen, gegenständlichen Charakter. Wie im Weiteren gezeigt werden soll, ist diesem »Ding« die Möglichkeit des Kontrollverlustes inhärent. Die Psychose wird deswegen von Rike, als ein ihr äußerliches Objekt externalisiert. Durch die Externalisierung instrumentalisiert sie den Umgang ihrer Psychose. Geht sie auf Distanz, so ist die Psychose nicht mehr Teil von ihr. Die Instrumentalisierung der Psychose suggeriert Möglichkeiten ihrer Kontrolle und Manipulation. Auch die Versachlichung als »Ding« eröffnet bestimmte Handlungsoptionen. Mit Dingen kann man sachgerecht umgehen, man kann sie handhaben, anschauen und durchschauen. Dinge sind dem eigenen Selbst äußerlich. Das »Psychoseding« ist so etwas Äußerliches, dem Rike gegenübersteht wie einem Fremdkörper. Distanz zu sich selbst verdeutlicht sie im Satz nach der zuletzt zitierten Äußerung. Sie sieht sich selbst zwar als Mensch, der häufiger »verpeilt« ist, »durcheinanderkommt«, dem der »Fokus« fehle und der Schwierigkeiten habe, sich zu konzentrieren. Das können Schwierigkeiten sein, die jeden Menschen, also unabhängig von einer Psychoseerfahrung, betreffen könnten.

Hätte sie den Satz nicht durch das »Psychoseding« gerahmt, wären die beschriebenen Eigenschaften keine sonderlich auffälligen oder solche, die bei einem Menschen

in ihrem Alter besonders ins Gewicht fallen würden. Die Eigenschaften werden damit von ihr, als typisch für ihr »Psychoseding« konnotiert. Ihrer Argumentation folgt der Hinweis, sie könnte dem nur mit einer strengen Struktur und Routine begegnen, da sie ansonsten »unachtsam gegenüber sich selbst und ihren Bedürfnissen« werden würde und »abdriften« könnte. Dies hätte einen Verlust des »inneren Kompasses« zur Folge. Die verwendeten Metaphern erinnern an die fortschreitende Unfähigkeit, die äußere Welt nach eigenen Vorstellungen zu strukturieren und Handlungen möglich zu machen. Die äußere Welt zerfasert oder fällt in sich zusammen und bietet keinen Orientierungspunkt mehr. Sie kann zur dauerhaften potenziellen Gefahr werden und eine »ontologische Unsicherheit« (Laing, 1987 [1960], S. 38) hervorrufen, da das Eindringen auch immer eine Überwältigung sein kann (ebd., S. 44.). Ihre Reaktion (aktive Strukturierung) auf die bedrohlich wirkende äußere Realität ist ein Versuch, die Komplexität auf ein handhabbares Maß zu reduzieren (Küchenhoff, 2012, S. 47). Die »Abwandlung der Intentionalität« (Conrad, 2002 [1957], S. 100) vergegenwärtigt sich durch den Verlust des Bezugspunkts in der äußeren Welt, die bis zur Unkenntlichkeit in die innere Welt vordringt und diese folglich mitreißt. Rike sieht sich auf offener See ohne Kurs in Richtung Endlosigkeit. Der Kurs schwimmt und der Kompass versagt. Rettendes Ufer, greifbare Nähe zum Land oder ein sichtbarer Horizont können nur unter großem Aufwand erreicht werden. Rike versucht, sich mit größter Kraft in Richtung rettendes Ufer zu orientieren, indem sie mit Routinen und Struktur gegensteuert. Die ozeanische Strukturlosigkeit begrenzt sie mit Maßnahmen, die sie im ersten Abschnitt des Interviews dargestellt hat. Die Routinemaßnahmen werden durch die Verwendung der Metaphern wie Haltepunkte oder Orientierungshilfen, die Rike täglich ansteuert. Wie der Kompass als Instrument, der nach klaren Regeln folgt, sollen die Strukturmaßnahmen eine ebenso verbindliche und klare Funktion einnehmen. Funktionslosigkeit würde möglicherweise schwer bestraft werden, deswegen sind Disziplin und Routine so essenziell: »Und dass das dann auch immer so stattfindet. Und auch GENERELL« (Z. 45), sind Rikes Worte, um die Wichtigkeit ihrer Struktur deutlich zu machen und zu zeigen, dass das »immer« keine Alternative kennt. Das zeugt von einer Radikalität der eigenen Lebensführung, die trotz fehlender institutionalisierter Strukturen mittels selbst auferlegten Zwangs in ihrer Kompromisslosigkeit aufrechterhalten werden soll.

5.1.1.5 Selbst und Bedürfnisse

Ein zusätzlicher Faktor für das Funktionieren und der Selbstkontrolle ist der Umgang mit den eigenen Bedürfnissen. Den Umgang verdeutlicht sie ebenfalls mit der Distanzierung: »auch unachtsam gegenüber mir selbst und meinen Bedürfnissen« (Z. 39) zu sein. Achtsamkeit oder Unachtsamkeit als eine auf sich selbst bezogene Handlung und Haltung wird in dieser Formulierung durch das »gegenüber mir selbst und

meinen Bedürfnissen« als getrennte Einheiten dargestellt. Nicht ›ich bin unachtsam gegenüber mir selbst‹, sondern ›ich bin unachtsam gegenüber mir selbst und meinen Bedürfnissen‹. Die Trennung des Selbst von den eigenen Bedürfnissen wirkt wie eine technisch-formale Behandlung der eigenen Bedürfnisse, die, als ›meine‹ neben dem Selbst stehen und diesem nachgeordnet sind. Das Selbst läuft im Takt des »klaren Rhythmus« (Z. 36). Durch die Struktur wird die technisch-formale Selbstversorgung abgesichert. Schwierig wird es, wenn sie zu viele »Informationen absorbiert« (Z. 41). Dies würde zur Desorientierung beitragen; die Absorbierung geschieht nahezu unkontrolliert. Rike, die durch das Absorbieren »zu viel im Kopf hat« (Z. 40) und dann sich selbst vergisst, nimmt eine passive Rolle in der Erzählung ein. Der Input kommt ohne Ausweichmöglichkeiten in sie herein. Wie ein Schwamm, der in einen Eimer Wasser geworfen wird, nimmt sie alles auf, bis das Limit erreicht ist. Dann wird der Kopf schwerfällig und die Informationen bleiben nicht länger in ihr drin, sondern fallen wieder heraus. Die Grenzen der Innenwelt verschwimmen in der Außenwelt und gehen in diese über.

Als Beispiel für die Selbstvernachlässigung verwendet sie Hunger, den sie nicht bemerken würde, als ein für die Innenwelt typisches Bedürfnis. Durch die Aufnahme äußerlicher Dinge wird der Hunger zur Nebensache und schließlich vergessen, da sie durch den Prozess des Absorbierens längst zu »voll« ist. Zum Essen muss sie sich häufig zwingen oder durch ihren Bruder erinnern lassen. Ansonsten läuft sie immer weiter voll, was ihre Struktur und Routine aufweichen, verwässern und sie letztendlich in die ozeanische Endlosigkeit treiben würde. Die Fähigkeit zum Absorbieren wirkt zudem nicht nur bedrohlich, sondern auch wie eine Möglichkeit des ›sich treiben lassen‹. Der unkontrollierte Input wird zum Gegensatz zum sonst so stark kontrolliert-formalisierten Alltag. Die technisch-formal angelegte Regulierung der Bedürfnisse, die dem Selbst bedrohlich werden könnten, werden zur effizienten Kontrolle ausgelagert, damit die Kontrolle über diese wiedererlangt und Handlungsfähigkeit hergestellt werden kann. »Sich einfach treiben zu lassen« steht für den Untergang in der scheinbaren ozeanischen Grenzenlosigkeit. Die technisch-formale Regulierung wird, wie wir sehen werden, zur Rettung.

5.1.1.6 Rhythmus und Routine

Nach der Darstellung ihres strikt geplanten Alltags geht Rike auf Regelmäßigkeiten in ihrem Wochenablauf ein. Sie besucht einmal die Woche an einem festen Tag zu einer festen Uhrzeit die Verhaltenstherapie und Einzeltanztraining. Sie betont, dass es »immer derselbe Rhythmus« (Z. 48) sei. Die »Gleichmäßigkeit« (Z. 49) habe »eher ne Ruhe« (Z. 49). Die regelmäßigen Termine würden »sie am liebsten mögen« (Z. 51) und »das hilft ihr das eher einzuhalten und auf sich zu achten« (Z. 53). Wieder geht

sie auf das Beispiel des Hungerhabens ein. Sie würde nichts essen, wenn sie Hunger hätte, sondern müsste dies aus der Routine heraus zur »Selbstverpflichtung« (Z. 55) machen. Das Essen wirkt, wie ein heteronomer Zwang – es wirkt genusslos und ohne Freude, wie das sogenannte freudlose »Aufladen der Akkus«.

» [...] und ähm da mag ich es immer am liebsten, wenn es immer regelmäßige Termine sind / also zum Beispiel, da treffe ich mich jetzt immer donnerstags um 18 Uhr / genau und das hilft mir das eher einzuhalten und auf mich zu achten. Also wenn ich / also ich schaffe das meistens nicht zu essen, wenn ich Hunger habe, sondern ich brauche so einen Rhythmus: also ich weiß ok, es ist zwölf Uhr und dann habe ich quasi ne Selbstverpflichtung, dass ich mir, was zu essen mache, weil es so ne Routine hat.« (Z. 51–56)

Deutlich wird, wie groß die Sorge oder gar die Angst vor dem möglichen Kontrollverlust sein kann. »Gleichmäßigkeit«, »Routine« und »Rhythmus« erinnern an ein durchgetaktetes Subjekt, das nichts dem Zufall überlässt. Die Routinen sind Selbstzweck, denn gegessen wird nicht aus Hunger, sondern aufgrund von »Selbstverpflichtung«. Rike »verpflichtet« sich »selbst« zur Routine und zur Struktur, was letztere zu einer neurotischen Kompensation der möglichen Spontanität des Ichs macht. Die Natürlichkeit der Spontanität fällt der gesellschaftlichen Zweckrationalität zum Opfer, die Effektivität und Effizienz ihrer Individuen einfordert (Kracauer, 1977, S. 59). Die Psychose ist Ausdruck einer ungezähmten Natur, demgegenüber steht die in den Alltag vordringende »therapeutische Rationalisierung« (Castel et al., 1982, S. 337). Die Erfahrenen müssen mit aller Macht zurück in die gesellschaftliche Rationalität geholt werden. Die rhythmische Gleichmäßigkeit eines penetranten Vierviertel Takts soll der Spontanität, die der gefährliche Begleiter der Psychose sein kann, den letzten »Freiraum« (Z. 8) entziehen. Aus Sorge oder gar Angst vor der weiteren Psychose werden die individuellen Bedürfnisse der Gemeinschaft untergeordnet. Mittels eines therapeutischen Handlungsregiments werden sie taktisch effizient reguliert. Denn Individualität heißt Spontanität, heißt bereit sein für den Kontrollverlust. Doch der bringt die Möglichkeit des Verlustes der Selbststeuerung und Handlungsfähigkeit. Der Alltag setzt sich nicht aus Wünschen und Bedürfnissen zusammen, sondern aus dem Moment zur therapeutischen Selbstverpflichtung und dem Zwang zur Disziplin. Die Psychose wird immer auch als Bedrohung der sozialen Harmonien erlebt (Ehrenberg, 2021, S. 128). Daraus ergibt sich die paradoxe Situation, Individualität als Gefahr für das Selbstkonzept zu erkennen.

5.1.1.7 Der Weg zur Kontrolle der Außenwelt

Rike stellt hier ein individuelles Rezept gegen Selbstverlust dar, der durch eine mögliche weitere Psychose bewirkt werden könnte. Ein Ausbruch soll keinen Spielraum bekommen. Das Selbst muss sich wegen einer verstärkten sozialen Verantwortung nach außen positionieren, was eine Verstärkung der sozialen Reglementierung bedeuten kann. Dies wirft die Frage auf, was sie sich zutraut und zutrauen kann. Ihr Erleben spielt sich zwischen einer totalen Struktur, die Sicherheit vermittelt und totaler Strukturlosigkeit, die zur ontologischen Unsicherheit beiträgt, ab. Entweder die Struktur wird routiniert und verpflichtend umgesetzt oder sie wird es nicht. Ungewohnte Zwischentöne im Takt sorgen für Irritation, so auch in der dichotomen Beziehung von Struktur versus Strukturlosigkeit. Der Alltag wird zum verhaltenstherapeutischen Diktum, in dem jeder Bereich des Lebens und jede Minute durchgeplant ist. Disziplinelosigkeit heißt Versagen, weil jeder nicht angepasste Schritt einen Rückfall in die Psychose bedeuten könnte. Wie sehr Rike spürt, dass das »Psychoseding« auf der Lauer liegt, markiert sie durch die Verwendung der Personalpronomen »ich« oder »mich«. Die häufige Verwendung von Zeitadjektiven wie »jetzt im Moment« (Z. 5), »jetzt meistens« (Z. 5), »meistens« (Z. 5, 7, 8, 16, 18, 22, 25, 26, 28), »regelmäßig«, »jetzt immer« (Z. 12), »jetzt« (Z. 13), die in der Beschreibung über die Alltagsstrukturen besonders präsent sind, bezeugen, mit welcher Konsequenz und Überzeugung Rike versucht, ihre Handlungsroutinen zu verfolgen (Matthes & Schütze, 1973, S. 22). Sie überzeugt sich selbst, wie oft und intensiv sie dem nachkommt und wie sehr sie selbst Verantwortung über Erfolg und Misserfolg hat.

Mit der Formulierung »[I]ch mache bestimmte Dinge in einer gewissen Regelmäßigkeit« positioniert sich Rike gegenüber der im Schatten liegenden Psychose, die durch die Stärkung des Realitätsbezugs kontrolliert werden soll. Die Stärkung des Ichs mittels der kontrollierenden Maßnahmen zur Strukturierung der Außenwelt, gibt Rike vermutlich das Gefühl eines sicheren Handlungskonzeptes, hinterlässt aber ein unbehagliches Gefühl, weil die Psychose durch das Dilemma der verstärkten Selbstkontrolle zurückgehalten, nicht aber bewältigt wird. Das Funktionieren der Innenwelt ist zeitgleich abhängig von der nötigen Kontrolle der Außenwelt. Die Kontrolle der Außenwelt offenbart das Dilemma. Je stärker der Versuch der Kontrolle der Außenwelt, desto mehr bleiben die Konflikte der Innenwelt unberührt und ihre Überwältigung ist wahrscheinlich (Mentzos, 2017, S. 153). Der Konflikt offenbart sich in der Vehemenz, mit der Rike gegensteuert, um nicht wieder psychotisch zu werden.

»Also ich hab halt gemerkt FÜR MICH, was so das Psychoseding und so weiter angeht / also ich glaube, ich bin generell eher son Mensch ähm, dass ich ähm öfter mal verpeilter bin oder ein bisschen mehr durcheinander komme und mich nicht so stark fokussieren kann, wenn ich mich nicht drauf konzentriere. Also ich glaube ich kann mich sehr gut fokussieren, wenn ich dabei bin, aber ähm, wenn ich nicht drauf achte, dann kanns auch schonmal sein, dass ich zwei

Stunden lang irgendwas tue aber nicht weiß, was ich genau tue oder tun möchte, deswegen habe ich halt gemerkt, dass mir son ähm klarer Rhythmus hilft oder so ne / zumindest, dass das so ne Struktur gibt. Also zum Beispiel, dass wir ähm / dass ne Struktur gibt, dass ich mich versorge ähm weil ich meistens eher abdrifte und unaufmerksam werde und auch unachtsam gegenüber mir selbst und meinen Bedürfnissen, wenn es mir nicht gut geht.« (Z. 30–39)

Das »Psychoseding« wird in seiner objektivierten, dem Selbst entäußerten Positionierung, zu einer Art Belastung, die vergleichbar mit einem Fluch oder einer moralisch aufgeladenen Schuld von außen an das Subjekt herangetragen wird, das dann fortan zur Rechenschaft gezwungen ist, um sich von dem »Ding« zu befreien. So wird der äußerlichen Bedrohung ein Abwehrszenario entgegengesetzt, dessen Wirksamkeit nicht verbürgt ist, sondern abhängig bleibt von jedem einzelnen spontanen Moment, der die Wünsche und Bedürfnisse der eigenen Individualität herausfordert. Diese werden als mögliche Gefahr genauso außerhalb des Ichs vermutet. Das Ich wird in einen doppelten Abwehrkampf verstrickt, was im folgenden Dilemma deutlich wird. Zum einen ist es die unbedingte Kontrolle über das »Psychoseding«. Zum anderen sind es die Reize der Außenwelt, die mit ihren Verlockungen die Kontroll- und Abwehrfunktionen aktiviert. Die eigenen Wünsche und Bedürfnisse werden dabei als Bedrohung durch die Außenwelt aufgefasst, da das Verlangen in der Beziehung zur Außenwelt geweckt wird. Folglich wird sie »fokussiert« und »konzentriert« in »Rhythmus« und »Routine« zurückgeholt (Fuchs, 2008, S. 40f.). Rike beschreibt diesen Prozess mit den Strategien, ihre Gedanken unter Kontrolle zu bringen.

5.1.1.8 Gedankenkontrolle

In der darauffolgenden Sequenz beschreibt Rike, warum sie manchmal vergesse, auf ihre Bedürfnisse zu achten und warum ihr dies manchmal so schwerfallen würde. Sie benötigt ihren »inneren Kompass« (Z. 60), um nicht »kopflös zu bleiben« (Z. 65) und sich nicht in »Dingen zu verlieren« (Z. 66–67). Sie würde dann den »Kontakt zu sich verlieren« (Z. 77) und nicht mehr auf sich achten. Dies untermalt sie mit möglichen »Gedanken, die im Kopf kreisen« (Z. 88–89), und der Bemerkung, dass sie dann »verloren« (Z. 90) sei. Sie verdeutlicht diese mögliche Situation wieder mit einer Metapher, die an die Gefährlichkeit des Ausfalls des Kompasses in der ozeanischen Weite erinnert. Wenn sie zu sehr in bestimmte Dinge »versinkt« (Z. 99), besteht immer die Angst, dass sie dort nicht mehr »herauskommt« (Z. 99). So wirken bestimmte Handlungen in Rikes Darstellungen, als wären sie endlos. Dies hätte dann eine »Zerfaserung ihrer Aufmerksamkeit« (Z. 109–110) zur Folge. Dann kommen »irgendwelche Gedanken hoch« (Z. 114) und sie würde sich stundenlang »einfach weitertreiben lassen« (Z. 115), weil die konkreten Gedanken ohne inneren Kompass einfach »verlaufen« (Z. 116) würden. Die

Angst vor einem möglichen Struktur- und einem drohenden Intentionsverlust – dem antizipierten Zerfall des Ichs und seiner Funktion, innere und äußere Spannungen ausgleichen zu können (Küchenhoff, 2012, S. 84) –, die in dieser Sequenz deutlich wird, begegnet Rike, wie oben dargestellt, mit der Notwendigkeit eines äußerlichen und stark reglementierten Rhythmus, den sie bereits in ihrem Elternhaus schätzen gelernt hat. Diesen selbstverantwortlich umzusetzen, würde ihr allerdings sehr schwerfallen. Im Unterschied zu anderen Menschen in ihrem Alter muss sie aufgrund ihrer Krankengeschichte mehr (Selbst-)Verantwortung tragen.

Ein wenig merkwürdig wirkt es, als sie erwähnt, dass ihre Psychose nicht mehr so einen großen Stellenwert einnehmen würde, da sie »soweit abgeschlossen« (Z. 155) hat und »nicht mehr aktiv ist« (Z. 156). Dies irritiert und wirkt im Kontext des Eingangs beschriebenen Aufwands, den sie betreibt, eigenartig – als könne sie die Psychose einfach abstellen. Sie sieht zwar keinen Unterschied zwischen ihren alltäglichen Herausforderungen und denen ihrer Altersgenossen, doch zeichnet sich eine große Angst vor der Wiederkehr der Psychose ab, da diese stets im Hintergrund wirksam ist und damit auch immer Zugriff auf ihre Lebensgestaltung hat. So sei zum Beispiel das »psychisch herausfordernde« (Z. 168) Mathestudium ein Grund, um Angst zu haben, dass etwas passieren könnte. Im Kontext der Lebenssituation erhält das Mathestudium eine besondere Bedeutung, die vertiefter dargestellt werden soll.

5.1.1.9 Das Mathestudium

Das Gespräch wechselt an dieser Stelle das Thema und wir sprechen über den Studienstart, das Kennenlernen anderer Kommilitonen und die Herausforderungen des Mathestudiums. Aufgrund des damaligen Lockdowns besteht zu Kommilitonen nur sporadischer Kontakt über die Onlinelerngruppen oder telefonisch. Dies würde ihr den Vergleich mit anderen Studierenden erschweren und sie könne ihre Leistungen nur schwer einschätzen. Das würde sie teilweise verunsichern und ihr Sorgen machen, da es ihr schwer fällt festzustellen, an welchem Punkt die Herausforderungen sie besonders belasten oder im Vergleich normal sind. Meine Frage, warum sie sich für ein Mathestudium entschieden hätte, beantwortet sie mit einer längeren Ausführung. Schon in der Schule hat sie sehr gute Leistungen in Mathe gezeigt und zudem Extrakurse und eine Schülerakademie besucht. Auch sei ihr das Studium empfohlen worden, da die Leistungen für sie gesprochen hätten. Diese selbstsichere Aussage, steht im Kontrast zu den eingangs erwähnten Verunsicherungen hinsichtlich der möglichen Herausforderungen während des Studiums. Schnell hätte sie die »realistische Chance« (Z. 222) erkannt, das Studium zu schaffen. Das Nebenfach Philosophie würde sie aufgrund ihrer Fähigkeiten in Mathe auch gut bewältigen können. Für das Mathestudium hat sie sich entschieden, da sie aufgrund der hohen Anforderungen, die das Studium mit sich bringt,

gute berufliche Perspektiven sehe. Das Studium würde die »logischen Fähigkeiten und die Frustrationstoleranz trainieren« (Z. 234–235). Mathematiker seien beliebt, da sie sich schnell in verschiedene Denkmodelle und Theorien einarbeiten sowie logische Dinge durchdenken könnten.

Diese Aussage wirkt widersprüchlich gegenüber den oben getätigten Aussagen, sich verlieren zu können und gedanklich abzuschweifen. Die als flüssig verlaufend dargestellten Gedanken erhalten in der Logik der Mathematik einen stabilisierenden Rahmen, in dem mögliche gedankliche Abweichungen unmittelbar als inhärente logische Fehler bestraft werden können. Die selbst auferlegten Strukturen und Routinen ›fließen‹ durch das Prinzip mathematischer Logik in die gedankliche Struktur und geben dieser eine logische Ordnung. Die Psychose wird in gewisser Weise auch zum Logikfehler der eigenen gedanklichen Struktur, die sich mittels mathematischer Prinzipien in ihrer Kohärenz überprüfen lässt. Die mathematische Logik wird zum Bollwerk gegen die psychotische Ausschweifung. Die Auseinandersetzung mit der Mathematik fördert die Stress- und Frustrationstoleranz, welche wiederum gegen das ›Ver-rückt‹ sein schützt. Das Motiv, die Psychose als Naturbedrohung zu kontrollieren, wird in der Durchdringung der Lebenspraxis mittels mathematischer Prinzipien zur sozialkompetenten Absicherung gegen die Psychose. Eine mathematische Lebenspraxis im Studium wird zum unausweichlichen moralischen Imperativ der möglichen (richtigen) Selbstregulation erhoben (Ehrenberg, 2019, S. 228). Dem ›Stress‹ tolerant begegnen zu können, wird zur Tugend, deren Voraussetzung ein entsprechendes Arsenal von Methoden und Strategien gegen die Psychose ist. Damit wird Stress nicht mehr als Indikator einer bedrohlichen Außenwelt interpretiert. Der nicht erfolgreiche Umgang mit der Bedrohung wird als individuelle Schwäche umgedeutet.

5.1.1.10 Strategien gegen das Zerfasern

Im weiteren Verlauf wird deutlich, warum es ihr zum Beispiel bei der Beschäftigung mit Mathematik gelingt, sich zu konzentrieren und bei einer Sache zu bleiben. Das Zerfasern der Gedanken würde sich durch häufige »Themensprünge« bemerkbar machen. Würde sie sich »bewusst ans Lernen« setzen (Z. 300), hätte sie diese Schwierigkeiten nicht. Das Zerfasern würde problematisch werden, wenn sie sich nicht auf eine Sache festlegen könnte und verschiedene Dinge ohne Struktur macht. Dann erinnert sie sich; sie sei schon immer Tragträumerin gewesen und hätte sich auch immer von äußeren Eindrücken zu sehr ablenken lassen. So fällt ihr dann manchmal nach ein paar Minuten auf, dass sie eigentlich etwas ganz Anderes machen wollte und manchmal kein Ende finden könnte. Wichtig sei es, sich erst einmal zu sammeln, um sich wieder konzentrieren zu können. Sie beschreibt eine Strategie, mit der sie »alles verlangsamt« (Z. 345) und sich bemüht, sich und ihre Umwelt »bewusster wahrzunehmen« (Z. 350)

und sich selbst zu fragen, was ihr eigentlicher Plan gewesen sei. Dabei würde es ihr helfen, ihre Gedanken auf ein Blatt Papier zu schreiben. Das Bewusstmachen der eigentlichen Intention würde ihr helfen, sich neu zu organisieren und zu verlangsamen. Das Aufschreiben bringt darüber hinaus automatisch eine Verlangsamung mit sich, da der Schreibprozess alle anderen Handlungen unterbricht. Dies birgt die Möglichkeit einer konkreten Intention mit eindeutigem, pragmatischem Bezugspunkt in der Außenwelt. Durch die Zerfaserung der Gedanken werden ihre intentionalen Motive unkonkret, sie verfolgt keinen klaren Plan mehr, sondern folgt verschiedenen, in der Außenwelt vorliegenden Reizen. Einzelne Dinge oder Momente verlieren schnell an Bedeutung und werden rasch durch andere abgelöst. Das Aufschreiben würde ihr helfen, einzelne Gedanken wieder zu fassen und diesen eine Struktur zu geben. Nachdem sie ihre Gedanken auf dem Blatt gesammelt hat, wird dieses zerrissen, was ihr hilft, von den unwichtigen und überflüssigen Gedanken abzulassen. Zudem würde sie auch Bilder malen, da es manchmal einfacher sei, die Eindrücke in einem Bild zu fassen. Dies sei keine Technik, die sie in der Klinik oder in der Therapie gelernt hat. Es hat ihr schon immer geholfen, sich neu zu strukturieren. Sie hat gemerkt, dass es manchmal helfen würde, Dinge »bewusst zu fassen« (Z. 415), weil das helfen kann, sich »bewusster auszudrücken und festzuhalten« (Z. 420) und sich dadurch an die »simplesten Dinge« (Z. 424) erinnern zu können.

Nach der Darstellung der Alltagsschwierigkeiten und Strategien für den Umgang mit ihnen wechselt das Gesprächsthema. Sie schildert nun, wie es ihr überhaupt gelingen konnte, ein Leben nach ihren Vorstellungen zu führen. Hier wird deutlich, dass die strenge Disziplin und die Selbstkontrolle für ihren Selbstentwurf, ihre Lebenspraxis und ihre Perspektiven wahrscheinlich unverzichtbar sind. Wie oben dargestellt, entwickelt sich in der Selbstvorstellung und ihrer Artikulation ein Dilemma zwischen der psychotischen Erfahrung und ihrer Handlungspraxis. Die Psychose droht, sie der Handlungspraxis zu zerreißen. Die Handlungspraxis erscheint wie ein kompensatorisches Mittel zur »oberflächlichen«, stets unsicheren Zählung der Psychose. Rike erkennt einen Weg für sich, der das Dilemma zwar nicht auflösen kann, sie aber an ihrem Lebensentwurf festhalten lässt.

5.1.1.11 Konfrontation statt Sicherheit

Es folgt eine längere Darstellung, in der Rike über ihre Risikobereitschaft im Umgang mit der Psychose berichtet. Nicht selten kommt es vor, dass Menschen mit Psychoseerfahrung auch lange nach dieser Erfahrung selbst noch jedes Lebensrisiko scheuen, um sich vor einer weiteren Psychose zu schützen. Von professioneller Seite wird dies sogar zur Vorbeugung möglicher Rückfälle empfohlen (Häfner, 2017, 402f.). Dass dies individuell abgewogen werden und Pauschalisierungen unbedingt vermieden werden

sollten, ist eine andere Diskussion (siehe 1.2.7). Die Tendenz zur Risikominimierung, zu einem bestimmenden ›Institutionalismus‹ und zur Überbehütung durch Überversorgung wird von Vertretern der Recoverybewegung als ein Grund für längere Verläufe, Rückschläge und Verschlimmerung bis hin zu ständig wiederkehrenden Episoden angesehen (Amering & Schmolke, 2012, S. 165ff.). Rike hingegen positioniert sich selbstbewusst und eigenverantwortlich im Umgang mit ihrer Psychose. Obwohl sie gegen extreme Positionen argumentiert – man achtet zu stark oder gar nicht auf sich – und eine gemäßigte einnehmen möchte, hat sie eher die Tendenz der Risikobereitschaft, was unter den beschriebenen Lebensbedingungen eher ungewöhnlich ist. Ihr ist es wichtig, das Leben nicht zu sehr von der Erkrankung dominieren zu lassen, sich dennoch aber zu überlegen, wie ein selbstverantwortliches und »möglichst gutes Leben« (Z. 486) realisierbar sein kann. Dafür bedarf es jedoch einer Art permanenten seelischen und strategischen Gegenwehr gegen die stets lauende und auch gespürte Gefahr einer Wiederkehr der Psychose. Die Option, sich aufgrund der Psychose komplett einzuschränken, kommt für Rike nicht in Frage, da sich Lebensentwürfe und Perspektiven allzu stark begrenzen lassen müssten, was dann eine mindere Lebensqualität zur Folge hätte. Obwohl die behandelnden Ärzte und ihre Eltern zur Vorsicht gemahnt haben, wollte sie ausprobieren, anstatt in einer Art ›Angststarre‹ ausharren:

»[...] und dann weiß ich, ob / obs klappen würde. Also es ist eine schwierige Frage so@, aber ähm also meine Erfahrung ist, ich habs halt irgendwie hinbekommen.« (Z. 490–491)

Nachfolgend erklärt Rike dann, wie es zu ihrer risikobereiten Einstellung gekommen sein könnte. Von ihren Eltern hat sie viel Unterstützung erfahren, was auch heißt, dass sie sich im richtigen Moment mit der Unterstützung zurückhalten konnten. Die Mutter hatte aufgrund ihres Berufes als Psychotherapeutin die notwendige Erfahrung und das Wissen, mit der Situation umzugehen. Mit positiven Beispielen Psychoseerfahrener konnte sie Rike motivieren, weiterhin an ihren Zukunftsentwürfen festzuhalten. Die behandelnden Ärzte haben hingegen versucht, die Erwartungen abzupuffern und einzuhegen. Dennoch war es für Rike klar, nach der Genesung wieder in die Schule zu gehen, um das Abitur zu machen.

»Ok, ich will jetzt TROTZ / trotz meiner Krankheit / trotz der Psychose will ich das jetzt machen. Sondern das war immer sowas / das war halt das, was ich gemacht habe@ und dann habe ich das einfach gemacht und halt einfach / ich hab eigentlich immer alles / es war irgendwie klar, dass ich da Führerschein machen werde. Es war irgendwie klar, dass ich das mache und dann habe ich das einfach / einfach getan. Habe es einfach versucht und so gut es halt ging und dann hat es auch geklappt.« (Z. 530–535)

Hier wird ihre Entschlossenheit deutlich, mit der sie an ihrem Lebensentwurf festgehalten hat und sich weder von ihren zögernden Eltern noch von den pessimistischen

Prognosen der Ärzte hat irritieren lassen. Das Weitermachen war für Rike einfach selbstverständlich.

5.1.1.12 Die Psychoseerfahrung als Identitätskonflikt

Daraufhin geht Rike auf ihre persönliche Entwicklung ein, die verdeutlichen kann, warum sie ihre Entscheidungen trotz Psychoseerfahrung risikobereit getroffen hat. In dieser Sequenz zeigt sich ihr Ringen um ihre Selbstvorstellung, wie es ihr gelungen ist, an ihren Entwürfen festzuhalten und die Selbstkontrolle nicht aus der Hand zu geben. Der letzte Aspekt ist, wie ich in meinen anderen Analysen zeigen werde, keine Selbstverständlichkeit, sondern wegen der Psychoseerfahrung und den entsprechenden sozialen Erwartungen ein prekärer Akt. Die Positionierung vieler Erfahrener wird sicherlich durch die sich hartnäckig anhaltenden negativen Prognosen und die Annahme über die Homogenität des Krankheitsverlaufs verunsichert. Wird der Rückfall in die Psychose und das soziale Scheitern vielfach erwartet, wirkt dies in Momenten der Vulnerabilität und Verunsicherung zusätzlich desorientierend (Slade & Londgen, 2015; Amering & Schmolke, 2012, S. 173f.). Als gängige Motive des Gelingens werden Disziplin, Eigenverantwortung und Selbstkontrolle offensichtlich, mit denen Rike die Psychoseerfahrung kontrollieren und sich gegenüber ihren Eltern behaupten konnte. Der Konflikt beinhaltet mehr als nur die Frage nach dem richtigen Umgang mit der Psychose. Sie muss sich zudem als Jugendliche im Prozess des Erwachsenwerdens mit ihren Entscheidungen und Vorstellungen gegenüber ihren Eltern positionieren. Die Konfliktlinien vermischen sich hier und bringen zusätzliche Erwartungen in die Situation, die beidseitige Entscheidungen zusätzlich erschweren. Wie dies abgelaufen ist, erklärt Rike in einer biografischen Sequenz.

Die erste Psychoseerfahrung hat sie mit ca. 16 Jahren Ende 2016 erlebt. Ihr Krankenhausaufenthalt dauert etwa ein halbes Jahr. Danach wurde sie wieder eingegliedert und sie hat sich entschlossen, das Abitur an einer anderen Schule zu machen. So hat sie die Schule im Sommer 2017 gewechselt. Laut eigener Beurteilung war sie noch immer im »Heilungsprozess« (Z. 540). Erst im Winter 2017 hätte sie sich getraut, »das erste Mal so einen Rückblick« (Z. 545) vorzunehmen und zu überlegen, wie sie »wieder ins Leben kommt« (Z. 544–545). Zu diesem Zeitpunkt stand sie auch nicht mehr unter dem Einfluss einer starken Medikation. Sie hätte sich dann »zugetraut« (Z. 548), sich mit »emotionaleren und aufwühlenderen Sachen« (Z. 548–549) zu beschäftigen. Sie sei dann das erste Mal wieder ins Risiko gegangen, obwohl sie gemerkt hat, dass es ein »Balancekat« (Z. 552) werden und sie wieder in »zerbrechliche Zustände« (Z. 552) kommen könne. Etwa ein Jahr später hat sie sich in einer emotionalen Situation befunden, in der sich ihre Eltern dann »tatsächlich mehr Sorgen gemacht haben« (Z. 557)

als sie selbst. Rike hingegen akzeptiert, dass bei einem gewissen Risiko die Psychose auch wiederkommen könnte. Sie merkt dazu an:

»Es ist kein Weltuntergang und ähm ich glaube, das mit dieser Käseglocke ist natürlich auch das Ultravermeidungsverhalten. So ES DARF NICHT NOCHMAL passieren. Es ist ultraschlimm und so weiter ähm (...) ich meine sich davon stören zu lassen, das nimmt einem ja dann auch ganz vieles und da auf jeden Fall habe ich den Punkt gebraucht auch für mich zu sagen: Ok, ich traue mich jetzt wieder raus und dann mich damit zu beschäftigen: OK, was kann da noch alles passieren? Und zu sagen: Ok, ich nehme das aber auch in Kauf und das ist dann auch ok, so.« (Z. 562–567)

Rike positioniert sich trotz einer möglichen zerbrechlichen Situation betont souverän. Der »Balanceakt« drückt ihre unsichere Situation aus. Der Drahtseilakt ist stark abhängig von ihrer Fähigkeit die Balance zu halten – rechts und links lauert der Abgrund. Entweder geht sie ungeachtet der Position ihrer Eltern ins Risiko, was automatisch einen Konflikt mit Selbigen mit sich bringen kann. Oder sie reduziert das Risiko, verwirft ihre Lebensentwürfe und zieht sich auf ein Minimum ihrer Vorstellungen zurück. Zu bedenken ist, dass die Reduktion der Medikamente ihr eventuell erst die Möglichkeit gegeben hat, aktiv zu werden. So kann die Einnahme von Antipsychotika Effekte zur Folge haben, die gemeinhin als Negativsymptome der »Schizophrenie« klassifiziert werden könnten (Moncrieff, 2020, S. 56f.). Gemeint sind zum Beispiel Konzentrationschwierigkeiten, Müdigkeit, innere Unruhe, Antriebslosigkeit oder Desinteresse (DGSP, 2018b, S. 17). Die langfristige Einnahme würde mit den wahrscheinlich häufig auftretenden Nebenwirkungen die Handlungsentwürfe ein Stück weit in Frage stellen und eine Neuorientierung verlangen, da Handlungspläne unter der Medikation kaum realisiert werden könnten (Schlimme & Scholz, 2022; siehe Interview mit Vanessa).

Rike, die zum Zeitpunkt der ersten Psychose noch in einem Alter war, in dem die Eltern die Verantwortung für notwendige Entscheidungen innehatten, musste die Realisierung ihres Vorhabens zunächst bei ihren Eltern »abchecken« (Z. 568). Sie hat diese »provoziert« (Z. 568), sich mit der Möglichkeit einer weiteren Psychose auseinanderzusetzen. Rike war es wichtig, die Verantwortung für ihre Situation selbst zu tragen. Vor allem ihrer Mutter musste sie verdeutlichen, dass sie Rike nicht vor einer weiteren Psychose schützen könnte. Zu dem Zeitpunkt, als sie etwa 17 Jahre alt war, hat sie sich und ihre Eltern mit dieser Entscheidung in eine ambivalente Situation gebracht. Zum einen sind die Eltern für das Handeln von Rike verantwortlich. Sie müssen sich im Zweifel in einer weiteren Notsituation um sie kümmern. Zum anderen aber stehen sie selbst unter sozialem Druck, da andere Akteure, wie zum Beispiel Ärzte, Lehrer oder gar Verwandte auch Nachfragen stellen würden, wie es denn zu einer weiteren Psychose kommen könnte, wenn diese doch mit der weiteren Einnahme der Medikamente und Risikominimierung hätte verhindert werden können. Dies bringt Rike womöglich in ein Dilemma, das sie zusätzlich belasten könnte. Ihre Entscheidung bewegt sich zwischen einer autonomen und selbstständigen Zukunftsorientierung und der Gewissheit, dass

ihr ganzer Plan ein »Balanceakt« sein kann, der auch ihre Eltern in eine schwierige Situation bringen könnte. Diese Situation durchzuhalten ist für eine Jugendliche, die noch die gewöhnlichen Konflikte des Erwachsenwerdens austragen muss, eine schwere Bürde und verlangt viel Selbstvertrauen und eben auch Disziplin. Rike verdeutlicht die Ambivalenz ihrer Situation:

»Und da sind die nochmal sehr stark in ihre Eltern / in ihre elterlichen Pflichten gegangen und ähm da war ich dann teilweise noch sehr verletzlich und meine Eltern mussten sich mehr um mich kümmern und dann war das natürlich parallel quasi der Heilungsprozess und das Verarbeiten und dann noch die Verantwortung für die Krankheit übernehmen und dann noch gleichzeitig erwachsen zu werden und sich auch DA von den Eltern zu lösen // mmh // das war parallel. Und ich glaube, das war auch schwierig für meine Eltern, weil ich glaube, ich kann mir vorstellen, dass es schwieriger ist. Dann das Kind in die freie Welt zu lassen, weil man auch noch weiß: Ok, ähm da ist noch die Psychose im Hintergrund und da ist es dann glaube ich schwierig für die Eltern dann nicht overprotective zu werden // @ // @@ ähm meine Eltern können das eigentlich im Allgemeinen sehr gut.« (Z. 585–594)

Trotz dieser Gedanken beharrt Rike auf ihre Selbstverantwortung im Umgang mit ihrer Psychoseerfahrung. Letztlich konnte Rike sich gegenüber ihren Eltern durchsetzen. Sie hat diesen »klargemacht« (Z. 599), dass der Umgang mit der Psychoseerfahrung ihre »Verantwortung« (Z. 599) sei. Dieses deutliche Statement hätte ihrer Mutter dann auch geholfen, »loslassen zu können« (Z. 600) und sich aus der Verantwortung zu nehmen. Ob der beschriebene Weg die »ideale Entscheidung« (Z. 605) war, weiß Rike auch nicht, aber sie wollte »das irgendwie für sich lernen« (Z. 606), wie sie mit der Psychoseerfahrung und der Einnahme von Medikamenten umzugehen hätte. Diese Möglichkeit sieht sie im »Arzt-Patienten-Verhältnis« (Z. 608–609) als kaum realisierbar an, da viele Menschen ihre Verantwortung abgeben und sich nur schwer wieder aus dem Verhältnis lösen könnten. Den Versuch zu wagen, sich eigenverantwortlich und gegen die Entscheidung des Arztes zu wenden, erfordere viel Mut. Je nach Einschätzung der Psychoseerfahrung durch den Arzt, würde dieser die eigene »Zurechnungsfähigkeit« (Z. 618) als Non-Compliance und Krankheitsuneinsichtigkeit in Frage stellen (Bock, 2017, S. 38). Das würde wiederum Hilfebedürftigkeit suggerieren, was den Wunsch zur »aktiven Eigenverantwortung« (Z. 623) als mögliche psychotische Fehleinschätzung relativieren könnte. Der Vorwurf des Psychotisch-Seins ist ein ewiges Problem für Psychoseerfahrene, die sich deswegen immer wieder für ihre Handlungen rechtfertigen müssen. Als Diagnose weist die Psychoseerfahrung auf mehrdeutige Handlungsimplicationen; normal kann immer auch psychotisch sein, zumal die Symptombeschreibungen das Denken, Fühlen und Handeln klassifizieren (Rüsch, 2021, S. 73; Johnstone, 2019, S. 11). Das macht die eigene Identität brüchig, da sie immer in der Gefahr ist, in Frage gestellt zu werden. Eine brüchige (oder auch bezweifelte) Identität sorgt für den Zweifel an den eigenen Handlungsvorstellungen und -vollzügen. Die Erfahrenen müssen sich immerzu die Frage gefallen lassen, ob ihre Entscheidungen, denn »richtig« und aus

›normalen‹ Erwägungen heraus entstanden sind (Goffman, 1986 [1967], S. 13). Rike kann dieses Problem für sich reflektieren und annehmen.

Die Übernahme der Entscheidungen durch die Eltern hat sich für Rike anders dargestellt, als sie in der aktiven Psychose war. Hier war es in Ordnung, als die Eltern und die Ärzte die Entscheidungen getroffen haben. Sie hat mehrere Antipsychotika einnehmen müssen, bis sie mit Olanzapin eins gefunden hat, das gewirkt hat. Dieses hat sie sehr müde gemacht und sie hat sich später gegen die Einnahme entschieden. Die Verantwortung für das Absetzen hat sie rasch selbst übernommen und eben auch die Verantwortung, dies entgegen der Entscheidung ihrer Mutter zu tun. Das Reduzieren bis zum endgültigen Absetzen der Medikamente hat etwa 1,5 Jahre gedauert und ein halbes Jahr nach dem Abitur hat sie dann alles abgesetzt. Ungefähr zur gleichen Zeit ist sie für ein Freiwilliges Soziales Jahr zu Hause ausgezogen und sei dann auch nicht mehr regelmäßig zum Psychiater gegangen. Damit entzieht sich Rike der weitgehenden Kontrolle ihrer Eltern und übernimmt diese schließlich selbst. In Notsituationen hat sie dann einen Hausarzt aufgesucht, der die Behandlung nach ihren Bedingungen gestaltet.

5.1.1.13 Der erwartete Rückfall

Die komplette Reduktion der Medikation ist mit einer Prüfung zusammengefallen, was anschließend zu neuerlichen psychotischen Phänomenen, jedenfalls zu diesbezüglichen Ahnungen und Erwartungen sowie einer erneuten Aufnahme in eine Psychiatrie für Erwachsene geführt hat. Sie hätte sich selbst eingewiesen, weil sie »negative Gedankenspiralen« (Z. 676) entwickelt hat, aus denen sie ohne fremde Hilfe nicht mehr rausgekommen wäre. Die Entscheidung, in die Klinik gegangen zu sein, war offensichtlich nicht die richtige. Schon in der Aufnahmesituation habe sie den Eindruck gehabt, sie würde »in der Schublade« (Z. 688) Psychose behandelt werden. Laut ihrer Einschätzung sei sie in einem »Grenzzustand« (Z. 692) gewesen, der »auf jeden Fall kein normaler Zustand« gewesen sei, sondern »das war so Richtung psychotisch« (Z. 692–693).

»Also ich denke / ich hab so das Gefühl ähm bei ner Psychose ist so vielleicht so, wenn man son Normalzustand hat, dann gibt es irgendwann so nen Grenzpunkt ab dem es kippt und man gefangen ist, in diesen Gedanken / diesen Gedankenspiralen. Aber das war ich noch nicht / also ich war noch nicht über den Kippunkt, aber ich war quasi an der Grenze // mmh // ähm oder da in die Nähe.« (Z. 695–698)

Obwohl sie sich in so einer schwierigen Situation befunden hat, deren antizipierter Ausgang einen erneuten Kontrollverlust zur Folge hätte haben können, entscheidet sich Rike, die Psychiatrie nach ein paar Tagen zu verlassen. Sie hat das »Gefühl gehabt, sie muss zur Ruhe kommen« (Z. 753–754) – das sei im Krankenhaus nicht möglich gewesen. Der Aufenthalt hat sie noch mehr aus der »Balance« (Z. 704) gebracht, da ihr

Handeln nur in der Kategorie der Psychose bewertet wurde. Diese Einschätzung des Klinikpersonals besorgt Rike, die sich so lange um ihre Autonomie und Selbstkontrolle bemüht. Die Beschreibung eines »Ausnahmestand[s]« (Z. 703), der aber noch nicht über einen »Kippunkt« gekommen sei, signalisiert, wie brüchig und gefährdet ihre Identität zu diesem Zeitpunkt war. Eine falsche Handlung oder eine überstürzte Einschätzung eines Arztes hätte wieder eine Verschiebung der Kontrolle mit sich bringen und eine Ungleichheit zwischen den Interaktionspartnern erzeugen können (Strauss, 1974 [1959]), S. 90f.), die Rike so lange abwehrt. Die erneute Psychose hätte wahrscheinlich wieder die Eltern und andere Akteure ins Spiel gebracht, die dann wieder auf die Einnahme der Medikamente gedrängt hätten. Insgesamt hätte die Situation zu einem Zusammenbruch der Handlungsorientierung führen können und Rike hätte erneut von vorne anfangen müssen. Das frustriert, macht mutlos und handlungsunfähig.

Rike aber hat sich entschieden, die Dinge mit ihrem Hausarzt selbst zu regeln. Dieser hat sie über einen Zeitraum von fünf bis sechs Wochen krankgeschrieben. Sie hat die Zeit zuhause verbracht, war von allen Verpflichtungen befreit und konnte sich das nehmen, was sie brauchte. Dies waren die Grundbedürfnisse, Ruhe und Zeit zum Nachdenken. Den Alltag und alles um sie herum, konnte sie dann selbst steuern. Die Kontrolle hat sie behalten aber auf ein Minimum an Handlungsroutrinen begrenzt – was sicherlich auch ein Minimum an Interaktionspartner einschließt (Goffman, 1986 [1967], S. 21). Auch die Vereinbarung mit dem Hausarzt für eine Wiedereingliederung und der Verschreibung von Antipsychotika konnte sie nach ihren Vorstellungen planen. Sie hat sich nicht durch Fremdanamnesen aus dem Konzept bringen lassen.

»[...] er hat mir dann auch das Olanzapin verschrieben ähm aber er hat mir NICHT diktiert wieviel ich nehmen soll, sondern ich hab mich mit ihm abgesprochen und / ich glaube das ist@ / das ist das woran ich mich glaube ich / wo ich mich am meisten gewehrt habe ähm eigentlich alle um mich herum, haben gesagt, dass ich wieder meine Medikamente nehmen soll ähm also die / die ähm die in der Klinik wollten die natürlich auch, dass ich mein Medikamente nehme und auf ner Dosis ähm quasi als wäre ich psychotisch. ähm ich habe mir das alles angehört, aber ich hab ähm (...) ja ich hatte einfach ähm / ich hatte in mir Widerstände dann wieder komplett quasi von vorne anfangen zu müssen und wieder komplett ne Dosis zu nehmen, obwohl ich auch selbst wusste / obwohl ich selbst den Eindruck hatte: Ich bin / ICH BIN nicht psychotisch und ich kann mich mit Leuten ganz normal unterhalten und ähm und das war schon so, dass es ein Grenzzustand war aber ich / ich hab dann ähm ne kleinere Dosis genommen (..) ähm (...) ja ich hab ne kleinere Dosis genommen aber ich / für mich hab ich gesagt: ICH WILL nicht quasi mich wieder mit dem Medikament wegschießen, so dass quasi alles in mir so weit gedämpft wird, dass gar nichts mehr passieren, sondern ich möchte versuchen, das : ANDERS irgendwie hinzubekommen.« (Z. 739–752).

Erkennbar wird Rikes Widerstand, mit dem sie sich gegen die Einwände aus ihrem sozialen Umfeld wehrt. Die Angst vor dem Kontrollverlust wird deutlich, als sie sich gegen das »Wegschießen mit dem Medikament« entscheidet. ›Wegschießen‹ ist als

Metapher bekannt für übermäßiges Trinken, das zum Kontrollverlust führt und den Betrunkenen dann zur ›Beute‹ der anderen Menschen machen kann. Die Vorstellung, die Kontrolle über die eigene Situation zu verlieren und wieder von neu anfangen zu müssen, ist für Rike schwieriger als zu akzeptieren, dass sie wieder psychotisch werden könnte. Die Entscheidung beziehungsweise Ahnung, ob sie tatsächlich wieder psychotisch werden könne und gerade im Begriff sei, es zu werden, unterliegt ihrem Willen und damit ihrer Selbstkontrolle. Daran festzuhalten, ist ihr wichtig. Ihre Vorstellung, dass »ANDERS irgendwie hinzubekommen«, verweist auf eine selbstbewusste Überzeugung gegenüber dem Ausnahmezustand, der jederzeit in die gefährliche Richtung kippen könnte. Stattdessen sucht sie nach einem Weg, der in ihr Lebenskonzept passt. Sie möchte nicht werden wie einige Menschen mit Psychoseerfahrung, die sich komplett von den Medikamenten abhängig machen und damit jede Verantwortung an den Arzt oder andere Helfende delegieren.

»[...] es ist vor allem, dann auch wenns akut ist es / ist es das Mittel was dann ähm zumindest die Leute so weit beruhigen kann, dass man vielleicht mit ihnen arbeitet und dann weiter dann was machen kann, aber es ist nicht so, dass es das schlag mich tot Ding wäre / also das Totschlag / das Totschlagargument aber / so das Totschlagmittel somit / da / damit behandeln wir das [...].« (Z. 765–768)

Das Argument zur Behandlung mit Medikamenten wird von Rike als Totschlag assoziiert. In dem Totschlag symbolisiert sich der Verlust ihrer Identität, der sich durch die Abgabe der Selbstkontrolle, Autonomie und Handlungsroutine kennzeichnet. In der Handlung des »Zukleistern« (Z. 771) mit dem Medikament, verbirgt sich die Schwere und Antriebslosigkeit, die bei der Durchführung von Handlungsroutinen blockiert wird. Die Ausführung ist zäh, man ist wie festgeklebt und bewegungslos. Rike widersetzt sich dem Druck durch den Einfluss von außen und den Medikamenten. Der Totschlag impliziert hier ihre gesellschaftliche Handlungsunfähigkeit und Ohnmacht gegenüber ihrer Lebenspraxis und ihren Handlungsentwürfen.

Die Maximaldosis der Medikamente würde einem Gift, das gegen ihre Identität eingesetzt wird, gleichkommen. Das macht die Behandlungsimplicationen übergriffig, denn sie streben die Kontrolle über die Psychose an, anstatt die Psychoseerfahrung als Teil der Identität anzuerkennen. Rike hingegen integriert die Erfahrung als Teil ihrer Identität mit all den erwartbaren Tiefen, die dann aber Teil ihrer Vorstellung sind und die Erwartungen womöglich weniger schmerzvoll machen. Als eine Art autotherapeutische oder prophylaktische Maßnahme kann der äußerst sensible Umgang mit ihrem Autonomiepotential betrachtet werden, das ihr viel bedeutet. Die erfahrungsgesättigte Überzeugung, dass ihr die Wahrung ihrer Autonomie und das Treffen letztlich selbstbestimmter Entscheidungen bereits öfters geholfen und sie in ihrem eigenen, selbst zu verantwortenden und zu gestaltenden Leben gehalten hat, lässt sie auch noch in riskanten Situationen und fragilen Position an dieser Art der kommunikativen Selbst- und Weltbeziehung festhalten. Dabei erscheint es wichtig, dass Rike weiß, dass dies

nicht unbedingt dauerhaft so bleiben wird. Der Einbruch eines psychotischen Schubs erscheint nie ausgeschlossen. Rike kann ihm jedoch den widerfahrnisartigen Charakter ein Stück weit nehmen, indem sie hoch differenzierte Praktiken der Selbstbeobachtung und -einschätzung einübt und deren Resultate andauern mit den Ratschlägen von signifikanten Anderen abgleicht.

Seit sie das Studium begonnen hat, ist sie medikamentenfrei. Für den Notfall, etwa wenn der Stress im Studium zu belastend werden könnte, hat sie immer eine Notfallpackung Medikamente im Haus, die sie dann einnehmen würde. Diese möchte sie aber nur für den wirklichen, das heißt, selbst diagnostizierten Notfall vorhalten, da sie durch die einmalige Einnahme schon die Erfahrung gemacht hat, morgens einen starken Überhang zu haben. Sie könnte sich nicht vorstellen, dauerhaft so müde und unkonzentriert ihr Studium zu schaffen. Erinnern wir uns an den Anfang des Interviews, wird deutlich, warum Rike in ihrem Alltag so diszipliniert und strukturiert ist. Sie erarbeitet selbstständig unter weitgehender Selbstkontrolle einen Umgang mit der Psychoseerfahrung, der zwar anstrengend wirkt, aber sich zur Prävention eignet – und ihr vor allem ein aus ihrer Sicht lebenswertes, hinreichend selbstbestimmtes Leben ermöglicht. Das Leben halbwegs autonom führen und gestalten zu können, wird zu einem alles durchdringenden Wert, der aus der extremen Kontrasterfahrung des radikalen psychotischen Selbstverlustes entstanden ist. Man könnte das als eine spezifische Erfahrung der negativen Selbsttranszendenz bezeichnen, aus der die besagte Wertbindung erwächst (Joas, 1999, S. 229). Für Rike wird Autonomie so bedeutsam und wertvoll, weil sie das Gegenteil radikaler Heteronomie in der Psychose kennt. Die Erfahrung kann sie stets erinnern und permanent vergegenwärtigen.

5.1.1.14 Zusammenfassung der Einzelfalltypik

Ihr persönlicher Umgang mit dieser Erfahrung und ihrer stets davon ›überschatteter‹ aktuellen Situation ermöglicht es ihr, den Lebensentwurf des Studiums zu realisieren und einen Studiengang zu belegen, der sicherlich auch unter ›normalen‹ Voraussetzungen schon schwierig zu schaffen ist. Rike bewegt sich stetig in dem Balanceakt, dass ihr Lebensentwurf gefährdet wird, wenn es zu einer Situation kommt, in der sie wieder Medikamente einnehmen muss. Dies motiviert sie zu ihrem asketisch, diszipliniert und engagiert geführten Leben, welches nach außen belastend und erschöpfend wirkt, für sie aber eine Möglichkeit darstellt, an ihrer Lebenspraxis und ihrer Perspektive festzuhalten.

[...] also quasi wie / wie sehr hält es mich vom Studium? Welche Nachteile hat es dann für mich und wie hoch ist das Risiko, was ich damit abfangen würde. Also ist es quasi / sag ich. Ok, das Risiko ist so hoch, damit muss ich das / damit will ich das dann die Einschränkungen in Kauf nehmen oder kann ich das Risiko auch anders händeln? Kann ich so besser auf mich aufpassen? Ist es so hoch, dass ich quasi / also, dass es einfach ausgewogen ist und dann habe

ich mich entschieden, dass ich es dann nicht mehr nehmen möchte // mmh // weil ich das Gefühl hatte: Na ja, wenn es mich dann vom Studieren ablenkt, weil ich mich nicht konzentrieren kann, dann hilft es mir auch nicht quasi das Risiko des Studiums abzupuffern, wenn ichs dann / wenn ich dann nicht studieren kann.« (Z. 815–823).

Jedenfalls findet sie für sich einen individuellen Mechanismus mit den Anforderungen des Alltags, des Studiums und dem Sozialleben zurechtzukommen. Die individuelle Verhandlung ihrer Lebenspraxis, die weitgehend ohne Einfluss von außen ist, gibt ihr die Motivation und die Energie, an ihrem Genesungsweg festzuhalten. Nicht selten gibt es Menschen mit Psychoseerfahrung, die sich mit den Anforderungen nicht arrangieren und sie nicht aushalten können. Für sie wird die Psychose zur inneren Flucht vor dem bedrohlichen Identitätskonflikt, zu einer Art verzweifelter Rettung des Eigenen in der Krankheit (Mentzos, 2015, S. 346). Der von außen auferlegte Sinn – und speziell die oktroyierte Medikation – mag in manchen Situationen unerlässlich oder hilfreich sein, auf Dauer wird die betroffene Person aber von sich, ihren Lebensentwürfen, ihrem Selbstkonzept und ihren Handlungsvorstellungen entfremdet (Bock et al., 2014b, S. 32). Der Kampf um die Deutungshoheit des psychotischen Erlebens ist belastend und zermürend, zumal wenn es darum geht, die psychotische Erfahrung als Teil der Identität anzuerkennen und diese dennoch nicht als genuin pathologisch zu bewerten. Die ›psychotische‹ Option (als Deutungsmöglichkeit) ist eine stets mögliche Wirklichkeit, darf aber nicht zur fremdartigen Übermacht werden, die alle Selbstbestimmungschancen von vornherein untergräbt und zerstört. Rike konnte sich einen Vorteil verschaffen, da es ihr gelungen ist, die Deutungshoheit über ihre Erfahrung zu behalten. In ihrer Darstellung hat sie gezeigt, wie sie sich gegen Fremdvorstellungen, die ihre Selbstvorstellung in Fragen stellen würden, zur Wehr setzen konnte, ohne dabei von anderen Personen als psychotisch symptomatisch diskreditiert zu werden. Ein Vorteil ist sicherlich auch, dass ihre Eltern weitaus toleranter und unterstützender waren – und eigene Ängste besser ausgehalten haben –, als es viele Angehörige vermögen, die in ihrer Verunsicherung und Unsicherheit sehr viel bestimmender und restriktiver auftreten. Dies hätte Rikes Verhandlungsposition möglicherweise schwächen können. So aber gelingt es ihr, selbstbestimmt mit der Psychose, die sie als Teil ihrer Identität anerkennt, umzugehen. Die zu Beginn martialisch wirkende Selbstkontrolle und Unterdrückung der Psychose wird als notwendige Lebenspraxis biografisch begründet. Rikes eigenständig ausgeübter Zwang wird in der Relation zum kleineren Übel, denn nur so behält sie die Kontrolle über ihr Leben.

5.1.2 Ben, der verwundete Autonome Die Angst vor der Demütigung

5.1.2.1 Beschreibung der Situation mit Ben und Tanja

Das Interview mit Ben und Tanja habe ich im frühen Dezember 2020 um 15:00 Uhr bei Ben zuhause geführt. Die Vorbereitungen für das Interview habe ich mit Tanja getroffen. Bereits im Vorfeld hat sie mich auf eine gewisse Unordnung und Unreinlichkeiten in der Wohnung aufmerksam gemacht. Zudem sei Ben unzuverlässig mit seinen Terminvereinbarungen. Mögliche »psychotische Äußerungen« sowie der Konsum von Cannabis seien zu erwarten. Ich habe die beiden in einem Obdachlosen- beziehungsweise Flüchtlingsheim im Industriegebiet am Rande einer Kleinstadt in Rheinland-Pfalz getroffen. Dort wohnte Ben mit einem Flüchtling aus Nordafrika. Die Wohnung erinnert an ein altes Bürogebäude. Die Möbel, die Küche und die Räume waren abgenutzt und dreckig. Die Einrichtungsgegenstände waren zusammengewürfelt und standen chaotisch im Raum verteilt. Es war unordentlich, unbequem und kalt. Ben ist Mitte 20 Jahre alt. Seine Kleidung war abgetragen und teilweise bemalt. Beim Betreten der Wohnung bemerkte ich den Geruch von Cannabis. Tanja war Ende 20 und Krankenschwester in einer Psychiatrie. Trotz langjähriger Partnerschaft wohnten beide nicht zusammen. Das Interview gestaltete sich als schwierig. Ben hat seine Erzählungen immer wieder unterbrochen, ist ausschweifend geworden oder hat die Frage vergessen.²⁶ Er wurde deswegen ungeduldig und wollte das Interview schnell zu Ende bringen. Ich habe Tanja eingeladen, sich an dem Gespräch zu beteiligen. Der Interviewtermin fällt in den Corona-Lockdown im Winter 2020/2021

5.1.2.2 Irritationen zu Beginn des Interviews

Die Tonbandaufnahme beginnt mit dem Hinweis, dass ich diese gestartet habe, worauf Ben mit einem langgezogenen, nahezu lässigen »Yoooo« (Z. 5) antwortet. Diese scheinbare Lässigkeit versucht Ben während des Interviews aufrechtzuerhalten. Der Eindruck der Lässigkeit folgt einem gewissen Urteil über seine demonstrative Gleichgültigkeit, von der in den Vorgesprächen mit Tanja die Rede war. Seine mögliche Ambivalenz und Unzuverlässigkeit gegenüber Terminen erhalten durch die Teilnahme Tanjas einen gewissen Nachdruck. Sie wollte dabei sein, damit der Termin in jedem Fall eingehalten wird. Zudem versuchte sie, Ben ein wenig zu steuern. Mein

²⁶ Im Laufe der Interpretation wird sich die Frage ergeben, ob Ben tatsächlich vergisst, worauf er antwortet oder ob das Vergessen zu seiner Strategie gehört, auf die Fragen nicht einzugehen.

Eindruck von Ben wurde durch den Zustand der Wohnung und die Tatsache, dass er vor meinem Eintreffen Cannabis konsumiert hatte, verstärkt. Tanja, die sich um einen positiven Eindruck bemühte, wird von Ben immer wieder in Frage gestellt. Dass ihr die gegebene Situation unangenehm war, wurde bereits deutlich, als sie mich vor dem Eingang abgefangen hat, um sich für den Konsum von Cannabis und den Zustand der Wohnung zu entschuldigen.

5.1.2.3 Der Außenseiter

Meine Eingangsfrage richte ich an beide. Ich befrage Ben nach seinem Alltag und fordere Tanja auf zu erzählen, welche Rolle sie dabei einnimmt (Z. 9–10). Ben beginnt nicht mit einer Handlungsbeschreibung, sondern mit einer persönlichen Vorstellung, wie er gerne sein würde und nicht wie er ist oder was er macht:

»mmh ich verbringe meinen Alltag, als wäre ich im Kopf eigentlich schon reich [...]« (Z. 12).

Diese Aussage hilft ihm im späteren Interviewverlauf, sein Handeln und seine Entscheidungen zu begründen. Seinen gegenwärtigen Zustand bringt er mit seinen vergleichsweise schlechteren familiären Lebensbedingungen während der Zeit des Aufwachsens in Zusammenhang. Davon möchte er sich distanzieren, sieht sich aber zunehmend einer vermeintlich schwierigeren Lage ausgesetzt. Dass er gern reich sein würde, begründet er damit, dass er in eher armen Verhältnissen in einer großen Familie aufgewachsen ist. Diese Situation bezeichnet er als »Geburtslage« (Z. 13). Das soll womöglich auf eine sozio-genetische Unveränderlichkeit hinweisen. In seiner Situationsbeschreibung ist eine Unveränderlichkeit impliziert, die sich mithilfe des eigenen Antriebs oder Motivation nicht verändern lässt, weil sie von Geburt bis zum Tode durchstrukturiert ist. Scheitern und Versagen können immer wieder auf die familiäre Situation zurückgeführt werden, was die eigenen Anstrengungen ziemlich überflüssig erscheinen lässt. Daraus ergibt sich Bens Wunschvorstellung, unbedingt anders sein zu wollen. Wie sich im Interviewverlauf zeigen wird, ist dies ein Versuch der Überhöhung der eigenen gesellschaftlichen Wertigkeit, um der eigenen Herabwürdigung vorzubeugen. Bens Intentionalität verschiebt sich aufgrund seines Gedankens, »besser« oder »anders« sein zu können. Wenn er sich veränderte Bedingungen für seinen Zustand vorstellt, verändert das seine »Handlungspläne«, da er dadurch die »Wahrnehmung seiner Möglichkeiten« (Joas, 2012, S. 227) an die von ihm gedanklich entworfenen Bedingungen anpasst. Wie er später noch artikulieren wird, wird die eingangs erwähnte Vorstellung zur oppositionellen Haltung gegenüber der Haltung seines sozialen Umfelds.

Ben hat nach der Realschule noch versucht, die Oberstufe auf dem Gymnasium zu absolvieren (Z. 19). Daran sei er gescheitert, weil er seit nunmehr zehn Jahren Can-

nabiskonsument sei (Z. 20). Die sozialen Konsequenzen für Cannabiskonsumenten wird er immer wieder als Motiv für seine Situation im Interview betonen. So wird er etwa sein Scheitern und seine soziale Stellung auf die Stigmatisierung von Cannabiskonsumenten zurückführen. Er problematisiert, dass Menschen in Deutschland ohne Ausbildung und Job in der Gesellschaft kein Ansehen erhalten. An dieser Stelle wird Bens schwierige soziale Situation deutlich:

»Anders geht man unter. Anders wird man vergessen oder stirbt einfach, weil die Leute einfach rausgeworfen werden in dann / auf der Straße leben müssen [...].« (Z. 24–25)

Seine schwierige soziale Situation, ob diese nun vom Konsum herrührt oder nicht, setzt er gleich mit dem sozialen Tod. Für die Gesellschaft sei jemand wie Ben unsichtbar, uninteressant oder schlicht nicht anwesend. Die eigene Wertlosigkeit wirkt dann wie tot sein, da man außen vor ist und seine Position außerhalb einer etablierten gesellschaftlichen Schicht, die für Ben die ausgebildeten und berufstätigen Menschen sind, suchen muss. Mit den Außenseitern und Ausgestoßenen würde er sich schließlich »identifizieren« (Z. 26). Dies trägt zur eigenen Aufwertung bei, da sich in der Konnotation des Außenseiters eigene Standards erkennen lassen, die für Ben im Gegensatz zur »normalen Gesellschaft« das Mitmachen einfacher gestalten. Damit können wiederum eigene Handlungsansprüche geltend gemacht werden (Joas, 2012, S. 228).

Deutlich wird zum Abschluss der Sequenz Bens Wunsch nach Sorglosigkeit und Handlungspotentialen, die er in seiner Vorstellung »im Kopf schon reich zu sein« formuliert. Sein sozialer Status und die damit verbundenen sozialen Schwierigkeiten ermöglichen kein sorgenfreies Leben, wie sich etwa in seiner Wohnsituation verdeutlicht. Der imaginierte Reichtum würde ein von ihm kaum vorstellbares Leben bereithalten, was sicherlich gleichzusetzen ist mit dem Bedürfnis, seiner Situation zu entfliehen, die für ihn als Konsumenten keine Nischen bereithält, weil Personen wie er aus der Gesellschaft einfach »rausgeworfen werden« (Z. 25) können.

Ben beendet seine einführende Erzählung und erkundigt sich erneut nach der Fragestellung (Z. 28). Unsicher ist, ob er die wirklich vergessen oder ob er darauf bewusst nicht eingehen wollte. In der nächsten Sequenz zeigt sich, dass seine Identifikation mit den Außenseitern ein notwendiger Schritt war, um seine Alltagshandlungen in den Kontext einer Außenseiterpositionierung zu stellen:

»Ja, ich mach halt eigentlich nichts und so. Also ich mach / ich häng rum vorm Computer, aber so könnte man das sehen, dass ich nichts mach oder ich häng rum vorm Computer, mach Musik ähm bring mir Sachen selbst bei [...].« (Z. 32–34)

So wird schon im ersten Satz deutlich, dass Ben keinen (routinierten) Alltag pflegt, wie er nach »normalen« Standards zu erwarten wäre. Nach einem kurzen Einschub über seinen Schulabbruch, beschreibt er, dass wenn er Geld habe, würde er sich betrinken

(Z. 38–39). Dies würde er dann unabhängig vom Wochentag und der Uhrzeit machen. Darin bestärkt er erneut die Außenseiterposition, die hier aber nicht mehr durch die Gesellschaft zugewiesen, sondern wie selbst gewählt wirkt. Das Trinken habe er unter Kontrolle und würde es einfach machen, wann er wolle. Besser sei es laut Ben, wenn er von seiner Krankenkasse »Gras kriegen würde« (Z. 41), denn darauf habe er sein »Leben konzentriert« (Z. 42), und wenn er regelmäßig und legal Cannabis konsumieren könnte, dann könne er sich auf was Anderes konzentrieren. Der Konsum und die Beschaffung werden von Ben zu zentralen Ereignissen seiner Lebensgestaltung gemacht. Er inszeniert sich damit ein Stück weit als Opfer einer restriktiven Drogenpolitik, die es Konsumenten nicht erlauben würde, einem geregelten Leben nachzugehen. Zum Abschluss dieser Sequenz bleibt Ben auch sehr unkonkret, was seine Alltagsbeschreibungen betrifft. Er bricht seine Ausführung mit einer Entschuldigung ab (Z. 45).

Schon nach kurzer Zeit verdichtet sich der Eindruck, dass es Ben unangenehm ist, über seinen Alltag zu reden, da er auch nach mehrmaligem Ansetzen und längeren Überlegungen keine konkrete Darstellung seines Alltags geben kann. Ben ist hier mit den Erwartungen einer normierten Alltagsstruktur konfrontiert, die ihn als abstrakte Struktur begleitet, aber konkret für ihn kaum greifbar ist. Alltagsstrukturen sind ihm als eigene Praxis weitgehend unbekannt und realisieren sich nur von außen durch andere. Die Strukturen des Alltags verschwimmen in einer vom Cannabiskonsum verstärkten Gleichgültigkeit, die ihrerseits als Außenseiterpositionierung dargestellt wird, um das Handeln als Außenseiter als bewusste Entscheidung darzustellen. Die zunehmende Gleichgültigkeit ist die Abwehr einer »Neuauslegung fragwürdig gewordener Horizonte« (Schütz & Luckmann, 1988, S. 36). Ben möchte an seiner Positionierung festhalten, um weiter handlungssouverän zu wirken.

In der folgenden Sequenz gelingt es Ben vorübergehend, den Eindruck seiner Außenseiterpositionierung (Goffman, 2012 [1963], S. 68) durch seine Vorliebe für Rapmusik und dem autodidaktischen Lernen von Musik aufrecht zu erhalten (Z. 49–50). Berufe, die man nicht lernen könne, würden vom Staat nicht unterstützt werden (Z. 55), womit auch seine Begabung und sein Talent nicht anerkannt werden. Als Künstler hat er außerdem die Freiheit, selbst zu entscheiden, wie er seine Arbeit gestaltet. Dann bricht Ben mit dem Hinweis ab, dass er wieder zu viel redet (Z. 57–58). Im Kontext der Darstellung des souverän und freiheitsliebenden Außenseiters verwundert diese Szene. Warum ist ihm das lange Reden offenbar unangenehm, warum beendet er plötzlich seine Erzählung? Während der Interviewsituation habe ich die Zaghaftheit als Desinteresse und Gleichgültigkeit interpretiert. In der Analyse wird aber Bens Unbehagen deutlich, was er im späteren Verlauf des Interviews nochmal explizit erwähnen wird. Um Ben zum weiteren Reden zu motivieren, befrage ich ihn nochmal genauer nach der Musik und wie er diese produziert, was er zum Anlass nimmt, die Selbstvorstellung seiner »Rapidentität« zu intensivieren (Z. 62–64; Z. 80). Wie in der Sequenz davor bricht Ben ab, als vermehrt Diskontinuitäten und Ungereimtheiten sichtbar werden, die seine Selbstdarstellung gefährden (Goffman, 2012 [1963], S. 30). Er bemerkt nach

einer Weile, dass seine Selbstdarstellung an die Grenzen des Realisierbaren stößt. Das Geld verdienen mit Musik und das Künstlerleben sind aller Wahrscheinlichkeit nach auch für ihn keine erwartbare Option. Die konsistenter werdende Erzählung zwingt ihn zur Realitätsprüfung und damit zum erneuten Abbruch seiner Erzählung. Diese Vorstellung, auch wenn nicht zwingend ›größenwahnsinnig‹ oder ›wahnhaft‹, offenbart eine gewisse Strategie des »Selbstschutzes«, um die Realität von der Selbstvorstellung fernhalten, um letztere nicht in Frage zu stellen (Mentzos, 1996, S. 20f.; Straub, 2016a, S. 164). Bens Identitätskonstruktion ist eine Abwehr der unliebsamen Realität, die keinen Reichtum, keine Berühmtheit oder schlicht Unbekümmertheit für ihn ermöglicht. Dabei greift Ben auf besondere Distinktionsmittel zurück, um sich auch gegenüber möglichen Mitstreitern beim Musikmachen zu behaupten oder zu erklären, warum es ihm an sozialer Anpassungsfähigkeit bei der Arbeit mangle:

» [...] ich bin schon ein bisschen Punk, sag ich mal, sehe ich mich manchmal, aber ich beschreib mich nicht in dem Genre, in der Schublade. Und deshalb ich bin schon extrem so, weil ich einfach / ich mach das, was ich will und wenn / wenn ich arbeiten soll und ich arbeite da drei, vier Tage, da kommen da andere (unv.) dadurch, dass ich gearbeitet hab und dann mach ich schon wieder nichts und geh / geh nicht mehr weg, geh nicht zur Arbeit und so, bleib zuhause und so [...].« (Z. 89–93)

Mit dieser Form der Distinktion unterstreicht Ben, sich selbst für seine soziale Stellung entschieden zu haben. Ob er sich für eine schlechtere soziale Stellung aus freien Stücken entschieden hat, sei aber dahingestellt. Die exemplifizierte Stärke und Souveränität vergehen im Schein der angeblichen Gelassenheit und Sorglosigkeit. Der Punk, das Sinnbild virtueller und vordergründiger Identität, steht dem aber bewusst gleichgültig und rebellisch gegenüber, um sich als souveränen Entscheider im Spiel halten zu können. Hinter der Fassade des Punks ist die Angst vor der eigenen Wertlosigkeit und des Abgehängt-werden. Ben möchte der drohenden Scham vor der eigenen Wertlosigkeit, durch die selbstgewählte Abwertung des Punks, der in Popreferenzen auch mit ›Müll‹ oder ›Dreck‹ assoziiert wird, zuvorkommen.²⁷

5.1.2.4 Angst vor dem Gesichtsverlust

Dann erwähnt er zum ersten Mal, dass er in der Psychiatrie war (Z. 101). Wie sich später zeigen wird, ist die Weitergabe dieser Information nicht selbstverständlich, sondern eine existenzielle Angelegenheit für Ben. Seit sieben Jahren würde er immer wieder dort eingesperrt werden (Z. 101–102). Ben fühlt sich durch die Gesellschaft unterdrückt und vergleicht sich mit »Nikola Tesla« (Z. 104) – ein ebenso verkanntes Genie, wie Ben selbst –, der auch immer wieder unterdrückt wurde. Auf meine Frage hin, warum er

²⁷ Bens Selbstdarstellung wird durch den Song Duell der Letzten der Depro-Punk Band Chaos Z auf den Punkt gebracht, die auf ähnliche Mittel der Distinktion zurückgreifen.

diesen Vergleich benutzt (Z. 123), beendet er das Thema mit der Anmerkung, welche anderen Fragen ich noch hätte (Z. 126) und dass er zu viel reden würde (Z. 130). Er fordert mich im weiteren Verlauf auf, mehr die Gesprächsführung zu übernehmen, da ihm das Selbstdenken schwerfällt (Z. 130–131).

»Ja, aber ich rede zuviel und so und ich komme das selbst nicht drauf klar und so wenn ich zuviel red und ähm bei so nem Interview, du musst eigentlich so mehr reden für mich grad / dass es angenehmer für mich ist // ja // und ähm dann beantworte ich das schneller und so. Anders ziehe ich mich viel lang in der (unv.) / ich denke relativ viel // ja // und wenn ich mich reindenk, aber wenn ich nichts mache, mache ich halt NICHTS im Kopf und das geht im Moment nicht klar und so, weil ich bin keine Ahnung noch ein bisschen angeknackst so von Psychiatrie und so aber das hat nichts mit Emotionen zu tun halt bei mir.« (Z. 130–136)

Das freie Erzählen »fordert einen Zugzwang der Detaillierung, um Plausibilitätslücken« zu schließen, die ihrerseits an belastende Ereignisse erinnern und so seine eingangs formulierte biografisch-personale Identität ins Wanken bringen würde (Schütze, 1984, S. 101). Je mehr sich seine Darstellung erweitert und zusammensetzt, desto erkennbarer werden Widersprüche und Ungereimtheiten. Mittels »situativer Bearbeitungs- und Kontrollschemata« versucht Ben »biografische Relevanzen« (Schütze, 1981, S. 79) zu schützen. Längst ist Ben nicht mehr so lässig und locker, wie zu Beginn des Interviews. Dies wird in Bens Aussage erkennbar, wie er sich vorstellt, wie ich ein Interview zu führen habe. In seiner Vorstellung über die Durchführung eines Interviews, würde der Interviewer den größeren Gesprächspart einnehmen. Dies würde mehr Sicherheit und Orientierung vermitteln, was heißt, ich gebe eine Rahmung vor, in der er sich souverän bewegen kann, ohne Gefahr zu laufen aus seiner Erzählung auszubrechen. Ben fürchtet den Verlust seiner autonomen Identität (Laing, 1987 [1960], S. 42), was sich durch die Preisgabe zu vieler (existenziell relevanter) Informationen (Goffman, 1986 [1967], S. 23) ergeben könnte.

Nach einer erneuten Erklärung über das von mir beabsichtigte Interviewformat (Z. 151–152) machen wir dann weiter. Ich spreche ihn auf seine Familie und sein Eingangsstatement »im Kopf reich zu sein« an. Hier greift er wieder auf seine anfängliche Selbstdarstellung zurück (Z. 171ff.). Potenziell wäre er schon reich, nur würden ihm die nötigen Mittel fehlen, dies zu realisieren und deswegen würde er seine Ideen erst gar nicht thematisieren. Dann bricht er wieder ab. Dieses Mal ist die »Imagepflege« (Goffman, 1986 [1967], S. 18) etwas energischer und unkontrollierter als vorher. Er würde »immer den Faden verlieren« (Z. 174) und würde »deshalb auch nicht so viel reden« (Z. 175–176). Dabei wirkt er gereizt. Er würde seinen »Fluchtpunkt« (Z. 177) verlieren, worin sich die mögliche Auflösung oder der Zerfall seiner Gedanken ausdrücken, denen der konkrete Bezug verloren geht und sich deswegen als Struktur auflösen. Der Fluchtpunkt gibt eine Richtung vor und fokussiert die Aufmerksamkeit (Schlimme & Brückner, 2017, S. 35). Gerät dieser aus dem Zentrum der Wahrnehmung, wird die

Richtung unklar und die Orientierung geht verloren. Alles kann sich willkürlich irgendwohin bewegen, wäre durcheinander und ohne deutliches Ziel. Gespräche werden somit zur Tücke für Ben, da langes Reden ihn vor das Problem stellen könnte, sich im Gesprächsverlauf zu verlieren. Dann würde seine Fassade aufliegen.

Obwohl sich Ben anfangs so bemüht, seine Selbstvorstellung aufrecht zu erhalten, wird im Gesprächsverlauf erkennbar, warum ihm so viel daran liegt, den Eindruck über sich zu bewahren. Seine Selbstvorstellung und Ideen würden grundsätzlich durch Freunde und Familie abgewertet werden. Deswegen müsse er häufig vor diesen auf Distanz gehen, damit er sich vor der Abwertung (seiner autonomen Identität) schützen könne.

» [...] und wenn man das bei mir erst später festgestellt hätte, dann werde ich anders behandelt werden und so mit auch, wie mit dem Klinikaufenthalt und so. Das kommt vielleicht jetzt von Freunden und Familien, aber meine Familie war auch, als es passiert und so mit meinem psychischen Schaden ähm haben angefangen halt son zu (unv.) / die haben mir so Sachen verboten und so. Die wollten nicht mehr / manche Sachen / ich durfte nichts mehr essen und so und hab halt Angst vor denen bekomme und die auch Angst vor mir. Das irgendwas passiert / dies, das und das war alles eigentlich relativ fair, keine Ahnung aber dann warum ich mich halt reich denk, ist halt das Ding so, mir geht es einfach besser // mmh // und deshalb ist es für die Sozialwelt manchmal ähm ähm Diskres / die müssen Abstand halten, dass die mich verstehen aber manchmal kommt man / kommen die / die Leute zu nah und so und das ist das halt.« (Z. 186–193)

Durch den imaginierten Reichtum schafft sich Ben die Vorstellung, dass es ihm besser gehe, als wenn er über die reale Situation nachdenke, die außer Frustration und Angst kaum etwas anderes für ihn bereithält. Die Situation in seiner »Sozialwelt« wurde offensichtlich so schwierig, dass die Angst, dass etwas geschehen könnte, am Ende doch »relativ fair« gelöst werden konnte. Relative Fairness bezieht sich auf eine Ausgangssituation, die für eine der beteiligten Parteien eine Form der Ungerechtigkeit bereithält. Fairness kann also nur durch einseitig gelagertes Schuldeingeständnis erreicht werden, das aber als relatives ein gewisses Unwohlsein durch die Situation hinterlässt. Vergangene Ereignisse haben offensichtlich zu häufigen Konflikten geführt, die Ben nun veranlassen, auf Abstand zu bleiben.

Das Abstand nehmen und -wahren ist schließlich die einzige Handlung, die eine gewisse Entlastung verspricht. Die Situation würde sich laut Ben aber anders darstellen, wenn er den »Schaden« (Z. 201) durch die Psychiatrie nicht bekommen hätte. Die Personen würden zu einer anderen Bewertung kommen, wenn der Schaden durch einen offensichtlichen Unfall oder eine Krankheit entstehen würde (Z. 204). Ben thematisiert hier eine Erfahrung mit Stigmatisierung, die viele Personen machen, die eine psychiatrische Diagnose haben. Seine Erfahrung bezeichnet er als Schaden. Dies kann hier sowohl für Folgen einer nicht näher bezeichneten psychischen Erkrankung stehen. Oder aber, und das zeichnet sich hier deutlicher ab, haben die häufigen Aufenthalte

zu einem Identitätsschaden beigetragen. Er deutet auf Konflikte in seiner »Sozialwelt« (Z. 194) hin, die auf Abstand bleiben, distanziert werden müssen (Z. 211). Ansonsten würde es immer wieder dazu kommen, dass Ben in Frage gestellt werden würde. Ständig würde er auf Grundlage seiner Psychiatrieerfahrung bewertet werden. Daher sei es für ihn empfehlenswert, seine Äußerungen zu kontrollieren und sich nicht zu stark nach außen zu positionieren, weil das eben eine mögliche Abwertung durch die Sozialwelt nach sich ziehen könnte. Was genau seine Familie über ihn denkt, wisse er nicht, denn beide Seiten würden nicht so viel miteinander reden. Den Grund dafür sieht er in seinem Cannabiskonsum. Er sei immer der, »der Cannabis konsumiert« (Z. 213), und würde so ins Abseits geraten.

5.1.2.5 Der »Schaden« ist Verhandlungssache

Als es um seine derzeitige Lebenssituation geht, berichtet Tanja über ihre Rolle. Ganz formalisiert redet sie über ihre Unterstützung von Ben. Sie übernimmt alltägliche Dinge wie Einkaufen, Wäsche waschen und Putzen für ihn (Z. 292–295). Ben wird in der Klinik behandelt, in der sie auch arbeitet (Z. 311). Ist er wieder stationär untergebracht, versucht Tanja ihn häufig zu besuchen. Es kommt zu einem kleineren Schlagabtausch, als Tanja erklärt, dass sie den letzten Krankenhausaufenthalt initiiert hätte. Laut Ben habe sie »überreagiert« (Z. 316). »Aus Scherz« (Z. 317) habe er über einen möglichen Suizid gesprochen.

»Wenn ich jetzt, was sag / wen ich jetzt sage, ich begehe Suizid // ja // und das eigentlich nur ein Witz ist, aber ich sieben Jahre in der Klappe war, dann denken die, dass ich das direkt mache // ja // wirklich und das ist / da muss man aufpassen. Muss ich selbst aufpassen, sonst lande ich wieder in der Psychiatrie und so // mmh // nur weil ich so Aussagen mach und so hat sie überreagiert, dass es mal passiert ist, dieses Jahr.« (Z. 322–326)

Diese Äußerung würde besonders sensibel gewertet werden, da er schon so oft in der Psychiatrie war. Deswegen müsse er in Zukunft mit solchen Aussagen aufpassen. Tanja stellt die Situation anders dar. Aus ihrer Sicht sei es problematisch gewesen, da Ben seine Depotspritze nicht eingenommen hat (Z. 335) und es dann zu vermehrten kriminellen Vorfällen kommen könnte (Z. 342), wie in der Vergangenheit bereits mehrmals geschehen. Ben hingegen versucht seine Entscheidung zu verteidigen. Er würde es »nicht mehr wegbekommen, eine Gehirnkrankheit« (Z. 345) zu haben. Deswegen würde er als »unzurechnungsfähig« (Z. 345) gelten. Ben spielt hier mit seiner Identitätsausstattung (Zaumseil, 1997). Er kann sich zum einen als Opfer darstellen, das nur noch bei der Einnahme der Medikamente gesellschaftsfähig sein kann. Andererseits kann er den Status, als »unzurechnungsfähig« zu gelten, auch zu seinem Vorteil nutzen.

So würde er gerne mal Sachschäden verursachen, um sich abzureagieren. Dies resultiert häufig in Situationen, in denen sich Ben bei Außenstehenden nicht gut erklären kann und er sich missverstanden fühlt. Ben selbst hat den Eindruck, dass man ihm seine Euphorie und gute Laune nicht gönnen würde.

»Das kann man mal rei / reinrollen. Spä / ja // ja // son Ding. Reininterpretieren kann man sich in die Lage mal. Wenn es doch / wenn ich das halt / ich bin nicht so einer, der wirklich viele kriminelle Sachen macht. Ich bin eigentlich einer, der direkt gar nichts macht so, aber weil ich mich halt / bevor ich einen Menschen verletze, schlag ich lieber ein Auto zusammen. Mach Sachschaden, dass ich keinen Me / Menschen geschadet hab, ne // ja // wenn ich ausrasten würde so. So kann man das mit Amokthemen behandeln. So das hat mir früher / in der Schule haben wir das schon gelernt untern Tisch und so aber vielleicht ist das ne Methode, um das besser zu lernen irgendwie.« (Z. 352–358)

Tanja hingegen sieht sein euphorisches Verhalten eher als gefährlich an und sie würde sich Sorgen machen. Mittels des von Tanja verwendeten »wir haben dann eher den Eindruck« (Z. 380) soll Ben um seine Verhandlungsposition gebracht werden, denn »alle anderen« außer er selbst, würden sein Verhalten als gefährlich und lebensmüde ansehen. So soll er zu einem Umdenken seiner Handlungspläne motiviert werden. Bens Selbstpositionierung soll hier durch die sozialen Positionierungen geschwächt werden, so dass jede weitere Aussage unter dem Eindruck steht, er würde sich selbst falsch einschätzen, da es »alle anderen« anders sehen würden. Das gibt Ben nicht mehr viel Spielraum, um auszuweichen (Corbin & Strauss, 2010, S. 55).

Daraufhin kommen wir nochmal auf die Einnahme der Medikamente zu sprechen. Er habe eine Bedarfsmedikation gegen Suchtdruck und würde alle drei Monate ein Depotmedikament einnehmen (Z. 394). Er wisse aber nicht, was die Einnahme bringe und er wisse auch nicht so genau, wogegen er die Medikamente einnehmen müsse. Es bereitet ihm Schwierigkeiten, dass ihm niemand erklärt haben soll, wogegen das Medikament wirken würde. Ben hat keine Wahl und muss die Medikamente einnehmen. In seiner Erklärung wird ein Dilemma deutlich. Nimmt er die Medikamente nicht ein, so würde er als »verrückt gelten« (Z. 423).

I: Aber du kannst doch auch einfach sagen, ich nehm das nicht.

Ben: Ne das geht nicht.

I: Ist das so ne Auflage, oder?

Ben: Ja, ne aber wenn ich das nicht nehme, denke alle ich bin verrückt. (Z. 425–431)

Nimmt er die Medikamente ein, dann wird dies als implizites Eingeständnis seiner Verrücktheit beziehungsweise einer Erkrankung gewertet. So befindet sich Ben in einem stark eingegrenzten Handlungsspielraum, der statt Differenz nur eine binäre Entscheidung zulässt. Beide Entscheidungsmöglichkeiten tragen zum weiteren Verlust seiner autonomen Identität bei. »Verrückt« ist er in jedem Fall.

» [...] vielleicht macht die Spritze mich auch verrückt [...]« (Z. 449)

Die Einnahme der Spritze wird zum symbolischen Eingeständnis der Verrücktheit. Die »Spritze macht verrückt«, weil sie ein ritualisierter Ablauf verschiedener Handlungen ist, in dessen Vollzug die Verrücktheit erst sichtbar wird. Das Machen der Verrücktheit ist ein Ritual, in dem bestimmte Akteure bestimmte Handlungen ausführen: Ben wird im regelmäßigen Turnus erinnert und aufgefordert, er wird begleitet, er erhält die Spritze und so weiter. Ablehnen ist für ihn keine Option, da die ritualisierte Praxis eines Netzwerks von Kontrollfunktionen umgeben ist. Der Ausgang des Rituals ist die Eindämmung des Verrückten, die als kulturelle Praxis um ihrer selbst willen und nicht mit der Aussicht auf Erfolg durchgesetzt wird (Vogd, 2011, S. 12).

Diese Situation ist mit der von vielen anderen Psychosepatienten zu vergleichen. Sie finden sich in einer Situation wieder, in dem ein Rahmen festgelegt wird, der Handlungs- und Entscheidungsfreiheiten begrenzt. Goffman beschreibt, dass die Psychiatrie den Patienten die Möglichkeiten nimmt, gegenüber bestimmten demütigenden Situationen gewohnte Handlungsmuster oder Abwehrreaktionen anzuwenden (Goffman, 2020 [1961], S. 43). Zwar analysiert Goffman Situationen, die sich innerhalb der Psychiatrie abspielen. Doch meines Erachtens reichen die Einflussmöglichkeiten der Psychiatrie über die formale Entlassung hinaus. Das Individuum befindet sich auch über die psychiatrische Einrichtung hinaus in einem institutionalisierten Kontroll- und Zwangskontext. Gewöhnliche Handlungsmuster können in einen pathologischen und demoralisierenden Rahmen gerückt werden, welche autonome und eigensinnige Entscheidungen immer als Ausdruck der Erkrankung erscheinen lässt. Entscheidungsfreiheit und Autonomie sind somit auf bereits vorher festgelegte Optionen reduziert und gehen mit einer drastischen Verletzung des Selbstbildes einher. Würde bei jeder anderen Person die Abwehr und der Konflikt als nachvollziehbar gelten, wäre sie in dieser Situation Ausdruck der psychotischen Pathologie. Die Psychiatrisierung setzt jede Form von Verhalten auf den doppelten Prüfstand. Deutliche Beispiele sind sicherlich in der Akutbehandlung zu finden, in der Patienten das Angebot erhalten Medikamente entweder freiwillig einzunehmen oder dies durch einen Gerichtsbeschluss zwangsweise erwirken zu lassen.

Diese Diskrepanz der Selbst- und Fremdvorstellung skizziert Ben mit dem Hinweis, sich ständig in einer Rechtfertigungsposition hinsichtlich seines Verhaltens zu befinden. Wenn er »gedankeneuphorisch« ist (Z. 450), würde er laut denken und mit sich selbst sprechen. Dafür müsste er sich dann ständig erklären, was ihn auch nerven würde. So würde er am liebsten gar nicht mehr darüber sprechen, weil die Leute das eh nicht verstehen würden.

» [...] weil manchmal, keine Ahnung, bin ich euphorisch, bin Gedankeneuphorisch, dann denk / dann denk ich laut und dann sprech ich mit mir selbst. So sieht das für andere Leute aus und ähm kann

ich halt nicht jedes Mal erklären, wenn mich jemand fragt. Das nervt beim tausendsten Mal, sag mich mal. Deswegen erkläre ich das gar nicht // mmh // ganz selten nur und wenns die Leute halt verstehen, verstehen sie es. Wenn sie es nicht verstehen, verstehen sie es nicht und so // ja // ja [...] (Z. 449–454)

Wie schon beschrieben, befindet sich Ben in einer sozialen Situation, in der sein Verhalten als kategorisch pathologisch unter Beobachtung steht. Immerzu muss er sich dahingehend positionieren, und das würde ihn »nerven«. Auf meine Frage, was es mit ihm macht, von anderen Personen als verrückt angesehen zu werden, entgegnet Ben, dass dies für ihn auch ein Akt der Selbstpositionierung sei. Er versuche sich von dem Verrückt-sein gedanklich zu distanzieren und sieht dies als »in manchen Dingen übertrieben an« (Z. 483). Dies würde ihm helfen, optimistischer mit seiner Situation umzugehen, als wenn er sich dauerhaft als nicht normal ansehen würde.

Ben versucht sich mit der Eigenkonstruktion des Konzeptes von Verrücktheit seiner sozialen Abwertung zu entziehen. Damit kann er zumindest in seiner Selbstvorstellung im größeren Handlungsspielraum agieren, ohne sich intensiver mit seiner möglichen Demütigung durch das Verrücktsein auseinanderzusetzen.

»Das könnte ich mir theoretisch selber einreden in dem Moment, ne oder immer. Dann wird es für mich schlimmer, aber wenn ich das gar nicht denke, dann ist es auch nicht so. Dann sieht sie mich auch als normaler an. Nur ab und zu mal als verrückt, weil ich was Verrücktes machen will, aber ähm eigentlich bin doch relativ normal und so. Verrückt ist jetzt nicht EKELIG. Verrückt heißt einfach nur mmh in manchen Dingen übertrieben, aber es kann auch in schöner Hinsicht sein.« (Z. 479–483)

Tanja bestätigt die (soziale) Notwendigkeit der Medikamente, ohne welche er wieder in eine »Krise rutschen« (Z. 492) würde. Die Krise steht hier nicht allein für eine gesundheitliche Situation, die Ben selbstständig lösen muss, sondern für eine Krise des Sozialen, die mittels des oben beschriebenen Rituals abgewendet werden soll. Eine akute Psychoseerfahrung müsste wieder sämtliche Akteure auf den Plan rufen, die zur Bekämpfung der Krise eingesetzt werden und damit die individuelle gesundheitliche Situation zu einer sozialen Aufgabe machen, was die Entscheidungsmöglichkeiten für Ben folglich einschränkt. Dieser sollte sich an den sozialen Vereinbarungen orientieren. Ben relativiert die Aussage Tanjas mit der gemeinsamen Partnerschaft, in der Tanja als Frau sowieso eine besondere Rolle zukommen würde (Z. 494). Tanja erinnert an den letzten Klinikaufenthalt, als er Medikamente bekommen hat, mit denen es ihm nicht so gut ging, wie mit seinen aktuellen Medikamenten. Die richtige Dosis zu finden hat lange gedauert.²⁸ Dann spricht Tanja über den möglicherweise missbräuchlichen Einsatz der Bedarfsmedikamente, welche ihm gegen Suchtdruck und gegen »sprung-

28 Dieser Prozess wird in psychiatrischen Krankenhäusern in der Regel als »Einstellen« bezeichnet. Auch hier sehe ich einen ritualisierten Charakter. Der Arzt sucht nach dem »richtigen« Mittel und einer entsprechenden Dosis, bis er den Patienten »richtig einstellen« konnte. Das kann mehrere Wochen oder gar Monate in Anspruch nehmen und folgt immer dem gleichen Schema, in welchem der Arzt die Oberhand behält und letztendlich entscheidet, wann die »Einstellung« richtig ist. Zudem wirkt der Patient durch den Prozess des »Einstellens« passiv und ohne Einfluss auf seinen gesundheitlichen Zustand.

haftes Denken« (Z. 505) helfen würden. Darauf steht Ben plötzlich auf, um sich eine Dosis Neurocil mit der Pipette in den Mund zu spritzen (Z. 508). Er möchte mir das Medikament zeigen. Die durch die Erzählung entstandene Dynamik zwischen Ben und Tanja irritiert mich an dieser Stelle. Nicht klar wurde mir, ob Ben Tanja provozieren möchte, da sie von einem nicht ganz korrekten Einsatz des Medikamentes redet, oder ob Ben die Medikamente in der Situation tatsächlich als Unterstützung ansehen würde. Letzteres relativiert sich etwas später, da sich Ben erneut einen Joint anzündet. Auf die Frage, wogegen das Medikament helfen würde, erklärt Ben, dass dies für »die Gestik und für die Anspannung« (Z. 536) im Kopf sei. Mit Gestik meint Ben, wie er später erklärt, dass sein Denken unkontrolliert und anstrengend werden kann und sich dies in unkontrolliertem Sprechen äußert. Dies sei auch der Grund für seine letzte Krise gewesen:

»So hat es bei mir auch angefangen mit meiner Krise und so. Dass mein Kopf nicht aufgehört hat zu denken // mmh // wann ich wollte und jetzt auch wenn ich rede, aufhören kann, zu reden manchmal. Deswegen habe ich auch gesagt, ich fühl mich ein bisschen komisch manchmal, weil wenn ich so viel red und ja.« (Z. 544–6547)

Ben beschreibt eine Zunahme der Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdvorstellung. Selbstkontrolle sei wichtig, um weiterhin den Schein des Normal-Seins zu bewahren, wird aber durch die problematische Selbstkontrolle konterkariert. Deswegen fühlt sich Ben unwohl, wenn er viel redet. Dies könnte ihm nach entsprechender Erfahrung als Kontrollverlust ausgelegt werden, was ihn in seiner Abwehr der Fremdvorstellungen über seine psychische Gesundheit gemeinhin in Frage stellen würde. Nachvollziehbar wird, dass er sich dann komisch fühlt, da der andere automatisch in einen Bewertungsmodus fällt und Ben Verrücktheit unterstellt. Durch das Medikament würde sich diese Situation einigermäßen kontrollieren lassen. Fraglich ist dabei, ob die Gedanken wirklich kontrollierbarer werden oder ob die Handlung des ›Medikamente-Einnemens‹ die Symbolik der Abwehr von Krise und Verrückt-Sein unterstützt, was die Alarmbereitschaft des sozialen Umfeldes dann für einen Moment reduziert. Die Kategorisierung ›Bedarfsmedikament‹ und ›Depotmedikament‹ suggeriert darüber hinaus symbolische Kontinuität. Das Bedarfsmedikament ist für den Moment und hilft, akute Situationen abzuwenden. Das Depotmedikament suggeriert den Anschein langfristiger Kontrollierbarkeit. Unlängst bekannt geworden, aber kaum diskutiert, ist, dass Antipsychotika keine langfristige Verbesserung Psychoseerfahrung haben können. Das Unwohlsein kann sogar zunehmen, je länger die Medikamente eingenommen werden (Gründer, 2022.; Ghaemi, 2022; siehe 1.2.6). Die Einnahme sorgt für eine (kurzfristige) Reduktion oder Abmilderung bestimmter Symptome, die durch die Dämpfung der Wahrnehmung oder der Blockade der emotionalen Erregbarkeit erreicht werden. Durch die Medikamente werden allenfalls die »Spannungen der intrapsychischen Welt«

(Mentzos, 1996, S.24) herabgesetzt und die (akute) psychotische Abwehrmechanismen setzen vorerst aus.

Manchmal versucht Ben, die Gedanken »umzukonzentrieren« (Z. 574). Dann würde er einfach Malen oder sich auf das »Nichtstun« (Z. 575) konzentrieren. Dass dies eine Strategie sei, um mit seinen Gedanken umzugehen, sei ihm erst während des Gesprächs gekommen. So führt er weiter aus, dass er sich häufig kreativ beschäftige, um seine Gedanken zu beruhigen.²⁹ Tanja bestärkt dieses Anliegen, worauf Ben sich vorstellen könnte, einen kreativen Beruf auszuüben oder sich generell weiterhin kreativ zu probieren (Z. 599). Er konstruiert eine Selbstpositionierung, die sich in ihrem Handlungsentwurf durch institutionelle Vorgaben beschränkt. Es sei schwer, sich in Deutschland als »Kreativer« durchzusetzen und sich zu vermarkten, wenn man »nichts gelernt hätte« (Z. 603). Er moniert, seine schlechtere soziale Stellung würde sich daraus ergeben, keine Ausbildung zu haben, was auch zur Folge habe, in der »Sozialwelt« (Z. 606) herabgesetzt zu werden.

»So hör ich immer, wird es hochgehoben, weil du kein Beruf hast in Deutschland oder halt nichts gelernt hast. Für die Sozialwelt. Sozialwelt heißt nicht immer / halt zu denken, heißt nicht immer A Sozial und ASOZIAL, sondern einfach für dies ähm Lebensstandard in Deutschland sag entsprechend. Dass du keine / wenn du keine Ausbildung hast, bist du nicht wirklich Deutscher.« (Z. 602–606)

Ben hadert mit seiner Abwertung durch die Gesellschaft, die sich auch ohne weitere Privilegien nicht so einfach auflösen lassen kann. Sein sozialer Status würde sich durch die Ausübung eines Berufes ändern, woran er aber durch die institutionellen Strukturen gehindert werde. Möglicherweise bringt Ben diese Vorstellung erneut zum Ausdruck, um seine Ausgrenzung und Abwertung durch die fehlende Berufsausübung zu erklären, womit er die Gründe nicht in seiner psychischen Gesundheit suchen muss. Dies bringt ihm einen Vorteil in seiner Selbstpositionierung – die Gesellschaft hat Schuld daran, dass er sich nicht verwirklichen kann.

Geld wäre für ihn ein Motivationsfaktor, sich auch zeitlich mehr mit kreativen Dingen auseinanderzusetzen und sich mehr anzustrengen, die Arbeit intensiv zu machen. So würde er nur viele Dinge oberflächlich bearbeiten (Z. 628ff.). Seine Fähigkeiten und seine Kreativprodukte (Rappen, Texte schreiben, Kleidung bemalen, Holzschnitzarbeiten, Schmuck herstellen) möchte er besser »beschützen« (Z. 655). Häufig würden

²⁹ Diese Strategie konnte ich in meinem Material häufiger beobachten. Sie hat die bestimmte Funktion des Gedankensortierens. Eine ähnliche Beobachtung macht Bruno Hildenbrand in der Analyse eines Gedichtes in einer Fallverlaufsstudie eines »schizophrenen« Mannes und seiner Familie. Dieser Mann würde sich intensiv mit dem Zeichnen von Maschinenzusammensetzungen und dem Verfassen von Gedichten befassen. Leider erwähnt er dies nur in einer Fußnote, kommt aber zu einer ähnlichen Einschätzung wie ich, dass das Gedicht (oder eine anderweitige intensive, fokussierende Tätigkeit) die Funktion hat, »bewegende Gedanken, die sich der alltagsweltlichen Realität widersetzen, in eine Ordnung zu bringen« (Hildenbrand, 2021, S. 161). Dazu Schütz: »Der Verstand zeichnet Linien vor, denen man im Handeln folgt, indem er den Ausschnitt der Welterfahrung, der – wie wir es nennen – thematisch eingegrenzt und bestimmt« (Schütz, 1982, S. 31).

Personen die Fähigkeiten nicht wertschätzen, obwohl er überzeugt ist, damit erfolgreich werden zu können. An dieser Stelle werden eine gewisse Unsicherheit und der fehlende Glaube in die eigenen Fähigkeiten spürbar, was die logische Konsequenz des stetigen Infrage-gestellt-Werdens durch andere Personen sein kann. Ben übt sich in Selbstschutz, um seine Kreativität als wichtigen Bestandteil in seiner Selbstpositionierung aufrecht zu erhalten, der auf keinen Fall durch Fremdvorstellungen abgewertet werden darf, da dieser wichtige Bestandteil seines Selbst dann beschädigt werden könnte. Er würde gerne Musik machen, habe »nicht so viele Freunde« (Z. 705), mit denen er das zusammen machen könnte. Wieder erwähnt er, dass er auf einem anderen Niveau sei als viele andere Personen, die sich in dem Stil versuchen. Die erkennbare Distinktion hilft Ben, sich besser gegenüber anderen Personen, die ihn möglicherweise abwerten und demütigen könnten, zu distanzieren und auch seine soziale Ausgrenzung aushalten zu können (Z. 708–709).

5.1.2.6 Ausbrechen und Ausscheren – zurück in die Autonomie

Ben hat sich während seines letzten Klinikaufenthaltes entschieden »auszubrechen« (Z. 753), um dann nach Amsterdam zu fahren (Z. 755). Obwohl er hier obdachlos und ohne Geld war, stellt sich diese Erfahrung als besonders wichtig für ihn dar. Für Tanja hingegen war dies eine sehr belastende Situation, da weder sie noch das Klinikpersonal wussten, wo sich Ben zu dem Zeitpunkt aufgehalten hat (Z. 777ff.). Sie hat viel unternommen, um Ben zu finden. Nach einer Woche wurde Ben dann von der Polizei zurückgebracht. Das hat Ben aber nicht davon abgehalten, direkt wieder zurückzufahren. Auf den ersten Blick ist Bens Entscheidung nicht nachvollziehbar – aus welchem Grund entscheidet er sich ohne Geld, Unterkunft und soziale Kontakte in eine fremde Stadt zu gehen:

»Ja, Amsterdam kann ich halt Kiffen, da fühle ich mich wohl und ich werde nicht von der Polizei verfolgt, weil ich einen Joint rauche und so // ja // und das ist halt das Beste dran und so. Deshalb, wenn es in Deutschland so wäre, hätte ich / könnt ich schon eine Ausbildung gemacht haben. Alles, aber das geht halt nicht, weil ich kein Rezept hab für Cannabis und das die Leute das nicht so sehen, dass ich das brauch, weil ich halt psychische Probleme hab und dadurch dass ich psychische Probleme hab, kann mir das der Arzt nicht verschreiben, weil das / das angeblich schlimmer macht und nicht besser (...) das ist bei mir großes Thema.« (Z. 805–811)

Bens Fluchtversuch kann als Entlastung (oder Ausbruch) seiner Identität verstanden werden, die durch die zunehmenden sozialen Bewertungen nach und nach in Frage gestellt wurde. Es wundert nicht, dass er während eines Aufenthalts in der Psychiatrie nach Amsterdam geht, welches ihm durch eine liberale Drogenpolitik oberflächliche

Entlastung zu versprechen scheint, weil sein Konsum nicht kriminalisiert werden kann und gesellschaftlich akzeptierter ist. Amsterdam hat für ihn eine symbolische Anziehungskraft, denn als Ort verspricht die Stadt für ihn weniger Druck und Demütigung gegenüber seinem Konsum. Entlastend wird das für Ben, da er seine psychischen Schwierigkeiten als Resultat der Verfolgung durch die Polizei, durch die Abwertung seines sozialen Umfeldes und durch seine Pathologisierung aufgrund seines Cannabiskonsums ansieht. Amsterdam hingegen verspricht Freizügigkeit und Liberalität, also Dinge, die man in Deutschland nicht erwarten kann. Die Anziehungskraft der Stadt vermittelt sich überdies durch die Hoffnung auf ein Umfeld zu treffen, das Ben gegenüber mehr Toleranz und Verständnis zeigen kann. Zurückgekommen sei er dann erst wegen der zunehmenden Kälte. Von Amsterdam sei er dann direkt in seine jetzige Wohnung gezogen. Ben redet offenkundig gerne über seine Erfahrungen in Amsterdam. Dabei wirkt er deutlich offener und positiver als bei anderen Themen.

Als wir anfangen, über seine Wohnsituation zu reden, bricht er die Erzählung wieder mit Fragen nach der Länge des Interviews ab. Er erklärt sich das damit, dass ihm das freie Erzählen »ein bisschen Stress machen würde« (Z. 847). Das Erzählen könnte ungenau werden und keinen Sinn ergeben, so dass ich bei der Auswertung »Panik« (Z. 850) bekommen würde. Sein Gedanke, dass ich Panik bekommen würde, wenn ich mir das Interview nochmal anhören würde, zeugt von Bens Unsicherheit und den möglichen Erfahrungen der Demütigung. Die Aufzeichnungen einer langen Erzählung markiert für Ben unsicheres Terrain. Dabei offenbart sich seine Angst vor einer Auflösung seiner Identität. Diese gibt er Stück für Stück preis. Der mögliche Kontrollverlust wird wahrscheinlicher, da durch die unfreiwillige Weitergabe bestimmter Informationen der oberflächliche Charakter seiner gewünschten Identität zweifelhaft werden könnte.

Die Entscheidung, in Amsterdam zu leben, hat er selbst getroffen. Auch wenn er obdachlos und ohne Geld war (Z. 768), konnte er sich seine Souveränität und Handlungsautonomie bewahren. In seiner Selbstdarstellung artikuliert sich eine Person, die sich mit den Vorstellungen der Stadt Amsterdam identifiziert – jemand, der frei ist, selbständig Entscheidungen trifft und nicht bevormundet wird. Anders sieht es um die Auseinandersetzung mit seiner jetzigen Lebenssituation aus. Damit muss er sich arrangieren. Er hat hier, wie später noch deutlich wird, kaum Alternativen. Dabei wird er zum Spielball der verschiedenen Akteure, die sein Leben kontrollieren und steuern. Amsterdam war nicht nur die Gelegenheit, konsumieren zu können, vielmehr war es der Ausbruchversuch aus einer fremdbestimmten Lebenssituation.

5.1.2.7 Glaubwürdigkeit und Handlungskontingenz

Eben diese prekäre Situation seiner Selbstvorstellung wird in der Erzählung über seine erste Psychiatrieerfahrung deutlich. Diese zeichnet sich ebenso durch einen deutlichen Konflikt aus Selbst- und Fremdvorstellung ab. Zunächst versucht Ben, einen Unterschied zwischen seiner psychischen Verfassung und der Kriminalität durch seinen Cannabiskonsum zu machen. Der Konsum hat Paranoia ausgelöst. Da dieser illegal sei, habe er sich von der Polizei verfolgt gefühlt. Seine Eltern und andere wichtige Personen haben ihm dauernd vom Konsum abgeraten, was dann aber paradoxerweise dazu geführt habe, dass die häufigen Warnungen dann zu seinem »Schaden« (Z. 873) geführt hätten. Nicht das Gras »sei schädlich« (Z. 874), sondern dass die »Leute häufig zu viel mit ihm geredet haben, als er high war« (Z. 875).

»Das war das mit der Polizeigeschichte, was ich am Anfang gemeint hab. Ich hab Paranoia vor der Polizei gehabt und das hat sich dann in meinem Privatleben auch so gezogen, weil es halt kriminell war, was ich gemacht hab / Cannabis konsumieren / und dass hat sich / versteigert mein Kopf und so / meine Eltern haben auch gesagt, ich solls lassen / alle haben gesagt ich solls lassen und das wurde bei mir zu viel und dann habe ich da Paranoia davon bekommen, dass ich nen Schaden bekomme.« (Z. 868–873)

Ben bemüht sich hier um eine Umkehrung von Ursache und Wirkung. Cannabiskonsum wird in der psychiatrischen Debatte häufig als Auslöser für Psychoseerfahrungen problematisiert (Bäumel, 2008, S. 123). Mitunter wird dabei aber vergessen, dass es neben Cannabiskonsum noch mehrere und tiefgreifende Faktoren geben kann (van Os & Kapur, 2009). Die von ihm erwähnten Bemühungen seines sozialen Umfelds, ihn davon zu überzeugen, mit dem Konsum aufzuhören, zeigt in gewisser Hinsicht, dass Ben mit dem Ursache-Wirkungs-Prinzip durch den Cannabiskonsum konfrontiert wurde. Allerdings lehnt er diese Theorie für sich ab. Aus einer neurobiologischen Erklärung macht Ben eine, die sich für ihn auf symbolischer Ebene äußert, da sein »Krankheitsbild« (Z. 876) sich erst durch die vielen Interventionen in seinen »Kopf eingesetzt« (Z. 876) hat. Die Erkrankung konnte durch ihre symbolische Vermittlung auf ihn »übergehen«, da der Konsum als notwendiger Beweis für seine Psychoseerfahrung herangezogen wurde und immer noch wird.

Der Konsum von Cannabis hat immer wieder zur Aufnahme in die Psychiatrie geführt. Ben habe dann versucht zu »lernen« (Z. 881), um sich anders zu repräsentieren. Durch seine Psychiatrieerfahrung sei er dann auch immer wieder abgewertet worden und habe auch nicht die Gelegenheit bekommen, sich zu resozialisieren.

» [...] aber konnte es nicht erklären so und das hat alles so komisch ausgesehen, dass die Leute haben, halt gedacht ich bin verrückt und so.« (Z. 988–989)

Die von Ben beschriebene Erklärungsnot ist seine Reaktion auf die Demütigung und Abwertung seiner Selbstdarstellung. Der Psychiatrieaufenthalt stellt seine Selbstvorstellung vor die Veränderung des »sozialen Drehbuchs« (Strauss, 1974 [1959], S. 52). Die Einstellung und die Erwartungen seines sozialen Umfeldes gegenüber Ben verändern sich hinsichtlich der neuen Identifikationsmöglichkeiten mit ihm als Psychiatriepatient, was eine automatisierte Gegenhandlung von Ben provoziert. Er will sich anders positionieren, damit die Glaubhaftigkeit und die Kontingenz seines Handelns nicht infrage gestellt werden. So hat er versucht, etwas über seine Erkrankung zu lernen; sich Wissen anzueignen, um sich in eine bessere Verhandlungsposition bringen zu können (Z. 881). Wissensaneignung wäre die Möglichkeit die moralische Position zu stärken, da er so Begründungen für sein Handeln entwickeln kann, die die Bewertung »verrückt« aufheben könnten (Sichler, 2021, S. 46).

Tanja wertet Bens Positionierung und seine Urteilsfähigkeit ab, indem sie Bens Verhalten mit »da hattest du ja Probleme mit Aggressionen« (Z. 895) unterlegt und wiederkehrende Konflikte mit seinen Eltern und Geschwistern erwähnt. Die schlechtere Verhandlungsposition hat Ben automatisch inne, da sich diese durch die biologischen und monokausalen Annahmen über die »Erkrankung« stärkt. Bens Versuche einer Gegenpositionierung jedweder Art werden unmittelbar durch die Erwähnung von Aggressionen relativiert, die als unkontrolliertes und unberechenbares Ereignis die Sichtweise des »Normalen« stärken, der aufgrund seiner moralischen Überlegenheit eine bessere (und auch glaubwürdigere) Verhandlungsposition einnimmt. Seine Glaubwürdigkeit und Handlungskompetenz büßt Ben durch seinen Cannabiskonsum ein – nicht etwa durch die Tatsache, dass er in psychiatrischer Behandlung ist oder betreut wird. Im Kontext von Krankheitsursache und Kausalität bietet Drogenkonsum eine einfache Erklärung an, die sich auch nach jedem Konsum bestätigen wird. Die Aussage, Cannabis zur »Entspannung« (Z. 926) und um »besser denken« (Z. 933) zu können zu konsumieren, wirkt paradox in Bezug auf die Paranoia, die als Folge der Illegalität des Konsums auftreten. Hier kann er nur gegensteuern, wenn er sich im Rahmen des psychiatrischen Common Sense hinsichtlich Monokausalität, biochemischer Dysregulation und Cannabiskonsum bewegt. Obwohl statistisch ein höheres Psychoserisiko durch den Konsum belegt ist, kann das erhöhte Risiko nicht allein auf den Konsum reduziert werden. Der Blick sollte auch immer auf die Lebensbedingungen und den individuellen Verarbeitungsmöglichkeiten liegen (Read, 2013c, S. 64; Bosanac & Castle, 2021; Johnstone & Boyle, 2018, S. 92ff.). Für Ben ist der Konsum aber essenzieller Teil seiner Selbstvorstellung. Er versucht daher, den Konsum irgendwie zu rechtfertigen, was ihn immer wieder mit den Korrekturversuchen seines sozialen Umfeldes konfrontiert.

5.1.2.8 Ausbildung, Beruf und soziale Identität

Ben berichtet über seinen Schulabschluss und verschiedene Lehren, die er angefangen und abgebrochen hat. Der Grund für sein Scheitern sei seine »Krankheit« (Z. 1002). Nach mehreren Versuchen zweifelt er nun, ob er noch eine Ausbildung machen kann (Z. 1012). Er würde sich gerne an Dingen versuchen, die er selbstkontrolliert machen kann, ohne sich vor anderen rechtfertigen zu müssen. Ben eröffnet wieder sein Motiv der Distanz gegenüber Personen, mit denen er in eine Situation kommt, die eine Bewertung seiner Selbstvorstellung ermöglichen:

»Und mir geht es besser noch, obwohl ich keine Ausbildung mach. Hab mir Ausbildung selbst beigebracht dann // ja // (...) das ist beste. So sehe ich mein Leben und wenn ich das mach, dann werde ich auch re / hab ich auch Geld und so. Hab keine Probleme aber vielleicht ist reich sein gar nicht das Problem sondern arm zu sein, wenn man reich // mmh // ist. Das ist ein größeres Problem, weil man nicht arm werden kann, wenn man reich ist.« (Z. 1022–1027)

Die Probleme würden weniger werden, wenn sich sein Status verändern würde. Dann wäre er akzeptierter, auch ohne Ausbildung oder Beruf, also jenen Mangel, der den Kern seiner beschädigten sozialen Identität ausmacht. Diese zu erneuern, um nicht mehr abgewertet zu werden, ist sein Ziel. Die Vorstellung, reich zu sein, ist der Panzer, der zum Schutz seiner prekären Identität aufgefahren wird. Es würde ihn schützen, da der höhere Status ihn immun gegen Angriffe machen würde.

Wenig später konkretisiert Ben sein Scheitern. Er hätte nicht gelernt, weil er zu viel konsumiert hat. Zudem hat er auch immer wieder verschlafen, so dass der Betrieb ihm gekündigt habe (Z. 1032). Es ließe sich einwenden, dass das Verschlafen und das Nicht-fokussiert-Sein Symptome der Psychose sein könnten. Ein Motiv aber, das sich auf identitätskonstitutiver Ebene eröffnet, ist die Angst vor dem Scheitern und der Demütigung, die Ben durch das saloppe Verschlafen abwendet.

»Ah ich hab hier Fenster zum Beispiel angefangen Praktikum zu machen / vor zwei oder drei Wochen und hab ich direkt nach zwei Tagen wieder aufgehört / nich / bin ich / bin nicht hingegangen, weil ich einfach lieber ausschlafen wollte morgens, weil mir es besser ging damit // mmh // und wenn ich lieber nichts mache und mir es besser geht, dann habe ich halt kein Geld aber mir geht halt besser als Mensch // mmh // so sehe ich das auch. Die Lebensqualität wird was anderes, wenn man nicht arbeiten geht und der Lebensstandard.« (Z. 1038–1043)

Ben entwickelt eine Strategie, um sich nicht ständig demütigen zu lassen. Rückzug und teilweise Isolation helfen ihm, nicht dauerhaft der Kritik ausgesetzt zu sein. Wertung und Kritik an seinen Handlungen betreffen womöglich seine Selbstvorstellung und nähren den Zweifel, wenn er sich in Situationen wiederfindet, die besondere Anforderungen an ihn formulieren. Dies bekräftigt er, indem er angibt, dass es ihm als »Mensch besser

geht«, wenn er lieber nichts macht. Dazu gesellt sich noch seine Erfahrung, bei den nächsten Versuchen der Ausbildung möglicherweise wieder wegen Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit scheitern zu können. Nichts machen heißt, die sozialen Interaktionen und darüber hinaus die institutionelle Einbindung, die ihn meistens in eine auf seine Psychiatrieerfahrung verengte Position bringen, so weit wie es geht zu reduzieren oder zu verhindern, um sich darüber hinaus wenig angreifbar zu machen.

Der Entscheidung, keiner geregelten Tätigkeit nachzugehen, folgt ein kaum geregelter Tagesablauf und unregelmäßige Schlafenszeiten. Ben problematisiert ein sich »ziehendes Zeitgefühl« (Z. 1058), welches er dann aber positiv konnotiert:

»Das ist wie Urlaub, ohne dass man Urlaub hat, weil man nicht angestellt ist irgendwo // mmh // das kann man nicht beschreiben, wenn man das Feeling nicht kennt.« (Z. 1064–1066)

Ben versucht damit, eine Art positives Lebensgefühl zu beschreiben, welches dann wiederum seine Entscheidung stärken soll, keine Veränderungen herbeizuführen. Irritierend ist aber, dass das Lebensgefühl als nachgeordnete Rechtfertigungsstrategie für den kaum geregelten Tagesablauf herangezogen wird, der sich ja erst im Zuge der fehlenden Beschäftigung entwickeln konnte. Für die Bewahrung seines Handlungs- und Artikulationsspielraums wird die Rechtfertigung wichtig, da sie den Tagesablauf als eine von Ben bewusste Entscheidung wirken lässt, was einen positiven Effekt auf seine Selbstpositionierung hat. Das »Ereignis« der Psychoseerfahrung wird »in die individuelle Lebensgeschichte geordnet«, um der »Erschütterung« des Lebens Sinn zu verleihen (Maldiney, 2017 [1991], S. 210). Der bei Psychosen erfahrene Verlust der Zeit und des Gefühls für sich selbst nimmt bei Ben eine identitätsbewahrende Perspektive ein, da die Zeitlosigkeit eine Zuflucht vor der kritischen Welt darstellt, die ihrerseits durch ihre formalisiert-sozialen Ansprüche und Erwartungen Ben in seiner Selbstpositionierung bedrohlich gegenübersteht (Laing, 1987 [1960], S. 42). Seine Wohnung und die Lage des Wohnorts tragen verstärkt zu diesem Eindruck bei. Die Wohnung als Notunterkunft ist objektiv kein Platz, um sich wohl und zuhause zu fühlen. Dazu kommt die abgeschiedene Lage Wohnorts. Diese Symbolik erinnert an die Praxis, die als ›irre‹ und nicht ›gesellschaftsfähig‹ Identifizierten, an den Stadtrand zu verlegen, sie auszugrenzen und ihnen den Zugang zu besseren Lebensbedingungen strukturell zu erschweren (Dörner, 1975, S. 26; Foucault, 2020 [1961], S. 26f.). Ben wurde als ›Störer‹ ausgemacht und wird deshalb an den Stadtrand verlegt, wo er nicht weiter auffällt, da es keine Nachbarn gibt.

5.1.2.9 Sozialleben und Umgang mit der Erfahrung der Ausgrenzung

Das »Sozialleben« (Z. 1174) beschreibt Ben als schwierig. Viele Menschen, die ihn gut kennen würden, haben sich abgewandt. Die Beziehung zu neuen Menschen gestaltet sich, wie er erklärt, durch seine Psychiatrieerfahrung und sein Verrücktsein schwierig, da er seine mögliche Bloßstellung antizipiert.

»Aber neue Leute ähm, wenn dann einer dabei ist von meinen alten Leuten, wo eigentlich Quatsch erzählt, dass ich verrückt bin und nur weil das Quatsch von ihm war und die Frau, die ich neu kennenlerne, das mitkriegt und denkt dann ich bin wirklich verrückt, weil ich sieben Jahre in der Klapse war und sie das nicht versteht // mmh // in dem Moment, dann ich hab Probleme und so. Das geht dann so und so. Ist schon schwierig unter Leuten.« (Z. 1175–1180)

Ben erkennt die lauernde Gefahr, der er ausgesetzt ist. Eine falsche oder gar als unangenehm empfundene Reaktion könnte eine unmittelbare Offenlegung seiner Psychiatrieerfahrung zur Folge haben. Die Spannungen werden durch eine gewisse »Pathologie der Interaktion« (Goffman, 2012 [1963], S. 29) dauerhaft aufrechterhalten. Jede Person, die über Bens Situation Bescheid weiß, hat die Möglichkeit, Bens womöglich eigenartiges Verhalten als psychotisch zu diskreditieren, sofern sie das Unbehagen gegenüber dritten Interaktionspartnern, die nicht Bescheid wissen, aufheben möchte. Ben, der das Verhalten der anderen erkennt, versucht sich damit zu rechtfertigen, noch einen »jugendlichen Kopf« (Z. 1182) zu haben, der auf andere irritierend wirken könnte. Dennoch würde er sich mittlerweile nicht mehr für seine Psychiatrieerfahrung schämen.

»Früher schon // ja? // aber / aber heutzutage nicht mehr und so. Das ist, weil das Psych / Psychiatrie ist Krankenhaus fürs Gehirn. So sehe ich das. Und wenn man das so sieht, ist das voll harmlos.« (Z. 1190–1192)

Früher sei das anders gewesen, da er selbst durch eigene Vorurteile gegenüber der Psychiatrie gehemmt gewesen sei. Die Veränderung sei eingetreten, weil er akzeptiert hat, »Hilfe für das Gehirn« zu benötigen. Als Erklärung führt Ben einen möglichen Unfall, bei dem er auf den Kopf gefallen sei. Diese Positionierung nimmt eine entlastende, da entstigmatisierende Funktion für Ben ein. Die Möglichkeit einen »Schaden« durch einen Unfall bekommen zu haben, erhöht die Wahrscheinlichkeit mit seiner Situation auf mehr Verständnis und Toleranz zu stoßen als bei psychischen Erkrankungen oder gar mit einer Schizophreniediagnose, die neben angeblich angeborenen Merkmalen auch mit Unberechenbarkeit oder Kontrollverlust assoziiert werden (Bock & Heinz, 2016, S. 32).

Darauf beschreibt Ben, dass er seinen Hinterkopf sehen müsste, um zu erkennen, ob er gefallen sei.

» [...] ich sehe ja immer nur mein Spiegelbild und wenn mein Spiegelbild ok ist und ich hinten aber auf den Kopf gefallen bin und dann Lücke ist, dann sehe ich das ja nicht. Ist wie, wenn ich mir die Haare schneid. So ALLEINE und hinten das nicht seh, dass es ein bisschen komisch aussieht. Die Leute denken: Wie hat er sich die Haare geschnitten. Wie komplett neues Umfeld, weil jeder darüber nachdenkt: Warum sehen die Haare so komisch aus.« (Z. 1204–1210)

Diese vielleicht eigenartige Formulierung gibt ein Stück weit Auskunft über Bens Selbsteinschätzung. Ben sieht sich selbst im Spiegel und kommt zu einer konsistenten Selbsteinschätzung, die so lange ihre Konsistenz behält, bis »die Leute« ihn aus einer anderen Perspektive bewerten. In der Gegenperspektive oder dem ›Rundumblick‹ könnte er sich womöglich anders wahrnehmen. Denn das, was er wahrnimmt, ist für ihn »OK« und solange er nichts über das Ausmaß des Schadens weiß, bleibt er in seiner Wahrnehmung weiterhin »OK«. Ein möglicher Unfall bietet sich als eindimensionale Erklärung für seine prekäre Selbstdarstellung, die sich als mehrdimensionale durch die Reflexivität der Gegenperspektive in Frage stellen würde. Ein Unfall ist im Gegensatz zur komplexen Psychose eine vertraute Erklärung, mit der sich Ben mehr identifizieren kann. Diesen Eindruck verstärkt Ben, als ich ihn nochmal auf die Herkunft seines Schadens anspreche. Da er sich dabei auf die Perspektive der »Leute« (Z. 1223) beziehen muss, redet er ungerne darüber. Für ihn sei aber nach wie vor klar, dass der Schaden durch die staatlichen Verfolgungen entstanden sei und der nur durch die Legalisierung wieder weggehen könnte. Zudem würde er sich als »grasabhängig« (Z. 1266) sehen und er habe, ähnlich wie »Heroin Junkies« (Z. 1265) ein Recht auf Substitution, was ihn den Alltag auch um einiges erleichtern würde.

5.1.2.10 Die Angst, aufzuliegen

Anschließend erklärt Ben, wie er seine Psychose erlebe. Die Intensität der Psychose bewegt sich auf einem unterschiedlichen Niveau. Manchmal sei die Psychose

» [...] einfach wie ein kleiner Gedanke, den man haben will, den man nicht einfach wegdenkt, aber manchmal geht es einfach nicht.« (Z. 1279–1280)

Die Psychose vergleicht er mit einem penetranten und aufdringlichen Gedanken, der wie ein giftiger Stachel im Gedächtnis bleibt und das Handeln beeinflusst. Im lästigen Gedanken manifestieren sich unliebsame Dinge, ein nicht aufgehörendes Verlangen, das sich nicht beruhigen kann und dann als kleiner Gedanken unerträglich wird und alle anderen Gedanken infiziert (Bion, 1997 [1962], S. 137). Das Resultat ist die Angst, Anforderungen nicht bestehen zu können, und das führt zur inneren, unerträglichen Anspannung, die eine Übersetzung in die Handlung lähmen kann (Schütz, 1982, S. 32). Die Paranoia, die Ben immer wieder beschreibt, entwickelt sich eben durch diesen kurzen Moment eines Eindrucks, der sich dann als Film über alle anderen Gedanken

legt. Er wird besonders dann präsent, wenn es zu Handlungen kommt, für die er sich schämen könnte.

»Ähm bei mir. Ich hab mich mittlerweile beruhigt, dass ich nen Schaden hab. Deshalb ich das nicht so ernst nehme und mich nicht drüber aufrege und auch wenn ich nen Schaden hab, dass ich manchmal mit mir rede oder weil ich halt zu bekiff bin / mmh / ich mich nicht erklären kann ähm und die Leute dann denken, ich bin krank@ weil ich so high bin, dass ich mich nicht erklären kann@ und / und nur komische Sachen rauskommen und so [...]« (Z. 1290–1294)

Auch wenn sich Ben mittlerweile beruhigt hat und seinen Schaden akzeptiert hat, ist er in manchen Situationen zurückhaltender bis »sprachlos« (Z. 1265), damit er von den anderen Leuten nicht als krank identifiziert wird. Die stetige Gefahr, als paranoid entlarvt zu werden, würde ihn paranoid machen. Paranoid würden ihn auch seine »Selbstproblematiken« (Z. 1318) machen. So gibt Ben einen kurzen Einblick hinter die »Fassade« des »lässigen Kiffers«, die eine verletzliche Selbsteinschätzung offenbart:

»So mich gesehen, ich hab keine Ausbildung, ich kein Geld und so. Ist alles problematisch so. Ich bekomme gar nichts auf die Reihe, wenn ich das persönlich einbaue, ist schon problematisch und dazu.« (Z. 1318–1320)

Ben offenbart seine Angst, nicht zu genügen und immer wieder mit den Anforderungen seines Umfeldes konfrontiert zu sein. Es wirkt, als würden ihn diese Gedanken als Sorgen, Nöte und Ängste verfolgen, da sie ihm keine Ruhe lassen und sich immer wieder aufdrängen. Darüber hinaus verdeutlichen sich Ambivalenzen in seiner Selbstvorstellung, sobald er konkreter über bestimmte Lebensentwürfe spricht. »Kein Geld zu haben und auf der Straße zu leben« (Z. 1341) ist eine seiner Ängste, die er aber durch seine vorhandenen Fähigkeiten auf der Straße leben kann, relativiert.

Dann kommt Tanja auf Handlungen der Freunde zu sprechen, die Ben ungerne artikulieren möchte, da diese für ihn möglicherweise verletzend und demütigend sind. In dieser Sequenz wird trotz der vorhergegangenen Konflikte, Tanjas moralische Unterstützung für Ben erkennbar:

» [...] die kennen sich damit überhaupt nicht aus und die verstehen das dann auch nicht, wenn er manchmal WIRRE Sachen erzählt, sondern immer: Halts Maul, red nicht wieder son Sch / son Unsinn und so // Ben: ja // und ich glaub, dass viele halt auch sehr erschrocken waren, weil er sich manchmal dann auch aggressiv und bedrohlich verhält und die das halt so gar nicht einordnen können. Und dadurch vielleicht auch nicht mehr so viel Kontakt möchten // mmh // weil ich denk, viele haben das dann auch immer sehr persönlich genommen, was er so gesagt hat // mmh // also ich glaub, dass das ein großes (...) Problem ist.« (Z. 1426–1432)

Darauf angesprochen versucht Ben, der Antwort zu entgehen und erklärt sich nicht genauer. Er erwähnt eigene Regeln als Maßstab für den Umgang mit anderen Menschen, entgeht einer konkreten Antwort, um seine Verletzung womöglich nicht weiter preiszugeben.

»Boah, keine Ahnung, ich hab Kontakt zu allen noch eigentlich relativ. Außer zu Leuten, die mir nicht so persönlich reingehen, als wäre ich irgendwie systematisch auf der Basis von jedem Mann oder jeder Fr / jedem Menschen auf der Erde, wo es so sein müsste, wien Mann so. So denk ich das als Mann für mich und ähm so hab ich auch Regeln aufgebaut, wie zehn Gebote.« (Z. 1436–1439)

Dieser kurze Einschub von Tanja konkretisiert, warum Ben während des Interviews versucht, sensible Themen zu umgehen und diese nicht weiter darzustellen. Einerseits ist er bemüht, ein Bild von sich darzustellen, welches nach außen souverän, stark und unverletzbar ist. Andererseits möchte er einer »Bankrotterklärung seiner Identitätskonzeption« (Schütze, 1981, S. 99) entgehen, indem er immer wieder versucht Narration einer verletzenden Realität unterbinden und erzählerisch strategisch davon abweicht.

Ein ähnliches Motiv verfolgt er mit seinen Gedanken über seine Zukunft. Zentral sind hier wieder seine Gegensätze; entweder stelle er seine Zukunft als »Crack Junkie« (Z. 1524), der keine Zähne habe und arm sei. Oder er wird »reich und Milliardär« (Z. 1525). Diesen Gegensatz sieht er selbst als »die zwei krassesten Punkte« (Z. 1525), die für ihn in Frage kommen. Einen Kompromiss zwischen diesen Punkten formuliert er nicht. Vielmehr unterbricht er diesen Gedanken schon vorher mit dem Hinweis:

»Ja, ob die Welt anders wäre, wenn ich jetzt arbeiten ging oder ob sie genauso schlimm wäre oder noch schlimmer. Weiß ich nicht.« (Z. 1709–1710)

Der Gedanke, dass er nur er selbst Veränderungen herbeiführen kann, dafür aber Konflikte, um seine Identität wahrnehmen müsste, wird von ihm nicht weiter vertieft. Möglicherweise ist die Angst und der Schmerz am Ende den souveränen Startplatz verlassen zu haben, bestimmender als im Leben Veränderungen zu wagen. Zu sehr ist seine Erfahrung des Misserfolgs und den Demütigungen durch die anderen geprägt. Dem antizipierten Misserfolg will er aber weiter »optimistisch« (Z. 1548) entgegenreten und über Enttäuschungen wolle er »lachen anstatt weinen« (Z. 1547). Trotzig versucht er sich am Ende gegen seine Verurteilung wenden, damit er seine Sichtweisen weiter beibehalten kann.

5.1.2.11 Zusammenfassung der Einzelfalltypik

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass Ben sich während des Interviewverlaufes sowohl in seiner Erzählstrategie als auch in den Inhalten seiner Narration ambivalent und möglichst distanziert und oberflächlich zeigt. Der Grund für seine Strategien, wie Abbrechen, Ablenken, den Faden verlieren, wird in den inhaltlichen Ausführungen erkennbar, in denen sich seine Verletzungen und schambesetzte Momente herauskristallisieren. Die Erfahrungen der persönlichen Verletzung und der Scham tragen möglicherweise zu einem vorsichtigen Umgang mit seinen Informationen bei, die, wie er auch erwähnt, durch unkontrolliertes Sprechen offenbar werden könnten. So ist der Interviewverlauf geprägt durch den strategischen Schutz seiner narrativen und biografischen Identität. Ben stellt hier also nicht freiwillig seine möglichen Strategien im Umgang mit fremden Menschen dar. Dabei wird seine schützende Darstellungsweise durch gewisse Aussagen brüchig. Das verunsichert ihn und er meidet die intensivere Darstellung. Seine Darstellung als ›lässiger Kiffer‹ oder als ›bewusst Außenstehender‹ wird dann ambivalent, als es zu den Schwierigkeiten in der Interaktion mit anderen Personen kommt, die selbst Tanja immer wieder erfahren muss. Ben verändert sich durch die Selbstzuschreibungen, die seine Position als bewusst gewählt darstellen und all seine Handlungen begründen. Diese Darstellung kann Ben aber nicht lange durchhalten; so lernt Ben, Situationen, in denen er seine Positionierung nicht lange aufrechterhalten kann, zu vermeiden. Die Analyse des Interviews gestaltete sich überdies wegen Abbrüche beim Erzählen, spontanen Themenwechsel und verworrenen Aussagen als äußerst schwierig. Teilweise musste ich den Sinn einzelner Aussagen über längere Passagen rekonstruieren. Insgesamt ist festzuhalten, dass Ben aufgrund seiner geschilderten Erfahrungen verunsichert ist und in seinem Selbstwert verletzt wirkt. Dadurch wird das selbstbewusste und strukturierte Erzählen gehemmt und eine Fassade konstruiert, die brüchig ist.

5.1.3 Roman, der gebrochene Zufriedene

Nischen personaler Identität im institutionalisierten Leben

5.1.3.1 Beschreibung der Interviewsituation

Ich treffe mich mit Roman zu einem Interview Ende Juli 2020 zwischen 15 und 17 Uhr. Er ist zum Zeitpunkt des Interviews Mitte 60 und wohnt in einem Wohnheim der Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer größeren Stadt im Ruhrgebiet. In dem Wohnheim wohnen auf zwei Etagen 24 Bewohner und werden rund um die Uhr betreut. Roman bewohnt ein eigenes Zimmer im zweiten Stock mit eigenem Badezimmer sowie Kochnische. Das Zimmer ist hell, wirkt freundlich und ist ordentlich und sauber. Eine frisch bemalte Acrylleinwand steht mitten im Raum. Bilder und andere Basteleien sowie DVDs und Perry Rhodan Romane zieren sein Zimmer. Roman war kurz vor unserem Interview wegen anhaltender Luftnot im Krankenhaus. Er wirkt gebrechlich, läuft am Rollator, ihm läuft Speichel aus dem Mund, er trägt dagegen einen Speicherschutz um den Hals und ist hörbeeinträchtigt. Während des Gesprächs lächelt er selten und wirkt wenig emotional. Insgesamt hinterlässt Roman einen erschöpften, matten, tristen und bedrückenden Eindruck.

Das Gespräch wurde wegen der Coronaauflagen des Wohnheims auf maximal zwei Stunden begrenzt und es wurde durch den eintreffenden Pflegedienst beendet. Nach dem Interview hat sich mir die Frage gestellt, ob ich wegen meines wissenschaftlichen Anliegens heraus eingeladen wurde oder ob dies der Einsamkeit und der Suche nach einem Gesprächspartner geschuldet war. Wie er sagte, waren die Besuche wegen Corona stark begrenzt und er konnte das Wohnheim auch nur selten verlassen. Das soziale Leben hat sich also auf die Wohngemeinschaft und die Mitarbeitenden begrenzt.

Während des Interviews wird eine starke Bezugnahme auf psychiatrische institutionalisierte Strukturen deutlich, die zum einen die eigene Lebensgeschichte prägen, aber auch eine eigenständig organisierte Routine des Alltags kaum möglich machen (Riemann, 1987, S. 28). Der Alltag wird, wie erwartet, entlang der Wohnheim- und Versorgungsstrukturen dargestellt, die für Menschen in Romans Situation nicht untypisch sind. Ich habe selbst lange in vergleichbaren Einrichtungen gearbeitet. Deswegen kann ich meine Wissensbestände über sozialpsychiatrische Wohnheime und deren Strukturen in der Analyse als Vergleichshorizont berücksichtigen. Bei der Arbeit in diesen Wohnheimen ist mir immer wieder aufgefallen, dass trotz aller sozialpsychiatrischer Bekundungen, die Nutzenden dieser Einrichtungen in ihrer Autonomie und der Auslegung selbstbestimmter Handlungsspielräume stark begrenzt werden. Stationär geführte Einrichtungen entwickeln aufgrund der Versorgung der Nutzenden gewisse Routinen und Rituale, die in einen für die Nutzenden gültigen Tagesablauf überführt

werden. Einer allgemein verbindlichen Tagesstruktur liegt die Annahme zugrunde, dass diese eine positive Wirkung für die psychische Gesundheit der Nutzenden hätte (Weinmann, 2019, S. 163; Sauter, 2011; Jung, 2019). Die fremdbestimmten Strukturen würden bei der Genese schwerer psychischer Erkrankung unterstützend wirken und die Nutzenden könnten sich, so heißt es, stabilisieren. Die Routinen und Rituale etablieren sich über geregelte Mahlzeiten, Vergabe von Medikamenten, strikte Schlafenszeiten, Beschäftigungsangebote, aber auch wöchentliche Termine wie begleitetes Zimmerreinigen, Wäsche waschen oder Einkaufen. Beschäftigungen und Strukturmaßnahmen sind in vielen dieser Einrichtungen von Monotonie und Tristesse geprägt, so dass viele Erfahrene an der Sinnhaftigkeit dieser Angebote zweifeln und nicht mehr hingehen. Werden die Angebote abgelehnt, wird den Erfahrenen mangelnde Compliance unterstellt und sie könnten den Wohnheimplatz verlieren. Letzteres hat meistens keinen Effekt auf die Bewohner, weil das Wohnheim schon ›Endstation‹ ist. Darüber hinaus ergibt sich häufig das Problem einer erschwerenden und depressiven Beziehungsdynamik zwischen den Nutzenden und den Mitarbeitenden (Leuschner, 2001). Das Geld wird häufig durch die Mitarbeitenden reglementiert und wird als wöchentliches Taschengeld ausgegeben. Das Leben spielt sich innerhalb (sozial-) psychiatrischer Strukturen, wie Arbeitsmaßnahmen oder organisierte Zusammenkünfte, ab. Diese Form der Betreuung schafft eine Art »psychiatrisches Ghetto« (Schott & Tölle, 2020, S. 318), das mit Normalität und Gemeinschaft wenig zu tun hat. Dass aber Formen von Subjektivität trotz aller fremdbestimmten Strukturen und Pathologisierungen erhalten bleiben (Leferink, 1997b, S. 116), zeigt der Interviewpartner Roman. Das Interview beginnen wir ohne großes Vorgeplänkel.

5.1.3.2 Der erste Eindruck

Romans Äußeres und seine Lebensumstände hinterlassen einen gewissen Eindruck bei mir. So versichere ich mich, ob er den Beginn der Aufnahme nachvollziehen kann, und ich mache ihn auf das Leuchten des Diktiergeräts aufmerksam.

»So (...) ist jetzt an. Sehen Sie, ne // mmh // dass es leuchtet // ja // ok.« (Z. 3)

Noch bevor ich meine erste Frage stelle, wird meine Unsicherheit gegenüber den institutionellen Strukturen deutlich. Ich vergewissere mich eines korrekten Ablaufs, um mehr den institutionellen Vorgaben gerecht zu werden, als mich an Romans individueller Entscheidung, am Interview teilnehmen zu wollen, zu orientieren. Obwohl ich alle Datenschutz- und Schweigepflichtrichtlinien erfüllt habe, vermitteln mir die institutionellen Strukturen den Eindruck besonderer Strenge und dass Roman nur bedingt in der Lage sei, selbst zu entscheiden. Die grundsätzliche Negierung der Kom-

petenzen und Selbstständigkeit von solchen Heimbewohnern ist meines Erachtens eine Schwierigkeit, die den Personen dauerhaft anhaftet. Das Bewohnen eines Heims für psychisch erkrankte Menschen durch Formalisierung und Bürokratisierung der Versorgung bewirkt eine dauerhafte Überbewertung der sozialen Identität (Vogd, 2011, S. 239f.). Die Annahme beständiger Hilfsbedürftigkeit und psychischer Instabilität prägt das Bild der Bewohner (Weinmann, 2019, S. 175).

5.1.3.3 Der Alltag im Heim

Auf meine Eingangsfrage reagiert Roman mit einer Gegenfrage: »Also heute?« (Z. 6) und thematisiert unmittelbar seine Psychoseerfahrung:

» [...] früher habe ich den Alltag nicht mitgekriegt, weil ich Psychose hatte und heute ja« (Z.6–7).

Damit möchte Roman deutlich machen, dass sich sein Alltag heute beziehungsweise gegenwärtig anders verhält als zu dem Zeitpunkt, zu dem er häufig psychotisch gewesen sei. Sein direkter Hinweis

»ich male. Künstlerisch / künstlerisches malen // mmh // Bilder und so [...]« (Z. 7).

zeugt von der Wichtigkeit des Malens in seinem Alltag. Wie sich im Laufe des Interviews herausstellen soll, ist das Malen nicht nur Therapiemöglichkeit.

» [...] wenn ich ein paar Stunden male, dann kommen die Angstzustände nicht wieder ne und die Psychose bricht nicht aus« (Z. 17–19)

Das Malen ist gleichzeitig individuelle Artikulationsmöglichkeit personaler Identität, die, wie aufgezeigt wird, innerhalb der Institution als Autonomie- und Selbstständigkeitsbestrebungen weitgehend auf einen minimalen Handlungsspielraum zurückgedrängt ist. Dann ist Malen als eine der wenigen selbstständig und bewusst ausgesuchten Tätigkeiten mehr als nur »mein Hobby« (Z. 46). Es wird vielmehr zu »meiner eigenen Welt« (Z. 47). Selbstredend kann dies eine Phrase sein, um den Stellenwert des Malens in der persönlichen Bewertung hervorzuheben. Die Betonung einer »eigenen Welt« betont die Abgrenzung von einer anderen, vielleicht bedrohlichen Welt, die die eigene nicht schlucken darf, weil sich in ihr ein Stück personale Identität aufbewahrt, die sich beim Übertritt in die andere Welt größtenteils auflösen wird und die Malerei, wenn überhaupt als therapeutisches Werkzeug, denn als Artikulationsmöglichkeit, klassifiziert wird. Das Malen ist ihm so wichtig, dass Roman, wie er am Ende des Interviews erklärt,

von 30 Euro, die er wöchentlich erhält, 10 Euro für Malerbedarf spart und damit einen hohen Verzicht in Kauf nimmt.

Schon zu Beginn wird die Überbetonung sozialer Identität bemerkbar. So beschreibt Roman die durch die Institution vorgegebenen Strukturen. Das sind täglich stattfindende therapeutisch-tagesstrukturierende Maßnahmen, was nach einem Zögern mit der Aufzählung der Essenszeiten und möglicher Küchendienste ergänzt wird. Roman beendet den Satz mit:

» (...) ja, das war eigentlich so ähm, was ich heute so mache.« (Z. 11–12).

Mit dem abrupten Ende entsteht der Eindruck, Roman könne nicht mehr erzählen und sein Tag ließe sich in einigen kurzen Sätzen zusammenfassen. Der Alltag des Wohnheims wird durch die Mitarbeitenden 24 Stunden durchstrukturiert und die Angebote sind in der Regel vorgegeben und gehen selten auf individuelle Bedürfnisse ein. Mir stellt sich die Frage, ob der fremdstrukturierte Alltag, als artifizielle Struktur nur noch um ihrer selbst willen erfüllt wird und nicht aus einer besonderen Intention heraus, die die Gestaltung des Alltags als aktive und partizipative Handlung ermöglicht. In Romans Situation ist der Alltag lediglich passives Verhalten einer künstlich erzeugten Antriebslosigkeit, in der die Reproduktion des Alltags nicht selbst verhandelt und erlebt wird. Der Alltag wirkt wie ein Selbstzweck, der in seiner ständigen monotonen Wiederholung an einen ritualisierten Gestus erinnert, anstatt einen tatsächlichen Effekt auf Stabilität und Genesung zu haben. Am Ende bestätigt sich die Wirkung des Rituals von selbst, wenn tägliche Anpassung mit Genesung gleichgesetzt wird.

Um mehr über seinen Alltag zu erfahren, frage ich ihn nach den Aktivitäten in seiner Woche. Dies beantwortet er mit

»eigentlich ähm bin ich (...) ähm kreativ / kreativ im gleichen Sinne, wenn ich ein paar Stunden male, dann kommen die Angstzustände nicht wieder ne und die Psychose nicht aus« (Z. 17–19)

Die Erzählung über den Alltag bricht ab und Roman bezieht sich mehr auf die Folgen seiner Erkrankung und seinen Umgang damit, was verdeutlichen soll, wie sehr der Alltag davon geprägt wird.

5.1.3.4 Das Krankheitsbild

Seine Psychose würde noch aus einer »generalisierten Angst« (Z. 19) bestehen. Anstatt diese Erfahrungen zu vertiefen, erklärt Roman, wie und von wem er ärztlich versorgt werde. Neben der monatlichen Depotspritze erhält Roman flankierende Gespräche mit seiner Psychiaterin. Zu seiner behandelnden Ärztin würde er ein vertrau-

ensvolles Verhältnis haben. Die Ursachen seiner Erkrankung seiner Erkrankung könnte man aber nicht ausmachen:

»Die (Name Ärztin) ist eigentlich eine sehr gute Ärztin / Psychiaterin, der ich mich sehr anvertraue und die hat dann gesagt, dass die generalisierte Angst / die wissen auch nicht, wo das herkommt // mmh // aus wissenschaftlicher Sicht.« (Z. 22–24)

Das anonyme »die wissen auch nicht« erweckt den Eindruck, als hätte Roman die Annahme, dass sich eine Gruppe Psychiater mit seinem Problem befasst und wissenschaftlich über seine Angststörung reflektieren würde. Roman reproduziert eine Vorstellung psychischer Erkrankungen, die für den Betroffenen einen einfachen Ausweg aus seiner Misere offenhalten soll und auch möglicherweise leichter zu akzeptieren ist. Psychiater popularisieren diese Kausalitätsvorstellungen aus einer naturwissenschaftlich-medizinischen Warte heraus. Dies ermöglicht es, die Erkrankung als eine Entität, losgelöst aus ihrer Umgebung zu kategorisieren und zu versachlichen. Deswegen ist »die generalisierte Angst« nicht Teil des Individuums selbst, sondern hat einen genauso versachlichten und außerpsychischen Ursprung. So wird die Angst in ihrer Überführung von der wissenschaftlichen zur alltagsweltlichen Typisierung als Fremdkörper identifiziert, die wie ein Tumor entfernt werden kann (Schütze, 2013, S. 237; Schütze, 1981, S. 70). Das reduziert die Komplexität persönlicher Erfahrungen, die häufig durch die Verwendung »anonymisierender professioneller Kategorien« zum Selbstschutz abgewertet werden (Riemann, 1987, S. 412).

Darauf spricht Roman über konkrete Hilfen. Die Depot- und Regelmedikation, die Roman gegen die Psychose bekommen würde, zeigt sich durch entsprechende Nebenwirkungen, auf die Roman explizit aufmerksam macht.

»Ja und ab und zu kommt das (...) Speichel / Speichelfluss, haben sie ja gesehen // mmh // hier in dem Kaffee ähm / ich kann / ich kann das nicht steuern // mmh // mit dem Speichelfluss« (Z.24–25).

Diese häufig auftretenden Nebenwirkungen und Langzeitfolgen bei der Einnahme von antipsychotischen Medikamenten sind für viele Betroffene ein stark stigmatisierendes Merkmal. Der unkontrollierte Speichelfluss, Krämpfe im Gesicht und in den Augen oder Schluckstörungen, können nur schwer versteckt werden und weisen (für mich als Fachperson zumindest) auf eine psychische Erkrankung hin (Moncrieff, 2020, S. 67). Dies ist für den Betroffenen unangenehm und häufig erklärungsbedürftig, deswegen wird mich Roman explizit auf die Herkunft seines unkontrollierten Speichelflusses aufmerksam gemacht haben. Gegen den teils unkontrollierten Speichelfluss trägt er bei bestimmten Aktivitäten, wie dem Malen, zeitweise eine Art Lätzchen, damit der Speichel sich nicht verbreitet. Diesen Schutz wollte er mir zeigen, konnte den aber nicht finden.

»Ich zeig ihnen das mal / also so ne Art (...) wie / wie Hunde so. So ne Art Schutz.« (Z. 29–30)

Der Vergleich mit Hunden wirkt unbehaglich, gar irritierend, was sich durch den Eindruck verstärkt, dass Roman diesen Umstand als normal akzeptiert. Am Ende des Interviews wiederholt Roman, dass er sich über den Vorteil der Medikamente im Klaren sei und die Medikamente, allen voran die EPMS, akzeptieren würde. Eine Einschränkung im Alltag sehe er durch die Medikamente nicht, denn er sei »immer auf Achse« (Z. 950).

5.1.3.5 »Meine eigene kleine Welt«

Anschließend kommt Roman wieder auf das Malen und andere Alltagsaktivitäten zu sprechen und wird dieses Mal ausführlicher. Er betont den Stellenwert des Malens und seine künstlerischen Tätigkeiten, hebt aber noch weitere für ihn wichtige Beschäftigungen hervor. Das sind etwa ältere Filme und Serien, wie Kampfstern Galactica, Sissi, die Lümmel aus der letzten Reihe oder Fantasy Bücher von Perry Rhodan. Dieses »Steckenpferd« (Z. 48) wolle er sich nicht nehmen lassen. Neben der Abendplanung haben zum Beispiel die Filme den Zweck, »meine eigene Welt« (Z. 46) gegen die störenden Erfahrungen von außen abzudichten. Roman kann sich fallen lassen, zurückerinnern, in Gedanken in einer Zeit schwelgen, die für ihn weniger belastend war als die gegenwärtige. Besonders die Assoziation der aufgezählten deutschen Schauspieler Hans Moser, Theo Lienen, Peter Kraus, Heintje oder Uschi Glas erinnern an die unbeschwerte deutsche Nachkriegszeit. Das durch diese Filme implizierte Wohlgefühl verstärkt die Grenzen der eigenen Welt und lässt das Grauen dahinter vergessen.

Dass auf meine Frage, was er sonst außer Malen noch machen würde, erst ein »Nichts, weiß ich nicht.« (Z. 45) kommt, spricht für einen Alltag, der außerhalb seiner eigenen Welt keine Identifikationsmöglichkeiten bietet, da eine selbstständige Gestaltung des Alltags wegen der fremdstrukturellen Vorgaben kaum möglich ist. In seiner narrativen Reproduktion des fremdbestimmten Alltags erkennt sich der Verlust der Selbstständigkeit am eingeschränkten Kaffeekonsum.

» [...] ich trink / ich trinke ganz gerne Kaffee // mmh // @@ // viel Kaffee? // Ja, eigentlich schon, ja. Drei, vier Tassen am Tag.« (Z. 57–58)

Das Kaffeetrinken wirkt in der Erzählung wie das Highlight des Tages außerhalb der eigenen Welt. Doch wird hier die Abhängigkeit und Passivität erkennbar, die Roman erfährt. Denn das Kaffeetrinken, als Highlight und Genuss des Tages, wird in psychiatrischen Einrichtungen, wie ich immer wieder feststelle, durch die Mitarbeitenden aus unterschiedlichen Gründen reglementiert. So wird der Kaffeegenuss auch Ausdruck von Selbstbestimmung.

»Unten kriege ich morgens eine Tasse. Die wird mir gegeben. Die kriege ich zum Frühstück.« (Z. 58–59)

In der passiven Formulierung drückt sich der Groll aus, nicht selbst darüber entscheiden zu können, sondern die Fremdbestimmung akzeptieren zu müssen, da er auf das Wohnheim angewiesen ist. In dieser kurzen Sequenz verdeutlicht sich die Machtasymmetrie in den Mikrosituationen des Alltags (Hoffmann, 2011). Eine sonst unbedeutende Geste wie das Bereitstellen eines Kaffees offenbart den Unterschied in der Beziehung. Die Menge des Kaffees, der Milch, des Zuckers und der Ort, an dem der Kaffee hingestellt wird, oder die Lieblosigkeit der Zubereitung (anders als man es mit Gästen machen würde) werden als eine selbstverständliche Handlung vorausgesetzt, ohne dass ihre Bevormundung überhaupt realisiert wird. Der Gedanke an den Kaffee reißt dann mit der Darstellung über die Frühstückszeiten ab, die wiederum nur angeführt werden, um die Abhängigkeit von einer weiteren Pflegekraft zu verdeutlichen, die als externer Pflegedienst kommt, um beim Anziehen der Thrombosestrümpfe zu unterstützen. So kommt zu der Abhängigkeit gegenüber den Mitarbeitern des Wohnheims noch die Abhängigkeit von Mitarbeitern eines fremden Pflegedienstes.³⁰ Diese Verstrickung in Abhängigkeiten nimmt die Kraft, sich überhaupt noch bewegen zu können – so nimmt man die Situation einfach hin.

Wie ein individueller Lichtblick ist dann Romans »eigentlich bin ich auch Bibelfan« (Z. 71). Glaube und Religion haben bei Roman eine große Bedeutung. So würde er nicht nur regelmäßig mit einer Diakonin der Einrichtung zum Lesen der Bibel einladen, sondern auch eine regelmäßige sonntägliche (private) Messe veranstalten.

» [...] also es ist meine Initiative, ja. Meine Initiative / das war mein Vorschlag bei der Diakonin.« (Z. 82–83).

Zudem gewinnt diese Initiative für Roman an Bedeutung, weil er mit seiner Handlung ein Ziel verfolgen kann, das für ihn bedeutsam ist. So muss er dreimal betonen, dass diese Idee auf ihn zurückgeht und hebt damit nicht nur seinen Glauben hervor, sondern womöglich auch den Stellenwert der Beziehung zur Diakonin, die auch Sozialarbeiterin in seiner Einrichtung ist. Damit gelingt es ihm, eine Beziehung zu einer Mitarbeiterin aufzubauen, die nicht nur durch die Versorgung geprägt wird. Er verschafft sich dadurch eine aktive Handlungsmöglichkeit, die andere Bewohner nicht haben und wird gleichzeitig zum Hauptakteur dieser Idee. Diese persönliche Aufwertung ist für Roman enorm wichtig, dies zeigt sich im weiteren Gesprächsverlauf, in dem er wieder seinen Glauben und die Beziehung zu seiner Mutter thematisiert. Er wechselt an diesem Punkt des Interviews in eine biografische Erzählweise, in der er unter anderem seinen Weg zu Gott und Christus darstellen möchte. Die biografische Erzählung wird bedeutsam,

³⁰ Diese Absurdität ist keine Seltenheit. Menschen, die in einem Wohnheim der Eingliederungshilfe in NRW untergebracht sind, erfahren Leistungen, die über die Krankenkasse gezahlt werden, als externe Leistungen, da diese vom Sozialhilfeträger nicht abgedeckt werden.

weil sie, anders als der Alltag, deutlich mehr Identifikationsmöglichkeiten für Roman bereithält und das Erzählen sich natürlicher gestalten kann.

5.1.3.6 Die Rolle der Mutter

In der darauffolgenden Sequenz nimmt die Mutter einen bedeutenden Part in Romans Erzählung ein. Nach einer kurzen Pause kommt er auf die Beziehung zu seiner Mutter zu sprechen. In der Sequenz wird erkennbar, wie Roman die Entwicklung seines Glaubens, seiner Notsituation und der Beziehungsbildung zur Mutter mischt. So nimmt er eine mögliche Entlastung, die sich durch den Glauben ergeben kann, erzählerisch vorweg. Zum einen beschreibt er die Distanz und Abwertung seiner Mutter in der Psychose. Zum anderen beschreibt er, wie seine Mutter ihn zum Glauben gezwungen hätte. Dabei vermischt Roman zwei narrative Ebenen. Durch den Glauben hätte die Mutter die Kraft gehabt, sich nicht abzuwenden. Paradoxaerweise sei es aber der Glaube gewesen, den Roman als Grund genommen habe, sich von seiner Mutter abzuwenden.

»Meine Mutter war Christin // mmh // ich hab es erst nicht geglaubt / ich hab da in der (unv.) / in der Psychiatrie hab ich immer meine Mutter be / beleidigt // mmh // da wo ich die Psychose hatte (...) ich hatte nicht / ich wollte eben gezwu / zwangsmäßig an Gott glauben und an Jesus glauben, weil / weil die hat mich / mich inne Fänge gehabt // wer hat sie in die Fänge gehabt? // in die Fänge gehabt / meine Mutter // ja // die hat mich / DU LIEST JETZT AUS DER BIBEL, SONST GIBT ES KEIN GELD // mmh // kein Taschengeld oder so [...]« (Z 85–90).

Zur Romans Verwunderung hat sich die Mutter trotz der Beleidigungen und Abwertungen nicht von ihm abgewendet. Wie im weiteren Interview deutlich wird, hat sich Roman während des hier skizzierten Aufenthalts in einer existenziellen Notsituation befunden. Die dauerhafte Unterstützung seiner Mutter muss ihn wohl nachträglich noch beeindrucken. So erklärt er seine ablehnende Reaktion gegenüber der Mutter, um ihre stoische Unterstützung hervorzuheben.

» [...] später hab ich gemerkt, dass sie immer wieder gekommen ist. Auch wenn ich sie beleidigt hab. Sie ist immer wieder gekommen in die / in die / ja in die geschlossene / auf Neun / da war ich mal auf Sechs / offene // mmh // hab ich meine Mutter immer beleidigt, ne. Hab ihr auch Jesus Christus beleidigt, ne, dann habe ich gesagt: Du kannst Dir den Jesus Christus am Arsch schmieren // @ // ne und so. Das habe ich so gesagt, ne und ähm (...) dann hab ich gesagt, wenn / wenn / wenn / im gleichen Atemzug habe ich gesagt: Kannst Du mir auch Tabak mitbringen, ne und meine Mutter hat aufgelegt / wahrscheinlich war sie ein bisschen sauer und zwei Stunden, drei Stunden später kam sie dann an. Bananen brachte sie mir // mmh // ähm schöne Äpfel und alles sowas, was / ähm was man auch zum Nikolaus kriegt, ne (...) und ich sag: Mama. Nur eins / eins gesagt, nur: Mama! Danke, Mama.« (Z. 90–99).

Hier erkennt man ein Stilmittel, das Roman im weiteren Verlauf häufiger anwenden wird. Er spricht die Personen, über die er redet, direkt an, so als würde er sich mit diesem im Dialog befinden. Roman überbetont damit seine Dankbarkeit gegenüber seiner Mutter, die ihn trotz der Beleidigungen weiter unterstützt hat. Dieses Stilmittel setzt Roman dann ein, wenn ihn eine Situation nachträglich beeindruckt hat. Außerdem gelingt es ihm leichter, die Emotionen, die Roman (oder andere Personen, mit denen er im Kontakt stand) in so einer Situation verspürt zu artikulieren. Sei es wie hier tiefe Dankbarkeit und die Trauer darüber, die Mutter so verletzt zu haben oder, wie sich später noch zeigen wird, demütigende Erfahrungen, zu verbalisieren. Durch die direkte Ansprache der nicht anwesenden dritten Person wird der Beziehungsanteil zu dieser Person und die Identifikation mit ihr als lebendiger Anteil in das Gespräch hereingeholt.

Der Eindruck der besonderen Beziehung verstärkt sich durch die Nikolausassoziation, die für einen erwachsenen Mann eher unüblich ist. Die Nikolausfeier ist in der Regel ein vorweihnachtliches Ritual, bei dem die artigen Kinder belohnt und die bösen Kinder durch Knecht Ruprecht bestraft werden. Trotz einer möglichen Bestrafung soll es zu einem versöhnlichen Ende kommen und das böse Kind soll vor dem Nikolaus Besserung geloben. Die Nikolausfeier ist an sich ein auf Kleinkinder martialisch wirkendes Ritual, in dem verkleidete Erwachsene eine bedrohliche Wirkung erzeugen möchten. Roman assoziiert das Nikolausbeispiel, um seine Bösartigkeit gegenüber der Mutter hervorzuheben, die trotz allem eine Versöhnung anstrebt und dies mit den Geschenken, die »man auch zum Nikolaus kriegt«, noch symbolisch verstärkt.

»Aber dann, als es wieder über geschwankt ist, wenn meine Mutter wieder zuhause war, hab sie angerufen. Von / von Telefon von Neun oder von dem Stationstelefon ähm und habe sie beschimpft wieder: Du hast Schuld, dass ich jetzt hier bin @und alles sowas und dann nachher als sie nach Haus Dreißig kam, dann war es noch schlimmer. Da habe ich sie nicht reingelassen / da hab ich gesagt: Ich will die alte nicht sehen oder so, @ne« (Z. 99–104)

Roman deutet hier seine Ambivalenz zu seiner Mutter an. Aus purer Dankbarkeit und Devotion wird Hass, Ablehnung und Aufbegehren. Das Lachen nach jedem indirekten Dialog mit der Mutter weist auf ein mögliches Schamgefühl hin. Er möchte die Situation, in der sich die Mutter befunden hat – die ich als Außenstehender als sehr belastend und irritierend bewerten würde – mit einem verschämten Lachen herunterspielen. Zudem entsteht der Eindruck, je schlimmer Romans Situation wird, desto mehr lehnt er sich gegen die Mutter auf. Auf der »offenen« Station der Psychiatrie war es laut Roman weniger schlimm als im Haus Dreißig, welches eine geschlossene Station für besonders intensive Patienten war. In dem direkten Dialog spricht er dieses Mal nicht mit seiner Mutter, sondern mit einer anonymen weiteren Person, über die er wohl in einem harschen Ton hat mitteilen lassen, seine Mutter nicht sehen zu wollen. Fraglich wird die Intention von Romans Entscheidung; möchte er seine Mutter oder gar sich

selbst bestrafen? Möchte er seine Mutter bestrafen, weil diese ihren Glaubenszwang auf ihn ausübt und gleichzeitig Roman mit ihrer Versöhnlichkeit, die er möglicherweise nicht aushalten kann, herausfordert oder gar provoziert? Oder möchte er sich bestrafen, weil er sich gegen die Versöhnlichkeit seiner Mutter zur Wehr setzen möchte, die bei ihm Schuldbewusstsein auslöst und seine gesamte Situation noch schlimmer macht?

Um diese Situation besser nachvollziehen zu können, möchte ich einen kurzen Rekurs einfügen, der sich auf meine Beobachtungen in der Praxis stützt und auch allgemein-theoretische Überlegungen miteinbezieht. Psychoseerfahrene zeigen nicht selten paradoxe Handlungsweisen in engen Beziehungen, wie etwa zu ihren Eltern oder den Partnern. Meist fällt es ihnen schwer, die Enge der Beziehung auszuhalten, weil diese Emotionen wie Schuld, Angst oder Unsicherheit auslösen. Das Erleben der Psychose kann dann noch schwieriger werden. Gerade Familiensysteme mit Psychoseerfahrenen sind von einer missverständlichen Kommunikation und paradoxen Deutungsschemata geprägt, die sich auf der Handlungsebene nur schwer zusammenbringen lassen und Emotionen wie Verwirrung, Aggressivität oder Irritationen fördern (Ciompi, 1994, S. 199). Die Abwehrmechanismen sind in der an Melanie Klein und Wilfried Bion orientierten Psychoanalyse als projektive Identifikation bekannt. Dieser Abwehrmodus wird in Romans Erzählung sichtbar. Er macht die Mutter für die starken emotionalen Belastungen verantwortlich. Wenn diese ihm trotz der massiven Ablehnung versöhnlich gegenübertritt, verstärkt sich Romans »Enttäuschungswut« (Mertens, 2018, S. 119), da sich die emotionalen Belastungen, entgegen seinen Erwartungen, nicht abbauen können. Die (eigene) Schuld (Identifikation) wird wieder bei der Mutter gesucht und sie wird mit einem Besuchsverbot bestraft (Projektion) (ebd., S. 119ff.). Die Verbindung zur Mutter sollte unbedingt unterbrochen werden, da diese immer wieder an die kaum aushaltbaren Emotionen erinnert. Die Fortführung der Beziehung würde in der Situation eine Bearbeitung der eigenen Emotionen zur Folge haben. Dies möchte Roman in der Situation mittels Aggressionen blockieren (Crepaldi, 2018, S. 52f.; Ciompi, 1994, S. 207f.). Diese Situation beschreibt Ciompi als »unentrinnbares Dilemma zwischen zwei gleichermaßen negativen, untertäglichen und dabei zugleich paradox widersprüchlichen Denk, Fühl und Verhaltensmöglichkeiten [...]« (ebd., S. 212).

Ähnlich paradox wird es in der weiteren Erzählung. Roman führt aus, dass seine Bilder auf der psychiatrischen Station ausgestellt worden seien. Dies muss für ihn ein besonderes Erlebnis gewesen sein. Dennoch unterbricht er diesen Gedanken und macht deutlich, wie er seinem Dilemma entkommen wollte.

» [...] und nachher auf ähm im / auf Sieben war ich dann wieder und habe ich ne Ausstellung gehabt, ne. Da war die / der Herr Müller / Krankenpfleger / der Herr Meier / Krankenpfleger. Schwester Inge / Krankenschwester / Schwester Moni und die haben mir alle meine Bilder ausgestellt. Oben auffe Station. Auf / auf der Sieben und (...) 1984 hatte ich ja / hatte ich meine Füße aufgeschnitten / meine Beine aufgeschnitten / meine Arme. Da ist ja jetzt nicht mehr von da ähm ich hatte so zwangsgehandelt, ne //

das habe ich nicht verstanden, tschuldigung // unter ZWANG HAB ICH GEHANDELT // ja // habe ich mit der Rasierklinge so alles aufgeschnitten und 1987, ne 86 war das.« (Z. 104–110)

Dieser plötzliche Einschub kommt unvermittelt. Berichtet er vorher über die Beziehung zu seiner Mutter, dem Glauben seiner und seiner Ausstellung auf der Station, wirkt der Einschub an der Stelle irritierend. Er ist ein Signal an den Zuhörer, der unbedingt seiner Geschichte lauschen soll. Der Akt der Selbstverletzung wirkt wie ein Ausweg oder Abbruch aus der paradoxen Beziehung zu seiner Mutter. Aber Roman beschreibt diesen Akt nicht als aktiv gesteuerte Handlung, denn eher als fremdgesteuerte Motivation. Deswegen ist das Aufschneiden eine Zwangshandlung, welches sich jeder Selbstverantwortung entzieht und als äußerliche Macht daherkommt, die Roman, der zur Passivität verdammt ist, gegen seinen Willen handeln lässt.

Aus psychoanalytischer Sicht wäre dies der Mechanismus der projektiven Identifikation. Roman richtet seine Aggressionen nun auf sich und nicht mehr direkt gegen seine Mutter, dennoch bleibt die Mutter das Identifikationsobjekt. Die Massivität der Verletzung ist sicherlich auch kaum nachvollziehbar und wirkt so schockierend auf Dritte. Sie dürften annehmen, dass sicherlich eine gewisse Intention von Roman – außer einem geplanten Suizid – dahinterstecken kann. In der sukzessiven Abwehr der Mutter bis hin zu autoaggressiven Handlungsweisen, die den möglichen Tod hätten bedeuten können, liegt die Intention, die Beziehung mittels steigender Aggression gegen sich selbst zum Äußersten zu treiben. Die Selbstdestruktivität wird als Bestrafung des signifikanten Anderen eingesetzt, der für das eigene Leid verantwortlich gemacht wird (Kernberg, 1983, S. 82). Die projektive Identifikation entwickelt sich zum Äußersten, denn die emotionale Bestrafung der Mutter wirkt auch in ihrer Abwesenheit.

5.1.3.7 Der Vater als Feind

Zum Abschluss dieser Sequenz bringt Roman seinen Vater ins Spiel, aber in einem für die gesamte Situation eher grotesken Kontext:

»Da haben wir auf Sieben ne schöne Fete gefeiert. Ich hatte den ähm / ähm / ähm Oberkoch kennen / kennengelernt. Der war auch Patient und dann bin ich in die Küche / hab in der Küche gearbeitet ähm und als wir dann ne Fete gefeiert haben / Tanzen und so, dann kam dann mein Vater an. Der ist / der hatte nie für mich was übrig oder so. Hat aber immer / hat aber immer zugelassen, dass ich nach Hause komme. Meine Mama beim Essen Mittag / Mittagessen oder so habe ich die gekriegt und ähm stupste mich einer an. Ich saß da so schön. Nur mein Vater: Junge, das machst Du nicht nochmal // das Aufschneiden dann? // Aufschneiden ja und der musste weinen, ne. Wir haben uns da versöhnt, ne.« (Z. 111–117)

In dieser existenziell verwirrenden Situation, die beinahe sein Leben gekostet und seine Mutter an den Rand der Verzweiflung gebracht hat, kommt Roman plötzlich auf eine »Fete« auf seiner psychiatrischen Station zu sprechen. Das »Tanzen« wird zum Ausdruck der Unbekümmertheit und Sorglosigkeit. Diesen Eindruck untermalt er mit den Worten: »Ich saß da so schön«. Durch das plötzliche Auftauchen seines Vaters (»mich stupste einer an«) wird das Schwelgen in der Party unterbrochen. Es stellt sich heraus, dass die Beziehung zum Vater sich gänzlich von der sorgsam und kümmernden Mutter unterscheidet. Denn dieser hatte für Roman »nichts übrig«. Durch die Erwähnung, dass er »zugelassen« habe, dass Roman nach Hause kommt, macht Roman unfreiwillig deutlich, wie schwer die Präsenz Romans für seinen Vater gewesen sein muss. Die Überwindung des Vaters, auf Roman zuzugehen, wird in dem Akt der Versöhnung erkenntlich, was für Roman (und seinen Vater) wohl eher eine Zäsur dargestellt haben muss. In Romans Erinnerung wird das sorglose und unbekümmerte Schwelgen durch den Vater unterbrochen. Diese Situation hat durch ihre erzählerische Darstellung besondere Bedeutung erhalten. Weniger bedeutungsvoll wäre die Situation gewesen, wenn Roman sich zum Eintreffen des Vaters gelangweilt hätte, traurig oder wütend gewesen wäre und sich in einer weniger aufgeladenen Situation befunden hätte. So aber wird die Größe der Situation hervorgehoben. Das Weinen des Vaters könnte bei Roman einen Moment des Triumphes ausgelöst haben, da der Vater seine Kälte und Gleichgültigkeit gegenüber Roman überwinden konnte. Die Ansprache des Vaters erinnert an die eines Kindes, welches bei einer Dummheit oder einem Streich erwischt wird. Die Infantilisierung setzt die existenzielle Erfahrung auf eine Ebene mit den Fehlern von kleinen Kindern, was die Erfahrung abwertet und sie verzeihbar macht, anstatt das grausame und finstere sowie das für alle Familienmitglieder schwer belastbare Ereignis dahinter zu sehen. Das Weinen des Vaters ist womöglich der symbolische, aber nicht emotionale Ausdruck für die Schwere dieser Situation. Es markiert das sture Weitermachen, aber nicht die Anerkennung des Leids. Die Versöhnung verschwindet in der Erinnerung der Party, als ein Moment der Siegesfeier über den Vater.

5.1.3.8 Sinnsuche

Darauf folgt ein kurzer Austausch über die Beweggründe des Aufschneidens. Roman erklärt, dass dies von beleidigenden und bedrohlichen Stimmen befohlen worden sei. Diese identifiziert Roman mit dem »Bösen«, das er »schon immer in sich gehabt habe« (Z. 134). Nun sei das Stimmenhören aber wegen der Medikamente unter Kontrolle. Als Ursache für die Stimmen sieht er eine Art Bestrafung, da er in der Vergangenheit ein »Arschloch gewesen sein muss« (Z. 147). Tiefer möchte er darauf aber nicht mehr eingehen. Er hat Angst, dass seine Erinnerungen die Psychose wieder »hochleben« (S. 150) lassen könnten. Das wolle er vermeiden und unterbricht diesen Teil der Erzählung,

um wieder auf seinen biografischen Werdegang zu sprechen zu kommen. Nach seinen Psychiatrieaufenthalten sei er in eine Wohngemeinschaft gezogen. Aus der Erzählung wird nicht deutlich, ob dies speziell eine WG für Menschen mit psychischen Erkrankungen gewesen sein kann. Zumindest konnte er sich in der WG im Kochen und Backen verschiedener Kuchensorten ausprobieren. Kochen und Backen habe er überaus gerne gemacht, dies sei aber in seiner jetzigen Wohneinrichtung nicht mehr möglich. Oft habe er andere Menschen wie die Einrichtungspfarrerin oder seine Mutter zum Essen eingeladen. Oft habe er für Mitbewohner gekocht. Dann wechselt er wieder das Gesprächsthema und kommt auf den Umzug von seiner Mutter zu seiner Schwester zu sprechen. Ähnlich wie der Vater hat die Schwester nur eine Bedeutung am Rande. In der folgenden Sequenz verdeutlicht sich, warum sie beide wenig miteinander zu tun haben.

Roman pflegt bis zu ihrem Tod eine enge Beziehung zu seiner Mutter. Der Umzug der Mutter zur Schwester war für ihn deshalb problematisch, weil er eine schlechte Beziehung zu seiner Schwester hatte und die Mutter dort nicht mehr so oft besuchen konnte, da die Schwester in einer anderen Stadt lebte. Ähnlich wie in der Erzählung vom Vater wirkt die Darstellung der damaligen Kontextfaktoren wie eine symbolische Verstärkung der Ereignisse. Roman sei am ersten Weihnachtstag von seiner Schwester rausgeworfen worden, weil er die Kellerwohnung seiner Mutter kritisiert habe. Der Winter sei zu dem Zeitpunkt besonders hart gewesen und die Züge seien deswegen ausgefallen. Zudem habe er eine schwere Reisetasche dabeigehabt.

» [...] und dann kam sie dann runter ähm am selben Tag und: Du fährst morgen wieder nach Hause, ich will Dich hier nicht mehr sehen.« (Z. 190–191)

Die Hervorhebung der Kellerwohnung der Mutter, des harten Winters und die zusätzlichen erschwerenden Bedingungen machen die Schwester, zu der er bis heute keinen Kontakt mehr haben möchte, zu einer eiskalten und gnadenlosen Persönlichkeit, die ihn ungeachtet seines Sonderurlaubs von der psychiatrischen Behandlung auf die Straße gesetzt hat. Welche weiteren Anlässe zum Bruch der Geschwister geführt haben könnten, wird nicht weiter ausgeführt, denn die Schwester wird kein weiteres Mal erwähnt. Für Roman aber wird diese Stelle essenziell, als es um den Kontakt mit der Schwester ging. Aufgrund ihrer Persönlichkeit und ihres Umgangs mit Roman steht diese Stelle für den gerechtfertigten Beziehungsabbruch. Später, als sich seine Mutter demenziell verändert hat, sei diese in eine Pflegeeinrichtung ganz in seine Nähe gezogen. Roman offenbart hier eine Konkurrenzsituation zu seiner Schwester:

» [...] und dann (...) ähm 2015 (...) hat meine Mama Demenz gehabt // mmh // ne 2012 war das und dann / deswegen hat meine Schwester auch gesagt, sie sollte sich eine Wohnung suchen [...]« (Z. 210–211)

Die Schwester hat die Mutter in ihrer größten Not allein gelassen, stattdessen hat sich Roman dann intensiv um sie gekümmert. Mit dieser Darstellung bemüht er sich, sich

gegenüber seiner Schwester, die erst ihn selbst und dann seine Mutter rausgeworfen hat, hervorzuheben. Für Roman selbst war das Sorgen um die Mutter eine sinnbringende Situation. Er musste für diese einkaufen, hat sie regelmäßig besucht, bei Besuchen bei ihm habe er sich um den Transport gekümmert und hat »schön für meine Mama gekocht« (Z.223). In seiner Darstellung gibt es im Alltag lediglich das Kümmern um die Mutter, was den Tod für Roman umso schwerer gemacht hat.

» [...] und da habe ich mir gesagt: Gut, dass sie ein / eingeschlafen ist / in / der Arzt hat mir das gesagt, ne, dass sie eingeschlafen ist. Richtig hinüber gegangen ist // mmh // also träumerisch, ne. Und da hab ich / hab ich / fand ich ganz gut, dass sie so eingeschlafen ist und nicht gequält / sich gequält hat, ne. JA und dann musste ich ja auf eigenen Füßen stehen, ne // mmh // was heißt heißt auf eigene Füße. Ich stand damals ja auch auf eigenen Füßen, sonst hätte ich nicht / sonst wäre ich nicht einkaufen gegangen für meine Mama oder so (...) Jaaa. Kam ich ins stationäre Einzelwohnen. (Z.233–239)

Auffällig ist die Erwähnung »dann musste ich auf eigenen Füßen stehen«. Noch einige Sätze vorher betont er, wie engagiert, zielstrebig und intensiv er sich um seine demenzielle Mutter gekümmert hätte. Nun stellt er sich auf einmal als unselbstständig dar. Dann relativiert er diese Darstellung einen Satz später und erkennt seine Bemühungen selbst an. Doch wird an seiner Formulierung deutlich, dass mit dem Tod der Mutter eine für Roman sinnstiftende und essentiell wichtige Aufgabe wegfällt, die ihn täglich zur Eigeninitiative motiviert und den Alltag mit Bedeutung gefüllt hat. Obwohl er dies nicht weiter ausführt und das Thema abbricht, werden an der Veränderung seiner Betreuungsform, die eine Verschlechterung seiner Selbstständigkeit symbolisiert, die Konsequenzen des Verlusts von Sinn und Bedeutung im Alltag spürbar. Dann wechselt Roman die Erzählung zu den Schwierigkeiten mit seiner Psychose.

Aus meiner Sicht ist ein mit Sinn und Bedeutung selbstständig gefüllter Alltag für viele Psychoseerfahrene durch das Leben in Institutionen und die dort vorgegebenen Strukturen häufig nur schwer zu behaupten, da durch die »Überfokussierung auf die Balancierung des Alltags« (Riemann, 1987, S. 423) und der Lebensplanung eigene Handlungsvorstellungen unabhängig der Psychoseerfahrung kaum realisiert werden können. Durch die verstärkte Abhängigkeit wird den Menschen Initiative und Autonomie genommen, so dass die Intention oder der Wunsch zur Veränderung auf zähe Strukturen trifft, die frustrieren, Handlungen abwürgen und die Betroffenen (fast) nur noch reagieren können (Schütze, 1981, S. 94). Die Möglichkeit eines sinnstiftenden und bedeutungsvollen Alltags, der Handlungsräume der Artikulation, Selbstgestaltung und Entscheidungsfreiheit gibt, schenkt, vor allem durch das Gefühl, eine Aufgabe zu haben und von anderen gebraucht zu werden, Zuversicht und Hoffnung (Leamy et al., 2011). Das Gegenteil bedeutet Lähmung, Unsicherheit, Perspektivlosigkeit und Depression. Leferink beschreibt dies mit »sozialer Entbundenheit [...], einer unsichtbaren Kraft, die daran hindert, eine Handlung durchzuführen« (Leferink, 1997b, S. 120).

5.1.3.9 Sinnverlust

Im Anschluss daran berichtet Roman über den Grund seines Umzugs. Den Wechsel in ein intensiveres Wohnverhältnis mit Einbußen der Selbstständigkeit begründet er mit der »Psychose, die nachts ausgebrochen ist« (Z. 256). Hier ist anzumerken, dass solche Ereignisse besonders ins Gewicht fallen, wenn sie von bekannten Psychoseerfahrenen erlebt werden. Dann wiegt das Urteil auch stärker, und die unterstützenden Akteure sind zum Handeln gezwungen, um die Kontrolle über die Psychose zu gewinnen. Gerade die unmittelbare Nachbarschaft aus einem Mietshaus kann sich bedroht fühlen und sich an die unterstützenden Akteure wenden, die dann reagieren müssen, bevor sich die Ereignisse überschlagen. Als Argumente der Verschlimmerung zitiert er einen Nachbarn, der folgendes zu ihm gesagt haben soll:

» [...] und irgendwie zu mir hat mal einer gesagt ausm Haus ähm ähm: Der Roman hat mich wach ähm / wach geschellt, um mit mir zu reden, aber ich will das nicht // mmh // so (...) und ähm da hat er zu mir gesagt, dass ich mitm Rollator draußen ähm ähm vier Uhr morgens oder so rumgelaufen bin.« (Z. 257–259)

Roman versucht die problematischen Situationen nicht selbst zu beschreiben, sondern bezieht sich auf das, was der Nachbarn (zu ihm) gesagt haben soll. Merkwürdig ist die Perspektive, die Roman einnimmt: Der Nachbar redet in der Sequenz mit Roman, spricht aber über ihn in der dritten Person. Möglich ist hier eine Distanzierung zum Kontrollverlust und ein Versuch, mit der Scham über den Autonomieverlustes besser umgehen zu können. Denn wie im Verlauf des Gesprächs deutlich wird, bemängelt Roman den Autonomieverlust und möchte sich diese zurückholen. Zu überlegen ist auch, ob der Tod der Mutter eine Lücke in der Gestaltung sinnvoller Alltagsaufgaben hinterlässt, die Roman nach dem Tod nicht mehr selbstständig füllen konnte. In seiner Erzählung tritt die Psychose erst nach dem Tod der Mutter wieder verstärkt auf. Darüber hinaus wirkt die Psychose wie ein Beziehungsbarometer. Die Psychose tritt dann erzählerisch in den Vordergrund, wenn die Beziehung zur Mutter als schwierig dargestellt wird, entweder durch den Versuch der Zerstörung der Beziehung, weil Roman die Beziehung nicht ertragen kann, oder weil die Mutter verstirbt und Roman den Verlust nicht ausgleichen kann. Die Ambivalenz in der Beziehungsgestaltung und -darstellung hebt sich durch den demenziellen Zustand der Mutter auf.

Im geistigen und körperlichen Zerfall, den die Demenz mit sich bringt, offenbart sich der Hass und Sadismus der projektiven Identifikation, durch welche die Mutter zum hilflosen, verletzbaren und manipulierbaren Objekt wird, das nach eigenen idealisierten Vorstellungen geformt werden soll (Bion, 2013 [1957], S. 60; Bion, 2013 [1959], S. 114). Der Tod der Mutter könnte aus psychoanalytischer Perspektive die Möglichkeit zur Weiterentwicklung bringen, da sich mit dem Tod das im Denken blockierende Objekt entfernt. Stattdessen wird der Tod gleichzeitig zum Verlust erfolgreicher Projektionen,

die nun ersetzt werden und in der überidealisierenden Funktion psychotischer Handlungen gefunden werden sollen. Die sukzessive Unselbstständigkeit, die er durch weitere stationäre Behandlungen und den Umzug in ein Wohnheim beschreibt, verdeutlicht die am Bedeutungsverlust ausgerichtete Hilflosigkeit. Anstatt dann »auf eigenen Füßen zu stehen«, irrt Roman durch die Nacht und macht plötzlich Dinge, die für ihn untypisch sind. Das ziellose Unterwegssein in der Nacht und die Suche nach Gesprächspartnern wird in der Erzählung zur symbolischen Orientierungslosigkeit, die wegen des Objektverlusts keine genaue Richtung mehr auszumachen erlaubt. Die institutionelle Reaktion wird zur strukturierenden Gegenhandlung, um Roman wieder »einzufangen«. So bleiben ihm nur noch seine zu Beginn beschriebenen Nischen personaler Identität, die er nur noch selten für andere artikulieren kann.

Dann wechseln wir das Thema und reden über das Kochen als eine seiner Lieblingsbeschäftigungen und ein gleichzeitiges Problem für die psychiatrischen Einrichtungen. Zudem scheint Roman das Kochen als soziales Schmiermittel eingesetzt zu haben, weil das Kochen für andere (seine Mutter, die Pfarrerin, Mitbewohner) einen großen Stellenwert in seinen Erzählungen einnimmt. In seiner neuen Einrichtung sei dies aber nicht möglich, weil das Wohnheim keine privaten Kochmöglichkeiten vorsieht. Ganz unvermittelt beschreibt Roman, durch das Kochen in seiner Wohnung häufiger den Hausalarm ausgelöst zu haben. Somit wird klar, dass der Umzug in ein enger betreutes Wohnverhältnis auch der zunehmenden Gefahr für sich und anderen geschuldet ist. Dies gesteht Roman sich auch ein:

»Ich hab das ja vermurkst in Haus (Name). Habe ich sehr oft ähm / sehr oft ähm die Sirene geschellt // mmh // ich habe / ich war total psychotisch und hab das dann erst gemerkt als das ge / geschellt hat. Habe ich den Deckel drauf gemacht und dann ab in den / ab auf die Terrasse // mmh // ah auf Terrasse nicht, auf den Balkon. Es ist mir schon so oft passiert, dass / dass die gesagt haben: Ne, das machen wir jetzt nicht.« (Z. 309–313)

Roman ist etwa ein halbes Jahr vor dem Interview in das Wohnheim gezogen. Zu Beginn hatte er ein kleines Zimmer und ist nach ein paar Wochen in ein größeres Zimmer gewechselt. In diesem lebt er aktuell. Trotz des Verlustes seiner Selbstständigkeit fühle er sich »sehr gut hier« (Z. 324). Diese Aussage kommt überraschend, da er sich vorher deutlich negativer gegen seinen neuen Wohnort positioniert hat.

5.1.3.10 Beziehungsarbeit

Das Zusammenwohnen mit den anderen Bewohnern sieht er als »Zweckgemeinschaft« (Z. 332) und pflegt lediglich zu einer Person eine Freundschaft. Darüber hinaus hat Roman viele Zweckbeziehungen, etwa zu den Mitarbeitenden oder dem Pflegedienst.

Wie erwähnt, hat er zur Schwester keinen Kontakt mehr, der Vater sei mit 60 Jahren Anfang der 1990er Jahre gestorben. Den frühen Tod des Vaters kommentiert Roman in einer distanzierten Art und Weise, die der Beziehung auch eher einen funktionalen Charakter gibt, was zu der Aussage passt, dass der Vater für Roman »nichts übriggehabt hatte«:

»Das war (...) ähm (unv.) (...) war für mich irgendwie ein Schock auch // mmh // weil ein Vater, der mit 60 stirbt (...) dann habe ich ihn nicht mehr gehabt, ne. Ich hab mich aber versöhnt mit ihm schon 1987, da wo er gesagt hat: Junge, das machst Du nicht nochmal oder so ne (...) da hat er mich jeden Mon / jedes Wochenende abgeholt.« (Z. 353–356).

Häufig ist der Tod eines Elternteils eine schwere Tragödie für die Kinder. Das »irgendwie« drückt ein gewisses Unbehagen und emotionalen Abstand gegenüber dem Tod des Vaters aus und macht Romans Unsicherheit deutlich, erwartbar emotional zu handeln. Im »irgendwie (...) auch« versteckt er sein Unbehagen gegenüber der Situation, in der er ja wie in anderen traurigen Momenten »auch« traurig und nicht gleichgültig sein sollte. Dann erwähnt Roman wieder die Situation, in der der Vater sich gegenüber Roman traurig und weinend zeigt und Roman dies als Versöhnung beschreibt. In der Beschreibung des frühen Todes wird der Vater auf die Rolle eines Taxifahrers degradiert, der ihn »jedes Wochenende« abgeholt hat. So überrascht das Fazit über seine Eltern nicht:

»Ach, meine Eltern waren ganz in Ordnung (..) Denk ich mir so. Nur, dass sie sich nicht mehr leben, ist meistens (...) hier das ist mein Vater (zeigt Foto von Vater) / das ist mein Papa.« (Z. 360–361).

Roman bricht den Satz an einer Stelle ab, an der sich der Zuhörer fragen könnte, was auf das »meistenteils« folgen könnte. Will Roman seinen Eltern hier vorwerfen, absichtlich nicht mehr am Leben zu sein, und wenn sie noch leben würden, um sein Leben wiederum mit Bedeutung zu füllen, dann wären sie mehr als in Ordnung? »Ganz in Ordnung« ist eine distanzierte, emotionalisierte Aussage, die wie die Schulnote »befriedigend«, eine gewisse Neutralität wahren möchte: Sie haben gleich viel richtig wie falsch gemacht. Ebenso »in Ordnung« wirkt der Einschub über die Tätigkeit der beiden Eltern. Sie betrieben als Selbstständige eine Wäscherei, was finanziell sicherlich ausgereicht hat, aber mit harter körperlicher Arbeit und langen Arbeitszeiten versehen war. Das Resultat ist in Anbetracht der Umstände also »in Ordnung«. Möglicherweise hat die Mutter ihre Bewertung mit ihren »heimlichen Treffen« (Z. 363), als sie bei Romans Schwester gelebt hat, verbessert. Denn die gehasste Schwester wollte die Treffen ja verhindern. Im Gegensatz zur Erzählung über die Beziehung zum Vater erwähnt Roman, traurig gewesen zu sein. Allerdings wirkt es, als macht er der Mutter Vorwürfe, indem er den Tod als aktive Entscheidung hinstellt:

»Aber ich war traurig, dass meine Mutter auch gestorben ist (...) aber (...) ich kann das schon verstehen, dass die / meine Mutter einfach keine Lust mehr hatte zu leben mit 94.« (Z. 367–368)

Die Stelle im Satz, an der das »auch gestorben« auftaucht, erweckt den Eindruck, als habe sich Roman im Leben seiner Mutter keinen Tod vorstellen können, und plötzlich entscheidet sie sich dann doch zu sterben. Roman macht den Anschein eines kleinen Jungen, der nicht zulassen kann, dass ihn die Mutter verlässt, weil er die Endgültigkeit des Verlustes nicht akzeptieren kann. Der Tod repräsentiert das Realitätsprinzip in seiner ganzen Konsequenz, deswegen ist Roman von einem Zustand fasziniert, in dem Verlust und Unlust wieder »unter die Herrschaft des Lustprinzips« (Freud, 1911, S. 21) gebracht werden können.

Der Interviewverlauf ist bis hierhin von der Familiengeschichte geprägt, die sich hauptsächlich um die Mutter dreht. Andere Akteure werden nur am Rande erwähnt und haben, bis auf den Vater oder die Schwester, eine eher untergeordnete Bedeutung. Die Schwester wird nur relevant, wenn es um die Konkurrenz zur Mutter geht. Der Vater wird nur in der oben beschriebenen Szene relevant. Fragen, die auf den Alltag oder die Wohnsituation abzielen, beantwortet Roman nur sporadisch und assoziiert dabei zum Beispiel über das Wohnen, Kochen, die Psychose oder Sozialbeziehungen, insbesondere auffällige Erlebnisse mit seiner Mutter. Erst jetzt ändert sich der Erzählverlauf und Roman spricht über anderen Themen.

5.1.3.11 Die Signifikanz der Anderen

Roman kommt auf verschiedene Freunde und Bekannte zu sprechen. Diese kennt er alle von Psychiatrieaufenthalten oder aus seinen Wohneinrichtungen. Auf meine Frage hin, warum es so schwer sei, für ihn Menschen außerhalb psychiatrischer Einrichtungen kennenzulernen, entgegnet Roman, »mal einen außerhalb kennengelernt zu haben« (Z. 478). Roman erklärt, dass er schwul ist und es sich bei dieser Person um seinen Freund gehandelt hat. Dieser ist dann an »AIDS verstorben« (Z. 483) und das hat er erst durch die Mutter nach dem Tod des Freundes erfahren. Die Erzählung nimmt eine plötzliche Wendung, als Roman erwähnt, früh geheiratet zu haben. Außerdem rückt die Biografie unabhängig von der Institution in den Vordergrund. Er war etwa sieben Jahre mit seiner Frau zusammen. Anders als man annehmen könnte, hat sich Roman nicht aufgrund seiner sexuellen Orientierung getrennt, sondern aus einem anderen Grund:

» [...] und dann hat sie mich verarscht, nach Strich und Faden. Nach sieben Jahren gut / gute Beziehung, hat sie mich dann 8000 Euro gekostet // mmh // die hat immer mich dabei genommen, ja und mich dann / hat mich immer durch / durch / ich habe sie ja geliebt, ne und wo Liebe hinfällt, da wächst kein Gras mehr« (Z. 493–496)

Roman habe zu diesem Zeitpunkt in einer Rolladenfabrik gearbeitet. Dort hat er »Hilfsarbeiten« (Z. 504) gemacht. Er musste ein Darlehen bei der Firma aufnehmen, als er mit seiner Frau in eine gemeinsame Wohnung gezogen ist. Obwohl Roman wegen seiner Frau schon stark verschuldet war, wollte diese bei der Scheidung gerichtlich einen Rentenanteil erwirken. Da Roman aber die Schulden übernommen hat, hat die Ex-Frau keinen Rentenanspruch. Gegenüber seiner Ex-Frau positioniert er sich eher vorsichtig und skeptisch, denn diese würde weiterhin auf sein Geld bestehen:

»Komm, gib mir von der Rente was ab, aber das habe ich ähm vorm Gericht nicht gemacht.« (Z. 518).

Darauf skizziert Roman eine Situation, in der er seine Frau wieder getroffen hat. Er war häufig bei Freunden zu Gast. Seine Ex-Frau hat in einer Wohnung im gleichen Haus gelebt. In der von Roman skizzierten Szene habe seine Frau ihn angelockt.

»[...] komm doch hoch, komm doch hoch, Roman.« (Z. 533–534)

Auf das Anlocken folgt die Falle. So wird er prompt von dieser bloßgestellt und gedemütigt:

»Bin ich hochgekommen, da sagte sie tat / tatsächlich zu mir: ähm, ich würde einen auf psychisch krank machen. Ich wäre gar nicht psychisch krank. Das war ein Sch / Schock für mich. Dass sie sowas nur sagen konnte, ne.« (Z. 534–536)

Mit der Intention des Anlockens möchte Roman die Habgier und Skrupellosigkeit seiner Ex-Frau deutlich machen. Das Bloßstellen sei auf die Enge der Beziehung zurückzuführen. Seine Ex-Frau nutzt gemeinsame, vielleicht private Informationen, um Roman das sensible Rüstzeug für seine verletzte Identität zu entziehen. Hat dieser womöglich Schwierigkeiten, sich mit der Krankheit zu arrangieren, versucht seine Ex-Frau in einem Akt der Bosheit, seine Positionierung streitig zu machen. Dahinter steckt die Intention, Roman zu unterstellen, dieser drückt sich vor den Zahlungen mit einer erfundenen psychischen Erkrankung.

Viele seiner Bekanntschaften, mit denen er gegenwärtig noch Kontakt hat, hat Roman in Wohngemeinschaften kennengelernt. Doch, anstatt die Eigenschaften der Mitbewohner zu beschreiben, verliert er sich in langweiligen Details über die Wohnung, zum Beispiel die Verteilung der »Hochbetten« (Z. 546), »Holzverschlag«, »Holztreppe« (Z. 547), »er ist rechts eingezogen und ich bin links eingezogen, neben der Küche und er ist dann neben den Flur« (Z. 550) und so weiter. Leblose Dinge nehmen eine stärkere Bedeutung ein als die Menschen, mit denen er lange Jahre zusammengewohnt hat. Diese rationalisierte Darstellung kann laut Bion eine für Psychoseerfahrene typische Artikulationsweise sein, die auf einen »eigentümlichen Mangel an Resonanz im Den-

ken« (Bion, 1997 [1962]), S. 61) hinweist. Die verstärkte Auseinandersetzung mit dem »Unbeseelten« (ebd., S. 60) schiebt die Auseinandersetzung mit der »Komplexität des Denkens« (ebd.) auf. Denn in der »eindimensionalen« (ebd., S. 61) Erfahrung werden die anstrengenden Bedeutungsmöglichkeiten auf ein Minimum reduziert. Das Nachdenken über die Architektur der Wohnung fällt leichter als das Nachdenken über weitere Personen. So hält Roman die Erzählung, die ihn möglicherweise selbst langweilt, nicht durch und er kommt wieder auf sich selbst zu sprechen. Einen weiteren Umzug rekonstruiert er zeitgleich mit seinem ersten Psychiatrieaufenthalt.

»Ja und dann hatte ich ähm auch schon die Füße und Beine aufgeschnitten // mmh // da habe ich das dann ähm / ja 84 die Beine aufgeschnitten / da bin ich in die Psychiatrie gekommen.« (Z. 560–561)

Auf die unbeseelte Erzählung folgt dann der Hinweis auf die schwere Selbstverletzung. Die Erzählung liefert keine erkennbaren Gründe, die darauf hindeuten, warum sich Roman dies angetan haben könnte. Zu spekulieren wäre, ob Roman, dessen Leben von Umzügen innerhalb psychiatrischer Einrichtungen geprägt ist, die Mitbewohner nicht anders darstellen kann, weil sich diese der Überidealisierung und projektiven Identifikation weitgehend entziehen konnten und damit uninteressant wurden. Die (negierende) Identifikation gelingt, wenn der signifikante Andere eine Möglichkeit der emotionalen Spannungsabfuhr bereithält (Bion, 1997 [1962], S. 74). Dazu müsste aber eine Verbindung vorhanden sein, die bei signifikanten Anderen eine emotionale Reaktion hervorruft. Formale Beziehungen mit Mitbewohnern eignen sich dafür eher nicht. Die emotionale Verbindung hat nicht die gleiche Qualität wie etwa die der Eltern. Deswegen werden die Mitbewohner gleichgültig erwähnt und die Selbstverletzung wird wieder Thema, weil dies womöglich das letzte Mittel sein kann, (s)eine idealtypische Konstruktion der Realität zu erwirken oder gar zu erzwingen, in der dann die nahestehenden Personen doch irgendwie emotional reagieren müssten (ebd., S. 78). Die kommunikativen Möglichkeiten sind durch eine intensive psychotische Verarbeitung der Realität kaum geeignet, gegenseitiges Verstehen zu erzeugen. So verrät dieses Beispiel, dass die Identifikation mit den signifikanten Anderen idealtypische Vorstellungen (also eine Vereinfachung der kommunikativen Möglichkeiten durch die Selbstverletzung) von Beziehungen in sich trägt, die im Identifikationsprozess die Interaktion mittels manipulativer Emotionalität gewichten (Strauss, 1974 [1959], S. 87; Mead, 1973 [1934], S. 183). Die übertriebene Handlung ersetzt den Prozess der Kommunikation und symbolisiert die emotionale und kognitive Überforderung in der Interaktion. Dann erhält der emotionale Ursprung der Identifikation in der »Realität« ihre entsprechende »Substanz« (Bion, 1997 [1962], S. 78). Die Mitteilung über die Verletzung soll die Einheit misslungener Identifikation herstellen. Der Interaktionspartner wird durch die Wucht der Handlung mitgerissen und ist zur Anteilnahme gezwungen.

Eine vergleichbare Erzählweise tritt in der Sequenz danach auf. Hier geht es um das richtige »Einstellen der Fluaxolspritze« (Z. 568), Gespräche mit einer Ärztin, »an

die er sich gut erinnern kann« (Z. 573), und letztlich um eine »Stadtkneipe« (Z. 574), die er aufgesucht hat, nachdem er seinen Arztbesuch erledigt hatte. Dabei reihen sich eine verschiedenen Personen aneinander, die in ihrer raschen Aufzählung, »Arzt I« (Z. 570), »Ärztin II« (Z. 572), »dicker Wirt« (Z. 575), »Name Freundin« (Z. 576), »Name Freund« (Z. 576), nicht voneinander zu unterscheiden sind, weil sie bis auf die Namen keine Differenz aufweisen. Anschließend folgt eine Auflistung der Speisen, die er in dem Restaurant zu sich genommen hat.

5.1.3.12 Homosexualität und die Abwertung der sozialen Identität

Roman hat früher vermehrt Erfahrungen im Umgang mit seiner Sexualität gemacht, die ihn »ängstlich« (Z. 591) gestimmt haben. Zur Darstellung dieser Schwierigkeit bezieht er sich wieder auf eine bedeutsame Einzelsituation, die sicher belastend ist, aber dennoch überwiegt die detaillierte Darstellung des »Kunststoffschredders« (Z. 596), den Roman bedient. Ein Lastkraftwagenfahrer hat, als er zugegeben hat, dass er homosexuell sei, die Paletten, weiter weg abgeladen, so dass Roman mehr Arbeit hatte:

»Da hat er mich verarscht also / mich / mich / mich fertig gemacht, irgendwie. Der wollte mich irgendwie fertigmachen. Das hat er auch geschafft, ja.« (Z. 602–603).

Die abschließende Bemerkung verdeutlicht, dass Roman unter der Situation wesentlich stärker gelitten haben muss als oben dargestellt. Da er die Situation, die möglicherweise nur eine von vielen ist, nur andeutet, wird nicht klar, warum und wie der Lastkraftwagenfahrer »das auch geschafft hat«. Der Vater wollte nicht über seine sexuelle Orientierung reden (Z. 607); dies stärkt die These der distanzierten Beziehung zwischen den beiden. Wie und wann er sich gegenüber seinen Eltern geoutet hat, wird nicht ganz ersichtlich. Auf die Frage, wann er sich gegenüber diesen geoutet hat, entgegnet er, dass er sich »2008 in der Psychiatrie geoutet« habe (Z. 613). Dies macht keinen Sinn, da der Vater zu dem Zeitpunkt bereits tot war. Aber möglicherweise meint Roman sein generelles Coming-out, womit er aktuell deutlich offener umgeht:

»Als ich hier angekommen bin, habe ich dem Personal sofort gesagt: Hör Sie mal, ich bin schwul ähm ich möchte / möchte das vorher klarstellen, bevor irgendwas ist // mmh // und die haben das akzeptiert, ne.« (Z. 615–617)

Seine Homosexualität hatte er schon in seiner Ehe bemerkt. Da seine Frau auch lesbisch war, wirkt die Gemeinsamkeit der beiden wie ein Zwang. Fraglich ist, ob die beiden eine ›Scheinehe‹ geführt haben, um stärkeren Erwartungen an eine heterose-

xuelle Beziehung, was Anfang der 1980er Jahre bestimmt noch deutlich ausgeprägter war als heutzutage, gerecht zu werden:

»Das habe ich auch schon in der Ehe schon gemerkt. Hatte ich so ein bisschen bi / bisexuelle Züge, ja. Weil das war, die einzigste Frau, die ich gehabt hab, ne // mmh // und die mich so enttäuscht hat. Deswegen / das ganze Geld mit ihren Freundinnen ab / verpulvert hat // mmh // sie war auch / war auch lesbisch.« (Z. 632–636)

Seine eigene Sexualität begründet Roman mit der Enttäuschung, die er in der Ehe erfahren hat. So ist dies eine Reaktion auf die Behandlung seiner Ex-Frau, um sich auch aktiv verhalten zu können und dies nicht als Schicksal hinzunehmen. Das Motiv der ›Rache‹ wirkt als Beweggrund plausibler, als anzuerkennen, dass Homosexualität durch ihre Tabuisierung lange Zeit keine Normalisierung erfahren zu haben. Diese moralische Last begleitet auch Roman, der erst 2008 für sich akzeptieren konnte, homosexuell – aber auch christlich gläubig – zu sein.

Die Frage, ob es für ihn schwieriger sei, offen über seine Psychose oder offen über seine Homosexualität zu reden, beantwortet Roman kurz. Es sei schwieriger, über die Psychose zu reden, da sofort klar sei, dass Roman aus der »Irrenanstalt« (Z. 646) komme. Dann beschreibt er ohne Vorbereitung eine Situation, in der er in der Psychiatrie wegen seiner Homosexualität von einem Mitpatienten bedroht wurde. Die Stigmatisierung als Psychoseerfahrener wird durch die Stigmatisierung als Homosexueller ersetzt. Da Roman sich für eine so lange Zeit in psychiatrischen Einrichtungen bewegt, stellt sich für ihn womöglich gar nicht mehr die Frage, seine Identitätsinformationen kontrollieren zu müssen (Goffman, 2012 [1963], S. 58). Die soziale Identität geht vollkommen in seiner Institutionalisierung auf, so dass Korrekturen und Strategien des Umgangs für ihn keine Bedeutung mehr haben werden. Sein Handlungsfeld ist auf die Psychoseerfahrung ausgerichtet. Anders sieht es mit der Homosexualität aus. Diese wird auch in psychiatrischen Institutionen häufig als Makel angesehen, was die offene Person veranlasst, bestimmte schützende Handlungsstrategien zu entfalten. Roman skizziert dies anhand einer für ihn belastenden Situation.

»Ah, sagte der eine, den habe ich auch kennengelernt, der hat mich auch fertig gemacht, da in Haus 30. Den haue ich auch nochmal eine ausn Anzug. Habe ich gesagt: Habe ich mich nicht so drum gekümmert, aber hinterher habe ich einen ganz schön roten Kopf gekriegt.« (Z. 651–654)

Die oben erwähnte Person hätte ihn als »scheiß Strichjungen« (Z. 659) beleidigt, was allerdings ohne Konsequenzen blieb. Außerhalb psychiatrischer Einrichtungen wären derartige Beleidigungen, Nötigungen und Bedrohungen strafrechtlich relevant. Die anhaltende Andersartigkeit prägt eine (subkulturelle) Norm innerhalb der Gruppe der Andersartigen, die eigene Umgangsweisen mit derartigen Erfahrungen entwickelt (Goffman, 2012 [1963], S. 178). So können Beleidigungen, Bedrohungen oder gar Gewalt

innerhalb psychiatrischer Einrichtungen ›normal‹ sein. Die Psychiatrisierung wegen einer Psychose oder vergleichbarer Diagnosen führt automatisch zu einer Abwertung sozialer Identität, durch welche die Person, die eine Straftat oder Vergleichbares ausübt, ihrer gesellschaftlichen Verpflichtungen entledigt wird. Die Person wird als »verdorbene Subjektivität beurteilt« (Barham & Hayward, 1997, S. 90) und außerhalb gesellschaftlicher Maßstäbe behandelt. Eine rechtliche Konsequenz kann nicht greifen, weil die Akteure des öffentlichen Rechts im Falle einer Psychose automatisch auf die Psychiatrie verweisen würden, da die Psychose den Verantwortungsbereich in die Psychiatrie verschiebt. Die Person sei ›krank‹, und so werden all ihre Handlungen unter dieser Prämisse bewertet; nur Professionelle können einen Umgang damit finden. Das führt zu einer bestimmten Form der Rechtlosigkeit innerhalb psychiatrischer Einrichtungen. Erst lebensbedrohliche Taten und dauerhafte Gefährdungen der öffentlichen Sicherheit werden mit forensischem Maßregelvollzug belegt. Für Roman, der sich offensichtlich, so geht es aus seiner Formulierung hervor, auch nicht weiter an dem Unrecht stört, scheint die Regelung akzeptabel gewesen zu sein:

» [...] und das wollte ich nicht auf mich sitzen lassen, ne. Ähm habe ich dann / hab ich dann beschwert dann, dass der mich so genannt hat, ne. Der musste das dann nachher widerrufen« (Z. 660–661)

Diese Darstellung offenbart im Grunde die eigene Ohnmacht und Möglichkeit, aktiv handelnd etwas zu erreichen. Darüber hinaus wird von Menschen, wie Roman in solchen Situationen erwartet, dies ertragen zu müssen, da sie keine Handhabe haben, sich aktiv dagegen zur Wehr zu setzen. Das macht die psychiatrische Einrichtung zu einem Ort, an dem unterhalb des gesellschaftlichen Rechtssystems ein Subsystem entwickelt, in dem eigenständige Identitätsstrategien aufgebaut werden müssen – sei es zum Beispiel, um die Demütigung zu akzeptieren oder als Erwachsener darauf angewiesen zu sein, sich an Betreuer wenden zu müssen. So können sogar Todesdrohungen zur Normalität werden:

» [...] und da bin ich da vorbeigegangen, hat er gesagt: Den mach ich auch nochmal kalt.« (Z. 663–664)

5.1.3.13 Alltag und Psychose

Nach der längeren biografischen Ausführung versuche ich, die Erzählung auf Romans alltäglichen Umgang mit der Psychose zu lenken. Ich frage nach seiner Andeutung zu Beginn des Interviews, was es für ihn heißt, den »Alltag nicht mitgekriegt zu haben (Z. 6–7). Roman beschreibt kognitive Schwierigkeiten. Er hätte »nicht mehr gewusst, was er sagen sollte« (Z. 673–674). Zudem hatte er »Aussetzer« (Z. 675), hatte aber keine »Demenz« (Z. 674). Dieser Hinweis unterstreicht wohl die Schwere der Aussetzer.

Erkennbar sei dies daran gewesen, dass er »nicht mehr geduscht habe« (Z. 671) und er seine »Tabletten verweigert« (Z. 675) hatte, die ihm »eingeflößt werden mussten« (Z. 676). Darauf referiert er das Gespräch mit einem Psychiater:

»Komm, Roman, sie nehmen jetzt in meinem Beisein die Tabletten. Jetzt ist Schluss, jetzt, jetzt ist Feierabend. Jetzt / jetzt bin ich sauer und sie nehmen die Tabletten und weil sie das müssen und so. [...] ähm, sie arbeiten gar nicht richtig mit, Roman. Ich muss sie nach Haus 30 schicken. ähm ich kann nichts mehr mit Ihnen anfangen // mmh // ja und dann zwei Tage später komme ich nach HAUS 30 und da habe ich mitte Stirn immer auf / an die Wand gehauen, ne // wegen der Stimmen? // ja, musste die Stimmen wegstreichen« (Z. 677–682).

Die Darstellung der Situation, in der der Psychiater mit Roman spricht, deutet auf zwei für die psychiatrische Behandlung wesentliche Punkte. Zum einen wird das Verhalten von Roman infantilisiert. Das »Schluß jetzt, ist Feierabend« und »ich bin jetzt sauer« weist auf eine Vorstellung der Psychosen hin, die mit dem Verhalten von frechen und ungezogenen Kindern verglichen werden. Der Verantwortung als Erwachsener würde man erst wieder nachkommen, wenn die Tabletten diszipliniert eingenommen werden würden. Die Drohung der Verlegung auf eine unbeliebte Station macht zudem den Eindruck einer Bestrafung wegen der Ungehorsamkeit. Zum anderen steht und fällt die psychiatrische Behandlung mit der regelmäßigen Einnahme der Medikamente. Andere Möglichkeiten haben bei Weitem nicht so eine Bedeutung wie die Einnahme der Medikamente. Dadurch stärkt sich der Eindruck einer mechanistischen Vorstellung von der Psychoseerfahrung, die chemisch gegen reguliert wird.

Seine jetzige Wohnsituation hat sich wegen der Möglichkeit, auch nachts Unterstützung von Mitarbeitenden in Anspruch nehmen zu können, gebessert. Da er nun deutlich weniger belastet sei, überlegte er, ob das vorherige »Haus auch nichts für ihn war« (Z. 704), da er dort allein gewohnt hat. In seiner Wohngemeinschaft hat er sich auch besser gefühlt, weil er da immer jemanden zum Reden hatte. Wenn er wieder ein »bisschen stabiler« (Z. 721) wird, würde er gerne wieder in eine Wohngemeinschaft ziehen, wo er auch wieder Backen und Kochen könnte. Bei dem Gedanken an mehr Selbstständigkeit schwankt Roman hinsichtlich der Überlegung, ob die jetzige Einrichtung besser für ihn sei. So drückt er seine Unzufriedenheit über den unterstützenden Dienst in seiner vorherigen Wohnung aus:

»Roman, sie können nicht mehr / nicht mehr / nicht mehr Kochen und nicht mehr Backen // mmh // wir entziehen Ihnen das alles und dann: Herr (Nachname), Sie müssen woanders hin, wo sie / wo sie nachts einen Ansprechpartner haben« (Z. 723–726)

Durch die fehlende Möglichkeit zum Backen und zum Kochen fehlt Roman eine seiner wichtigsten Artikulationsmöglichkeiten. Diese kann er ein Stück weit mit dem Malen kompensieren, dennoch kann er das Kochen und Backen nicht mehr als Anlass

nutzen, andere Personen zu sich einzuladen. Deswegen interpretiert Roman den Umzug auch als ›Entzug‹ seiner Fähigkeiten und Möglichkeiten. Das Soziale wird ersetzt durch einen nächtlichen Ansprechpartner, den sich Roman mit den anderen Bewohnern teilen muss. Auf meine Frage, wie viel er denn malen würde, weil er von einem Keller erzählt, der voll sei mit seinen Leinwänden, die weggeworfen werden müssten, zeigt Roman mir mehrere Kisten mit Bildern in Postkartengröße. Dabei wird mir erstmal deutlich, wie viel Roman überhaupt malt. Dies würde aber auch reglementiert werden, da er in seiner vorherigen Einrichtung »Tisch und Boden beschmiert« (Z. 756–757) hätte. Er darf deswegen nicht mehr mit Acryl malen. Deutlich wird, wie sehr es ihn frustriert, durch die Mitarbeitenden reglementiert zu werden:

»Also ich denke mir, dass die mich / mich / mich loswerden wollten.« (Z. 771–772)

Romans Aktivität des intensiven Malens ist ein, wie oben bereits angedeutet, selbsttherapeutisches Mittel zur Kontrolle der Psychose. Roman entdeckt im Malen eine »Abschalttechnik« (Schlimme & Brückner, 2017, S. 170), die ihm hilft, eigenes »Nachdenken« zu lenken, indem »Bedeutungsüberschüsse« ausgeklammert werden.

In Romans Erzählung wollte »man ihn loswerden«, weil er mit Farbe die Wohnung, Gardinen und Tische versaut hätte. Ob dies tatsächlich der Grund ist, weswegen der Umzug in ein stationäres Wohnheim vollzogen werden musste, kann nicht abschließend eruiert werden. Dennoch ist es eine für ihn ärgerliche Situation und zuletzt ein beschämendes Gefühl, sich in einer solchen Situation befunden zu haben und eine Schlechterstellung seiner Wohnsituation in Kauf nehmen zu müssen, was obendrein von allen Menschen, die sich in seinem Wohnumfeld befinden, realisiert wird.

Seine Bilder würde er alle behalten, weil diese sein »Leben sind« (Z. 791). Dafür würde er auch den vielen Platz, den er benötigt, in Kauf nehmen. Um Platz zu schaffen, würde Roman seine großen Leinwände auch verleihen. Mehrmals im Jahr hätte er die Gelegenheit, seine Bilder auf einer Ausstellung in der Ergotherapie zum Kauf anzubieten. Darauf würde er sich sogar entsprechend vorbereiten, damit er viele Karten verkaufen könnte. Selbst schätzt er seine Malerei als »sehr schön« (Z. 836) ein. Die Möglichkeit des Verkaufs seiner Bilder gibt Roman einen Raum, sich gegenüber einem größeren Publikum zu präsentieren und für sich zu werben. Dass diese Möglichkeit zum Zeitpunkt des Interviews wegfällt, ist für jemanden wie Roman sicherlich schwierig zu akzeptieren, da ihm das Verkaufen seiner Bilder, die sein »Leben sind«, eine nötige Bestätigung gegeben hat.

5.1.3.14 Der Weg zum Glauben

Darauf erzählt Roman, wie er zu seinem Glauben gekommen ist und welche Bedeutung dieser für ihn hat. Er sei »selber zu Gott gekommen« (Z. 845) und wollte nicht durch seine Mutter »bekehrt werden« (Z. 844). Der Glaube an Gott hat Roman in seinen tief existenziellen Krisen Hoffnung geben können. Lange hat er sich gegen seine Mutter gewehrt, die ihn immer wieder aus der Bibel hat, vorlesen und zitieren lassen. Das Engagement der Mutter zur Überzeugung Romans wirkt wie eine Art Bereinigung, die Roman helfen sollte, auf den richtigen Weg zu kommen. So wird innerhalb religiöser Überzeugungen die Psychose mehr als Strafe, denn als Krankheit interpretiert und die Hinwendung zu Gott würde die Erlösung bringen. Die Auseinandersetzung mit der Psychose geschieht in den Bedeutungen und Überzeugungen des religiösen Symbolsystems (Machleidt, 2019, S.16; Straub, 1999, S. 166). Darin liegen sowohl Schuld als auch Sühne, Strafe und Vergebung. Die katholische Überzeugung transportiert entsprechende Artikulations- und Handlungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel die Beichte (Ellenberger, 2005 [1970], S. 81). Irgendwann, so Roman weiter, hätte er die tiefe christliche Überzeugung der Mutter bemerkt, das hat ihn letztlich auch überzeugen können. Seiner Mutter davon erzählen zu können, hätte bei ihm zu Erleichterung geführt:

»Mama, ich bin jetzt doch zu Gott gekommen, ne, weil / am Schluss habe ich ihr das erzählt, dass auch Jesus mich inspiriert hat, ja und ich bin froh, dass ihr das vor ihrem Tod noch gesagt hab und dass ich mich entschuldigt hab dafür, dass ich Jesus so dreckig genannt hab. Ja. Es war auch ne Erlösung für mich. Auch eine Erlösung für meine Mama« (Z. 873–877)

Die Verwendung des Begriffs »Erlösung« macht deutlich, wie sehr Roman und seine Mutter durch die Ablehnung des Glaubens durch Roman belastet waren. Ob Roman nun gläubig ist oder nicht, hat in dem Moment keine Bedeutung. Vielmehr ist es die Bedeutung der Botschaft, die die aufopferungsvolle (sterbenskranke) Mutter am Ende ihres Lebens beruhigen soll, so dass Roman sein Gewissen noch vor ihrem Tod entlasten kann. Das dauerhafte Schuldgefühl durch die Zurückweisung des Glaubens verliert in der Gegenübertragung zur Mutter an Bedeutung und Kraft. Gleichzeitig erkennt die Mutter den Erfolg ihres »Reinigungsritual« und nimmt Roman in der Übertragung die moralische Belastung. Beidseitig wirkt die Aufhebung der Übertragung als erlösendes Moment. Trotz ihrer schweren Demenz sei es zu ihr »durchgedrungen«, dass Roman seinen Glauben gefunden habe. So interpretiert er eine starke Bedeutung in eine Szene:

»Und sie hat gesagt: Gott. Mehr hat sie nicht gesagt [...]« (Z. 880)

Für Roman ist diese Szene sehr bedeutungsvoll. An Bedeutung gewinnt sie durch die Demenz der Mutter und ihren nahenden Tod. Als Symbolbild des geistigen Verfalls

wirkt »Gott« für Roman wie eine Kerze im Nebel, wie ein kurzer Moment der Rückkehr seiner Mutter in die gemeinsame Realität. Die Begleitung seiner Mutter während der Demenz ist für Roman, der darüber hinaus einen sinnstiftenden Moment findet, eine zusätzliche Möglichkeit, Erlösung für sich zu finden. Hat sich erst die Mutter intensiv um ihn gekümmert, als er sich in einer existenziell bedrohlichen Lage befunden hat, erhält nun Roman selbst die Möglichkeit, seine Mutter in ihrer existenziellen Not zu unterstützen. So wird die Übertragungssituation, die den Konflikt entlastet, in seinen Erzählungen spürbar:

» [...] und dann hat sie richtig gelächelt, als sie mit Essen fertig war // mmh // die isst ja wie ein Spatz [...]. Aber ich wollte sie nicht zwingen, das zu essen. Ich hätte sie nur eingeladen zum Essen. Hab gesagt: Mama, ich hab Dich lieb. Dann lächelte sie so. Hat sie richtig schön gelächelt. Da war sie noch ein bisschen stabiler [...].« (Z. 888–893)

Roman zeigt sich gegenüber seiner Mutter sehr verständnisvoll und ist bemüht, ihr aufgrund ihrer Situation keine Vorwürfe zu machen. Es wirkt, als hätte in dieser Sequenz beide ihren Frieden miteinander gefunden. Die Verniedlichung der Mutter als »Spatz« hilft Roman, die schwere Krankheit der Mutter anzuerkennen und einen persönlichen Weg damit zu finden. Das »schöne Lächeln« und seine Bekundung, die Mutter »lieb zu haben«, ist die Bestätigung für Roman, sich gegenseitig erlöst zu haben.

Zuletzt hat die Abwesenheit der Psychose dazu beigetragen, dass Roman seinen Glauben entwickeln konnte. Um dies zu verdeutlichen, verwendet Roman eine eigenartige Formulierung:

»Und der Glaube hat mir auch geholfen, ne. Weil die Psychose nicht mehr da war. Und das hat mich gestärkt« (Z. 912–913)

Vorweg habe ich die Frage gestellt, welche Rolle die »Psychose bei seinem Sinneswandel« (Z. 896) gespielt hat. Es war aber nicht die Psychose selbst, die den Glauben hat erstarren lassen, sondern erst die Abwesenheit der Psychose.

»Ja. Ich habe mich auch gefreut, dass die Psychose nicht mehr da ist und ich glaube, da spielt sehr viel ein Glauben mit // mmh // dass ich es vergessen habe, dass ich die Psychose irgendwie, die schlimmste / schlimmste Zeit (...) mit Gott mir das geholfen hat // mmh // das (unv.) der Glaube, ne. Ja, was soll ich dazu sagen jetzt außer, dass Glaube mir geholfen hat« (Z. 906–910)

Der Glaube lässt ihn die »schlimmste Zeit« vergessen.

5.1.3.15 Zusammenfassung der Einzelfalltypik

Resümierend ließe sich hier sagen, dass die Zeit der intensiven Psychose auch die Zeit der sozialen Konflikte und eines intensiven Schuldbewusstseins war, welches ihn bis heute quält. Im Glauben findet er die Möglichkeit, dies zu »vergessen«, also von der Schuld ablassen zu können. Diesen Weg der Versöhnung hat Roman auch schon eingeschlagen, als er das Glaubensbekenntnis gegenüber seiner Mutter geäußert hat. So stärkt jeder Tag der Abwesenheit der Psychose auch seinen Glauben. Die Abwesenheit der Psychose fungiert dann als Beweis für den richtigen Glauben.

» [...] aber das Beten hat mir auch ge // ja // sehr / sehr viel Halt gegeben, ne, dass ich diese Psychose nicht mehr habe, ne.« (Z. 926–927)

Im Glauben steckt Romans große, vielleicht auch letzte Hoffnung, dass es für ihn besser wird und auch bleibt. Er erkennt, dass die »Tabletten nur ein bisschen geholfen haben« (Z. 899) und offenbart mit der Praktizierung des Glaubens eine nicht-medikamentöse Strategie des Umgangs mit der Psychose, die er zu Beginn des Interviews nicht so explizit erwähnt hat. Damit räumt er der Hoffnung auf einen persönlichen Weg ein, mit dem er sich erst arrangieren musste. Die Praktizierung christlicher Rituale hat eine moralische Entlastung zur Folge. Schon allein in der Anerkennung des Glaubens, was ihn ja viel Zeit und Kraft gekostet hat, liegt die Möglichkeit, die Beziehung zur psychotischen Erfahrung zu verändern. Die psychotische Erfahrung selbst hat den Glauben verweigert, deswegen hat die Auseinandersetzung so viel Angst gemacht und Kraft gekostet.

»Ab und zu denke ich mir: Roman, Du hast es bis jetzt geschafft. Es darf keine Psychose mehr kommen // mmh // das habe ich mir so gesagt, ne.« (Z. 931–932)

Nach jahrelangem Ringen mit intensiven Psychoseerfahrungen und dem schrittweisen ›Abstieg‹ in die psychiatrische Institutionalisierung gelingt es Roman für sich in seinem Glauben und seiner künstlerischen Aktivitäten eine Nische mit großem Sinn und Bedeutung zu finden. Obwohl er viele negative Erfahrungen in der Psychiatrie gemacht hat, bleibt er den unzähligen Einrichtungen, die er durchlaufen hat, weitgehend neutral gegenüber. Er wird erst negativ, als es zu seinem skizzierten Verlust der Selbstständigkeit kommt und er seine Nischen der Autonomie, die auch sein Sozialleben betreffen, einbüßt. Dennoch ist es für ihn klar, dass er ohne Hilfe, wie bevormundend und fremdstrukturiert diese auch sein mag, seine Nischen möglicherweise ganz verlieren würde. Romans Identitätsnischen zeigen, dass sich Subjektivität in den engsten Strukturen behaupten kann. Oft wird sie versteckt, weil sie wegen ihrer speziellen Eigenheiten pathologisiert werden könnte oder, wie in Romans Fall, nur einen instrumentellen Charakter zur Symptomreduktion einnehmen. Dahinter verbirgt sich trotz

aller negativen Erfahrungen die Überzeugung, einen Weg im Umgang mit der Psychose gefunden zu haben. Nach vermeintlich objektiven Kriterien würde Roman als schwer beeinträchtigt (durch eine ›Schizophrenie‹) gelten. Doch nach einer subjektorientierten Einschätzung ist es Roman gelungen, sich im Rahmen seiner alltagsweltlichen Möglichkeiten mit seiner Psychose zurechtzukommen und in ihr einen für ihn wichtigen Sinn zu sehen. Ihre Abwesenheit bestätigt Romans Glauben.

5.1.4 Fazit: Die Typik der Einzelfallanalysen im Vergleich

Ich möchte kurz die wesentlichen Ergebnisse der Einzelfallanalysen zusammenführen. Jede der drei Analysen hat bedingt durch die Unterschiedlichkeiten der Interviewten einen eigenen Schwerpunkt. Das zeigt, wie verschieden Alltagsstrukturen und Psychose behandelt werden. Dabei stellt sich nicht primär die Frage, wie der Alltag generell aussehen kann. Vielmehr sind Erzählungen, Rechtfertigungen und Begründungen interessant, warum sich die Alltagsstrukturen gegenwärtig so entwickelt haben. In den Einzelfallanalysen werden drei sich stark kontrastierende Schwerpunkte der Positionierung und ihrer Erzählung sichtbar, die ich kurz darstelle.

Rike zeigt schon ziemlich zu Beginn des Interviews Handlungsorientierungen, die eng darauf ausgerichtet sind, der Psychose zuvorzukommen. In ihren Alltagsstrukturen wird eine zielgerichtete und souverän geplante Ausrichtung der Handlungsabläufe erkennbar. So orientiert sich ihre erzählerische Darstellung an der Rekonstruktion ihrer Handlungsstrukturen, die sich aus dem Motiv der Selbstbehauptung und des souveränen Umgangs mit der Psychose entwickelt. Sie gestaltet ihre Alltagsstrukturen im Rahmen ihres Studiums und unter Berücksichtigung ihrer Handlungsmöglichkeiten selbstständig und schafft es, sich gegenüber ihrem sozialen Umfeld zu behaupten, wenn ihre Mitmenschen versuchen sollten, ihre Handlungsautonomie zu beschränken. Sie verwendet Strategien im Umgang mit der Psychose, die nicht nur hilfreich zu sein scheinen, sondern auch ihr soziales Umfeld so weit überzeugen, Rike weiterhin die volle Autonomie zu überlassen. Obwohl Rike mit Abstand die jüngste in den Einzelfallanalysen ist, gelingt es ihr, ihre Alltagsstrukturen zu behaupten und nach eigenen Vorstellungen zu gestalten - vielleicht ist das auch gerade wegen ihres Alters möglich. Auffällig ist die detaillierte Erzählung über das psychotische Erleben und die eigenständig entwickelten Erklärungen sowie konstruktive Strategien im Umgang mit der Psychose.

Ben handelt bei der Frage nach dem Alltag eher ausweichend bis abwehrend. Schnell wird deutlich, dass er sich in einer Situation befindet, die kaum Handlungsrouninen und -planungen aufweist. Dies wird in seiner Rekonstruktion der Handlungsstrukturen erkennbar, die er entweder nicht rekonstruieren kann oder möchte. Die Problematik fehlender Routinen und Planungsmöglichkeiten wird im Konflikt mit Tanja bestätigt. Der Interviewverlauf zeichnet sich weniger durch die Darstellung der Alltagsstrukturen

aus. Vielmehr folgt Ben dem Motiv, sich vor seiner sozialen Abwertung zu schützen. Dafür positioniert er sich als ›Punk‹, der kein Interesse am Common Sense hat und sein eigenes Ding machen will. Mit diesem Kalkül möchte er verdeutlichen, warum er sich bewusst für seine Außenseiterposition entschieden hätte. Damit wehrt sich Ben gegen eine verstärkte Übernahme der Strukturen von außen. Das wird wiederum von seinem Umfeld als symptomatisch für seine Psychose betrachtet. Ben befindet sich in einer Zwickmühle zwischen Autonomie und Fremdbestimmung, zwischen Unterstützung einfordern und ablehnen.

Roman, der mit Abstand älteste und mit der meisten Psychiatererfahrung, befindet sich durch die langen Jahre der Psychoseerfahrung in starken Abhängigkeiten von unterschiedlichen Unterstützungsleistungen. Die Abhängigkeit wird schon zu Beginn des Interviews deutlich. Die Rekonstruktion eines ritualisierten institutionalisierten Ablaufes wirkt dröge und langweilig. Darüber hinaus bietet er für Roman (wie für alle anderen Nutzenden) keine Identifikationsmöglichkeiten, da die Strukturen kaum subjektive Gestaltungsmöglichkeiten bereithalten. Roman gewichtet die Erzählung stärker auf von den Fremdstrukturen isolierte Handlungsbereiche, die seine Kreativität, Individualität und Autonomie unter Beweis stellen sollen. Dies bezeichne ich als subjektive Nischen im institutionalisierten Leben. Der lange Teil der biografischen Erzählung verfolgt weniger das Motiv, eine Begründung für seine jetzige Situation zu liefern, als mehr seiner Kreativität und seiner bewegten Lebensgeschichte Raum zu geben. Die Besonderheit seiner Biografie wird für ihn zum besonderen Merkmal seiner Subjektivität. Durch das biografische Erzählen vermittelt er Lebendigkeit, Bedeutung und Besonderheit, wodurch er sich als Subjekt fühlen kann.

Anhand der Einzelfälle kristallisieren sich fallübergreifende Vergleichshorizonte heraus, die ich in der weiteren Analyse als handlungsleitende und übergreifende Themen behandeln möchte. Ich entscheide mich für vier Themen, die als gemeinsamer Vergleichshorizont die Analysen strukturieren sollen. Die Entscheidung über die Themen ist teils material- und teils theoriegeleitet. Das Interviewmaterial bleibt meine Grundlage über die gesamte Analyse hinweg, dennoch versuche ich mittels einiger theoretischer Überlegungen, die für die Fragestellung relevanten Analysebereiche einzugrenzen. Im Folgenden möchte ich die aus dem Material gewonnenen Themen für die vergleichende Rekonstruktion vorstellen.

Sowohl Rike, Ben und Roman setzen sich mit dem Aspekt der Alltagsstrukturen auseinander, unabhängig von der Ausprägung der Strukturen und ihren Handlungsplanungen. Rike beschreibt einen detaillierten Alltag, mit dem sie sich identifizieren kann. Ben rechtfertigt sich für den Zerfall seiner Alltagsstrukturen, die keine Orientierung haben. Roman geht rudimentär auf den fremdstrukturierten Alltag, lieber jedoch auf die für ihn wichtigen Aspekte seines individuellen Alltags (und für andere möglicherweise irrelevanten Alltag) ein. Die Frage nach dem Alltag bringt alle dazu, eine Position zu finden, aus der sie ihre Strukturen heraus rekonstruieren. Deswegen möchte ich zeigen, wie die Alltagsstrukturen über das gesamte Sample verhandelt

werden und welche Handlungsrountinen, -planungen, -orientierungen und -entwürfe für die Teilnehmenden charakteristisch sind.

Die Entscheidungen für Lebensentwürfe und bestimmte Handlungsorientierungen und -routinen werden von Rike, Ben und Roman im Rahmen ihrer Psychoseerfahrung begründet. Die Psychose wird zum bestimmenden und handlungsleitenden Attribut, Strukturen und Routinen zu entwickeln, anzunehmen oder sich diesen zu verwehren. Das Erleben der Psychose und die Eindrücke, die sie im gegenwärtigen Lebensentwurf hinterlassen, werden in den Darstellungen von Rike und Roman zentral. Auch wenn der Umgang mit der Psychose, wie bei Ben, nicht explizit formuliert wird, wird sie als symbolisch vermittelte Praxis erlebt und eröffnet dabei eine eigene Deutungsebene. Das Psychoseerleben wird in Sinn und Bedeutung eingebettet und erhält dadurch seine eigene, individuelle Form des Erlebens. In den fallübergreifenden Rekonstruktionen möchte ich das Erleben und die Bedeutung der Psychose rekonstruieren, um die Auswirkungen auf den Alltag und das Selbstkonzept deutlich zu machen.

Die Psychose als Erfahrung verändert Lebensentwürfe, wirft Handlungsrountinen um und führt zu einem vermehrten Einfluss des sozialen Umfeldes. Das führt zu Konflikten der Identität, die unterschiedlich bearbeitet werden. Rike integriert die Erfahrung und akzeptiert diese als Teil ihrer Identität. Ben wehrt diese ab und provoziert durch seine überkompensierenden Strategien Gegenreaktionen des sozialen Umfeldes. Roman passt sich nach langer Gegenwehr seinen äußeren Bedingungen an. Die Psychose kann als Erfahrung von einem selbst und vom sozialen Umfeld nicht ignoriert werden. Das hat eine notwendige, veränderte Selbstpositionierung zur Folge. Der Bezug zur eigenen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft ändert sich und wirft neue Fragen über das Selbstverständnis auf. Diese Auseinandersetzungen führen Rike, Ben und Roman mit sich und anderen Menschen. In den fallübergreifenden Rekonstruktionen möchte ich zeigen, wie die eigene Identität verhandelt wird und welche Strategien dafür angewendet werden.

Als letztes Thema möchte ich die Ungewissheiten bearbeiten, die durch die Psychoseerfahrung entstehen. Das Thema kann als eine Art Resümee der drei vorherigen Punkte verstanden werden. Die Alltags- und Handlungsstrukturen werden aufgrund der Erfahrungen und des Erlebens in der Psychose umgeplant, was automatisch zu Konflikten und Irritationen des Selbstverständnisses führen wird. Die Psychose erzeugt Unsicherheitsbereiche, indem sie den Alltag, den Bezug zu sich selbst und zu anderen Menschen verändern wird. Das Alte und Gewohnte muss hinterfragt werden und ob das Neue und Ungewohnte gelingen kann, bleibt ungewiss. Ben kann für sich keine Perspektive entwickeln, weil ihm die Überzeugung abgeht, eine Perspektive finden zu können, die er nach seinen Vorstellungen gestalten kann (und vom sozialen Umfeld auch so akzeptiert wird). Rikes Behauptung von Souveränität und Autonomie ist ein schmaler Grat, denn sie wird nie Gewissheit haben können, ob ihre Entscheidungen die richtigen sind. Roman lebt in der Ungewissheit der sukzessiv abnehmenden Selbstständigkeit, gegen die er sich nur mit Mühe wehren kann. Die fallübergreifende Rekonstruktion soll

darstellen, wie die Ungewissheit erlebt wird und welche Möglichkeiten des Umgangs damit gefunden werden können.

5.2 Fallübergreifende Rekonstruktion

In diesem Kapitel möchte ich die Interviews themen- und fallübergreifend analysieren. Die Vergleichshorizonte der themenübergreifenden Rekonstruktion habe ich aus den Einzelfallanalysen ausarbeiten können und ihre Entwicklung in Punkt 5.1.4. beschrieben. Anders als in den Einzelfallanalysen gehe ich nicht strikt sequenziell und chronologisch vor, sondern themenstrukturiert. Das Interviewmaterial rekonstruiere ich fallübergreifend im Vergleichshorizont der Themen 1) Darstellung der Alltagsstrukturen, 2) Erleben und Bedeutung in der Psychose, 3) Identitätskonflikte- und -strategien sowie 4) Ungewissheiten aushalten und ertragen können. Die einzelnen Themen und Vergleichshorizonte sind in Tabelle 4 dargestellt. Zudem gehe ich, anders als in den Einzelfallanalysen, weniger in die ›Tiefe‹, sondern bleibe in der Regel eng am Material. Die Ausnahme ist 4) Ungewissheiten aushalten und ertragen können. Hier beziehe ich mich stärker auf die Ergebnisse der Rekonstruktionen aus den vorherigen Kapitelteilen und bearbeite eher zusammenfassend und resümierend. Auf der Grundlage eines intensiven Verständnisses über Fall und Vergleichshorizont ergeben sich ›weitergehende‹ Interpretationsmöglichkeiten. Das dichtere Verstehen der Interviewpartner und der Vergleichshorizonte ist für das Thema ›Ungewissheit‹ nötig.

Das Kapitel beginnt mit einer Vorstellung der interviewten Personen, der Interviewsituation sowie meinen Eindrücken, die ich vor und während der Interviews gewonnen habe. Die Anordnung der Vorstellung ist die chronologische Interviewreihenfolge. Darauf folgt die themenübergreifende Rekonstruktion, die ich in der Reihenfolge der vier Themenbereiche und ihrer Vergleichshorizonte darstelle. Die Abfolge der Rekonstruktionen bleibt über den gesamten Analyseteil unverändert gleich. Die Interviewrekonstruktionen sind so strukturiert, dass sie entweder je nach Thema oder auszugsweise gelesen werden können. Jede Rekonstruktion ist für sich abgeschlossen. Sie können auch als Einzelfall über die Themenstrukturierung hinweggelesen werden. Es wird teilweise zu Überschneidungen zwischen einzelnen Interviewsegmenten und Themenbereichen kommen. Eine ›saubere‹ Trennung ist kaum möglich, weil bestimmte Segmente für jeweils mehrere Vergleichshorizonte relevant werden können. Durch die Annäherung an das Material aus unterschiedlichen Vergleichshorizonten können sich auch Inhalte wiederholen. Für die thematische Rekonstruktion und für die Darstellung der jeweiligen Analyseeinheiten ist dieses Vorgehen unerlässlich. Jeder Vergleichshorizont setzt trotz möglicher Überschneidungen einen eigenen themenspezifischen Schwerpunkt und verdichtet so die Rekonstruktion der Fälle als einzelne und die Struktur der themenübergreifenden Analyse. Zum Ende dieses Kapitels stelle ich eine fallübergreifende Typisierung vor. Mit dieser möchte ich versuchen, einen Gesamteindruck über alle Interviews zu geben.

Tabelle 4: Interviewübergreifende Themen und Vergleichshorizonte

Übergreifendes Thema	Vergleichshorizont
Darstellung der Alltagsstrukturen	Handlungsroutinen und -entwürfe zur Strukturierung des Alltags; Hemmnisse und Schwierigkeiten, Handlungsroutinen zu entwickeln und Entwürfe umzusetzen; Intentionaler Bezug auf die Psychoseerfahrung und Bewältigung sowie Entwicklung eines sinnhaften Alltages; Körperliche Einschränkungen und Belastungen durch Medikamente und mangelndem Antrieb.
Erleben und Bedeutung der Psychose.	Beschreibung und Artikulation der Psychose; Erleben und Wahrnehmung der Psychose; Darstellung des Sinn- und Bedeutungszusammenhang der Psychose; Darstellung und Versuch einer Selbstdeutung.
Identitätskonflikte und -strategien	Darstellung der Identitäts- und Selbstkonzepte; Identitätsstrategien im Umgang mit Autonomie, Selbstwirksamkeit, Unsicherheit und Akzeptanz sowie Ablehnung; Darstellung des sozialen Umfeldes; Darstellung biographischer Ereignisse.
Ungewissheit aushalten und ertragen können.	Handlungsentwürfe und Planbarkeit im Kontext von Grenzerfahrungen, Kippmomenten und unsicherer Wahrnehmung; Darstellung des Bezugs zur Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft; Darstellung geschlossener Sinnbereiche und Selbstdeutungen; Spiritualität, Religiosität und Transzenderfahrungen. Darstellung von Schutz- und Abwehrmechanismen.

5.2.1 Kurzvorstellung der Teilnehmenden

In diesem Abschnitt stelle ich die Interviewten vor. Die Chronologie ist die zeitliche Reihenfolge der Interviewdurchführung. Für jedes Interview nehme ich eine kurze Beschreibung der Situation und der Interviewten vor. Die Informationen entnehme ich meinen Feldnotizen, die ich vor und nach jedem Interview angefertigt habe. Dadurch erhoffe ich mir zu verdeutlichen, durch welche äußeren Umstände das Interview begleitet wurde und welchen Einfluss dies auf den Gesprächsverlauf hatte. In der Kurzvorstellung werden die für die Erzählung relevanten Motive herausgestellt. Die tabellarische Darstellung in Tabelle 5 zeigt die Reihenfolge der Interviews und meine Typisierungen der Interviewten. Die Tabelle bietet eine kurze Übersicht über die Motive und Themen, die ich herausgearbeitet habe. Sie soll einen Hinweis über die einzelnen Schwerpunkte der Interviews geben.

Tabelle 5: Teilnehmendentypisierung und Motive/Themen

Typisierung	Motive und Themen
Ulla, die strukturierte Verunsicherte	Alltagsplanung hinsichtlich der Prävention der Psychose; Verunsicherung des Realitätsbezug in der Psychose und Kippmomente; Veränderte Handlungsroutine und Neuorientierung der Identität; Beziehungsunsicherheiten ausgleichen und Erinnerungslücken füllen.
Heinz, der ungewisse Idealist	Selbsthilfe als Berufung und Alltagsstrukturierung; Persönliche Aufwertung durch Psychosen und Folgeschäden; Psychiatrie- und Psychoseerfahrung als Selbstkonzept; Konsequenzen nach der Psychose in Kauf nehmen und akzeptieren können.
Ricardo, der unterdrückte Rebell	Antriebsschwierigkeiten und Depressionen verhindern Alltagsgestaltung; Psychotische Wahrnehmung als Konfliktbereich und Bearbeitung religiöser Bedeutungen; Unterdrückte Autonomievorstellungen und Unzufriedenheit durch Medikamente; Entwicklung von Hoffnung im religiös orientierten Sinnbezug.

David, der zurückgezogene Träumer	Neu- und Selbstgestaltung des Alltags ohne Partizipationsmöglichkeiten und Antriebsschwierigkeiten; Psychose als prägende transzendente Gotterfahrung; Aufwertung des Selbstbildes durch Kraftsport und gutes Aussehen; Unsichere Zukunftsplanung wegen hemmender Depressionen.
Dennis, der sarkastische Realist	Selbstbestimmter Alltag im Masterstudium und Studierendenjobs, Hemmungen durch Depressionen; Psychotisches Erleben als Aufwertung für Selbstwertproblematiken; Anerkennung des selbstbestimmten Umgangs mit Psychose und Ausgleich von Beziehungsschwierigkeiten; Wunsch nach Lebensenergie und Gedanken, die Depressionen überwinden können.
Vanessa, die extreme Verweigerin	Begründung für die Verweigerung geregelter Alltagsstrukturen; Intensität psychotischen Erlebens und die Wirkung auf das soziale Umfeld; Psychose im Kontext der Lebensgeschichte und Beziehungen; Erhalt und Zerstörung der Hoffnung durch die Psychose.
Julia, die unabhängige Opportunistin	Veränderungen des Alltags und Zunahme der Belastung während des Lockdowns; Vermischung von religiösen, verschwörerischen und übermenschlichen Erfahrungen.; Lebensgeschichtliche Umbrüche und Autonomieverletzungen; Entstehung von Zweifel am Selbstkonzept durch die Psychose.

5.2.1.1 Ulla, die strukturierte Verunsicherte

Ich lerne Ulla über einen mir bekannten Selbsthilfverein kennen. Dort erfahre ich, dass Ulla einen Ganztagsjob in einem Beamtenverhältnis mit viel Verantwortung ausübt. Ich frage Ulla für ein Interview an, da mir nur eine geringe Auswahl an berufstätigen Menschen mit Psychoseerfahrung zu dem Zeitpunkt des Interviews bekannt waren. Wir einigten uns während eines Telefonats auf einen Tag im Dezember 2019. Ich besuche Ulla gegen 18 Uhr in ihrer Wohnung, die sich in einer mittelgroßen Stadt in NRW befindet. Das Interview mit Ulla war mein erstes Interview und ich hatte noch keine Erfahrungen mit dem Erzählstimulus gemacht. Deswegen war ich angespannt und nervös. Bei meinem Eintreffen stellt sich heraus, dass Ulla genauso angespannt und nervös war. Sie hat Bedenken entwickelt, da sie sich bemüht, ihre Psychose weitgehend geheim zu halten.

» [...] und ansonsten ja spreche ich halt privat nicht VIEL einfach ääh über meine Erkrankung äähm (...), weil ich mir denke, es ist zwar ein TEIL davon aber äähm es muss trotzdem nicht jeder wissen, so und manchmal ist es schon ein Versteckspiel [...]« (Z. 690–693)

Die Angst »aufzufliegen«, begleitet Ulla während des gesamten Interviews. So bittet sie mich darum, bestimmte Details über ihre Wohnung, ihre Familie oder ihren Job zu maskieren. In dem Transkript habe ich deswegen einige Detailänderungen vorgenommen, ohne den Sinn zu verändern.

Ulla wohnt in einem Mehrfamilienhaus. In ihrer spärlich eingerichteten, aber ordentlichen und schicken Wohnung lebt sie allein. Es stehen wenige Möbel in ihrem Wohnzimmer. Ulla ist eine kleine und zierliche Frau von Mitte 30 Jahren. Die oben geschilderte Sorge ist ihr während des Interviewverlaufs anzumerken. Das Misstrauen und die Skepsis schiebt sie auf ihre Psychoseerfahrung. Bereits »zwei Schübe« hat sie erlebt (Z. 615). So beantwortet sie einige Fragen eher zurückhaltend und bedacht. Zum Ende hin redet sie offener, da sie ihre Angst offenbar verliert. Ulla hat eine Schwester, die ebenfalls eine Psychoseerfahrung gemacht hat, dies erwähnt sie im Nachgespräch. Während des Interviews machte sie dazu auch auf Nachfrage keine Angaben. Bis vor ein paar Jahren hat sich Ulla mit ihren Eltern die Pflege von nahen Angehörigen geteilt (Z. 105–106). Dies hat bei ihr zu großen Belastungen geführt, darunter hätte dann der Kontakt zu den Eltern gelitten (Z. 95–96). Lange Zeit hat sie wenig auf sich selbst geachtet und nun sei sie sich sicher, dass dieser »Lebensstil nicht durchzuhalten war« (Z. 708–709). Die Psychose versteht sie als Reaktion auf die intensiven Belastungen (Z. 707). Ullas Erzählung geht weniger um ihre Alltagsaktivitäten an sich als mehr um ein »gesundes Mittelmaß« (Z. 724), welches sie in ihrer Alltagsroutine finden möchte. Die Angst aufzufliegen, macht sich auch in ihren Erzählungen über ihre Umgangsweise mit der Psychose bemerkbar. Immer wieder werden Bemühungen der Selbstregulation deutlich (Z. 172–173), die ihr helfen sollen, nicht in »alte Muster« zu verfallen, damit sie

nicht auffällt. Ulla baut sich ein Netzwerk an engen Freunden um sich herum auf, die mit Interventionen für die nächste Psychose instruiert wurden (Z. 64–65). Ulla lebt in Verunsicherung, da durch die Psychose »die Vorstellung von der Welt schon ziemlich ins Wanken geraten ist« (Z. 774). Wie diese Verunsicherung zustande gekommen ist und was das für ihren Selbst- und Weltbezug bedeutet, schildert Ulla im Interview.

Das Interview dauert etwa 1:09h und ist eins der kürzeren Interviews. Ich habe mich für dieses Interview trotz der Anfängerfehler entschieden, weil sich bei Ulla die Ungewissheit, mit der Psychose zu leben, deutlich charakterisiert. Dieser Eindruck bestätigt sich nochmal in meinen Notizen, da Ulla mich um einen Tag Bedenkzeit bittet, das Interview freizugeben, da sie so große Angst hat, erkannt zu werden. Das Interview gibt sie nach etwa einer Woche frei.

5.2.1.2 Heinz, der ungewisse Idealist

Heinz war mir schon vor dem Interview durch seine Tätigkeiten in der Selbsthilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen bekannt. Daher wusste ich von seiner Psychoseerfahrung und habe den Kontakt zu ihm gesucht. Nach einem Telefonat willigt Heinz zu dem Interview ein, das er mit mir während der Sprechstunde einer Beschwerdestelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen durchführen möchte. Wir haben einen Termin für einen Tag Mitte Dezember 2019 um 14:30 Uhr vereinbart. Die Beschwerdestelle befindet sich in einer kleineren Stadt in Nordrhein-Westfalen. Heinz ist bereits vor Ort und empfängt mich in den Räumlichkeiten der Beschwerdestelle, die sich die Selbsthilfe mit anderen sozialen Organisationen teilen. Wir gehen in einen großen Raum, in der Mitte befindet sich ein großer runder Tisch, an dem wir Platz nehmen. Heinz sitzt mir wegen der Größe des Tisches, an dem etwa acht Personen Platz nehmen könnten, mit etwas Entfernung gegenüber. In dem Raum fallen mir Informations- und Beratungsmaterialien der Selbsthilfe auf. Der freie Zugang zum Raum ist während des gesamten Interviews für weitere Personen möglich.

Heinz setzt sich und öffnet seinen Laptop, mit dem er sich fortwährend beschäftigt. Er hat zwei Handys vor sich liegen, von denen eins ein Notfalltelefon der Beratungsstelle sei, auf dem jederzeit jemand anrufen könnte. Heinz wirkt sehr ungeduldig, er möchte das Interview zügig beginnen. Das lässt bei mir den Eindruck aufkommen, dass er wenig Zeit hat. Dieser Eindruck bestätigt sich durch sein schnelles Erzählen und seine ständigen Nachfragen, wie viele Fragen ich noch habe. Immer wieder hält er seine flachen Handflächen vor seinem Gesicht, sodass er schwer zu verstehen ist. Heinz ist ein großer und etwas dicklicher Mann mit blonden Haaren. Er ist Anfang 50. Er macht einen freundlichen und sympathischen, zugleich sehr hektischen und unkonzentrierten Eindruck auf mich. Zwischendurch kommt eine weitere Person in den Raum, die einen Termin mit Heinz hat (Z. 362). Ich hatte zum Zeitpunkt des Inter-

views den Eindruck, die Person wollte sich wegen eines Anliegens von Heinz beraten lassen. Am Ende stellt sich heraus, dass es eine neue Kollegin gewesen ist, die einen Termin zur Einarbeitung hatte.

Heinz war zum Zeitpunkt des Interviews seit einigen Monaten in zweiter Ehe verheiratet (Z. 401; Z. 423–424). Seine Frau arbeitet als Altenpflegerin und Heinz ist beruflich in der Selbsthilfe aktiv. Sie würden sich gemeinsam viel unterstützen. Er würde seine Frau täglich zur Arbeit fahren und sie dort wieder abholen (Z. 46–47), da sie wegen ihrer Epilepsie keinen Führerschein hat (Z. 46). Heinz investiert viel Zeit in die Beschwerdestelle oder in andere Ämter und Tätigkeiten im Rahmen der Selbsthilfe, wie Projektanträge, Krisentelefon oder Psychiatriekommission (Z. 72; Z. 141). Vor seiner Psychose hat er als »Schwimmeister« (Z. 84) gearbeitet und sei damit äußerst unzufrieden gewesen. Heinz hat lange Jahre Psychiatrieerfahrung und konnte sich durch die Arbeit in der Selbsthilfe, in der er Sinn und seine »Berufung« (Z. 83) gefunden hätte, »stabilisieren« (Z. 82). Auch wenn es manchmal etwas chaotisch zugeht (Z. 55), sei es ihm sehr wichtig, die Möglichkeit zu haben, durch die Selbsthilfe selbstbestimmt seinen Alltag und seinen Arbeitsplatz gestalten zu können. Für Menschen in seiner Situation seien Zwang und Sinnlosigkeit im Alltag schwer auszuhalten, was ihn in der Auseinandersetzung mit seiner Psychoseerfahrung nicht weiterbringen würde (Z. 103–104).

»Das [die Arbeit in der Selbsthilfe] macht mich auch stabil und das fordert mich natürlich auch irgendwo / irgendwo werde ich gefordert / irgendwo werde ich gebraucht. Gleichzeitig verdiene ich damit Geld und das ist auch ganz gut so (...), weil, wenn ich überhaupt nichts zu tun hätte, dann würde ich Depressionen kriegen. Also irgendwo brauche ich noch eine Aufgabe, aber diese Aufgabe muss ich freiwillig machen. Das ist ganz wichtig. Ich darf da irgendwie nicht unter Druck geraten.« (Z. 56–60)

Sein Wunsch, »gebraucht zu werden« zieht sich neben seinem (idealistischen) Anspruch, die Psychiatrie zu einem besseren Ort zu machen als Motiv durch das Interview. Durch die Möglichkeit, anderen Menschen, die Probleme mit der Psychiatrie haben oder sich in seelischen Krisen befinden, zu helfen (Z. 80), findet Heinz eine Erfüllung, die ihm sinn- und bedeutungsvoll erscheint. Darüber hinaus stellt Heinz seinen Wunsch nach Unabhängigkeit dar, die er durch den Job sowohl in finanzieller, zeitlicher wie auch gesundheitlicher Sicht realisieren kann (Z. 132). Erst seit seiner Psychoseerfahrung würde er achtsamer mit sich umgehen und wäre deswegen »viel glücklicher« (Z. 461).

Das Interview dauert etwa 01:02h. Wegen des schnellen Redens von Heinz war es teilweise schwierig, ihm zu folgen. Durch die Arbeit am Laptop und die Terminüberschneidung wirkte es, als sei Heinz nicht ganz bei der Sache. Retrospektiv sehe ich dies eher als besonderen Einblick in seinen Alltag, weniger als ein Problem für das Interview, obwohl die Situation vor Ort sehr irritierend war.

5.2.1.3 Ricardo, der unterdrückte Rebell

Ricardo war mir aus einem vormaligen Betreuungsverhältnis bekannt, welches zum Zeitpunkt des Interviews über zwei Jahre zurücklag und während dem ich nur rudimentär mit ihm zu tun hatte. Bei einem zufälligen Treffen haben wir uns über mein Forschungsvorhaben ausgetauscht und Ricardo hat sofort eingewilligt, mir ein Interview zu geben. Nach telefonischer Rücksprache treffen wir uns Mitte Februar 2020 in meinem Büro in einer psychiatrischen Klinik. Er kam mit etwas Verspätung zu unserem Termin, da er Stunden in der Ergotherapie nacharbeiten musste. Ricardo, in seinen späten 30ern, ist ein großer und etwas dickerer, sympathischer Mann mit einem freundlichen, aber zurückhaltenden und schüchternen Auftreten. Der Interviewverlauf zeichnet sich durch detaillierte, teils dröge Beschreibungen seiner Alltagsstruktur aus. Im Interviewverlauf gibt er an, sich in einer »kritischen Phase« (Z. 946) zu befinden. Diese Phase sei laut Ricardo gleichbedeutend mit seiner Psychose. Für den Interviewverlauf stellt dies kein Problem dar, zumal er tiefgreifender auf sein subjektives Erleben zurückgreifen kann und dies nicht aus einer zeitlichen und emotionalen Distanz rekonstruieren muss. Seine Erzählungen sind immer wieder von längeren Sprechpausen geprägt, er spricht teilweise ungewöhnlich langsam, womöglich weil er sich stark konzentrieren muss.

Insgesamt entsteht bei mir der Eindruck, dass Ricardo einsam ist und sein Leben von wenig Abwechslung geprägt ist. Dies thematisiere ich, als ich ihn über die Möglichkeit spontan zu sein, befrage:

»Ähm Spontanität. Da kommt mir / die erste Assoziation, die mir dazu kommt, ist, dass mein Betreuer hasst, wenn ich spontan reagiere.« (Z. 360–361)

Über die Thematisierung seiner fehlenden Spontanität expliziert Ricardo seine »Antriebslosigkeit« (Z. 209) und »anhaltende Depressionen« (Z. 930). Die Antriebslosigkeit und der Umgang damit werden zum bestimmenden Motiv für das Interview. Diese sei ein enormes Hemmnis, wenn es darum geht, einen geregelten Alltag zu entwickeln, was er schon in den ersten Zeilen des Interviews deutlich macht (Z. 7–13). An Ricardos Beispiel entzündet sich der Konflikt zwischen einer Norm des Alltags und dem fehlenden Vermögen, diesen Ansprüchen irgendwie nachkommen zu können. Den Grund für die Depressionen sieht Ricardo in der Einnahme der Antipsychotika. Diese würde ihn dick und unbeweglich machen (Z. 189; 880), was ihm wieder Lebenslust und Freude nehmen würde (Z. 687). Regelmäßige Fitnessseinheiten oder eine Ernährungsumstellung würden immer wieder scheitern (Z. 45; 203; 115). So sehe er sich in einer »Psychopharmakazwickmühle« (Z. 934). Er könnte nicht reduzieren oder absetzen, da sein Verhalten sonst als psychotisch und aggressiv interpretiert werden würde (Z. 888).

» [...] weil ich so unzufrieden mit der Situation bin und weil es mir körperlich so schlecht geht und deswegen will ich die Medikamente reduzieren« (Z. 872–873).

An diesem Beispiel verdeutlicht er einen starken Autonomiekonflikt. Zu seiner Enttäuschung sollten seine Medikamente wieder erhöht werden. Dies wertet er als »Rückschritt«, da so auch die Nebenwirkungen wieder zunehmen würden (Z. 897). Ricardos Wunsch nach Veränderung, Hoffnung und Perspektive beibehalten zu können, fällt mit seiner Antriebslosigkeit zusammen, die ihn daran hindert, Veränderung möglich zu machen. So dreht sich das Interview um die enge Unterstützung durch das Betreute Wohnen und seinen Eltern, seinem Wunsch abzunehmen und körperlich beanspruchbarer zu werden, seinem sozialen Umfeld, das durch Abstriche in den Beziehungen gekennzeichnet ist, sowie seinem Glauben an Gott, der ihm letztendlich Hoffnung gibt, die Situation durchzuhalten.

Das Interview dauert 02:11:30h und zeichnet sich durch lange Stegreiferzählungen Ricardos aus. Ich habe nach dem Interview den Eindruck gewonnen, dass Ricardo froh war, seine Erzählung unzensiert an mich weitergeben zu können.

5.2.1.4 David, der zurückgezogene Träumer

David lerne ich über ein Familienmitglied kennen, der in seiner Jugend lange mit David befreundet war und nun sporadischen Kontakt mit diesem pflegt. In einem Telefonat haben wir uns darauf geeinigt, das Interview am an einem Tag Ende April 2020 um 14 Uhr bei David zu Hause durchzuführen, das sich in einer kleineren Stadt im Ruhrgebiet befindet. David ist Anfang 30 und zum Zeitpunkt des Interviewtermins auf Bewährung. Wegen einer Straftat, die er während einer Psychose begangen hatte, musste er für ein Jahr in den Maßregelvollzug (Z. 926). Seine 20er waren geprägt von andauernden Aufenthalten in der Akutpsychiatrie. Laut eigenen Angaben war er von 2010 bis 2017 etwa zehn Mal über mehrere Wochen in stationärer Behandlung (Z. 452). Da die Einnahme der Medikamente in der Maßregel verpflichtend war (und während der Bewährung immer noch ist), nimmt er seine Medikamente zum ersten Mal über einen längeren Zeitraum ein (Z. 927). Zur Beendigung der Maßregel war der Einzug in eine Wohnung als Auflage verpflichtend. Daher wurde die gegenwärtige Wohnung zu seinem neuen Wohnsitz. Die Wohnung besteht aus einem Raum, in dem sich alle für eine Wohnung benötigten Dinge befinden. Auffällig sind ein großer Fernseher und eine Hantelbank mit diversen Gewichten und Hantelgrößen, die mitten im Raum steht. Es gibt eine kleine Küche, ein Bad und einen kleinen Balkon. Das Zimmer wird überdies von einem riesigen David Bowie-Plakat und einem Bücherregal, in dem sich spirituelle und philosophische Bücher (zum Beispiel Nietzsche) befinden, ausgefüllt. Die Wohnung ist ordentlich und aufgeräumt. David ist ein blonder, großer Mann. Er ist recht stabil und man sieht ihm das regelmäßige Krafttraining an, von dem er vermehrt erzählen wird (Z. 93). Zum Zeitpunkt des Interviews ist er in seiner Jobcentermaß-

nahme eingebunden, die wegen der Coronapandemie pausiert wurde (Z. 8). David wirkt sehr freundlich und sehr motiviert, an dem Interview teilzunehmen. Er kann es kaum erwarten, mit dem Erzählen zu beginnen. Es fällt auf, dass es ihm schwerfällt, den Augenkontakt zu halten. Er reibt ständig seine Handflächen über seine Jeans und zupft immer wieder sein T-Shirt lang, wenn dieses nicht richtig über seinen Bauch fällt. Dies liegt womöglich an seiner Unzufriedenheit mit seinem Körper und seiner Gewichtszunahme von etwa dreißig Kilo binnen eines kurzen Zeitraums (Z. 39). Die Einnahme eines Antipsychotikums hat unter anderem zu der Nebenwirkung der Gewichtszunahme geführt (Z. 19). Die Gewichtszunahme, das Unwohlfühlen im eigenen Körper sowie ein verminderter Selbstwert sind ein dauerhaftes Motiv des Erzählens:

»Logisch, wenn man 30 Kilo mehr wiegt, ne ähm und das ist halt irgendwie so das Gefühl, ich habe / ich habe irgendwie das Gefühl, ich bin nicht so präsentabel. Ich habe irgendwie das Gefühl, ich ähm ich hatte mehr so / also ich habe das Gefühl, keine Ahnung / ich habe das Gefühl, ich sehe scheiße aus und ich habe das Gefühl ein mmh wie soll ich das beschreiben: Ähm ich habe das Gefühl andere urteilen / be // mmh // also urteilen über mich und ich / ich mag das Gefühl nicht unbedingt so ne.« (Z. 168–172)

Ergänzend dazu beschreibt Dennis schwere Depressionen, die ihn »hemmen« (Z. 74) würden, einen sinnstiftenden und selbstbestimmten Alltag zu entwickeln. Mit regelmäßigem Sport und den Sport ergänzenden Ritualen würde er zum einen versuchen, seinen Tag ein wenig sinnvoller zu gestalten (Z. 19–20). Die Sporteinheit sei dann sein »Highlight« (Z. 1230) für den Tag. Zudem versucht er mit dem Sport, den Depressionen »entgegenzuwirken« (Z. 20). Mit dem Krafttraining möchte sich David wieder in die Nähe seines körperlichen Ideals bringen. Lange Jahre war er sehr durchtrainiert und sportlich (Z. 38). Dass dies nicht mehr so ist, beschäftigt ihn sehr.

»Ich habe halt mit dem Sport, diese eine Sache, wo ich halt so ein bisschen an mir arbeiten kann // mmh // mich so ein bisschen verbessern kann und ähm habe auch die Hoffnung, dass so dieses sich normal fühlen, sich gut fühlen einfach, ne. Sich in seiner Haut wohlfühlen // mmh // dass das so ein bisschen wiederkommt // mmh // weil hin und wieder habe ich so Momente des sich gut Fühlens aber ähm ja, das ist ähm halt noch nicht hundertprozentig wieder da.« (Z. 92–97)

Von der körperlichen Veränderung verspricht er sich mehr Selbstwert, was sich positiv auf seine Depressionen auswirken könnte. Dann würde es ihm nämlich leichter fallen, Kontakte zu knüpfen und seinen jetzigen Zustand hinter sich zu lassen (Z. 76–77). David nimmt in der Erzählung häufig Bezug auf sein Leben vor dem Maßregelvollzug, welches er einerseits wegen seines Körpers und seiner Fitness stark idealisiert (Z. 420). Andererseits zeigt er sich ambivalent gegenüber seinem früheren Lebensstil, der mitunter an der Psychose schuld sein könnte (Z. 1484–1886). Deswegen nehmen Identitäts- und Autonomiekonflikte einen großen Stellenwert in seiner Erzählung ein.

Da sich sein Alltag häufig um die Auseinandersetzung mit Depressionen dreht, sind Alltagsstrukturen und Handlungsplanungen für das Interview von großer Bedeutung.

Das Interview dauert etwa 02:36h. Wegen der vorzeitigen und unbemerkten Beendigung der Tonbandaufnahme fehlen am Ende etwa zehn Minuten des Interviews. Insgesamt war das Interview sehr erschöpfend, da sich einige Themen wiederholt haben.

5.2.1.5 Dennis, der sarkastische Realist

Ich lerne Dennis über David kennen, die zusammen zur Schule gegangen sind. Nun wohnen beide in unterschiedlichen Bundesländern und pflegen nur sporadischen SMS-Kontakt. Über den SMS-Kontakt stellt mir David den Kontakt zu Dennis her. Wir haben telefonisch einen Termin vereinbart und ich fahre am an einem Tag Mitte Mai 2020 zu Dennis nach Hause. Zum Zeitpunkt des Interviews ist Dennis Ende 20 Jahre alt, studiert einen Master in Soziologie und verbringt den Großteil seines Tages mit dem Schreiben seiner Masterarbeit (Z. 861–863). Außerdem hat Dennis zwei Nebentätigkeiten; er ist Sporttherapeut und betreut einen geistig behinderten Jungen über einen familienunterstützenden Dienst. Seine Nebentätigkeiten konnte er während der Coronabeschränkungen nicht ausführen. Die Auszeit lässt während des Interviews immer wieder die Frage bei ihm aufkommen, ob er sich mit seinem Pensum nicht überfordern würde (Z. 700). Dieser Gedanke würde ihn auch hinsichtlich der Aufnahme einer Arbeit in Vollzeit verunsichern (Z. 705). Er lebt in einem Studierendenwohnheim und teilt sich die Wohnung die meiste Zeit über mit seiner Freundin, die laut Dennis eine bipolare Störung hat (Z. 512). Die Wohnung besteht aus einem Zimmer, in dem sich alle für das Wohnen notwendigen Gegenstände befinden. Zudem hat die Wohnung ein eigenes Bad. Die Wohnung wirkt für zwei Personen sehr klein. Es wirkt gedungen, die Wohnung ist dreckig und mit älteren Möbeln ausgestattet. Mitten im Raum liegt neben dem Bett eine Matratze. Auf dieser würde die Freundin schlafen. Für den Zustand der Wohnung entschuldigt sich Dennis schon bei meiner Ankunft. Wir reden vor dem Interview über psychiatrische Themen; hier weiß Dennis mehr als man von einem ›Laien‹ erwarten würde. Er schreibt seine Masterarbeit über die Anwendung psychotherapeutischer Manuale und ist überdies auf einem wissenschaftlichen Niveau über Psychosen informiert, was er während des Interviews immer wieder anklingen lässt (Z. 724; ab Z. 1359) Zudem zeigt er sich kritisch gegenüber dem Behandlungssystem (Z. 978). Da ich eine lange Anfahrt hatte, lade ich Dennis zum Essen ein. Wir essen während des Interviews. Die Atmosphäre ist locker, Dennis redet sehr offen, setzt sich hin und wieder selbstironisch mit seiner Situation auseinander (Z. 840; Z. 939; Z. 1179). Dennis ist sympathisch, offenherzig und interessiert. Er hat ein freundliches und gemütliches Auftreten, wirkt dabei etwas ungepflegt und hat leichtes Übergewicht, was ebenfalls thematisiert wird (Z. 38). Vor seiner Psychose hatte er

intensiv Sport getrieben, war durchtrainiert und erfolgreich im Ringen (Z. 1282). Die deutlich erkennbaren Motive während des Interviews sind das Erleben in seinen drei Psychosen, in denen er Einsamkeit und Beziehung thematisiert (Z. 90). In den Psychosen wurde er auf »Missionen« (Z. 67) geschickt und musste bestimmte Aufgaben erledigen. Zudem thematisiert er die Schwere, die sich nach der Psychose entwickelt, die ihn lange Zeit und zur Zeit des Interviews vor große Schwierigkeiten gestellt hat.

»Also / also ich habe jetzt keine Lust, auch dir im Interview zu erzählen und so: Ja, also ich ähm stehe immer um acht Uhr auf sieben@ [...] Also irgendwie / jeder Tag ist irgendwie anders und jeder Tag also / ist auch irgendwie davon / davon geprägt« (Z. 833–839)

Sein Tag ist häufig durch eine allgemeine Antriebsschwäche geprägt, was Dennis auf die Einnahme seines Olanzapin zurückführt (Z. 355). Er beschreibt dabei ein Dilemma. Das Medikament würde ihm »Energie, Lust und Freude« (Z. 1199) nehmen, er hätte aber keine andere Wahl als dieses einzunehmen, da die Psychosen so unberechenbar seien. So hadert er im Alltag mit Strategien zum Umgang mit seiner Antriebslosigkeit. Dies sei so belastend, dass er lieber »etwas Psychose« in Kauf nehmen würde, als weiterhin so viel Schwere zu empfinden (Z. 1199–1200).

Das Interview hat eine Dauer von 02:37h und wurde durch das Eintreffen der Freundin beendet.

5.2.1.6 Vanessa, die extreme Verweigerin

Vanessa lerne ich über eine Bekannte kennen, die Vanessa über einen psychosozialen Dienst zuhause unterstützt. Wegen des Betreuungsverhältnisses musste ich mich erst bei der Regionalleitung des psychosozialen Dienstes vorstellen, die mir dann die Zusage gegeben hat, ein Interview mit Vanessa durchführen zu können. Nachdem ich Vanessas Nummer erhalten habe, rufe ich sie an, um mein Projekt vorzustellen. Wir vereinbaren einen Termin für einen Tag Ende Juni 2020.

Ich treffe gegen 12:00 Uhr bei Vanessa zuhause ein. Sie hat zwei große Hunde, die mich an der Tür begrüßen. Es fällt direkt auf, dass der Flur keinen Fußbodenbelag hat. Dieser wurde, wie sich später herausstellt, durch einen Wasserschaden an einem ihrer acht Aquarien verursacht. Außerdem ist die Wohnung sehr unordentlich, zugestellt und eher ungemütlich. Neben den acht Aquarien, von denen sich drei oder vier im Wohnzimmer befinden, in welches wir uns für das Interview setzen, fallen mir ungewöhnlich viele Zimmerpflanzen in der Wohnung auf. Vanessa ist zum Zeitpunkt des Interviews Ende 20 (Z. 666). Sie ist ihrem Alter entsprechend modern und schick gekleidet. Sie wirkt sehr gepflegt und ist schlank, sympathisch und freundlich. Während des Interviews erzählt sie, obwohl sie wenig Augenkontakt halten kann, sehr

offen über ihre Situation und geht detailliert auf Nachfragen ein. Zum Zeitpunkt des Interviews befindet sich Vanessa in einem Umzug (Z. 26–27). Sie berichtet von ihrem Freund, der 31 Jahre älter ist. Mit dem sei sie seit fünf Jahren zusammen (Z. 1218). Außerdem würde sie mit ihrem Freund regelmäßig Drogen konsumieren (Z. 306). Sie geht zum Zeitpunkt des Interviews keiner Arbeit nach und hat trotz einer sehr guten Schullaufbahn (Z. 433) keine Ausbildung machen können. Obwohl sie mehrmals eine Ausbildung begonnen hätte, konnte sie keine Ausbildung zu Ende bringen (Z. 359). Dies begründet sie in einer längeren Erzählung mit ihrer bewegten Biografie. Sie sei eine »Musterschülerin« (Z. 584) gewesen, »die für ihr Alter unnorm [. . .] diszipliniert war« (Z. 62–63). Mit etwa 15 Jahren hat sie angefangen Cannabis und Amphetamine zu konsumieren (Z. 565). Mit 16 Jahren sei sie zu ihrem damaligen, 29-jährigen Freund gezogen, der schon wegen »bewaffneten Raubüberfalls« (Z. 367) im Gefängnis gewesen sei. Zum Zeitpunkt der Beziehung hat er mit verschiedenen Drogen gedealt (Z. 367). In der Beziehung hätten sie sehr viele Drogen konsumiert (Z. 375) und die Beziehung sei sehr »gewalttätig« (Z. 372) gewesen.

»Also ich hätte niemals mit jemandem ehrlich darüber mich getraut zu reden, dass ich gerade Hilfe brauche und da gar nicht mehr sein will oder so // und warum? // weil ich Angst vor dem hatte oder auch dann auch Angst um seinen Hund oder so.« (Z. 400–403)

Lange hat sie die Gewalt ausgehalten, bis sie eines Tages – nach »fünf Tagen Wachzustand« (Z. 377) – voller Todesangst »nackt aus der Wohnung gerannt« (Z. 379) sei. Dieses Erlebnis bringt sie mit ihrer ersten Psychoseerfahrung in Verbindung. Vorher hat sie sich schon »zwanghaft, essgestört und schwer depressiv« (Z. 585) gefühlt. Mit 17 sei sie dann in eine Wohneinrichtung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen gezogen (Z. 206–207). Im Interviewverlauf wird das Motiv deutlich, sich vom früheren Leben als disziplinierte Schülerin zu distanzieren und ihren Frust über ihre verschwendete Lebensenergie deutlich zu machen (Z. 667). Ihr aktueller Lebensstil sei eine Reaktion auf die Disziplin.

Im Laufe des Interviews kommen wir auf die genetische Weitergabe von psychischen Erkrankungen und Kinderwünschen zu sprechen. Ich habe mit meinem Kommentar, dass die Vererbung von psychischen Erkrankungen wissenschaftlich nicht belegt sei, Vanessa so sehr verunsichert, dass sie angefangen hat zu weinen. An dieser Stelle habe ich für eine derartige Interviewform zu stark interveniert. Gleichzeitig fällt mir auf, dass das in der Psychiatrie vermittelte Wissen der genetischen Weitergabe zu einer Veränderung ihrer Handlungsplanungen geführt haben könnte. Schon nach der ersten Psychose sei ihr nämlich klar geworden, dass sie ihr Leben, wie sie es sich vorgestellt hatte, nicht leben können wird (Z. 1136). Wir besprechen das Thema ausführlich nach Beendigung des Interviews. Dennoch hat mir die Situation gezeigt, wie verletzlich derartige Informationen für die betroffenen Menschen sein können. Ich verlasse die Situation mit einem unguuten Gefühl.

Das Interview dauerte 02:20h und war wegen der verschiedenen, ungeordneten biografischen Stränge zeitweise schwierig nachzuvollziehen.

5.2.1.7 Julia, die unabhängige Opportunistin

Julia erfährt über das Dissertationsprojekt aus einer Facebookgruppe, worauf sie mich per E-Mail anschreibt. In einem Telefonat haben wir einen Interviewtermin für einen Tag Anfang Dezember 2020 vereinbart. Julia wohnt in einem Bundesland nahe der französischen Grenze. Da ich den Interviewtermin mit dem Termin von Ben und Tanja einen Tag zuvor verbinden konnte, fahre ich noch nach dem Interview 160 Kilometer zu einem Ort nahe dem Heimatort von Julia, in dem ich die Nacht verbringe. Wir vereinbaren einen Termin für 9:30 Uhr. Wegen der langen Anreise bin ich während des Interviews sehr müde. Zudem ist es schwierig, Julia zum Erzählen zu motivieren. Ich musste mehr Zwischenfragen stellen als gewöhnlich, wodurch sich keine durchgehende Narration entwickeln konnte. Trotzdem halte ich das Interview wegen Julias Biografie und ihrer Autonomiekonflikte zur Ergänzung des Samples für sehr wertvoll.

Julia wohnt in einer ruhigen und schönen, gleichsam abgelegenen Gegend in einem Einfamilienhaus mit ihrem Mann und ihren zwei kleinen Töchtern. Das Haus ist räumlich sehr verwinkelt und öffnet sich zu einem großen Garten. Der Wohnbereich geht über zwei Etagen, ich sehe jedoch nur das Wohnzimmer, den Flur und das Badezimmer. Es ist sehr aufgeräumt und sauber. In der Wohnung ist Kinderspielzeug verteilt. Im Wohnzimmer befindet sich der Esstisch und eine Couchlandschaft. An der Wand hängen verschiedene Poster von Heavy Metal-Bands, es fallen mir diverse Heavy Metal-CDs auf und eine Gitarre mit Verstärker steht in der Ecke. Wir setzen uns zusammen an den Esstisch. Julia sitzt schräg neben mir. Sie ist Anfang 40, etwas kleiner als ich, schlank, hat blonde Haare und wirkt schüchtern, distanziert und emotional kontrolliert, was mich verunsichert. Ihr Blick ist starr und durchdringend. Die Töchter sind zum Zeitpunkt des Interviews vier und sechs Jahre und waren im Kindergarten. Ihr Mann war bei der Arbeit. Julia ist Anfang 20 mit ihrer Familie als deutsch-russische »Spätaussiedler« (Z. 239) nach Deutschland migriert (Z. 130). Als Grund für die Migration, beschreibt sie, dass sie mit der russischen Mentalität nicht zurechtgekommen sei.

»Also ich komm mit russischer Mentalität nicht klar // mmh // bin ich nie klargekommen. Natürlich gibt es Ausnahmen und ich hatte da sehr sehr gute Freunde, keine Frage aber allgemein / [es hupt auf der Straße] es ist nur der Bäcker / ääh ich kam mit vielen Sachen in Russland einfach nicht klar // mmh // das ist mir deutsche oder europäische Mentalität einfach näher.« (Z. 231–235)

Im Laufe des Interviews soll deutlich werden, dass Julia nach Lebensbedingungen strebt, in denen sie sich weniger eingeeignet fühlt. In Russland sei sie von ihrer Oma

großgezogen worden, die einen großen Einfluss auf sie gehabt hat (Z. 129). Sie hat schon vor ihrer Ankunft in Deutschland einen Management-Studiengang studiert, der allerdings nicht anerkannt wurde. In Deutschland konnte sich Julia schon nach einem halben Jahr in Wirtschaftsinformatik einschreiben. Derzeit arbeitet sie mit einer Halbtagsstelle als »Softwareentwicklerin« (Z. 32). In ihrer Erzählung werden verschiedene Brüche in ihrer Berufskarriere deutlich, die sie nicht so leicht akzeptieren konnte. Wegen ihrer Psychoseerfahrung und den beginnenden Depressionen (Z. 843) ist sie in der »Wiedereingliederung« (Z. 432). Neben der Migration sind der frühe Unfalltod ihres Bruders (Z. 337), der Tod ihrer besten Freundin (Z. 589) sowie die durch Corona begründeten Kontaktbeschränkungen für sie erwähnenswerte Ereignisse. Letztere haben mit zwei Kindern im Kindergartenalter zu erheblichen Mehrbelastungen im Alltag geführt, weshalb sie große Schwierigkeiten hatte, die Beschränkungen mit ihrem Unabhängigkeitsgefühl zu vereinbaren (Z. 90).

Die anfängliche Distanz und ihre Zurückhaltung wandeln sich im Laufe des Interviews wenig. Sie berichtet teilweise oberflächlich und bleibt dabei sachlich und formal. Fragen, die Alltag und Familie betreffen, sind für sie schwieriger zu beantworten als Fragen nach dem Erleben oder der Einordnung der Psychose, obwohl sie immer wieder beteuert, dass es ihr schwerfällt, über die Psychoseerfahrung zu reden.

Das Interview dauert 01:50h und wird von einer kleinen Pause unterbrochen, in der wir zum Rauchen in den Garten gehen.

5.2.2 Darstellung der Alltagsstrukturen

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit den Darstellungen der Alltagsstrukturen der Interviewten. Die Darstellungen des Alltages wirken teilweise formalisiert und langweilig. Dies ist von mir bewusst intendiert, da auch die langweiligen, erwartbaren und normalen Alltäglichkeiten ihren Platz finden sollen. Außerdem soll die Schwere und auch die gefühlte Sinnlosigkeit des Alltags hervorgehoben werden, mit denen sich die Teilnehmenden häufig auseinandersetzen müssen. In den Fokus rücken vom Interviewten skizzierte Handlungspraktiken, -entwürfe, -rekonstruktionen und -planungen, die für die gegenwärtige Lebenssituation relevant waren, sind oder werden (Schütz, 1982, S. 23). Die Handlungsabläufe und -ziele werde ich entsprechend ihren Intentionen und Motive rekonstruieren (Schütz, 1974 [1932], S. 83f.). Ich möchte damit zeigen, warum die durch die Psychose veränderten Handlungsfähigkeiten äquivalente Handlungsmuster und -typologien hervorbringen, die in den Strukturen des Alltags als regulär nachvollziehbare, rationale und sinnhaft begründete Abläufe etabliert sind (Schütz, 1982, S. 33; Schütz, 1974 [1932], S. 116).

Da sich die Fragen auf den Alltag beziehen, können Erzählkonstruktionen entlang der Alltagsproblematiken gebildet werden, die im Vergleich die Frage nach der Normativität

des Alltags aktivieren. »Der allgemeine Fahrplan alltagsweltlicher Ereignisse« bietet »Handlungsorientierungen« (Matthes & Schütze, 1973, S. 38). Diese nicht einhalten zu können, möchte entsprechend begründet werden. Biografische Darstellungen werden in der Analyse relevant, wenn sie als Begründung oder Rechtfertigung für Handlungsentwürfe, die in der gegenwärtigen Situation orientierend sind, herangezogen werden (Schütz, 1982, S. 34). Die biografischen Erzählungen werden in Punkt 5.2.6. intensiver dargestellt. In diesem Punkt möchte ich die möglichen Auswirkungen der Verlaufskurvenentwicklung auf die Handlungsroutinen und -orientierungen herausarbeiten. Die in den Verlaufskurven enthaltenen, erschütternden und chaotischen Ereignisse sind möglicherweise ursächlich für die Veränderungen und notwendigen Entscheidungen für oder gegen entsprechende Handlungsplanungen und -orientierungen. Sie verändern die Alltagsstrukturen sowie Handlungsschemata über einen längeren Zeitraum. Die Person muss lernen, sich neu zu orientieren und ihre Handlungen entsprechend auszurichten (Schütze, 1981, S. 80). Dies zeichnet sich immer wieder in dem Ringen ab, die neue Situation und notwendige Neuorientierungen akzeptieren zu können. So bezieht sich die Analyse nicht auf die biografische Rekonstruktion der Kurve als gesamte, sondern auf den gegenwärtigen Moment einer Handlungsausrichtung während einer bestimmten Phase in einer Verlaufskurve, die in Anbetracht der Situation mit sich selbst und anderen ausgehandelt wird. Die wahrgenommene Veränderung der Alltagsstrukturen wird durch den Vergleich, wie eine Person ›früher war‹ oder ›wie sie gerne geworden wäre‹, deutlich (ebd., S. 90). Letztlich steht die Frage im Vordergrund: Warum sind die Dinge, wie sie sind? Eine intensivere Darstellung der von mir berücksichtigten Aspekte Strukturen des Alltags findet sich in Punkt 2.2 und zu den Verlaufskurven in Punkt 3.1.6.

5.2.2.1 Alltags(krisen)planung: Ulla

Die Alltagsbeschreibungen von Ulla unterscheiden sich nicht vom Alltag anderer berufstätiger Menschen. Sie hat eine Stelle in Vollzeit, in der sie viel Verantwortung für andere Menschen übernehmen muss (Z. 223) und versucht genauso zwischen Arbeit und arbeitsfreier Zeit eine »Waage reinzukriegen« (Z. 11). Die Bemühungen um einen »Ausgleich« zeichnen sich zunächst als die Regulation von »Freizeitstress« (Z. 21) ab. Erst im späteren Verlauf des Interviews wird erkennbar, was Ulla meint, wenn sie von einem »ausgewogenem Verhältnis« (Z. 44) spricht. Ulla achtet sehr darauf, den Alltag nicht mit Aktivitäten zu überladen (Z. 45–46) und für Bedeutungsdosierungen zu sorgen. Allein sein, Auszeiten, zur Ruhe kommen oder Zeit für sich zu haben (Z. 58–59), sind wichtige Strategien für den Umgang mit ihrer sensiblen Wahrnehmung. Die Bemühungen, »auf mich selber zu achten« (Z. 52), basieren auf den Erfahrungen, was passiert, wenn die »Arbeit an erster Stelle« (Z. 49) steht und darüber hinaus fami-

läre Schwierigkeiten, wie die intensive Pflege von engen Verwandten, großen Raum eingenommen hat (Z. 104–106). Ulla hat sich laut eigener Aussage keine Pause von der Arbeit und der Pflege nehmen können.

» [...] und äähm dann blieb halt nicht viel / nicht mehr viel Zeit, um sich um andere Thematiken zu kümmern. Weil man dann eher am Organisieren war, wie kriegt mans HIN // mmh // wer macht ääh wann wo und äähm wie kriegen wir das dann noch ääh geregelt mit dem Pflegedienst und alles und dann einfach, weil der Alltag äähm sehr strukturiert einfach davon und äähm ja wenig Freizeit. Oder wenig Zeit, um / um äähm über andere Probleme zu sprechen oder // mmh // gerade auch um über schöne Dinge zu sprechen, weil der Fokus dann eher wirklich darauf war, ja, hier den Arzttermin zu koordinieren, hier den // mmh // Badumbau koordinieren, hier das Koordinieren. Das war / war halt sehr zeitaufwendig und kräftezehrend.« (Z. 115–123)

Außerdem hat sich dadurch familiärer Druck ergeben, der das Verhältnis bis zum Zeitpunkt des Interviews belastet hat (Z. 91).

Von ihrer Psychoseerfahrung lernt Ulla, den Fokus mehr auf sich zu legen, da die Psychose ein »Signal des Körpers war« (Z. 708), dass sie ihr Leben so nicht weiterleben könne. Ulla plant deswegen den Alltag viel um ihre Belastungsgrenzen. Ihr sei deutlich geworden, für viele Aufgaben mehr »Zeit zu brauchen als vor der Erkrankung« (Z. 215–216). Dies anzuerkennen, war für Ulla ein großer Schritt (siehe 5.2.6). Rückblickend würde sie erkennen, dass die Situation mit der Pflege der Angehörigen zu viel war und es aktuell wichtiger ist, auf ihre »Bedürfnisse zu achten, was ich jahrelang aus den Augen verloren habe« (Z. 721) Ihr Arbeitspensum hat sie »runtergeschraubt« (Z. 171), dennoch würde sie immer wieder in »alte Muster« (Z. 173) verfallen, die wieder zu einer Überlastung führen könnten. Ulla muss »sich dann auch selber disziplinieren« (Z. 220), um sich den Ausgleich von der Psychoseerfahrung zu holen, den sie benötigt.

»Dann also Sachen, die mich früher nicht gestresst haben, da kommt bei mir jetzt schonmal ein bisschen der Stressfaktor halt HOCH und da / äähm da muss ich dann halt auch einfach erkennen, dass es mich gerade mich stresst und dann mich auch selber disziplinieren und zu sagen, tu dir das in Ruhe an, ist schon nicht so SCHLIMM. Das wird schon // mmh // also und äähm wenn ich jetzt so auf die letzte Zeit einfach zurückblicke, äähm würde ich das jetzt nicht mehr schaffen im Endeffekt dieses äähm (...) ich gehe Vollzeit, 40 Stunden in der Woche arbeiten und ääh mach dann nebenher noch dieses und nebenher noch jenes und mach noch ne dritte Aufgabe draus, würde ich einfach nicht mehr schaffen.« (Z. 218–225)

Durch die verringerte »Belastbarkeit« (Z. 226) und die Erfahrungen, die zur Psychose geführt haben, bemüht sich Ulla um Strategien, die ihr helfen, sich gegen eine weitere Psychose zu schützen. Wegen der Psychose hätte sie sich »besser kennengelernt« (Z. 620), wodurch sie auch einen anderen Blick auf frühere Situation gewinnen konnte. Früher hätte sie nur vier bis fünf Stunden in der Nacht geschlafen. Aktuell benötigt sie acht bis zehn Stunden Schlaf (Z. 227–228). Dies reduziert die verfügbare Tageszeit

ohnehin und sie muss diese weniger strukturieren. Zudem hat sie einen Krisenplan erstellt, mit dem sie und ihre Freunde »Symptome und Frühwarnzeichen« (Z. 321–332) einschätzen können, um dann entsprechend intervenieren zu können (Z. 324). Die Freunde sind instruiert und wissen, wie sie sich im Falle einer beginnenden Psychose zu verhalten haben.

» [...] und ääh unter anderem sind da halt äähm zwei Freunde kommen da halt drin vor, die ich dann kontaktiere, um dann nochmal diesen Realitätsabgleich zu machen. Mit denen ist auch die die Absprache im Endeffekt äähm wenn ich die anrufe und sag, fahre mich in die Klinik ääh, dann wissen die genau was los ist und dann würden die vorbeikommen und dann würden die mich einpacken und dann dahinfahren.« (Z. 323–327)

Ulla ist zufrieden mit ihren Medikamenten und würde sie im Falle einer drohenden Psychose, hochdosieren. Dies wäre eine sinnvolle Strategie, um die Psychose abzuwehren (Z. 641). Auch würde sie an ihrer aktuellen Dosis nicht »dranrumschrauben« (Z. 648), da sie »damit gut klarkommt« (Z. 646). Ulla zieht das Fazit, sich »besser abgrenzen« zu können (Z. 748) und sich nicht von den Problemen der anderen überwältigen lassen. Die Psychose hat sie zum Umdenken gebracht, weswegen sie neue Handlungsplanungen entwickelt, die sich intentional auf die Abwehr einer weiteren Psychose beziehen. Ullas Alltag wird so von der Psychoseerfahrung auch weit über ihr letztes Auftreten bestimmt. Die gezielten »Koordinationen« (Z. 121) und Planungsspiele, die sie bei der Pflege ihrer Angehörigen angewendet hat, bezieht sie nun auf sich selbst. Souverän und zielsicher entwickelt sie für jede Situation konkrete Handlungsplanungen, die sie vor dem Rückfall in die Psychose schützen sollen. Dabei geht Ulla strukturiert und diszipliniert vor und internalisiert dafür ein 24 Stunden-Therapieprogramm, das auf Symptome und Frühwarnzeichen konditioniert wird, in dem »eingestellt« (Z. 645) und »runtergefahren« (Z. 645) wird. Ullas Strategien wirken in der Erzählung, wie Ersatzhandlungen des früheren Lebens. Anstatt Extraaufgaben bei der Arbeit zu erfüllen, übernimmt sie Extraaufgaben zur Psychosekontrolle, anstatt sich für ihre Verwandten aufzuopfern, opfert sie sich für ihre Psychose auf. Der Alltag verliert seine Spontanität, weil Ulla auf Frühwarnzeichen lauernd durch den Tag geht. Ulla verwendet dabei eine technisierte Sprache, die eine maschinelle Kontrolle der Psychose suggerieren soll und genauso wirkt die Gestaltung des Alltages. Da die Angst vor der Psychose ist so groß wird, hält das Leben nur noch Triggerpunkte bereit.

5.2.2.2 Selbsthilfe zur Selbsthilfe: Heinz

Heinz Alltagsgestaltung ist im Vergleich zu den anderen Interviewten ein deutliches und vor allem offenes Arrangement aus Psychoseerfahrung und Alltag. Die Psychose- und Psychiatrieerfahrung ist als offensichtliches Merkmal im Alltag verankert, das durch die Arbeit in der Selbsthilfe wahrscheinlich auf größtmögliche Toleranz trifft, die für andere Erfahrene in dieser Form nicht möglich sein wird. Seine Psychoseerfahrung wird zum Bewerbungskriterium für seine Arbeit und setzt so einen offenen Umgang voraus, der im Gesamtsample eher ungewöhnlich ist. Heinz plant seinen Alltag entlang der Anforderungen der Selbsthilfe und diese wird für ihn zur Strukturierungsmöglichkeit und Vorteil für seine »Stabilität« (Z. 82).

»Das finde ich gerade wichtig für Menschen mit Psychiatrieerfahrung, dass die genügend Geld haben, ihren Alltag auch zu bewältigen. Wenn da noch Geldsorgen zukommen würden, das wäre nicht gut (...) Ja (...) Also ich finde ich schon ganz wichtig, dass man den Tag irgendwie strukturiert, aber das muss freiwillig sein, ne. Das darf man nicht unter Zwang machen, wie in so einer Werkstatt oder so und in so einer Werkstatt ist das mehr Produktion als irgendwie Therapie.« (Z. 128–133)

Heinz ist seit einigen Monaten verheiratet und lebt mit seiner Frau zusammen (Z. 5), die »Epileptikerin« (Z. 41) ist und die er deswegen »auch mal ein bisschen überwachen muss« (Z. 43). Heinz fährt seine Frau nahezu täglich zur Arbeit und holt sie von dort wieder ab (Z. 12). Sie arbeitet als Altenpflegerin im Schichtdienst. Heinz würde sie erst »zwischen eins und zwei zur Arbeit fahren« (Z. 11–12) und deswegen würde er erst gegen »Zwölfe, manchmal erst um Eins aufstehen« (Z. 7–8). Sobald er dies erledigt, »hat er seinen Alltag zu bewältigen« (Z. 12). Dann würde er sich, so wirkt es in seiner Darstellung, vorrangig um die Angelegenheiten der Selbsthilfe kümmern. Da sein Tag also erst recht spät startet, ist er auch lange wach (Z. 6).

»Ja, dann / der Tag ist eigentlich ein bisschen strukturiert. Aber nicht so richtig. Er könnte ein bisschen besser strukturiert sein // habe ich immer so das Gefühl. Es kommt immer darauf an, was in meinem Kalender steht, und was ansteht / so.« (Z. 16–18)

Bei der Selbsthilfe könne er »frei arbeiten« (Z. 19) und »viele selber einteilen« (Z. 19). So könnte er alltägliche Erledigungen wie Haushalt (Z. 52–53) oder Einkaufen (Z. 21) um die Aufgaben der Selbsthilfe legen, die für ihn Priorität hätten. Heinz hat verschiedene Aufgaben in der Selbsthilfe. Er übernimmt Aufgaben, die sich sehr spontan ergeben, wie ein Notfalltelefon. »Ja, dann gucke ich auf mein Handy, was ist da wieder eingegangen und zu tun ist« (Z. 10–11). In Telefonaten würden die Anrufer von seiner Psychiatrieerfahrung profitieren und er könnte »Menschenverstandsratschläge« (Z. 74) geben.

»Ich habe meine Recht / ich kannte meine Rechte. Ich wusste, was mir BEVORSTEHT. Und ich wusste auch ääh, um was es GEHT. Und dadurch, weil ich mir Wissen angeeignet habe, über die Psychiatrie und über meine Rechte, und auch Wissen angeeignet habe, wie ich meine Psychose im Griff kriege, habe ich auch äähm gelernt damit mit so ner Psychiatrie umzugehen.« (Z. 642–646)

Dann hätte er eine Aufgabe in einer »staatlichen Begutachtungskommission« (Z. 48), mit der er verschiedene Psychiatrien begutachten würde. Zudem würde er sich regelmäßig mit anderen Leuten der Selbsthilfe treffen (Z. 50) oder hat Termine in der offenen »Beschwerdestelle« (Z. 54), in denen er andere Erfahrene unterstützt. Er muss die »Post bearbeiten« (Z. 70), »Projekte beantragen« (71) oder »Verwaltungssachen« (Z. 68) machen. Unregelmäßig würde er Vorträge halten oder »Selbsthilfetage« (Z. 62) organisieren. Diese Arbeit sei ihm so wichtig, dass er hin und wieder Sorge hat, unter »Erfolgsdruck« (Z. 61) zu geraten.

»Aber das ist ganz gut so / ich falle wirklich abends ins Bett / total erschöpft (...) und dann schlafe ich ziemlich gut. Das macht mich auch stabil und das fordert mich natürlich auch irgendwo / irgendwo werde ich gefordert / irgendwo werde ich gebraucht. Gleichzeitig verdiene ich damit Geld und das ist auch ganz gut so (...) weil wenn ich überhaupt nichts zu tun hätte, dann würde ich Depressionen kriegen.« (Z. 55–59)

Heinz hat selbst »zwei Krisen« (Z. 75) gehabt, die er auf seine für ihn sinnlose und belastende Tätigkeit als »Schwimmeister« zurückführt (Z. 84), was für ihn »kein erfüllender Beruf« (Z. 88) gewesen sei, in dem er den »Sinn nicht mehr gesehen hat« (Z. 89). Mit dem Job in der Selbsthilfe hat er seine »Berufung« (Z. 83) gefunden. Durch das »gefordert und gefördert« werden (Z. 82), könnte er sich »stabilisieren« (Z. 82). Heinz verdeutlicht, dass »Langeweile für ihn Gift ist« (Z. 101) und er deswegen immer was zu tun haben müsste. Wichtig ist ihm »Ruhe, Überblick und Macht« (Z. 103), um »über den Alltag selbst zu bestimmen« (Z. 103–104). Ein positiver Effekt ist außerdem, dass er durch die Selbsthilfe Geld verdienen kann, was ihm zusätzliche Sicherheit gewähren würde (Z. 105) und er nicht mehr nur von Sozialleistungen abhängig sei (Z. 112). Vor der Selbsthilfe hat Heinz in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung gearbeitet. Dort hätte er die Arbeit als sinnlos empfunden (Z. 133) und darüber hinaus würden die Angestellten nicht für ihre Arbeit bezahlt werden, da die Werkstatt eher Therapie als Arbeit sein soll (Z. 135). Diese Situation hat Heinz motiviert, aktiv zu werden und sei dann in die Selbsthilfe gegangen, wo ihm »alle möglichen Angebote« (Z. 140) gemacht wurden.

Das Motiv der Selbsthilfe trägt sich bis in seine Ehe fort. Beide würden sich »ganz gut ergänzen« (Z. 407) und so voneinander profitieren.

»Das ist äähm (...) ich kann ihr helfen, sie kann mir helfen. So / dadurch haben wir zwei Fliegen mit einer Klappe geschla / oder haben mehrere Fliegen mit einer Klappe. Dadurch, dass ich sie zur Arbeit fahren kann, kann sie die Arbeitsstelle behalten. Ich habe ein Auto, kann überall hinfahren, jetzt // mmh

// muss natürlich Sprit bezahlen, das ist klar. Wir teilen uns ne Wohnung, wir haben dadurch eine Win-Win Situation, ne.« (Z. 407–410)

Heinz ist möglicherweise auf eine Partnerin angewiesen, die akzeptiert, dass es zu Situationen kommen kann, in denen Heinz mehr Unterstützung benötigen wird (siehe 5.2.8). Deswegen wird Heinz das bei der Partnerwahl genauso berücksichtigen wie seine Frau, die wegen ihrer Epilepsie auch Unterstützung benötigen könnte. Die »win-win Situation« impliziert einen Zustand des Nachteils, wenn beide unabhängig voneinander alleine wären. Sie gewinnen dazu, wenn sie sich ausgleichen und ergänzen. Heinz bedauert es, dass es schwierig sei, seinen Alltag mit dem seiner Frau in »Einklang« (Z. 27) zu bringen. Dies betrifft in seiner Darstellung vor allem seine Mahlzeiten, deren unkontrollierte Aufnahme eine Schwierigkeit für ihn ist. Sein »Hauptproblem« (Z. 15) seien seine Gewichtsprobleme.

»Momentan frühstücke ich nicht oder versuche nicht zu frühstücken. Weil ähm ich natürlich abnehmen will. Das ist mein Hauptproblem auch durch (...) durch die Psychose. Dass ich so fett geworden bin.« (Z. 14–15)

Heinz sieht die Möglichkeit, durch seine Frau besser beim Essen reguliert zu werden. Er könnte nicht selber kochen und versucht tagsüber »bei irgend so einem gesunden Geschäft« (Z. 29) zu essen. In der abendlichen Zweisamkeit würde seine Frau seine Disziplin dann gefährden, weil sie den Tag über nichts essen würde (Z. 40) und so müsste er häufig Fast Food bestellen, »was mir eigentlich nicht passt, weil dann bin ich wieder dicker« (Z. 39). Heinz schafft es nicht, sich selbst zu disziplinieren und erwartet eine Form der Unterstützung beim Essen, weil dies unmittelbar mit den Auswirkungen der Psychose zusammenhängen würde. Andere Versuche, sich zu disziplinieren, wie »Fitnessstudio« (Z. 437), hätte er auch nicht geschafft. Die »win-win Situation« kippt an der Stelle in Richtung seiner Frau, da er da »sehr drunter leiden« (Z. 16) würde und seine Frau möglicherweise nicht.

Heinz lebt sein Leben für die Selbsthilfe und übernimmt viele Ideale und Anforderungen der Selbsthilfe in seinen Alltag. Die Erreichbarkeit und die Begleitung von verschiedenen Menschen in Krisen sind anstrengend und oft gegen den eigenen Vorteil, was Heinz auch als »bisschen nervig« (Z. 81) beschreibt. Für Heinz ist der durch die Selbsthilfe strukturierte Alltag ein Zugewinn, da er seine Psychiatererfahrung unterbringen und davon profitieren kann. Der Nachteil ist aber, dass es für ihn kein Zurück mehr gibt, da die Psychoseerfahrung öffentlich bekannt ist. Ohne die Öffnung wäre sein Alltag aber so nicht realisierbar.

5.2.2.3 Schleppend durch den Tag: Ricardo

Ricardo beschreibt Alltagsstrukturen, die sich, so wirkt es im Interview, an seinen normativen Vorstellungen über den Alltag entwickeln (Z. 25). Ein Teil seiner Strukturen werden durch den Betreuungsdienst und andere psychosoziale Angebote vorgegeben. Schon das morgendliche Wecken durch den Betreuungsdienst dient dazu, mit der Alltagsgestaltung zu beginnen. Die tagesstrukturierenden Maßnahmen sieht Ricardo nicht als Pflicht. Er wisse, dass ihn dazu niemand zwingen könne (Z. 212–213). Wie später deutlich werden soll (6.2.6.), hat Ricardo extreme Antriebs- und Motivationschwierigkeiten. Diese werden durch das gesamte Interview als Begründung herangezogen, warum es ihm so schwerfällt, einen eigenständigen Alltag zu entwickeln. Letzterer wirkt dabei immer wie eine große Erschwernis für Ricardo (Z. 212). Wenn jemand »alles als Belastung empfindet« (Z. 305), dann wird jede Tätigkeit zur Qual und die Sehnsucht nach selbstständig geregelten Strukturen wird immer größer. Für Ricardo ist ein Status Quo nach Common Sense kaum erreichbar, weil er sich in einem antriebslosen Dauerzustand sieht.

»Äh hm verweilen ist in dem Zustand zu bleiben, in dem man ist, nichts ändert sich, weil man eben von der Krankheit her nicht / nicht / nicht steigerungsfähig ist.« (Z. 596–597)

Diese schon stark frustrierte Ansicht verdeutlicht, dass es Ricardo schwerfällt, sich handlungswirksam zu positionieren. Was von Ricardo als Depression kategorisiert wird (Z. 209), kann sich auf der Handlungsebene als Resignation gegenüber den Anstrengungen, eine eigene Alltagsstruktur zu entwickeln, herausstellen. Schon kleinste Bemühungen werden als Belastung erlebt, so dass Veränderung in weite Ferne rückt. Die Depression wird in ihrer »Bedeutung erhöht« (Schütze, 1981, S. 115) dargestellt, weil diese als Erklärung für den »Orientierungszusammenbruch« (Riemann, 1987, S. 399) herangezogen wird. Letztlich verdeutlicht sich in der Sequenz nicht die Depression an sich, sondern die Schwierigkeit, Handlungsrou tinen (erneut) zu etablieren. Seine Situation stellt Ricardo anhand seiner Arbeitssituation dar, die eine ergotherapeutische Maßnahme ist, die für die Beschäftigten über die Maßnahme hinaus keine Perspektiven enthalten würde, weil Entwicklung nur innerhalb der Maßnahme selbst möglich ist (Z. 633).

»Ich glaube nämlich, das System ist nicht darauf aus äähm dass es mir besser geht, sondern dass Stunden geleistet werden / dass ääh Einheiten geleistet von / Ergotherapieeinheiten. Es ist darauf aus, dass ich irgendwann gesund werde, ABER äähm (...) äähm möglichst / möglichst äähm (...) mmh (...) also zum Beispiel, dass ich einfach weniger leiste / also es ist unflexibel meine ich. Ich weiß nicht / ich / ich soll natürlich auch gesund werden, das stimmt schon, sonst würden sie ja immer in / immer in die / in die Dings bezahlen / in die in (unv.) ins unendliche.« (Z. 638–644)

Ricardo beschreibt hier ein Gefühl, das Schütze als »konditionell gesteuert sein« (ebd., S. 97) typisiert. Die Reorganisation der Handlungspläne ist nicht eigenmächtig, sondern ist von Ricardo nur im Zusammenhang der therapeutischen Maßnahmen vorstellbar, die aber zu aller Widersprüchlichkeit keinen Entwicklungsspielraum im Sinne von Handlungsautonomie zulassen. Ricardo befindet sich allerdings in einem ausgeklügelten System der psychiatrischen Versorgung, welches durch einzelne, örtlich verstreute und ritualisierte Angebote autonome Handlungsplanung untergräbt und suggeriert, dass Handlungsorientierung entlang der psychiatrischen Strukturen erfolgen muss, da das gleichgesetzt wird mit Genesung und zudem von seinen Eltern und seinen Freunden mitgetragen wird (Z. 818). Seine Hoffnung auf Verbesserung seiner Lebenssituation findet Ricardo in seinem Glauben, was in Punkt 5.2.8. nochmal deutlicher dargestellt wird. Seine Gläubigkeit und der Beginn seiner Erkrankung fallen in einen Zeitraum (Z. 912–913). Deswegen ist er der Überzeugung, dass sich sein Glaube und seine Krankheit »verquickt« (Z. 916) hätten. Durch den Glauben konnte er starken Antrieb entwickeln, weil er in diesem verschiedene Handlungsintentionen gefunden hätte (Z. 921–922), die ihn aber letztlich »ausgewert« (Z. 922) hätten. Die »Körpergefühle« sind so schlecht, dass er »keine Lust« hat, »irgendwas zu tun« (Z. 922–923). Die Verquickung von Glauben und Krankheit macht er mit dem Verweis auf Gott deutlich, der einen Plan für ihn hätte, er aber erst den Weg des Leidens nehmen müsste (Z. 926–928).

» [...] also ich ähm ich baue immer mehr an Selbstständigkeit ab // mmh // statt sie aufzubauen. Ich bin eigentlich im Förderbereich. Sollte eigentlich Selbstständigkeit aufbauen. Ich baue die immer mehr ab, weil ich mich nicht körperlich gut fühle und ähm, weil ähm ich psychisch auch sehr angestrengt bin [...]« (Z. 923–926)

So wird der Glaube zur Erklärung seiner Situation, der aber auch wiederum einen Ausweg aus seiner Situation bereithält. Das verdeutlicht einen Erklärungszusammenhang, in dem das Leiden, als ein von Gott auferlegter Handlungsplan ist, der für Ricardo eine Alternative zum psychiatrischen Handlungsplan sein kann. Der Glauben transportiert die Intention, durch die eigenen Handlungen, Erleichterungen zu finden, auch wenn dies bis zur Erschöpfung geht. Die psychiatrische Vorstellung sieht in der Depression eine genetische Sackgasse, die keinerlei Erleichterung aufzeigen kann, da die Situation am Ende selbst verschuldet oder unausweichlich ist.

5.2.2.4 **Aufbauen: David**

Im Gegensatz zu Ricardo und Dennis, ist Davids Alltag weder durch einen Betreuungsdienst fremdstrukturiert, noch geht er irgendwelchen Tätigkeiten nach, die seinem Lebensunterhalt oder der Ausbildung dienen könnten. Ein relevanter Aspekt der Alltags-

gestaltung ist die einjährige Maßregel (Z. 941), durch die es David schwergefallen sein könnte, eine eigenständige Alltagsstruktur zu entwickeln. Nach der Entlassung müssen die Insassen ihr Leben in der Regel wieder von vorn beginnen, was diese häufig vor Probleme stellt. Zum Zeitpunkt des Interviews hat David bereits zwei seiner vier Jahre Bewährung abgeleistet (Z. 380). In der Regel sind Patienten der forensischen Nachsorge angehalten, ihre Medikamente regelmäßig zu nehmen. Neben einer Einschätzung des Medikamentenspiegels werden in der Regel regelmäßige Drogenscreens gemacht.

Ungeachtet dessen, dass David angibt, wegen seiner anhaltenden Depressionen keine Alltagsstruktur etablieren zu können, sind Maßregel und Bewährung sicherlich ein zusätzlicher Grund, eine Arbeit aufzunehmen oder sich irgendwie in die Öffentlichkeit zu trauen. David durchläuft verschiedene Jobcentermaßnahmen, die zum Zeitpunkt des Interviews wegen der Coronaauflagen pausierten. Diese hatte er in den »letzten 12–15 Monaten« (Z. 6–7) gemacht, sei aber in kein Jobverhältnis gekommen. Ohne Jobcentermaßnahmen müsste er seinen Alltag nun weitgehend selbst gestalten. Wegen seiner anhaltenden Depressionen, die ich später nochmal genauer beschreiben werde, fällt es ihm sehr schwer, einem geregelten Tagesablauf nachzugehen. So beginnt der Tag schon schwerfällig, da er in der Regel bis zehn oder elf Uhr schläft (Z. 14). Dies würde am Zyprexa liegen, welches ihn müde, inaktiv und antriebslos machen würde (Z.10).

Seit längerem lebt er isoliert und zurückgezogen (Z. 13). Über seine durch die Erkrankung veränderte Lebenssituation ist er »traurig«, da er sich aufgrund einer »gewissen Sozialphobie« (Z. 54) »unter Menschen unwohl fühlt« (Z. 56). Seit etwa zwei Jahren würde er sich nur in der Wohnung aufhalten (Z. 62–63). Veränderungen im Alltag sind für David kaum vorstellbar (Z. 92). Möglich ist, dass ihm die Bereitschaft und die Motivation wegen der anhaltenden Depressionen und der Angst vor anderen Menschen fehlen. Um dem etwas »entgegenwirken zu können« (Z. 20), hat David eine tägliche Kraftsporteinheit etabliert, mit der er sich das »bisschen Disziplin bewahrt hat« (Z. 31) und welche ihm hilft sich »auszulasten« (Z. 43). Das Training verbindet er mit dem Ritual, vorher einen Spaziergang zur Tankstelle zu machen, um sich einen Kaffee zu kaufen (Z. 46). Zudem würde er immer einen Energizer trinken, der ihn körperlich stimuliert und motivierende Musik hören (Z. 1228–1229). Dann verfolgt er ein abwechselndes Trainingsprogramm (Z. 37–38). David erhofft sich von dem Training abzunehmen und so seine körperliche Schwere zu überwinden, die er mitunter als Begründung für seine Depressionen ansieht.

» [...] im Moment / versuche ich so den / den Sport so wirklich als kompletten Ausgleich so für so ein ähm ich sage jetzt mal vernünftigen Lifestyle irgendwie, ne. Auch wenn ich im Moment auch nicht wirklich viel Vernünftiges mache@@. Aber das ist so das Einzige, was so die Basis dafür schafft, dass ich vielleicht irgendwann mal irgendwie ein ähm einen Job habe [...].« (Z. 394–398)

Wichtig sei ihm außerdem eine gesunde Ernährung. Lange hat er sich von einer veganen raw food Diät ernährt (Z. 271). Mittels der Ernährung und seiner sehr dis-

ziplinierten Umsetzung beim Sport hatte er vor seiner regelmäßigen Einnahme der Medikamente einen idealen Körper gehabt (Z. 264). Diäten würden bei ihm aktuell wegen der Medikation keinen Erfolg bringen, denn neben »Müdigkeit tagsüber«, einem hohen »Schlafbedürfnis« und dem »stumpf werden« (Z. 888), ist die »Gewichtszunahme« einer der wesentlichen Nebenwirkungen (Z. 435–436). Seine Depressionen würden mit seinem Übergewicht und der Unzufriedenheit sowie Schwerfälligkeit zusammenhängen. Darüber hinaus hat er seinen Schlafrhythmus anpassen müssen, da er durch das Medikament einen starken Überhang hätte, der sich im Alltag bemerkbar machen würde (Z. 850–852). Erkennbar wird für David die Schwierigkeit, eine Alltagsstruktur zu entwickeln, da er seine Handlungsplanung an die Entwicklung eines körperlichen Idealzustands knüpfen möchte. Handlungsmöglichkeiten ergeben sich also erst nach der Depression, die er aber erst im Zustand körperlicher Zufriedenheit erreichen kann. Diäten bringen für David keinen Erfolg (Z. 426) und eine medikamentöse Umstellung sei nicht erfolgreich gewesen (Z. 432). Eine gesunde (vegane) Ernährungsweise könnte er sich zwar vorstellen, hat aber keine Motivation diese umzusetzen (Z. 423–424). Veränderungen steht er generell skeptisch gegenüber, da er zu »erschöpft« (Z. 744) sei. Die Krankheit würde an ihm »zerren« (Z. 755) und ihn trotz seiner Trainingsbemühungen immer wieder zurückwerfen (Z. 755). Es sei ihm wichtig, die Veränderung »langsam aufzubauen« (Z. 745). So resümiert er die anhaltenden und drückenden Schwierigkeiten bei der Etablierung eines Alltags.

»Und man wird eh älter und so, ne. Und dann irgendwie auch noch so ein bisschen das / das gedrückte von den Medikamenten. Das sind so die Sachen, die mich halt im Moment so ein bisschen belasten. Deswegen weiß nicht, fühle ich mich allein. Ich bin eigentlich auch gerne alleine. Nur wenn das halt irgendwie 700 Tage am Stück ist, irgendwie zwei Jahre am Stück oder so, dann wird es halt ja (...) langweilig, monoton, so ne. Man / man / man wünscht sich irgendwie keine Ahnung noch Abwechslung oder so.« (Z. 727–732)

In seinem Resümee wird überdies seine Einstellung zu seiner Vergangenheit deutlich, die zeitgleich Zeugnis seiner drückenden Schwere ist. Mittlerweile könnte er »die Welt wieder mit einem nüchternen realistischen Blick betrachten« (Z. 1099). Nach all den Jahren »der Illusion« (Z. 750) sei er froh, die Psychose hinter sich gelassen zu haben. Jetzt will er sich »Ruhe« (Z. 693) gönnen, um sich von den Strapazen der Psychose zu erholen. Sieben Jahre »emotionaler Wirbelsturm« und Rastlosigkeit (Z. 961) durch das dauernde psychotische Erleben hätten seine Spuren hinterlassen.

»Ich war halt schon komplett / komplett durchgedreht. Und deswegen ist es halt bei mir jetzt auch im Moment so. Ich brauche meine Ruhe, muss wieder ganz, ganz normal sein. Normaler Mensch sein. Ich bin ein normaler Mensch, so ne.« (Z. 693–695)

Diese Nüchternheit spiegelt sich durch die Probleme des Alltags, die sich für David in den wesentlichen Funktionen, wie »Konzentrationschwierigkeiten« (Z. 894) und

dem Gefühl durch das Medikament »langsamer zu sein« (Z. 875), zeigen. So bereitet es ihm Probleme, die Veränderung zu durchdenken, da er die andauernden Gedanken »nicht abstellen kann« (Z. 1007). Der Gedanke, die Tabletten »für den Rest des Lebens zu nehmen« (Z. 886) würde ihn »traurig« (Z. 887) machen. Möglicherweise realisiert sich durch den Gedanken die Vorstellung, dass David ein Leben lang mit der körperlichen Schwere zu kämpfen hat. So wirkt es nicht ungewöhnlich, dass »Gras rauchen« immer wieder Thema wird, denn durch den Konsum hätte er sich »leichter« (Z. 563) gefühlt. Neben der körperlichen Leichtigkeit ist damit die geistige Unbefangenheit gemeint, die durch weniger Verantwortung und sich Gedanken machen müssen, sein Leben vor der Maßregel geprägt hat. David hat zeitweise das Gefühl, nicht mehr voranzukommen und »verwirft dann seine Zukunftspläne« (Z. 892–893). Er würde sein »Dasein« (Z. 903) im »konstanten Tief« (Z. 902) nur noch »aushalten« (Z. 903). Manchmal könnte er nicht einschlafen, weil sein »Gehirn ständig rattern« (Z. 1000) würde und dann würden ihm »Bilder durch den Kopf schwirren« (Z. 1001) und Gedanken würden ihn verrückt machen (Z. 990). Aufgrund der täglichen »Langeweile« (Z. 1006) und der fehlenden Beschäftigung sei es schwierig, seine »Gedanken abzustellen« (Z. 1005). Die Suche nach dem Grund für seine Erkrankung und warum er im Leben nichts erreichen konnte, ist für David ein ständiges Thema.

»Was auch alles nicht so schlimm ist, so aber ich bin krank geworden. Und das ähm beschäftigt mich halt echt ziemlich viel, so dass ich halt irgendwie so einen großen Teil meines Lebens halt irgendwie abgedreht war und ähm ist halt schwierig einen Neuanfang irgendwie zu / zu finden. Ist wirklich schwierig ist.« (Z. 1022–1025)

Ständig würde ihn das Gefühl begleiten »seine Talente weggeworfen« (Z. 1032) und »nicht genug Ehrgeiz« (Z. 1125) gehabt zu haben. Das Training sei deswegen eine sinnvolle Möglichkeit, sich auszulasten und auf andere Gedanken zu kommen (Z. 1085). In der Überwindung zum Training steckt auch die Überwindung der Depressionen. Die »Zufriedenheit« durch Sport sei erstmal die »Hauptsache« (Z. 1585). Andere Alltagsaktivitäten zeugen von einem eher monotonen Alltag ohne große Abwechslung. So würde er viel »Zocken«, was ihn von den »depressiven Gedanken« ablenkt (Z. 49) und Fernsehen schauen (Z. 41). Darüber hinaus würde er sich nicht viele Gedanken ums Kochen machen und kümmere sich auch nur sporadisch um den Haushalt (Z. 1020). Er würde sich mit Lesen und Schreiben versuchen geistig zu fordern, um nicht »abzustumpfen« (Z. 45). Dafür mangelt es aber häufig an Motivation. Über die selbstgestalteten Aktivitäten fehlt es dem Alltag an Möglichkeiten, so dass es schwierig wird, Motivation zu entwickeln. Motivation braucht Orientierung und mit den gewöhnlichen Anforderungen, die er nur gegen die Depressionen einsetzt, wird er kaum Möglichkeiten haben, sich zu fordern. Regelmäßigen Besuch (wahrscheinlich den einzigen, neben Berufsbetreuern von der Nachsorge) erhält David von seiner Mutter (Z. 260–261). Vom Jobcenter würde er sich nicht ausreichend unterstützt fühlen (Z. 1149). So über-

legt er bereits, sich krankschreiben zu lassen, weil ihm einfach die Konzentration für eine längere Arbeit fehlt (Z. 1162). Da beißt sich aber die Katze in den Schwanz. Ohne alltägliche Forderung wird David noch weiter versinken, was die Depressionen nicht besser machen wird. Das Feststecken bilanziert er für sich am Ende nochmal.

» [...] die letzten zwei Wochen kamen die Depris wieder richtig stark und ähm ja das ist halt ähm es ist halt echt ein bisschen Kacke. Weil sonst könnte ich dir vielleicht ein bisschen positiver berichten. Aber ähm dann ist es wieder so das alte Dilemma, bei dem man irgendwie ist // mmh // so man denkt, man macht Fortschritte so was das eigene Wohlbefinden irgendwie angeht. Und dann bist du halt wieder / dann bist du wieder bei Punkt Null so. Die Depris sind wieder voll da so du wartest wieder auf den nächsten Tag, der etwas besser wird und so und / und fragst dich, was du irgendwie machen kannst und uargh und es zieht einen so hart runter.« (Z. 1509–1516)

David macht deutlich, wie schwer es werden kann, die Depressionen zu überwinden, wenn der Alltag keine geeigneten Mittel bieten kann. Es fällt ihm zum einen schwer, seine Handlungspläne in die Tat umzusetzen. Zum anderen aber werden diese für ihn sinnlos, weil er keinen Orientierungspunkt findet. Jeder Tag versandet, weil es an neuen Möglichkeiten zur Umsetzung hapert. Das regelmäßige Training gewinnt an Bedeutung, weil er sich und anderen wenigstens eine Stunde am Tag beweisen kann, dass er sich motivieren und überwinden kann.

5.2.2.5 Masterabschluss oder Wohnheim: Dennis

In einer ähnlichen Situation wie Ricardo und David befindet sich Dennis, der aber durch sein Studium und seine Nebenjobs seine Struktur selbst steuern kann. Doch durch die Antriebslosigkeit und die Schwere würden manche Tage einfach nur »versanden« (Z. 5). Vor der Psychose seien viele Aktivitäten von »alleine gekommen« (Z. 12) und »Einfälle« (Z. 9) hätten sich so ergeben. Vor seiner ersten Psychose sei er ein ganz anderer Mensch gewesen. Er sei sehr sportlich und durchtrainiert gewesen, hat viel Energie gehabt und konnte ohne Schwierigkeiten allen Vorstellungen nachgehen. Manchmal hat er das Gefühl »wiederhergestellt« zu sein und würde dann unmittelbar wieder vermehrt körperlich aktiv werden (Z. 1429–1433), um an alte Leistungen anschließen zu können. Diese Phasen seien dann aber nur vorübergehend. Das Ringen sei für ihn sehr bedeutungsvoll gewesen. Er hat dauernd und intensiv trainiert. Im Kern der Erzählung geht es Dennis darum zu überlegen, wie er wieder zu mehr Energie und Lebenslust kommen könne, so dass ihm der Alltag leichter fallen würde.

Um aktiv zu werden, würden ihm zeitlich terminierte Verpflichtungen helfen (Z. 21–22), ansonsten würde er von allein kaum Motivation entwickeln können. Obwohl er zu Beginn des Interviews etwas ausweichender darüber spricht, wird irgendwann

deutlich, dass Dennis den Grund für seine Misere in den quälenden Nebenwirkungen des Olanzapin vermutet. In einem Selbstversuch konnte er feststellen, dass durch eine niedrige Dosis Risperdal irgendwann die »Energie« (Z. 44) zurückkommt. Zwar sei er dann auf der Schwelle zur Psychose oder würde gar psychotisch werden (Z. 46), dennoch würde er einen Zustand, in dem er leicht psychotisch sei, aber wieder mehr »Energie, Lebenslust und mehr Freude am Leben« (Z. 1197) und »Lebendigkeit« ('Z. 1381) hätte, dem des medikamentös regulierten vorziehen.

»Also ich ähm habe eher das Gefühl, dass ähm mich dies Medikament jetzt da hält, wo mich die ähm Minussymptomatik der Erkrankung irgendwie hinbringt. Also das hält mich in einem Zustand, aber es macht den Zustand nicht // mmh // und ähm, wenn ich das Medikament jetzt nicht mehr nehmen würde, dann würde ich ähm auf einmal wieder mehr Energie kriegen. Aber ähm es würden auch wieder ein psychotisches Element dazu kommen. Aber / also das hält mich halt in diesem Zustand, in diesem Zustand in / in dem ich eigentlich gar nicht sein will ähm, wo ich ähm hinkam / wo ich Dinge schwierig finde, und teilweise war das ja nach der zweiten Psychose schlimm, dass sich selbst / also kann man sich nicht vorstellen / also anziehen kann schwer sein [...].« (Z. 356–364)

Die Schwere blockiert ihn in der Ausführung seiner alltäglichen Tätigkeiten. Die Leistungsfähigkeit würde sich jeden Tag stark unterscheiden und kein Tag sei planbar. So macht Dennis immer wieder seine Zweifel an seinen »Alltagskompetenzen« (Z. 714) und seiner aktuellen (Z. 626–627) sowie möglichen Leistungsfähigkeit in einem späteren Job (Z. 703–705) deutlich. Er beteuert, dass sich seine Situation seit der dritten Psychose verbessert hat. Nach der zweiten Psychose hatte er für neun Monate kaum Energie und konnte nur im Bett liegen (Z. 370–379). Andauernde »Zwangsgedanken« hätten Dennis daran gehindert, die Wohnung verlassen zu können. (Z. 370). Jede Handlung musste er immer wieder durchdenken und konnte dies nicht abstellen (Z. 363–364). Generell seien ihm Handlungen schwergefallen, weil das »Gehirn nicht so funktioniert, wie es funktionieren soll« (Z. 365). Dennis hat sich gefühlt, als wenn er auf »Glatteis« (Z. 374) laufen würde. Im Gegensatz zu den Phasen der Schwere und »Geschmacklosigkeit des Lebens« (Z. 507), würde die Psychose eine reizvolle Alternative darstellen. Diese verspricht Energie, macht die Welt um Dennis interessanter und weckt seine Lebensfreude. Allerdings könnte er dies nicht mit seiner aktuellen Lebensplanung in Einklang bringen. Durch eine erneute Psychose sieht er seine Selbstversorgung gefährdet und hätte Sorge, in eine für ihn bedrohliche Situation zu kommen (Z. 970–982). Jede Psychose hat einen »faden Beigeschmack« und man könne tiefer »abrutschen« (Z. 723) als erwartet und das mache die Einschätzung so schwer. Er denkt aber laut darüber nach, eine erneute Psychose bei entsprechender finanzieller und materieller Absicherung ohne Medikamente zu durchleben (Z. 922–927). Hier sieht er eine Möglichkeit, sich aus seiner Situation zu lösen. Aktuell sei dies aber wegen seiner Eltern nicht realisierbar. Diese würde von ihm erwarten, die Medikamente zu nehmen, da sie sonst sein Studium nicht mehr finanzieren würden (Z. 1201–1204).

»Vielleicht ähm wär / wäre es ja auch ähm besonders mies, die vierte Psychose? Ich kann ja nicht / ich kann ja nicht garantieren, wie die wird. Wenn / wenn die so seicht werden würde und dass ich einfach mehr / mehr Energie hätte und ähm ja sonst sich nicht viel ändern würde, außer dass ich alles irgendwie bedeutungsvoll finden würde und alles irgendwie tieferen Zusammenhang hätte und so dann würde ich sagen: Ja gerne, so ein bisschen / bisschen religiösen Wahn oder so was bisschen / bisschen religiösen Wahn und dafür richtig viel Energie.« (Z. 1024– 1030)

Dennis befindet sich in einer Situation, in der die Vorstellung einer anderen Perspektive schwierig scheint. Eine erneute Psychose könnte seine Lebenssituation verbessern, aber zu groß ist die Gefahr, dass die Psychose ins Gegenteil kippen könnte. Oft denkt er darüber nach, dass er ein psychotisches Zwischenstadium begrüßen würde, das sich am »Rande zum Wahnsinn« (Z. 339) befindet und all die guten Anteile einer Psychose mitbringen würde. Er resümiert für sich, dass eine Psychose letzten Endes intensive Angst, Leidensdruck und Überforderung auslösen kann und wegen der ganzen Schäden, die sie hinterlässt, »nicht empfehlenswert« sei (Z. 1329).

» [...] und ähm Ängste, ähm vor ähm vor irgendetwas zu haben, was in deinen Körper eindringt / ich hatte, so Körperhalluzinationen und so, dass ich irgendwie besessen wäre und so. Also da, wo Ängste sehr irrational sind. Ich finde, das ist / hat auch einen Krankheitswert. Das war bei mir immer so. Und ähm gleichzeitig kann ich aber sagen, dass ich bin in den Psychosen halt, aber auch lebendiger war.« (S. 1353–1356)

Dennis versucht an einigen Punkten pragmatisch gegenzusteuern. Er setzt seinen Arbeitgeber in Kenntnis, sodass dieser im Falle einer Krise entsprechend reagieren kann (Z. 530). Er plant sportliche Aktivitäten mit anderen, um sich in Bewegung zu halten (Z. 1285). Trotz allem gelingt es ihm, sein Studium zu bewältigen, obwohl er sich ständig über den nächsten Tag Gedanken machen müsste und sich fragt, wie seine Leistungsfähigkeit am kommenden Tag wohl sein könnte (Z. 626–627). Seine Termine, die ihm helfen würden, einem geregelten Alltag nachzukommen, steht er ambivalent gegenüber, da er nicht weiß, ob ihn das letztlich überfordert (Z. 697–700). Zur zusätzlichen Verunsicherung trägt sicherlich der Gedanke bei, dass ihn übermäßige Anstrengung und viele Gedanken über die Uni (Z. 792) überhaupt erst »verrückt gemacht« hätten (Z. 793). Deswegen sei ein Arbeitgeber ideal, bei dem er »ohne Zensur« (Z. 823) über seine Erkrankung sprechen könnte, damit er von den Erwartungen nicht wieder überfordert wird.

Am Beispiel Dennis wird deutlich, wie sehr fehlende Energie, fehlendes Interesse und Kompetenzentwicklung sowie Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit zusammenhängen. Auch wenn Dennis unbedingt möchte, hindern ihn die Medikamente, auf die er angewiesen bleibt, und die Depressionen, seinen Idealvorstellungen nachzukommen. Das macht es für Dennis so zermürbend, weil er erkennen muss, dass seine Handlungspläne

schwer zu realisieren sind. Jeder Schritt ist schwer und schmerzhaft und wird von dem Gedanken begleitet, dass es doch anders leichter sein kann. Der Gedanke wird aber unterbunden, da sich das Bewusstsein von Abhängigkeit und Gesellschaftsfähigkeit aufdrängt.

5.2.2.6 Leben in Extremen: Vanessa

Vanessa lebt einen Alltag mit eigenwilliger Struktur, der sehr an die von David erinnert. Sie geht seit längerem keiner geregelten Tätigkeit nach und versucht deswegen, den Alltag auf ihre Art und Weise zu gestalten. Im Gegensatz zu David stellt sie ihre Antriebsschwierigkeiten nicht in den Vordergrund der Erzählung. Vielmehr resümiert sie, warum ein geregelter Alltag für sie momentan nicht erstrebenswert ist. Vanessa eröffnet das Interview mit dem Hinweis: »Momentan ist mein Alltag ziemlich frei« (Z. 9). Im weiteren Verlauf zeigt Vanessa, dass sie sich viele Jahre »ziemlich diszipliniert« und sich »viel abverlangt« (Z. 53–54) hätte, was für das »Alter unnormal« gewesen sei (Z. 62). Den Alltag erlebt sie als »frei«, weil sie diesen von der Struktur und der starken Belastung befreien konnte. Nun hat sie keine Motivation und kein Interesse, sich irgendwie aufzuopfern, weil ihr Lebensstil ihr so viel Energie und Qualität geraubt hat.

»Sag ich jetzt mal so, dass ich da sehr diszipliniert war. Und da hab ich einfach gar keinen Bock mehr drauf, weil das war nicht lebenswert in meinen Augen rückblickend betrachtet so viel Disziplin zu haben und / klar könnte man jetzt sagen ich sollte ein schlechtes Gewissen haben, dass ich jetzt sage ich mal / man könnte auch sagen ich kriege den Arsch nicht hoch oder dass ich vom Staat jetzt sozusagen lebe.« (Z. 62–66)

Das »Leistungspensum« (Z. 697), welches sie früher an den Tag gelegt hat, wird zur Entschuldigung für ihre jetzige Lebenssituation. Vanessa hat sich sehr für die Schule angestrengt und sich bei schlechten Noten selbst bestraft (Z. 55–56), sie hat sehr auf ein körperliches Ideal geachtet (Z. 52) und sich beim Essen stark reglementiert (Z. 50; Z. 92). Retrospektiv bezeichnet sie ihre Ernährungsweise als »Essstörungssache« (Z. 51) und würde ihre Ernährung gegenwärtig als »störungsbehaftet« ansehen (Z. 152). Essen wäre für sie ein gutes Mittel der »wunderbaren Selbstdisziplinierung« (Z. 123), was sich durch verschiedene und wechselnde Phasen besonderer Ernährung verdeutlicht (Z. 191). Als Kind sei Vanessa sehr »empfindlich für bestimmte Leistungssachen gewesen« (Z. 97), die ihr auch »Lebensfreude« (Z. 98) genommen hätten. Deswegen will sie aktuell »mit Leistung nichts mehr zu tun haben« (Z. 99). Wie die Beispiele Essverhalten oder übertriebene Körperhygiene (Z. 158) zeigen, kommen Elemente der Selbstdisziplinierung, die »ich mir selber auferlege« (Z. 171), immer mal wieder durch. Für den Alltag werden sie dann zur Belastung. Sie hat die Erfahrung gemacht, durch die

Disziplinierung, »die Gefühle ab einem leichten Maße tot zulegen« (Z. 136). Womöglich wird sie diese Gefühle noch immer aushalten müssen, was zu einer Verlagerung der Strategie führt und Vanessa, laut eigenen Angaben, zum exzessiven Cannabis- und Amphetaminkonsum treibt (Z. 310–311). Besonders die Amphetamine seien in ihrer »Logik und Disziplin« (313) hilfreich, um dem »Abwärtstrend« (Z. 312) – gemeint ist ihre Antriebsschwäche – entgegenzuwirken. Zwar würde sie sich als »Disziplinübung« (Z.321) auferlegen erst Cannabis zu konsumieren, wenn sie einige Aufgaben am Tag erledigt hat, doch funktioniert dies nicht immer und sie würde dann trotzdem Amphetamine konsumieren (Z. 320). Nach dem Aufstehen konsumiert sie neben ihren Antidepressiva Amphetamine, um ihre Antriebsschwäche zu überwinden (Z. 329). Momentan möchte sich Vanessa nach und nach auf ihren Umzug vorbereiten und jeden Tag eine Aufgabe schaffen (Z. 331–332).

» [...] meistens nehme ich mir zu viel vor. Schaffe dann nicht alles, bin dann schon wieder so ein bisschen so: Naja, jetzt hast du doch wieder den Schrank nicht komplett geschafft oder nur drei @Aquarien@ // mmh // gemacht oder so. Und / ja, also ich bin im Moment auf jeden Fall ziemlich unzufrieden am Ende des Tages und rauch mir dann enttäuscht meinen Joint dahinter einander dann abends und ja. Also es ist nicht sehr befriedigend, so mein Alltag. Meine Tagesstruktur muss ich ganz ehrlich sagen.« (Z. 334–339)

Gegenwärtig ist Vanessa mit ihrem Alltag unzufrieden und darüber hinaus ist sie pessimistisch, ob sie jemals berufstätig sein könne, da sie »weder die Muße noch die Motivation« (Z. 345–346) dazu hätte. Bereits kleinere Anforderungen würden Vanessa so überfordern und das Scheitern macht sie noch unzufriedener. Das disziplinierte Leben als Jugendliche war das Extrem von dem, was sie gegenwärtig erlebt. Vanessa war motiviert, zielstrebig und überzeugt, ihre Perspektiven umzusetzen. Damit hat sie jetzt weitgehend abgeschlossen und plant nur für die »nächsten Wochen und Monate«, weil viele Versuche etwas zu verändern, seit der Psychose, »nach hinten losgegangen sind« (Z. 1622). Deswegen versucht sie jeden Tag »einfach so zu nehmen« (Z. 11). Da sie nie sicher weiß, wie ihre »Stimmung und die Schwierigkeiten« (Z. 11–12) sein werden, »lebe ich in den Tag hinein« (Z. 13). Schon das Aufstehen würde ihr, Probleme bereiten (Z. 15). Durch die Hunde, die Vanessa sich zugelegt hat, würde ihr das Aufstehen besser gelingen, weil sie gegenüber den Hunden ein großes Verantwortungsgefühl hat (Z. 19). Nach der Hunderunde würde dann der Tag so richtig beginnen. Dann überlegt sie, was so anfällt und versucht, kleinere Tätigkeiten zu erledigen (Z. 28). Wegen des anstehenden Umzugs formuliert Vanessa: »Bin ich eigentlich meistens überfordert« (Z. 25).

Sie würde gegenwärtig etwas Gutes darin sehen, »die Situation eigentlich vielleicht ein bisschen zu gut annehmen zu können« (Z. 39), da ihr eine geregelte Tagesstruktur »in keiner Weise etwas gebracht hat« (Z. 36–37). Vanessa erklärt, dass sie für sich akzeptiert hätte, dass mehr momentan nicht möglich ist. Dafür wolle »sie sich vor sich selber nicht mehr rechtfertigen« (Z. 41–42), womit sie wohl ihre Unzufriedenheit relativieren möchte. Lange sei sie einem Ideal nachgeeifert, was sie unter Druck gesetzt

hätte. Dies hat sie nun für sich erkannt und möchte sich davon distanzieren, was durch ihre Begründung aber so wirkt, als würde sie der Konflikt weiterhin belasten, da sie Handlungen, auch wenn sie denn wollte, nicht mehr so einfach wie früher durchführen kann. Schon kleinere Handlungserwartungen würden bei ihr eine Disziplin erfordern, die sie früher spielerisch für ganz andere Erwartungen aufgewendet hat. Deswegen »verabscheue ich Disziplin schon fast« (Z. 169–170) und die Anstrengungen werden »immer mit etwas Negativem verbunden« (Z. 170). Vanessa bezieht sich in ihrem Beispiel konkret auf Situationen, die eher an Zwangsrituale erinnern. Anhand ihres Vergleichs mit der Vergangenheit wird deutlich, dass Anforderungen diszipliniert erledigen zu können gleichgesetzt wird, mit Zwängen diszipliniert nachgehen zu müssen. »Zwang und Disziplin liegen sehr nah beieinander« (Z. 174), weil sie für Vanessa keinen Unterschied machen. Die Handlungen folgen nicht der Erreichung eines Ziels, sondern ihre alleinige Ausführung bleibt das Ziel.

Die Erwartungen der äußeren Welt werden mit dem Erleben der inneren Welt inkongruent. Durch ihre selbstgewählte Isolation erzeugt Vanessa künstliche Kongruenz, die nur so lange gültig ist, wie sie in der »Wirkzone des unmittelbaren Handelns« (Schütz & Luckmann, 1988, S. 71) bleiben kann. Vanessa ist als Jugendliche diszipliniert, um sich nach außen als »perfekte Tochter« (Z. 353–354) und als »Musterschülerin« (Z. 584) zu präsentieren, innerlich zeigen sich dann inkongruente Gefühle und Absichten. Dies ist genauso unerschöpflich wie eine Handlung aus Zwang auszuführen. Beide finden kein Ende, weil sie ihr Ziel nicht erreichen und enden in der Erschöpfung, weil die »unmittelbaren Resultate« einer Handlung (Schütz & Luckmann, 1988, S. 71) nicht erreicht werden können.

»Also so ein Mittelweg halt // mmh // ich kenne eigentlich immer von mir nur Schwarz oder Weiß. Also Grautöne sind ganz selten. Und ich versuche, hier zu den letzten Jahren mal so zuzulassen und mir die beizubringen, aber es gar nicht so leicht@ wie mit dem Nutella. Also da kommen manchmal solche Sachen durch und ja hab keinerlei Kontrolle darüber.« (Z. 287–291)

Die mit den Handlungsanstrengungen verbundene Frustration wird dann mit jedem Versuch verbunden, Anforderungen eigeninitiativ und aus eigenem Antrieb heraus gerecht zu werden. Die Alltagsstrukturen orientieren sich nicht ohne Grund an den Hunden, den acht Aquarien mit 495 Liter Volumen (Z. 1350) und den vielen Pflanzen. Die Überwindung fällt Vanessa leichter, weil die tägliche Routine keine Veränderung herbeiführt und damit weniger Anstrengung verursacht. Die Routine verstetigt die Handlungen ohne viel Anstrengung abzuverlangen und der Drogenkonsum erstickt alle Ambitionen zur Veränderung im Keim. Die Hunde, Fische und Pflanzen oder der für die Zukunft geplante Papagei (Z. 1258) sind jeden Tag gleich, was für Vanessa eine zufriedenstellende Ausgangsposition ist (Z. 1315). Eine ähnliche Situation zeigt sich im Zusammensein mit ihrem Freund, der 31 Jahre älter ist als sie. Sie verbringen gemeinsam viel Zeit, in der sie gemeinsam viel Drogen konsumieren (Z. 306). Der

Drogenkonsum und die Abhängigkeit versprechen Stillstand. Jeder Tag ist so wie der nächste. Mit dem älteren Freund, der zudem arbeitslos und auch immer zuhause ist (Z. 1378), wird die Hoffnung verbunden, dass dieser bleibt und keine Ambitionen entwickelt, die ein Mensch in ihrem Alter anstellen würde (siehe 5.2.8.). Auf die mangelnde Veränderungsbereitschaft setzt Vanessa.

Vanessa hat schon früh in ihrem Leben verschiedene Antidepressiva, Antipsychotika, Phasenprohylaxe und Schlafmittel nehmen müssen (Z. 726–734). Die Einnahme von Lithium hat sie zwar insgesamt »leistungsfähiger« (Z. 756) gemacht und sie konnte dadurch eine Ausbildung anfangen. Das Leben mit Lithium hat sie aber nicht als »lebenswert« (Z. 759) empfunden, da sie »kein Freudeempfinden« (Z. 761) und ein »ganz komisches Ich-Gefühl« (Z. 761–762) hatte. Daraufhin hat sie sich entschlossen, das Lithium auszuschleichen und dadurch »vier bis fünf Psychosen« (Z. 766) gehabt.

»Aber mir war auch klar, dass das, wenn man einmal Lithium hatte, dass das bestimmt / ich habe mir fünf Jahre gegeben. Und wenn ich in den fünf Jahren / also, wenn ich die fünf Jahre überlebe trotz der ganzen Psychosen und ähm ich dann immer noch sagt nach fünf Jahren: Gut, ich kriege es nicht anders sind, dann hätte ich mich wieder dazu bereit erklärt, Lithium wieder zunehmen und leistungsfähiger zu sein.« (Z. 771–775)

Zum Zeitpunkt des Interviews hatte Vanessa »seit zwei Jahren keine Psychose mehr« (Z. 771). Für ihr »Sicherheitsgefühl« würde sie weiterhin Abilify (Z. 770) und Venlafaxin (Z. 786) einnehmen. Durch das Abilify sei sie weitgehend »symptomfrei« (Z. 1064). Ihren Freund hat sie vorgewarnt, als sie das Lithium abgesetzt hat:

»Das wird nicht einfach: Hör mal, ich werde versuchen / ich werde vielleicht dein Leben zerstören, @so oder so [...]« (Z. 1475–1476).

Obwohl es vielen Menschen »nicht zuzumuten« (Z. 1480) ist, hat ihr Freund sie unterstützt und ist auch in schwierigen Phasen mitgegangen. Vanessa ist »dankbar, dass er auf mich aufgepasst hat« (Z. 1404–1405), da dies nicht selbstverständlich gewesen sei. Nun müssten sie sich aber vor allem »aufeinander einspielen« (Z. 1380) und darauf achten, nicht zu viel Zeit miteinander zu verbringen. Erst seit kurzem sei der Freund nicht mehr auf Montage und dafür immer zuhause (Z. 1382).

Vanessa durchlebt einen Alltag, der in ihrer Darstellung teilweise sehr extrem ist. Es wirkt, als würden ihr Aktivitäten oder Anforderungen auf einem adäquaten Niveau schwerfallen und sie würde sich in vieles »reinsteigern« (Z. 1322). Durch exzessive und zeitintensive Handlungen gelingt es Vanessa, ihren Alltag Anforderungen so auszugestalten, dass wenig Freiraum vorhanden ist. Einen konstruktiven Alltag lehnt Vanessa ab, weil es ihr schwerfällt, darin kein Bedrohungsszenario zu erkennen. Sie sieht keinen Mehrwert für sich darin, weil ihre Handlungsintentionen dem Prinzip gefolgt sind, anderen zu gefallen und nicht, um sich selbst entwickeln zu können. Diese

Erkenntnis reift in Vanessa, deswegen gibt sie sich trotzig, sich für ihren freien Alltag nicht rechtfertigen zu müssen.

5.2.2.7 Alltag und andere Katastrophen: Julia

Julias Alltagsbeschreibungen zeichnen sich nicht durch zu wenige Strukturen oder Anforderungen, sondern durch zu viel Struktur und Anforderungen aus, die sie reduzieren möchte. So beschreibt sie zu Beginn »die normale Routine« (Z. 24) einer Familie mit zwei Kindern, nimmt dann aber Bezug auf die Veränderungen ihres Alltags, die sich seit der ersten Psychose einstellen. Nach ihrer ersten Psychoseerfahrung, die zum Zeitpunkt des Interviews etwa sieben Monate zurückliegt, versucht Julia, die den Tag über allein zuhause verbringt (Z. 25–26), nun mehr auf sich zu achten, indem sie sich mehr Pausen im Alltag nimmt und sich mehr Zeit für sich gönnt.

»Ich hab erst nach meiner Erkrankung angefangen, mir Zeit zu nehmen und mich auszuruhen. Einfach irgendwas Blödes auf dem Tablet zu spielen, Fernsehen zu gucken oder einfach ein Nickerchen machen. Das hab ich früher nicht gemacht, das war immer / ich hab immer irgendwas gemacht // mmh // ständig.« (Z. 171–175)

Julia arbeitet als »Softwareentwicklerin« (Z. 425) bei einem »Internet- und Telefon-provider« (Z. 424). Vor ihrer Psychoseerfahrung hat sie dort in einer Drei-Tage-Woche gearbeitet (Z. 431) und befindet sich seit Mitte Juli 2020 in der »Wiedereingliederung« (Z. 850). Laut Julias Einschätzung hat eine zunehmende Verdichtung der Alltagsanforderungen zu ihrer Psychoseerfahrung geführt (Z. 455). Wegen der Coronakontaktbeschränkungen im April 2020 konnten ihre Kinder, die zum Zeitpunkt des Interviews vier und sechs Jahre alt waren, nicht mehr in den Kindergarten gehen (Z. 441–442). Da Julia im Home-Office war und ihr Mann täglich weiter seinen Arbeitsplatz aufsuchen musste, musste sie sich zu dem Zeitpunkt vermehrt allein um die Kinder kümmern (Z. 792–793). Diese Zeit bezeichnet sie als »Katastrophe« (Z. 442). Da sich ihre Kinder zuhause »gelangweilt« (Z. 597) hätten, sei es »ausgeartet« (Z. 48) und es sei deswegen zur Überforderung gekommen. Sie unterstreicht die Katastrophenmetapher mit dem Hinweis: »Das hat hier ausgesehen, wie / also wie eine Bombe / wie eine Bombe eingeschlagen wär« (Z. 598–599). Einen weiteren »Auslöser« (Z. 455) – Julia bleibt in einer Katastropheninszenierung – sieht sie im Umzug der Oma im gleichen Zeitraum. Hier hat sie viele Formalitäten übernommen und vieles organisieren müssen (Z. 458). Sie resümiert, dass sie nicht wirklich »zur Ruhe gekommen ist« (Z. 171), hat sich körperlich und optisch vernachlässigt und auf viel verzichtet (Z. 161–164). Der Tag drehte sich in der Regel nur um die Versorgung der Kinder, sodass Julia für Treffen mit Freunden keine Zeit mehr hatte (Z. 185–186) und sie auch keinen Hobbys mehr nachgegangen ist (Z.

196). Mittlerweile geht sie aber regelmäßig Reiten, was sie schon länger geplant hatte, aber wegen der Kinder nicht in die Tat umsetzen konnte (Z. 202–204). Den Zeitraum, den sie allein zuhause ist, nutzt sie dann, um sich auszuruhen, da sie »extrem schwere Depressionen« zu bewältigen hat (Z. 843). Deswegen war es ihr wichtig, Verpflichtungen abzubauen, da sie »gelernt hat, mehr auf sich aufzupassen« (Z. 856–857). Für eine weitere Psychose sehe sie sich gut vorbereitet, denn sie wisse, wie sie handeln muss.

»Ähnm (...) ich halte das für sehr unwahrscheinlich. Natürlich ist (unv.) / ja Angst würde ich das nicht NENNEN. Mir ist bewusst, dass ich das bekommen KÖNNTE und dass ich drauf achten muss und so weiter. Und (...) ja, ich hab deswegen keine Angst, weil ich jetzt denke, ich bin wahrscheinlich drauf vorbereitet // mmh // also ääh mein Mann ist sensibilisiert, meine Eltern sind sensibilisiert.« (Z. 955–958)

Im »Unterschied« zu der Zeit vor der Psychose (Z. 980) sei sie nun viel »aufmerksamer« (Z. 982) und »quasi immer auf der Hut« (Z. 983) vor den Sachen, die sie wahrnimmt. Sie möchte »stressige Situationen vermeiden« (Z. 997). Es sei ihr wichtig »mehr auf den Körper und das Hirn zu hören« (Z. 999–1000) und der »Gesundheit eine viel größere Rolle« (Z. 1002) zu geben. Julia beschreibt ihr Präventionsprogramm mit verschiedenen Schlagworten, die sie auch auf Nachfrage kaum konkretisieren kann. Vielmehr wird hieran die Schwierigkeit deutlich, dass sich Alltagsbelastungen individuell auswirken. Die von Julia eingesetzten Schlagworte sind die in der psychiatrischen Behandlung eingesetzten Abstraktionen psychischer Gesundheit, die erst in ihrer Reflexion auf die eigentlich problembehaftete Situation aufmerksam machen können. Zu Beginn der Erkrankung ist es für Julia nicht ungewöhnlich auf einige Standardempfehlungen zurückzugreifen. Eine solche Situation erkennt sie für sich im Lesen von Nachrichten zum Beispiel über die Entwicklungen und Auswirkungen von Corona. Zu viele Gedanken darüber würden dazu führen, dass es ihr schlechter ginge (Z. 1102). Zu einer ähnlichen Einschätzung kommt sie über ihre Freizeitgestaltung.

» [...] ich finde das eigentlich schade, dass ich keine Hobbys hab, weil dadurch / meine Arbeit kompensiert ein bisschen ääh die Tatsache, dass ich keine Hobbys habe // mmh // weil ich mach gerne, ich programmiere gerne. Ja. (...) Dann kann man sagen, Programmieren ist mein Hobby und das ist das, was ich für die Arbeit mache.« (Z. 1105–1108)

Da sie nun darauf achte weniger zu arbeiten als sie müsste (Z. 1124), und sich mehr Zeit für sich zu nehmen, ergibt sich nun eine völlig neue Situation für Julia. Vor der Psychoseerfahrung hätte sie kaum Zeit für sich gehabt und nun habe sie viel Spielraum, den sie erst noch lernen muss, sinnvoll zu füllen.

»Das ist / das ist neu für mich. Ich hatte vor der Krankheit nie Zeit einfach nichts zu machen // mmh // also nichts Gravierendes zu machen. Einfach mal ein bisschen vor dem Fernseher rumzugammeln. Das hatte ich früher nicht.« (Z. 1139–1141)

Schwierig wird es vor allem, weil sie sich nun stark depressiv fühlt und sie deswegen mehr Zeit benötigt, sich zu erholen. Die Depression wiege so schwer, dass sie mehr vor dieser Sorge hätte als vor der Psychose (Z. 1185). Das »Risiko für Depressionen« (Z. 1188) schätzt sie höher ein als das Risiko einer Psychose, da sie gegen die Depression nicht »präventiv« (Z. 1187) handeln könnte. Es macht ihr Sorgen, dass die Depressionen Auswirkungen auf die Beziehungen zu ihren Kindern haben (Z. 1163–1167), da es ihr schwerfällt, an bestimmten Aktivitäten teilzunehmen oder sie schlicht keine Kraft hat auf die Bedürfnisse ihrer Kinder adäquat zu reagieren (siehe 6.2.8.). Ihr sei immer wieder aufgefallen, dass sie »zitterig« und »beunruhigt« (Z. 1196) sei. Aktuell sei dies rückläufig (Z. 1207). Nicht von der Hand zu weisen ist eine gewisse Sorge, die Anforderungen der Kinder und den Erwartungen an die Rolle als Mutter gerecht werden zu können. Auffällig ist ihre Formulierung, mit der sie ihr intensives Nachdenken charakterisiert.

»Ich war so beunruhigt und dann hat / hab ich das Gefühl, ich war einfach so beunruhigt, aber mein Gehirn hat versucht dafür die Gründe zu finden // mmh // und hat versucht mir dafür irgendwelche Gründe zu liefern aber jetzt ist Toi Toi Toi alles so normal und alles OK mit Familie mit mir und so weiter, dass Gehirn kein / keine Gründe // mmh // dafür mehr findet, ich aber trotzdem manchmal diese innere Unruhe so KÖRPERLICH // mmh // spüre. Das ist irgendwie eher sogar körperlich.« (Z. 1208–1213)

Julia versucht die Sorgen, die sie wegen ihrer Psychoseerfahrung und ihrer Familie hat, als sinnlose Überaktivität des Gehirns zu rationalisieren. Dabei übersieht sie aber womöglich Unsicherheiten und Selbstzweifel in Hinblick darauf, den Alltag meistern zu können. Mit der Rationalisierung versucht sie, die Selbstzweifel von sich fernzuhalten. Auch wenn es »alles normal und alles OK mit der Familie« und ihr ist, wird es ein langer und anstrengender Weg zur Normalisierung, der Julia vor große Hindernisse stellt, zumal sie von der Unsicherheit begleitet wird, ihre Veränderungen so durchhalten zu können.

5.2.3 Fazit: Psychoseerfahrung als Grundlage für Alltagsstrukturen und Handlungsrouninen

In der Rekonstruktion der Alltagsstrukturen wird deutlich, dass die Interviewten ihre Handlungsmöglichkeiten im Kontext der Erwartungen und Anforderungen des Alltags darstellen. Handlungspläne und -routinen sind entweder bis zu einem bestimmten Punkt entwickelt und werden an die veränderten Lebensbedingungen an-

gepasst. Oder die Interviewten versuchen Handlungspläne und -entwürfe auf einem bestimmten Niveau zu halten oder gar neu zu entwickeln. Entscheidend für die Dichte der Alltagsstrukturen ist das Eingebundensein in ein soziales Umfeld und dem Nutzen der Handlungen.

Ulla beschreibt regulative Handlungsstrategien, um weitere Psychosen verhindern zu können, da ihre Handlungsrouninen und -entwürfe in einem dicht strukturierten Alltag entstanden sind. Durch die Bemühungen um einen Status Quo entwirft sie neue Handlungsplanungen, um mögliche Auslöser für weitere Psychosen herum und übergibt ihrem Freundeskreis Verantwortung über die Regulation psychotischer Phasen.

Heinz ist es gelungen, seine Handlungsplanungen durch sein verändertes Leben in der Selbsthilfe und der neuen Ehe neu zu strukturieren. So kann er die Anforderungen seines ›neuen Leben‹ mitberücksichtigen und schafft sich eine für ihn passende Ausgangslage.

Ricardo hingegen hat Schwierigkeiten, seinen Alltag selbst zu strukturieren und kann sich mit den übernehmenden Hilfen nicht arrangieren. Dadurch sieht er seine Initiative gefährdet und fühlt sich in seiner Selbstwirksamkeit bedroht. Der fremdstrukturierte Alltag wird für ihn zur Belastung, da er den fremden Strukturen entweder nicht nachgehen will oder kann, da diese seine Initiative und damit die Entwicklung von Handlungsplänen aus einem für ihn sinnhaften Bezug heraus abwürgen.

David befindet sich in einer Situation, in der er sich nach dem Maßregelvollzug, der ohnehin Fremdstrukturen voraussetzt, und dem Lockdown, neue Handlungsorientierungen entwerfen muss. Dafür muss er in seiner neuen Lebenssituation erstmal Anforderungen finden, die für ihn Sinn machen können. In seiner momentanen Situation beschränken sich die Anforderungen auf seine unmittelbare Alltagswelt, die aufgrund der gegenwärtigen (inneren und äußeren) Bedingungen nur schwer erweitert werden kann, was eine unbestimmte Isolierung seines Sinnhorizontes zur Folge hat.

Für **Dennis**, der mit Studium und Nebenjob, geregelten Tätigkeiten nachgeht, wird jeder Tag zur neuen Herausforderung, da er nie sicher sein kann, was er am nächsten Tag schaffen könnte. Dadurch erschweren sich Handlungsrouninen und können nur schrittweise etabliert werden, werfen ihn im Falle eines Strukturverlusts (keine Seminare, kein Job) wieder zurück, da ihn der Druck motivieren würde, aktiv zu bleiben.

Vanessa beschreibt Handlungsentwürfe, deren Realisierung nach jeder weiteren Psychose unmöglicher wurde. In ihren Alltagsstrukturen haben sich deswegen nur rudimentäre Möglichkeiten der Selbstverwirklichung und Routine aufrechterhalten können. Ihre gegenwärtige Situation wird zur Trotzreaktion, da sich Anstrengung

für sie nicht lohnen würde und Handlungsplanungen nur noch ein ›Einrichten im Psychose-Alltag‹ sind.

Julias Psychoseerfahrung liegt erst ein paar Monate zurück, so muss sie sich erst mit den veränderten Handlungsfähigkeiten zurechtfinden und für sich passende Orientierungen finden, die eine Um- oder Neugestaltung ihrer Handlungsplanungen zur Folge haben können. Unter der Prämisse des Mutter-Sein und der Berufstätigkeit wird die Neu- oder Umorientierungen der Handlungsplanungen in Anbetracht der Depression eine schwer zu bewältigende Aufgabe.

Die Darstellung der Alltagsstrukturen verdeutlicht die Verbindung von Handlungsrouninen, den eigenen Fähigkeiten und den Anforderungen des Alltags. Neu- oder Umgestaltungen der Handlungen sind möglicherweise einfacher zu realisieren, als wenn die Erfahrenen aus einer Situation kommen, in der Handlungsintentionen sich nicht natürlich entwickeln können, sondern Handlungen durch Strukturierungen fremdbestimmt werden. Den regulären Anforderungen und Erwartungen des Alltags nachgehen zu können, beweist die Wirksamkeit der eigenen Handlungsfähigkeiten und -kompetenzen. Werden die Anforderungen und Erwartungen unterbrochen, werden die Möglichkeiten, die Wirksamkeit des eigenen Handlungsvermögens testen zu können, ausgebremst. Die Handlungen können sich immer seltener in sinnhaften Bezügen orientieren, die den Horizont der Alltagswelt erweitern. So reduziert sich die Alltagswelt auf einen überschaubaren Rahmen, durch den Zweifel am Selbstkonzept und der eigenen Selbstwirksamkeit laut werden, sobald Anforderungen über die Grenzen der Alltagswelt hinausgehen.

5.2.4 Erleben und Bedeutung der Psychose

In diesem Abschnitt möchte ich die Psychoseerfahrung als Ablauf von Handlungen sowie die Darstellung ihres Erlebens rekonstruieren. Dabei soll deutlich werden, wie sich Ereignisse unter dem Eindruck der Psychose abgespielt haben und welche Veränderungen in den Handlungsrouninen, der Wahrnehmung und der Entscheidungsfindung eingetreten sind (Straub, 1999, S. 40; S. 160). Dafür möchte ich die Darstellungen des Erlebens auf einer (hauptsächlich) deskriptiven Ebene rekonstruieren. Daraus soll erkennbar werden, mit welchen sprachlichen Mitteln und Begriffen die Interviewten ihr Erleben darstellen. Eine Einordnung des psychotischen Erlebens nehme ich in 5.2.8 vor. Für den Psychoseerfahrenen verändern sich die Bedeutungen in seiner Umwelt, was zu einer veränderten Sicht und Bearbeitung der Umwelt (und Sozialwelt) führen kann (Schlimme & Brückner, 2017, S. 24).

Innerhalb der (individuellen) Sinnbezüge stellen Handlungen ein »rationales Hand-

lungsmuster« dar (Schütze, 1981, S. 51). Dazu trägt die retrospektive Darstellung der Erfahrung bei, die in der Handlung der nachträglichen Bewertung sinnhaft gedeutet wird, indem sie auf ein »identisches wiedererkanntes Erfahrungsobjekt« (Schütze & Luckmann, 1988, S. 181) gebracht wird. Sinn entsteht auch, wenn die Erfahrung als sinnlos empfunden wird, weil jedes »Erfahrungsobjekt Übereinstimmungen im Erfahrungshorizont« (ebd., S. 186) aufweist. Unvertraute Erfahrungen werden im Vollzug von typischen »Bestimmungsmöglichkeiten« (ebd., S. 183) reflektiert und gewinnen so automatisch an Vertrautheit. Das Verstehen wird durch seine sprachliche Darstellung erzeugt, weil Handlung und Erleben im Sinnbezug rekonstruiert werden. Da sich in vielen Situationen das Erleben mit der Verarbeitung der geteilten Realität vermischt und es noch keine Erzählstruktur dafür geben kann, kann das Erinnern und die Artikulation der Psychoseerfahrung schwerfallen. Hinzu kommt, dass manche Momente nur bruchstückhaft, verschwommen oder gar nicht mehr erinnert werden können. Nicht auszuschließen ist, dass manche der Erfahrungen schambesetzt sind und das Reden darüber schwerfallen kann. Eine intensivere Ausführung dieser Überlegungen findet sich in 2.3.

5.2.4.1 Psychose An/Aus: Ulla

Ullas Darstellung über das Erleben in der Psychose ist weniger von Momenten bestimmt, die wie bei Julia oder David Interesse, Neugier oder Gefühle der Überhöhung wecken. Bei Ulla sind vielmehr unangenehme Gefühle der überforderten Wahrnehmung und Verfolgungsideen vorherrschend, was Ullas Psychose zu einer Erfahrung macht, die sich auf keinen Fall wiederholen darf. Auf Ulla sind sämtliche Eindrücke aus der Umwelt ungefiltert eingedrungen und das Stimmenhören hat zugenommen (Z. 397–399). Dies war mit einer unheimlichen Anstrengung verbunden.

»Es war alles gleich laut, es stürmte alles komplett einfach auf mich ein und diese ganzen Eindrücke ich war da / ich war einfach kaputt // mmh // das war so anstrengend alles irgendwie gleichzeitig zu hören samt den Stimmen, die da noch im Kopf äähm irgendwas kommentierten, äähm das war einfach zu viele Informationen auf einmal.« (Z. 400–404)

Durch das Stimmenerleben und dem Gefühl, verfolgt zu werden, konnte Ulla nicht zur Ruhe kommen. Zuhause hat sie sich nicht mehr sicher gefühlt und sei deswegen in die Klinik gegangen. Dort hat sie sich sicher gefühlt und sie konnte vor allem Schlaf nachholen (Z. 422–424). Ihre Erinnerungen an die Psychose seien für Ulla vor allem wegen der anhaltenden Bedeutungsüberschüsse und der vielen ungefilterten Informationen schwer zu rekonstruieren. Sie berichtet von »Blitzlichtern« (Z. 289) und von »Erinnerungen«, die sie nicht von ihrem »Wahn« (Z. 291) trennen könnte und sich

deswegen, nach all den Jahren, immer noch um »Realitätsabgleiche« (Z. 298) bemüht. Sie hat sich von ihren Freunden »verfolgt gefühlt« (Z. 294) und sei deswegen zu diesen auf »Abstand« (Z. 295) gegangen. Die »Stimmen in meinem Kopf« (Z. 299) verunsichern sie noch nach Jahren der ersten Psychoseerfahrung. Die Verunsicherung treibt Ulla weiter an, unbedingt die Wahrheit über die Geschehnisse herauszufinden. Aber die Wahrheit ist nur ein »Kompromiss« (Z. 794) aus der jeweiligen »subjektiven Welt« (Z. 789), welcher in ihrer »falschen Realität« (Z. 790) gar nicht mehr möglich war, zu vereinbaren. So verschwimmen die Eindrücke zu einem untrennbaren Gemisch aus innerer und äußerer Realität, was für Ulla ein Unsicherheitsbereich bleiben wird.

Ulla weiß, dass ihre Psychose mit einem »Gedankenkaroussel« (Z. 333), mit »emotionalen Stimmungsschwankungen« (Z. 333–334), »Angst und Panikattacken« (Z. 334), und einem »schnelleren Redefluss« (Z. 335) beginnt. Wenn sich dann noch das »Gefühl beobachtet zu werden« (Z. 336) einstellt und sie »abgekartete Spiele« (Z. 337) gegen sich vermuten würde, würde ihr Erleben auf der Schwelle zum Realitätsverlust stehen. Dann entwickelt sie selbst gegen ihre engsten Freunde Misstrauen, da sie den Eindruck gewinnt, diese »stecken unter einer Decke« (Z. 349). Die Psychose, so beschreibt Ulla weiter, ist nicht einfach plötzlich da, als wenn ein Schalter umgelegt werden würde. Vielmehr ist diese von dem oben geschilderten Erleben und »Momenten des Umschaltens« (Z. 384) begleitet. Dann würde ihr Erleben zwischen »klaren Momenten« (Z. 384) und wieder »im Wahn drin sein« (Z. 385) wechseln, wobei weniger von extremen Punkten die Rede sein kann, sondern eher von schleichenden Übergängen, bei dem der »Wahn« irgendwann das Fundament des gesunden Verstandes unterspült.

»Äähm ja ich hatte halt äähm Phasen da war ich KLAR und dann switchte das aber halt wieder rüber in / in / in den Wahn und äähm als dann / als der noch nicht so verfestigt war, hatte ich halt klare Momente und dann wieder eben nicht KLARE und in der Akutphase hatte ich gar keinen klaren Moment mehr. Das ist auch die Zeit, wo mir halt einfach ein paar Erinnerungen fehlen, wo ich äähm nicht weiß, was ich gesagt, getan und ääh gemacht habe. Da / da sind einfach Löcher.« (Z. 561–565)

Die »wahnhaften« Gedanken würden dann, wie ein Tumor, der alle gesunden Zellen befällt, in die gesunden Gedanken »eindringen« (Z. 576). Das sei dann ein kritischer Punkt für sie, weil dann nicht mehr »umschalten« könnte. Ulla vergleicht sich an dem kritischen Punkt mit den »Duracellhasen, weil ich wie aufgezogen bin« (Z. 507). Diese dauerhafte Anstrengung würde dann irgendwann zu einer »Erschöpfung« führen, nach der sie viel schlafen möchte. Die Angst und die Verfolgungsideen machen den Schlaf aber unmöglich, deswegen ist Ulla darauf angewiesen, in ein Krankenhaus zu gehen, weil sie sich da sicher fühlen würde (Z. 421). Nicht Schlafen zu können und dauerhaft auf der Hut sein zu müssen, verschlimmert die Situation, und nicht mal mehr die engsten Freunde oder das eigene Zuhause bringen ein Gefühl von Sicherheit. Für Ulla wird die Psychose tückisch, weil die Veränderung ihrer Wahrnehmung und das Gefühl verfolgt zu werden, ein »schleichender Prozess« (591–592) ist, in der sich misstrauische und

skeptische Gedanken nach und nach in ihrer Plausibilität verstärken. Dann können schon vermeintliche Banalitäten Ulla in den Wahnsinn treiben.

» [...] ich kam hier nach Hause und die / die Schranktür stand auf. Ich hatte die vergessen, wahrscheinlich, zu zumachen, aber ich kam nach Hause Schranktür stand auf, war dann erst das mulmige Gefühl und dann schlich sich so langsam ein, war hier jemand (...) hat hier jemand deine Wohnung durchsucht // mmh // guck, ob alles noch am Platz ist und bin dann hier durch die Wohnung und hab wirklich alle Ecken, alle Schränke auf, alles raus. Ist da irgendwo was, die Rauchmelder von der Decke a montiert, weil da Kameras drin waren in meiner / in meiner Vorstellung und dann irgendwann klärte sich das wieder, ne Quatsch (...) du spinnst doch total [...]« (Z. 595–601)

Wenn es ihr gelingt, zwischen den »wahnhaften« Vorstellungen einen klaren Gedanken zu fassen, ist Ulla unmittelbar bereit, sich in die Klinik einweisen zu lassen, wenn »es sich nicht wieder alleine legt« (Z. 579). Wie oben schon dargestellt, schafft Ulla es, sich in der Klinik zu beruhigen, weil dort die Angst abnehmen würde. Ulla, die erstmal »ohne irgendwelche Ansprüche« (Z. 509) schlafen möchte, erklärt, dass sie die »Anforderungen« in der anfänglichen Zeit des Klinikaufenthaltes »schwierig waren einzuhalten« (Z. 426). Wegen ihrer ungefilterten Wahrnehmung seien ihr Gruppenangebote oder das Aufeinandertreffen mit Mitpatienten sehr schwergefallen (Z. 489–490). Zu den Gruppentherapien musste sie sich »zwingen« (Z. 489), da die Anwesenheit verpflichtend (Z. 491) gewesen sei. Dabei »gingen die Gespräche der anderen sehr unter die Haut« (Z. 360). Über Kontakte zu anderen Personen hat sich Ulla, die sich lieber ausruhen und ihre Sinneseindrücke wieder in den Griff bekommen wollte, nur mäßig gefreut (Z. 385). Selbst das »Führen eines Gespräches« (Z. 386) war für sie zu anstrengend.

Ulla schildert ein Psychoseerleben, welches bedrohlich und beängstigend wirkt, zumal sie zu nahestehenden Personen aus Angst auf Abstand geht und so für sich bleiben muss. Daran wird nachvollziehbar, warum Isolation eine für sie naheliegende Wahl sein kann. Die Sinneseindrücke wieder regulieren zu können, ist mit großem Aufwand verbunden, der abseits einer psychiatrischen Klinik kaum zu bewerkstelligen ist, da sie sich durch Abstand und Isolation automatisch in eine gefährvolle Situation bringen kann. Die »Switchmomente« weisen darauf hin, dass die Psychose ein häufig schleichender Prozess ist, der, beeinflusst von emotionalem Erleben und äußeren Eindrücken, sich in die eine aber auch in die andere Richtung bewegen kann. Ulla macht deutlich, dass es durchaus geringen Handlungsspielraum gibt, einen konstruktiven Umgang in der Situation zu finden. Ihre beginnende (und die abklingende) Psychose (Schlimme & Brückner, 2017) entwickelt sich über Tage und ist nicht wie ein Schmerz im Knie, der über Nacht entstehen kann. Das hinterlässt zudem den Eindruck, dass beginnende psychotische Elemente häufiger präsent sein können als angenommen. Nur kann Ulla diese wieder selbst regulieren – ohne es vielleicht zu merken.

5.2.4.2 »Die Verlockung des Wahnsinns«³¹: Heinz

Heinz interpretiert seine Psychoseerfahrung mittels religiös-christlicher Glaubensvorstellungen. Diesen steht er inhaltlich und praktisch distanziert gegenüber, nutzt diese lediglich, um seine Eindrücke artikulieren zu können.

»Also ich will jetzt nicht sagen, dass der Teufel mich in Versuchung führt. Ich glaub nicht an son / son /so ne / so ne (...) Kraft / son Teufel oder so.« (Z. 286–287).

Sein Motiv ist es, die Erfahrung der Psychose mit religiösen Metaphern oder Gleichnissen zu vergleichen, um so die durch das Erleben geweckten Vorstellungen darstellbar zu machen. Für Heinz »ist die Krise wie eine Verlockung« (Z. 152). Diese Formulierung ist erstmal irritierend, weil die Frage aufkommt, wie eine Krise, die einen negativen Ausgang haben könnte, zur »Verlockung« werden kann.

Heinz beschreibt eine Erfahrung, die nicht länger zurück zu liegen scheint, da hier Erlebnisse einfließen, die sich um seinen Idealismus und um die Thematik Selbsthilfe drehen. »Irgendwas hat mich unstabil gemacht« (Z. 156–157). Genaue Gründe für eine drohende Psychose kann er nicht benennen und subsumiert diese unter »zu viel Rumjuckel« und »Rumgegeister« (Z. 158). Im weiteren Verlauf würde »irgendwann der Verstand kippen« und »man würde Sachen auf sich selber beziehen« (Z. 159–160). Klar ist für Heinz, dass »die Realität die Verlockungen auch hervorbringt« (Z. 161). So hat Heinz »die Möglichkeit gesehen, ziemlich einflussreich und mächtig zu werden« (Z. 162–163). Er hätte den Eindruck gewonnen, in »einem bestimmten Bereich« (Z. 168) einer Einrichtung für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen würden »überdurchschnittlich viele Menschen sterben« (Z. 170–171). Dies hat dazu geführt, dass er die »Staatsanwaltschaft eingeschaltet hat« (Z. 170). Diese »Überbewertung« (Z. 176) bezeichnet Heinz als »wachwerden« (Z. 175), was er später mit der christlichen Metapher des »Erweckungsgefühls« (Z. 346) verdeutlicht. Heinz wird durch die Erkenntnis aufgeweckt und versucht in der Überhöhung seines Selbstkonzeptes und seiner Handlungsfähigkeiten die Leben der anderen zu retten. Irgendwann hat Heinz dann gemerkt, dass seine Gedanken »nicht mehr stimmig« (Z. 166) seien und durch eine spontane Erhöhung seiner Medikamente sei dann »einen Tag später alles vorbei gewesen« (Z. 186). Fast beschämt räumt er ein, dass er die Situation nicht ohne sein Medikament »wieder in den Griff bekommen hätte« (Z. 189). Das Medikament (Risperdal) hätte zwar »viele Nebenwirkungen«, würde aber »meine Psyche stabil halten« (Z. 190). Für Heinz ist die »Psyche stabil«, wenn alle Gedanken und Emotionen fest beieinanderbleiben. Die Wirkung des Medikamentes wird zur »Glaubenssache« (Z. 198), weil die losen Gedanken, die keinen Zusammenhalt mehr bilden, durch den Glauben gekittet werden können (Langegger, 2019, S. 22). Überzeugt ist Heinz, der

31 Bei diesem von Heinz verwendeten Ausspruch handelt es sich um das gleichnamige Buch *Die Verlockung des Wahnsinns – Therapeutische Wege aus entrückten Welten* von Edward Podvoll.

viel Wert auf Naturmedizin und buddhistische Verfahren legt (Z. 201–203), von dem Medikament nicht, dennoch unterstützt der Glaube, die Zweifel zu überwinden.

Im Gegensatz zum Glauben als sanftem Weg der Überzeugung sieht Heinz den »Schock« (Z. 11) als Möglichkeit, die Gedanken wieder zusammen zu führen. Die Einnahme des Medikamentes »Ciatyl«³² (Z. 219) würde zu einem Schock führen, da die Menschen »nicht mehr die Möglichkeit haben ruhig auf dem Stuhl zu sitzen« (Z. 217–218) und das würde »ablenken von der ganzen Scheiße im Kopf« (Z. 219–220).

»Das ist ein sehr großer Leidensdruck, wenn man da diese Medikamente kriegen kann, kann man nicht mehr ruhig sitzen, kann sich nicht im Bett bewegen und man ist völlig (...) knall / völlig verknallt. Also / verknallt ist nicht Liebe, sondern völlig durcheinander aber das / dieser Schock HILFT, ne.« (Z. 225–228)

Der Schock würde ausgelöst werden durch vermehrte körperliche Unruhe, die dann wieder zu verstärkter Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper führen könnte. Die Aufmerksamkeit würde dann von der Umwelt auf den Körper gelenkt. Dadurch manifestiert sich ein Körpergefühl, das nicht schön sein wird, aber die Bedürfnisse des Körpers in übertriebener Form hervorhebt und damit wieder wahrnehmbar macht. Den gleichen Effekt hätte, der von Heinz unterbreitete Vorschlag, »richtige Durchgeknallte einfach mal eine Nacht in der Polizeistation zu lassen« (Z. 231–232). Durch die Schockwirkung müssen sie sich zwangsweise mit sich selbst beschäftigen und sich beruhigen.

Mittlerweile bräuchte Heinz aber einfach nur noch »Ruhe und ich muss mich irgendwie abschießen« (Z. 235–236). Sich »irgendwie zu sedieren« (Z. 236) zeigt, wie groß die »Versuchung« (Z. 272) sein muss. Die »Versuchung« veranschaulicht Heinz mit einem Jesu Gleichnis, in welchem Jesus vom Teufel versucht wurde und diesem standhalten konnte (Z. 269–270).

»Ich bin wirklich versucht worden. Ganz gewaltig (...) was zu / zu / zu machen, was zu schaffen. Und etwas (...) wach zu machen irgendwo. Also man hatte irgendwo auch ne Motivation, warum man sein Leben lebt. Und wird einfach gesagt mit der Möglichkeit könnte ich jetzt verrichten / vielleicht ne Umgehungsstraße verhindern.« (Z. 272–275)

In der Versuchung werden die tiefsten Bedürfnisse angesprochen, die durch die Psychose auf einmal möglich erscheinen. Auf einmal »wird mir was ANGEBOTEN von IRGENDWAS« (Z. 279). Dann wachsen die Neugier und das Interesse, ob an dem Angebot nicht doch was dran sein könnte. Heinz ist versucht herauszufinden, was dahinterstecken könnte.

»Es werden meine geheimsten Wünsche / werden irgendwie / könnten in Erfüllung gehen, ne. Also es ist / es ist fast wie so eine Erleuchtung, würde ich sagen. Ähm die Sehnsüchte des Menschen können erfüllt werden durch gewisse / gewisse (...) wie sagt man / man wird VERLOCKT. Also, das ist so / in ner 32 Ciatyl oder Akuphase sind mir bisher nur als Notfallmedikamente bekannt, um besonders aggressive oder getriebene Menschen zu beruhigen.

Psychose ist wirklich so / du denkst wirklich du kannst deine geheimsten Wünsche erfüllen irgendwie. Und das ist das gefährliche.« (Z. 288–292)

Die Erleuchtung ist für Heinz das Erweckungserlebnis, weil alle Gedanken wahr werden und es wird »schwer die Psychose auszuhalten« (Z. 296). Schwer auszuhalten ist die Begierde nach dem Moment der Erleuchtung und des Aufhebens aller Widersprüche. Durch den Moment der Erleuchtung würden sich dann alle »Hemmnisse und Hemmungen verlieren« (Z. 333). Es sei »schwer« (Z. 335), die »Verlockungen auszuhalten« (Z. 335), obwohl es »eigentlich nur ne Verarschung« (Z. 338) ist. Heinz würde den Eindruck bekommen, dass alles, was er sich vorstellt, möglich werden wird und das sei ein tolles Gefühl, wogegen Heinz sich nur behaupten könne, wenn er »sich selber abschießt« (Z. 357)

»Aber es ist / fühlt sich auf jeden Fall geil auch an alles // mmh // die ganze Scheiße da, ne.« (Z. 347–348)

Der Abschluss verdeutlicht die Misere. Entweder er würde sich selbst mit dem gezielten Schuss richten oder er würde ungebremst auf sein Umfeld losgehen und ein »RIESENTHEATER« (Z. 549) verursachen. Die Psychose sieht Heinz als Möglichkeit, seine »Schattenseiten« (Z. 551) kennenzulernen und so einen »Reinigungsprozess« (Z. 554) zu durchlaufen. Das würde aber von allen Beteiligten viel abverlangen und viel Schaden hinterlassen (siehe 6.2.8.). Die Psychose als Erleuchtung mit anschließendem Reinigungsprozess, erleuchtet die Stellen im Unbewussten, die sonst im Dunklen verborgen bleiben. Durch die Psychose »kommen Sachen hoch« (Z. Z. 590), die Heinz, vorher »nicht so bewusst waren« (Z. 590–591). Schwierig wird es, wenn »Halluzinationen« (Z. 591) erst die »Wahrnehmung und dann die umliegende Umgebung und die Realität verändern« (Z. 593). Dann würde Heinz durch »komische Zufälle« auf einmal Dingen »Beachtung schenken« (Z. 575), die erst in der Psychose ihre Bedeutung erhalten. Daran würde Heinz dann merken, was er noch »bearbeiten muss« (Z. 579). Bis hierhin wäre das »alles total praktisch« (Z. 579–580), wenn die Eindrücke nicht in Angst und Verunsicherung kippen. Heinz erinnert sich an das erste Mal, als er »Verfolgungswahn« (Z. 607) gehabt hat. Auf einmal hat er »überall so Autos« (Z. 607) gesehen, von denen er sich erst später überzeugen konnte, dass diese Autos von einer Paketlieferdienst gewesen seien. Ein Fahrer hätte ihm mal »was Böses getan« (Z. 614) und darauf sei er zu der Überzeugung gekommen, dass »es nur ein Auto gibt« (Z. 610) und der Fahrer würde ihn immerzu verfolgen.

»Die waren überall. Ich denk mir, das kann ja wohl nicht SEIN, wieso stehen die jetzt überall. Dass das einfach nur ne normale FIRMA ist, die so viele Bullys haben, wusste ich nicht.« (Z. 611–613)

Diese Situation hat ihn wahnsinnig gemacht, er sei »durchgedreht und hat seine erste Paranoia entdeckt« (Z. 616). Das ständige Gefühl verfolgt zu werden, verstetigt

sich durch die ständige Präsenz der »Systembullis« (Z. 608) und die Angst kann sich nicht legen.

Früher sei die »Psychose für mich was Besonderes gewesen« (Z. 655). Mittlerweile hätte er erkannt, dass die Psychose »kein erstrebenswerter Zustand« (Z. 655–656) sei, da sie immer ein »bisschen Reste, wie ein Kater hinterlässt« (Z. 657–658). Durch jede neue Psychose »würde sich die Krankheit verschlimmern« (Z. 661) und deswegen muss die Psychose verhindert werden. Heinz versucht die Psychose mit verschiedenen Möglichkeiten zu bearbeiten. Neben Naturheilmitteln und Meditation hat er für sich einen Umgang mit seinen Stimmen gelernt. Er hat den Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Stimmen (Z. 665) gelernt, was ihn befähigt habe, die Stimmen zu »ordnen« (Z. 668) und besser unter Kontrolle zu haben. Aktuell hört er bis auf ein paar Ausnahmen im Jahr nur noch eine Stimme aus einem »spirituellen Kontext« (Z. 673), die ihn aus »Gefahrensituationen gebracht hat« (Z. 673). Zudem hat er Zeichen bei sich erkannt, die auf eine Psychose hinweisen könnten und darauf würde er verstärkt Acht geben. »Richtig komisch schwere Beine« (Z. 866) wären ihm in einer Situation aufgefallen, die ihm Unheil bringen hätte können. Die Schwere der Beine ist ein Signal, um die Bewegung zu erschweren. Das Gewissen macht sich hier quasi aus den Beinen bemerkbar, »als ob ein Engelchen rein geschienen ist« (Z. 867). Genauso so ist es ihm mit einer Stimme widerfahren, die ihn »gewarnt habe« (Z. 868) und auf einmal ein komisches Gefühl hinterlassen hat« (Z. 868). Die plötzliche Veränderung seiner Gefühlslage interpretiert Heinz als Warnsignal, um sich nicht zu überlasten.

Heinz steht seiner Psychoseerfahrung ambivalent gegenüber. Zum einen würde seine Psychose auf unbewusste Momente aufmerksam machen, die er noch bearbeiten muss. Zum anderen kann die Psychose kippen und ihn sehr belasten. Vor einer weiteren Psychose »habe ich da keine Angst [...] da krieg ich halt ne Psychose« (Z. 739), ist seine eher trotzig Antwort auf die Überlegung, wie er sich bei dem Gedanken an weitere Psychosen fühlen würde. »Scheidung wäre das Schlimmste« (Z. 740) und er »hätte nix zu verlieren« (Z. 746), wäre sein Resümee aus den Vorerfahrungen. Die Psychose wird für Heinz zum »Test« (Z. 744), wie es die teuflische Versuchung gegenüber Jesus war, um sich selbst gegenüber sicher werden zu können. Lässt er die Verlockung zu, gibt es Begierden, die sein aktuelles Leben unterdrückt. Schafft er es der Versuchung zu widerstehen, spricht dies für seine Zufriedenheit. Heinz lebt mit dem Hintergedanken, jederzeit abrechnen zu können (siehe 5.2.8). Die Psychose ist der Modus, die Hemmnisse vor der Abrechnung zu verlieren. Die Einbettung in religiöse Metaphern und Gleichungen zeigt die große Last auf, die ihm durch die Psychose auferlegt ist.

5.2.4.3 Die Toten auferstehen lassen: Ricardo

Ricardos Beschreibungen beziehen sich stärker auf das »Durchleben einer Leidensphase« (Z. 150), die er charakterisiert als »Gefangensein in einer depressiven Stimmung oder einem Loch« (Z. 767–768). Die Beschreibung der Depressionen und die daraus resultierende Situation weisen Ähnlichkeiten mit denen von Dennis und David auf. Diese Leidensphase, die Ricardo mit Depressionen und körperlichen Schwierigkeiten in Verbindung bringt (Z. 892–893), sind ein Grund, weswegen er seine Medikamente auf eigene Faust abgesetzt hat.

» [...] also ich habe versucht, meine Tabletten vor kurzem ganz abzusetzen ohne irgendwelche Übergangsfristen [...].« (Z. 957–958).

Da die regelmäßige Einnahme von verschiedenen Mitarbeitenden kontrolliert wird, entwickelt sich aus dieser Situation ein Autonomiekonflikt, den ich in Punkt 5.2.6 detaillierter beschreiben werde (Z. 952). Durch die Beschreibung dieser Konfliktsituation gibt Ricardo Einsichten in sein Erleben und eine entsprechende Interpretation der Ereignisse. Ricardo thematisiert ein Erleben, das er mal als Stimmen und dann wieder als Gedanken beschreibt.

» [...] zum Beispiel denke ich, dass böse Stimmen ähm böse / also nicht Stimmen, sondern diese Gedanken, dass ähm Gedanken können, eben ähm nicht von Gott sein, wenn die böse [...].« (Z. 466–467)

Die Gedanken würden sich Ricardo »aufdrängen« (Z. 474) und ihm »meistens eine Richtung« (Z. 481) zeigen. Je nach Richtung gelangt Ricardo zu der Überzeugung, dass es nicht immer Gott sein kann, der die Richtung weist. Da er auch in die »Irre geleitet« (Z. 489) wird, hat neben Gott auch der »Teufel« (Z. 490) Zugriff auf seine Gedanken. Zweifel an seiner Erklärung gibt er auch an: »Oder es kann sein, dass es die Krankheit ist, aber das muss ich noch herausfinden« (Z. 491). Ricardo interpretiert seine aufdrängenden Gedanken innerhalb eines religiösen Sinnhorizonts, der für ihn mögliche Erklärungen seiner Erfahrung bereithält. Die Krankheit, wie Ricardo seine Erfahrung nennt, lässt aber Spielraum des Zweifels an seiner religiösen Interpretation, was ihn zuletzt verunsichert, da an diesem Punkt zwei gegenteilige Erklärungsmöglichkeiten aufeinandertreffen. Die religiöse Bedeutung wird durch die medizinische aufgehoben, sobald sich der Zweifel an der Realität bestätigen sollte. Ricardo hält sich hier einen Ausweg offen, um an beide Varianten zu glauben. Der Glaube nimmt bei Ricardo eine besondere Bedeutung an, weil dieser ihm das nötige Handwerkszeug mitliefert, seine Erfahrungen für sich verstehen und in einen entsprechenden Kontext zu ordnen. Wird der Glaube aber irreleitend und schickt ihn in die falsche Richtung, kann es nicht mehr sein Glaube sein, sondern es muss die Krankheit sein, weil qua Überzeugung durch den Glauben das Richtige eintreffen muss:

» [...] das Problem ist, dass ich mit meinem Glauben nicht mit dem / also ich muss / ich kann meinen Glauben nicht von meinem / von meinem Wahn differenzieren.« (Z. 376–377)

Zur Veranschaulichung beschreibt Ricardo eine Situation, die am Ende die Schwierigkeit der Selbstvalidierung offenbart. Sein Betreuer des ambulant betreuten Wohnens sei verstorben und Ricardo sei zur Überzeugung gekommen, dass dieser wieder aufstanden sei (Z. 373). Seine Gedanken seien in dieser Situation initial gewesen, um dies anderen Menschen mitzuteilen, was jedoch zu einem Konflikt mit einem anderen Betreuer geführt hat (Z. 384). Er hat lange mit sich gehadert, ob er dies überhaupt erzählen kann und sei zu dem Entschluss gekommen, eine »Kosten-Risiko-Einschätzung« (Z. 383–394) zu unternehmen, sodass er sich letztlich entscheiden musste, darüber zu berichten.

» [...] wenn die Gedanken sagen, dass ähm die Leute verloren gehen und zwar dadurch, dass sie dann mich nicht ernst nehmen / also mich jetzt als Person ähm mich nicht ernst nehmen, wenn Herr Müller dann auferweckt wurde und ich habe es niemanden gesagt, dann müsste doch niemand, dass ähm ähm dass ich ähm vorher wusste und deswegen habe ich eben allen erzählt, die ich kannte [...]« (Z. 378–382)

Für Ricardo wird es am Ende jedoch wichtig, die Situation zu bilanzieren. Hätte er schweigen sollen oder nicht und wie hätte er sich in der Situation verhalten sollen? Die Überlegungen führen ihn dazu, seine Einschätzung unter logischen Gesichtspunkten zu betrachten. Fraglich ist, ob diese Situation zu einer Erschütterung seines Glaubens führen könnte, der für ihn hilfreich ist, um sich entsprechend positionieren zu können. Der von ihm zitierte Betreuer sorgt für Irritation und Unsicherheit in seiner Vorstellung. Die Übernahme der Krankheitszuschreibungen durch Ricardo würde auf den ersten Blick so aussehen, als stünden zwei sich abstoßende Sinnbereiche gegenüber. Genauer betrachtet assimiliert Ricardo den Sinnbereich der Krankheit, der nicht die Attributionen der Krankheit an sich in den Fokus schieben würde, sondern die mögliche Krankheit zur Falsifikation seiner Auferstehungshypothese berücksichtigt. Dadurch bleibt ihm immer der Ausweg am Glauben festzuhalten.

»Wenn jetzt sich ähm darstellen sollte, dass ähm, dass ebend wieder unlogisch wird und dass Herr Müller niemals aufersteht. Dass einfach alles nicht stattfindet. Also bis jetzt hat sich noch nichts erfüllt, eigentlich kann man sagen« (Z. 491–494).

Diesen Eindruck verstärkt Ricardo wenig später im Interview nochmal. Das Absetzen oder Reduzieren der Medikamente würde dafür sorgen, dass er Gedanken entwickle, die er als »Zwang« (Z. 1020) charakterisiert. Ihm ist klar, dass die Medikamente zu einer Veränderung seines Hirnstoffwechsels geführt haben müssen und dass »es klar ist, dass die irgendwas auslösen in einem, wenn die weggelassen werden, schlagartig«

(Z. 1026–1027). Er müsse nicht einmal krank sein, damit sich eine solche Situation durch Medikamente entwickelt (Z. 1029).

»Also äähm durch die / durch die Tabletten, die dämpfen natürlich auch ein bisschen, dann kann die Rage nicht so kommen, wie ääh wie die Tabletten noch da sind und äähm dass ich jetzt böse Stimmen höre und von denen geleitet werde, halte ich für ausgeschlossen, weil ich weiß, dass das nicht Gott ist // mmh // wenn das ein Zwang ist, was kann man gegen einen Zwang tun?« (Z. 1016–1020)

Der Zwang sei die irreleitende Funktion, die er als die kranke Eigenschaft verstehe. Der kann aber auch auf die Medikamente zurückzuführen sein. Von sich aus würde er nie jemanden verletzen, da er zu starke Hemmungen hätte. Das Weglassen der Medikamente würde ihn aber aggressiv machen. Außerdem würden sich zwanghafte Gedanken aufdrängen, die von ihm verlangen andere Menschen »umzubringen«. Er könnte sich davon aber immer distanzieren. Solche Gedanken kämen nicht von Gott. Die falsche Aufforderung an sich genügt schon als Beweis, dass sie nicht von Gott sein kann. Durch das Absetzen befindet er sich nun in der »Zwickmühle« (Z. 955). Die durch den Absetzprozess ausgelöste Sensibilität würde ihn aggressiver wirken lassen und die Zwänge würden auf eine zusätzliche mögliche Gefahr hinweisen, die von ihm ausgeht. Das Umfeld sieht sich bestätigt, wenn er in »Rage gerät« (Z. 975), was sich aber vermehrt über den Konflikt um die Einnahme der Antipsychotika entzündet.

5.2.4.4 »Wow, ich bin Gott«: David

Das Psychoseerleben von David ist mit dem von Dennis vergleichbar. Beide erleben die Psychose wegen ihrer anhaltenden Depressionen als anfängliche Erleichterung, die aber später kippen soll. So sieht David seine erste Psychoseerfahrung als einen Moment der absoluten Perfektion und Glückseligkeit. Dieser Moment war für David so bedeutungsvoll und einprägsam, dass er noch gegenwärtig über den Sinn des Erlebens nachdenkt. Die Erfahrung hatte für ihn einen existenziellen Charakter, der viele Werte und seine Persönlichkeit in Frage gestellt hat. Die Psychose hätte sich im Cannabisrausch ergeben, der im Vergleich zur Depression an einen Zustand der Leichtigkeit und Unbekümmertheit erinnert.

» [...] ich meine, dass es schon so ein bisschen krass irgendwie für mich, das zu erzählen, weil / weil es halt so abstrus / ich hatte halt so ein Messias Psychose irgendwie // mmh // also ich habe mein eigen angebautes Gras irgendwie geraucht ähm an / im Frühling 2010 und ähm auf einmal habe ich so einen unglaublichen / ein unglaubliches Glücksgefühl durch den Körper.« (Z. 524–527)

Bevor David über seine Psychoseerfahrung berichtet, will er die Erfahrung rela-

tivieren, indem er erklärt, diese selbst so »abstrus« zu finden, da er davon überzeugt gewesen sei, »Gott zu sein« (Z. 553). Dabei vermischt sich seine absolute Überzeugung zum Zeitpunkt der Psychose mit dem Zweifel an der Psychose zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Das Erleben war so intensiv und so überzeugend, dass David immer noch davon geprägt ist und diesen Moment als eine Art Zäsur begreift, wie sich absolutes Glück anfühlen kann. Die Depression symbolisiert demgegenüber das absolute Gegenteil.

»Und ich hatte irgendwie das Gefühl / ich hatte irgendwie das Gefühl, ich wäre schon / ich wäre im Himmel oder ich wäre im Paradies, irgendwie. Unbeschreiblich, ne. Ich hatte wirklich das Gefühl so: Alle meine Fragen über das Menschsein so sind bereinigt worden so. Ich bin jetzt hier im Moment und es ist unglaublich perfekt und ich war überwältigt von Glück [...]«. (Z. 530–534)

Er beschreibt die Situation der Schwerelosigkeit (auch im Sinne seiner Körperlichkeit) und des Freiseins aller Belastungen. Die Depression hält ihn am Boden, verdeutlicht die ungelösten Konflikte und die Schwere des Lebens. Die Psychose hingegen ist für David Erlösung und wird damit zur Verlockung, den depressiven Zustand doch nochmal überwinden zu können. Die Ereignisse, während seiner ersten Psychose, sind für David so bedeutsam, dass er sich erinnern und im Detail erzählen kann.

»Ähm dann habe ich in den Spiegel geguckt und in / in den Spiegel geguckt und mein Gesicht hat sich verändert // mmh // also auf einmal sind andere Gesichter, die irgendwie meinem geähneln haben, aber eine unglaubliche Halluzination oder optische Täuschung // mmh // und ich war davon / ja, ich habe damals irgendwie gespürt, dass das meine früheren Leben waren. Dass ich früher mit anderen genetischen Voraussetzungen irgendwie von keiner Ahnung von anderen Menschen halt, den genetischen Pool gehabt hab halt. Irgendwie immer noch ich war, aber ich sah halt anders aus. Und hab es auch irgendwie damals gedacht, ich gucke meine früheren Leben irgendwie rein. Und dann war es so, auf einmal kam es irgendwie so: Pfff Wow! Ich gucke so in den Spiegel, ich gucke mich so an, ich gucke mir so in die Augen. WOW, ich bin Gott@@ // mmh // nur das war meine Psychose ne@ so krass. Ich bin Gott so, ich hatte nie irgendwie mich für was Besonderes oder so gehalten mein ganzes Leben lang, weil man ein ganz normaler Dude, so. Ein skatender Dude. Und dann auf einmal: WOW. Krass so.« (David, Z. 545–556)

Die Überwältigung der Erfahrung wird für David durch das Erleben seiner »früheren Leben« spürbar, die mit einmal als Überladung der (positiven) Gefühle aller »früheren Leben« auf ihn einwirken. Das Gefühl, nichts »Besonderes zu sein«, wird mit einmal weggewaschen und ersetzt durch das Gefühl der Einmaligkeit, was noch lange anhalten wird und erst im Laufe der Jahre verloren gehen soll. So wird die erste Psychose zu einem glücklichen Moment, welcher, so wird es im Laufe des Interviews deutlich, zwar nicht mehr so geschehen wird, für ihn jedoch erstrebenswert ist und deswegen eine besondere Erinnerung für ihn bleibt. Das Gefühl des Besonderen und der Einmaligkeit assoziiert David mit dem Gefühl, Gott zu sein. Die Gottassoziation ist eine nicht untypische Handlung, unerklärliche oder besondere Situationen in einem

religiösen Sinnzusammenhang zu interpretieren, in dem das Gott-Sein oder -Werden absolute Konfliktfreiheit verspricht, da Gott über den Dingen steht. Dann ergänzt er nochmal die Besonderheit dieser Situation und warum diese für ihn erstrebenswert ist.

»Wow, ich bin Gott. Das ist ja supe@@. Das ist ja gut, Gott zu sein, kann man eigentlich nichts verlieren, so ne. Das ist auf jeden Fall schon mal nicht jemand, der irgendwie ähm ins Fegefeuer kommt oder sonst irgendetwas. Keine Ahnung ähm und ich hatte irgendwie schon so / ich hatte irgendwie schon so das Paradies, die Perfektion. Den perfekten Zustand hatte ich halt irgendwie Gefühl gefühlt / gespürt irgendwie ne.« (David, Z. 574–579)

Den perfekten Zustand wird David gerade in der Zeit seiner bedrückenden Depression vermissen. Unterstützt durch den Marihuanakonsum erhält letzterer während des Interviews eine ebenso starke Bedeutung und wird zum Symbol der fehlenden Leichtigkeit und des absoluten Sinns. Letzterer kommt in der Depression abhanden, das Leben und der Alltag wirken sinnfrei, es wird nicht mehr inspirierend (Z. 292). David macht immer wieder deutlich, dass er dem Konsum von Cannabis wegen seiner Erfahrungen eher zugewandt gegenübersteht (Z. 391–396). Der Verzicht wird für ihn zur großen Bürde, weil der Konsum einen vergleichbaren Zustand verspricht, der all sein Leid für einen Moment wenigstens in Vergessenheit geraten lässt. Auf Davids Trip folgt ein »Nacktrun« (Z. 604) durch die Nachbarschaft mitten in der Nacht, bei welcher er sogar von einem Polizeihubschrauber verfolgt wurde. Der Trip, den er als »Moment, auf den ich mein ganzes Leben gewartet habe« (Z. 608), bezeichnet, endet mit einer Einweisung in die Psychiatrie (Z. 613). Der Einweisung folgt, wie so oft, eine knallharte Rückholaktion in die Realität (Z. 620–621). Hier sei er dann »aufgewacht« (Z. 618). Das »einmalige Erlebnis« (Z. 637), in dem sich »alles gefügt hat« (Z. 589), behält David für sich im Hinterkopf, auch wenn ihm im Vergleich mit anderen Patienten auffällt, dass diese ähnlich beseelt sind (Z. 719). Der dadurch entstandene Zweifel an seiner Existenz und dem Leben ist stärker als sein Vergleich mit seiner Umgebung und deswegen kann er den nicht einfach hinter sich lassen.

»Den [Trip] konnte ich so schnell nicht vergessen. Ging nicht, weil das war so krass. Das / ich hätte nie gedacht, dass man als Mensch mal irgendwie solche Emotionen / solchen / mit solcher Wahrnehmung so etwas Übernatürlichen irgendwie teilhaben kann.« (Z. 614–616)

David idealisiert diese Erfahrung als besonders und einmalig. Obwohl er immer wieder psychotisch wird, kann er den ersten Zustand nicht mehr erreichen. Vielmehr bringt er sich durch die verschiedenen Psychosen in Lebensgefahr (Z. 459), von denen er sagt, diese »irgendwie überlebt zu haben« (Z. 494). Darüber hinaus variieren seine Psychosen von »beflügelnd bis beängstigend« (Z. 354). Im Laufe der Zeit seien diese gekippt und seien häufiger »unangenehm« (Z. 964) geworden. Die Emotionen seien unbeständig und extrem, wie ein »Wirbelsturm« (Z. 962) gewesen, was er lange für

normal gehalten habe. Als Hauptproblem benennt er, dass er es nicht bemerkt hätte, wenn es ihm schlecht ging (Z. 968) und sich deswegen von möglichen Hilfen distanziert hat. Retrospektiv könnte er nicht mehr unterscheiden, zu welchem Zeitpunkt er psychotisch gewesen sei und zu welchem nicht (Z. 1287–1290). So hatte er teilweise »Angst, den Verstand zu verlieren« (Z. 1201–1202), und eine weitere Psychose würde einem »Alptraum« (Z. 1275) gleichkommen. David positioniert sich hier so ambivalent, weil er sich selbst versucht, vor der Verlockung der Psychose abzuschrecken. Der Verlockung nachzugehen, würde wegen der Bewährung enorme Konsequenzen nach sich ziehen. Die Psychoseerfahrung schwankt in dem Bereich einer nüchternen, bitteren äußeren Realität, die mit rechtlichen Konsequenzen droht, und dem Gegenteil, einer bunten, inspirierenden inneren Realität, die »amüsierend« (Z. 1373) sein kann und manchmal »geniale Sachen« (Z. 1360) produziert, die keine eindeutige Antwort hinterlässt und das Nachdenken über das Leben für David noch mühseliger macht.

5.2.4.5 Simulierte Realität: Dennis

Für Dennis wird die Psychose zum zweischneidigen Schwert. Im Vergleich zu seinem jetzigen Zustand nimmt das Erleben in der Psychose eine positive Konnotation ein, die gleichzeitig von dem Moment der Angst begleitet wird, wenn sie droht, ins Negative zu kippen. Dennis beschreibt sein Psychoseerleben sehr intensiv, eindrucksvoll und nachvollziehbar. Seine Darstellung ist, trotz der auffälligen Schwierigkeiten, die durch die Psychose thematisiert werden, ungewöhnlich offen und macht deutlich, dass bestimmte Konflikte in der Psychose behandelt werden. Da Dennis, ähnlich wie Rike, schon psychotherapeutisch behandelt wurde und dies, wie er sagt, durch die »Psychotherapeutin in einen Sinnzusammenhang gebracht wurde« (Z. 278–279), kann die Erzählung durch die Fremdinterpretation nach strukturiert sein (siehe Punkt 2.2.3). Insgesamt folgt die Erzählung von Dennis dem Prinzip, dass das Erleben in der Psychose Sinn macht und deswegen bearbeitbar bleibt.

Nach einem Absetzversuch seines Risperdals kommt Dennis zur Überzeugung ein »Easter Egg« (Z. 45) gefunden zu haben, welches ihm einen gedanklichen Ausweg aus einer Misere weist. Vermehrt seien Stimmen dazugekommen, welche ihn »motiviert« und vor Gefahren »gewarnt« hätten (Z. 58–59). Diese hätten ihn auf eine »Mission gesendet, um die richtigen Leute zu finden, mit denen er sich umgeben kann« (Z. 67). Nicht klar wird, zu welchem Zeitpunkt diese Sequenz spielt, da Dennis die Erfahrungen seiner drei Psychosen teilweise vermischt darstellt. Jedenfalls vermutet Dennis hinter der Mission »unbewusste« Motive (Z. 74). Die von ihm häufig erwähnte Schwere und die negativen Gedanken blockieren das Selbstverständliche in der Interaktion, so dass Beziehungen knüpfen und pflegen zu einer großen Schwierigkeit werden kann. Das Stimmenhören hat den Kontakt zu anderen aber nicht unbedingt erleichtert. Die Stim-

men kamen laut Dennis von überall her, so dass er nicht einschätzen konnte, ob die Stimmen Teil von ihm sind oder ob andere Menschen mit ihm reden. Als paradox erlebt Dennis die Stimmen, weil diese Menschen sprechen lassen und der Beziehungsaufbau dem Stimmenerleben intentional wird (Z. 81–82). Die Kontaktaufnahme geschieht durch die Stimmen, die das Gespräch mit anderen Personen »simulieren«.

»Ich hab dann immer diese Stimmen gehört, überall, und ähm das als Simulation der / der Realität ähm und ich dachte, dass dieses / dieses / dieser offene Geist, worauf jeder zugreifen kann ähm auf meinen Geist und ich ähm auch überall was aussenden kann. Und jeder antwortet und so / dass es normal ist, weil die ja wirklich antworten. Und ich sehe ja, dass sie mit mir sprechen und die / die Münder bewegen. Deswegen dachte ich, das wäre ECHT und ich habe das die ganze Zeit nicht gemerkt.« (Z. 253–258)

Problematisch wird es, als die Stimmen anfangen, Dennis zu beleidigen, weil ihm die Kontaktaufnahme nicht gelingt (Z. 98). Deutlich wird ein großer Wunsch nach Beziehung, der vom Unbewussten angestoßen und durch die Simulation realisiert werden soll. Dann kippt die Stimmung, da sich die Ängste, einsam zu sein, durchsetzen (Z. 100). Dennis möchte sich fortan »vor Gruppen selber auflösen« (Z. 103). Damit macht er deutlich, wie viel Anstrengung ihn der Versuch, Kontakte zu knüpfen, kostet und wie groß die Enttäuschung und die Scham werden, da dies nicht funktioniert.

»Und ähm, das war irgendwie so die Angst, sich zu verlieren, irgendwie. Und das hat mir dann auf einmal wieder diese Ängste gespiegelt.« (Z. 108–109)

Im Gegensatz zur »postpsychotischen Depression« (Z. 352), die alles schwer und sinnlos macht, ergibt in der Psychose alles einen Sinn und alles wird »spannend« (117). Unbewusstes und Außenwelt hängen zusammen und würden »miteinander verschwimmen« (Z. 120). Die Außenwelt gestaltet sich nach den eigenen Neigungen und Bedürfnissen. »Fantasien werden real« (Z. 123) und alles wirkt »einfach, unvermittelt, authentisch und ist sofort da« (Z. 125–126). Irgendwann würde dieser Eindruck dann ins Negative »kippen und unheimlich werden« (Z. 116). Als mögliche Begründung für das Kippen, sieht Dennis die Angst und die Verunsicherung, die sich möglicherweise durchsetzen, weil bestimmte Situationen oder Zeichen dann so überbewertet werden, dass sie eine Gefahr sein könnten (Z. 152). So beschreibt er eine Situation bei seiner Ex-Freundin im Haus, die ein initialer Moment für ihn gewesen war, als es mit der »Psychose bergab« (Z. 185) ging. Während diese mit dem neuen Freund im Urlaub ist, kümmert sich Dennis um den Hund.

»Ich dachte, ich müsste ähm meinen Geist irgendwie befreien, weil das stand auf dem Spiegel. Free / Free spirit stand da dran und ähm das hat mich so angesprochen und ich dachte, ich müsste meinen Geist befreien und da da dran klebte das Schild ähm von ähm Rabeas ähm Freund / wo anstatt Markleiter drauf

stand, ähm Freund. Das war durchgestrichen, er ist der Freund. Und dann dachte ich, ER will, dass ich mein Geist befreie in den sieben Tagen über Ostern bei dem im Haus [...]« (Z. 148–153)

Die für Dennis zentralen Beziehungskonflikte in der Psychose werden hier besonders offensichtlich. Der neue Freund gibt Dennis den Auftrag, seinen Geist zu befreien, was Dennis in eine Art Schub versetzt und er dieser Mission unbedingt nachgehen will (Z. 166). Die mögliche Verletzung und die Eifersucht gegenüber dem neuen Freund entfachen eine Hebelwirkung bei Dennis, die ihn antreibt, sich aus der emotionalen Bedrohung zu befreien. Die Befreiung des Geistes ist der Versuch, sich von den emotionalen Verletzungen durch die Ex-Freundin zu distanzieren. Dass die Aufforderung vom neuen Freund kommt, von dem er sogar annimmt, er könne seine »Gedanken lesen« (Z. 188), zeigt Dennis Schwierigkeiten, mit der neuen Situation umzugehen. Dass der Freund die Gedanken lesen könnte, offenbart die Erniedrigung für Dennis, die er auch unmittelbar beantwortet, indem er zu dieser beim nächsten Treffen sagte: »du mit deinem Hurenmund« (S. 194). Die Wahl der Beleidigung zeigt, welche Verlockung und Verführung die Ex-Freundin auf Dennis ausübt. Mit ihren verführenden Worten weckt sie seine Bedürfnisse, in die er dann, wie in eine Falle hineinstolpert. Der Ausspruch ist sowohl Distanz und Eingeständnis zugleich. Hat die Vorstellung über die Hure häufig eine schmutzige und abstoßende Komponente, wirkt sie zugleich verführerisch und als Projektion der unbewussten Möglichkeiten. Dem gemeinsamen Hund, auf den Dennis immer wieder aufpasst, kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Diese besondere Bedeutung und welche Funktion sie in der Psychose einnimmt, beschreibe ich in 5.2.6. Dennis' Psychose zeichnet sich durch den Wunsch nach Beziehungen aus und die Möglichkeit, diese gestalten zu können. Er erlebt dabei unterschiedliche Momente. Es macht ihm zunächst Spaß, dann aber zeigt die Psychose ihre »höllische Seite« (Z. 930). Die Interpretation als Mission, die erfüllt werden muss, um den Ausweg zu finden, kann als Versuch gewertet werden, sich aus der blockierten und belastenden Situation der Depression zu befreien, die aber zur »mission impossible« wird, als er merkt, dass die Realität keine Simulation seines Unbewussten ist.

5.2.4.6 »Ist der Ruf erst ruiniert, lebt es sich recht ungeniert«: Vanessa

Für Vanessa ist die Psychose eine Erfahrung, die sie so schnell nicht mehr erleben möchte, da sie sich zum einen mehrmals in Lebensgefahr gebracht und zum anderen viel Schaden in ihrem sozialen Umfeld hinterlassen hat. Dennoch sind die Erlebnisse in der Psychose und ihre anschließenden Reflexionen dazu für sie sehr einprägsam.

Ihre erste Psychose hat sie mit 17 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bekommen. Dort sei sie eingewiesen worden, weil sie aus Todesangst und nach fünf Tagen ohne

Schlaf aus der Wohnung ihres damaligen Freundes weggelaufen sei, der sie geschlagen und misshandelt hat.

»Ähm, die Beziehung war ziemlich brutal / also mit Würgen, Festbinden, einschließen und all so nem Mist. Also wirklich wie so ein Horrorfilm.« (Z. 368–369).

Sie konnte die dauerhafte emotionale Anspannung nicht mehr ertragen, und das hätte dann zur Psychose geführt (Z. 410–411). In der Psychiatrie sei man der Überzeugung gewesen, die Psychose sei »drogeninduziert« (Z. 389). Vanessa gibt den Drogen eine Mitschuld (Z. 453), sieht aber den »Schlafentzug« (Z. 453), die »Angst und Anspannung« (Z. 454) als bedeutsamer für ihre Erfahrung an. Ohne diese wäre es womöglich gar nicht zur Psychose gekommen (Z. 456). Betrachtet man die Umstände, in denen sich Vanessa bewegt hat, waren die Drogen nur ein Weg, um mit der Anspannung und der anhaltenden Angst umgehen zu können. Die erste Psychose war ihrer Einschätzung nach »speziell« im Gegensatz zu den anderen Psychosen (Z. 874). In der ersten Psychose hat sie den Eindruck gewonnen, ein Pfleger wollte sie als »Sklave« (Z. 411) halten und der Arzt sei nur ein »Handlanger« (Z. 429) vom Pfleger gewesen. Von den 13 Wochen, die sie in der Klinik war, war sie »zehn Wochen abgeschirmt im Kriseninterventionsraum« (Z. 424–425).

Wie bereits in 5.2.2 beschrieben, hat Vanessa nach dem Ausschleichen des Lithiums mehrere Psychosen bekommen, die alle sehr intensiv waren. Die Psychosen hätten »alle Symptome gleichzeitig« (Z. 895) und würden sich mit einem »Flimmern vor den Augen« (Z. 943–944), »optischen Halluzinationen« (Z. 944), »in Form von glitzern« (Z. 945) ankündigen. Im »optischen Feld« würden »Blitze« (Z. 946) auftauchen und Vanessa würde »magisches Denken« (Z. 897) entwickeln. Zeitnah würde »Stimmenhören« (Z. 947) dazugekommen. Dies sind erst »bekannte Stimmen« (Z. 947) und sie hätte Schwierigkeiten, die Dynamik ihrer »Eigenstimme« vom Rest der Stimmen zu unterscheiden (Z. 953–954). Es wirkt, als würde sie beim »Denken hören« (Z. 950) können. Das Stimmenerleben würde sie teilweise als hilfreich empfinden.

»Was würde mein Freund, denn jetzt machen oder so in der Situation. Wenn ich irgendein Problem hatte so oder so. Zack hat man auf einmal die Stimme gehört.« (Z. 958–959)

Die Stimme des Freundes, den sie hier als Beispiel anführt, konnte sie sich »herbeiführen« (Z. 961). Das gelingt auch mit anderen »bekannten Stimmen« (Z. 962). Das Stimmenerleben nimmt in der Regel zu und entwickelt sich von hilfreich und vertraut zu überfordernd und irritierend.

»Weil erst waren es dann Eltern und dann auf einmal wurde der Bekanntenkreis in meinem Kopf halt immer größer. Und auf einmal hat man auch fremde Stimmen und dann irgendwie auf einmal sind es Götter@ // mmh // oder Fernseher / Nachrichtensprecher macht mir geheime Mitteilung irgendwie.

Also war schon echt / ist schon / es ist so schwierig, da den Punkt zu finden, woran man sich Hilfe holen kann.« (Z. 965–969)

Das Stimmenerleben wird so bestimmend, dass es für Vanessa schwieriger wird, einen klaren Gedanken zu fassen. Die Gedanken sind dann nicht mehr von den Stimmen zu unterscheiden, weil sie womöglich lauter und präsenter sind als Gedanken. Das Erleben ist dann mit einer Situation zu vergleichen, in der viele Menschen auf eine Person einreden. Insgesamt ist es für Vanessa »schwierig den Punkt zu finden, woran man sich Hilfe holen kann« (Z. 969). Sich das einzugestehen, würde »Mut« (Z. 969) erfordern, weil jeder weitere Psychiatrieaufenthalt einen »Rückschritt und was Negatives« (Z. 1002) bedeuten würde. Vanessa hat Schwierigkeiten, sich das »selber einfach einzugestehen« (Z. 1004). Jeder Psychiatrieaufenthalt macht deutlich, dass Vanessa es nicht schaffen konnte, alleine einen Weg mit ihrer Psychose zu finden. Das gesamte Prozedere der Psychiatrie wird sie dann erneut durchlaufen müssen, was ihr ihre Defizite vor Augen führt, und das wirkt demotivierend, besonders bei anderen, die nur auf den weiteren Psychiatrieaufenthalt lauern, weil das Scheitern immer prophezeit wird. Es ist ihr wichtig, »eine Psychose geschafft zu haben« (Z. 978), mit der sie nicht in Klinik musste. Deswegen redet sie auch immer nur von »vier bis fünf Psychosen in den letzten Jahren« (Z. 978–979). Die Psychose würde also erst mit dem Klinikaufenthalt manifest werden und den konnte Vanessa trotz aller Bemühungen ihres sozialen Umfeldes abwenden (Z. 980). Geschickt konnte sie den Aufenthalt mit »gewählten Antworten umgehen« (Z. 988), denn »ich weiß ja, was man sagen muss, damit man in die Klinik kommt oder nicht« (Z. 992). Dennoch hat sie sich in der Psychose lebensgefährlich verhalten, weil sie »im Februar durch einen Fluss geschwommen ist« (Z. 985). Ähnlich gefährdende Situationen erlebte sie auch in den anderen Psychosen. Sie werden für Vanessa schwierig, weil sie problematische Vorstellungen und Ideen entwickelt, denen sie dann nachgehen muss (Z. 1029). Ein häufiges Motiv sei die Angst vor dem Versterben von nahestehenden Menschen.

» [...] aber es hat ja alles leider bei mir immer so einen Hintergrund, dass sonst mein Freund stirbt oder irgendeiner stirbt auf jeden Fall dauernd, wenn ich irgendetwas nicht mache // mmh // und das ist natürlich ziemlich anstrengend.« (Z. 1029–1031)

Der Freund musste um sein »Leben kämpfen« (Z. 1039), da er von der »Oma entführt« (Z. 1040) worden wäre, die ihn »sexuell missbraucht« (1044–1045) hätte. Vanessa hat die Aufgabe ihren Freund zu retten und dafür müsste sie jemanden aus der Familie opfern. Diese Erfahrungen sind für sie schlimm und anstrengend, weil Vanessa von der Angst um nahestehenden Personen angetrieben wird

»Und es geht ums Welt retten oder irgendeiner muss immer gerettet werden. Und wenn ich das nicht mache, stirbt der oder es passiert was Schlimmes. Und mach das dann nicht so, weil ich jetzt Bock draufhabe, das und das zu machen, sondern ich muss

sonst passiert das und das // mmh // und das ist natürlich nichts Schönes, wenn man irgendwas muss so.« (Z. 1046–1050)

Einmal sei sie zu der Überzeugung gekommen, ihr Freund sei tot und seine »Seele wäre in diesen Mann eingewandert« (Z. 1395). Aufgrund eines Liedes im Radio, das sie als »komische Zeichen von oben« (Z. 1393) interpretiert hat, sei sie zu dem Mann ins Auto gestiegen, der sie anschließend sexuell missbraucht hat (Z. 1401).

Weniger schrecklich, aber dafür gefährlich, war eine Situation, in der sie einem Polizisten beim Anlegen von Handschellen »in die Eier getreten und versucht hat, die Handfeuerwaffe zu entreißen« (Z. 877). Sie wundert sich sehr, welche »Körperkraft« (Z906) sie als zierliche Frau in der Situation entfalten konnte. Das Erleben ist für Vanessa »beeindruckend« (Z. 907), weil der Geist durch die Psychose den Körper verändern kann (Z. 908).

»Also man hat so viele gefährliche Situation auch einfach ÜBERLEBT oder so oder da waren schon echt Sachen / also da wundert man sich eigentlich, dass man das überlebt oder geschafft hat, körperlich teilweise.« (Z. 901–903)

Hinzu kommen die »gerichtlichen, finanziellen oder familiären Folgen« (Z. 910), welche die Psychose verursacht. Sie muss sich immer darauf einstellen, dass jede Psychose zu weiteren Schwierigkeiten führen kann, für die sie sich auch schämen muss. Ständig kommt es zu »peinlichen Sachen« (Z. 927) wie diese »Nacktrumenrennerei« (Z. 924) oder das »Rumschreien« (Z. 927), was die Nachbarn auch immer mitbekommen würden.

»Aber dann / man sagt ja, so schön: Ist der Ruf erst ruiniert, lebt sich's vollkommen ungeniert. So also wirklich jetzt so, da bin ich echt schmerzfrei geworden.« (Z. 927–929)

Diese Erlebnisse sind sicherlich ausschlaggebend für die Angst vor weiteren Psychosen und sind eine Erklärung, warum sich Vanessa nicht mehr überfordern möchte und stattdessen eine erhaltende Struktur um sich herum aufbaut (siehe Punkt 5.2.6.). Die Psychose wird begleitet von schrecklichen Erfahrungen, die Vanessa vermeiden möchte. Mit ihrer Familie hat sie ein gutes Verhältnis. Sie hat diesen in der Psychose »mal eben vorgetragen, als Kind sexuell missbraucht worden zu sein« (Z. 917) und dem Vater »dann eine Ohrfeige gegeben« (Z. 918). Zwar revidiert sie diese Ansicht, dennoch wird ein Thema angesprochen, das bei Psychoseerfahrungen nicht abwegig ist, aber selten offen gemacht wird (Londgen & Read, 2016.; Inyang et al., 2022). In ihrem Handeln und ihrem Erleben in der Psychose sieht Vanessa einen »fundamentalen Grund« (Z. 883), der für sie selbst mit einer tiefen Angst verbunden ist, nahestehende Personen zu verlieren. Dies würde aber nie thematisiert werden und das lässt sie ratlos zurück.

»Das waren ja schon Ängste und Sorgen, die man da hatte. Das ist ja wie so, als wenn man irgendwie,

was weiß ich, ein Katastrophenopfer wäre irgendwie son / also das ist ja schon, wie als wenn man im @ Krieg war. Finde ich so schon fast so und das ist / wird man nie vergessen. Und das Schlimme ist, wie soll man es verarbeitet, wenn noch nicht mal einer einen danach fragt oder so // mmh // nur mit sich ist schon schwierig, weil man will sich ja auch nicht alleine damit auseinandersetzen irgendwie nur so und selbst irgendwie in einer Klinik, selbst aus der Psychiatrie, so / Fragen tut einen niemand.« (Z. 887–893)

Vanessa wird in ihrer Psychose mit Ängsten und Erinnerungen konfrontiert, die für sie schwer zu verarbeiten sind und sie sich mehr Unterstützung dabei wünscht, da sie offensichtlich vermutet, dass hinter der Psychoseerfahrung mehr steckt, als sich vordergründig präsentiert. Mindestens genauso schlimm, wie die Angst, die die Psychose auslösen kann, ist es, mit der Angst und den Erinnerungen alleingelassen zu werden, die die Psychose bei Vanessa hinterlässt. Damit allein zu sein, kostet sicherlich viel Kraft und ist nicht selbstverständlich auszuhalten. Bei der Aufarbeitung ist Vanessa auf sich allein gestellt und sie zieht sich in eine für sie rettende Struktur zurück, die vordergründig chaotisch und ungesund wirkt, aber für sie erstmal Halt versprechen kann.

5.2.4.7 QAnon und die Auserwählte: Julia

Im Vergleich zu Vanessa oder Heinz, bleibt Julia in der Darstellung ihrer Psychoseerfahrung reserviert und kalkulierend. Wie in 5.2.1 dargestellt, sind zum Zeitpunkt des Interviews etwa sieben Monate seit ihrer Erfahrung vergangen. Dies macht es womöglich schwerer darüber zu reden, weil viele der Erlebnisse noch nicht reflektiert und damit noch nicht artikulierbar sind. Andererseits kann die Erfahrung noch mit Scham behaftet sein, was das Erzählen ebenfalls schwierig macht. Julia umgeht tiefere Beschreibungen mit allgemeinem, teils abwägendem Formulieren. Sie hatte »wirre Vorstellungen von der Welt« (Z. 489). Es sei »schwierig zu beschreiben, was in dem Moment im Kopf abgegangen ist« (Z. 505–506). Schon bevor sie ihre Erzählungen vertieft, wird deutlich, dass es ihr schwerfallen wird zu erzählen, und sie bereitet mich darauf vor. Für die Analyse ihres Erlebens ist es wichtig, den Zusammenhang für ihre mögliche Unsicherheit vorwegzuerklären.

Ähh das ist absolut OK, wo ich / was ich bisschen problematisch finde, wie ääh / wie / wie detailliert ich das erzählen muss (unv.) kannst vielleicht einfach nachhaken (unv.) wenn ich dir jetzt alles erzähle von Adam und Eva ist das wahrscheinlich zu / zu detailliert // du kannst mir das gerne detaillierter erzählen, oder // ich weiß nicht, wo ich anfangen soll. Vielleicht besser du stellst konkretere Fragen, keine Ahnung. Oder / oder ich beschreibe das kurz und dann kannst du alles ganz kurz und dann // ja@ // und dann kannst du alles/kannst du nach Details fragen. (Z. 449– 454)

Sie erklärt sich zwar bereit, offen darüber zu erzählen (»das ist absolut ok« (Z. 449)),

distanziert sich dann im Satz später mit der Aussage, dass sie nicht einschätzen könnte, wie detailliert sie das Erzählen muss und ich könne ja einfach nachhaken. Das Angebot, nachhaken zu können, entkräftet sie damit, zu weit ausholen zu müssen. Mir den Part des Nachfragens zu überlassen, gibt ihr die Souveränität über ihre Erzählung. Sie kann ihre Darstellung abwägen, da sie sich nicht zu stark öffnet und die Kontrolle behält. Diese Strategie ist bei den verunsichernden Erfahrungen gegenüber einer fremden Person nachvollziehbar, besonders wenn es um eine Erfahrung geht, die so viel verändert hat. Auf die Nachfrage, warum sie denn in die Psychiatrie gehen sollte, erklärt Julia, dass dies ein »sehr schweres Thema ist« (Z. 488) wegen der verunsichernden Erlebnisse, die wiederum schwer zu erzählen sind. Immer wieder vermerkt sie dies in ihrer Erzählung durch eine negative Einschätzung ihres Erlebens, was sie mit »wirren Vorstellungen« (Z. 511), »wirrer Weltanschauung« (Z. 522), »komplett Banane« (Z. 569), »wirre im Kopf« (Z. 592) oder »Balla Balla« (Z. 884) zu sein, ausdrückt und dass sie »das nicht jedem erzählen würde« (Z. 533). So rahmt sie die Erfahrung als abweichende Normalität ein, um gegenüber mir eine relativierende Position einzunehmen. Die Interpretationen ihrer Erfahrungen bewegen sich daher in einem für sie abwertenden Kontext.

»Also eigentlich müsste ich dazu ganz gut beschreiben, was in dem Moment in meinem Kopf abgegangen ist. Das ist aber schwierig, weil wie gesagt ich hatte ääh Science-Fiction im Kopf // mmh // und dazu ganz wirre komische Vorstellungen / mehrere Vorstellungen ääh was / was auf der Welt jetzt abgeht.« (Z. 505–508)

Was den Eindruck noch unterstreicht sind ihre Annahmen, nicht zu wissen, ob sie »geträumt« (Z. 575) hätte oder »Wachträume« (Z. 576) hatte und zudem »klare Erinnerungen« hat, die »realitätsnah sind, aber so definitiv nicht stattgefunden haben« (Z. 553–554). Julia hadert mit der Unsicherheit ihrer Wahrnehmung, auf die sie sich retrospektiv nicht verlassen kann. So ist die Erzählung getrübt von möglicherweise verzerrten Eindrücken, was sie aber im Nachhinein nicht einschätzen kann. »Erinnerungslücken« (Z. 480) verstärken das Gefühl der Verunsicherung. Julia kann sich zum einen nicht erinnern und zum anderen können ihre Erinnerungen trügerisch sein. Dies stellt sie in der Reproduktion der Ereignisse vor eine große Herausforderung.

Für Julia ist die Psychoseerfahrung Ausdruck ihrer großen Belastung, welche zu Beginn von Corona 2020 erheblich zugenommen hätte (siehe 5.2.2). Die Deutung ihrer Erfahrung ist also an die Überforderung gebunden. Ihre Psychoseerfahrung teilt sie in »mehrere Stränge« (Z. 532), die es ihr schwer machen mit der Erzählung zu beginnen: »[...] ich weiß nicht, wo ich anfangen soll« (Z. 533–534). Die Coronazeit sei für Julia eine Art »Zeitreise« (Z. 535) gewesen und jeder Strang hätte zu einem unterschiedlichen Zeitpunkt stattgefunden (Z. 535–536) und dadurch wäre die »Zeit durcheinander« (Z. 536) gekommen, da sie den Eindruck hatte, »dieselbe Woche zwei oder dreimal zu erleben« (Z. 536–537). Die damaligen Kontaktbeschränkungen und das allein zuhause bleiben, seien für Julia der »Auslöser« (Z. 542) gewesen. Sie hat sich zu dem Zeitpunkt

intensiv mit verschiedenen »Verschwörungstheorien« (Z. 544), wie »QAnon« (Z. 546) beschäftigt, die sie zwar »abgefickt« (Z. 547) findet, sie sich aber dennoch davon hat beeinflussen lassen. Julia vermutet, dass sie zu dem Zeitpunkt sogar ein Telefonat mit einem QAnon-Mitglied hatte. Im Internet sei sie auf einen Beitrag gestoßen, in dem jemand Unterstützung zur Programmierung einer »Demokratie App« (Z. 691) gesucht habe. Auf den Beitrag hätte sie reagiert und dann wurde sie von einem Mann angerufen. Das »Gespräch sei komisch gewesen« und er hat sie »ausgefragt« (Z. 693). Dieses Telefonat wertet sie im Nachhinein als problematisch, da sie dies stark verunsichert hat.

» [...] war ok soweit und dann hat der angefangen, die Richtung zu sagen / zu reden verlasse dich auf deine Intuition // mmh // und jetzt mich Nachhinein denke ich, entweder war das so ein QAnon / QAnon sagt dir was wahrscheinlich // ja // Anhänger / oder einfach irgendeine andere Sekte oder sowas // mmh // der war lieb, da war ja alles ok, aber da hat er gesagt, verlasse dich auf deine Intuition (...) und noch so ein paar Sachen gesagt. Also das / das war wahrscheinlich auch einer der Auslöser.« (Z. 694–698)

Die durch die Psychoseerfahrung veränderte Wahrnehmung ist Julia gegenüber gewissen Situationen sensibler sowie zugänglicher und bestimmte Bedeutungen können überinterpretiert werden (Bock & Heinz, 2016, S. 108). Wegen ihrer sensibilisierten Wahrnehmung, die mit den Bedeutungen einer überladenen Umwelt konfrontiert ist, ist Intuition für Julia kein verlässliches Instrument mehr. »Die Intuition ist der Erfolg einer gewissen Parteilichkeit, die von innerlich tiefbegründeten Vorlieben beherrscht wird und damit der Spekulation in die Hände arbeitet« (Freud, 1920, S. 268). Julia wird in einem bedeutsamen und übersensibilisierten Moment an eine tiefe Vorliebe erinnert, die nun in ihrer Verunsicherung zur Handlungsintention wird. Julia vermischt dies dann mit ihrer »eigenen Fantasie« (Z. 548). Sie wurde »auserwählt« (Z. 550), die »Woche, wie in einer Spirale mehrmals zu erleben« (Z. 551). Neben dem Gefühl der Zeitreisen, was sie mit der Möglichkeit des Träumens (Z. 554) begründet, um eine für sich plausible Erklärung zu geben, hat sie eine für sich logische Erklärung für die »Erschaffung von Gott und Universum« gefunden (Z. 578–579). In dem Gefühl, auserwählt zu sein, steckt Julias Wunsch, gesehen zu werden, wie in 5.2.8. erkennbar wird. Die Angst, nicht gesehen zu werden, weckt intuitiv eine Reihe von Handlungen, durch die sie präsenter wird.

»Bin dann nach und nach auf die Idee gekommen, dass ich jetzt, wie gesagt, weiß was Gott ist, dass wir alle irgendwie ein bisschen Gott sind und dass die Leute, die sterben, den / den Seele sich irgendwie auf die anderen Lebenden ein bisschen verteilt, dass sie Teil davon sind.« (Z. 580–582)

Im anderen Strang (Z. 579) offenbart sich eine Auseinandersetzung mit der Angst vor dem Tod und dem Sterben. Die Überhöhung als »Auserwählte« und die Erkenntnis darüber, wie »Gott und die Welt funktioniert« (Z. 590–591) macht die Auseinandersetzung erträglich. Julia sieht in ihren Kindern, mit denen sie zu dem Zeitpunkt viel

Zeit zuhause verbringt, »ein Teil von göttlichen oder von verstorbenen Seelen« (Z. 599–600). Sie folgt ihren Töchtern, während diese in verschiedenen Räumen spielen, weil sie der Überzeugung ist, diese werden von »verstorbenen Menschen, die ihr nahe stehen, geführt« (Z. 606–607). In einem verwinkelten Raum, den sie nie benutzen und der deswegen etwas Mystisches hat, steht ein »Engelchen« (Z. 611), welches auf ein »Zettelchen« (Z. 613) zeigt. In der Erzählung wird nicht deutlich, ob es sich bei dem Engel um eine Dekorationsfigur oder eine visuelle Täuschung handelt. Der Zettel war ein Ausschnitt aus einer Zeitung des verstorbenen Vorbesitzers des Hauses und Julia hat hier eine Botschaft des verstorbenen Schwiegervaters vermutet (Z. 618). Sie »hatte die Aufgabe« (Z. 619–620) diese ihrem Mann zu zeigen, um sich Wahrnehmung zu verschaffen. Der Mann reagierte nicht so, wie von ihr erhofft.

»So hatte ich quasi die Aufgabe / dann hab ich das meinem Mann gezeigt und der so °ja na und°. Das sind Ausschnitte aus einer Zeitung // mmh // und da wurde ihm endgültig klar, dass ääh / dass ich baller baller bin.« (Z. 619–621)

Durch Julias Interpretation, Teil von einem göttlichen Plan zu sein, der auch ihre Kinder und verstorbene Verwandte betrifft, wird Julias Motiv des Wunsches nach Überhöhung deutlich. Als »Auserwählte, die für Frieden auf der Welt sorgen soll« (Z. 625) und deswegen mit voller Überzeugung »Geheimdienste und Militär kontaktiert« (Z. 627–628), fühlt sie sich von der Aussage ihres Mannes enttäuscht. Als dieser versuchte Julia zu überzeugen, in die Psychiatrie zu fahren, konnte sie sich teilweise auf seine Worte einlassen, da er eine Formulierung nutzte, die zu ihren Vorstellungen gepasst habe.

»Und dass / ich sage die Aussage von meinem Mann, so kann das weitergehen, hat zu meinen wirren Vorstellungen gepasst. Das war einer davon, für mich war, so kann es nicht weitergehen ääh einfach immer wieder derselbe Tag ääh kommt // mmh // das kann so nicht weitergehen, ich will aus dieser Spirale raus, deswegen muss ich wahrscheinlich Medizin nehmen, die mich / die was weiß, ich mit mir macht.« (Z. 556–560)

Die Fahrt in die Psychiatrie bewertete Julia als eine Fahrt zu einem »geheimen Treffen« (Z. 638) und der behandelnde Arzt sei ein »getarnter Außerirdischer« (Z. 755) gewesen. Diesem hätte sie sich als »superschlau« (Z. 761) präsentiert und ihre Fragen gewissenhaft formuliert, sodass man diese nicht für »Quatsch« (Z. 759) halten konnte. Hier bricht ihre Erinnerung ab und »sie weiß nichts mehr« (Z. 762). Zwischendurch hat sie in der Psychiatrie noch versucht, in ihrer »Rolle zu bleiben« (Z. 768) und wollte für Mitpatienten »möglichst viel Gutes tun« (Z. 769). Nach drei Wochen sei sie dann von ihren »wirren Vorstellungen geheilt worden« (Z. 777). Als die Psychose nachgelassen hatte und sie sich mehr und mehr von ihrer Rolle distanzieren konnte, hatte sie sich gegen den Rat des Arztes entlassen lassen (Z. 831–832). Nach dem Aufenthalt hat Julia immer noch nicht ihren »normalen Zustand« (Z. 838) erreicht und Dinge gemacht, die

sie »so nicht machen würde« (Z. 838). So wollte sie sich eine Wohnung kaufen (Z. 839), was in Julias Kontext als Ausbruch aus ihrer Alltagssituation interpretiert werden kann. Anstatt einer Flucht nach vorne, ist Julia in eine entgegengesetzte Richtung geflüchtet. Die nach der Psychose entstandene »schwere Depression« (Z. 842) wird zur passiven Handlung. Julia zieht sich in sich zurück, anstatt nach außen wirksam zu sein. Sie wird regungslos, anstatt aktiv zu bleiben. Die biografischen Erfahrungen und alltäglichen Anforderungen (siehe 5.2.6), können nicht mehr wie gewohnt bewältigt werden und hinterlassen Selbstzweifel, welche Julia noch länger begleiten werden (Bock & und Heinz, 2016, S. 118). Julias Psychoseerfahrung kann in Anbetracht des von ihrem vermuteten Auslöser und lang unterdrückter Vorlieben ein Versuch gewesen sein, ihre Lebenssituation kurzfristig zu verändern. Durch Überhöhung und Neubewertung ihrer Person stellt sie ihre Rolle, die sie als Hausfrau und Mutter einnimmt, in Frage und findet in ihrer neuen Rolle als Auserwählte eine Verdichtung ihrer unberührten Leidenschaften. Sie möchte auf keinen Fall übersehen werden und wer von Gott auserwählt wurde, kann nicht übersehen werden.

5.2.5 Fazit: Handlung und Bedeutung in der Psychose

Durch die Veränderung der Wahrnehmung in der Psychose verändert sich auch das Erleben von Mitmenschen und Umwelt. Gegenstände und Beziehungen erhalten neue Bedeutungen, die wiederum zu einem veränderten Sinnbezug führen. Die Interviewten schildern eine Perspektive, aus der sich ihre Intentionen und Motive zu handeln verändern. Das Verstehen gelingt, indem ich den Sinnzusammenhang der Interviewten rekonstruiere. Die Rekonstruktion in handlungstheoretischer Perspektive macht aber auch deutlich, dass der Sinnbereich der Psychose einen Zugang von außen hat und deswegen nachvollziehbar werden kann, zumal sich in der Erzählung ihr Sinn konstruiert.

Ulla stellt ihre Psychose auf einer deskriptiven Ebene dar. Dadurch kann rekonstruiert werden, warum und wie sie die veränderte Wahrnehmung, die Handlungsziele und -intentionen durcheinanderbringt. Obwohl sich die Psychose schleichend ankündigt, wird es für Ulla schwierig, regulative Mechanismen zu ergreifen, als wie wenn die Psychose schon »fortgeschritten« ist. Sie würde sich dann zwischen klaren und psychotischen Momenten hin und her bewegen. Handlungen können nicht mehr wie gewohnt ausgeführt werden, da die überforderte Wahrnehmung den Bedeutungsradius ihrer Handlungsmöglichkeiten und die Übereinstimmung zwischen Intention und Ziel ständig verändert.

Heinz verlagert oder vergrößert den Relevanzbereich seiner Aufmerksamkeit durch die Überhöhung bestimmter Bedeutungen. Bestimmte Wünsche, Überzeugungen oder

Bedürfnisse würde er energischer verfolgen, weil die Psychose die Hemmungen zu handeln durch die Überhöhung der Bedeutung reduziert. Die Motive der Handlungen sind möglicherweise schon geplant, nur wird ihre Umsetzung in der Psychose unproblematischer. Dadurch würde Heinz von der Psychose gelockt werden.

Ricardo entwickelt über die Bedeutungen seines psychotischen Erlebens einen für ihn geschlossenen und konstruktiven Sinnbereich. Die Bedeutungen seines Erlebens (göttliche Anweisungen oder Botschaften) fügen sich zu einem Sinn, der intentional für sein Handeln wird. Ricardos geschlossener Sinnbereich steht aber automatisch im Konflikt, da dieser so ausgelegt ist, dass er unmittelbar zu Missverständnissen führt. Seine Handlungen werden demnach als krank gedeutet, was seine Unsicherheit, das Richtige zu tun, verstärkt und den Sinnbereich, der die Funktion des Selbstschutzes hat, weiter begrenzt.

Davids Erleben während seiner ersten Psychose hat ein persönliches Handlungsfeld eröffnet, welches ihm nur für einen gewissen Zeitraum zugänglich war und überdies überbordende Bedeutungen bereitgestellt hat. Als transzendente Erfahrung wird die Psychose zu einem Motiv der Erlösung, die er durch den beschränkten Sinnhorizont seiner Depression betrachten muss. Die Depression aber überlagert die Besonderheiten, weil sie in ihrer Gleichgültigkeit die Intention verstummen lässt. Das Motiv, »Gott zu sein«, wird jetzt nicht mehr als Überhöhung, sondern als schamvoll und belastend erlebt.

Dennis wird in seiner Psychose auf eine Mission geschickt, was synonym für erweiterte Handlungsmöglichkeiten steht. Erst mit dem Motiv der Mission gelingt es ihm Handlungen, auszuführen, um Beziehungen zu akquirieren. Durch das Stimmenerleben haben sich die Sinn- und Bedeutungsbezüge geändert, in denen Beziehungen leichter realisierbar wirken. Im Gegensatz zur Simulation in der Psychose wird die Depression zur knallharten Realität, die die reizvollen Bedeutungen überlagert.

Vanessas Wahrnehmung wird durch die Psychose so verändert, dass sie ihr soziales Umfeld entweder als bedrohlich oder als bedroht erlebt. Durch die radikale Veränderung der Bedeutungen entwickelt sich ein Motiv, das rasches Handeln fordert, um sich gegen Bedrohungen wehren zu können. So versucht sie, Gefahren von sich oder anderen mit ihren Handlungen abzuwenden. Die veränderten Intentionen werden zu großen Anstrengungen, die Vanessa auch mal an ihre körperlichen Grenzen bringen können. Die ständige Aufforderung zur Handlung wird schließlich als Kontrollverlust erlebt.

Julia kündigt vor ihrer Erzählung ihre Unsicherheit an, die Handlungen während der Psychose nicht entsprechend rekonstruieren zu können. Da ihre Psychoseerfahrung zum Zeitpunkt des Interviews erst sieben Monate zurückliegt, und die Verarbeitung noch nicht abgeschlossen ist, rekonstruiert sie ihre Psychose in mehreren Strängen,

die wiederum einander überlagernde Handlungen repräsentieren. Jeder dieser Stränge spielt sich in unterschiedlichen Rahmenbedingungen ab, in denen Julia jeweils andere Motive und Intentionen entwickelt, die aber allesamt auf eine Überhöhung ihrer gegenwärtigen Lebenssituation abzielen, indem sie zu etwas Besonderem wird. Das Motiv des Besonderen wird für Julia handlungsleitend und endet schließlich in einer großen Enttäuschung.

Die Psychoseerfahrung selbst hinterlässt bei den Interviewten einen bleibenden Eindruck, der als Zäsur, Widerfahrnis oder ontologische Unsicherheit gedeutet werden kann und in der Identität Spuren verursacht, die irgendwie bearbeitet werden. Mit einmal verändert sich der innere Handlungsplan und mit ihm Motive und Intentionen, die für den Erfahrenen selbst erst im Laufe der Zeit nachvollziehbar und sinnhaft werden. Für Außenstehende wirken sie irritierend und bedrohlich. Daraus resultiert eine grundsätzliche Schwierigkeit der Verständigung und der gegenseitigen Verunsicherung. Die Interpretation der psychotischen Motive als krank entwertet die Erfahrung und nimmt ihre existenzielle Basis, was den Erfahrenen mit seinem Erleben isoliert und schließlich mit seinen Überzeugungen und Vorstellungen zurücklässt.

5.2.6 Identitätskonflikte und -strategien

Dieser Punkt beschäftigt sich mit den Identitätspositionierungen der Interviewten und möchte zeigen, wie die Psychose auf das Selbstkonzept der Interviewten wirken kann. Aufgrund der Veränderungen durch die Psychose verändert sich der Umgang mit den Anforderungen der Gegenwart. Diese verlieren ihren bekannten Charakter und werden als ungewohnt, irritierend, fremd, verängstigend und verunsichernd wahrgenommen. Dadurch entstehen Zweifel am Selbstkonzept, das in der Erinnerung an das Vergangene sowie mit dem Blick auf das Zukünftige verhandelt wird (Rosenthal, 2008, S. 181). Die darin durch die Psychose implizite »Selbst-Veränderung« (Straub, 2015, S. 29) wird manifest durch das Infragestellen von Gewohnheiten, Routinen und Gewissheiten. Die Psychose zeigt (im Sinne der Verlaufskurvenentwicklung) die eigenen Grenzen auf, markiert in der Regel die Notwendigkeit eines Lebenswandels und die Transformation des Selbstkonzeptes, da sie die Anpassung oder Neuausrichtung an die Gesamtsituation erfordert. Diese Schritte sind weder einfach zu gehen noch leicht zu akzeptieren, denn die ›Störung‹ durch die Psychoseerfahrung betrifft die Selbstverständlichkeiten des Alltags und die Selbstwahrnehmung als gesamte (Corbin & Strauss, 2010, S. 23). Hinzu kommt, dass Autonomie- und Selbstwirksamkeit durch verschiedene soziale Akteure verletzt werden, und das provoziert nicht selten Gegenreaktionen, die in Konflikten, Ablehnung oder Distanz münden können (ebd., S. 73). Alltagsstrukturen und die Erneuerung der Handlungsrouninen und -orientierungen habe ich in Punkt 5.2.2. dargestellt. Hier möchte ich stärker auf Konflikte, Unsicherheiten und Akzep-

tanzschwierigkeiten eingehen, die der Erfahrene mit seiner Neu- oder Umorientierung erlebt. Dabei rekonstruiere ich, wie der Interviewte die neuen (oder das Festhalten an den alten) Handlungsentwürfen (vor sich und seinem sozialen Umfeld) rechtfertigt, relativiert, legitimiert, begründet oder ablehnt und wie sich das in der Selbstdarstellung ausdrücken kann (›Identitätsstrategien‹). Durch die Berücksichtigung biografischer Erzählungen möchte ich die »Identitätsveränderung hinsichtlich des Bruchs der bisherigen Lebensführung« (Schütze, 1981, S. 111) herausarbeiten, um den abgewehrten, vielleicht auch erfolgreichen Identitätswandel, zu erklären. Eine intensivere Darstellung der von mir verwendeten Identitätskonzeption findet sich in 2.1 und 3.1.6.

5.2.6.1 Handlungsroutinen als Identitätspflaster: Ulla

Ulla hatte ihre erste Psychose, vergleichbar mit Julia, erst in ihren 30ern erlebt. Zu diesem Zeitpunkt hat sie schon einige Stationen in ihrem Leben gemeistert; sie ist in einem Beamtenverhältnis, hat einen verantwortungsvollen Job, für den sie sich gerne engagiert und hat lange Zeit die Pflege ihrer engen Angehörigen übernommen. Die erste Psychose ist eine Zäsur. Das geminderte Leistungsniveau ist für Ulla eine neue Situation, welche schwer zu akzeptieren ist, weil sie ihre gewohnte Leistungsfähigkeit und entsprechende Handlungsroutinen nicht mehr abrufen kann. Sie muss sich an die neuen Bedingungen anpassen, was eine »Neudefinition der Identität« (Corbin & Strauss, 2010, S. 94) erforderlich macht, in der auch Veränderungen der Selbstvorstellungen integriert werden können (ebd., 96).

»Das wird schon // mmh // also und äähm wenn ich jetzt so auf die letzte Zeit einfach zurückblicke, äähm würde ich das jetzt nicht mehr schaffen im Endeffekt dieses äähm (...) ich gehe Vollzeit, 40 Stunden in der Woche arbeiten und ääh mach dann nebenher noch dieses und nebenher noch jenes und mach noch ne dritte Aufgabe draus, würde ich einfach nicht mehr schaffen. Da würde ich dann halt einfach merken, ich werde müde, ich werde unkonzentriert, ich mach Fehler // mmh // und das meine ich mit der Belastbarkeit ist nicht mehr da. Also ich könnte dieses Pensum einfach nicht mehr HALTEN [...].« (Z. 221–227)

Die Psychose hat Ulla dazu gebracht, ihren Lebensstil zu überdenken, was zu einigen Veränderungen geführt hat. Sie kann nun nicht mehr einfach Dinge machen, sondern muss ihre Anforderungen gezielt steuern, über mehrere Tage verteilen oder ganz Abstand nehmen. Sie muss ständig auf sich aufpassen, muss sich »selber begrenzen« (Z. 173–174), braucht »verstärkt Ruhe« (Z. 175) und muss mehr »auf mich achten, obwohl ich ein Mensch bin, der immer wieder dazu tendiert ähm ich mach das noch, ich mach das doch [...].« (Z. 176–177). Häufig würde sie in »alte Muster« (Z. 173) verfallen und benötigt dann »Reflexion von außen [...], wenn man in son ner Tretmühle drinn ist«

(Z. 180–181). Der Hinweis von außen hilft Ulla bei der Handlungsregulation. Dabei wird aber deutlich, wie schwer es für sie ist, zu akzeptieren, nicht mehr das zu leisten, was vor der Psychose möglich war. Sie verlässt sich auf ihre Freunde als Korrektiv von außen (Z. 183), die sie aus der »Tretmühle« ziehen, da Ulla immer weiter treten würde, ohne dies vielleicht selbst zu merken. Der Freundeskreis wird so in die Verantwortung genommen, da »man ja nicht so schnell aus seiner Haut« (Z. 172) kommt. Mit dieser Aussage, die alte Haut abzustreifen und sich eine neue zuzulegen, versinnbildlicht Ulla, wie schwierig es ist, das gewohnte Selbstkonzept aufzugeben und entsprechend den neuen Bedingungen zu aktualisieren.

»Ja, ich merke, dass ich ääh ich halt etwas mehr Zeit für die Aufgaben brauche, wie vor der Erkrankung // mmh // einfach. Und äähm die dementsprechend schaffe ich ja weniger. Und das erstmal ääh anzuerkennen, dass sich selber einzugestehen, es geht jetzt einfach nicht und dann ääh gerate ich aber auch schneller in Stress. Dann also Sachen, die mich früher nicht gestresst haben, da kommt bei mir jetzt schonmal ein bisschen der Stressfaktor halt HOCH und da / äähm da muss ich dann halt auch einfach erkennen, dass es mich gerade mich stresst und dann mich auch selber disziplinieren und zu sagen, tu dir das in Ruhe an, ist schon nicht so SCHLIMM.« (S. 215–221)

An die Anerkennung und das Eingeständnis der verlorenen Fähigkeiten muss sich Ulla regelmäßig mit aller Macht erinnern. Dies gelingt nicht immer, und aus Gewohnheit und womöglich aus dem Bedürfnis heraus, noch die alte zu sein, steuert Ulla gegen die neuen Vorstellungen. Dies verlangt viel Disziplin, da das »Was-tun-Gefühl« und das »Rastlose« (Z. 207) und der Eindruck »mich zu beschäftigen« (Z. 208), sich durchsetzen und Ulla dann »gegensteuern« (Z. 209) muss. Das »Gegensteuern« erweckt den Eindruck, dass Ulla einen riesigen Kraftaufwand betreiben muss, da sich ihre gewohnten Handlungsmuster unbewusst durchsetzen. Sich zur Ruhe und zur Entspannung disziplinieren zu müssen, wirkt dabei nahezu paradox. Ulla bekräftigt, wie schwer es ihr fällt, die Veränderungen zu akzeptieren.

»Von daher, das meine ich mit Belastbarkeit. Ich / ich krieg es einfach nicht mehr hin // mmh // so und das war ein langer Weg zu erkennen, dass ich das nicht mehr hinkriege [...].« (Z. 230–232)

Die Veränderungen werden konkret, weil Ulla feststellt, dass »manche Sachen eben früher leichter gefallen sind« (Z. 236). Sie sei »unkonzentrierter« und »würde mehr Fehler machen« (Z. 239). Der »Ärger« (Z. 239) darüber wird zum Gradmesser, der ihr die Veränderungsnotwendigkeit gegen ihre Bereitschaft bewusst macht. Doch als »hilfsbereiter Mensch« (Z. 731), der sich für andere »aufgeopfert« (Z. 735) hat, blockieren die altruistischen Motive die Veränderung, weil neben der »Selbstaufgabe« (Z. 733) das Aufgeben der anderen viel schwerer wiegt. Sich davon distanzieren zu können, wird für Ulla zum Meisterstück.

» [...] musste ich halte lernen zu sagen, OK ich kann mir das anhören, kann sagen, ich kann dir helfen, ich kann dir nicht helfen, kann dir vielleicht noch / ich kann dir vielleicht einfach zuhören, willst du noch einen Ratschlag, willst du nicht? Ok, dann lass ichs aber dann auch stehen zu lassen und mir dann nicht noch Gedanken drüber zu machen. Also das ist glaube ich noch somit das Wichtigste von der Erkenntnis her [...].« (Z. 753–757)

So wird die Korrektur durch den Freundeskreis von Ulla eingefordert. Diese können Ulla von ihren Motiven entlasten. Darüber hinaus übernimmt der Freundeskreis weitere für Ulla wichtige Strategien im Umgang mit der Psychose. Die Erfahrungen mit der Psychose hätten ihr »Selbstbewusstsein« (Z. 773) genommen und die Situation sei ihr »superpeinlich« (Z. 771), wofür sie nun viel »Scham« (Z. 772) empfinden würde. Informiert sei nur der »engste Freundeskreis« (Z. 271). Diese hätten die Psychose ohnehin miterlebt und würden sich als »Bezugspersonen« (Z. 274) eignen, die Ulla unterstützen können. Sie ist sich aber selbst im Klaren darüber, dass die »Wesensveränderung« (Z. 279), die man in der Psychose durchmacht, für »Außenstehende« (Z. 278) schwierig sein kann. Ulla, die sich sehr um die Kontrolle ihrer Psychoseinformationen bemüht und diese aus Sorge und Scham nur spärlich weitergibt, kann ihre engsten Freunde mit einbeziehen, da diese ohnehin schon mit Ulla in ihrer Psychoseerfahrung konfrontiert waren. Das senkt die Hemmschwelle darüber zu reden, auch wenn Ulla einen Komplott ihrer Freunde gegen sich vermutet hat (siehe 5.2.4.). Die einstigen Verdächtigen werden nun zu den engsten Verbündeten, da die Beschädigung der Identität ohnehin nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. Die Freunde, die im Zweifel wieder der Verfolgung verdächtigt werden können, werden zu Interventionsbevollmächtigten (Z. 325–326), die Ulla aus ihrer Psychose retten sollen. Die Freunde als Kollateralschaden der Psychose übernehmen die Schadensregulierung. Ulla versucht die Abwertung der Freunde in der Psychose durch ihre Aufwertung als Ersthelfer, die exklusiv über die Informationen verfügen können, zu kompensieren. Eine besondere Situation bleibt den Freunden in jedem Fall überlassen.

»Also äähm dass ich meine Freunde beschuldigt habe, dass sie mich ausspionieren oder / oder solche Sachen. Das sind ja (...) Vertrauensbrüche in der Hinsicht, dass ich denen ja nicht gerecht werde und die mussten da natürlich auch erstmal mit umgehen, dass ich denen vorwerfe: Ne, du willst ja das und das von mir [...].« (Z. 621–624)

Ulla hat die Freunde im Detail instruiert, so dass sie unmittelbar reagieren können. »Der Zustand wird akzeptiert« (Z. 689), aber es »geht auch vorbei« (Z. 688). Die Freunde haben dann die Verantwortung für den Schaden, den die Psychose anrichten würde, so gering wie möglich zu halten, weil Ulla, die den Umgang mit ihrer Psychose als »Versteckspiel« (Z. 693) bezeichnet, ein Gefühl von »Sicherheit« (Z. 690) erhält, wenn die Freunde sich schützend in Stellung bringen. Selbstredend hat dies eine präventive

Funktion, doch ist am Ende fraglich, wie viel Schaden die Freunde abwenden können. Nicht ohne Grund antwortet Ulla auf die Frage, was sie sich für ihre Zukunft wünscht,

» [...] dass wenn NOCHMAL ein neuer Schub kommen sollte, ich den rechtzeitig erkenne und dass ich gegensteuern kann oder dass äähm (...) mein enges soziales Umfeld den eventuell erkennt und mi / dann mal freundlich anklopft und sagt // mmh // äähm du musst jetzt [...].« (Z. 808–811).

Wie schon vor dem Interview und durch ihr Hadern nach dem Interview deutlich wird (siehe 5.1.1.), hat Ulla große Angst und Scham vor dem Aufliegen ihrer Psychose. Deswegen instruiert sie ihren Freundeskreis zur Kontrolle und geht sorgsam mit den Informationen nach außen um. Das »Versteckspiel« wird zur großen Herausforderung, zumal Ulla sich nach innen auch über ihre veränderten Handlungsroutinen rechtfertigen muss, die nicht eingeweihten Freunden oder Arbeitskollegen auffallen könnten.

5.2.6.2 Psychiatrieerfahrung als Berufung: Heinz

Heinz stellt seine Psychose- und Psychiatrieerfahrung in den Fokus seiner Erzählung. Seine Selbstdarstellung begründet sich in seiner Psychiatrieerfahrung, die für ihn initial war, sein Leben zu verändern. Psychiatrie- und Psychoseerfahrung werden zum bestimmenden Merkmal seiner Identität, daraus zieht er den Sinn für seinen Lebenswandel und zeigt, warum er sich aus biografischen Gründen mit der Veränderung abfinden kann. Wie schon beschrieben, ist die Arbeit in der Selbsthilfe für Heinz nicht nur ein Job.

» [...] gleichzeitig dadurch, dass ich so arbeiten kann, wie ich jetzt arbeite, habe ich so meine Art / kann man fast sagen, Berufung gefunden.« (Z. 82–83)

Die Arbeit in der Selbsthilfe wird für Heinz zum Lebensmittelpunkt, weil diese seinen Alltag füllt, ihn »stabilisiert« (Z. 82), er Kontakte mit anderen Menschen knüpfen, sich für die Verbesserung der psychiatrischen Behandlung engagieren und er letztendlich auch noch Geld verdienen kann. In seinem früheren Job als Schwimmmeister hat er »den Sinn nicht mehr gesehen und es ist nicht mein Ding gewesen« (Z. 91). Hinzu kommen kaum Abwechslung gehabt zu haben und Konflikte mit Badegästen (Z. 93). Letztendlich hätte er davon »Depressionen« (Z. 89) bekommen.

»Weil vorher war für mich wichtig gutes Geld VERDIENEN, Frau zu haben, Kinder und zur Arbeit zu gehen und zu feiern. So dann habe ich irgendwann gemerkt, das ist doch gar nicht der Sinn des Lebens // mmh // der Sinn des Lebens kann ich zwar / kann ich zwar nicht genau definieren. Den kann man nur selber spüren.« (Z. 481–484)

Mittlerweile hat er gelernt, sich mit seiner finanziellen Situation zu arrangieren und mit weniger zufriedener zu sein (Z. 105–106). Der Verdienst in der Selbsthilfe gibt ihm ausreichend »Sicherheit« (Z. 119), da auch genug Geld für Lebensmittel vorhanden sei. Eine »zeit lang« (Z. 121) sei er zur »Tafel« (Z. 120) gegangen, was er als sehr »demütigend« (Z. 121) empfunden hat. Er beschreibt die Situation bei der Tafel mit »Dis-harmonie« (Z. 123) und »Gedrängel« (Z. 122), was in Anbetracht der Versorgung mit Lebensmitteln eine große Bürde ist. Ein »finanzielles Polster« (Z. 127) hätte ihm »sehr gutgetan« (Z. 126). Sowieso würde er als »Befürworter von dem Grundeinkommen« dafür plädieren, dass »Menschen mit Psychiatrieerfahrung genügend Geld haben ihren Alltag zu bewältigen« (Z. 129–130). Durch seine Arbeit in der Selbsthilfe schöpft Heinz aus einem Vorrat von »Expertenwissen« (Schütz & Luckmann, 1988, S. 215). Viele der Personen mit denen Heinz Kontakt hat, werden auf vergleichbare Schwierigkeiten treffen, die er dann mittels seiner eigenen Erfahrungen als typisch für Psychiatrieer-fahrenere verallgemeinert. Die Vermischung eigener und fremder Erfahrungen sind für Heinz wichtig, da dies seine Positionierung als Selbsthilfeaktivist stärkt. Er weiß über die finanzielle Situation der Psychiatrieerfahrenen genauso Bescheid wie über deren Arbeitssituation in Werkstätten, die er als »Endstation« (Z. 139) mit »unverschämter« (Z. 136) Entlohnung und als sinnlose Tätigkeit ansieht (Z. 133). Seine Einschätzung hat ihm selbst den Ruck gegeben, in der Werkstatt zu kündigen, um das »unstimmige Gefühl« (Z. 143–144) loszuwerden. Diskriminierungen im Bereich Arbeit und Ent-lohnung sowie eine kaum vorhandene Durchlässigkeit auf den ersten Arbeitsmarkt sind Erfahrungen, die häufig von Menschen mit Psychoseerfahrung geteilt werden (Weinmann, 2019, S. 165; Richter, 2019, S. 93f.). Das Wissen wertet Heinz auf, da er diese Problematik erkannt hat und das anderen weitergeben möchte.

Ähnliche Erfahrungen hat er während seines ersten Psychiatrieaufenthalts gemacht, den er als »schrecklichste Erfahrung in meinem Leben« (Z. 638) und »die SCHLIMM-STEN sechs Wochen, die ich je gehabt habe« (Z. 638–639), bezeichnet. Die Behandlung empfand Heinz als »demütigend« (Z. 624), weil er von den Ärzten und den Pflegenden »einfach nur als Objekt benutzt wurde« (Z. 625–626). Der Oberarzt hat »nicht mit ihm gesprochen« (Z. 626). Er hätte ihn lediglich gemustert (Z. 623) und über Heinz in seiner Abwesenheit geredet, so dass er keinen Einfluss auf die Behandlung nehmen konnte (Z. 627). Deswegen hat er sich gefühlt wie »gefangen« (Z. 630) und an ihm seien mehrere Medikamente ausprobiert worden, die zu »Krämpfen« (Z. 635) und Reboundpsy-chosen (Z. 634) geführt hätten. Da er nun wisse, was ihm »bevorsteht« (Z. 643) und er seine »Rechte kennt« (Z. 642), könnte er sich entsprechend auf Psychiatrieaufenthalte einstellen. Die Darstellung des ersten Psychiatrieaufenthaltes wirkt wie ein Ritual des »beschleunigten Identitätswandels« (Schütze, 1981, S. 91), an dessen Ende Heinz als Person vernichtet und als Psychiatriepatient geläutert sein soll (Riemann, 1987, S. 434).

Heinz war bereits einmal verheiratet und er hat zwei Kinder aus erster Ehe (Z. 426). Seine Kinder hätten »auch genug zu Abstand zu mir« (Z. 788–789). Der Abstand scheint damit begründet, dass diese »Angst haben, dass ich da blamiere oder so« (Z. 790–791).

Dies sei bisher noch nicht passiert, beteuert Heinz, das sei aber nicht ausgeschlossen (Z. 791). Die erste Ehe sei zerbrochen, weil Heinz »Dummheiten« (Z. 424) gemacht hat, die er nicht näher ausführt und die Ehe mit seiner jetzigen Frau würde ihn »ganz glücklich machen« (Z. 425). Sein Hinweis, er müsste in der neuen Ehe »aufpassen« (Z. 427) und »ein bisschen arbeiten« (Z. 427–428), damit die »Ehe stabil bleibt« (Z. 428), weil »auch was passieren« (Z. 426–427) könnte, weist auf mögliche Schwierigkeiten in der ersten Ehe hin. Wenn die Kinder wegen möglicher »Blamagen« auf »Abstand« gehen, wird dies in den Gründen für die Trennung in erster Ehe zusammenhängen. Heinz muss aufpassen, dass sich dies nicht wieder ereignet und er arbeitet präventiv, wozu auch »stabil« zu bleiben gehört. Die Scheidung von seiner ersten Frau hätte ihn »unstabil« (Z. 96) gemacht und runtergezogen.

Heinz resümiert, dass sie Erfahrungen mit der Psychose ihn »bewusster« (Z. 459) gemacht haben und er würde »mehr auf die Gesellschaft und andere Menschen achten« (Z. 459–460). Er sei »glücklicher geworden« (Z. 461), dass er sich nun mit Dingen beschäftigen könnte, die »Spaß« (Z. 468) machen würden, denn »Zwang wäre für Menschen mit seelischen Krisen Gift« (Z. 471–472). Außerdem sei er »reifer« (Z. 478) geworden, weil er »irgendwann gemerkt hat, was ne Krise« (Z. 479) werden kann.

»Durch ne richtig schöne KRISE bin ich eigentlich in dem Leben angekommen, was ich WOLLTE, weil da habe ich erstmal festgestellt, was wirklich wichtig ist.« (Z. 480–481)

Heinz sieht die Krise und die Psychose als Chance und Neustart zugleich. Dadurch würde er erkennen, was ihn vorher in seinem Leben unglücklich gemacht und blockiert hat und welche Veränderungen er selbstbestimmt in Angriff nehmen müsste, um sich langfristig besser zu fühlen (Amering & Schmolke, 2012, S. 244). Durch das »Spüren des Sinns des Lebens« (Z. 484) schlägt Heinz intuitiv die richtige Richtung ein, um seine Ausgangslage für sich zu verbessern. Er beharrt auf die »Wichtigkeit des jetzigen Moments« (Z. 487) und möchte sich nicht damit beschäftigen, was gestern war und morgen sein wird. Er akzeptiert die »Quintessenz« (Z. 493) seines Lebens als »Resultat meiner Vergangenheit« (Z. 491) und das würde ihn »reifer für das wesentliche« (Z. 494) machen.

Die Nüchternheit mit welcher Heinz sich darstellt, wird zur Strategie die Erlebnisse und die möglichen antizipierten Erlebnisse mit einer Gleichgültigkeit aufzufassen, die für sein Selbstverständnis wichtig sind, da viele seiner Erfahrungen (Psychose, Scheidung, Abstand der Kinder, demütigende Psychiatererfahrungen oder sinnlose Arbeitserfahrungen) mit Scham und Unsicherheit gekennzeichnet sind, die das Fundament seiner Identität (»Quintessenz«) auf den Prüfstand stellen. Es folgt eine Neuausrichtung seiner Identität. Heinz Darstellung, in der er sich als »reifer« und »bewusster« beschreibt, ist eine Identitätsstrategie, die »Spannungen zu reduzieren« (Goffman, 2012 [1967], S. 145) soll, da sie »die Normalen« dazu herausfordert, die Psychose oder die »Schizophrenie« nicht als Problem, sondern mehr als Lösung auf seinem Lebensweg

anzuerkennen. Diese Strategie würde außerhalb der Selbsthilfe wohl eher als Provokation gewertet werden, weil die Psychose ein Makel ist, durch den langfristig keine reife oder bewusste Lebensführung zu erwarten ist. Für Heinz wurde die Erfahrung wichtig, weil sein »Ich gerüttelt« (Z. 505) wurde und er so »festgestellt hat, dass dahinter immer noch was ist« (Z. 505–506). Heinz unternimmt hier ein Plädoyer gegen Oberflächlichkeit und Materialismus, welche er als sinnlos und überflüssig identifiziert hat. So formt er seine Psychose und das Leben danach zum Gegenentwurf der Werte eines normalen Lebens, welches er als krankmachend und belastend ablehnt. Diese bewusste Distinktion suggeriert »den Normalen«, dass ihr Leben nicht erstrebenswert ist. Mit dieser Provokation wertet Heinz seine Erfahrung auf und kann sich so gegen die Normalität als Bedrohungsszenario aufrichten.

» [...] also eigentlich dient das zum Erwachen irgendwo, würde ich sagen, ne Psychose. Im Prinzip irgendwie zum Wachsen und auch seine / seine negativen Charaktereigenschaften äähm anzuschauen auch, ne // mmh // was Besseres kann mir doch gar nicht passieren, in der Psych / wie / wie / kein Mensch sagt mir meine Schattenseiten direkt ins Gesicht aber meine Psychose zeigt es mir bewusst, ne // mmh // und die INHALTE meiner Psychose / ja, klar die haben immer mit Erleuchtung zu tun gehabt bis jetzt. Also irgendwo muss ich damit ein Problem haben oder irgendwie / mmh Ding mithaben, ne.« (Z. 559–565)

Im Zweifel kann Heinz auf seine Erfahrungen zeigen, die ihn zum besseren Menschen gemacht hätten (Z. 570–571). Der »gesamte Bekanntenkreis« (Z. 691) würde aus Menschen bestehen, die »alle einen anne Macke haben« (Z 683). Freunde und Familie würden sich »entfernen« (Z. 690). Zu schwierig und zu eingefahren sei der Moment der Selbstpositionierung. Möglich ist ein selbstgewählter (oder auch notwendiger) Rückzug von Heinz in die »Psychoszene« (Pauge et al., 2018), da sich hier viele Fragen gar nicht mehr stellen und der Umgang miteinander ein anderer ist. Dies ist sicher eine betrübliche Situation, was man daran sieht, dass Heinz erst schlagartig erwähnt: »Natürlich habe ich Freunde, die sind nicht krank« (Z. 681–682). Das revidiert er dann aber am Ende der Sequenz (»also mein gesamter Bekanntenkreis«). Längst hat er eine Bilanz für sich daraus gezogen.

» [...] aber mittlerweile fange ich auch nicht damit an, gleich beim ersten Mal zu sagen, ich bin psychisch krank. Das ist nämlich der größte Fehler, den man machen kann. Wenn man als erstes sagt ein Gespräch oder so, wenn man irgendwo anderen Leuten sagt, dass man krank ist. Damit kann man sich viel kaputt machen. Das habe ich mir mal abgewöhnt, dass ich das immer sage.« (Z. 684–688)

Durch seine Aktivitäten und sein öffentliches Auftreten in der Selbsthilfe ist es dann aber nur eine Frage der Zeit, bis er seine Identität offenlegen muss und es zu unangenehmen Fragen oder gar direkt zur Distanzierung kommt. Manche dieser Menschen bezeichnet Heinz als »Narzissen« (Z. 718), mit denen man »nix anfangen« (Z. 715) könnte. Diese Strategie hilft Heinz, die Problematik in der Persönlichkeitsstruktur des

Gegenübers zu suchen und die Folgen von Diskriminierung und Stigmatisierung nicht als soziales Problem festzumachen. Letzteres anzuerkennen wäre wieder mit Scham und Unsicherheit verbunden, da sich eine allgemein soziale Positionierung kaum Veränderungsmöglichkeiten bereithält und die eigene Ohnmacht offenbart. Die Kategorisierung als Narzisst hilft ihm von »so Menschen, die so ne Krise gehabt haben so, die auch bodenständig sind, die auch lieb sind irgendwo« (Z. 723–724) zu unterscheiden und letztere zu überidealisieren. Dadurch schützt er sich vor der Abwertung und wertet sich mit den Menschen auf, die bei ihm Unterstützung suchen.

Heinz gelingt es, die Vor- und Nachteile seiner Psychiatrie- und Psychoseerfahrung darzustellen. Die Selbsthilfe und die Psychoszene geben ihm Rückhalt und werten ihn mit seiner Erfahrung auf. Sind aber auch gleichzeitig sein letzter Rückzugsort, weil der offene Umgang mit Psychiatrie- und Psychoseerfahrung den Nachteil des Ausgegrenzt-Werdens mit sich bringt. Nach außen entwickelt Heinz Strategien (Abwehr von Narzissten, Distanz von Familie, Psychose als »Reinigungsprozess«), um der Bedrohung präventiv entgegenzuwirken. Nach innen ist Heinz auf die Toleranz seiner Mitstreiter angewiesen. Obwohl er sich selbstbewusst gibt, dies »im Griff zu haben« (Z. 787), ist die Psychose, wie er sie beschreibt (siehe 5.2.8), auch für das toleranteste Umfeld eine Herausforderung.

5.2.6.3 Zwischen Medikamente und Autonomie: Ricardo

Ricardo, der dauerhaft betreut wird und darüber hinaus verschiedene Unterstützungsleistungen in Anspruch nimmt, muss sich also dementsprechend häufiger für Handlungen rechtfertigen, die sich nicht mit den Vorstellungen seines Umfeldes decken. Durch das enge Netz aus Beobachtung und Kontrolle wird jede Änderung seines Handlungsplans wahrgenommen. Es verwundert nicht, dass sich der Autonomiekonflikt im Umgang mit Medikamenten entlädt. Für Ricardo ist klar, dass sein körperliches Leid durch Medikamente ausgelöst wird. Diese machen ihn dick, unbeweglich, lösen Folgeerkrankungen aus und er fühlt sich zunehmend unattraktiv. Die anhaltende Schwere und Antriebslosigkeit blockieren Ricardo in der Gestaltung eines selbstbestimmten Alltags: »Wenn ich erstmal auf der Couch liege, dann schaffe ich nix mehr« (Z. 78). Nicht allein der Zwang, dass Ricardo seine Medikamente einnehmen muss, sorgt für den Konflikt, vielmehr ist es seine Überzeugung, dass die Medikamente ihm körperlich so sehr schaden und er dadurch an Autonomie einbüßt und einen Alltag erlebt, mit dem er sich nicht identifizieren kann. Ricardo möchte mit Bewegung und Sport (Z. 203) oder einer angepassten Ernährung (Z. 181f.; Z.287f.) eine Veränderung erreichen. Er zweifelt aber, ob seine Verfassung nicht dennoch Veranlagung ist:

» [...] also ich habe eine Schizophrenie, glaube ich, die auch auf den Antrieb geht. Wo man so ein

bisschen vor sich her ähm / also es nicht depressiv, aber es ist meistens so, dass ich / also, um ein bisschen zu meinem Charakter zu sagen äähm ich bin jemand, der unbedingt für etwas äähm (...) Lebenslust oder Freude braucht.« (Z. 208–210)

Ob dies auf die Medikamente oder eine psychosomatische Reaktion zurückzuführen sei, wisse er auch nicht (Z. 879). Besonders bei Menschen wie Ricardo wird das gesamte Dilemma der Neuroleptikabehandlung deutlich. Die Einnahme hat zwar zur Folge, dass Ricardo in seinem unkontrollierten psychotischen Erleben³³ gebremst wird, dies geht aber auf Kosten seiner Energie und damit auf seine Lebenslust. Deswegen ist er auf eine fremd gestaltete Alltagsstruktur angewiesen (Z. 238). Das Übergewicht wird somit zum Symbol seines Leidens, denn ohne hätte er »ein besseres Körpergefühl« (Z. 275) und »ein dicker Körper macht gerade nicht Lebenslust« (Z. 277). Sein Leben wäre durch die Erkrankung »viel langfristiger geworden« (Z. 868), was sich für ihn durch »konstantes Leiden« in einem »erdrückenden Leben« (Z. 873) auszeichnet. Obwohl er sich erst unsicher und hadernd in seiner Einschätzung zu den Medikamenten zeigt, wird er im Verlauf des Interviews zu seiner Einstellung gegenüber den Medikamenten deutlicher.

»Es ist zwar sehr häufig geworden und sehr / ich werde sehr schnell wütend, aber für mich ist das so, dass ich wütend werde, weil ähm, weil ähm (...) ähm (...), weil ich so unzufrieden mit der Situation bin und weil es mir körperlich so schlecht geht, und deswegen will ich die Medikamente reduzieren.« (Z. 890–893)

Vermehrt werden ihm psychisch bedingte »Wutanfälle« (Z. 890) durch die Betreuer unterstellt. Für Ricardo ist die Unterstellung problematisch, denn so kann er sich nicht aus seiner »Zwickmühle« (Z. 934) lösen. Die weitere Einnahme würde an seiner körperlichen Situation, seinen psychosomatischen Reaktionen und seiner andauernden seelischen Qual nichts ändern. Das ist für Ricardo, der unbedingt seine körperliche Leistungsfähigkeit verbessern möchte, kaum tolerierbar.

» [...] und ich wollte eigentlich ääh / wollte eigentlich nicht die Tabletten reduzieren unbedingt, sondern diese / ääh dieser Leidensdruck ist halt de / de / de / de / der / dieser Faktor, der mich dazu führt, dass ich die Medikamente ablehne in so hoher Dosis [...]« (Z. 940–943)

Das Reduzieren oder Absetzen wird jedoch im sozialen Umfeld als nicht akzeptabel wahrgenommen. Durch die ewigen Verhandlungen würde er seine »Geduld verlieren« (Z. 1010), da er gedrängt werde, seine Medikamente wieder einzunehmen, obwohl er sich durch die Reduktion besser fühlen würde (Z. 1012). Das würde ihn »provozieren« (Z. 1014) und in »Rage« (Z. 1015) bringen, denn seine Sicht der Dinge würde unterminiert werden.

»Wenn ich aber denke, die sind dran schuld, weil sie mich die Medikamente nicht absetzen lassen / also, wenn die mich jetzt praktisch die Medikamente nicht absetzen lassen, sondern sagen: NEIN,

³³ Wie bereits in Punkt 5.2.1. erwähnt, erklärt Ricardo, sich in einer kritischen Phase zu befinden, die man als psychotisch verstehen könnte.

jetzt nimmst du die Medikamente und so weiter, dann bin ich nicht dran schuld, sondern sind die dran schuld.« (Z. 980–983)

Im Fokus dieser Auseinandersetzung steht, dass Ricardo nicht selbst über sich und seinen Körper entscheiden kann. Durch die enge soziale Kontrolle wird Ricardo in seiner Entscheidung beeinträchtigt und sein Anliegen wird gar in Frage gestellt, weil die drohende Psychose sich wie ein Schatten über alle Beteiligten legt. Selbstredend könnte man aus »professioneller Sicht« einwenden, dass das Reduzieren der Medikamente Ricardos Fähigkeit zur Beherrschung senkt und es dadurch gefährlicher werden könnte. Doch steht an anderer Stelle auch der Einwand, dass die Autonomie Ricardos berücksichtigt werden sollte, und zwar indem sein Wunsch unterstützt wird.

»Also wenn man mir keinen Ausweg lässt ähm, sondern immer weiter seinen Weg durchdrängen will, dann ist das eben so, dass ich dann mehr in Rage gerate // mmh // und ich bin jetzt auch leichter reizbar, dadurch, dass ich die Medikamente reduziert habe.« (Z. 1043–1046)

Ricardo selbst weist auf die Problematik hin, dass die Antipsychotika seinen »Kopfstoffwechsel« (Z. 1026) verändern würden und »es dann ja klar [ist], dass [die] irgendwas auslösen, wenn die weggelassen werden« (Z. 1027). Diese, für Erfahrene schlimme Situation, subsumiert Ricardo hier auf den Begriff der Veränderung des Kopfstoffwechsel, was entweder als Entzugssymptome oder als »Reiz- und Gefühlsoffenheit« charakterisiert werden kann, die als psychotisch fehlinterpretiert werden können (Schlimme & Scholz, 2022; Gründer 2022). Für Ricardo wird es schwer zu beweisen, dass er es ohne Medikamente schaffen kann. Ein Wutanfall ist ein direktes Indiz dafür.

5.2.6.4 Mit Fitness zur Coolness: David

David's Erzählung ist vor allem durch den Vergleich mit seinem Leben vor der Psychose geprägt. Einen großen Teil nimmt die Darstellung seines Körpers, seiner Fitness, seines Trainings und seiner Essgewohnheiten ein. Schon am Anfang des Interviews erwähnt er, dass er »früher sehr fit« (Z. 38) war und aktuell 30 Kilo zugenommen hat (Z. 39). Die Veränderung seines Körpers hat vor allem, wie schon in 5.2.2 erläutert, mit der regelmäßigen Einnahme eines Antipsychotikums zu tun, welches ihn dick und schwerfällig machen würde. Im Erzählverlauf wird deutlich, wie sehr David unter seinem Aussehen und seinem Gewicht leidet und er macht dies zu einem immer wiederkehrenden Thema.

»Es ist halt so, du musst dich so krass damit abfinden irgendwie, dass du halt von den Medikamenten zunimmst. So du musst dich so hart damit abfinden // mmh // wer nimmt gerne ne Pille, von der er fett wird so und wer nimmt / wer nimmt, die schon gerne [...]« (Z. 1446–1448)

Früher sei er erfolgreicher Pro Gamer gewesen und hat an internationalen Wettkämpfen teilgenommen (Z. 50–52; Z. 111). Er sei erfolgreich in der Oberstufe gewesen, die er mit etwas Verspätung begonnen hat (Z. 195–196). Er hatte einen großen Freundeskreis und sei viel unterwegs gewesen. Seine Leidenschaft war das Skateboardfahren, welches er »mit dem besten Gefühl überhaupt« (Z. 78) verbindet. Er hat in seinen 20ern so viel Sport getrieben, dass er es für »unrealistisch« (Z. 82) gehalten hat, so viel zuzunehmen. Früher hat er »sich gemocht«, weil er »dünn und drahtig war« (Z. 163–164). Gegenwärtig hat er das »Gefühl nicht präsentabel« (Z. 169) zu sein. Sein Gefühlsausdruck steigert David durch die Feststellung das »Gefühl zu haben, scheiße auszusehen« (Z. 170–171), was zu einer ständigen Selbstabwertung und einem generellen Unwohlsein führt:

»Ähm ich habe das Gefühl andere urteilen / be // mmh // also urteilen über mich und ich / ich mag das Gefühl nicht unbedingt so ne. Auf der einen Seite denke ich so: Jeder kann denken, was er will und ähm kann mir eigentlich egal sein. Aber da bleibt halt irgendwie noch so dieses Gefühl, ähm, der ist komisch oder ähm, der sieht unförmig aus@@ oder irgendwie solche Sachen. Und ähm dazu kommt dann halt noch der Faktor, dass ich mich halt selber ein bisschen unwohl fühle und diese ganze Kombination von diesen Dingen / es ist einfach so, dass ich das nicht mehr so genießen kann // mmh // unter Leuten zu sein.« (Z. 171– 178)

David macht in dem Interview deutlich, wie wichtig ihm ein gutaussehender Körper ist. Damit rechtfertigt er seine Depressionen, da ihn der nicht präsentable Körper deutlich verunsichert. Mit großer Wahrscheinlichkeit ist die Selbstwertproblematik nicht erst mit der Psychose aufgetreten, sondern hat dazu geführt, dass er vor der Psychose sehr viel in seinen Körper investiert hat und das auf Kosten seiner Gesundheit (Z. 200–201).

Er sagt über sich, er sei schon immer ein »schüchterner und zurückhaltender Mensch« (Z. 190–191) gewesen. Mit Anfang 20 sei es aber zu einer plötzlichen Lebensveränderung gekommen. Er hätte versucht, sein Abi nachzumachen, sei sehr viel Skaten gegangen und habe viel Kraftsport betrieben (Z. 198–200). Zudem ist er das erste Mal in seinem Leben »feiern« (Z. 198) gegangen und habe dann angefangen, vermehrt Drogen und Alkohol zu konsumieren. Wegen des Alkoholismus seines Vaters, stand er dem Alkohol lange »distanziert« gegenüber (Z. 216–217). Besonders wichtig war der Marihuanakonsum und das Skateboardfahren, denn beides würde sich ganz gut ergänzen.

» [...] und dann bin ich halt so ein bisschen son ein Stoner geworden einfach. Halt regelmäßiges Grasrauchen, zu der Skateboardkultur hat das auch gepasst mehr oder weniger, weil viele Skater paffen halt.« (S. 221–223)

David, der lange mit seinem Selbstwert zu kämpfen hatte, adaptierte die für die Szene typischen Eigenschaften und setzte dies in seiner persönlichen Identität um. Seine Fähigkeiten, gut Skateboard zu fahren, werden ergänzt durch das Marihuana, was

ihn in seiner Identität komplettiert. Die Zugehörigkeit wird über den Drogenkonsum mitentschieden und mit der Leichtigkeit des Skatens assoziiert. Da das Skateboard Fahren ein Sport ist, der wenig auf ein Kollektiv oder körperliche Fitness setzt, was bei Einzelsportarten häufig Voraussetzung ist, ist der Konsum auch wegen der Überschneidungen in verschiedenen Subkulturen keine Barriere, sondern eher ein Gewinn. Dies erkennt auch David für sich. Für welchen das so ein »bisschen zum Lifestyle« (Z. 225–226) geworden ist. Retrospektiv gesehen ist es für ihn logisch, dass der Alkohol- und Drogenkonsum für die Psychose »am ausschlaggebendsten« war, da er vor seinem zwanzigsten Lebensjahr keine Berührungspunkte mit Drogen und Alkohol hatte (Z. 211–212).

Seine Identitätsvorstellungen möchte er zusätzlich durch eine Ernährungsweise erlangen, die zum einen sehr viel Disziplin und körperliche Anstrengung verlangt und zum anderen eine zweifelhafte Art und Weise der Ernährung ist. David hat über einen längeren Zeitraum eine vegane Rohkostdiät durchgeführt, die überdies für einen Schüler schwer zu finanzieren ist (Z. 278). Er hätte etwa zweieinhalb Liter Rohkostsaft pro Tag konsumiert (Z. 254–255) und als feste Nahrung nur noch weiteres Gemüse und Obst zu sich genommen (Z. 272–273). In seiner Begründung für die doch merkwürdig anmutende Ernährungsweise wird die Aufwertung durch die Identifikation erkennbar.

»Ich habe mich sehr viel mit Ernährung befasst und ich habe im Internet so ein Rohkostveganer aus Amerika entdeckt // mmh // das war halt so / so ein spiritueller Lehrer auch irgendwie. Total die faszinierende Persönlichkeit, also wirklich eine sehr faszinierende Persönlichkeit [...]«. (Z. 237–240)

Diese besondere Art der Ernährung gibt David eine Aufwertung, da er sich dadurch seinem körperlichen Ideal annähern kann. Der »ganz normale Dude, der sich sein Leben lang nicht für was Besonderes gehalten hat« (Z. 555), wird für andere zum begehrlichen Objekt. Mit täglichem Training, dem Kiffen und dem Umstand, in der Schule »hammergut« (Z. 282) gewesen zu sein, war das »Glück perfekt« (Z. 281).

»Ähm, aber ich hatte irgendwie so zu dem Zeitpunkt das Gefühl, alles läuft gut in meinem Leben // mmh // alles. So ich war dankbar ans Universum, dass ich diese Rohkost ähm Ernährungsweise entdeckt hab, ne // mmh // ich war wirklich dankbar, weil das irgendwie so zu dem Zeitpunkt sehr schnell mein Leben zum Positiven verändert hat.« (Z. 285–288)

Die Intention für die Ernährung war es »das Gefühl zu haben, den Körper zu entgiften« (Z. 263) und diesen zu »entschlacken« (Z. 265). Obwohl er resümiert, die Ernährungsweise könnte »zu dem Zeitpunkt auch ein Faktor gewesen sein, dass ich psychotisch geworden bin« (Z. 263–264), beteuert er nur die positiven Aspekte der Ernährung. Er sei zu dem Zeitpunkt »sehr, sehr schlank und sehr, sehr definiert gewesen« (Z. 264), er hätte durch die Ernährung »mehr Energie« (Z. 267) und »mehr klare

Gedanken« (Z. 269) gehabt. Er sei »sehr angetan« gewesen und hat versucht, andere zu überzeugen, es ihm gleichzutun (Z. 270). Die Begriffe des »Entgiften« und »Entschlacken« implizieren das Abstoßen körperlich und psychisch ungewollter Anteile. Er macht deutlich, dass er die Anteile vor der Diät (und gewiss auch gegenwärtig) für Gift und Schlacke, einem Abfallstoff aus der Metallerzeugung, für seinen Körper und schließlich für seinen Selbstwert hält. Jedes Gramm zu viel und jeder undefinierter Muskel ist Gift und weckt eigene Zweifel, die er loswerden und so weit wie es geht von sich fernhalten möchte. Die spirituelle Komponente der Ernährungsweise beschreibt er mit einer Bewusstseinsweiterung, die er durch seine perfekte Identitätsvorstellung erreicht. Das Bewusstsein forciert sich nicht länger auf die giftigen, weil hässlichen und ungeliebten Anteile, sondern ist im Rausch des Schönen und Perfekten. Für David muss seine gegenwärtige Situation die Hölle darstellen, da ihn das Gift vollständig durchziehen kann und die Schlacke seinen Körper besetzt hält.

Wie schon in Punkt 5.2.4. dargestellt, ist seine erste Psychoserfahrung der Anfang vom Ende seines Glück- und Perfektionsgefühls. Die Erfahrung wird zum transzendenten Erlebnis, welches für David noch heute eine wichtige Bedeutung hat (Z. 651–652). Die Erfahrung wird aber durch den Einzug der Nüchternheit und der »Ernsthaftigkeit des Lebens« (Z. 656) abgewertet, die ihm früher abgänglich war. So hat er eingesehen, dass er im Zustand seiner andauernden Psychoseerfahrung »schnell eskalieren« kann (Z. 942). Eigentlich sei er ein friedlicher Mensch, aber in der Psychose besteht die Gefahr, schnell aggressiv zu werden (Z. 1391). Er sei mittlerweile glücklich und dankbar zu seinem »normalen Selbst« (Z. 944) und zur »Normalität« (Z. 1332) zurückgefunden zu haben, denn es sei »gruselig« gewesen, dass ihm »alles außer er selbst gleichgültig war« (Z. 658–659). Er bilanziert die Psychose als »künstlich glücklich« (Z. 947) sein und nun würde er den »Sinn darin sehen gesund zu bleiben und die Medikamente zu nehmen« (Z. 951). David hat fünf Jahre gebraucht, bis er sich damit »abgefunden hat, »nicht Gott zu sein« (Z.170–171). Diese Aussage bezieht sich wohl weniger auf die tatsächliche Überzeugung Gott zu sein als mehr auf das Erweckungserlebnis, das in seiner Bedeutung für die Identitätskonstitution nicht wegzudenken war.

»Ja, die Psychose so / es ist keine Ahnung, das verfestigt sich halt so im Kopf // mmh // irgendwie und bei mir halt war das Problem, das war immer irgendwie dieser / dieser eine Gedanke irgendwie und ähm und dieses Endziel, dass wir alle / das / dass wir Menschen ähm irgendwie so etwas mit der Menschheit irgendwie noch aufbauen müssen, dass wir halt irgendwann so ins Paradies fusionieren können, so am Ende // mmh // der Zeit. Es war irgendwie so und halt den Gedanken wollte ich irgendwie nicht aufgeben, weil sich das einfach so wahr angefühlt hat für mich und dann irgendwann habe ich den Gedanken aufgehört / aufgegeben.« (Z. 975–981)

Am Ende aber lassen Depressionen und Medikamente nichts von dem Gefühl über, welches für David eine so sinn- und identitätsstiftende Funktion eingenommen hat. Vielmehr erzeugt die Nüchternheit und der realistische Blick Scham und Unsicherheit in der

Zugehörigkeit zu anderen Menschen. Die volle Wucht der Realität verdeutlicht David die Unsinnigkeit seines früheren Lebens, für das er sich nur schämen kann. Die sterile und beklemmende Realität entzaubert den erlösenden Moment der Selbstaufwertung.

» [...] und jetzt ist es halt so, ich habe es endlich, ich habe den Sturm endlich überstanden // mmh // ich bin endlich wieder normaler Mensch wie jeder andere auch. Das ist supergut, nur halt, wie gesagt, mit diesen ganzen / uaaarg mit diesem ganzen Krampf zu leben einfach der passiert ist. Puh, ist manchmal schlecht / manchmal schlimm und ich ähm habe das halt auch oft so, dass ähm, dass ich abends nicht einpennen kann oder so, weil ich einfach / weil ich immer irgendwelche Gedanken einfach bei mir im Kopf mich ähm verrückt machen einfach ne.« (Z. 994–990)

Früher, so David, hatte er eine »gewisse Coolness« (Z. 1056) und »Lässigkeit« (Z. 1057), was er aber »beides verloren« (ebd.) hätte. Stattdessen sei er nun »steif und robotisch« (Z. 1058). Das schwere Gefühl und das aushalten müssen seiner jetzigen Lebenssituation versetzt ihn in ein »Dilemma« (Z. 1060), da er die »wirklich besten Momente und glücklichsten Phasen« (Z. 1061) in seinen beginnenden 20ern hatte. Zudem schätzt er sich selbst als »sympathischen Psychotiker« (Z. 1378) ein, dessen »Comedyprogramm« (Z. 1383) für Außenstehende sehr amüsant gewesen sein muss. Er wägt diese Aussage zwar mit der der Problematik der »Eigen- und Fremdwahrnehmung« (Z. 1060) ab, was impliziert, andere hätten ihn womöglich (auch) als krank, unnormal oder seinen Charakter als »übelst verändert« (Z. 1388) wahrgenommen, dennoch war das Gefühl von »Freiheit und Sorglosigkeit« (Z. 1064–1065) zu der Zeit sein bestimmendes Handlungsmuster und nicht zuletzt der Ausdruck des unbeschwerten Skaters. Sein Körper wurde zum bestimmenden Element seiner Lebensgestaltung und solange dies anhält, hat David keine Probleme gesehen.

»Ähm, ich habe mich einfach körperlich gut gefühlt in der Zeit. So mein / mein / mein Geist war krank so. Mein / meine / meine Seele war krank irgendwie, aber mein Körper gesund so und deswegen, glaube ich, habe ich auch sehr viele gute Erlebnisse gehabt // mmh // in der Zeit, weil ich halt einfach superfit war. Und ich bin morgens aufgewacht und hab gedacht: Hach fühlt sich alles gut an. So richtig so: HACH gutes Gefühl [...]« (Z. 1093–1097)

Nun, wo sein Geist wieder funktioniert« und er »die Welt mit einem realistischen Blick betrachten kann« (Z. 1098–1099), wird das Dilemma deutlich. Entweder er gibt seinen Geist auf und opfert diesem seinem Körper oder er gibt seinen Körper auf und opfert diesen für seinen Geist. Der Kompromiss fällt David schwer, was ihm daran auffällt, die Rohkostdiät »im Moment einfach nicht durchziehen zu können« (Z. 1102), da ihm dazu die weiteren Komponenten seines spirituellen Selbst fehlen, die die Motivation hochhalten. So würde ihn die Cannabisabstinenz »traurig« (Z. 679) machen. Auf jedes andere Konsummittel könne er verzichten, nur, »dass Gras was Schlechtes ist, will ich nicht einsehen« (Z. 673). Zudem hat er sich von sich aus von seinem Freundeskreis

getrennt. Es ist ihm unangenehm, wenn seine Freunde sehen würden, wie schlecht es ihm ginge (Z. 818–820). Möglich ist eine Distanzierung aufgrund seiner Scham wegen seines Aussehens und der Tatsache im Maßregelvollzug gewesen zu sein (Z. 126). Der regelmäßige Online-Kontakt zu anderen Gamern, die über Tage seine einzigen sozialen Kontakte sein können, gibt Anlass, diese These zu vertiefen. In der Online-Welt zählt der Eindruck der virtuellen Identität, die unter hunderten von anderen Menschen in ihrer Flüchtigkeit und Kurzlebigkeit zum eigenen Vorteil gesteuert werden kann.

Resümierend hätte sich David in der Behandlung mehr Zeit und mehr Auseinandersetzung mit den Ärzten gewünscht. Er ist sich aktuell zwar nicht sicher, könnte sich aber vorstellen, dass vertiefende Aufklärung über psychotisches Erleben und die Zusammenhänge bei ihm zu einem schnelleren Umdenken hätte führen können (Z. 1409). Für ihn sei es immer problematisch gewesen, wenn die »Ursache« der Psychose nur auf die Drogen reduziert wurde (Z. 1469). Er sei sich zwar nicht sicher, ob dies einen Effekt auf seine damalige Situation gehabt hätte, dennoch hätte er eine Auseinandersetzung vermisst, die sich mehr mit seiner »Wahrnehmung« beschäftigt (Z. 1457–1458). Der absoluten Überzeugung in der Psychose, mit einem Machtwort zu begegnen, wird in der Regel mit einer Schutzfunktion der Identität beantwortet, was die Erfolgsaussichten der Behandlung minimieren kann.

Für David ist jedenfalls klar, dass, »jeder Gedanke, den man raus kramt, tut schon ein bisschen weh« (Z. 1482), da sich ein »normales Leben« (Z. 1487) durch das Chaos, was die Psychose angerichtet hat, in weite Ferne rückt. Für David ist unerklärlich, wie er sich von einem »gesunden 20jährigen in halt zu einem total verrückten und verwirrten Menschen« (Z. 1945) wandeln konnte und ob dies jemals wieder reparabel sein wird. Seine Identitätsschäden sind so schnell nicht wieder zu flicken, dafür ist er zu wenig von seinem aktuellen Leben überzeugt, welches zu wenig Bedeutsamkeiten für ihn bereithält. Dafür war die Veränderung zu brutal und zu effektiv.

5.2.6.5 Die Sehnsucht nach Beziehung im Gepäck: Dennis

Für Dennis wird die Psychose zu einem zähen Identitäts- und Autonomiekonflikt. Zunächst beschreibt Dennis seine Unzufriedenheit mit seiner körperlichen Veränderung, die durch die Medikamente eingetreten ist. Durch die Antriebslosigkeit und den Nebenwirkungen der Medikamente hat er 20 Kilo zugenommen (Z. 37), was für jemanden, der intensiv Sport getrieben und sehr auf sein Äußeres geachtet hat, schwer zu akzeptieren sei (Z. 1315–1319).

»Ja, ich stand auch manchmal auch manchmal vorm Spiegel so // ja // @@aber jetzt / jetzt ist ja nichts mehr davongeblichen.« (Z: 1321–1322)

Psychose, Depressionen und Medikamente wirken wie ein Teufelskreis auf das eigene Selbstbild. Hinterlässt diese Situation erheblichen Zweifel am eigenen Selbstbild, führt der fehlende Antrieb und die mangelnde Motivation überhaupt dazu, verändernde Handlungen aufnehmen zu können. Die den Stoffwechsel verändernden Medikamente machen die Situation noch zäher:

»Du musst unbedingt Sport machen und so, ne. Ich so: Ja habe ich jetzt auch angefangen und so. Aber ich kann mir dann immer schlecht sagen. Ja, weiß was. Es hat keinen Sinn. Ich kann so viel Sport machen, wie ich will. Ich kann auch Ernährung umstellen. Das bringt alles nichts. Ich nehme die Fettpille. Ich nehme Olanzapin.« (Z. 1406–1409)

Die Erniedrigung des Selbstwertes macht sich außerdem in den in Punkt 5.2.2. beschriebenen Alltagskompetenzen und der begrenzten Leistungsfähigkeit bemerkbar. Handlungsplanungen und -ziele können kaum realisiert werden. Dies anderen Menschen glaubhaft zu erklären, wird zu einer großen Schwierigkeit und ist begleitet von der Demütigung, den Erwartungen nicht standhalten zu können. Gerne wird seine Psychose vor Verwandten »unter den Teppich gekehrt« (Z. 574). Die Demütigung wird größer, da sein Vater, der in der Psychiatrie arbeitet, von der Problematik ablenkt:

»Mein Vater sagt immer: Ich soll mich auch / ich soll mich auf die gesunden Anteile konzentrieren. Ich soll mich auf ein gesundes Leben konzentrieren. Und er vergisst einfach auch, dass ähm ich erkrankt bin. Und ich lebe mit der Erkrankung, und ich muss mich jeden Tag damit auseinandersetzen. Das heißt auch dass ähm ich ähm also ich rede da auch viel drüber, weil ich wache auf und es betrifft mich sofort // mmh // Ich weiß ähm kein Tag ist wie / wie vor der Erkrankung irgendwie und deswegen ähm ähm spreche ich das auch an, wenn Verwandte da sind.« (Z. 576–581)

Die raschen körperlichen Veränderungen sowie die bedingte berufliche Entwicklung werfen unabhängig vom sozialen Umfeld Fragen auf. Dafür muss sich Dennis rechtfertigen und unangenehme Fragen beantworten. Diese werden nicht weniger unangenehm, wenn Dennis das Gefühl bekommt, dass sein »Verhalten irgendwie zensiert« wird (Z. 590) und die Leute denken würden, sie könnten mit »Ratschlägen irgendwie was verbessern« (Z. 593–594), damit er wieder der »Typ wird wie vor der Erkrankung« (Z. 601).

Dennis pflegt einen abwägenden Umgang mit seiner Psychoseerfahrung. Er ist sich sicher, dass medial bestimmte Vorurteile das Verhalten gegenüber Menschen wie ihn beeinflussen können (Z. 562–565) Deswegen ist es ihm wichtig abzuwarten und einschätzen zu können, wie Menschen auf ihn reagieren könnten (Z. 519). Perspektivisch strebt er eine Arbeitssituation an, in welcher die Mitarbeitenden mit Dennis' Psychoseerfahrung umgehen können. Dennoch bleibt die Sorge, dass ihm die Psychoseerfahrung als »fehlende Willensstärke« oder »mangelnder Ehrgeiz ausgelegt« werden könnte (Z. 798–803). Diese Idee verfolgt er, da er sich einen Arbeitsplatz wünscht, an dem er sich

langsam entwickeln kann. Obwohl er aufgrund einer amtsärztlichen Untersuchung nur 25% seines Studiumumfangs pro Semester abliefern muss (Z. 614–615), gelingt es ihm deutlich mehr zu schaffen. Dies macht ihm Hoffnung in Bezug auf ein anstehendes Arbeitsverhältnis, da es auch hier möglich sein kann, dass er mit den entsprechenden Startbedingungen seine Leistungsfähigkeit verbessern kann (Z. 751–755).

Wie in Punkt 5.2.4. beschrieben, bearbeitet Dennis mit seiner Psychoseerfahrung seine Fähigkeit Beziehungen zu gestalten. Die oben beschriebenen Gedanken seiner Abwertung sollen sich in der Psychose auflösen. Die Psychose spielt auf die unbewussten Identitätskomponenten an und weckt die Möglichkeiten »Fantasien real werden zu lassen« (Z. 123). Die von den Depressionen abgeschnittenen Fähigkeiten zur Gemeinsamkeit eröffnen sich im Übermaß in der Psychose. Der Zugriff anderer auf Dennis Gedanken (Z. 127), die Überbewertung von Beziehungen mit Frauen (Z. 397–400; Z. 413) oder die Überbordung des eigenen Unbewussten (Z. 83–85), zeigen den Versuch sich in der Psychose aufzuwerten. Die Fähigkeit, andere Personen mit ihren Stärken imitieren zu können (Z. 304–306), verdeutlicht die Sehnsucht nach Autonomie.

»Mittlerweile könnte es auch sein, dass ähm, dass ähm, dass ich nicht wirklich in unterschiedliche Rollen geschlüpft bin, sondern dass ähm, dass mein Unbewusstes mir das einfach gezeigt hat, dass ich / dass ich / dass ich Angst davor habe irgendwie ähm oder / oder dass sich das auch Nutze ähm irgendwie ähm unterschiedliche Kompetenzen von Leuten irgendwie, die ich als Vorbild sehe. Also, weil ähm der Philipp, der es auch so sehr ist / der ist ja der Mann von meiner Schwester. Der es auch sehr eloquent und ähm ist Arzt und wie würde der jetzt damit umgehen ähm in der Visite und so, wenn er dasitzen würde // mmh // und sich ähm quasi da ausziehen muss.« (Z. 300–307)

In der Psychose erlebt Dennis zudem eine Aufwertung seiner Persönlichkeit, die ihn selbstsicherer und handlungssicher werden lässt. Das Hundesitting nimmt dabei einen besonderen Stellenwert ein. Dieses wird in seiner Erzählung zu einer spannenden Reise auf welcher Dennis auf besondere Art mit dem Hund verbunden ist. Gemeinsam erleben sie eine Zeit, die an Geschichten von Kindern erinnern, die sich aufmachen in die große Welt, um sich aus der bedrückenden Lebenssituation zu befreien. Für Dennis ist das Abenteuer mit dem Hund eine Möglichkeit, die eigene Unsicherheit vergessen zu machen. Der Umgang mit dem Hund wird zum besonderen Momentum, weil der Hund durch die gemeinsame Verbindung, besonders gut auf Dennis reagiert.

»Ich bin mit dem Hund spazieren gegangen ähm der hat super auf mich gehört. Irgendwie er ist überall mit mir langelaufen und es war der / also der Hund, wenn ich psychotisch bin, ähm der hat einfach so gut auf mich. Wir laufen ohne Leine überall lang und ähm wir machen quasi worauf er Bock hat und / aber wir laufen überall zusammen lang.« (Z. 178–182)

Die Verbindung mit dem Hund ersetzt die Verbindung zur Ex-Freundin. Aufgrund der möglichen Kränkung durch Beziehungsabbruch kann die Verbindung nicht mehr

die Qualität haben, die sie vor dem Beziehungsabbruch hatte. Der Hund wird zum Symbol einer verbindenden Brücke, die in die Beziehung zur Freundin hineinragt und einen kompletten Beziehungsabbruch verhindert. Zugleich drückt sich in der Verbindung zum Hund Dennis Schadenfreude aus. Ihm gelinge die Beziehung zum Hund besser, was ihn für seine Ex-Freundin wieder interessant werden lässt.

»Und ähm, aber ich bin noch teilweise spazieren gegangen und ähm die die Stimmen haben mich geleitet mit dem Hund vernünftig zu gehen und so / nicht ähm den anzuleinen, wenn Anleinpflcht ist und ähm den nicht überall hinkacken zu lassen und so und immer bei Fuß und so nah bei mir laufen lassen. Haben so Stimmen immer wieder aus den Gärten gerufen: Jetzt macht das mit dem Hund. Jetzt macht dies mit dem Hund und so. Und ich so ja: Ja, jetzt, ja super. Mein Alltag wird super strukturiert und angeleitet. Ich ähm und gleichzeitig ähm macht mir alles noch so viel Spaß. Total genial irgendwie und dann ähm dachte ich so, ich wäre Musterschüler [...].« (Z. 204–211)

Die Überhöhung seiner Fähigkeiten und seines Selbstbildes ergänzt sich durch das Attribut des Hundes. Mit dem Hund wäre er auf eine »Streberoute« (Z. 2015) geschickt worden, was dann auch Kommilitonen in der Universität aufgefallen sei. So wäre er ermuntert worden die Route zu laufen, alle hätten ihn dabei verfolgen und motivieren können. Durch die Stimmensimulation war er mit allen so vernetzt, dass er sich der Aufmerksamkeit nicht entziehen konnte. Die Situation ist dann zeitgleich mit der möglichen schlechten Versorgung des Hundes »gekippt« (Z. 219). In dem Bewusstwerden der schlechten Versorgung des Hundes, stürzt seine Selbstwertkonstruktion in sich zusammen. In der besonderen Verbindung zum Hund werden für Dennis dann Risse deutlich, die dann in einer Negativreaktion der Stimmen (Z. 223) wieder zur Verunsicherung und damit zur Entwertung seiner Situation beigetragen haben.

Die Sequenz endet mit dem Psychriaufenthalt (Z. 236), der ihn als Realitätsprinzip mit der nackten Wahrheit konfrontiert und alles andere als aufwertend für sein Selbst sein kann. Während des Aufenthaltes entfaltet der Versuch der Aufwertung des Selbstwertes eine paradoxe Situation. Dennis entwickelt eine große Angst »viele zu sein« oder von jemanden »übernommen zu werden und dann im Körper lebt« (S. 272). Die Selbstaufwertung sollte Dennis mit einer Leichtigkeit in der Beziehungsgestaltung gelingen. Nun wirkt die Selbstaufwertung wie ein Staubsauger in der alle verfügbaren Personen in das Selbst gesaugt werden. Die unkontrollierte Aufnahme aller Personen macht dann auf einmal Angst und die soll natürlich (mit psychiatrischer Hilfe) unterbunden werden. Die psychiatrischen Hilfen sind für Dennis keine konkrete Hilfe gegen die Verunsicherung, Angst und Selbstabwertung. Vielmehr verschlimmert sich der Eindruck des geringen Selbstwerts durch den Eindruck als »wahnsinnig« (Z. 426) abgestempelt zu werden. Durch »doppelte Buchführung« (Z. 424) hätte Dennis versucht, Normalität und seine psychotischen Interpretationen zu trennen, um irgendwie einen normalen Eindruck zu machen.

Beispielhaft ist hier eine Situation nach der ersten Psychose. Die Diagnostizierung

durch den Psychiater sei ein Schock für Dennis gewesen. Die Feststellung der Erkrankung trägt dabei nicht zur Aufwertung bei, sondern suggeriert, dass viele Glaubenssätze, Wünsche und Bedürfnisse verrückter Natur sind. So stellt Dennis im Gespräch mit einem Psychiater fest:

»Sie müssen mir ja meine Angst nehmen, ähm vor der Erkrankung, nicht mehr Angst vor der Erkrankung machen. Und ähm dann ähm bin ich da auch nicht mehr hingegangen irgendwie, weil / weil sie die / diese Diagnose gestellt hat und dann ähm war ich auch niedergeschlagen und dachte so: Okay, jetzt bist du / hast du Schizophrenie [...].« (Z. 460–463)

Die Situation wird zermürbend und bedrohlich, statt hilfreich und hoffnungsvoll zu sein. Auf der Suche nach der Leichtigkeit, Beziehungen gestalten zu können und sich so aufzuwerten, steht er am Ende seiner Reise vor dem sprichwörtlichen Gegenteil.

5.2.6.6 Perfekt-bedrohliche Beziehungen: Vanessa

Vanessa muss sich seit ihrer ersten Psychose mit einer Verringerung ihrer Handlungsfähigkeiten arrangieren. Vor ihrer ersten Psychose sei sie deutlich leistungsfähiger gewesen und konnte sich deutlich stärker beanspruchen. Dies ist zum Zeitpunkt des Interviews ins genaue Gegenteil gerutscht (siehe 6.2.2). Ihre Positionierung richtet sich nach all der Erfahrung gegen »Leistung, Leistung, Leistung« (Z. 71) und dem »streben nach mehr« (Z. 72). Vanessa erhebt sich mit einer trotzigem Reaktion gegen gesellschaftliche Anforderungen (Z. 73–74), die aber genauso als Strategie der Konfrontation in der »stereotype Attribute stolz zur Schau getragen werden« (Goffman, 2012 [1967], S. 142), zu interpretieren sind. Durch diese Strategie möchte sie ihrer Abwertung zuvorkommen und so das Gesicht zu wahren. Die Gegenpositionierung hat bei Vanessa eine ähnliche Funktion, wie bei Ben. Vanessa möchte die Rolle bewusst in Kauf nehmen und über ihre soziale Abwertung ein Signal setzen. Sie sei »gesellschaftlicher Abschaum« (Z. 666) und hätte wegen des »scheiß Lebenslaufs« (Z. 670–671) eh keine »Chance« (Z. 670), dass »ja alles nochmal was werden kann« (Z. 669).

»Ich kann da jetzt nicht irgendwie besonders viel vorweisen, ne außer ner Erkrankung und heutzutage wäre ja selbst, wenn ich jetzt auf einmal gesund wäre, sag ich jetzt mal so und keine psychische Erkrankung mehr hätte / wenn das so einfach wäre. Mein Lebenslauf wäre doch trotzdem ruiniert.« (Z. 671–674)

Vanessa hat sich abgeschrieben und sucht ihre Erklärung in der Gegenpositionierung. Damit umgeht sie Rechtfertigungen, warum sie es denn nicht nochmal irgendwie versuchen würde. Für sie ist klar, das Ergebnis wäre immer das gleiche. Trotz erkennt sie die Gesellschaft, die solche »Krankheiten extrem fördert« (Z. 68) und nimmt sich

damit jede Form von Eigenverantwortung. Der Common Sense im Umgang mit ›Erkrankungen‹, wie der von Vanessa, verlangt, dass die Erfahrenen Eigenverantwortung und Handlungssouveränität ablegen sollen. Diese Erfahrung verdeutlicht sich bei Vanessa am Beispiel des Kinderwunsches, der für sie tabu ist, weil die »Vererbungschance prozentual bei irgendwie 40 Prozent liegt« (Z. 1123) und sie die Krankheit keinem »Lebewesen antun wollen würde« (Z. 1124). Durch meine unsensible Reaktion [ich schüttelte den Kopf zur Verneinung (Z. 1135)], verunsichere ich Vanessa, da sie die Information über die Genetik und die Folgen des Kinderkriegens tief in ihre Identität und damit in ihre Handlungsplanungen eingegraben hat.

»Ok, das müsste ich dann natürlich jetzt erstmal verarbeiten, weil das ist, wirklich tief drin@@. Weil mein Freund ist zum Beispiel jetzt auch 31 Jahre älter und ähm hat natürlich auch eine Tochter schon und alles und will auch niemals Kinder haben und so, deswegen bin ich auch unter anderem da ziemlich zufrieden mit // mmh // das würde jetzt einiges verändern bei mir. Das müsste ich jetzt erstmal schlucken das Ganze. Das wäre ja jetzt ja ziemlich krass für mich [...]« (Z. 1149–1153)

Durch Überbewertung der Genetik am Anteil von Psychosen und die vereinfachte Darstellung in einem Ursache-Folge-Schema oder der »Veranlagung« (Z. 1178), wird Genetik als einfache Erklärung für psychische Erkrankungen herangezogen (Johnstone & Boyle, 2018, S. 160). Dies ist sicherlich nicht weiter problematisch, wenn es nicht so einen Effekt hätte wie bei Vanessa, für die die Psychose »zu einem harten Einschnitt« (Z. 441) in ihrer Lebensplanung beigetragen hat. Vanessa's Weinen (Z. 1207) vor mir als Fremden macht die ganze Misere der Situation deutlich, da sich dies »auf alle Bereiche« (Z. 1208) ausübt. Plötzlich ist die Psychose doch nicht mehr das Symptom einer vererbaren Krankheit. Die Frage, die sich dann stellt, ist, möchte Vanessa das überhaupt (noch) hören oder hat das Arrangieren mit der Lebenssituation zu viel gekostet? »Aber mit 17 war mir schon klar, das wird es bei mir nicht geben« (Z. 1128). Die ›Veranlagung‹ als ewiger Begleiter tabuisiert den Kinderwunsch, da Menschen wie Vanessa nicht fähig seien, Verantwortung zu übernehmen. Vanessa ist die »Möglichkeit genommen worden« (Z. 1238) dies frei entscheiden zu können. Ob sie denn »in der Lage wäre, ein Kind großzuziehen, wäre nochmal ein anderer Punkt« (Z. 1242). Dennoch hätte die »Wahl« (Z. 1239), dass Vanessa selbst darüber entscheiden kann, die Möglichkeit für ein anderes Leben gegeben.

Darüber hinaus begründet Vanessa ihre Ablehnung in der frühen »Empfänglichkeit für diesen Leistungsdruck« (Z. 89). Sie hat alles »aufgesogen« (Z. 91) und »durchgezogen« (Z. 93) und war als »Kind schon empfänglich für dieses ganze Gut-Böse« (Z. 95). Vanessa spricht davon, sich schnell begeistern zu können und sich ebenso schnell beeinflussen zu lassen. So ging es ihr nicht darum, für sich eine richtige und sinnvolle Entscheidung zu finden, sondern sich im Wettbewerb zu messen, um zu gefallen. Für sich konnte Vanessa irgendwann nicht mehr erkennen, was sie »will oder möchte« (Z. 213).

»Ja, es ist von mir immer schon so gewesen, als es jetzt nicht nur für mich irgendwie ähm logisch sein musste, sondern es muss da auch ins äußere Erscheinungsbild passen, was Menschen von mir durch die meine Meinung bekommen // mmh // so also, ob ich entweder gerade, wie gesagt, unsichtbar so wirken wollte, sage ich jetzt mal so übertrieben oder ob ich gerade dann irgendwie herausstechen wollte. Und somit wusste ich nachher gar nicht mehr, was überhaupt Gefühle sind, irgendwie.« (Z. 232–238)

Das ständige Gefallen wollen hat sie weiter unter Druck gesetzt, als sie festgestellt hat, dass ihre Eltern darauf positiv reagieren (Z. 268). Vanessas Antrieb »perfekt zu wirken« (Z. 255), hat sie alles andere vergessen lassen und irgendwann hätte sie die »Kontrolle verloren« (Z. 244). Dann ist das Streben nach Perfektion und Gefallen wollen in eine bedrohliche Lebensweise mit »Essproblematiken«, und »Selbstbestrafung« (Z. 126) wie Selbstverletzungen, gekippt.

Eine Besonderheit in Vanessas Erzählungen sind die offenen Brüche mit Vertrauenspersonen. Auffällig ist wie stark die Personen in ihrer Darstellung von einem Ideal abweichen, welches sie in der Erzählung gleich mitliefert. Über einen Besuch bei der Drogenaufklärung mit der Schule hat sie herausgefunden, dass ihr Vater Cannabis konsumiert (Z. 492). Für sie war das ein Schock, da »Drogenleute« für sie »unberechenbar« waren (Z. 501) und sie Angst hatte, dass ihr »Vater ins Gefängnis« (Z. 502–503) müsste. Bei einer Konfrontation mit dem Vater hat dieser seinen Konsum relativiert und sie aufgefordert, »mit niemandem darüber zu reden« (Z. 505). Dann hätte sie ihn »heulend angefleht« (Z. 510) aufzuhören, damit er nicht ins Gefängnis komme (Z. 511). Dieses Erlebnis ist nicht nur als Enttäuschung über ihren Vater in Erinnerung geblieben. Es war initial »es natürlich wissen zu wollen« (Z. 512) und dann hat sie ihren ersten Joint geraucht. Nach etwa einem Jahr hat sich Vanessa dann an einen Mitschüler gewendet, der laut ihrer Einschätzung Erfahrungen mit Cannabis hatte (Z. 522). Dabei ging es ihr wohl vor allem darum das Wissen zu teilen, um sich zu entlasten.

»Mit dem kannst du mal bei irgendwas reden, weil ich konnte es nicht ertragen, wenn einer zu mir sagt: Da darfst du mit niemandem darüber reden. Das fand ich furchtbar von meinem Vater. Und da habe ich dann auch mit einem drüber geredet.« (Z. 522–525)

Von diesem Jungen wurde sie dann »erpresst« und sie sollte Cannabis von ihrem Vater »abzwickeln« (Z. 526). Zudem wollte er erwirken, dass Vanessa mit ihm schläft (Z. 527), da er sonst der »ganzen Schule erzählt hätte, dass mein Vater Drogen nimmt« (Z. 526). Unter dem Druck sei sie dann »kaputt gegangen« (Z. 528), konnte sich aber erfolgreich von dem Mitschüler distanzieren (Z. 530). In dieser Belastungssituation hätte sie dann auch zum ersten Mal Amphetamine konsumiert (Z. 532). Eine weitere Situation, in der sie »wieder ein Geheimnis« (Z. 620) für sich behalten musste, welches sie »fertig gemacht hat« (Z. 619–620), war dies ihrer besten Freundin. Diese war »damals mein Lebensinhalt« (Z. 616) für die Vanessa »alles getan hätte« (Z. 618). Die Freundin

hatte »angefangen, sich zu ritzen« (Z. 619) und Vanessa war die Einzige, die von dem Ritzen erfahren hat. Nachdem dies aber der Mutter aufgefallen sei, hat die Freundin das bei sich nicht mehr gemacht und Vanessa hat sich angeboten, sich verletzen zu lassen.

»Das war Ritzen also, ne und da war ich dann auch so drauf, ich habe dann zu der gesagt: Ähm ja, dann mach das bei mir, mal gucken, ob das dir was bringt. Aber es ist immer noch besser, als wenn du dir den Arm verletzt / lediglich dich am Arm verletzt. Dann hat sie das wirklich so versucht, mich ähm zu verletzen.« (Z. 624–627)

Aus der Loyalität gegenüber der Freundin wird dann ein »Selbstläufer«, (Z. 636) und Vanessa hat das Selbstverletzen für sich übernommen, um sich in »schlechten Momenten, von denen ich genug hatte«, (Z. 633) entlasten zu können.

Außerdem hat Vanessa ein strenges moralisches Ideal, welches sie auf andere Menschen anwendet. Freundschaften pflegen würde ihr wegen ihres moralischen Anspruchs grundsätzlich schwerfallen (Z. 1419).

»Wenn einer gegen meine Moral ist oder eine andere moralische Ansicht, irgendwie vertritt, dann ist er gelöscht bei mir teilweise so.« (Z. 1269–1270)

Dies wirkt sehr strikt und konsequent. Besonders da, wo Beziehungen vorausgesetzt sind, wie in einer Ausbildung, bringt sie das auch in Schwierigkeiten (Z. 362). »Persönliche Beziehungen machen extreme Probleme« (Z. 362–363) vor allem dann, wenn der Gegenüber überidealisiert wird, die Idealisierung in der Realität jedoch keinen Bestand haben kann. Die Typik »des Erfahrungsobjekt« bleibt unvertraut, weil sich der »Wissensvorrat« nicht in seine »volle Konkretheit überführen« lässt (Schütz & Luckmann, 1988, S. 184). Der Idealtyp wird immer wieder als Beziehungsmaßstab herangezogen und enttäuscht, da er nicht erfüllt werden kann. Deswegen bezeichnet sie sich wohl auch als »krankhaft eifersüchtig« (Z. 1382). Der Idealtyp ›Freund‹ orientiert sich nur an Vanessa und andere Frauen existieren idealerweise nicht (für einen Freund in dem Alter werden die Chancen von anderen wahrgenommen zu werden, wahrscheinlich geringer). Es soll daher nicht wundern, dass Vanessa ihren »Schwerpunkt in Tiere und Pflanzen« (Z. 1274) gefunden hat, da weder die Hunde, die Aquarien noch die Pflanzen als Idealvorstellungen abweichen. Sie sind als Typ vertraut und bleiben »ohne Auslegungsvorgang« (Schütz & Luckmann, 1988, S. 184) der vollen Erfahrung unverändert zugänglich. Für Vanessa sind Beziehungen schwer auszuhalten, da sie diese immer wieder auf die Probe stellen muss. Tiere und Pflanzen hingegen stellen die moralischen Ansichten nicht in Frage. Das Reduzieren von Beziehungen hat für Vanessa den Vorteil sich vor sich selbst zu schützen und nicht wieder die Enttäuschungen über gescheiterte Beziehungen in Kauf zu nehmen. Die Tiere- und Pflanzenwelt ist ein Zufluchtsort, in dem sie sich abschotten und sicher fühlen kann – auch vor den Beziehungen, die Vanessa möglicherweise zu Beginn des Interviews noch als »Gesellschaft« abstrahiert.

5.2.6.7 Der Kontrollverlust der Unabhängigen: Julia

Julia hat trotz eines guten Jobs, einer entsprechenden Lebenssituation und Familie in ihrer Biografie verschiedene Brüche, die unweigerlich zu einer Neu- oder Umstrukturierung der Lebensplanung beigetragen haben. Sie stellt einige schwer unkontrollierbare Ereignisse dar (Schütze, 2006, S. 213), die nicht nur als Ereignis selbst problematisch zu bearbeiten waren. Die Handlungsentwürfe werden über das Ereignis hinaus unsicher, da sie entweder neu geplant werden müssen oder das Ziel unbestimmt wird. Julia erkennt schon früh im Interview, dass es in ihrem »Leben wahrscheinlich schon Anzeichen« (Z. 60–61) für Erkrankungen gab.

» [...] aber ich hab, wie gesagt, viel Selbstreflexion betrieben, auch, wie / wie ich früher drauf war. Es musste was passieren, damit ich mehr auf mich achte // mmh // und das ist / da ich jetzt weiß Kollateralschäden hält sich / hat sich Gottseidank in Gren / Grenzen gehalten. War vorhanden, aber jetzt kein Weltuntergang. Und ääh / im / das war vielleicht ein Segen. Also irgendwas musste / musste passieren, dass ich jetzt sag, ich achte vielmehr auf mich.« (S. 64–68)

Rückblickend plausibilisiert Julia die Ereignisse unterhalb des Sinnentwurfs ihrer Psychose und spannt damit eine Reihe von Deutungsmöglichkeiten auf (Vogd, 2011, S. 69). Dabei nehmen nicht nur für sie überfordernde Anforderungen aus ihrem Alltag eine Rolle ein, sondern auch diverse biografische Veränderungen. Julia ist sich rückblickend unsicher, »wie ich das alles geschafft habe« (Z. 77) und räumt damit ihrer alltäglichen Überforderung einen großen Stellenwert ein. Ihr war es ein zentrales Anliegen »zu beweisen, dass ich unabhängig bin« (Z. 110–111). Deswegen hat sie wohl ihre drohende Überlastung nicht kundgetan. Julia beschreibt sich selbst als jemand, der ein »übertriebenes Streben nach Unabhängigkeit« (Z. 124) hat, was sie in ihrer Biografie begründet. Sie sei bei ihrer Oma aufgewachsen, die kein Mitglied der kommunistischen Partei war, aber als geschiedene Frau trotzdem Karriere machen konnte (Z. 129–133). Obwohl sie davon geprägt wurde (Z. 134), weckt sich ihr Zweifel, ob sie »denn gut dastehen würde« (Z. 136), wenn sie sich von ihrem Mann trennen würde. Diese Aussage ist für Julia dann selbst etwas überraschend. Umgehend relativiert sie diese und macht dann deutlich, sich nicht von diesem Gedanken trennen zu können, was ihre ganze Ambivalenz unterstreicht.

»Obwohl ich mir nicht vorstellen kann, dass wir uns trennen // mmh // aus vielen Gründen, bin ich schon realistisch. Aber schwebt wahrscheinlich irgendwo im Hinterkopf der Gedanke.« (Z. 137–138)

Mit dem Hinweis, »unbewusst so sein« zu wollen wie die Oma (Z. 143), unterstreicht Julia die Möglichkeit fehlender Souveränität und Autonomie, die durch unterschiedliche Schicksalsschläge immer wieder hintenangestellt werden mussten. Das holt sie

im Umgang mit der Familie ein. Gerne würde Julia autonom und souverän sein, erhält dann aber Ratschläge, was ihr guttun würde.

»Dann einmal die Woche gehe ich reiten, hab jetzt endlich angefangen, weil alle gesagt haben, ich muss was für mich persönlich machen // mmh // hab ich gedacht, gut, ich wollt das immer schon machen. Bin da noch nicht so gut, aber ich bleibe dran.« (Z. 17–19)

Genauso überformend erlebt Julia eine Aussage ihrer Mutter zu dem, was sie alles für ihre Besserung benötigen würde. Die von Julia eingenommene passive Rolle in der Erzählung wirkt wie ein von ihr gewähltes Erzählmittel, um ihre erlebte Degradierung zu verdeutlichen.

»Ah ich hab schlecht ausgesehen // mmh // also das (unv.) war auch so ääh meine Eltern haben nix zu mir gesagt ääh aber jetzt nachdem ich aus dem Krankenhaus / also nach meiner Erkrankung, sagen wir mal so. Da hat meine Mutter mit mir offen geredet. Hat gesagt: Du musst / brauchst neue Klamotten, du musst zum Friseur ääh du musst für dich was machen. Dann hab ich das auch gemacht. Dann im Nachhinein hat sie mir erzählt, wie / wie schlecht ich gewirkt habe: So eine alte Winterjacke, ewig nicht beim Friseur, dann immer ääh Ringe unter den Augen und dann // mmh // war ich zu dünn und hab immer / viele Leute haben gesehen / gesagt: Du musst was essen, wie bist du denn so dünn? Und ich / ich dachte, das ist ein Kompliment // mmh // wie / wie ich bin schlank. Super ja, aber eigentlich war das kein Kompliment, sie wollten damit nur einfach sagen, ich sehe irgendwie müde, abgemagert aus und so weiter // mmh // also war nicht so, dass ich ganz wien Penner ausgesehen hab aber eben ungepflegt // ja // das ist eine Sache.« (Z. 161–171)

Die Ratschläge versetzen Julia in die Rolle eines kleinen Mädchens, das nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen. Die Eltern übernehmen die bei Psychoseerfahrung gutgemeinten, aber letzten Endes übergriffige Ratschläge, die den Autonomiekonflikt weiter verschärfen.

Als Streben nach Autonomie und Souveränität ist die Migration Julias (und ihrer Familie), die in Russland geboren wurde und dort aufgewachsen ist, zu sehen. Sie würde die »deutsche und europäische Mentalität« (Z. 235) der »russischen Mentalität« (Z. 232) vorziehen. An einigen Stellen des Interviews wird deutlich, was sie mit russischer Mentalität verbindet. Die Erwähnung von »Putins defacto Diktatur« (Z. 643–644) oder mangelnde Liberalität in der russischen Kultur (Z. 461–462), machen ihren Konflikt mit möglicher Unterdrückung und persönlicher Einschränkung spürbar. Die bei der Einwanderung erlebte Willkür, relativiert sie als »witzige Geschichte« (Z. 299). Bei der Angabe des favorisierten Ortes hätte ihr Vater eine falsche Stadt angegeben, weswegen sie dann in die falsche Stadt ziehen mussten (Z. 302–303). Dieses Missverständnis war zum Zeitpunkt der Migration sicherlich nicht witzig, sondern äußerst ärgerlich.

Ihre Durchsetzungskraft und den Willen, etwas zu erreichen, zeigt Julia schon nach einigen Monaten ihrer Migration. Ihr russisches Diplom ist in Deutschland nicht aner-

kannt worden (Z. 259). Binnen eines halben Jahres hat sie Deutsch gelernt und sich in der Universität eingeschrieben (Z. 246–248), was für ihren Wunsch nach größtmöglicher Unabhängigkeit spricht. Nach dem Studium hat Julia mit einer Promotion für einen großen deutschen Autohersteller begonnen. Zudem hat sie an einem entsprechenden Institut einer technischen Universität gearbeitet (Z. 339–340). Die Promotion und die Arbeitsstelle musste sie aufgeben, weil ihr Bruder bei einem Autounfall verstorben ist (Z. 344) und sie daraufhin wieder zu ihren Eltern gezogen ist (Z. 346). Die Promotion war laut Julia nur in Verbindung mit der Arbeit vor Ort möglich. Darauf hat sie mehrere verantwortungsvolle Jobs angefangen und sich für ihren jetzigen entschieden, weil sie hier weniger Verantwortung hätte und sie Freude am Job der Softwareentwicklung hätte (Z. 350). Ihren Mann hat sie durch den Tod ihres Bruders erst kennengelernt (Z. 369), was die Motivation für den Rückzug zu den Eltern sicher nochmal verstärkt hat. Das Aufgeben der Promotion beschreibt Julia als »Prioritäten setzen« (Z. 389). An anderer Stelle erwähnt sie, dass sie gerne weiter promoviert hätte, was wegen der Kinder dann aber nicht mehr möglich war (Z. 391). Hinzu kommt der frühe Tod ihrer besten Freundin (Z. 590). In der kurzen Darstellung von Julias Biografie werden einige Ereignisse sichtbar, die für sie unkontrollierbaren Charakter hatten und sie nach und nach ihre Pläne neu überdenken musste. Das Familienleben wirkt wie ein Arrangement für welches Julia vieles aufgeben musste und nun kaum Möglichkeiten hat, ihre Ziele weiterzuverfolgen. In einer Sequenz zum Ende des Interviews erklärt Julia nach einer längeren Pause, dass sie tatsächlich gerne mehr arbeiten wolle, obwohl sie ein paar Sätze vorher nochmal die Bereitschaft für ihr Engagement unterstreicht.

»Ich will auch keine Karriere machen. Ich will keine doofen doofen Meetings und sonst was // mmh // ich will einfach das machen, was ich gerne mache und ääh so dass dabei noch Zeit für mich und die Kinder bleib.2 (S. 1116–1118)

Nach einer kurzen Denkpause wird deutlich, wie ambivalent sie mit der Situation umgeht.

»Zum Thema Arbeiten. Eigentlich würde ich schon, theoretisch schon mehr arbeiten, aber jetzt ist mir bewusst, dass man sich auch für andere Sachen sich Zeit nehmen sollte // mmh // so ist das richtig.« (Z. 1124–1126)

Die merklichen politischen und alltäglichen Veränderungen der Coronapandemie hat Julia als spürbaren Einschnitt ihrer liberalen Werte und ihrer Autonomie interpretiert. Sie sei durch die Einschränkung ihrer »Grundrechte« (Z. 461) »schockiert« (Z. 459) gewesen, da »durch meine Vergangenheit in Russland ich da sensibel bin (Z. 461–462). »Das hat mich bisschen in SCHOCKSTARRE versetzt (Z. 464–465)«. Diese für Julia schwer zu akzeptierende Situation hat einen Identitätskonflikt bei ihr hervorgerufen, da die Anforderung dieser starken Veränderungen die Fähigkeiten zur Integration

in die Identität außer Kraft gesetzt und damit in einen schockähnlichen und starren Zustand versetzt haben.

» [...] also jetzt nicht falsch verstehen / also manche Maßnahmen machen schon Sinn, ich bin da jetzt kein Coronaleugner // ja // oder um Gottes Willen nicht aber so manches hielt ich jetzt für besonders für übertrieben und das hat mich sogar ein/so in eine Art Schock versetzt. SO und dann ist es immer schlimmer geworden, irgendwann hatte ich total verzerrte Realitätswahrnehmung und ääh das hat wahrscheinlich noch eine Rolle gespielt, dass ich sehr viele Science-Fiction Filme gesehen hab / also das war ääh in meinem Kopf waren [...]«. (Z. 470–475)

Die Schockstarre wird für Julia zum strategischen Mittel, die unliebsamen Informationen der Realität ausblenden zu können und mit der psychotischen Wahrnehmung zu überspielen. Nach und nach hat sich dann »komplett wirre Vorstellungen« (Z. 489) durchgesetzt. Nahezu enttäuscht wirkt sie, weil dies ihrem Umfeld erst so spät aufgefallen sei.

»Was mich dabei / dabei gewundert hat wie / wie spät selbst die Angehörigen merken, dass was nicht stimmt // mmh // das hat mich sehr überrascht.« (Z. 478–480)

Wie schon in Punkt 5.2.4. dargestellt, fühlt sich Julia als »Auserwählte«, die den Weltfrieden bringen soll (Z. 624). Die Rolle als Auserwählte gibt Julia die Souveränität und Handlungsmöglichkeiten, die in ihrer Verlaufskurve so sukzessive abgenommen haben. Die Fähigkeit, auf die Welt wirken zu können, wird begleitet durch die übermächtige Vorstellung, das durch die Pandemie beeinträchtigte Leben, wieder unter Kontrolle zu bekommen. Die Pandemie ist, vergleichbar mit Krieg oder Tod, ein Kontrollverlust, der den Betroffenen die eigene Ohnmacht klarmacht, die, wie Julia zeigt, nicht so leicht zu akzeptieren ist. Weil Veränderungen durch einen selbst kaum realisierbar sind, ist der Wunsch nach Solidarität mit Gleichgesinnten nachvollziehbar.

Durch den Krankenhausaufenthalt erreicht der Verlust der Selbstkontrolle ihren Höhepunkt. Julias Mann wird zum Entscheider, wem er wann welche Informationen weitergibt. In Anbetracht der Sensibilität solcher Informationen und dem fehlenden Einfluss Julias, der durch die räumliche Trennung verstärkt wird, wird die Informationsweitergabe zum Drahtseilakt (Corbin & Strauss, 2010, S. 52). Julia, die viel Wert auf Unabhängigkeit und Selbstbestimmung legt, erfährt quasi das Gegenteil. Julias Mann entschuldigt sie auf der Arbeit, rechtfertigt sich vor der Familie und bei Freunden oder eigenen Arbeitskollegen für Julias Situation (Z. 1248–1249). Was er genau gesagt hat, wisse sie nicht (Z. 883–884). Julias Freunde hingegen würden sich nicht erkundigen, was passiert sei. Sie würde das zwar gerne von sich aus erzählen, es »fragt aber keiner« (Z. 1255). Auf der Arbeit würde sie offen über ihre Situation reden. Dort erfahre sie viel Verständnis, würde aber nicht direkt von ihrer Psychose erzählen. Durch die ei-

genständige Informationskontrolle behält Julia die Souveränität und gibt nur das Preis, was zu ihrer Selbstvorstellung (»das gehört zu mir«; Z. 894) passt (Z. 1239).

Schwierig ist auch die Kommunikation mit ihrem Mann. Diesem würde sich Julia anvertrauen, er möchte aber nicht mit ihr über die »schwerste Zeit« reden, weil dies für ihn »unangenehm« war (Z. 1263–1264). Gerne würde Julia wissen, was zu dem Zeitpunkt ihrer Psychose mit ihr passiert sei und wie sie »gewirkt« hätte (Z.1274), doch ihr Mann hat »nur kurzgebunden« geantwortet und sei nicht detailliert auf Julias Fragen eingegangen.

»Das ist einfach, er will einfach nicht mehr drüber reden // mmh // er ist froh, dass ich gesund bin, er will das abhaken. Also / er will sich nicht dran erinnern.« (Z. 1287–1289)

Für Julia sind die Informationen essenziell, da sie sich ein Bild von der Gesamtsituation machen möchte, was wegen ihrer »verzerrten Realitätswahrnehmung« (Z. 473) und »Erinnerungslücken« (Z. 480) nur bedingt möglich sei. Die vagen Erinnerungen und die Informationslücken an die Zeit verunsichern Julia, die das Erleben gerne einschätzen würde. Die Ablehnung des Mannes darüber zu sprechen, hinterlässt bei Julia, die die Wissenslücken schließen möchte, Unsicherheit, da sie das Erleben und ihr Wirken nachträglich nicht einschätzen kann. Der Ausgleich der Wissenslücken ist zugleich eine Integration verlorener Identitätsanteile, da die vollständige Gewissheit und damit die retrospektive Sinnzuschreibung für Julia in der Verborgenheit des Schweigens ihres Mannes bleibt. Dementsprechend problematisch sei die Informationskontrolle vor ihren Kindern gewesen. Diese konnten die Situation wahrscheinlich nicht einschätzen. Die nachträgliche Wiedergutmachung wird umso schwerer, da Julia die benötigten Informationen zur Selbstpositionierung nicht erhält. Es bleibt Unsicherheit.

» [...] und wenn ich das höre, muss ich echt weinen // mmh // und man hat schon gemerkt, die waren nicht so stabil, also die waren / die war / besonders die Große, die war (unv.) RICHTIG TRAUERIG. Und es hat dann ne Zeit gebraucht, dass sie bisschen wieder / dass sie sich überzeugt haben, jetzt ist wieder alles normal, jetzt ist Mama wieder da. Ja, also war / bleibt schon ein wenig bisschen Schaden dadurch für sie, dass sie das erlebt haben.« (Z. 1152–1157)

Für die Kinder hat sich der Alltag seit Julias Psychoseerfahrung verändert. Diese werden zum Teil tagsüber von der Großmutter betreut. Julia tut sich schwer, den Kindern ein gewohntes Bild von sich zu vermitteln (Z. 1163–1164). Julia steht vor der Schwierigkeit, einen vernünftigen Weg der Kommunikation mit ihren Kindern zu finden, was in Anbetracht des Alters keine Leichtigkeit sein wird. Julia entscheidet sich erstmal, die Psychose nicht zu thematisieren, da diese, so ist sich Julia sicher, »bei ihr nicht mehr vorkommt« (Z. 1174).

Julias Identitätsfragen erstrecken sich von der Verunsicherung durch die Verlaufskurve bis zu der nachträglichen Bearbeitung der Psychoseerfahrung. Erkennbar sind

biografische Brüche, die nicht so leicht in die Identität integriert werden können. Zudem kann Julia nur bedingt eigene Identitätsstrategien entwickeln, da diese durch die Familie unterbunden werden. Julia bewegt sich nach der ersten Psychoseerfahrung in einem Unsicherheitsbereich, der mehr Fragen als Antworten für sie bereithält. Das macht Julia fragil und unsicher. Das Zurückhalten der Information ihres Mannes erlaubt es ihr, nicht mit ihren Erlebnissen abzuschließen und ihre Wirkung auf andere einzuschätzen. Sie wird ständig auf der Suche nach Gewissheit bleiben.

5.2.7 Fazit: Psychose und Identitätswandel

Die Psychose hat das Leben, wie es vorher war, grundlegend verändert und regt nun zu einem Identitätswandel an, der begründet werden will. Die Auseinandersetzungen mit biografischen Erlebnissen werden im Sinnhorizont der Psychose verhandelt. Dies weckt den Zweifel an der bisherigen Lebensführung. Die Gegenwart erfordert ein neues Selbstkonzept, welches durch die Veränderungen Psychose notwendig wird. Das geschieht im Wechselspiel mit der eigenen Selbsteinschätzung und durch die Einschätzung des sozialen Umfeldes. Darüber hinaus verändert die Psychoseerfahrung den Blick auf die Zukunft, da die Pläne, die vor der Psychose entstanden sind, überdacht und neu ausgelegt werden müssen.

Ulla hat durch die Psychoseerfahrung gelernt, dass sie ihr Leben, wie sie es gewohnt war, nicht mehr in der Intensität weiterführen kann. Dies zu akzeptieren, war für Ulla ein schwerer Weg, und noch immer muss sie sich erinnern, an den neuen Handlungsentwürfen, die auf die Psychoseerfahrung abgestimmt sind, festzuhalten. Gleichzeitig versucht sie aus Scham und Sorge die Erfahrung und ihre Diagnose zu verstecken und bemüht sich um gesichtswahrende Strategien. Ihre Freunde, die die Psychose ohnehin schon hautnah erlebt haben, werden zu Interventionsbevollmächtigten und sollen Ulla im Falle einer weiteren Psychose vor dem Gesichtsverlust bewahren. Ulla entscheidet sich für einen Weg der Vorsicht, der ziemlich anstrengend werden kann.

Für **Heinz** war die Psychose eine existenzielle Erfahrung, denn durch diese sei ihm aufgefallen, wie unzufrieden er in dem Leben vor der Psychose war. Die Psychose wird für ihn Mittel und Zweck seiner veränderten Identität. Er wird in der Selbsthilfe aktiv, was er als ideal für seine Situation ansieht, ist dadurch aber gezwungen, sich zu outen, und die Selbsthilfe wird zur einzigen Bezugsgruppe. Das Leben vor der Psychose ist für ihn eine unschöne und belastende Erinnerung. Seine Psychosen werden daher zum Katalysator seiner Identitätsveränderung. Die positive Darstellung der Psychose weckt gleichzeitig den Eindruck einer Strategie, die Erfahrungen entsprechend zu instrumentalisieren, um die Veränderung als Kalkül zu präsentieren.

Ricardo stellt den für die Psychiatrie nicht ungewöhnlichen Konflikt der Einnahme von Neuroleptika dar. Deutlich zu erkennen ist Ricardos Wunsch nach Autonomie, selbst über die Medikamente entscheiden zu können. Da er wegen der Psychose Schwierigkeiten hat, sich selbst kontrollieren zu können, würde er zur Einnahme der Medikamente gedrängt werden. Dies hat aber eine Reihe von somatischen Nebenwirkungen zur Folge, durch die sich Ricardo in seiner Lebensqualität enorm beeinträchtigt sieht. Letzteres wird aber durch das soziale Umfeld unterschätzt und Ricardo werden die Vorstellungen seiner persönlichen Identität sukzessiv abgegraben, was ihn dementsprechend wütender macht.

Auch **David** hadert mit seinem gegenwärtigen Leben. Die Zeit vor seiner ersten Psychose bis zum Maßregelvollzug sei die schönste Zeit seines Lebens gewesen. Davon sei aber nichts mehr übrig, da er sich von einem agilen, motivierten und durchtrainierten Menschen in einen schwerfälligen, dicken und antriebsarmen Menschen verwandelt hat. Die Verwandlung macht ihn unzufrieden und Lösungen würde er auch keine finden. Deswegen schwelgt er häufig in seinen vergangenen Tagen, als ihm das Leben noch leichter fiel.

Dennis erläutert den Identitätskonflikt aus einer anderen Perspektive und stellt in seiner Erzählung dar, warum die Psychose die Funktion gehabt hat, sein Selbst aufzuwerten. Durch die Psychose konnte er seine Beziehungsproblematiken überwinden und dadurch eine vorübergehende Aufwertung seines Selbstkonzeptes erreichen. Zudem stellt er seine Gesundheit als Verhandlungsmasse seines sozialen (auch erweiterten) Umfeldes dar, wovon sich Dennis in seinen Erzählungen geschickt distanzieren kann. Dennoch wird der Zweifel an seinen Fähigkeiten und seiner Selbstständigkeit laut, die Dennis in seiner Psychose kompensieren möchte.

Vanessa setzt auf eine Strategie der Selbstabwertung, um ihrer Fremdadwertung zuvorzukommen. Sie positioniert sich mit einem gesellschaftlich niedrigeren Status, für den sie sich aufgrund ihrer Erfahrungen mit anderen Menschen selbst entschieden hat. Damit will sie sich von ihrem früheren Leben distanzieren, da sie sich mit dem Streben nach Perfektion und Leistung überfordert hat. Außerdem hat sie viele Enttäuschungen mit signifikanten Anderen erleben müssen, die sie mit ihrer Positionierung zum Ausdruck bringen möchte. Die medizinischen Zuschreibungen haben sie überdies zu einem Leben außerhalb gesellschaftlicher Normvorstellungen genötigt. Diese Erfahrungen werden für ihre Selbstvorstellungen prägend.

Julia beschreibt in ihrem Leben verschiedene Umbrüche im Sinne von Verlaufskurvenproblematiken, die zu zwangsläufigen Handlungsneuorientierungen führen mussten. Dazu gehört etwa das Aufwachsen bei der Oma, die Migration von Russland

nach Deutschland, die Neuaufnahme eines Studiums, der Tod des Bruders und der Abbruch ihrer Dissertation sowie die eigene Infragestellung der Coronamaßnahmen und letztendlich die Psychose selbst. Obwohl ihr Lebenswandel von einem starken Autonomiestreben geprägt ist, prägen sich die Erzählungen über ihre Gegenwart durch ihre Bevormundung ihres sozialen Umfelds. Julia durchläuft in ihrer Psychose einen Ausbruchsversuch aus ihrer umklammernden Welt.

In den Rekonstruktionen verdeutlichen sich Identitätskonflikte auf mehreren zeitlichen Ebenen. Sei es die Zeit vor der Psychose, die Bearbeitung von Identitätsunsicherheiten während der Psychose oder die Zeit nach der Psychose. Die Erzählungen, die die Zeit vor der Psychose thematisieren, drehen sich um Handlungsentwürfe, die nach der Psychose nicht mehr aufgenommen werden konnten, was schließlich eine Verunsicherung des Selbstkonzeptes zur Folge hat. Die Erzählungen, die das Erleben der Psychose selbst beschreiben, ermöglichen eine Aufwertung des Selbstbildes, die auf die Verunsicherungen der eigenen Bedürfnisse oder fremdbestimmten Handlungen des sozialen Umfeldes zurückzuführen ist. Erzählungen, die die Zeit nach der Psychose aufgreifen, werden durch Autonomiekonflikte geprägt, die sich durch die Regulation der Psychose von der betroffenen Person selbst (zum Beispiel in den Versuchen Handlungspläne weiter zu verfolgen) oder durch das soziale Umfeld verdeutlichen. Die Identitätsstrategien sind dann reaktiv angelegt, um sich gegen die dauernde Bedrohung der Selbstabwertung zu schützen und führen zu (teilweise) neuen Sinnauslegungen.

5.2.8 Ungewissheiten aushalten und ertragen können

Im folgenden Kapitel möchte ich zeigen, zu welchen Ungewissheiten und Veränderungen die Zäsur der Psychose in der Auslegung des Alltags, der Handlungsroutinen und des Selbstkonzeptes führen kann. Dafür beziehe ich mich zum Teil resümierend auf die Ergebnisse aus den Interpretationsteilen 5.2.2., 5.2.4. und 5.2.6.

Für die Interviewten entsteht eine neue Lebenssituation, die aufgrund ihrer ungewissen und unsicheren Perspektive neue Denk- und Handlungsmuster zur Folge haben kann. Die durch die Psychose ausgelöste Irritation stellt alles bisher Bekannte auf den Prüfstand, und die damit einhergehenden Veränderungen können nur teil- und/oder schrittweise akzeptiert werden. Neue Denk- und Handlungsorientierungen entwickeln sich in der »Totalität« (Straub, 2016a, S. 164) eines eigenen, »geschlossenen Sinnbereichs«, der einen eigenen Erkenntnisstil innehat (Schütz, 1971c, S. 266). In seiner Abgeschlossenheit möchte der Erfahrene Handlungsroutinen entwickeln, die er für sich als sinnvoll und damit als entlastend erlebt; auch wenn dies auf ›Außenstehende‹ anders wirken kann. Eine durch Dritte getätigte Bewertung der Neuorientierungsversuche wird in Anbetracht der (noch) fragilen Identitätskonstitution vom Erfahrenen als nicht

sinnhaft und damit als Bedrohung für die neue Selbstpositionierung gewertet. Eine gegenseitige Annäherung steht immer unter dem Verdacht des Eingreifens, der Korrektur und der Übergriffigkeit in das neue, als stabilisierend empfundene Sinnsystem. Das, was dahinter liegt und was sich wie entwickeln kann, sorgt für Ungewissheiten bei den Erfahrenen selbst sowie im sozialen Umfeld. Möglicherweise hat er Erfahrene noch nicht begriffen, was ihm widerfährt oder widerfahren ist (Straub, 1999, S. 41).

Durch die »Störung der sinnkonstituierenden Wahrnehmung« verlieren »Dinge ihren primären und vertrauten Sinn« (Fuchs, 2012, S. 134), was den Bezug zur Welt unsicher werden lässt. In diesem Fall steht der Erfahrene auf wackeligem Boden, da er von seinen Handlungsentwürfen, die eine sichere Wahrnehmung als Basis haben müsste, nicht mehr überzeugt sein kann (Schütz, 1971a, S. 79). Auf mögliche Sicherheiten kann es keine klaren Antworten geben. Jede Neu- oder Umgestaltung wird vielmehr von der unsicheren Frage begleitet, was überhaupt das Richtige sein kann. Der Rückzug in einen eigenen »geschlossenen Sinnbereich« kann deswegen Entlastung bringen, weil es Möglichkeiten zur Erklärung des Erlebens bietet, die außerhalb (also in der geteilten Realität) womöglich schwer nachvollziehbar sind. Innerhalb des Sinnbereichs gelingt es, die Bedeutungen für sich sinnhaft einzuordnen. So können zum Beispiel bestimmte Erlebnisse als übersinnlich oder übermenschlich gedeutet werden und in Anbetracht der existenziellen Situation (in der Logik des Subjekts) Ausweichmöglichkeiten aufzeigen. Die Ausweichmöglichkeiten können auch konkrete Handlungen darstellen, die intuitiv, automatisiert und routiniert zur Entlastung führen, indem etwa Bedeutungen aus den umliegenden Sinnbereichen kontrolliert dosiert zugelassen werden (Schlimme & Brückner, 2017, S. 28; Berger & Luckmann 2013 [1966], S. 28). Eine weitere, gewichtige Frage ist, wie es den Erfahrenen gelingen kann, ihre Hoffnung aufrechtzuerhalten und welche Perspektiven sie dafür entwickeln. Die Psychose »als erschütterndes Ereignis« (Maldiney, 2017[1991], S. 220) hat eine Veränderung der »Art, wie die Existenz sich auf sich selbst und auf die Welt bezieht« (ebd.) zur Folge. Diese radikale Veränderung führt zu einem tiefen Riss in der Selbst- und Weltauslegung (ebd.). Diesem »Ereignis« (ebd., S. 210) »mangelt es an der Verankerung in der Präsenz« (ebd., S. 218). Darüber hinaus verändert die Psychose den Blick auf Vergangenheit und Zukunft. Das tiefzerrüttende Ereignis der Psychose fordert eine »Umgestaltung der Existenz« (ebd., S. 222), die viele Fragen über das eigene Selbst, seine Umgebung und die eigene Lebensgeschichte aufwirft und deswegen den lebendigen Umgang mit der Ungewissheit erfordert. Eine intensivere Auseinandersetzung mit dem verunsicherten Identitätserleben habe ich unter 2.1.5. vorgenommen. Die durch den geschlossenen Sinnbereich veränderten Wirklichkeitsakzente habe ich unter 2.3. genauer dargestellt.

5.2.8.1 Zwischen Freundschaft und Feindschaft: Ulla

Ulla wird seit der Psychose von einem tiefen Unsicherheitsgefühl begleitet. Wie bereits dargestellt (siehe 5.2.6.), konnte sich Ulla in ihrem Freundeskreis und ihrer Wohnung nicht mehr sicher fühlen, weil sie sich stark verfolgt gefühlt hat. Aufgrund der schwierigen Erfahrungen mit ihrer Familie stehen die »Freunde eher vor der Familie« (Z. 76–77) und werden damit zum wichtigen Bezugspunkt. Als es dann zur konkreten Verfolgungssituation kommt, hätte sie ihre Freunde der Verfolgung bezichtigt (349–350). Diese plötzliche »Veränderung ihres Wesens« (Z. 279) hat auch bei den Freunden große Unsicherheit hervorgerufen, die »nicht spurlos an diesen vorbeigegangen ist« (Z. 276–277). Noch immer plagen Ulla Zweifel und sie versucht sich über die Geschehnisse von damals rückzuversichern. So unternimmt sie immer wieder mit ihren Freunden einen »Realitätsabgleich« (Z. 793), durch den sie herausfinden möchte, welche Gedanken und Äußerungen zur intersubjektiven Realität gehören und was durch ihre subjektive Realität kompromittiert wurde. Das hat zur Folge, dass sich Ulla niemals in Gänze ihrer eigenen Wahrnehmung sicher sein kann und immer Restzweifel bestehen bleiben. Der tiefe Vertrauensbruch, der in der Psychose ausgelöst wurde, bleibt auch danach noch bestehen, weil die Gewissheit niemals wieder ganz hergestellt werden kann. Die Basis des Vertrauens obliegt den Beschreibungen der Freunde, auf die Ulla somit angewiesen ist.

Ullas eigenes zuhause hält (in der Psychose und auch noch danach) vermeintliche Bedrohungen durch die Freunde bereit, denen Ulla nur durch eine Klinikeinweisung entkommen kann. Die Klinik wird »zum sicheren Ort« (Z. 424), da sie hier zu den Freunden und ihrem Zuhause auf Distanz gehen kann. Das Schwanken zwischen »lichten und nicht lichten Momenten« (Z. 460) und das Bedürfnis, sich immer wieder vom Gegenteil überzeugen zu lassen, verweist auf Ullas unsichere Position. Gewissheiten werden genauso schnell »gekippt« (Z. 460), wie sie wieder Gewissheit sein können. Die Polarität zwischen Sicherheit und Unsicherheit, zwischen Vertrauen und Misstrauen, zwischen Freundschaft und Feindschaft motiviert Ulla zum Rückzug, der es aber nicht besser, sondern schlimmer macht (Z. 561–562).

»Das ist auch die Zeit, wo mir halt einfach ein paar Erinnerungen fehlen, wo ich äähm nicht weiß, was ich gesagt, getan und ääh gemacht habe. Da / da sind einfach Löcher. Das weiß ich nicht.« (Z. 563–565)

Den eigenen Gedanken nicht mehr Vertrauen zu können, wird für Ulla zur schrecklichen Ausgangssituation, da sich die Unsicherheit aus eigener Kraft nicht verhindern lassen kann. Ulla versucht sich die Gewissheit zurückzuholen, indem sie ihren Freunden in der Rolle als Unterstützer einen Vertrauensvorsprung gibt (siehe 5.2.2). Dadurch bringt sie sich in eine Abhängigkeit, die das (beschädigte) Vertrauen zur Notwendigkeit macht. Die Unsicherheit in der Beziehung erhält den Kitt der instrumentellen

Vertrauensvereinbarung. Die Beziehungsvereinbarung wird zum verlängerten Arm der eigenen Wahrnehmung, die Ulla kompensieren möchte.

»Das sind so diese Vorläufer (unv.), wo / wo man dann aber noch überlegt, stimmt das jetzt? Du spinnst doch eigentlich gerade. Stimmt das jetzt? Ne, aber das Gefühl sagt dir, das ist so. Ne, aber das kann doch gar nicht sein. Aber das Gefühl sagt dir, das ist // mmh // und dann schleicht sich das im Endeffekt so langsam ein.« (Z. 605–608)

Das ständige »Switchen« (Z. 561) zwischen den Realitäten hinterlässt »schon ein bisschen erschreckendes Gefühl« (Z. 614), da Ulla keinen Orientierungspunkt hat, nach dem sie sich richten kann. So wird die Aufmerksamkeit auf »Frühwarzeichen« gerichtet, die die Psychose ankündigen sollen, aber ihrerseits wieder Angst machen können, weil die Psychose auf keinen Fall passieren darf.

»Ich möchte es nicht, weil ich das nicht nochmal erleben MÖCHTE, einfach, so dieses / so einfach den Bezug zur Realität ääh verlieren, diese Ängste aushalten zu müssen und äähm (...) das möchte ich einfach nicht mehr, ich möchte die Stimmen nicht nochmal hören (...) weil das einfach beängstigend ist und äähm (...) trotzdem weiß, das geht ja vorbei.« (Z. 658–662)

Die Überzeugung, dass es irgendwann vorbei geht, gibt Ulla die Zuversicht, mit der Psychose umzugehen. Der Weg durch die Psychose ist jedoch anstrengend und ungewiss, die Bilanz kann erschreckend sein. Die Psychose »ist ein zeitlich begrenztes Fenster im Endeffekt, was unterschiedlich lang dauert « (Z. 656–657) und je länger sie dauert, kann sie auch viele Überraschungen bereithalten. Wie beim Verirren im Wald, wird man irgendwann »wieder rauskommen« (Z. 655–656). Ob man gerettet wird oder den Weg alleine findet, ist das große Rätsel, das auch Ulla begleitet und weiterhin begleiten wird. Den Weg in den Wald muss Ulla aber nicht antreten, wenn sie die Psychose als »Signal von meinem Körper« (Z. 708) interpretiert, das Ulla auf ihren »Lebensstil« (Z. 708) hinweist. Den Stil möchte sie zwar ungern aufgeben, erkennt aber für sich die Dringlichkeit einer Veränderung. Was bleibt, ist die Ungewissheit, sich in der Welt nach eigenen Vorstellungen bewegen zu können.

» [...] meine Vorstellung der Welt ja schonmal ziemlich ins Wanken geraten ist und ich mir selber nicht mehr / oder mir selbst und meinen Wahrnehmungen nicht mehr vertrauen konnte.« (Z. 774–775)

Rückblickend ist zu überlegen, ob Ulla den Wald schon verlassen hat oder ob sie immer noch in diesem herumirrt, sich aber langsam in Richtung Ausgang kämpft. Die Psychose hat Ulla zwar die Erkenntnis über ihren belastenden Lebensstil gebracht und kann so sinnhaft interpretiert werden; zugleich hinterlässt sie momentan mehr Fragen als Antworten.

5.2.8.2 »Ungewissheit ist Freiheit«: Heinz

Heinz steht der Psychose weniger besorgt und ängstlich gegenüber als Ulla. Durch den Sinn, den er in seiner Psychose sieht, kann er dem Erleben, wie zum Beispiel David oder Vanessa, etwas Konstruktives abgewinnen. Er ist aber weniger besorgt um die Konsequenzen, die ein besonders starkes Ausmaß annehmen können. Die Psychose wird für Heinz, wie in 5.2.4 dargestellt, zu einer »Verlockung und Versuchung« (Z. 280), die aus dem »Universum vielleicht oder von mir selbst« (Z. 280) kommt. »Der Verstand würde irgendwo einen Streich spielen« (Z. 288). Die Psychose würde sich an wie eine »Erleuchtung« (Z. 290) anfühlen, weil »die geheimsten Wünsche in Erfüllung gehen können irgendwie« (Z. 292). Das sei gefährlich, so Heinz weiter, denn auf einmal würden die Konsequenzen des Handelns deutlich werden.

»Und äh, dann merkst du auch, dass du auf einmal auch VERANTWORTUNG hast für diese / für die Folgen und du denkst wirklich, du hast da was geschafft und auf einmal merkst du, das bricht alles ZUSAMMEN. Und dann merkst du auf einmal du bist dafür verantwortlich für den ganzen Kack // mmh // und das ist ja eigentlich gar nicht so, ne.« (Z. 301–304)

Die Verantwortung, die Heinz nach der Psychose übernehmen muss, verdeutlicht die Versuchung in der Psychose. Der Ausblick scheint vielversprechend und schön zu sein. Am Horizont wird die Verlockung ganz klar und der Weg scheint einfach zu meistern. Doch was die Perspektive des Ausblicks nicht einfangen kann, ist das steinige Gebiet hinter dem Horizont. Einmal auf dem Weg angekommen, ist die Rückkehr nicht mehr möglich und Heinz muss weiterlaufen. Dann kommt es zur Erschöpfung oder, wie Heinz es formuliert, zum »Zusammenbruch« (Z. 310), der »sehr schmerzhaft ist« (Z. 311).

»Dann merkst du auf einmal: Ach du SCHEIßE. Das hast du alles angerichtet, da? Und das ist ja gar nicht so. Und dann fühlt man sich auch noch SCHULDIG und dann ist man dadurch gebrochen irgendwann.« (Z. 308–310)

Wie nach einem Rausch hinterlässt die Psychose »Reste, die irgendwo auch wie ein Kater sind« (Z. 657–658). Das Katergefühl symbolisiert das Einhämmern der Realität, die im Rausch missachtet wird und sich nun um ein Vielfaches schmerzvoller zurückmeldet. Der angerichtete Schaden ist so schwer, dass sich Heinz »schuldig fühlt« wie nach einem Verbrechen, das er ohne Sinn und Verstand, geleitet von den Versprechungen des Glücks, verübt hat. Immer wieder kommt die Idee, die ihn nicht loslässt, die besagt: »Irgendwas ist doch WAHR daran« (Z. 317–318). Der Zweifel besteht, weil sich Heinz seine schmerzvollen Taten ungern eingestehen möchte. Und die Fantasie lebt weiter, weil sie die Realität, die den Schmerz offenbart, abwehren soll. Heinz würde sich in der Psychose »mächtig« (Z. 319) fühlen und dann die »Kontrolle darüber verlieren« (Z. 320), so als würde sie sich »verselbstständigen« (Z. 321). Nimmt Heinz

in der Psychose erst einmal Fahrt auf, wird er durch die eigene Macht und die eigenen Fähigkeiten so sehr geblendet, dass er keine Rücksicht mehr nimmt. Es ist dann schwer, »Charakterstärke« (z. 335) zu zeigen und zu widerstehen, weil die Psychose die »negativen Charaktereigenschaften« (Z. 530) anspricht. Was als stark gilt, wird schwach. Sodann verliert sich Heinz in seiner eigenen »Illusion« (Z. 338), weil sie das Ergebnis seines Charakters ist, der die »hemmenden« (Z. 333) Eigenschaften ausschalten möchte.

In der Psychose würde sich für Heinz zeigen, wo er noch »Schattenanteile« (Z. 529) hat, also »Anhaftungen« (Z. 530) seines Charakters, »wo er noch nicht ganz frei ist« (Z. 531). Die im Verborgen liegenden Anteile würden sich etwa über seine »Unruhe« (Z. 532) bemerkbar machen. So merkt Heinz, dass es unerklärliche Dinge gibt, die unbedingt nach außen dringen wollen, sich aber für ihn auch als nützlich erweisen. So wäre die Psychose eine Möglichkeit

» [...] zu erkennen, dass es (...), dass es auf das wesentliche kommt / dass es auf das wesentliche zu konzentrieren gibt und dass ich auch für was DA bin, ne // mmh // dass ich / selbst wenn ich ne sehr schmerzhafte Psychose gehabt hab, sehr schmerzhaftes Leiden oder sehr schmerzliche Demütigungen erlebt habe, dass ich irgendwo auch noch für was da bin.« (Z. 544–548)

Die existenzielle Verunsicherung durch die Psychose, würde eine »schmerzhafte« Reaktion auslösen, mit der Heinz sich besser orientieren könnte als im Kontrollverlust der Psychose. Das Leid zeigt die Grenzen der eigenen Person und signalisiert die Reichweite seiner Handlungen und Möglichkeiten. »Für was da zu sein« zu können wird zum traurigen Selbstverständnis von Heinz, wenn er die Scherben seines Rausches aufkehren muss. Was übrig bleibt, erkennt er erst danach. Das »Hochkommen der Schattenseiten« (Z. 551) zeigt, wo Heinz »noch Probleme in seiner Welt« (Z. 551–552) hat. Die unbequemen Seiten, die Heinz dann offenbart, weisen ihn auf mögliche Sollbruchstellen hin, an denen er »noch arbeiten muss« (Z. 554). Diesen Vorgang beschreibt er als »eine Art Reinigungsprozess« (Z. 554), der auch nicht »ganz ungefährlich ist« (Z. 555), weil »man sich und seiner Umgebung erhebliche Probleme bringt« (Z. 555–556). Trotz dieser Erfahrungen resümiert Heinz, die Psychose »dient irgendwo zum Erwachen« (Z. 559), weil er »im Prinzip« an der Auseinandersetzung mit den »negativen Charaktereigenschaften wachsen würde« (Z. 560). Das wäre sogar effektiver als jede Beziehung.

» [...] was Besseres kann mir doch gar nicht passieren, in der Psych / wie / wie / kein Mensch sagt mir meine Schattenseiten direkt ins Gesicht aber meine Psychose zeigt es mir bewusst, ne // mmh // und die INHALTE meiner Psychose / ja, klar die haben immer mit Erleuchtung zu tun gehabt bis jetzt.« (Z. 561–564).

Die Psychose wäre dann »total praktisch« (Z. 577) und Heinz begreift sofort, »was noch ansteht« und »was ich noch bearbeiten muss« (Z. 576–577). Wie auf Knopfdruck können die unliebsamen und belastenden Elemente aus dem Körper ausgeschieden

werden. Heinz' Vorstellung über Sinn und Zweck seiner Psychose greift die Möglichkeit auf, Belastungen zu erkennen und diese dann bearbeiten zu können. Das wirkt auf den ersten Blick wie eine mechanistisch-deterministische Problemlösungsstrategie. Tatsächlich aber ist es mit, wie er weiter oben beschreibt, »Schmerz und Leid« verbunden, und der Prozess des Erkennens und des Bearbeitens ist alles andere als leicht vollzogen. Die Umdeutung der Psychose als Katalysator hilft Heinz, einen Sinn zur Selbsthilfe aus seiner Psychose abzuleiten. Mit der Nüchternheit kommt am Ende der »Kater« (Z. 655) und jede Psychose »würde die Krankheit verschlimmern« (Z. 657), was als Prognose alles andere als erstrebenswert sein wird. Heinz hat schon ungefähre Ideen, welche Spuren die Psychose hinterlassen kann, wenn er sagt:

»Ich habe da keine Angst (unv.). Da krieg ich halt ne Psychose. (Unv.) Kann sein, das Schlimmste, was mir passieren könnte, ist Scheidung. Schätze mal das könnte passieren DANN, dass sie sich dann scheiden lässt.« (Z. 736–738)

Trocken bilanziert er, dass er weiß, »wie sich das anfühlt« (Z. 742–743) und dass er »nix zu verlieren hätte« (Z. 743), da er nichts mehr hätte, »was ihm weggenommen werden könnte« (Z. 743–744). Seine Sichtweise zeigt, wie tief er sich auf diesen Fall vorbereitet. Alles zu verlieren, würde ihm jedoch nichts ausmachen, weil er nicht viel zum Leben brauche.

»[...] dann fängt man halt wieder von VORNE an. Stehe ich wieder auf. Kein Problem. Wäre nur schade dann, was man dann so aufgebaut hat alles, ne. Aber dann fängt man wieder von vorne an.« (Z. 757–759)

Heinz begegnet seiner Zukunft mit Ungewissheit, da er für sich nicht sagen kann, was passieren wird und woran er festhalten möchte. In seiner trotzigen und zugleich pragmatischen Einstellung zu einer möglichen Psychose und den Konsequenzen kommt das Umfeld oder seine Frau nicht vor. Schon einmal hat er alles verloren, dies könnte er wieder verkraften und er weiß auch, was er zu tun hat. Die Ungewissheit sieht er deswegen als Herausforderung an, weil er gerade nie wissen könnte, was auf ihn zukommen wird. Und weil die Konsequenzen so schwer wiegen können, kann er wohl erst einmal nur davon ausgehen, irgendwann allein zu sein. Deswegen ist die Unsicherheit sein ständiger Begleiter.

»Wird / wird schon was Gutes passieren. Eine größere Freiheit gibt es nicht als das Ungewisse, würde ich sagen. Ne, es geht ums Ungewisse. Mal kommt Das, mal es GEHT, joa. Ich nehme das so wie es ist, am besten, ne. Also, den Moment nehme ich so an, wie er ist. Ob der mir dann immer gefällt, das weiß ich nicht.« (Z. 768–771)

5.2.8.3 Hoffnung und Eigensinn: Ricardo

Ricardo, der, wie bereits dargestellt, intensive Antriebsprobleme hat und für den das bloße Aushalten des Alltages eine enorme Belastung darstellt, geht in der Regel früh schlafen und reguliert dies mit der Einnahme seiner Abendmedikation (Z. 88–89). Das macht den Schlaf und auch Zur-Ruhe-Kommen von den Medikamenten abhängig. Dennoch steckt hier die Strategie hinter, sich von den Bedeutungsüberschüssen des Tages freizumachen, um so zur Ruhe zu kommen. Eine andere Verringerung der Bedeutungsüberschüsse verspricht der Aufenthalt bei den Eltern am Wochenende (Z. 103–104). Schnell sind Professionelle dazu geneigt, Erfahrenen in dieser Situation zu unterstellen, sie würden nur einen schnellen Ausweg suchen, um dem psychiatrisierten Alltag zu entfliehen. Oft verbirgt sich dahinter jedoch ein temporärer Rückzug von den Anstrengungen, also von überschießenden Bedeutungen und Reizen, die den Wahrnehmungsapparat kontinuierlich überstrapazieren – und es geht häufig auch auf die Strapazen eines dauerhaften therapeutischen Settings zurück. Daher macht es häufig mehr Sinn, auf einen einfachen Waldspaziergang auszuweichen oder früh schlafen zu gehen als eine Disco zu besuchen oder sich mit vielen Freunden zu treffen. Diesen Eindruck unterstreicht Ricardo, wenn er erwähnt, dass er nach einer anstrengenden Situation »noch eine gewisse Ruhephase« (Z. 154) braucht, in der er sich bemüht, sich von vielen Bedeutungsreizen zu isolieren (Schlimme & Brückner, 2017, S. 23). Würden die Belastungen zunehmen, hilft entsprechend dosierter Schlaf, der nicht zu lang und nicht zu kurz sein darf (Z. 322–323). Ricardo entwickelt Ersatzhandlungen, welche die laufende Unsicherheit seiner Wahrnehmung abfedern sollen.

Darüber hinaus eröffnet Ricardos Ausrichtung auf einen religiös konnotierten Sinn- und Bedeutungszusammenhang die Möglichkeit selbstinitiativer Handlungsmotive. In dieser Logik entwickelt er eine Perspektive zur Einordnung und Verarbeitung seiner »Stimmen oder Gedanken« (Z. 465–467), die ihn nicht, wie in der Psychiatrie häufig angenommen wird, in einer komplett negativ assoziierten Wahnwelt zurücklassen. Wie ich schon in 5.2.4 zeigen konnte, stehen die Stimmen oder Gedanken mit positiver Ausprägung in einem Bezug zu Gott, der handlungsleitend wird. Sich »aufdrängende« (Z. 474) oder »zwanghafte Gedanken (Z. 963–964) werden von Ricardo als »irreleitend« (Z. 489) interpretiert, die ihm dann die falsche Richtung weisen, also die falsche Entscheidung treffen lassen. Das Einschlagen der richtigen Richtung impliziert für Ricardo eine Wahlmöglichkeit, die ihn zum aktiven Handelnden (innerhalb seines Sinnbereichs) werden lässt – und nicht zum passiven Reagierenden (außerhalb seines Sinnbereichs).

»Und weiß schon, dass die bösen Stimmen nicht von Gott sind, weil ähm, weil ich ebend ähm / weil das ebend so in der Bibel auch mit der Bibel nicht vereinbar ist, dass Gott böse Stimmen hat. Das ist mir vorher nicht aufgefallen und ich habe auch nicht auf meine Schwester gehört, die gesagt hat: Gott macht sowas nicht. Gott bespielt einen sowas nicht. Aber ich dachte ja immer, er kann alles. Das habe

ich falsch verstanden. Da war ich ein bisschen hochnäsiger, dass ich auf meine Schwester nicht gehört habe [...]« (Z. 499–504)

Darüber hinaus hat der Glaube an den christlichen Gott zum Inhalt das Leiden als eine von Gott auferlegte Prüfung anzuerkennen, an dessen Ende die Hoffnung steht, dass das Leben wieder besser werden kann. Das Leiten durch Gedanken ist Teil der Aufgaben, die Ricardo zum Abschluss der Prüfung führen soll. Jede missglückte Handlung kann so als Teil einer nicht erfolgreichen Teilprüfung gewertet werden, aus der Ricardo für das nächste Mal lernen kann. Dies wirkt zwar anstrengend und sehr fordernd, hinterlässt aber eine größere Chance auf Hoffnung als die Bewertung des Erlebens als Teil einer Krankheit, die durch die Prämisse der Unlogik keine Hoffnung bereithalten würde.

» [...] ich hab halt Hoffnung durch / durch den Glauben, sonst hätte ich überhaupt keine Hoffnung mehr und wäre auch nicht mehr so lebens / lebensbejahend [...]« (Z. 906–907)

Besonders auffällig ist, dass Ricardo neben der Eigensinndynamik, die ihm als pathologisch wahnhaft ausgelegt wird, die Möglichkeit eines Fremdsinn einräumt, ohne dass das Modell ›Krankheit‹ dem Eigensinn gefährlich werden könnte. Ein Zweifel im Glauben existiert nur gegenüber der vom Teufel repräsentierten Irreleitung. Da dies niemals die Absicht Gottes sein könne, räumt Ricardo der Irreleitung die Möglichkeit ein, dass das die Folge der Krankheit sein kann. Sie kann aber niemals durch Gott verursacht sein (Z. 492). Dieser tief verwurzelte Glaube bleibt auch in den schlimmsten Zeiten Ricardos Orientierungspunkt und gibt ihm Hoffnung und Perspektive.

» [...] ich denke aber durch den Glauben, dass, ähm, dass Gott einen Plan für mich hat, dass Gott mich durch ein Tal gehen lässt, weil das da auch wieder die Sonne kommt // mmh // also es kommt auch wieder Besserung. Das ist sogar ähm, wenn man nicht gläubig ist, kommt es / es gibt immer wieder nach der Depression / nach der starken Depression kommt meistens wieder ne gute / ne kleine Hochphase // ja // also ähm man muss also nicht gläubig aber die Gläubigkeit / also das gläubig sein führt halt dazu, dass ich mich zum Beispiel auf den Himmel freue oder / oder dass ich mich auf zukünftige ähm Lebensphasen freue, wo es mir dann halt besser geht. Ich glaube zum Beispiel, dass Gott das Lösen wird, weil er ja gut ist [...].« (Z. 926–934)

Der durch die medizinischen Implikationen geweckte Zweifel würde für Ricardo zu einer Katastrophe werden. Der von ihm entworfene Eigensinn enthält für ihn wichtige Antworten auf viele seiner Fragen bereit. Seine Handlungen machen trotz tiefster und quälender Depressionen Sinn, denn sie sind der Weg zum Ziel: der Besserung. Die Übernahme medizinischer Erklärungen hätte die Vernichtung seiner lebenswichtigen Identitätsstrategien zur Folge.

5.2.8.4 Der hoffnungsvolle »fitteste Ex-Psychotiker«: David

Im Gegensatz zu Dennis, der eine vergleichbare Problematik beschreibt, hat David keine den Alltag ausfüllende Aufgabe, wie eine Masterarbeit oder Nebenjobs. Stattdessen steht bei David die Routine durch den Sport im Vordergrund (siehe 5.2.2). Mit dem morgendlichen Fitnesstraining versucht David seinen Depressionen und seinem körperlichen Unwohlsein entgegenzuwirken (Z. 20–21). Schon die Motivation aufzubringen und sich zu überwinden, ist für David ein wichtiger, aber nicht selbstverständlicher Schritt. Deswegen kann er durch den Sport wieder »Hoffnung schöpfen« und hat »irgendwie ein Ziel« (Z. 24). Der Sport ist für David eine Möglichkeit, sein Selbstbild zu verbessern. Durch den Sport kann er sich disziplinieren und motivieren, was ihm nicht immer leichtfällt. Die Disziplin und Motivation kann er aufbringen, da er einen bestimmten Standard an körperlicher Fitness und ein bestimmtes Aussehen erreichen möchte. Mithilfe des Sports möchte er die selbstgewählte Isolation überbrücken, die er gewählt hat, um »zeitlichen Abstand« von den Erlebnissen seiner Psychose zu gewinnen (Z. 64).

»Genau und ähm, ja ich habe irgendwie das Gefühl, ich muss so ein bisschen heilen. Das ist einfach so. Mich / mich wieder aufbauen ähm mich so ein bisschen sammeln und das braucht einfach extrem viel Zeit und ähm die Depression, die halt ähm habe, phasenweise ziemlich stark.« (Z. 71–73)

Eine mögliche Genesung rückt für David in weite Ferne. Um das aushalten zu können, überbrückt David seinen jetzigen Zustand mit Routinen, die ihn zur Kraft seines »gesunden, alten Selbst« (Z. 76–77) zurückbringen sollen. Der Sport ist eine der wenigen verbliebenen Handlungsmöglichkeiten, durch die er an seiner Gewohnheit festhalten kann und von der er weiß, dass er selbstbestimmt »an sich arbeiten« und sich ein »bisschen verbessern kann« (Z. 93–94).

» [...] und ähm, ich habe auch die Hoffnung, dass so dieses sich normal fühlen, sich gut fühlen, einfach, ne. Sich in seiner Haut wohlfühlen // mmh // dass das so ein bisschen wiederkommt // mmh // weil hin und wieder habe ich so Momente des sich gut Fühlens aber ähm ja, das ist ähm halt noch nicht hundertprozentig wieder da.« (Z. 94–97)

Der sonst so triste Alltag hält für David kaum Möglichkeiten bereit, aktiv an sich zu arbeiten und irgendwie Verbesserung erreichen zu können. In drei bis vier Jahren erwartet er Ergebnisse, durch welche er sich in seinem Körper »woher fühlen kann« (Z. 1234). Außerdem schafft es David durch den Sport für einen gewissen Zeitraum von seinen »negativen Gedanken« (Z. 1224–1225) Abstand zu nehmen. Die lange Dauer seiner Handlungsplanungen spricht von einer Ungewissheit in der »Überwindung der Depressionen« (Z. 1242). Er möchte sich »langsam aufbauen« und sich »sammeln« (Z. 1243), was für einen schweren und langen Genesungsweg spricht, dessen Anstrengung

einiges über den Zustand seiner Depressionen verrät. Jeder Schritt sollte sorgfältig durchdacht sein, wenn auch Rückschritte stets zu erwarten sind. Diese Gedanken machen den Weg mühseliger und lassen ihn wegen seiner Schwere und Länge nahezu unbezwingbar erscheinen. Das Ziel, auf dem ersten Arbeitsmarkt anzukommen, wirkt in unerreichbarer Ferne, soll aber weiterhin die Hoffnung hochhalten (Z. 1244–1247). David ist sich dessen sicher und er erhält wiederum die Hoffnung, dass noch »was in meinem Leben passieren wird« und es ihm irgendwann besser gehen wird (Z. 700). Seine Selbstabwertung durchbricht er mit dem Gedanken daran, zwei schöne Beziehungen geführt zu haben – und gerade deswegen ist seine Selbsteinschätzung möglicherweise sehr harsch (Z. 702). Zudem hat er wieder etwas mehr Kontakt zu ehemaligen Freunden. Dieser sei zwar unregelmäßig, trotzdem würde sich hier etwas entwickeln (Z. 773).

Obwohl er seiner Psychoseerfahrung skeptisch gegenübersteht, war die Psychose für ihn ein spirituelles Erweckungserlebnis, welches ihn als ein Widerfahrnis nachträglich beeindruckt hat. Die emotionale Bedeutung des Erlebnisses sei mittlerweile der nüchternen Realität (siehe 5.2.6) gewichen, dennoch behält es eine große Bedeutung für David bezüglich der Einschätzung seines Lebens. David erklärt, dass er bereits vor seiner Psychose auf der Suche nach spiritueller Inspiration war und sich hinduistischen oder philosophischen Themen zugewandt hat (Z. 308–309). Damit würde er sich auch jetzt noch hin und wieder beschäftigen (Z. 335). Die spirituelle Inspiration eröffnet für David die Möglichkeit, seine Psychoseerfahrung als »Mysterium« (Z. 347), was diese als Erfahrung, mit der ein bestimmter Sinn verbunden wird (und das Symptom einer Krankheit ist), zu deuten. Die psychiatrische Überschreibung des spirituellen Erlebnisses erwirkt eine Nüchternheit und Sachlichkeit, der sich David im Zuge seiner Depressionen bewusst wird. Medizinische Deutungen zerstören den Sinn einer zutiefst subjektiv-bedeutsamen Erfahrung, die ihrerseits Antworten auf existenzielle Lebensfragen bereithalten kann. Gerade wegen der Antworten hält sich David die spirituelle Deutung offen. Er ist sich aber im Klaren darüber, dass dies auch Gefahren birgt.

»Nur ähm ja, man wird halt immer irgendwie durch so ne / durch eine psychotische Episode wirst du halt wieder echt krass. Also man wird halt echt heftig zurückgeworfen irgendwie // mmh // ich weiß nicht, wie ich das beschreiben soll. Aber ähm ja, man könnte / es kann sogar sein, dass jede Psychose halt einen noch ein bisschen / noch ein bisschen ähm schwerwiegender wird // mmh // so von Psychose zur Psychose. Keine Ahnung, ob sich das verfestigt, oder ich weiß es nicht genau. Aber ähm es ist halt wirklich schwierig / schwierig zu beurteilen, weil man / weil ich halt teilweise echt super verwirrt war.« (Z. 1296–1302)

Das Schöne und Aufregende, das die Psychose bisweilen (für manche) bereithält, könnte genauso gut beängstigend und gewaltvoll werden. Diese Extreme machen die Beurteilung des Erlebens deutlich schwieriger, weil der Ausgang ungewiss bleibt. Die Laufrichtung, »Herr über sich selbst zu sein« (Z. 1310), bleibt mit vielen Abstrichen verbunden, die David mit dem Aufbau einer neuen Identität anstreben möchte.

»Ich versuche wirklich / ich versuche jetzt zehn Jahre Sport durchzumachen. Ich versuche mit 40, versuch der fitteste 40-jährige Ex-Psychotiker zu sein. So den es gibt so. Ich versuche richtig fit zu sein und ähm dann / dass ich irgendwann so ein bisschen / dass ich zufrieden sein kann, dass ist nämlich bei mir so der / der / das Hauptthema ähm ich bin halt im Moment, ich bin dankbar und so und glücklich, dass ich noch alles habe so so. Aber richtig zufrieden bin ich halt nicht // mmh // so das ist halt so mein Ding so. Und ich will halt zur Zufriedenheit wieder hinarbeiten.« (Z. 1580–1560)

Der Preis für den »fittesten Ex-Psychotiker« ist möglicherweise die spirituelle Erfahrung, die in der Sachlichkeit des Lebens keinen Platz mehr finden darf, weil sie vom Weg der medizinischen Heilung ablenkt und – wenn überhaupt – als »Warnsignale« (Z. 1353) einer drohenden Psychose gedeutet werden könnte. Doch will sich David seinen Glauben bewahren, was dabei hilft, seine spirituelle Erfahrung weiterhin aufrechtzuerhalten. Dies gelingt, weil er versucht, an einer »guten Intention« (Z. 1621) festzuhalten, um am Ende »im Einklang mit Gott existieren zu können« (Z. 1636). Auch wenn sein Gefühl der Spiritualität langsam abnimmt, bleibt es doch das einprägsame Erlebnis vor seinem Spiegel (siehe 5.2.4), welches den Glauben an Gott und damit die Hoffnung, »das gute und schöne im Leben« (Z. 1611–1612), der Glaube »Teil von was schönem und wichtigen« (Z. 1618) zu sein, weiter aufrecht zu erhalten, das David ermuntert, den Weg zu einem schönen Leben weiterzugehen.

5.2.8.5 Lebensenergie durch »Gehirnreset« statt Seligkeit: Dennis

Ein zentrales Thema in Dennis Erzählung ist die Qual durch die »postpsychotischen Depressionen« (Z. 352), die er, wie schon erwähnt, zurückführt auf die Einnahme seiner Medikamente. Das Olanzapin würde ihn zu einem »Emotionszombie« (Z. 355) machen, der »abgestumpft und im Affekt verflacht ist« (Z. 355–356). Seine Deutung, dass die Medikamente den »Zustand halten, aber ihn nicht machen« (Z. 358–359) würden, zeigt einen für Dennis möglichen Ausweg aus seiner Misere auf. So besteht für ihn dauerhaft die Option, die Medikamente reduzieren oder absetzen zu können, wenn er den quälenden Zustand der Depressionen beenden möchte. Er bilanziert aber, dass eine erneute Psychose erheblichen Schaden anrichten könnte, der sowohl ihn selbst als auch die Beziehung zu seiner Familie gefährden könnte. Zumindest ist das Ende der Depressionen immer zum Greifen nah, und es wirkt trotz aller möglichen Gefahren wie ein Hoffnungsschimmer, der so einfach herbeizuführen ist wie das Öffnen einer Tür.

»Aber ähm ja also ich könnte mir vorstellen, wenn ich die Medikamente absetzen würde, wäre ich vielleicht ähm auch besser. Vielleicht würde ich wieder in son bisschen son Ge / / vielleicht würde ich wieder so ein bisschen in so etwas Manisches reinrutschen oder so und hätte dann mehr Energie oder ähm

könnte dann auch besser arbeiten. Aber das Problem ist ja, dass ich habe das so kennengelernt, deswegen nehme ich die Medikamente / dass so eine Psychose bei mir immer ein ganz faden Beigeschmack hat und immer dann abrutscht / dass ich abrutsche, dann in / in / in irgendwelche wahnsinnigen Dinge, die niemand mehr nachvollziehen kann oder in irgendwelche Ängste abrutsche, ne.« (Z. 720–725)

Dennis hält sich diesen Ausweg zwar offen, wie er immer wieder betont (Z. 1011–1012; Z. 1029–1034), wägt aber die Konsequenzen ab. So bekundet er die Bereitschaft, an seinem jetzigen Zustand zu arbeiten, was Zeit und Geduld in Anspruch nehmen wird. Das ist für ihn mindestens genauso erstrebenswert, denn der Umgang mit seiner Erkrankung, der sich im Alltag durch die Depressionen erschwert, ist für ihn ein »Prozess des Wachsens« (Z. 752), den er »kleinschrittig« (Z. 757) und abwägend in einem entsprechenden Umfeld planen möchte.

Die verminderte Lebensenergie, die sich im Interview nach und nach als verminderte Lebensqualität zeigt, lässt ihn über Situationen nachdenken, in denen er voller Energie war. In seinen Überlegungen zeigt sich, dass das Stimmenhören ihm Energie gebracht hat und der »Alltag super strukturiert und angeleitet« war (Z. 209). Das Stimmenhören war für Dennis so lange eine konstruktive Angelegenheit, bis ihm aufgefallen ist, dass er den Hund (siehe 5.2.6) nicht mehr so versorgen kann, wie es eigentlich notwendig gewesen wäre. Über den Zustand des Hundes, der für Dennis sehr bedeutsam war, konnte er seine subjektive Realität mit der äußeren vergleichen und sich so die Dringlichkeit der Situation klar machen (Z. 172–173; Z. 225). Die Situation des Hundes ermöglicht es Dennis, einen Ver- oder Abgleich mit der äußeren Realität vorzunehmen und für sich zu erkennen, dass »irgendwas nicht stimmt« (Z. 172), sodass es anschließend »realistisch wurde« (Z. 225) und die Stimmen schließlich »befohlen« (Z. 230) hätten, in die Klinik zu gehen. Die Vergleichsmöglichkeit war der Psychoseerfahrung inhärent, da der Sinn der Psychoseerfahrung eine Mission war, die er erledigen sollte, um wieder zum nicht-psychotischen Bewusstsein zurückzukehren. Dennis nimmt die Veränderung seiner Wahrnehmungsmöglichkeiten wahr und interpretiert sie als Ausschluss der Realität, zu der er zurückfinden sollte.

»Ja, bei der ersten Psychose ähm dachte ich morgens / dachte ich morgens irgendwie, ich müsste auf so einem Zettel irgendwie so eine Art Verhaltenstraining absolvieren / der auf dem Zettel steht, und da standen irgendwelche wilden Sachen drauf. Und ich dachte, ich müsste das durchgehen, um wieder zurück zur Realität zu finden und / und um ähm nicht jetzt der Dozent zu werden.« (Z. 310–314)

Durch diese Form der Verarbeitung entsteht das Gefühl von Sinn, welches für ihn dann in der dritten und einer möglichen, antizipierten vierten Psychose erstrebenswert ist, da die neuen Bedeutungen (»Weil wenn ich produktive Symptome hab, geht es mir eigentlich total gut. Alles ist spannend, alles macht ähm einen Sinn.«; Z. 117–118) zu

einer Veränderung seiner Intentionalität beitragen, die sich für ihn durch die depressive Intentionslosigkeit spürbar verführerisch anfühlt.

»[...] der hatte aber irgendeine Funktion plötzlich // ja // und das war irgendetwas geheimes / irgendwie sollte mein Gehirn damit resettet werden und ich sollte damit irgendwie zurück Realität finden // ja // und dieser Zettel, den habe ich geschrieben, da stand irgendwie ähm waren Bilder drauf / irgendwelche Ungereimtheiten standen darauf, und ich hatte ja von diesen / von diesen Sachen auch mehr. Mein ganzes Zimmer war voller Zettel und voller ähm Zusammenhänge irgendwie in meinem Gehirn und ähm, die gar keinen Sinn ergeben // mmh // haben für einen Außenstehenden. Aber eben für mich.« (Z. 319–325)

Die Wiederholung des Modus der Psychoseerfahrung ist für Dennis ein mögliches wiederkehrendes Motiv, da es für ihn möglich scheint, dass dieser Modus sich erneut wiederholt. Mit dem »Gehirnreset« ist die Hoffnung auf einen Neuanfang verbunden, der als Option mit dem »Durchleben einer Psychose« (Z. 1012) verbunden ist. Auf die schwere Zeit folgt idealerweise eine Zeit der Erhöhung von Selbstwert und Antrieb und diese leitet ihn in einen Zustand der Genesung über. Dass dies möglicherweise eine waghalsige Option mit genauso unbestimmtem Ausgang darstellt, weiß Dennis, lässt aber die Hoffnung für den Fall weiterleben, dass alle anderen Optionen ausgeschöpft sind.

Ähnlich wie bei Ricardo oder David »entzaubert« die medizinische Intervention die fragile Selbstdeutung der Psychoseerfahrung. Die Einweisung in die Klinik wird zur Zäsur, weil sich im weiteren Verlauf das (psychiatrische) Realitätsprinzip durchsetzen wird. Dabei ist keine Zeit mehr für den Wahnsinn und seine ver-rückten Komponenten. Das Zurückholen in die Realität folgt dem Prinzip des Stoßes ins kalte Wasser – es kommt einem Schock gleich und wird rücksichtslos durchgeführt. Dennis beschreibt, dass er unterscheiden konnte, was »normal und was Wahnsinn ist« (Z. 425). Diese sogenannte »doppelte Buchführung« (Z. 424) meint, dass trotz der Vermittlung einer falschen Realität durch die Psychose, Zweifel an der Richtigkeit der eigenen Wahrnehmung bestehen bleiben können (Bäumel, 2008, S. 16). Dennis steht also mit einem Bein in der Realität, hadert aber noch mit sich selbst beziehungsweise der Stimmigkeit seiner Wahrnehmung. Die Bemühungen, »möglichst normal zu wirken« (Z. 434), machen die Fragilität und Unsicherheit seiner Position deutlich, die ihm harsch entrissen wird, statt auf schrittweise Verhandlungen zu setzen. Dabei wird Dennis' Beschäftigung mit Psychotherapie, Psychiatrie und Krankheitskonstruktivismus in seiner Masterarbeit (Z. 589) und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Psychosen und Medikamenten (Z. 707) zu einem Versuch der retrospektiven rationalisierten Einordnung der Geschehnisse in der Psychoseerfahrung, um die anschließenden schwierigen Lebensbedingungen zu bewältigen – wobei letztere mit dem Versagen der psychiatrischen Behandlung in Verbindung gebracht werden sollen. Seinen Groll erwähnt er, als er den Verlust seiner Spiritualität und Religiosität beschreibt. Dieser für ihn wichtige Zugang sei durch die Unterdrückung der Emotionen durch das Medikament verloren gegangen (Z. 1114). Religion oder Spiritualität in ihren besonderen Formen zu erfah-

ren, setzt auf eine emotionale Basis, die es möglich macht, die rationalisierten Inhalte einer Selbst- und Welterklärung in Frage zu stellen. So kann sich der Mensch mit dem »Leiden des Lebens versöhnen« (Freud, 1927, S. 161). Die Einnahme des Medikaments blockiert den emotionalen Zugang und somit auch seine die Möglichkeit, Religion in ihrer Funktion anzunehmen, die für Dennis eine orientierende und sinnstiftende war:

»Ich dachte / nach der zweiten Psychose dachte ich, ich könnte das Gute und das Böse im Menschen erkennen // mmh // und ähm ich dachte wirklich, dass das Leben so etwas ist wie eine Feuerprobe und ähm man dann sein wahres Gesicht zeigt, um dann herauszufinden, ob du in den Himmel kommst oder ins Paradies oder eben halt auch nicht, ne.« (Z. 1116–1119)

Diese Orientierung ist auch später für ihn noch entscheidend, um sich bestimmte Erlebnisse erklärbar zu machen. Das überhöhte Gefühl, mit allen in Verbindungen zu stehen, war für Dennis »Gottes Schöpfung« (Z. 1157). Dieser Zustand ging über sein Psychoseerleben hinaus und war für ihn ein »Glaube an Beziehung und den Menschen« (Z.1161). Über die Fähigkeit, den Glauben auf diese Art zu interpretieren, kommt Dennis zu einer für ihn besonderen Form der Sinnhaftigkeit.

»Also glauben ist sozusagen ähm vorher ähm ähm ja, ist vorher sozusagen zu glauben, was aber erst retrospektiv irgendwie Sinn macht im Leben und was man / dass man den Sinn erst danach erkennt, ne und ähm dass ähm dachte ich stimmt auch und so.« (Z. 1125–1127)

Die Ernüchterung, die er in der Situation erfährt, tritt durch das Prinzip der schon von Freud vermittelten illusorischen Vernunft der Gottesgläubigkeit ein (Freud, 1927). Das »selige Gefühl« (Z. 1176–1177) verschwindet als er merkt, dass ihn die »Leute bescheuert finden« (Z. 1175) und darüber hinaus bleibt von dem Gefühl nichts übrig als der Eindruck bitterer Realität.

»Ich habe mich so selig gefühlt. Also so / so / so dass es auch wenn ich jetzt hier so sitzen würde mit dir, so dass es so etwas Unglaubliches ist und sowas. Ganz / ja // mmh // so selig. Es war / und jetzt bin ich ja so: (macht ironischen Tonfall) mmmmmmh Medikamente@ // @ // ooaaa gib mir noch Medikamente ein Paar. Ja« (1177–1180)

Dennis Psychiater würde es zudem »komisch finden« (Z. 1187), wenn noch etwas Spirituelles übriggeblieben wäre. So wird der Glauben oder die Spiritualität für Dennis zur Falle, anstatt zu einer Möglichkeit, sinnstiftende Orientierung zu finden.

5.2.8.6 »Und was ist, wenn es doch stimmt?«: Vanessa

Vanessa erlebt, wie viele andere, ihre Psychose als ein einschneidendes Erlebnis in ihrem Leben, »das alles verändert« (Z. 418), weil es »wahnsinnige Auswirkungen auf einen selber und alles« (Z. 419) hat. Nach der ersten Psychose wurde ihr klar, dass sie ihre Zukunftspläne nicht weiterverfolgen kann. Sie hat nach der Psychose wieder versucht auf das Gymnasium zu gehen, um ihren Abschluss zu machen (Z. 433). Sie war »nach der Psychose und der medikamentösen Einstellung« (Z. 435–436) so beeinträchtigt, dass sie die entsprechende Leistung nicht aufbringen konnte. Die Psychose hat den »komplett geplanten Werdegang« (Z. 444), den sie als realisierbar eingeschätzt hat, einfach »kaputtgemacht« (Z.447). Der »Einschnitt« (Z. 440) war »derartig frustrierend« (Z. 438–439) für Vanessa. Das Leben hat sich fortan in eine ungeplante Richtung bewegt. Die Zerstörung der Zukunftspläne durch die Psychose, wirkt im jüngeren Alter sehr kritisch. Das in der »Ich-Identität angesammelte Vertrauen Einheitlichkeit und Kontinuität aufrechterhalten« (Erikson, 1979 [1950], S. 107) zu können, zerbricht, da die für die »erreichbare Zukunft bestimmte Persönlichkeit« (ebd.) an Überzeugung verliert. Die Akzeptanz eines plötzlichen Leistungseinbruchs ist als jüngerer Mensch schwerer aufzubringen, da Vanessa in der Spanne, in der sie sich eigentlich entwickeln sollte oder wollte, möglicherweise am wenigsten mit der drastischen Lebensveränderung gerechnet hat. Das hinterlässt die große Frage, wie es mit dem Leben weitergehen könnte. Jede weitere Psychose verstärkt die Ungewissheit, denn sie macht die Uneinheitlichkeit und fehlende Kontinuität des Selbsterlebens deutlich. Durch die starke Medikation (Z. 729–728; Z. 739) bleibt das Leistungsniveau eingeschränkt. Vanessa hat teilweise »800 Milligramm Seroquel am Tag genommen« (Z. 732). Sie hätte »sehr viel zugenommen« (Z. 732) und hatte Mühe »zu stehen oder zu sitzen« (Z. 733). Unter diesen Bedingungen wird es unmöglich, die notwendige Leistung zur Erreichung der Zukunftspläne aufzubringen. Dies vergleicht Vanessa mit dem Gefühl, »mein ganzes Leben in der Psychose gefangen zu sein« (Z. 949). Die Psychose umwickelt Vanessa geradezu und gibt ihr keinen selbstbestimmten Ausweg. Jedes Mal, wenn sie ausbrechen möchte, wird sie erinnert, dass sie sich nicht bewegen kann und fällt in die Ausgangsposition zurück. Da Veränderung unmöglich wirkt, hat Vanessa den Eindruck, »sowieso keine Zeit zu haben, die wegläuft« (Z. 1217–1218). Alles bleibt gleich und es gibt keine offene Perspektive.

Obwohl Vanessa ihre Lebensplanung wegen der Psychose ändern musste, schafft sie es an einer Denkweise festzuhalten, die ihr eine Perspektive durch die Kongruenz ihrer inneren Realität vermittelt.

»Mittlerweile bin ich davon überzeugt, dass es nach dem Tod weitergeht mit dem Leben so // mmh // und daran möchte ich auch weiter glauben @so@. Und dass das habe ich dann in der Psychose alles so erfahren und so ungefähr. Erleuchtung und was nicht alles und so ein paar schöne Sachen sind da schon bei, die man man sich dann so als Glaube, als Hoffnung oder wie auch immer fürs Leben so merken kann.

Aber ist schon ziemlich scheiße diese Erkrankung ehrlich jetzt so. Also würde ich wirklich niemanden wünschen.« (Z. 934–939)

Vanessa steht ihrer Erfahrung äußerst ambivalent gegenüber. Erst zerstört sie ihre Lebensplanung, dann wird sie zur existenziellen Orientierung. Vanessa zieht Hoffnungen und Wünsche aus der äußeren Realität zurück, die ihr nicht mehr viel bieten kann und eröffnet sich neue Handlungsmöglichkeiten, die ihr Sinn und Bedeutung versprechen. Diese findet sie im Glauben an »übermenschliches, übersinnliches, spirituelles« (Z. 1521). Der Glaube hat für sie »kein Aussehen« und orientiert sich als Überzeugung weniger an einer großen Religion. Es geht Vanessa darum zu beschreiben, welche Zweifel die Erfahrungen geweckt haben und zu welchen Überzeugungen es dadurch gekommen ist.

»Aber irgendwie hat man das Gefühl, das ist genau das, was irgendwie alles über alles auf der Erde Macht hat. Und das kann ja nur göttlich sein oder außerirdisch. So ungefähr. Und mal glaubt man / habe ich dann geglaubt: Das sind Götter. Mal habe ich gedacht, das sind Außerirdische. Vielleicht waren es auch wirklich Außer@@ / nein, aber es ist aber auf jeden Fall nichts Menschliches. Und ich kenne nichts, außer Menschen, was reden kann. Also muss das ja irgendwas Göttliches oder Außerirdisches sein so // mmh // so und dann lieber göttlich.« (Z. 1542–1548)

Die Suche nach einer Erklärung für ihr Erleben hinterlässt bei Vanessa das tiefe Gefühl, es mit etwas »Übermenschlichen« zu tun gehabt zu haben. Das »Übermenschliche« liefert eine Erklärung für das Unerklärliche und macht die Erfahrung greifbarer. Dadurch wird die Erfahrung eine für sie zutiefst kongruente und einheitliche, insofern sie nicht rationale Erklärungen ausschließt, sondern die Möglichkeit des Irrationalen einschließt. So hat Vanessa die Hoffnung, dass die Existenz von Außerirdischen doch bestätigt werden könnte und

» [...] alle anderen, die dann keine Psychose gehabt haben, waren dann halt nicht die Auserwählten [...]« (Z. 1562–1563).

Der Begriff des »Übermenschlichen« zeigt, dass die subjektive Erfahrung nicht in Alltagssprache überführt werden kann. Vanessa kann ihre Erfahrungen nur unspezifisch mit dem »Übermenschlichen« symbolisieren. Die Repräsentation der emotional existenziellen Bedrohung ist unaussprechlich und die verwendete Sprache kann der Erfahrung »nicht gerecht werden« (Fach, 2017, S. 130). Die Erfahrung aber konkretisiert die Ungewissheit, weil die Nichtexistenz von etwas »Übermenschlichem« oder Übersinnlichem schon per definitionem nicht widerlegt werden kann. Das Fehlen eines Gegenbeweises erhält den eigenen Glauben aufrecht (Quekelberghe, 2017, S. 183).

»Jetzt möchte ich sterben und dann / nicht so Blitze, wie wenn die psychotischen Symptome anfan-

gen, aber so ein richtig, helles weißes Licht irgendwie vor den Augen ist und dann irgendeine Stimme zu einem spricht. War für mich göttlich oder außerirdisch, ne und einem sagte: Du schaffst das, bleib irgendwie am Leben so ungefähr. So gut zu einem spricht. Und man aus dem Grund die Hoffnung nicht verliert. Das hält man dann erstmal so im Kopf fest und denkt so: Es hat mir geholfen.« (Z. 1578–1762)

Die Erfahrung hat Vanessas Denkweise erweitert und sie für eine vermeintliche, übersinnliche Kraft sensibilisiert, die auf sie Einfluss nehmen könnte. Die Hoffnung bleibt bestehen, weil sie die Erfahrung mit etwas Hilfreichem verbinden konnte. Die Erfahrung selbst wird als bedrohlich und schützend zugleich wahrgenommen und der Preis des Schutzes ist die Bedrohung. Der Gedanke ermuntert Vanessa dazu, weiterzumachen und sich in Zeiten der Hoffnungslosigkeit an die Eindrücke zu erinnern, die ihr in tiefster Not Unterstützung gegeben haben. »Ich wüsste nicht, wie man in einer Psychose Hoffnung schöpfen sollte und da wieder rauskommt« (Z. 1593). Das Vertrauen in »was göttliches« (Z. 1599) gibt ihr die Zuversicht, auch in weiteren Psychosen »wiederrauszukommen« (Z. 1599). Vanessas Glaube an etwas Übersinnliches, das ihr Kraft und Hoffnung gibt, verlegt ihre Handlungsplanungen in ihre innere Welt, die als subjektiver Sinnzusammenhang Möglichkeiten des Auswegs aus den für sie schwierigen Momenten aufzeigt. Aus der Perspektive der leistungsfordernden Gesellschaft ist Vanessa abgehängt und kann die Ansprüche nicht mehr einholen. In ihrer Perspektive ist Verbesserung durch ihre Glaubenslogik inhärent. Die Erfahrungen bringen Vanessa zu Überzeugungen, die sie »vorher nicht für möglich gehalten« hätte (Z. 1575). Dadurch eröffnet die Aufmerksamkeit für sie völlig neue Wahrnehmungsbereiche.

5.2.8.7 Den Zweifel zulassen können: Julia

Anders als Dennis und David hat Julia Schwierigkeiten, ihre Erfahrungen zu akzeptieren und Zweifel an ihrer Situation zuzulassen. Die teils schwer zu bewertenden Erfahrungen sind im Verständnis der rationalen Programmiererin erst nach und nach mit dem fragilen Selbstkonzept in Einklang zu bringen. Zu schwer wäre es, die Erfahrungen auf einmal zuzulassen, weil sie die Selbstgewissheit radikal auf den Kopf stellen. In ihrer nachträglichen Deutung erlebt Julia denselben Tag immer und immer wieder (Z. 567), isoliert die Erfahrung in einer Wiederholungsschleife, in der jede neue Erkenntnis und jede neue Handlungsmöglichkeit in jeder neuen Wiederholung des Tages jedes Mal aufs Neue ihre Bedeutung verlieren und Julia zermürben. In der Aussage ihres Mannes interpretiert sie die Möglichkeit, diese »Spirale« zu beenden (Z. 551).

»Und das hat wahrscheinlich dazu geführt, dass ich meine, ich hab denselb / ich erlebe denselben

Tag immer wieder und immer wieder. Und dass / ich sage die Aussage von meinem Mann, so kann das weitergehen, hat zu meinen wirren Vorstellungen gepasst.« (Z. 554–557)

Es fällt Julia schwer, sich selbstständig dagegen zu wehren und es bleibt das Gefühl, dies nur mit Hilfe von außen unterbrechen zu können, wie durch ein Schütteln, das den »Traum« (Z. 554) beenden soll. Das Gefühl, in einer Wiederholung gefangen zu sein, symbolisiert die Unkontrollierbarkeit der Situation. Das Gefühl, nicht richtig wach gewesen zu sein, bezieht sich auf das Gefühl im Traum, seine Handlungen nicht wie gewohnt durchführen zu können. Julias Darstellung zeigt die Unsicherheit, mit diesen Gefühlen und Erfahrungen umzugehen. Da der vorgestellte Tag immer derselbe ist, wird die Erfahrung sinnlos. Erst Stück für Stück kann sich Julia der Erfahrung öffnen, um sich die Differenz der Tage zu vergegenwärtigen. Der »Wiederholungszwang« (Freud, 1920, S. 229) unterdrückt die Möglichkeit neuer Erkenntnisse und blockiert das Fortkommen. Das Gefühl der Wiederholung der äußeren Welt in der Psychose wird von der Wiederholung der inneren Welt in der Depression abgelöst. Die wachsende Unfähigkeit, mit der äußeren Welt Schritt zu halten, weckt das Gefühl einer »zähflüssigen Eigenzeit« (Fuchs, 2014b, S. 154).

Die Vorstellung einer Vergangenheit, die sich »nicht mehr vergessen lässt« (ebd., S. 155), holt Julia bei dem Gedanken um ihren verstorbenen Bruder und ihre verstorbene Freundin ein, was sie mit »viel Last« zu haben, beschreibt (Z. 589). Die Last konkretisiert sie zwar nicht, symbolisiert aber eine Schwere, die sie nicht hat weiterziehen lassen. Diese streift sie in der Rolle der »Auserwählten« und mit ihrer »Erkenntnis über Gott und die Welt ab« (Z. 590–591). Dadurch wird sie dynamischer und unbeschwerter, kann sich von all den Belastungen losmachen und unbeschwert handeln. Diesen Eindruck interpretiert sie in die Aktivitäten ihrer Kinder, da »ich angefangen habe, darin einen Sinn zu suchen« (Z. 601–602). Die Kinder werden wegen ihrer »Göttlichkeit« (Z. 599) und ihres eigenen, »autistischen« (Z. 600) Kopfes für Julia besonders. In der Überzeugung, die Kinder transportieren die »Seelen der ihr nahestehenden verstorbenen Menschen« (Z. 606), sieht sie einen Weg, um sich von der Last zu befreien. Für Julia ist unumstritten, dass die Erfahrungen auf »wirren Vorstellungen« (Z. 640) beruht haben und durch die Einnahme von Olanzapin beendet wurden. Ganz unerwartet ist die Erklärung, dass die Erfahrungen doch Zweifel an ihren rationalen Vorstellungen ausgelöst haben. Sie selbst bezeichnet sich als Agnostikerin (Z. 678), was die Bereitschaft zum Zweifeln offenlässt.

» [...] jetzt denke ich vielleicht war / ich mein, das ist mir absolut klar, dass ich wirr im Kopf war und so weiter aber ääh das ist eine Sache, wo ich mir denk äähm natürlich nicht mit so einem Zettelchen, dass ich meinem @Mann gezeigt hab@ aber vielleicht war doch irgendwie was Wahres dabei. Bei der Geschichte mit Gott // mmh // und so weiter.« (Z. 678–681)

Der langsam wachsende Zweifel eröffnet Julia einen Sinnbezug, der es ermöglicht,

ihre Erfahrungen zu integrieren. Der Versuch, das Erleben als »wirre Vorstellung« und damit als irrational von sich zu weisen, lässt keinen Raum zum Verstehen. Sinnlose Bedeutungen haben keinen Mehrwert für das eigene Selbstkonzept und wirken deswegen bedrohlich.

» [...] und dass sie dann die anderen Leute / das war so ähh so beeinflussend, dass sie dann den helfen, die den nahestanden // mmh // also sprich / keine Ahnung / dass mein toter Bruder jetzt mein Mann jetzt irgendwie so beeinflusst, dass er mehr Acht auf mich nehmen soll. So / so in die Richtung // mmh // da meinte ich, ich bin jetzt zur Erkenntnis gekommen, dass es so ist und ääh ja ich war so überzeugt davon, dass es so ist und das war eine schöne Vorstellung, die vermisste ich ein bisschen seitdem ich nicht mehr krank bin. Und so denke ich mir, ja, wer weiß, wie Universum funktioniert, da ist vielleicht doch was Wahres dran.« (Z. 707–713)

Julia zeigt in dieser Sequenz die Misere, in der sie sich befindet. Die Erfahrung, mit der sie noch hadert, offenbart den Wunsch nach mehr Achtsamkeit ihres Mannes. Würde sie den Sinn dieser Interpretation zulassen, würde sich ein Verhältnis zu ihrem Mann herauskristallisieren, in dem sie, wie in Punkt 5.2.6. gezeigt, den Wunsch zur Neusortierung ihrer Lebensentwürfe offenlegen. Dies wäre für Julia eine Erkenntnis mit enormem Potential für ihre gesamte Familie. Die Angst vor dieser Einsicht begleitet sie bis in die Depressionen und lässt sie womöglich nicht los.

Die Interpretation, dass »der Tod von meinem Bruder die Hauptrolle gespielt hat« (Z. 742), eröffnet für Julia darüber hinaus einen Weg über Tod und Abschied nachzudenken. Da auch einige Freunde aus Russland gestorben sind, sei ihr klar, dass sie einen Weg finden muss, um damit »abzuschließen« (Z. 744). Wenn es der Sinn ihrer Psychose ist, mehr auf sich zu »achten« (Z. 1302), dann impliziert dies den Schritt, die Erkenntnisse zuzulassen und sich zu überlegen, welche Wirkungen die Kontrollverluste (siehe 6.2.4.) auf ihr Leben hatten und immer noch haben. Auch wenn sich anfängliche Gedanken über die »Verarbeitung« (Z. 1312) ihrer Situation ankündigen, wird die Auseinandersetzung schwierig, wie sie selbst feststellt.

» [...] so gut mir mit Medizin geholfen, aber einfach so längerfristig, weil diese Psychose hat gezeigt, ich hab schon viele Baustellen // mmh // mit denen ich abschließen soll [...]« (S. 1383–1385)

Julias Umgang mit der ersten Psychoseerfahrung zeigt, warum innere Blockaden die Entwicklung mit der Psychose aufhalten können. Die Psychose wird mit Sicherheit nicht geheilt, wenn sie entsprechend interpretiert wird, doch macht ein entsprechender Sinnbezug den Umgang mit dem Erlebten in der Psychose leichter und eröffnet eine zuversichtliche Perspektive, in der die Psychose nicht nur als lauernde Gefahr wahrgenommen wird, in der »die Sicherung durchbrennen« (Z. 1303–1304), sondern zugleich als Gelegenheit, unverstandenes verstehbar zu machen.

5.2.9 Fazit: Ungewisse Handlungs- und Identitätsvorstellungen

Der letzte Punkt der fallübergreifenden Rekonstruktion hebt die Unsicherheitsbereiche, die die Psychose mit sich bringt, hervor. Die Interviewten erleben, dass sie sich auf ihre sonst so vertrauten und gewohnten Handlungsrouninen und -fähigkeiten nicht mehr verlassen können. Durch die abrupten und vielleicht spontanen Veränderungen verändern sich Gewissheiten, was nur langsam akzeptiert werden kann. Die Identität verliert ihre Stabilität, da sich die Interviewten unter dem Druck der Psychoseerfahrung öffnen müssen. Die Psychoseerfahrung setzt fortan ein neues Selbstverständnis voraus, welches aber nur nach und nach entwickelt werden kann.

Ulla ist nach ihren Psychoseerfahrungen auf der Suche nach Orientierungspunkten, um sich in der Unsicherheit weiterer Psychosen zurechtfinden zu können. So versucht sie sich immer wieder bei ihren Freunden zu rückzuversichern, um mögliche Erinnerungslücken aufzufüllen. Die Suche nach der Wahrheit über die geteilte Realität legt sich für Ulla in den Schatten ihrer Kippmomente, die gleichzeitig Realität und nicht Realität sein können, aber Ulla darüber niemals Gewissheit erlangen kann. Diese Verunsicherung treibt Ulla an, mehr über ihre »Frühwarnsymptome« herauszufinden, um für die nächste Psychose besser vorbereitet zu sein. Das Aushalten-Können der Angst wird zum Drahtseilakt zwischen dem Ungewissen und dem Vermögen, mit den Ereignissen gelassen umgehen zu können.

Heinz erlebt seine Psychose als eine Art Versuchung, die ihn überkommt und ihm die Kontrolle über sich verlieren lässt. Nimmt die Psychose erst einmal Fahrt auf, ist sie bis zu einem gewissen Punkt sogar konstruktiv, da diese ihn auf unbearbeitete Konflikte, die sich insbesondere in Beziehungsproblematiken mit anderen Menschen ergeben, hinweisen würde. Dann würde Heinz abrechnen und viel Schaden hinterlassen, was schon einmal zu großen Umbrüchen in seinem Leben geführt hätte. Er fühlt sich zwar gut vorbereitet, könnte aber eine weitere Psychose und entsprechende Folgeschäden nicht ausschließen, deswegen sei die Ungewissheit sein ständiger Begleiter.

Ricardo berichtet von Ausgleichshandlungen, die er bei offensichtlicher Überforderung seiner Wahrnehmung ausführt. Er versucht, Unsicherheitsbereiche so weit wie möglich zu minimieren, da er ein durchgehendes psychotisches Erleben aufweist. Die dauerhaften Unsicherheitsbereiche der Psychose (Botschaften von Gott) und seine anhaltenden Depressionen überlagert Ricardo mit einem Sinnbereich, in dem das Erleben von Psychose und die Depressionen zu göttlichen (oder teuflischen) Prüfungen erklärt werden. Sobald er sich besser fühlen würde, wisse er auch, dass er die Prüfungen bestanden habe. So bleibt Ricardo in einem unsicheren Zustand des Abwartens, hegt aber weiter Hoffnung, durch die Meisterung weiterer Prüfungen bestehen zu können.

Ricardo eröffnet sich so ein Feld neuer Handlungsmöglichkeiten, dessen Ziele klar bestimmt sind, deren Ausgang wiederum ungewiss bleibt.

Für **David** ist es nicht nur aufgrund der Ungewissheit der Psychose schwierig, Routine und Selbstsicherheit zu erlangen, sondern wegen seiner anhaltenden Depressionen. Diese zeugen von einer tiefen Selbstwertproblematik, die sich bei David vor allem durch sein Aussehen äußert. Deswegen knüpft er seine Hoffnungen an den Sport, durch den er wieder fitter und besser aussehen soll. Zudem möchte er durch den Sport anfängliche Handlungsroutinen etablieren, um sich auf ein Leben mit stärkeren Anforderungen vorzubereiten. Da ihm jede Psychose wieder zurückwerfen könnte, bleibt der Ausgang seiner Bemühungen ungewiss. Die Hoffnung hält David wiederum durch die Erinnerung an sein göttliches Gefühl aufrecht, das der harten und abwertenden Beurteilung, die die Depression mit sich bringt, Milderung verschaffen kann.

Dennis befindet sich in einer Situation, in der er nur wenig Lebensenergie und Motivation aufbringen kann. Er ist sich sicher, dass die Medikamente ihn in dem Zustand halten, diesen aber nicht verursachen würden. So würde er emotional abgestumpft und freudlos werden, was ihm letztlich auch seine Spiritualität genommen hat, die für ihn in der Auseinandersetzung mit seinem Erleben besonders wichtig war. Er müsste abwarten, es bleibt allerdings ungewiss, ob und wann die Depressionen verschwinden würden. Wegen der Ungewissheit und der fehlenden Lebensenergie wird eine erneute Psychose oder »der Rand des Wahnsinns« zu einem reizvollen Moment, da er dabei deutlich mehr Lebensenergie verspüren würde. Die Psychose selbst sei mit Aufgaben gespickt gewesen, die er erfüllen musste. Das hat ihm Sinn gegeben. Ob eine weitere Psychose den gewünschten Erfolg bringen oder alles schlimmer machen würde, ist die Ungewissheit, mit der er sich auseinandersetzen muss.

Vanessas Zukunftspläne wurden durch die Psychose schon als sie jugendlich war, mit einem Mal zerstört. Das hat die große Frage aufgeworfen, wie es danach weitergehen könnte. Eine Neuauslegung der Handlungsentwürfe sei vor allem durch die vielen Medikamente blockiert worden, da Vanessa von den Nebenwirkungen sehr stark beeinflusst war. Da sie jede Psychose weiter zurückgeworfen hat, war es für sie schwierig, Hoffnung zu schöpfen, die sich alltagsweltlich vermittelt. Das psychotische Erleben in Form von übersinnlichen Erfahrungen hat zu neuen Sinn- und Bedeutungsmöglichkeiten geführt, durch welche sie ihr Erleben und ihre gegenwärtige Situation neu auslegen kann. Die Irrationalität ihrer Gedanken geben ihr die Hoffnung, mit der unsicheren Zukunft zurechtzukommen.

Für **Julia** eröffnet die Psychose den Zweifel an ihrer aktuellen Lebenssituation. Der Tod ihres Bruders und einiger Freunde verdeutlichen ihr, mit bestimmten Dingen noch keinen Abschluss gefunden zu haben. Die Gedanken an daraus bedingten Neu-

planungen ihrer Handlungsentwürfe, die die Psychose offengelegt hat, eröffnen eine kritische Perspektive auf ihre Lebensbedingungen. Daraus ergibt sich die Frage, inwieweit die Psychose ein Weckruf war, der sie daran erinnern sollte, mit der Gegenwart und Zukunft ihres Lebensgestaltung eigentlich gar nicht einverstanden zu sein. Das bisher Unverstandene möchte sich verstehbar machen und zeigt ihr die Zermürbung ihrer fortlaufenden Unzufriedenheit und des Missverstanden-Seins auf.

Die Psychose wird von den Interviewten als Start- und Warnschuss zugleich gedeutet. Sie kann auf mögliche Probleme aufmerksam machen und daran erinnern, dass manche Dinge noch im Dunkeln liegen, sie kann Energie und Lebensfreude bringen, aber genau so viel Unheil hinterlassen. Sie hat bei allen ein Gefühl der Verunsicherung zur Folge, weil sie die Orientierung über Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft nimmt. Sie zeigt die Sollbruchstellen der Biografie auf und verändert Beziehungen zu sich und anderen. Darüber hinaus eröffnet die Psychose neue Sinnbezüge, die trotz aller Ungewissheiten auch die Hoffnung bieten kann, mit all den Ungewissheiten überhaupt einen für sich sinnvollen Weg finden zu können.

5.3 **Conclusio III: Eine Typik der Alltagsstrukturen bei Psychoseerfahrung**

In der Conclusio des empirischen Teils möchte ich die Ergebnisse aller Analysen zusammenfassen und so resümieren. Die Alltagsstrukturen der von mir interviewten Personen weisen allesamt Merkmale auf, die auf die Besonderheit der Psychoseerfahrung zurückzuführen sind. Unabhängig von der Person, gibt es für die Alltagsstruktur typische Handlungsmuster, die sich voneinander unterscheiden, aber insgesamt einen intentionalen Bezug zur Psychoseerfahrung aufweisen, weil diese in ihrer individuellen Auslegung irgendwie handlungsleitend wird. Das soll nicht heißen, dass ich die Erfahrenen in einer Art Kranken- oder Patientenrolle einordne, die alles überstrahlt und als soziale Struktur bewegungsunfähig macht. Durch die Rekonstruktion der Alltagsstrukturen finden sich für die subjektorientierte Perspektive relevante Typisierungen Psychoseerfahrener, die Handlungsroutinen und -entwürfe im Bezug ihrer Identitäts- und Sinnkonstitution darstellen. Die Handlungen sind eingebettet in bedeutungsvolle Strukturen, die einen Sinnbereich erzeugen, der immer nachvollziehbar und verstehbar ist, egal wie intensiv die Psychoseerfahrung ist. Das größte Hindernis ist meines Erachtens dabei, das Verstehen wollen durch den Beobachtenden. Deswegen werden drei Typen vorgestellt, die einen Verstehenshorizont eröffnen sollen. Sie sind als Kontinuum zu verstehen und als Typen durchlässig. Die Randpunkte des Kontinuums bilden in ihren extremen Positionen Orientierungspunkte, die durchlässig sind und

in der Zuordnung im Übergang dynamisch bleiben. Die Typisierungen ergeben sich aus Handlungsmustern und Identitätsausrichtungen.

5.3.1 Typ I: Handlungssteuerung und Identitätsgeschlossenheit

Die Attribute des Alltags zeichnen sich durch einen Alltag aus, dessen Strukturen vorgegeben und weniger durch eigene Handlungen aufrechterhalten werden. Eigene Intention, Motive und Ziele sind auf ein Minimum reduziert und der Alltag bietet wenig Möglichkeiten zu Eigeninitiative, Kreativität und/oder Selbstwirksamkeit. Die Handlungen sind eingebettet in fremde Strukturen und gerade deswegen verliert sich sukzessiv das Gefühl der eigenen Selbstwirksamkeit. Das macht sich auch in den Narrationen bemerkbar, die kaum Platz für Eigenes haben, sich nur an den fremden Strukturen orientieren und Selbstdarstellung zur langweiligen Routine immer gleicher Tage wird. Die Identität verunsichert außerhalb der Strukturen, weil sie ohne erweiterten Weltbezug geschlossen ist und keine neuen Erfahrungen integrieren kann oder zur Kontingenz fähig ist. Die Angst vor dem Neuen und Unbekannten grenzt den Erfahrungshorizont auf das Alte und Bekannte ein. Die Selbstverortung geschieht in technisierten Erklärungsmustern, die die Identität unflexibel und nahezu unfähig macht, Erfahrungen sinnhaft zu bearbeiten. Dies wird in den Narrationen deutlich. Formen der Subjektivität sind nur im Detail zu finden und genauso fragil wie die Identität. Die Psychose bleibt in der (externen) Struktur in ihrer symbolischen Form aktiv und wird durch die täglichen Rituale wiederbelebt. Das reduziert die Möglichkeiten, einen selbstbestimmten Umgang mit der Psychose zu finden und fördert damit die Bereitschaft, Fremdbestimmung zu akzeptieren. Das soziale Umfeld ist von der Notwendigkeit des Autonomieverlusts überzeugt, da Handlungsbestrebungen nach Autonomie und Selbstbestimmung als symptomatisch interpretiert werden. Die Alltagsstruktur bleibt fremd, weil die Psychose als Fremdkörper, der nicht in natürliche Bewegung überführt werden kann, bestehen bleibt.

5.3.2 Typ II: Handlungsautonomie und Identitätsoffenheit

Die Selbstbestimmung und -behauptung der Handlungsrouninen ist für Psychoseerfahrene eine nahezu unmögliche Angelegenheit, weil sie eine geschickte Selbstbehauptung voraussetzt und deswegen als Typ schwer zu erreichen ist. Die Identität muss dabei nicht nur gegenüber den Psychoseerfahrungen offen sein und lernen, diese zu integrieren. Vielmehr müssen die Veränderungen eigener Handlungsfähigkeiten anerkannt und ihre Neuausrichtung öffentlich geplant werden. Die öffentliche Planung muss

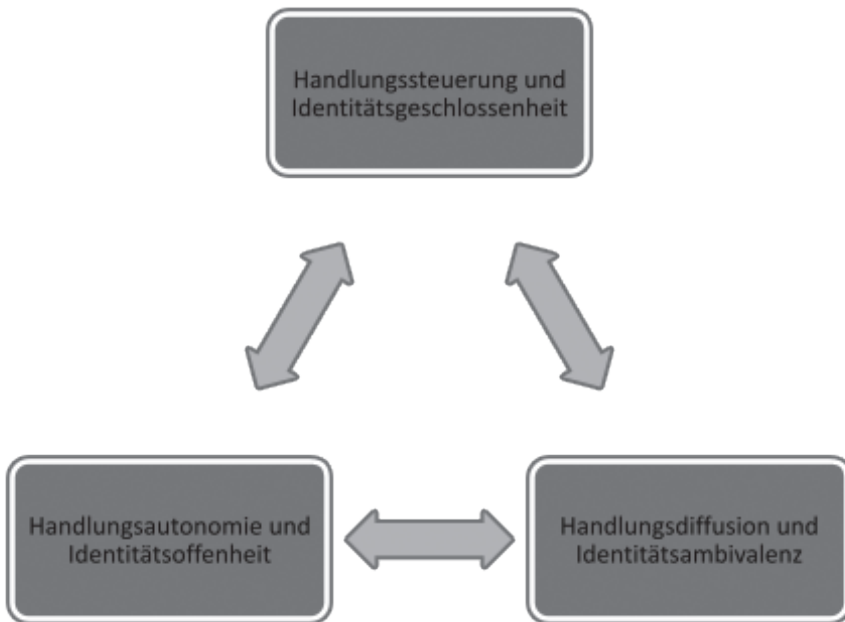
zudem eine (sichere) Orientierung für das soziale Umfeld bereithalten, damit dieses sich von der Selbstbehauptung als Souveränität und nicht als Form der Incompliance oder akuter Krankheit überzeugen kann. Dafür muss der Psychoseerfahrene dem sozialen Umfeld Absicherungen anbieten, die sich in der Handlungspraxis bewährt haben. Entscheidend für das Gelingen ist die Selbstpositionierung in der Neuauslegung des eigenen Sinnhorizonts, in welchem die Handlungsfähigkeiten klar eingegrenzt, aber plausibel, konkret und realisierbar sind, was wiederum ihren Erfolg garantieren soll. Die Narration zeugt von einer durchdachten Erzählstruktur in der die Handlungsabläufe und die Intentionen dafür nachvollziehbar dargestellt werden können. Das Erleben der Psychose wird in einen Sinnbezug gestellt, der auf die durchdachte Selbstpositionierung hinweist. Bedeutungen werden sinnvoll geordnet und biografisch sowie alltäglich eingebunden. Der Umgang weist auf die Offenheit gegenüber den Psychoseerfahrungen hin, die als Teil der eigenen Identität anerkannt werden. Die Erzählweise reproduziert keine Erklärungsschablonen, sondern erfasst das Geschehen in seiner Dynamik, macht es authentisch, greifbar und nachvollziehbar. Die Alltagsstruktur bleibt selbstbestimmt, weil die Psychose als Voraussetzung mitgedacht wird.

5.3.3 Typ III: Handlungsdiffusion und Identitätsambivalenz

Die Psychoseerfahrung erzeugt Unsicherheit in den Handlungsroutinen und der Identitätsausrichtung, was zu einer Implosion der Alltagsstrukturen führen kann. Handlungen sind dadurch geprägt, dass sie keine generellen Ziele verfolgen, die zu einer Reaktivierung gewohnter oder sozial etablierter Handlungsabläufe führen könnten. Sie finden keine Struktur, an der sie sich orientieren können. Intentionen und Motive sind häufig auf einen verengten und zugleich schwer nachvollziehbaren Sinnbereich begrenzt. Die Psychoseerfahrung kann weder akzeptiert noch integriert werden, da die Einstellung dazu ambivalent ist. Im sozialen Umfeld kann dies nur mit Mühe akzeptiert werden, was mittelbar zu Konflikten um die Deutungshoheit und Handlungssouveränität führen wird. Das Handeln wird von außen als sinnlos und chaotisch entwertet. Das Identitätskonzept verliert an Struktur und wird genauso chaotisch wahrgenommen, weil die Entwertung Gegenreaktionen hervorruft, die als Verlust der Kontrolle und als symptomatisch für die Psychose gedeutet werden. Die Narration zeichnet sich nur eine unsichere Erzählweise aus, da sie sich nicht an Alltagsstrukturen orientieren kann. Darstellungen biografischer Umbrüche oder die Schwere psychotischer Krisen sollen den gegenwärtigen Zustand der Alltagsstrukturen begründen und werden in der Erzählung schwerer gewichtet. Das heißt nicht, dass sie sinnhaft integriert werden können. Vielmehr bieten sie als Erlebtes reproduzierbare Struktur, die (noch) keine sichere Selbstausrichtung aufweist. Die Darstellungen dienen eher einer abwehrenden Identitätsstrategie als der Fähigkeit, die Psychoseerfahrung zu integrieren, was die Un-

sicherheit vor der Neuausrichtung und vor dem Gesichtsverlust deutlich hervortreten lässt. Die Alltagsstrukturen befinden sich im Zerfall und verlieren ihren sinnstiftenden Orientierungspunkt. Die Entscheidung zur Restrukturierung wird hinausgezögert.

Abbildung 1: Typik der Alltagsstrukturen



6 Diskussion

Das folgende Kapitel diskutiert die Methoden der empirischen Erhebung und die Ergebnisse der empirischen Analyse unter Berücksichtigung der theoretischen Ausarbeitungen.

6.1 Diskussion der Methoden

6.1.1 Offene Struktur des Forschungsdesigns

Das offene Forschungsdesign, das sich im Laufe der Forschung an die Gegebenheiten des Prozesses und an die Relevanzstrukturen der Teilnehmenden anpassen kann, hat sich für diese Erhebung als sinnvoll herausgestellt. Ein fest strukturiertes Vorgehen, zum Beispiel durch einen strukturierten Fragebogen oder durch vorher festgelegte Auswertungsmethoden, würde zu Ergebnissen tendieren, die mehr über die Methoden an sich als über das empirische Material aussagen. Die von mir erzählten Ergebnisse waren weder erwartbar noch durch die Vorüberlegungen theoretisch eingeengt, sondern unterlagen der Spontaneität der Teilnehmenden und dem kontingenten Forschungsprozess. Dies zeigt sich vor allem am Vorgehen der Interpretation. Die interpretativen Ansätze habe ich an der Zusammensetzung des Samples orientiert und diese im Vorfeld nicht bewusst auf eine bestimmte Analysemethode festgelegt. Das hatte zwar zur Folge, dass ich immer wieder verschiedene Analyseschritte ausprobieren und sogar einzelne Interpretationen verwerfen musste, doch das Problem von Methoden, die bereits im Vorfeld eines Forschungsprozesses festgelegt werden, ohne das Sample und seine Qualitäten zu kennen, ist, dass sie möglicherweise am Forschungsgegenstand ›vorbei forschen‹ können. Die Erhebungs- und Analysemethoden sollten sich daher eng am Datenmaterial ausrichten.

Darüber hinaus ist das offene Design für den Forschenden eine Herausforderung und verlangt viel Übung. Die Ergebnisse sind in dem offenen Prozess nicht erwartbar, was heißt, dass die Forschung und ihre Ergebnisse auf ungewissen Voraussetzungen beruhen, die der Forschende erst kennenlernen muss. Ich musste abwarten, ob und welche Teilnehmenden sich für die Interviews bei mir melden, ich war mir unsicher, wie die Teilnehmenden auf den Stimulus oder die Interviewthemen reagieren und was sie erzählen werden, was mich im Forschungsfeld erwarten könnte und ob die Zusammensetzung des Samples am Ende den Forschungsabsichten entspricht. Die offene Struktur birgt die Möglichkeit, den Forschungsprozess dynamisch und flexibel zu gestalten, sodass bestimmte Herausforderungen (zum Beispiel das Interview mit

Ben) oder Hürden (zum Beispiel die Suche nach Interviewteilnehmenden, die Auswahl von Analysemethoden) als konstruktiv für den Prozess selbst bewertet werden können.

6.1.2 Samplingstrategie ›Psychoseerfahrung‹

Die Strategie, nach Personen zu sampeln, die explizit als Psychoseerfahrene angesprochen werden, hat sich als sinnvoll herausgestellt. Es ist nicht ungewöhnlich, dass relativ viele Menschen mit Schizophreniediagnose in vergleichbare Forschungsarbeiten mit einbezogen werden (siehe Punkt 4.2.). Die Ergebnisse hätten womöglich zu stark in die Richtung von Menschen mit Schizophreniediagnose tendieren können, was sich wiederum an der Auslegung des Alltags bemerkbar gemacht hätte (zum Beispiel Umgang mit der Rolle als ›Schizophrene‹ oder in Betreuungseinrichtungen lebenden Personen). Durch das Sampling von Psychoseerfahrenen konnte ich Teilnehmende aus unterschiedlichen Lebensbereichen in meinem Sample berücksichtigen und diese miteinander vergleichen. Das zeigt auch, im Sinne des Recoveryansatzes, dass die Psychoseerfahrung unterschiedlich erlebt und bearbeitet werden kann. Zudem ist das Kriterium ›Psychoseerfahrung‹ weniger stigmatisierend. Dies haben mir die Teilnehmenden zurückmeldet. Im Interview selbst haben die Teilnehmenden in der Regel nicht auf ihre Diagnose, sondern auf die Psychose Bezug genommen. Anders als eine abstrakte Diagnose, ist die Psychose eine konkrete und greifbare Erfahrung, die sich als Veränderung bemerkbar macht, da sie eine Wirkung auf die von mir fokussierten Handlungspläne und -orientierungen haben kann.

Wie ich anhand des Psychose-Kontinuums zeigen konnte, gibt es Menschen, die Psychoseerfahrungen machen und nicht psychiatrisch behandelt werden (Bock, 2007). Leider konnte ich diese nicht erreichen. Dies liegt womöglich daran, dass die Erfahrung erst durch den Kontakt mit der Psychiatrie als spezifisch ›psychotisch‹ kategorisiert und vorher nicht als solche wahrgenommen wird. Nicht-psychiatrische Psychosen sind mit großer Sicherheit ein Thema für weitere wissenschaftliche Untersuchungen. Als Problem sehe ich allerdings, dass das Kontinuum einen größeren Identifikationsbereich schafft und sich viele Menschen angesprochen fühlen könnten, die ihre Erfahrungen mit Psychoseerfahrungen verwechseln könnten.

6.1.3 Entwicklung der Interviewthemen im Laufe des Forschungsprozesses

Die Entwicklung der Interviewthemen im Laufe des Forschungsprozesses habe ich als große Herausforderung erlebt. Die Entwicklung der Interviews, die ich mit Ulla und Heinz geführt habe, waren vage und ungewiss. Bis auf den Eingangsstimulus wollte ich mich nicht auf weitere Fragen oder Themen festlegen. So wollte ich vorab die Fremdstrukturierung des Interviews vermeiden und mich ausprobieren, sodass ich für die weiteren Interviews an Sicherheit gewinnen konnte. Die Länge der beiden Interviews (im Vergleich zu anderen Interviews) sowie die Dichte und Differenzierung der Narrationen machen den Einstieg in das noch unbekannte Forschungsthema deutlich. Mit fortschreitender Erfahrung und im Verlauf der Forschung werden die Interviews länger, in ihren Aussagen dichter und differenzierter. Doch zeigt zum Beispiel das Interview mit Ben, dass der Interviewverlauf trotz fortschreitender Übung und Sicherheit ganz unerwartet verlaufen kann.

Die Entwicklung der Themen im Laufe des Prozesses hat den Vorteil, dass durch die Themenwahl ein Vergleichshorizont aus dem Sample selbst generiert werden kann. Das Spektrum der Antworten wird zum geteilten Sinnzusammenhang einer Gruppe von Menschen, die sich selbst nicht kennengelernt haben. Eine zu frühe Festlegung auf mögliche Themen oder gar strukturierte Fragestellungen hätte möglicherweise die hinter den Fragestellungen liegenden Relevanzstrukturen nicht forcieren können. Durch meine Samplingstrategie und die prozessuale Entwicklung der Interviewthemen konnte ich die Erfahrungen im geteilten Sinnzusammenhang verdichten und konzeptualisieren.

6.1.4 Personale Identität und narratives Interview

Das narrative Interview als Erhebungsform weist einige theoretisch-methodologische Schwierigkeiten auf, die kurz beschrieben werden. Bruno Hildenbrand (2019, S. 145) kritisiert, dass die Form des Interviews »personale Identität aus dem Ort ihres Entstehungszusammenhangs löst«. Wie ich in den methodologischen Hinweisen zur Interviewsituation selbst und zur Aktivierung bestimmter Wissensbestände (siehe 4.3.2) zeigen konnte, ist das Interview eine Situation, die alles andere als alltäglich ist. Umgebung, Fragestellung oder die Einstellung des Interviewers können noch so intensiv durchdacht sein, der Teilnehmende wird sich durch das Interview in einem für ihn fremden Erwartungshorizont bewegen, der mit seiner natürlichen Alltagswelt wenig gemein hat. Die Interviewsituation weckt auf das Interview abgestimmte Performanzen, in der sich der Teilnehmende besonders und nicht natürlich verhalten wird. Inwieweit das Aussagenspektrum einer »natürlichen Einstellung« (Schütz & Luckmann, 1988, S.

28) entspricht und nicht einer fremder Relevanzstruktur, kann in letzter Instanz nicht ermittelt werden.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass die Sinnhaftigkeit bestimmter Ereignisse hinsichtlich gegenwärtiger Erfahrungen reflektiert wird. Aktuelle Bedeutungen können einzelne Segmente aus dem Lebenslauf als »Gesamterfahrung« (ebd., S. 86) überwölben und den Sinn nachträglich verändern. Deutlich wird das zum Beispiel bei Rike oder Dennis, die durch psychotherapeutische Interventionen biografische Ereignisse aus ebendieser Perspektive bewerten (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2015, S. 84). Das heißt, sie wussten, wie sie ihre Geschichte erzählen konnten. Mein Eingangsstimulus sollte dies berücksichtigen, doch sobald die Teilnehmenden sich für bestimmte Alltagsstrukturen rechtfertigen wollen, wechseln sie in die biografische Begründung. Eine ergänzende Methode wären sicherlich teilnehmende Beobachtungen, in denen die Natürlichkeit des Alltags nachvollzogen werden kann (Hildenbrand, 1991). Die Interviewform hat sich insbesondere bei jenen Teilnehmenden dennoch als sinnvoll erwiesen, die sich durch den Stimulus stark irritieren ließen (zum Beispiel David oder Ben) und noch keine Übung im Erzählen hatten. Das heißt, sie konnten ihre Erzählung erst spontan strukturieren (zum Beispiel Julia, Vanessa oder Ricardo).

6.1.5 Die Rolle als Forscher und Mitarbeiter in der Psychiatrie als Vergleichshorizont in der Analyse

Der Rolle als Forscher kommt im Forschungsprozess eine besondere Gewichtung zu. Vor allem die theoretisch-methodologischen Vorbereitungen auf die Interviews unter Berücksichtigung bestimmter theoretischer und (in meinem Fall) praktischer Wissensbestände, ihr Einfluss auf die Auswahl der Fragen und bestimmte Entscheidungen in der Herangehensweise sollten im Forschungsprozess regelmäßig reflektiert werden. Die theoretischen Vorüberlegungen, die ich auf meine praktischen Erfahrungen und mein psychiatrisches Fachwissen gestützt habe, konnten mithilfe eines Forschungskolloquiums reflektiert werden (Straub, 1999, S. 322). Aus den gemeinsamen Reflexionen habe ich die theoretisch-methodologischen Überlegungen zum ›Interview als gemeinsamer Sinnzusammenhang‹ (4.3.2) sowie die ›Überlegungen zum Eingangsstimulus‹ entwickelt (4.3.5). Darüber hinaus habe ich mein praktisches und theoretisches Wissen über die Psychiatrie in den empirischen Analysen zwar berücksichtigt, dieses im Falle einer zu stark theoretisierenden Vorannahme entsprechend reflektiert und darauf aufmerksam gemacht. Zudem sehe ich es als Vor- und Nachteil zugleich, dass ich mich mit den Interviewten über bestimmte Themen austauschen konnte, die für Personen, die nicht in der Psychiatrie behandelt wurden oder dort arbeiten, unbekannt sind. Zum einen haben die Interviewten mich dadurch als ›Professionellen‹ angesprochen, was mögliche

Erwartungsstrukturen aktiviert hat. Zum anderen sind für mich die Erfahrungen mit der Psychose nicht neu und ich konnte bestimmte Themen direkt ansprechen und vertiefen. Insgesamt hat sich mein psychiatrisches Fachwissen positiv auf den Forschungsverlauf ausgewirkt, da ich so auch relevante und irrelevante Themen sondieren konnte. So habe ich zum großen Teil auf eine Kritik an der Behandlung verzichten wollen, da Psychoseerfahrene nicht selten negativ gegenüber der Behandlung eingestellt sind und möglicherweise auch selbst negative Erfahrungen in ihrer Behandlung gemacht haben, was schließlich zu Redundanzen führen könnte.

6.1.6 Die Auswertung als prozessuale Struktur

Das Vorgehen in der Auswertung des empirischen Materials basiert auf der Zusammensetzung des Samples. Eine andere Zusammensetzung des Samples hätte möglicherweise ein anderes Vorgehen in der Auswertung und eine andere Darstellung der Ergebnisse zur Folge gehabt. Den ersten Teil des Interviews mit Rike habe ich als Einstieg in das Datenmaterial genutzt und damit einen Vergleichshorizont eröffnet, also den Interpretationsmöglichkeiten eine rahmende Struktur gegeben. In Anbetracht der Menge an Material und den Überlegungen, dieses zu strukturieren und in der Darstellung nachvollziehbar zu machen, konnte durch eine auf dem Material basierte, im ständigen Vergleich stehende Vorgehensweise entwickelt werden. Hätte ich mich für ein anderes Interview als Vergleichsgrundlage entschieden, hätte ich womöglich eine andere Struktur und andere Schwerpunkte in der Auswertung gewählt. Durch die zwei weiteren Einzelanalysen konnte ich detailliert herausarbeiten, in welchem Kontrast die Teilnehmenden zueinanderstehen. Das hat mir wiederum ermöglicht, die drei Einzelfälle auf einem Kontinuum zu vergleichen, bei dem diese als Typen auf den jeweils gegenüberliegenden Polen liegen. Darüber hinaus wollte ich die Beziehungsdynamik in den Einzelanalysen herausarbeiten. Dieses Untersuchungskriterium wollte ich einbeziehen, da die Beziehungsdynamik und die daraus resultierenden Handlungen die Aussagen des Teilnehmenden anders gewichten (Straub & Ruppel, 2022a, S. 128).

Die Analyse der Beziehungsdynamik wird in der qualitativen Forschung meines Erachtens zu selten berücksichtigt. Der Hinweis von Devereux, dass Methoden und festgelegte Forschungsstrukturen die Unsicherheit der Forschenden kompensieren sollen, verdeutlicht sich im Aufbau der Forschung sowie in theoretischen Vorüberlegungen (Devereux, 1973, S. 67). Letztere schaffen in gewisser Weise einen verallgemeinerten und abstrahierten Wissensstandard, der die Distanz gegenüber den Teilnehmenden manifestiert.

Die Kontinuums-Typik hat mir geholfen, das verbleibende Interviewmaterial in Relation zueinander zu setzen und daraus für die themenbezogene Interpretation entsprechende Punkte herauszustellen. Dadurch konnte ich eine themenorientierte,

aber fallübergreifende Sinnstruktur bilden, die zu meiner Rekonstruktionsgrundlage wurde. Die Teilnehmenden äußern sich zum gleichen Thema, legen dies aber jeweils für sich aus. Die Aussagen konnte ich dann in den Vergleich setzen. Die einzelnen Themen sind in ihren Aussagen noch nicht erschöpft. Weitere Interviews könnten die Themenbereiche und Auswertungskategorien sinnvoll ergänzen.

6.1.7 Methodentriangulation in der Auswertung

Die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse orientieren sich an der relationalen Hermeneutik als interpretatives Verfahren. Methodisch habe ich unterschiedliche Schwerpunkte gelegt, die ich wie folgt diskutieren werde. Die Interpretation des Materials im Doktorandenkolloquium sowie in Interpretationsgruppen hat mir geholfen, einen Einstieg in das Material zu finden und bestimmte Schwerpunkte zu legen, an denen ich mich in der analytischen Auswertung orientieren konnte. In der Auswertung der Einzelfallanalysen bin ich sequenzanalytisch vorgegangen. Dadurch konnten die Besonderheiten der drei Interviews im Detail herausgearbeitet und der analytische Fokus auf unterschiedliche, aus dem Material gewonnene Schwerpunkte gelegt werden (zum Beispiel die Verwendung von bestimmten Begriffen, Gestaltung der Satzstruktur, Verhalten und Aussehen oder Beziehungsdynamik). In der Sequenzanalyse bin ich erst reformulierend vorgegangen und habe dann bestimmte Schwerpunkte interpretativ vertieft, die zum Beispiel in den Interpretationsgruppen herausgearbeitet wurden. Hier habe ich zudem, für die relationale Hermeneutik typisch, eigene und theoretische Wissensbestände als Vergleichshorizont in der Analyse berücksichtigt.

Eng am Material orientiert konnten die Einzelfalltypiken bestimmt werden, aus denen die für die Analyse verbliebenen Interviews relevante Themen und Kategorien festgelegt werden konnten. So habe ich vier aus den Einzelfallanalysen generierte Themen festgelegt, die zum Vergleichshorizont der weiteren Auswertung werden sollten. Durch die thematische Eingrenzung der Vergleichshorizonte konnte ich das empirische Material in einer fallübergreifenden Sinnstruktur entsprechend der Themenbereiche zusammenfassen und strukturieren. Hier habe ich mich für eine stärkere sinngebundene Auswertung des Materials entschieden. Ich habe den für das entsprechende Thema relevanten Interviewbereich reformuliert und habe diese vereinzelt, je nach Relevanz, interpretativ vertieft.

In den zwei Phasen der Auswertung bin ich schrittweise vorgegangen und habe nach und nach einzelne und relevante Themen im empirischen Material bestimmt. So konnte ich durch die Ausrichtung der Methoden am jeweiligen Analyseschritt eine sukzessive Auswertungsstruktur etablieren, die auf den Ergebnissen des vorherigen Analyseschrittes beruht und das Material nicht in immer gleicher Form wiedergibt. Letzteres hätte eine einseitige Ausrichtung der Ergebnisse zur Folge gehabt. Durch meine

Vorgehensweise konnte ich unterschiedliche Schwerpunkte in der Analyse setzen und zeigen, dass sich diese, je nach Wahl der Auswertungsmethode, in ihrer Qualität unterscheiden können. In den Einzelfallanalysen beziehe ich mich auf das gesamte Material eines Interviews, forcieren eine Analyse der Gesprächsdynamik und eine hermeneutische Vertiefung des Materials. In der themenorientierten Analyse grenze ich die Rekonstruktion auf ausgewählte Interviewsequenzen ein, was die Ergebnisse automatisch darauf begrenzt. In den Rekonstruktionen finden sich immer wieder (scheinbare) inhaltliche Wiederholungen, die jedoch in der Auslegung des jeweiligen Vergleichshorizonts eine erweiterte Perspektive zum jeweiligen Thema eröffnen. Das zeigt, dass sich bestimmte Inhalte durch eine andere Perspektive erweitern und so zu einer verdichteten Analyse- und Fallstruktur beitragen können.

6.1.8 Theorie als Vergleichshorizont in der Analyse

Ich habe mich für einen theoretisch-methodologischen Weg entschieden, der die subjektiven Erfahrungen in den Mittelpunkt der Analyse stellt. Durch die theoretischen Vorüberlegungen sollte ein Weg aufgezeigt werden, auf dem die Annäherung an die Teilnehmenden aus einer öffnenden Perspektive ermöglicht werden sollte. Die Überlegungen zu den Alltagsstrukturen und dem Psychose-Kontinuum geben theoretische Implikationen vor. Sie stehen in ihrem epistemischen Gebrauch, anders als zum Beispiel Diagnosen oder damit assoziierte Probleme, den Erfahrungen des Subjektes offen gegenüber. Das Erleben der Psychose wird individuell interpretiert. Genauso orientieren sich die Alltagsstrukturen an den individuellen Bedingungen und Voraussetzungen. Allzu theoretisch basierte »Vorinterpretationen« (Schütz, 1971a, S. 8) würden die Sichtweise einengen. Der Forschende würde nur nach Bestätigungen seiner theoretischen Vorannahmen suchen. Selbstredend gibt der theoretische Vergleichshorizont eine bestimmte Orientierung vor, doch können meines Erachtens die eigenen und wissenschaftlichen Wissensformen, soweit sie reflektiert und kontrolliert werden, bewirken, dass mögliche theoretische ›Verzerrungen‹ auffallen und bearbeitet werden können (Straub & Ruppel, 2022a, S. 134). Die Möglichkeit der Verzerrung und Voreingenommenheit habe ich hinsichtlich psychiatrischer Wissensbestände (auch eigener) reflektiert.

Ein ähnliches Problem sehe ich im Anschluss an diese Arbeit im Gebrauch psychoanalytischer Theorien. Die psychoanalytische Praxis möchte sich dem Subjekt theorie- und vorurteilsfrei nähern, indem jede therapeutische Situation für sich neu eingeschätzt wird (Küchenhoff, 2012, S. 25; Mentzos, 2017, S. 86f.). Dieses Vorgehen ist bei der Interpretation von Interviewtexten nicht möglich, weil das Material nicht die Dynamik aufweisen kann wie eine lebendige Person in einer direkten Beziehung. Die Interpretation des Interviewmaterial aus einem psychoanalytischen Vergleichshorizont heraus wird demnach theoretisch zu einengend und wäre teilweise zu pathologisierend, da der

Blick auf den Psychoseerfahrenen durch die psychoanalytische Theorie per se eingengt ist und dem Erfahrenen bestimmte Muster, die seine Psychose begründen sollen, unterstellt werden. Stattdessen eignet sich eine kulturpsychologisch sowie lebens- und alltagsweltliche Perspektive mehr, die die Handlungen der Subjekte in ihren relevanten Sinn- und Bedeutungsstrukturen rekonstruieren möchte, weil sie nicht nach pathologischen Zusammenhängen, sondern nach subjektiver Intention und Motivation sucht.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

6.2.1 Psychose-Kontinuum und Recovery

Der erste Teil dieser Arbeit beschäftigt sich mit der psychiatrisch-medizinischen Wissenschaft, ihrer Art und Weise, Forschung zu betreiben, sowie dem Schizophreniekonzept und den damit verbundenen Implikationen für Menschen mit Schizophreniediagnose. Die umfassende theoretische Darstellung hat sich für diese Arbeit als notwendig herausgestellt. Ich will hervorheben, dass das Schizophreniekonzept (und andere Diagnosen) entgegen der gängigen Praxis (die als Wirklichkeitskonstruktion das Phänomen im sozialen Vollzug erst bestätigt), keine objektive wissenschaftliche Grundlage hat, aber durch Routine und Vollzug eben genau diese Grundlage suggeriert wird. Demgegenüber habe ich das transdiagnostische Psychose-Kontinuum gestellt. Das Kontinuum relativiert die engen diagnostischen Kriterien und verweist auf die individuelle Dynamik, den Verlauf, die Dauer und Intensität von Psychosen. Die Psychose hat meines Erachtens durch das Kontinuum einen weniger bedrohlichen Charakter als zum Beispiel die ›Schizophrenie‹, weil deutlich wird, dass viele Menschen diese Erfahrung machen können und diese vorübergehend sein kann. Das verändert die Perspektive der Erfahrenen selbst und die Perspektive auf die Erfahrenen. Im Gegensatz zum Schizophreniekonzept zeigt das Kontinuum, dass die Personen aktiv auf ihr Leben Einfluss nehmen können und dadurch die Wirksamkeit ihres Handelns spüren. Selbstwirksamkeitserfahrungen haben in diesem Kontext eine herausragende Bedeutung für die Subjekte.

Aus Sicht dieser Arbeit kann das Kontinuum die für die Recovery relevanten Prinzipien des selbstbestimmten, aktiven und wirksamen Handelns fördern. Die erfahrenen Personen können lernen, dass sie nicht mehr die passiven und abwartenden Patienten sind, sondern die Möglichkeit des Recovery individuell irgendwie angelegt ist (Amering & Schmolke, 2012; Anthony, 1993). Das Kontinuum-Konzept verdeutlicht unzählige Optionen, wie sich eine Psychoseerfahrung entwickeln und wie sie bearbeitet werden kann. Die Begegnung mit einer erfahrenen Person eröffnet aus Sicht des Forschenden (oder des Praktikers) aus der Perspektive dementsprechend unzählige Optionen der

Annäherung. Wie ich in den empirischen Analysen zeigen konnte, hat eine Erfahrung, deren Realität intersubjektiv auf den ersten Blick kaum nachzuvollziehen ist, eine Sinnlogik, die nachvollziehbar gemacht werden kann. Für die Recovery einer Person ist die subjektive Sinnstruktur in ihrer Auslegung und ihren Handlungsmöglichkeiten bedeutsam. Die Überlagerung fremder Sinnstrukturen würde als Bedrohung gewertet werden. Anhand der Ergebnisse konnte ich deutlich machen, dass die Teilnehmenden und darüber hinaus andere Psychoseerfahrene, die Handlungen für ihre Recovery selbst organisieren müssen, und dass eine ›objektive‹ Einschätzung über den Krankheitsverlauf oder irgendwelche Symptome letztlich nichts über das Befinden und die Lebensqualität der Person aussagen kann (zum Beispiel Ricardo oder Vanessa). Die Handlungsintentionen müssen in ihrem Zusammenhang verstanden werden, um zu erkennen, dass sie möglicherweise schon eine sinnvolle und entlastende Wirkung haben. Ergänzend möchte ich anmerken, dass es Erfahrene gibt, die Diagnosen und Krankheitskonzepte als sinnvoll, konstruktiv und entlastend bewerten. Bestimmte Verhaltensweisen können sie auf die Diagnose zurückführen und diese so für sich und andere erklärbar machen.

6.2.2 Psychose und Alltagsdissonanzen

Der Alltag einer Person oder mehrerer Personen zeichnet sich durch eine latente Übereinkunft der für den Alltag relevanten Selbstverständlichkeiten aus. Alltagshandlungen und -wissen sind erprobt und routiniert, sodass sie innerhalb des bekannten Bereichs der Alltagswelt beliebig oft und ohne Mühe wiederholt werden können (Soeffner, 2015 [1989]). Im »kognitiven Stil der Praxis« (ebd., S. 16), also in der Möglichkeit der mühelosen und unbedachten Wiederholung und Anwendung von routinierten Handlungsmustern und der Anwendung von bewährten Wissensformen, manifestiert sich die Normalität des eigenen Wirkungsbereiches. Aufgrund von Psychoseerfahrungen können die Routinen nicht oder nur mit großer Anstrengung aufrechterhalten werden. Der Wirkungsbereich des Alltags, sei es räumlich, zeitlich oder intersubjektiv, verändert sich aufgrund der zunehmenden Unvereinbarkeit mit dem kognitiven Stil. Ich spiele hier nicht auf kognitive Veränderungen in Richtung eines Defizits an, sondern auf eine zunehmende Veränderung der Wahrnehmung im Rahmen psychotischer Entwicklungen, durch die die selbstverständliche Durchführung von Handlungsmustern und die Anwendung von Wissen nach und nach an Bedeutung verlieren (Conrad, 2002 [1959]). Rike, Dennis, Julia, Ulla oder David stellen fest, dass sie gewohnte Handlungsmuster nicht mehr ohne weiteres durchführen können. Die Psychoseerfahrung liegt bei allen noch nicht weit zurück, wodurch sie ihren kognitiven Stil noch nicht auf die neue Situation anpassen konnten (die Routinen und Selbstverständlichkeiten aus der Zeit vor der Psychose sind kognitiv noch präsent). Die Neuauslegung und -orientierung ihrer Handlungen werden zu Herausforderungen, weil die gewohnten

Handlungsmuster aufgeben und an die neue Situation angepasst werden müssen. Dennis und David hadern mit der neuen Situation und wollen von ihrem Ideal nicht abrücken. Ulla und Julia fallen immer wieder in für sie ›bekannte Muster‹ zurück. Rike schafft die Neuauslegung mit starker Disziplin. Es wird deutlich, dass das Aufgeben von ›bekannten Mustern‹ große Anstrengungen erfordert, da dies nicht einfach kognitive ›Irrfahrten‹ sind, die therapeutisch aufgearbeitet werden können, sondern tief in den eigenen Alltagsstrukturen und im eigenen Normalitätsgefühl verbundenes, lebensweltlich und intersubjektiv gewachsenes Bewusstsein, das sich als festgelegte, im Alltag ausgerichtete Struktur neu orientieren muss. Die Erforschung der Alltagswelten Psychoseerfahrener kann die Dissonanzen und Anstrengungen in der Neuorientierung und -auslegung der Alltagswelt herausarbeiten, was zeigen kann, dass sie häufig schlecht mit therapeutischen Interventionen vereinbart werden können. Letztere versuchen eine Veränderung zu erzwingen, ohne sich über das Autonomiepotential und den Wunsch nach selbstbestimmter Veränderung der eigenen Alltagsstrukturen der behandelten Personen bewusst zu werden.

6.2.3 Die Selbstbehandlung der Psychose

Psychosen sind von dem Vorurteil begleitet, dass sie bei ihrem Auftreten unmittelbar psychiatrisch behandelt werden sollten. Die Psychose wird als unkontrollierbare Entität dargestellt, die die betroffene Person nur passiv ertragen kann (siehe 1.2). Aus empirischer Sicht relativiert sich diese Sichtweise, weil die Psychose nicht auf einmal und ohne Vorwarnung, wie durch das Umlegen eines Schalters, entsteht. Sie entwickelt sich, wie zum Beispiel Dennis oder Rikes Aussagen deutlich machen, schleichend, und die Veränderungen können bemerkt werden, sodass die Personen aktiv und konstruktiv Einfluss nehmen können. Das Bearbeiten der Psychose gelingt unterschiedlich konstruktiv und kann auch zum Teil unkontrollierbare Dynamiken annehmen (zum Beispiel bei Ulla und Heinz). Deutlich wird aber, dass ein konstruktiver Umgang erlernt werden kann, was aber viel Arbeit und Geduld voraussetzt (zum Beispiel David). Die Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Selbstbehandlung der Psychose werden in der Forschung kaum berücksichtigt (eine Ausnahme ist sicherlich der Umgang mit dem Stimmenhören; Punkt 2.3.2.). Es bleibt das Vorurteil bestehen, dass bei beginnender Psychose eine psychiatrische Behandlung notwendig wird. Die Aufarbeitung und Darstellung der alltäglichen Strategien im Umgang mit der Psychose können die Sichtweise auf die Psychose bei Erfahrenen und Professionellen hinsichtlich der häufig negativen Prognosen verändern und neue Sichtweisen eröffnen.

6.2.4 Identität und Symptom

Ich konnte in meinen empirischen Analysen herausarbeiten, dass die Identität einer Person mit Psychoseerfahrung von psychiatrischen Krankheitsmodellen bedroht werden kann. Julia, Roman und David möchten sich mit einer psychiatrischen (Fremd-) Vorstellung arrangieren, signalisieren aber im Gegenzug die Verunsicherung und die Gefahr für ihr Selbstkonzept. Die psychiatrische Konzeptualisierung von Psychoseerfahrung stellt die Handlungsorientierungen, Gewohnheiten und Identitätspositionierungen der Person in Frage (Riemann, 1987; Bock, 2017; Bergmann, 1999). Die Identifikation mit psychiatrischen Modellen ist gleichzeitig mit der Neuausrichtung der Handlungen und Selbstvorstellungen verbunden. Ben, Rike und Dennis wehren sich auf ihre Art gegen die Fremddefinitionen ihrer Lebensweisen. Ben ist in einer Position, in der seine Identität immer wieder durch das soziale Umfeld in Frage gestellt wird. Die Abwehr wird, wie so häufig, als Symptom der Psychose und nicht als Schutz der Identität aufgefasst. Dennis kann sich der Abwertung durch die Entfernung zu seinen Eltern und seines sozialen Status als Student weitgehend entziehen, wird aber dennoch regelmäßig damit konfrontiert (was seine Nischensituation sicherlich verstärkt). Rike hat gelernt, die Fremdregulierung durch psychiatrische Konzeptualisierungen so weit einzuschätzen, dass sie ihre Handlungsorientierungen nicht aufgeben musste (Goffman, 1986 [1967], S. 24). Die Gleichsetzung von Identitätsrepräsentation und Symptom hat die Schwierigkeit zur Folge, dass der Psychoseerfahrene nur noch durch das psychiatrische Konzept verstanden werden kann (Riemann, 1984). Dabei sollte zwischen Identität und Symptom differenziert werden (zum Beispiel wird beim attestierten Wahn jede Handlung unter der Prämisse der Wahnhaftigkeit bewertet). Die Handlung bezieht sich intentional auf den Sinnzusammenhang des Psychoseerfahrenen. Wird die Handlung als symptomatisch bewertet, werden der Sinnzusammenhang, der als entsprechender Selbst- und Weltbezug die Identität konstituiert, sowie das gesamte Selbstkonzept in Frage gestellt. In meiner empirischen Analyse konnte ich die latente Gefahr der Psychiatisierung für die Identität sowie die damit verbundenen Abwehrmechanismen, die eine große Anstrengung fordern, aufzeigen. Die Anerkennung und die Wertschätzung der Handlungsentwürfe, seien sie noch so schwer nachzuvollziehen, ermöglichen eine bessere Grundlage für ein Arbeitsbündnis, als wenn die Überzeugungen des Psychoseerfahrenen in Frage gestellt würden. Letzteres zu akzeptieren, würde auch nicht-psychotischen Menschen schwerfallen. Ein Arbeitsbündnis, das sich am biografischen und alltäglichen Lebenszusammenhang orientiert und nicht aus dem Lebenskontext gerissene Handlungsentwürfe (wie es ein klinisch definiertes Symptom letztlich ist) in den Blick nimmt, sollte die Grundlage für den Umgang mit Psychoseerfahrenen (in der Psychiatrie) sein.

6.2.5 Psychoseerfahrung, soziale Verhandlung und Partnerschaft

Anhand von Vanessa, Ben oder Julia zeigt sich, dass Psychosen auf partnerschaftlicher Ebene besondere Herausforderungen mit sich bringen können. Ben und Tanja leben seit mehreren Jahren in einer Art partnerschaftlicher Beziehung, die mit Bens Psychosen und Marihuanakonsum konfrontiert wird. Tanja, die auch in der Psychiatrie arbeitet, unterstützt Ben mit aller Kraft. Während des Interviews wirkt sie resigniert und Ben nimmt die Unterstützung als Bedrohung seiner Autonomie wahr. Die Beziehung ist für den nicht-psychotischen Partner eine Herausforderung, da ungewiss ist, welche Handlungsplanungen die richtigen sind und ob sich die Beziehung wieder wie vor der Psychose herstellen lässt. Julia hingegen scheint ein eher distanzierteres Verhältnis zu ihrem Mann zu haben, der eine Auseinandersetzung mit ihr über die Zeit der Psychoseerfahrung vermeiden möchte. Außerdem hat Julia zwei Kinder, die sie versorgen muss. Die Kinder haben erst die Psychose von Julia und zum Zeitpunkt des Interviews, die Depression, miterlebt. Julia ist bemüht, die Ansprüche einer Mutter zu erfüllen, doch fehlt es ihr häufig an Kraft. Die Normalität des Familienlebens muss sich neu finden, was jedoch nur möglich sein wird, wenn Julias Depression und ihre Psychose von der Familie thematisiert und bearbeitet werden können. Vanessa hingegen entscheidet sich für ein Leben mit deutlich älteren Partnern, weil sie ihren Kinderwunsch wegen ihrer Psychose aufgegeben hat. Deutlich ältere Partner würden seltener einen Kinderwunsch äußern. Mit ihrer Entscheidung umgeht Vanessa mögliche Konflikte mit ihren Partnern.

Darüber hinaus wird der Kinderwunsch bei Frauen mit Psychose aufgrund einer möglichen Vererbbarkeit und Überforderung in der Regel tabuisiert (Krumm et al., 2010). Die Bewertung der Psychose unter der Maßgabe des Psychose-Kontinuums in der Genetik keine nennenswerte Rolle spielt, und Psychose eine vorübergehende Reaktion sein kann, eröffnet neue Perspektiven, in der die Selbsteinschätzung deutlich positiver ausfallen kann. Die empirischen Ergebnisse zeigen vor allem, welchen Druck die gesellschaftlichen Erwartungen auf die Teilnehmenden auslösen können. Vanessa entscheidet sich gegen das Mutter-Werden und Julia möchte unmittelbar nach einer schweren Psychose wieder voll ins Berufs- und Familienleben einsteigen. Ben entscheidet sich gegen die Teilhabe am Common Sense, was jedoch von seinem Umfeld abgelehnt wird. Weiterführende Überlegungen könnten sich mit den Auswirkungen der Erwartungen gegenüber Psychoseerfahrenen auseinandersetzen, die durch die häufige Gleichsetzung mit somatischen Erkrankungen schnelle Remission und volle Leistungsfähigkeit erwirken wollen. Zudem wird es problematisch, wenn das soziale Umfeld mit ›guten Ratschlägen‹ versucht zu intervenieren (siehe zum Beispiel Julia, Vanessa, Ricardo oder Dennis). Dabei sollte die Person selbst für sich einen Umgang mit der Psychose lernen und das kann Zeit in Anspruch nehmen. Die Sichtweise der schnellen Genesung übernehmen die Erfahrenen gleichermaßen und setzen sich damit unter Druck (zum Beispiel Ulla).

6.2.6 Medikamente und Nebenwirkungen

Ich konnte zeigen, dass Antipsychotika zum Teil schwere Nebenwirkungen und Langzeitfolgen verursachen können. Außerdem ist der positive Nutzen bei der Langzeiteinnahme von Antipsychotika umstritten (Schlier et al., 2023; Gründer, 2022). Die Beispiele Dennis, David, Ricardo oder Roman verdeutlichen, dass die Nebenwirkungen Körperlichkeit, Kognition und Emotion erheblich beeinflussen. Trotz der geregelten Einnahme können Psychosen auftreten und Reboundpsychosen sind zu erwarten, sobald die Medikamente (besonders bei Langzeitnutzern) reduziert/abgesetzt werden (siehe 1.2.6). Die Wirkung der Medikamente wird von den Teilnehmenden selbst skeptisch gesehen (zum Beispiel Dennis, David oder Rike) oder sie werden nur aus Gewohnheit und aus Angst vor einer weiteren Psychose eingenommen (zum Beispiel Roman). Für die Teilnehmenden ergibt sich ein Dilemma; durch die weitere Einnahme verringert sich die Lebensqualität, aber durch das Reduzieren/Absetzen wird eine Psychose wahrscheinlicher. Letzteres wird durch Interventionen seitens des sozialen Umfelds, soweit es möglich ist, verhindert. Das erzeugt nicht zuletzt einen hohen Erwartungsdruck, da das soziale Umfeld die Konfrontation mit dem psychotischen Verhalten vermeiden möchte (siehe zum Beispiel Heinz). Für Dennis, David oder Ricardo tragen die körperlichen Veränderungen (Gewichtszunahme und Fitnessverlust), welche sie als Nebenwirkungen des Medikaments interpretieren, zur generellen Unzufriedenheit und einem hohen Leidensdruck bei. Aufgrund der zu erwartenden Reboundpsychose (oder die Absetzeffekte, die als Psychose fehlinterpretiert werden können), wird es für Psychoseerfahrene allgemein schwierig, sich eine soziale Position zu erarbeiten, aus der heraus sie sich gegen die Medikamente entscheiden können. Dieses Tabu begleitet viele Psychoseerfahrene und macht die Nebenwirkungen und Langzeitfolgen zur Bürde, da es nahezu unmöglich ist, Alternativen zu entwickeln. Dieses Dilemma, was sich immer wieder im empirischen Material zeigt, weist daraufhin, dass diese Problematik sowohl in der qualitativen Forschung (zum Beispiel Alltagsschwierigkeiten durch Medikamente und Strategien damit umzugehen) als auch in der Behandlung sowie Beratung von Angehörigen stärker berücksichtigt werden sollte. Darüber hinaus sollte es für die Erfahrenen einen Raum geben, in dem sie diese Schwierigkeiten thematisieren können, ohne, dass dies unmittelbar mit dem Verweis auf mögliche Ambivalenz gegenüber der Behandlung unterbunden wird.

6.2.7 Psychoseerfahrung und Migration

Migration und die damit zusammenhängenden Aspekte wie das Erlernen der Sprache und Kultur, sich finanziell absichern zu können, Urbanität und Gewalt-, Kriegs- und Fluchterfahrungen erhöhen das Risiko eine Psychoseerfahrung zu machen. Ich konnte

zeigen, dass demgegenüber die häufige Überdiagnostizierung von Menschen mit Migrationshintergrund steht, was sicherlich auf kulturelle Besonderheiten und sprachliche Barrieren zurückzuführen ist (siehe 1.3). Beide Punkte, die ich angeführt habe, beruhen auf Schwierigkeiten bezüglich interkultureller Unterschiede. So zeigt sich zum Beispiel anhand von Julias Migrationsgeschichte, dass kulturspezifische Interpretationen der Psychose oder ein kultursensibles therapeutisches Programm, welches die Besonderheiten ihrer Situation berücksichtigen könnte, die Genesung erleichtern können (Zaumseil, 2004; Machleidt & Passie, 2018). Für die psychiatrische Forschung und Praxis wäre in Anbetracht zunehmender Migration die Auseinandersetzung mit entsprechenden kulturellen Gruppen und deren spezifische Krankheits- oder Psychoseinterpretation zu empfehlen. Die Fremddeutung auf Grundlage kulturell spezifischer Symbolsysteme ist schon für autochthone Psychoseerfahrene schwer nachvollziehbar. Zur Verbesserung des interkulturellen Verständnisses und der Versorgung ist aus professioneller Sicht die Aneignung des kulturell spezifischen Wissens und der jeweiligen Deutungsschemata relevant. Darüber hinaus sollten die Besonderheiten und Schwierigkeiten der (teils traumatisierenden) Migrationsgeschichte Gehör finden.

6.2.8 Zum Umgang mit Medizinern

Mediziner haben in der Behandlung von Psychosen die Deutungs- und Entscheidungshoheit. Das wird sich wahrscheinlich nicht verändern. Der Mediziner trägt die Verantwortung für den Behandlungsverlauf und entscheidet über den Genesungsfortschritt. Er wird als erster damit konfrontiert, wenn es zu nicht geplanten Ereignissen kommt. Die Behandlung von Psychosen ist also mit gewissen Risiken und Ungewissheiten verbunden, vor denen sich der Mediziner möglichst absichern möchte. Der mögliche Verweis auf die Einhaltung von Behandlungsprotokollen wäre eine solche Absicherung, auch wenn die Behandlung nach Standard in der Regel individuell kaum vereinbar sein kann (siehe 1.1.4). Darüber hinaus hat die eher einseitig geprägte Sichtweise auf die Biologie der Psychose bestimmte Behandlungsimplicationen zur Folge (siehe 1.2.3). Das für den Recoveryprozess typische Ausprobieren über einen langen Zeitraum, das Scheitern und daraus lernen, wird vom Mediziner nicht als normal, sondern als Tendenz eines schlechten Krankheitsverlauf angesehen. In der Regel wird die Psychose als Rückfall erlebt, nicht als Möglichkeit, daraus zu lernen. Der Psychoseerfahrene büßt dadurch sukzessiv an Eigenverantwortung ein, da der Mediziner versucht, mittels zunehmender therapeutischer Interventionen (zum Beispiel einen Pflegedienst zur Tablettenvergabe), weitere Rückschläge zu vermeiden. Neben der verminderten Eigenverantwortung verliert der Psychoseerfahrene zunehmend an Integrität und muss sich für die meisten seiner Folgehandlungen rechtfertigen, wie sich zum Beispiel anhand von Ben, Dennis, David oder Ricardo zeigt. Rike hingegen hat es

geschafft, sich mit ihrem Weg zu behaupten, indem sie gelernt hat, ihre Psychose und darüber hinaus das ›System Psychiatrie‹ zu verstehen. Letzteres zeigt sich zum Beispiel anhand der Auswahl bestimmter Aussagen gegenüber den Mediziner:innen. Für viele Menschen, die in der Psychiatrie behandelt werden, ist es sicherlich wichtig, Strategien zu lernen, um die Psychiater:innen von ihrer persönlichen Sichtweise überzeugen zu können und so den Behandlungsverlauf gemeinsam abstimmen zu können. Dies erfordert nicht nur die Vertrautheit der Psychiater:innen mit subjektiven Bewältigungsmustern, sondern auch vermehrte Forschung darüber, dass Lebensqualität unabhängig von Symptomfreiheit bestehen kann (Bock, 2007; Slade et al., 2014). Letztlich sollten die Bereitschaft und der Mut, ungewöhnliche Genesungswege zu unterstützen, zunehmen. Dazu kann qualitative Forschung, die Handlungsstrategien für einen konstruktiven Umgang deutlich machen kann, beitragen.

7 Fazit

Diese Arbeit hat sich mit dem Alltag Psychoseerfahrener beschäftigt und dafür die subjektive Erlebensweise der Personen selbst in den Vordergrund gestellt. Diese Intention habe ich verfolgt, um die immer wieder in Verruf geratene Psychose in einem Rahmen der Alltagssoziologie darzustellen und zu zeigen, dass der Pessimismus gegenüber der Psychose nicht grundsätzlich gerechtfertigt ist. Entscheidend ist, und das sollte diese Arbeit herausstellen, die (wissenschaftliche oder alltagsweltliche) Perspektive, die die erfahrene Person, die Angehörigen, der Unterstützer oder der Forschende einnehmen. Eine veränderte Perspektive verändert die Begegnung und die Auseinandersetzung. Dadurch können zu bestimmten Erlebensweisen, wie zum Beispiel dem Stimmenhören, andere Zugänge geschaffen werden, die, auch wenn sie nicht immer unmittelbar hilfreich sein mögen, den Umgang für den Erfahrenen selbst erleichtern können. Dadurch kann die Beziehung zur Erfahrung vertrauter, gelassener und souveräner gestaltet werden. Doch der Horizont, in dem sich diese Perspektive eröffnen kann, ist in der Psychiatrie nicht selbstverständlich – im Gegenteil: Er wird, wie ich selbst immer wieder erfahren muss, als überfordernd, bedrohlich, unwissenschaftlich oder unwirksam erlebt. Dass nicht die Prämisse der (medikamentös induzierten) Symptomfreiheit, sondern das Maximum an menschenwürdiger Behandlung und das Streben nach Lebensqualität handlungsleitend sein sollte, wird dabei allenfalls belächelt. Der Wechsel der Perspektive ist kein leichter, weil dadurch viele Gewissheiten und Routinen aufgegeben werden müssen, wofür viele weder das Wissen noch den Mut haben.

Aus diesem Grund eröffne ich meine Arbeit mit einer (alltagssoziologischen orientierten, kulturpsychologisch reflektierten) Rekonstruktion einen Vergleichshorizont (1 und 1.1), der die Routinen und Gewohnheiten psychiatrischer Forschung und Praxis deutlich machen soll. Daraus soll hervorgehen, dass der Weg zur Erkenntnis in der Psychiatrie durch eine biologistisch geprägte Sichtweise (und entsprechende Forschungsparadigma) geprägt ist (Elias, 2015; Ehrenberg, 2019; Straub, 2023a; Fuchs, 2023). Am Beispiel der Sozialpsychiatrie konnte ich deutlich machen, dass die biologistische Sichtweise in der Psychiatrie die dominierende, wenn nicht sogar die einzige ist. Die Ausrichtung auf die Biologie bestimmt demnach den Weg der Theorie und der Forschung über viele Disziplinen hinweg. Die Psychiatrie vertritt ihre Thesen mit so großer Überzeugungskraft, dass sie als Wirklichkeitskonstruktion akzeptiert und als alternativlos angesehen wird. Anhand des Schizophreniekonzeptes (1.2) konnte ich zeigen, dass es dem Konzept an Evidenz mangelt und sich daraus notwendig die Frage ergibt, ob es die ›Schizophrenie‹ im Sinne eines klar und eindeutig definierten Phänomens überhaupt gibt, wenn nach 150 Jahren der Forschung kein eindeutiger Beweis für ihre Existenz vorliegt (Read, 2013a; 2013b; Read, 2013c; Read & Magliano, 2019; Bentall, 2009; Tebartz van Elst, 2022). Mit dem Beispiel der Antipsychotika, ihren häufig belastenden Nebenwirkungen und Langzeitfolgen sowie den Überlegungen zu ihrer Wirksamkeit und den damit verbundenen Fragen zur Lebensqualität vieler Betroffener

wird die Merkwürdigkeit der Schizophreniethese noch einmal deutlich. Das Ziel dieser Arbeit ist nicht, die teils schweren psychotischen Verläufe zu relativieren oder gar zu romantisieren. Die Psychiatrie halte ich trotz allem für eine sinnvolle Einrichtung, die konzeptuell jedoch unbedingt reformiert werden sollte. Diese Einschätzung stärke ich mit dem Verweis auf das Psychose-Kontinuum (1.3) und ihre Epidemiologie (Ailtinbas et al., 2021; Linscott & van Os, 2013). Anders als das Schizophreniekonzept bildet das Psychose-Kontinuum die Differenzen, Varianten und Diversität der Psychoseerfahrung ab. Ich konnte deutlich machen, dass Psychose eine Erfahrung ist, die viele Menschen teilen, sie aber in seltenen Fällen zu einer klinischen Behandlung führen muss. Aus der Perspektive derjenigen, deren Psychose klinisch relevant wird, relativiert sich demnach die Vorstellung, – im Sinne von Recovery und subjektiver Bewältigung der Psychose – dass die Psychose eine Erkrankung mit schlechter Prognose sei. Vielmehr kann durch das transdiagnostische Psychose-Kontinuum aufgezeigt werden, dass der Umgang mit der Psychose erfolgreich erlernt werden kann. Dadurch wird schließlich der rasche Einsatz von Medikamenten in Frage gestellt, welcher, wie ich zeigen konnte, zur Verstetigung der Psychose beitragen kann.

Im anschließenden Teil (2.1) habe ich die sozialwissenschaftlichen und sozialpsychologischen Grundlagen dieser Arbeit herausgearbeitet. Dafür habe ich zuerst die für die subjektorientierte Sozialwissenschaft relevanten Identitätstheorien von Erik H. Erikson (1979 [1946]; 1979 [1956]), George Herbert Mead (1973 [1934]), Anselm Strauss (1974 [1959]) und Erving Goffman (2012 [1963]) dargestellt, die mit dem Identitätskonzept von Jürgen Straub (2016a; 2016b; 2000; 1998) ergänzt werden. Ich konnte zeigen, dass Identität ein struktureller und qualitativer Orientierungsrahmen ist, der in der sozialen Interaktion bearbeitet und moduliert wird. Identität ist in dem Sinne die soziale Positionierung einer Person, die intentional für Handlungen wird, wobei die Handlungen wiederum die Identität bestätigen und sichern wollen. Durch die Identitätskonzepte sollte der durch die Psychoseerfahrung irritierte Innen-Außen-Ausgleich hervorgehoben werden (Boesch, 2005; Straub, 2020). Die Psychose verändert den Selbst- und Weltbezug, und die Einschätzung des sozialen Umfeldes ändert sich über den Psychoseerfahrenen. Die Identität muss sich neu orientieren.

Das für meine Arbeit relevante Feld der Handlungen (2.2), in dem sich das Subjekt in seiner Wirkung konstituiert, sind die von Alfred Schütz und Thomas Luckmann (1988) konzipierten Strukturen des Alltags. Der Alltag ist der selbstverständliche Bereich, der eine Person umgibt und den sie mit ihren Handlungsrouninen und -orientierungen sinnhaft bearbeiten kann. Er strukturiert sich räumlich, zeitlich-historisch und intersubjektiv. Die für das Subjekt sinnhafte Struktur seines Alltags und seiner typischen Wissensformen sowie Handlungsmuster sind die theoretische Grundlage für die empirische Analyse (Schütz, 1971a; Schütz, 1974 [1932]). Diese legen die durch die Psychose verschobenen Relevanzbereiche und Wirklichkeitsakzente offen und verdeutlichen die durch die (unfreiwilligen) Veränderungen geförderten Konflikte

der Identität. Punktuell habe ich diese Sichtweise durch Bezugnahme auf die ebenfalls subjektorientierte Kulturpsychologie ergänzt (Straub, 1999; Boesch & Straub, 2007).

Menschen mit Psychoseerfahrungen werden häufig mit Fremddeutungen und -definitionen ihres Erlebens und ihrer Erfahrungen konfrontiert (Riemann, 1984; Bock, 2017; Barrett, 1996; 2.3). Die Deutungen und Interpretationen können von den Psychoseerfahrenen nur schwer akzeptiert werden, wenn sie das Selbstkonzept und die Handlungsorientierungen der Person in Frage stellen. Anhand der subjektiven Auslegung lebens- und alltagsweltlicher Sinnstrukturen konnte ich zeigen, dass das Erleben der Psychose für eine Person bestimmte Bedeutungen hat, die erst in der Rekonstruktion der Lebens- und Alltagswelt deutlich werden (Heinz, 2015). Dafür gehe ich exemplarisch auf das Stimmenhören (Romme & Escher, 2013) ein, die sozio-historische Veränderung des Wahnerlebens (Fuchs, 2015), auf die lebensweltliche Einordnung von Stress (Rose et al., 2022) und auf die kulturell spezifischen Interpretationen von psychischen Erkrankungen und vergleichbaren Phänomenen (Machleidt & Passie, 2018; Ellenberger, 2005, [1970]).

Das darauffolgende Kapitel beschäftigt sich mit der theoretisch-methodologischen Überlegung, wie ein qualitativ-rekonstruktiver Zugang zum alltäglichen Psychoseerleben (in Abgrenzung zu lebensweltlichen Modellen) aussehen kann (siehe 3). Das Kapitel beginnt mit einer Rezeption sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Möglichkeiten des Verstehens von Gesundheit und Krankheit (3.1). Das soziologische Konzept der Krankenrolle (Parsons, 1951; Borgetto, 2016) wirkt in Anbetracht der Zunahme des eigenverantwortlichen Umgangs mit Krankheit nicht mehr zeitgemäß (Schaeffer et al., 2020; Richter & Hurrelmann, 2016). Anhand des Verlaufs chronischer Erkrankung zeigt sich außerdem, dass das Konzept der Krankenrolle bestimmte körperliche und psychische Schwierigkeiten nicht mehr abbilden kann (Schaeffer & Moers, 2009). Ich konnte herausarbeiten, dass die Bewältigung chronischer Erkrankungen von bestimmten Phasen geprägt ist und das Selbstkonzept einer Person verändert (Corbin & Strauss, 2010). Dennoch, so wollte ich hervorheben, ist dieses Modell für die Rekonstruktion von Psychoseerleben nur bedingt geeignet. Ergänzend dazu habe ich die sogenannten Patientenkarrerien (Scheff, 1973 [1963]; Goffman, (2020 [1961])) in meine Überlegungen einbezogen. Diese beschäftigen sich zwar primär mit der Auswirkung von (schweren) psychischen Erkrankungen (Aneshensel, 2013), wie zum Beispiel Stigmatisierung oder Diskriminierung, berücksichtigen aber weniger untypische (die eher die Regel sind als typische) Verläufe psychischer Erkrankung und ebenso wenig die subjektiven Handlungsmöglichkeiten der einzelnen Personen (Gove, 2004). Daraus schlussfolgernd stelle ich meine Überlegungen vor, wie das subjektive Erleben von Psychose mittels qualitativer Forschung rekonstruiert werden kann. Zum Ende des Kapitels arbeite ich die für die Verlaufskurven typischen Transformationen von Handlungsorientierungen und Identitätsauslegung heraus (Schütze, 2006; 1981; Riemann, 1987; Strauss, 1993). Die Analyse der Neuauslegung und -orientierung von Handlung und Identität sind ein wichtiger Baustein der empirischen Analyse.

Weiter habe ich den qualitativ-rekonstruktiven Forschungsstand über das subjektive Erleben von Psychosen zusammengetragen (3.2). Auf Arbeiten, die sich mit der psychiatrischen Behandlung oder der Unterbringung in psychiatrischen Einrichtungen beschäftigen, habe ich verzichtet. Ich erhebe keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Vielmehr wollte ich zeigen, wie Psychoseerfahrungen im Diskurs der qualitativ-rekonstruktiven Sozialforschung dargestellt werden und meine Überlegungen von Alltag und Psychose-Kontinuum gegenüberstellen. Das Kapitel ist in Arbeiten unterteilt, die das Leben mit Psychose im Kontext von Biografie und Identität (zum Beispiel Riemann, 1987; Bakels, 2015) analysieren, bestimmte Identitätsstrategien hervorheben (zum Beispiel Leferink, 1997a, Zaumseil, 1997, Bock, 2007), die Handlungswirksamkeit und die Auseinandersetzung mit dem sozialen Umfeld behandeln (Jung, 2019; Jehle, 2007; Hildenbrand, 1985; 1990) und welche, die die Artikulation von Psychoseerfahrung darstellen (Janssen et al., 2020; Maatz et al., 2022).

Die methodische Vorgehensweise, die ich in Abschnitt 4 vorstelle, begründet sich in den theoretisch-methodologischen Vorüberlegungen des Zugangs zum Alltags-erleben Psychoseerfahrener. Die methodisch offene Vorgehensweise orientiert sich an den Prinzipien der relationalen Hermeneutik (Straub & Ruppel, 2022a; Straub & Ruppel, 2022b). Die Methoden der Erhebung entwickeln sich entlang der Entwicklungen des Forschungsprozesses sowie an der Qualität des Samples. Das Verfahren der Samplingstrategie basiert auf dem »theoretical sampling« der Grounded Theory Methodology (Strauss & Corbin, 1996) und soll eine möglichst ausgeprägte Varianz und Konzeptualisierung der Eigenschaften der Teilnehmenden mit Psychoseerfahrung sicherstellen. Den Feldzugang habe ich über berufliche Kontakte sowie durch Anfragen über Dritte und Anzeigen in sozialen Netzwerken hergestellt. Die Teilnehmenden konnte ich in einem Zeitraum von etwa einem Jahr gewinnen. Die Erhebungsmethode ist die des (teil-narrativen) Interviews (Schütze, 1983) mit einem simplen Eingangsstimulus, der auf die Alltagsstrukturierungen der Teilnehmenden abzielt. In einer methodologischen Auseinandersetzung reflektiere ich meine Rolle als Forschender und psychiatrisch tätiger sowie die durch den Eingangsstimulus erzeugten Irritationen. Ich habe auf keine festgelegte Interviewstruktur zurückgegriffen, sondern im Laufe der Erhebungen thematische Schwerpunkte aus den bereits geführten Interviews generiert. Für die Auswertung habe ich zehn der 15 Interviews transkribiert. Die Methoden der Auswertung sind die Dokumentarische Methode sowie die relationale Hermeneutik (Straub, 2010; Nohl, 2017; Bohnsack, 2014). Diese Verfahren bieten sich in der komparativen Einzelfallanalyse zur Erstellung von fallinternen und -externen Vergleichshorizonten sowie der Strukturierung der Interviews an. Das Auswertungsverfahren bezieht sich zudem auf die alltagsweltliche, persönliche und theoretische Vergleichshorizonte des Forschers.

Ich habe drei Einzelfallanalysen angefertigt, die sich meines Erachtens als Typen stark voneinander unterscheiden (Rike, Ben und Roman; 5.1). Die Einzelfälle wurden sequenzanalytisch ausgewertet. Ergänzend zu der Rekonstruktion der Gesprächsinhalte habe ich bestimmte Begriffe, die Verwendung bestimmter Metaphern oder Elemente

des Satzbaus, interpretiert. Die Einzelfälle wurden am Ende als Typen zusammengefasst. Rike ist die ›souveräne Rationalistin‹, die es schafft mit Disziplin ihren Alltag nach ihren Vorstellungen zu bewältigen. Ben, der ›verwundete Autonome‹, stellt seine Autonomiewünsche in den Vordergrund, was wohl das Resultat schwerer Autonomiekonflikte ist, die im Interview immer wieder deutlich werden. Roman, als der ›gebrochene Zufriedene‹, ist der angepasste, der in einer betreuten Wohneinrichtung lebt und die Nischen zur Erhaltung seiner Individualität im Verborgenen artikuliert. Aus den Einzelfallanalysen habe ich themenspezifische Vergleichshorizonte (Darstellung der Alltagsstrukturen, Bedeutung der Psychose, Identitätsstrategien und Umgang mit Ungewissheit) gebildet, die ich zur Interpretation der weiteren Interviews (Heinz, Ulla, Ricardo, Dennis, David, Vanessa und Juli) herangezogen habe (5.2). Ich bin fallvergleichend vorgegangen und habe die Interviews nach themenspezifischen Vergleichshorizonten gegliedert. So ergibt sich nach und nach eine breite und unterschiedliche Auslegung der einzelnen Themenbereiche durch die Interviewten. Darauf habe ich die Fälle in drei fallübergreifende Typen, in denen sich die Eigenschaften und Bewältigungsstrategien der Interviewten widerspiegeln, verallgemeinert (1) Handlungssteuerung und Identitätsgeschlossenheit, 2) Handlungsautonomie und Identitäts Offenheit, 3) Handlungsdiffusion und Identitätsambivalenz). Diese Typisierungen sehe ich als Möglichkeit, den Umgang mit der Psychose in Bezug auf Alltag, Handlung und Identität, sowohl im Einsatz der Forschung als auch in der Praxis (unabhängig eines Krankheitsverlaufes oder Symptomen) einschätzen zu können.

Im letzten Teil dieser Arbeit (7) folgt eine Diskussion der Methoden, in der ich vor allem die offene Struktur des Designs thematisiere sowie Ausrichtung der Auswertung am Sample und am verfügbaren Material. Das offene, am Prozess ausgerichtete Design hat den Vorteil, dass meine persönlichen oder theoretischen Relevanzbereiche die Perspektive auf das subjektive Erleben der Personen nicht blockieren. In der anschließenden Diskussion der Ergebnisse bespreche ich einige Schwerpunkte, die sich im Laufe dieser Arbeit als relevant herausgestellt haben. Bei einigen Themen (zum Beispiel Medikamente und Nebenwirkungen oder Psychose und Alltagsdissonanzen) empfehle ich weitere qualitative Untersuchungen. Darüber hinaus stelle ich einige Punkte vor (zum Beispiel Identität und Symptome oder Psychose-Kontinuum und Recovery), die eine hohe Praxisrelevanz haben und unbedingt berücksichtigt werden sollten.

Die in dieser Arbeit formulierten Forschungsfragen konnte ich beantworten. Resümierend möchte ich aber festhalten, dass die Erforschung von Alltag und Psychose nicht abgeschlossen ist. Die Vielseitigkeit des Alltags wird, besonders hinsichtlich der Alltagsdissonanzen, durch die (zwingende) Neuorientierung, die ich in 6.2.2 diskutiert habe, deutlich. Qualitativ-rekonstruktive Forschung hat das Potential, die Alltagsstrukturen, Handlungsmuster und Identitätsstrategien, Psychoseerfahrener darzustellen, um so für Forschung und Praxis notwendige Empfehlungen zu geben. Die Nähe der verstehenden Soziologie zum Recoverykonzept wird unter der Prämisse des subjektiven Sinns und der Bedeutungsstrukturen deutlich. Beide Ansätze stellen das Subjekt

mit seinen Eigenarten und Besonderheiten in den Mittelpunkt und können so Handlungsstrategien herausstellen, die aus subjektiver Sicht zum einen sinnhaft sind und zum anderen entlastende Strategien darstellen können. Darüber hinaus sollten Studien verstärkt Erfahrene berücksichtigen, die wenig oder gar keine Psychiatrieerfahrung haben, sowie welche, die nur eine einmalige, länger zurückliegende Behandlung in Anspruch nehmen mussten (Bock 2007). Dadurch kann die Vielseitigkeit an Bewältigungsmustern aufgearbeitet und für Forschung und Praxis nutzbar gemacht werden. Zudem kann so das, ausschließlich negative und stigmatisierende Bild der Psychose durchbrochen werden.

Mit dieser Arbeit konnte ich einen Beitrag zum sozialwissenschaftlichen Diskurs über Alltag und den alltäglichen Umgang mit Krisen, Krankheit und vergleichbaren Phänomenen leisten. Ich konnte durch den alltagssoziologischen Zugang eine (identitäts- und handlungstheoretische) Perspektive auf das Phänomen der Psychose entwickeln, die sich von der klassischen psychiatrischen Debatte abgrenzt. Die gesundheitssoziologischen und die soziologischen Konzepte der Bewältigung chronischer Erkrankung, der Patientenkarrerien sowie der Verlaufskurven konnte ich durch eine Perspektive ergänzen, die Psychoseerfahrung aus subjekttheoretischer Perspektive bearbeitet. Sie stellt nicht die Krankheitskonstruktion, sondern das alltägliche Handeln in das Zentrum dieser Arbeit. Damit konnte ich zeigen, dass Psychiatrie und (Alltags-)Soziologie sowie Kulturpsychologie grundsätzlich unterschiedliche Prämissen des Verstehens aufweisen (Elias, 2015; Hildenbrand, 2019; Straub, 2021b; 1999). Die Sozialpsychiatrie hingegen unterminiert die Alltagssoziologie, weil sie die unterkomplexen Verstehensleistungen der biologistischen Psychiatrie übernimmt, was sich, wie in 1.1.1 gezeigt wird, in ihrem Forschungsprogramm widerspiegelt. Schließlich konnte ich in dieser Arbeit zeigen, dass verstehende Soziologie und Kulturpsychologie ein ›Türöffner‹ zur meist schwer nachvollziehbaren und teils auch unsichtbaren Alltagswelt Psychoseerfahrener sein können. Die Alltagswelt Psychoseerfahrener wird in der qualitativen Forschung in der Regel nur durch das Leben in Betreuungseinrichtungen wahrgenommen (eine Ausnahme ist: Bock, 2007). Das hat ein defizitäres Bild von Psychoseerfahrenen zur Folge, welches durch die qualitative Forschung immer wieder reproduziert wird. Weiterführende Studien sollten sich weniger auf die ›klischeehaften‹ Kranken fokussieren, als mehr eine empirisch ausgeglichene Sicht auf die Psychoseerfahrung einnehmen.

Eine Annäherung von Soziologie und Psychiatrie (Finzen, 2017) halte ich aufgrund der unterschiedlichen sinnimmanenten und wissentstypischen Voraussetzungen der spezifischen Wissenschaftsbereiche für nicht einfach und vor allem für wenig zielführend, insofern sie ganz andere epistemische Systeme mit anderen Handlungsorientierungen und Planungshierarchien hervorbringen (Vogd, 2011; Schütze, 1971a; Boesch, 1980). Grundsätzliche Missverständnisse und Verwerfungen sind vorprogrammiert. Stattdessen sollte sich die alltagssoziologische Forschung auf die Erfahrenen selbst konzentrieren, um sukzessiv auf die Debatte Einfluss zu nehmen. Durch die Hervorhebung der subjektiven Bewältigungsmuster sollte die Position der Erfahrenen (die diese

selbst einfordern müssen) gestärkt werden. Zudem sollte durch die Rekonstruktion von Wirklichkeitskonstruktionen und Wirklichkeitsakzenten (Schütz & Luckmann, 1988; Straub, 1999) der Zweifel am Absolutheitsanspruch der medizinischen Psychiatrie betont werden. Ein erster wichtiger Schritt wäre es, die besondere Situation von Menschen mit Psychoseerfahrung und Migrationshintergrund forschend zu begleiten, da die Zweifel an der psychiatrischen Deutungshoheit in diesem Bereich am stärksten werden. Dafür liefert die Kulturpsychologie ebenfalls wichtige Argumente (Boesch & Straub, 2007, Straub, 2017; 2021b; Bruner, 1997). Darüber hinaus sollte, was ich in meiner Arbeit angedeutet habe, der Einfluss psychiatrisch verallgemeinernder Fremddefinitionen (zum Beispiel Genetik) auf die Handlungswirksamkeit und Zukunftsvorstellungen untersucht werden, sodass die starke Wirkung solcher Aussagen verdeutlicht werden kann.

Literatur

- Abels, H. (2017). *Identität*. Wiesbaden: Springer.
- Abels, H. (2010). *Interaktion, Identität, Präsentation*. Wiesbaden: Springer.
- Abholz, H.H. (2013). Die Verdrängung des Individuums aus der Medizin. *Sozialpsychiatrische Informationen* 4/2013, S. 4–8.
- Aderhold, V. (2017). Das Un-Wesen psychischer Krankheiten. *Familiendynamik* 42. Jahrgang, Heft 2, pp 120–120.
- Aderhold, V. (2014). Neuroleptika und ihre Verwendung in der Psychotherapie: neue Forschungsergebnisse über ihren Nutzen und Schaden. In: Günter Lempa & Elisabeth Troje (Hrsg.), *Zwischen Biologie und Biografie. Einflüsse auf die therapeutische Praxis* (S. 89–159). Göttingen: V&R.
- Adorno, T.W. (2013 [1970]). *Negative Dialektik/ Jargon der Eigentlichkeit*, 6. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Ailtinbas, K., Guloksuz, S. van Os, J. (2021). Dimensional Conceptualization of Psychosis. In: Carol A. Tamminga, Elena I. Ivleva, Ulrich Reininghaus, Jim van Os (Hrsg.); *Psychotic Disorders: Comprehensive Conceptualization and Treatments* (S. 21–26). New York: Oxford University Press.
- Amering, M. & Schmolke, A. (2012). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Aneshensel, C.S. (2013). Mental Illness as a Career: Sociological Perspectives. In: C.S. Aneshensel et al. (Hrsg.), *Handbook of the Sociology of Mental Health*, 2nd edition (S. 603–620). Dordrecht: Springer.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Schomerus, G. (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *The British Journal of Psychiatry* (2013) 203, 146–151.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993, 16(4), 11–23.
- Bailey, T., Alavarez-Jimenez, M., Garcia-Sanchez, A. M., Hulbert, C., Barlow, E., Bendall, S. (2018). Childhood Trauma Is Associated with Severity of Hallucinations and Delusions in Psychotic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin* vol. 44, no. 5, pp. 1111–1122.
- Bakels, E. (2015). Die Psychiatrie aus Sicht (ehemaliger) Patientinnen und Patienten – eine qualitativ-rekonstruktive Studie auf Basis der dokumentarischen Methode. *Journal für Psychologie*, Jg. 23(2015), Ausgabe 2, 113–137.
- Barrett, R.J. (1996). *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia*. New York: Cambridge University Press.
- Barham, P. & Hayward, R. (1997). Schwierigkeiten von Menschen mit schweren psychischen Krankheiten. In: Matthias C. Angermeyer & Manfred Zaumseil (Hrsg.), *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle*

- Verarbeitung des psychischen Krankseins (S. 86–101). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Barton, R. (1974). Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. In: Asmus Finzen (Hrsg.), *Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern* (S. 11–80). München: Piper.
- Basaglia & Basaglia Ongaro, F. (1972). *Die abweichende Mehrheit. Die Ideologie der sozialen Kontrolle*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Basu, H. (2010). Healing madness through ritual trials. In: Ann Grodzine Gold et al. (Hrsg.); *Histories of Intimacy and Situated Ethnography* (S. 215–238) Delhi: Manohar.
- Baumeister, D., Sedwick, O., Howes, O., Peters, E. (2017). Auditory verbal hallucinations and continuum models of psychosis: A systematic review of the healthy voice-hearer literature. *Clinical Psychology Review* 51, 125–141.
- Bäumel, (2008). *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis*, 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Beavan, V., Read, J., Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: A literature review. *Journal of Mental Health*, 20(3): 281–292.
- Becker, H.S. (2014 [1963]). *Außenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens*, 2. Aufl. Wiesbaden: Springer.
- Beer, D.M. (1995). The importance of the social and intellectual contexts in a discussion of the history of the concept of psychosis. *Psychological Medicine*, 1995, 25, 317–321.
- Beer, D.M. (1996a). Psychosis: A History of the Concept. *Comprehensive Psychiatry*, Vol 37, No. 4 (July/August), 1996: pp. 273–291.
- Beer, D.M. (1996b). The dichotomies: psychosis/neurosis and functional/organic: a historical perspective. *History of Psychiatry*, vii (1996), 231–255.
- Beer, D.M. (1996c). The endogenous psychoses: a conceptual history. *History of Psychiatry*, vii (1996), 001–029.
- Begemann, M.J.H., Thompson, I.A., Veling, W., Gangadin, S.S., Geraets, C.N.W., van 't Hag, E., Müller-Kuperus, S.J., Oomen, P.P., Voppel, A.E., van der Gaag, M., Kikkert, M.J., Van Os, J., Smit, H.F.E., Knegtering, R.H., Wiersma, S., Stouten, L.H., Gijssman, H.J., Wunderink, L., Staring, A.B.P., Veerman, S.R.T., Mahabir, A.G.S., Kurkamp, J., Pijnenborg, G.H.M., Veen, N.D., Marcelli, M., Grootens, K.P., Faber, G., van Beveren, N.J., Been, A., van den Brink, T., Bak, M., van Amelsvoort, T.A.M.J., Ruissen, A., Blanke, C., Groen, K., de Haan, L., Sommer, I.E.C. (2020). To continue or not to continue? Antipsychotic medication maintenance versus dose-reduction/discontinuation in first episode psychosis: HAMLETT, a pragmatic multicenter single-blind randomized controlled trial. *Trials*. 2020 Feb 7;21(1):147.
- Benedetti, G. (1992). *Psychotherapie als existenzielle Herausforderung*. Göttingen: V & R.
- Benedetti, G. (1976). *Der Geisteskranke als Mitmensch*. Göttingen. V & R.
- Bentall, R.P. (2021). The role of early life experiences in psychosis. In: Carol A. Tamminga, Elena I. Ivleva, Ulrich Reininghaus, Jim van Os (Hrsg.); *Psychotic Disorders: Comprehensive Conceptualization and Treatments* (S. 21–26). New York. Oxford University Press.
- Bentall, R.P. (2009). *Doctoring the Mind. Why psychiatric treatments fail*. London: Penguin.

- Bentall, R.P. (2004). *Madness Explained. Psychosis and Human Nature*. London: Penguin.
- Bentall, R.P. & Sitko, K. (2019). The specific role of insecure attachment in paranoid delusions. In: Katherine Berry, Sandra Bucci and Adam N. Danquah (Hrsg.); *Attachment Theory and Psychosis. Current Perspectives and Future Directions* (S. 23–42). London: Routledge.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (2013 [1966]). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Bergmann, J. (1999). Diskrektion in der psychiatrischen Exploration – Beobachtungen über Moral in der Psychiatrie. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 1,4 (1999), S. 245–264. Göttingen: V&R
- Bergstroem, T., Seikkula, J., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., & Aaltonen, J. (2023). Need adapted use of medication in the open dialogue approach for psychosis: a descriptive longitudinal cohort study. *Psychosis*, 15(2), 134-144.
- Berrios, G.E. & Beer, D. M. (1994). The notion of unitary psychosis: a conceptual history. *History of Psychiatry*, v (1994), 013–036.
- Berrios, G.E. & Marková, I.S. (2021). Historical Epistemology of the «Unitary Psychosis». In: Carol A. Tamminga, Elena I. Ivleva, Ulrich Reininghaus, Jim van Os (Hrsg.); *Psychotic Disorders: Comprehensive Conceptualization and Treatments* (S. 406–421). New York. Oxford University Press.
- Binswanger, L. (1992 [1956]). *Ausgewählte Werke. Band 1. Formen des missglückten Daseins*. Heidelberg: Roland Asanger.
- Bion, W. (2006 [1970]). *Aufmerksamkeit und Deutung*. Tübingen: Edition diskord.
- Bion, W.R. (1997 [1962]). *Lernen durch Erfahrung*, 2. Aufl. Suhrkamp: Frankfurt a.M.
- Bion, W.R. (2013 [1959]). Angriffe auf Verbindungen. In: Ders. *Frühe Schriften und Vorträge* (S. 105–124). Brandes & Apsel: Frankfurt a.M.
- Bion, W.R. (2013 [1957]). Zur Unterscheidung zwischen psychotischer und nicht psychotischer Persönlichkeit. In: Ders. *Frühe Schriften und Vorträge* (S. 52– 75). Brandes & Apsel: Frankfurt a.M.
- Bittlingmayer, U.H. (2016). *Strukturorientierte Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit*. In: Matthias Richter & Klaus Hurrelmann (Hrsg.); *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 23–40). Wiesbaden: Springer.
- Blankenburg, W. (1989). *Lebensgeschichte und Krankengeschichte. Zur Bedeutung der Biografie in der Psychiatrie*. In: Ders. *Biografie und Krankheit* (S. 1–10). Stuttgart: Thieme.
- Blankenburg, W. 2012 [1971]). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien*. Berlin: Parados.
- Blom, J. D. (2004). *Deconstructing Schizophrenia*. Amsterdam: Boom Publishers.
- Bloomfield, M.A.P. & Howes, O.D. (2021). Dopaminergic mechanisms underlying psychosis. In: Carol A. Tamminga, Elena I. Ivleva, Ulrich Reininghaus, Jim van Os (Hrsg.); *Psychotic Disorders: Comprehensive Conceptualization and Treatments* (S. 277–286). New York. Oxford University Press.

- Bock, T. (2020). *Menschen mit Psychose-Erfahrungen begleiten*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bock, T. (2017). *Eigensinn und Psychose. »Noncompliance» als Chance*, 8. Aufl. Neumünster: Paranus.
- Bock, T. (2014). Wird die Menschlichkeit kränker oder die Krankheit menschlicher? *Psychiatrische Praxis* 2014; 41: 121–123.
- Bock, T. (2009). *Umgang mit psychotischen Patienten*, 6. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bock, T. (2007). *Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie*, 7. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bock, T., Dörner, K., Naber, D. (2014a). Auf dem Weg zur Philosophie der psychiatrischen Erkrankung. In: Dies. (Hrsg.), *Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie*, 6. Aufl. (S. 9–16). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bock, T., Klapheck, K., Ruppelt, F. (2014b). *Sinnsuche und Genesung. Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Bock, T. & Heinz, A. (2016). *Psychosen. Das Ringen um Selbstverständlichkeit*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Boesch, E.E. (2005). *Von Kunst bis Terror. Über den Zwiespalt in der Kultur*. Göttingen: V&R.
- Boesch, E.E. (1980). *Kultur und Handlung. Einführung in die Kulturpsychologie*. Bern: Hans Huber.
- Boesch, E.E. & Straub, J. (2007). Kulturpsychologie – Prinzipien, Orientierungen und Konzeptionen. In: Gisela Trommsdorf & Hans Joachim Kornadt (Hrsg.), *Theorien und Methoden der kulturvergleichenden Psychologie* (S. 25–95). Göttingen: Hogrefe.
- Bohnsack, R. (2017). *Praxeologische Wissenssoziologie*. Opladen. UTP.
- Bohnsack, R. (2014). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*, 9. Aufl. Opladen: UTB.
- Bohnsack, R. & Nohl, A. M. (2010). Komparative Analyse und Typenbildung in der dokumentarischen Methode. In: Gabriele Cappai, Shingo Shimada, Jürgen Straub (Hrsg.); *Interpretative Sozialforschung und Kulturanalyse. Hermeneutik und die komparative Analyse kulturellen Handelns* (S. 101–128). Bielefeld: Transcript.
- Borgetto, B. (2016). Soziologie des kranken Menschen: Krankenrollen und Krankenkarrerien. In: Matthias Richter & Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 369–381). Wiesbaden: Springer.
- Bosanac, P. & Castle, D.J. (2021). Socioenvironmental adversity across the life span. In: Carol A. Tamminga, Elena I. Ivleva, Ulrich Reininghaus, Jim van Os (Hrsg.); *Psychotic Disorders: Comprehensive Conceptualization and Treatments* (S. 415–421). New York. Oxford University Press.
- Bowcut, J., Levi, L., Livnah, O., Ross, J.S., Knable, M., Davidson, M., Davis, J.M., Weiser, M. (2021). Misreporting of Results of Research in Psychiatry. *Schizophrenia Bulletin* 2021 21;47(5):1254–1260.
- British Psychological Society (2017). *Understanding Psychosis and Schizophrenia*. Canterbury Christ Church University.
- Bruner, J. (1997). *Sinn, Kultur und Ich-Identität*. Heidelberg: Carl-Auer.

- Burr, C. (2022). Unterstützung von Menschen, die Stimmen hören in der psychiatrischen Pflege – Systematische Literaturübersicht und Pilotstudie zur Wirksamkeit der Erfahrungsfokussierten Beratung (EFC). Vincent-Pallotti University: Vallendar.
- Burr, C., Schnackenberg, J.K., Weidner, F. (2022). Talk Based Approaches to support people who are distressed by their experience of hearing voices. A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*. 13:983999.
- Bury, M. (2009). Chronische Krankheit als biografischer Bruch. In: Doris Schaeffer (Hrsg.); Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf (S. 75–90). Bern: Huber.
- Butter, S., Murphy, J., Shevlin, M., Houston, J. (2017). Social Isolation and psychosis-like experiences: a UK general population analysis. *Psychosis*, 9:4, 291–300.
- Castel, F., Castel, R., Lovell, A. (1982). Die Psychiatrisierung des Alltags. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Charlin, M.B. (1996). Schizophrenie und Identität. Psychiatrische, sozialpsychologische und philosophische Dimensionen. Münster: Lit.
- Chen, P.H., Tsai, S.Y., Pan, C.H., Chang, C.K., Su, S.S., Chen, C.C., Kuo, C.J. (2020). Age effect of antipsychotic medications on the risk of sudden cardiac death in patients with schizophrenia: A nationwide case-crossover study. *Psychiatry Clinical Neuroscience*. 2020 Nov;74(11):594–601.
- Ciampi, L. (2021). Ciampi reflektiert. Wissenschaftliches, Persönliches und Weltanschauliches aus der Altersperspektive. Göttingen: V&R.
- Ciampi, L. (1994). Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung, 3. Aufl. Klett-Cotta: Gießen
- Conrad, K. (2002 [1959]). Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Conrad, P. (1990). Qualitative Research on Chronic Illness: A Commentary on Method and Conceptual Development. *Sociological Scientific Medicine* 1190;30(11):1257–63.
- Conrad, P. & Barker, K.K. (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behaviour* 51 (S) 67–79.
- Corbin, J., Hildenbrand, B., Schaeffer, D. (2009) Das Trajektkonzept. In: Doris Schaeffer (Hrsg); Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf (S. 55–74). Bern: Huber.
- Corbin, S. & Strauss, A. (2010). Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit, 3. Aufl. Bern: Huber.
- Corin, E. & Padmavati, R. (2017). The Religious Texture of Experience in Psychosis in India. In: Helene Basu, Roland Littlewood, Arne S. Steinforth (Hrsg.). *Spirit & Mind. Mental Health at the Intersection of Religion & Psychiatry* (89–110). Münster: LIT-Verlag.
- Correll, C.U., Rubio, J.M., Kane, J.M. (2018). What is the risk-benefit ratio of long-term antipsychotic treatment in people with schizophrenia? *World Psychiatry*. 2018 Jun;17(2):149–160.
- Corrigan, P.W., Larson, J.E., Rüsich, N. (2009). Self-stigma and the «why try» effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009; 8: 75–81.
- Corstens, D. (2021). The Maastrich Approach: social and personal perspective on hearing

- voices. In: Isla Parker, Joachim Schnackenberg, Mark Hopfenbeck (Hrsg.), *The practical Handbook of hearing voices* (S. 13–23). Monmouth: PCCS Books.
- Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R. and Thomas, N. (2014) Emerging perspectives from the Hearing Voices Movement: implications for research and practice. *Schizophrenia Bulletin*. 40(4), 285– 294.
- Coughlan, H., Healy, C., Humphries, N., Clarke, M., Kelleher, I., Cannon, M. (2022). Phenomenological characteristics and explanations of unusual perceptual experiences, thoughts and beliefs in a population sample of early adolescents. *Psychological Medicine* (2022), 39, 173–184.
- Crellin, N.E., Priebe, S., Morant, N., Lewis, G., Freemantle, N., Johnson, S., Horne, R., Pinfold, V., Kent, L., Smith, R., Darton, K., Cooper, R.E., Long, M., Thompson, J., Gruenewald, L., Freudenthal, R., Stansfeld, J.L., Moncrieff, J. (2022). An analysis of views about supported reduction or discontinuation of antipsychotic treatment among people with schizophrenia and other psychotic disorders. *BMC Psychiatry*. 2022 Mar 15;22(1):185.
- Crepaldi, G. (2018). *Containing*. Gießen: Psychosozial.
- Cunningham, T., Shannon, C., Crothers, I., Hoy, K., Fitzsimmons, C., McCann, R., O'Hare, J., Mulholland, C. (2016). Enquiring about traumatic experiences in psychosis: A comparison of case notes and self-report questionnaires. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 8(4), 301–310.
- Damen, J.A., Heus, P., Lamberink, H.J., Tjeldink, J.K., Bouter, L., Glasziou, P., Moher, D., Otte, W.M., Vinkers, C.H., Hooft, L. (2023). Indicators of questionable research practices were identified in 163,129 randomized controlled trials. *Journal of Clinical Epidemiology* (2023), 154:23–32.
- Dellwing, M. & Harbusch, M. (2019). Pathologisierter Alltag und institutionelle Deutungsmacht. In: Dies. (Hrsg.), *Pathologisierte Gesellschaft* (S. 3–22). Weinheim: Beltz.
- Dellwing, M. & Harbusch, M. (2013). Bröckelnde Krankheitskonstruktionen? Soziale Störungen und die Chance des soziologischen Blicks. In: Dies. (Hrsg.), *Krankheitskonstruktionen und Krankheitstreiberei* (S. 9–24). Berlin: Springer.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2019). S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung. Zuletzt geändert am: 15.03.2019.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) (2018a). Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zur Anwendung von Neuroleptika, 3. Aufl. Köln.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) (2018b). Neuroleptika reduzieren und absetzen. Eine Broschüre für Psychose-Erfahrene, Angehörige und Professionelle aller Berufsgruppen, 3. Aufl. Köln.
- Devereux, G. (1976). *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. Frankfurt a.M.: Ullstein.
- Diekmann, A. (2020). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden.*

- Anwendung, 13. Aufl. Hamburg: Rowohlt.
- Dittmar, J. (2013). Die neuere Kritik an der modernen Psychiatrie im öffentlichen Diskurs und wissenschaftlichen Diskurs. In: Michael Dellwing & Martin Harbusch (Hrsg.), *Krankheitskonstruktionen und Krankheitstreiberei* (S. 25–52). Berlin: Springer.
- Dörner, K. (1975). *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Dumas-Mallet, E. & Gonon, F. (2020). *Messaging in Biological Psychiatry: Misrepresentations, Their Causes, and Potential Consequences*. *Harvard Review of Psychiatry* Vol 26 (No 6), 395–403.
- Echterhoff, G. & Straub, J. (2004). *Narrative Psychologie*. In: Gerd Jüttemann (Hrsg.); *Psychologie als Humanwissenschaft. Ein Handbuch* (S. 102–133). Göttingen: V&R.
- Ehrenberg, A. (2021). Die zwei Bedeutungen der Konzeption von sozialer Pathologie: Überlegungen zu einer Anthropologie des Unbehagens in der individualistischen Gesellschaft. In: Vera King, Benigna Gerisch & Hartmund Rosa (Hrsg.); *Lost in Perfection. Zur Optimierung von Gesellschaft und Psyche* (S. 122–138). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Ehrenberg, A. (2019). *Die Mechanik der Leidenschaften. Gehirn, Verhalten, Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Elias, N. (2015). *Soziologie und Psychiatrie*. In: *Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik*, 51: S. 28–45. Göttingen: V&R.
- Ellenberger, H.F. (2005 [1970]). *Die Entdeckung des Unbewußten. Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von den Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung*, 2. Aufl. Zürich: Diogenes.
- Erikson, E. (1979 [1956]). *Das Problem der Ich-Identität*. In: Ders.; *Identität und Lebenszyklus*, 5. Aufl. (S. 123–212); Suhrkamp: Frankfurt a.M.
- Erikson, E. (1979 [1950]). *Wachstum und Krisen der gesunden Persönlichkeit*. In: Ders.; *Identität und Lebenszyklus*, 5. Aufl. (S. 55–122); Suhrkamp: Frankfurt a.M.
- Erikson (1979 [1946]). *Ich-Entwicklung und geschichtlicher Wandel*. In: Ders.; *Identität und Lebenszyklus*, 5. Aufl. (S. 11–54); Suhrkamp: Frankfurt a.M.
- Fach, W. (2017). Ein psychophysischer Modellansatz zum Verständnis außergewöhnlicher Erfahrungen. In: Patrizia Heise & Liane Hoffmann (Hrsg.); *Spiritualität und spirituelle Krise* (S. 124–138). Schattauer: Stuttgart.
- Faltermaier, T. (2016). *Laienperspektiven auf Gesundheit und Krankheit*. In: Matthias Richter & Klaus Hurrelmann (Hrsg.); *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 229–241). Wiesbaden: Springer.
- Faltermaier, T. & Brütt, A.L. (2009). *Subjektive Krankheitstheorien*. In: Doris Schaeffer (Hrsg.); *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf* (S. 207–221). Bern: Huber.
- Fett, A.K., Lemmer-Jansen, I.L.J., Krabbendam, L. (2019). *Psychosis and urbanicity: a review of the recent literature from epidemiology to neurourbanism*. *Current Opinion in Psychiatry* Vol 32, No. 3: 232–241.
- Finzen, A. (2020). *Schizophrenie. Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen*, 3. Aufl.

- Köln: Psychiatrie Verlag.
- Finzen, A. (2017). Soziologie und sozialpsychiatrische Forschung. *Sozialpsychiatrische Informationen* 2/2017, S. 8–12.
- Finzen, A. (1999). *Psychiatrie und Soziologie*. Spektrum 3/1999 (28. Jg.), S. 62–79.
- Fleming, M.P. & Martin, C.R. (2011). Genes and schizophrenia: a pseudoscientific disenfranchisement of the individual. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2011, 18, 469–478.
- Fonagy, P. Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Foucault, M. (2011 [1963]). *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, 9. Aufl. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Foucault, M. (2020 [1961]). *Wahnsinn und Gesellschaft*, 20. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Freeman, D., Emsley, R., Diamond, R., Collett, N., Bold, E., Chadwick, E., Isham, L., Bird, J. C., Edwards, D., Kingdon, D., Fitzpatrick, R., Kabir, T., Waite, F. (2021). Comparison of a theoretically driven cognitive therapy (the Feeling Safe Programme) with befriending for the treatment of persistent persecutory delusions: a parallel, single-blind randomised controlled trial. *Lancet*, Vol. 8, 8, 696-707.
- Freeman, D., Taylor, K., Molodynski, A., Waite, F. (2019). Treatable clinical intervention targets for patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 211 (2019), 44-50.
- Freidson, E. (1979). *Der Arztstand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*. Stuttgart: Enke.
- Freud, S. (1927). *Die Zukunft einer Illusion*. In: Ders.; Studienausgabe Band IX, *Fragen der Gesellschaft, Ursprünge, Religion* (S. 135–190). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Freud, S. (1924). *Realitätsverlust bei Neurose und Psychose*. In: Ders.; Studienausgabe Band III, *Psychologie des Unbewussten* (S. 355–356). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Freud, S. (1924 [1923]). *Neurose und Psychose*. In: Ders.; Studienausgabe Band III, *Psychologie des Unbewussten* (S. 331–338). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips*. In: Ders.; Studienausgabe Band III, *Psychologie des Unbewußten* (S. 213–272). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Freud, S. (1911). *Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens*. In: Ders.; Studienausgabe Band III, *Psychologie des Unbewußten* (S. 13–24). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Frisch, S. (2016). Are Mental Disorder Brain Diseases, and What Does This Mean? A Clinical-Neuropsychological Perspective. *Psychopathology* 2016; 49:135–142.
- Fuchs, T. (2023). *Psychiatrie als Beziehungsmedizin. Ein ökologisches Paradigma*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fuchs, T. (2021). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*, 6. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fuchs, T. (2015). *Being a Psycho-Machine. Zur Phänomenologie der Beeinflussungsmaschine*. In: Michael Schetsche, Renate-Berenike Schmidt (Hrsg.); *Fremdkontrolle* (S. 127–143). Wiesbaden: Springer.

- Fuchs, T. (2014a). Subjektivität und Intersubjektivität. Zur Grundlage psychiatrischer Diagnostik. In: Günter Lempa und Elisabeth Troje (Hrsg.); *Zwischen Biologie und Biografie. Einflüsse auf die therapeutische Praxis* (S. 72–88). Göttingen: V&R.
- Fuchs, T. (2014b). Psychopathologie der subjektiven und intersubjektiven Zeitlichkeit. In: Ders., Thimeo Breyer, Stefano Micali, Boris Wandruszka (Hrsg.); *Das leidende Subjekt. Phänomenologie als Wissenschaft der Psyche* (S. 128–163). München: Karl Alber.
- Fuchs, T. (2012). Selbst und Schizophrenie. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 60 (2012) 6, 887–901.
- Fuchs, T. (2008). Leibgedächtnis und Unbewusstes – Zur Phänomenologie der Selbstverborgenheit des Subjekts. *Psycho-Logik. Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie* 3, S. 33–50.
- Fuchs, T. (2000). Psychopathologie von Leib und Raum. Phänomenologisch-empirische Untersuchungen zu depressiven und paranoiden Erkrankungen. Darmstadt: Steinkopf.
- Fuchs, T. & Schramme, T. (2020). Zur Identität der Psychiatrie. Positionspapier einer Taskforce der DGPPN. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Deutsche und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V (Hrsg.); Berlin.
- Gaebel, W. & Wölwer, W. (2010). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 50. Schizophrenie. Robert Koch Institut.
- Gardner, C. & Kleinman, A. (2019). Medicine and the Mind – The Consequences of Psychiatry's Identity Crisis. *New England Journal of Medicine* 381;18, 1697–1699.
- Garfinkel, H. (2020 [1967]). Studien zur Ethnomethodologie. Frankfurt a.M.: Campus.
- Garfinkel, H. (1956a). Conditions of Successful Degradation Ceremonies. *American Journal of Sociology*, Vol 61, No. 5 (Mar. 1956), pp. 420–424.
- Garfinkel, H. (1956b). Some sociological concepts and methods for psychiatrists. Application of basic science techniques to psychiatric research, 6 (S. 181–195).
- Ghaemi, S.N. (2022). Symptomatic versus disease modifying effects of psychiatric drug. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 2022; 146: 251–257.
- Goffman, E. (1986 [1967]). Techniken der Imagepflege. In: Ders.; *Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation* (S. 10–53). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Goffman, E. (2012 [1963]). Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, 21. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Goffman, E. (2020 [1961]). Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Gomes, F.V., Zhu, X., Grace, A.A. (2019). Stress during critical periods of development and risk for schizophrenia. *Schizophrenia Research* 213 (2019), 107–113.
- Gonther, U. (2019). Der sich und Anderen fremd werdende Mensch (Schizophrenie). In: Klaus Dörner, Ursula Plog, Thomas Bock, Peter Brieger, Andreas Heinz, Frank Wendt (Hrsg.); *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*, 25. Aufl. (S.233–284). Psychiatrie Verlag. Köln.

- Gove, W.R. (2004). The Career of the Mentally Ill: An Integration of Psychiatric, Labeling/Social Construction, and Lay Perspectives. *Journal of Health and Social Behaviour* 2004, Vol 45: 357–375.
- Gruber, D., Böhm, M., Wallner, M., Koren, G. (2018a). Sozialpsychiatrie: Begriff, Themen und Geschichte. In: W. Schöny (Hrsg.); Sozialpsychiatrie – theoretische Grundlagen und praktische Einblicke (S. 5–28). Berlin: Springer.
- Gruber, D. Böhm, M., Wallner, M., Koren, G. (2018b). Sozialpsychiatrie: Gesellschaftstheoretische und normative Grundlagen. In: W. Schöny (Hrsg.); Sozialpsychiatrie – theoretische Grundlagen und praktische Einblicke (S. 29–60). Berlin: Springer.
- Gruber, D., Böhm, M., Wallner, M., Koren, G. (2018c). Sozialpsychiatrie als soziologische Disziplin. In: W. Schöny (Hrsg.); Sozialpsychiatrie – theoretische Grundlagen und praktische Einblicke (S. 181– 224). Berlin: Springer.
- Gründer, G. (2022). Psychopharmaka absetzen? Warum, wann und wie? München: Elsevier.
- Guloksuz, S. & van Os, J. (2021). En attendant Godot: Waiting for the Funeral of «Schizophrenia» and the Baby Shower of the Psychosis Spectrum. *Frontiers in Psychiatry* 12:618842.
- Guloksuz, S. & van Os, J. (2020). Dr. Strangelove, or how we learned to stop worrying and love uncertainty. *World Psychiatry* 19:3;395–396.
- Guloksuz, S. & van Os, J. (2018a). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis continuum. *Psychological Medicine*, 48, 229–244.
- Guloksuz, S. & van Os, J. (2018b). Renaming schizophrenia 5 x 5. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 1–4.
- Gumbrecht, H.U. (1978). Modern, Modernität, Moderne. In: Reinhart Koselleck, Werner Conze, Otto Brunner (Hrsg.), *Geschichtliche Grundbegriffe. Historisches Wörterbuch zur politisch-sozialen Sprache* (93–131). Bd. 4. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Habermas, J. (1985 [1963]). Nachtrag zu einer Kontroverse: Analytische Wissenschaftstheorie und Dialektik. In: Ders., *Zur Logik der Sozialwissenschaften* (15–44). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Häfner, H. (2017). *Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt*, 4. Aufl. München: Beck.
- Hall, B., Terry, R., Hayward, M. (2022). A systematic review and thematic synthesis of qualitative literature on personal recovery and voice hearing. *Clinical Psychotherapy*. 2023: 1–19.
- Hall, W. (2019). Psychiatrc Medication Withdrawal: Survivor Perspectives and Clinical Practice. *Journal of Humanistic Psychology*, 59(5), 720–729.
- Haller, D. (2017). Ontologische Verwicklungen – die Vernunft und die Geister. In: *Psychosozial* 146, Heft IV, S. 45-61.
- Hamilton, I. & Monaghan, M. (2019). Cannabis and Psychosis: Are We any Closer to Understanding the Relationship. *Current Psychiatry Reports* 21:48.
- Hardy, A., Keen, N., van den Berg, D., Varese, F., Londgen, E., Ward, T., Brand, R. M. (2023).

- Trauma therapies for psychosis: A state-of-the-art review. *Psychology and Psychotherapy*, Vol. 97, 1, 74-90.
- Harrington, A. (2020). *Mind Fixers. Psychiatry's troubled Search for the Biology of Mental Illness*. New York: Norton.
- Harrow, M., Jobe, T.H., Faull, R.N., Yang, J. (2017). A 20-year Multi-Followup Longitudinal Study Assessing Whether Antipsychotic Medications Contribute to Work Functioning in Schizophrenia. *Psychiatry Research* 2017 October; 256, 267–274.
- Harrow, M., Jobe, T.H., Faull, R.N. (2012). Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year Longitudinal Study. *Psychological Medicine* (2012) 42(10), 2145–2155.
- Harrow, M., Jobe, T.H., Faull, R.N. (2014). Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study. *Psychological Medicine* (2014), 44(14), 3007–3016.
- Harrow, M., Jobe, T.H., Tong, L. (2022). Twenty-year effects of antipsychotics in schizophrenia and affective psychotic disorders. *Psychological Medicine* (2022) 52 (13): 2681–2691.
- Hart, A. (2021). Hearing voices: why the word we use matter. In: Isla Parker, Joachim Schnackenberg, Mark Hopfenbeck (Hrsg.); *The practical Handbook of hearing voices* (S. 24–29). Monmouth: PCCS Books.
- Hasan, A., von Keller, R., Friemel, C.M., Hall, W., Schneider, M., Koethe, D., Leweke, F.M., Strube, W., Hoch, E. (2020). Cannabis use and psychosis: a review of reviews. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* June;270(4):403–412.
- Hasler, F. (2023). *Neue Psychiatrie. Den Biologismus überwinden und tun was wirklich hilft*. Bielefeld: Transcript.
- Hasler, F. (2015). *Neuromythologie. Eine Streitschrift gegen die Deutungsmacht der Hirnforschung*, 5. Aufl. Bielefeld: Transcript.
- Heinz, A. (2015). *Der Begriff der psychischen Krankheit*, 2. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Heinze, M. (2015). Zu den Bedingungen einer kritischen Praxis und Wissenschaft der sozialen Psychiatrie im Ausgang der Enquete. In: Jürgen Armbruster, Anja Dieterich, Daphne Hahn, Katharina Ratzke (Hrsg.); *40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn* (S. 240–255). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Heller, A. (2015 [1978]). *Das Alltagsleben. Versuch einer Erklärung der individuellen Reproduktion*, 2. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hildenbrand, B. (2021). *Grundlagen der Genogrammarbeit. Die Lebenswelt als Ausgangspunkt sozialpsychiatrischer Praxis*. Göttingen: V&R.
- Hildenbrand, B. (2019). *Klinische Soziologie*. Wiesbaden: Springer.
- Hildenbrand, B. (2000). *Psychiatrische Soziologie als Klinische Soziologie: ein Erfahrungsbericht*. Jena: Universität Jena, Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Institut für Soziologie.
- Hildenbrand, B. (1991). *Alltag als Therapie. Ablöseprozesse Schizophrener in der psychiatrischen Übergangseinrichtung*. Bern: Hans Huber.

- Hildenbrand, B. (1990). Wer soll bemerken, daß Bernhard krank wird? – Familiäre Wirklichkeitskonstruktionsprozesse bei der Erstmanifestation einer schizophrenen Psychose. In: Jarg B. Bergold und Uwe Flick (Hrsg.); Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung, 2. Aufl. (S. 151–162). Tübingen: DGVT.
- Hildenbrand, B. (1985). Familiensituation und Ablöseprozesse Schizophrener. *Soziale Welt*, 36(3), 336–348.
- Hinterbuchinger, B. & Mossaheb, N. (2021). Psychotic-Like Experiences: A Challenge in definition and Assessment. *Frontiers in Psychiatry* 12:582392.
- Hoffmann Birk, R. (2021). On stress and subjectivity. *Theory & Psychology* vol 31(2), 1–19.
- Hoffmann, H. (2012). Macht – Wahn – Sinn. Die sequenzielle Analyse von Agency am Beispiel der Darstellungen Psychoseerfahrener. In: Stephanie Bethmann, Cornelia Helfferich, Heiko Hoffman, Debora Niermann (Hrsg.); Agency. Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit (S. 181–209). Weinheim: Beltz.
- Hoffmann, H. (2011). Das Handeln der Behandelten. Eine rekonstruktionslogische Analyse der Agency von Psychoseerfahrenen. Freiburg. FEL Verlag.
- Hofmann, B. (2016). Disease, Illness, and Sickness. Miriam Solomon, Jeremy, R. Simon, Harold Kincaid (Hrsg.); *The Routledge Companion to Philosophy of Medicine* (S. 16–26). London: Routledge.
- Honer, A. (2011). Kleine Leiblichkeiten. Wiesbaden: Springer.
- Horwitz, A.V. (2021). *DSM. A History of Psychiatry's Bible*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Horwitz, A.V. (2002). *Creating Mental Illness*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Horwitz, A.V. & Wakefield, J.C. (2007). *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- House of Commons (2005). *The influence of the Pharmaceutical Industry*. Fourth Report of Session 2004–05. Volume I. London: The Stationery Office Limited.
- Howes, O.D. & Kapur, S. (2009). The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III – The Final Common Pathway. *Schizophrenia Bulletin* vol. 35 no. 3, 549–562.
- Howes, O.D. & Murray, R.M. (2014). Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet*. 2014 May 10;383(9929):1677–1687.
- Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, Krause M, Samara M, Peter N, Arndt T, Bäckers L, Rothe P, Cipriani A, Davis J, Salanti G, Leucht S (2019). Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2019 Sep 14;394(10202):939–951.
- Husserl, E. (2012 [1963]). *Cartesianische Mediationen*. Hamburg: Felix Meiner.
- Husserl, E. (2012 [1956]). *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie*. Hamburg. Felix Meiner.
- Hutton, P., Weinmann, S., Bola, J., Read, J. (2013). Antipsychotic drugs. In: John Read & Jaqui Dillon (Hrsg.); *Models of Madness. Psychological, Social and Biological*

- Approaches to Psychosis, 2nd Edition (S. 105–124). London: Routledge.
- Hyman, S.E. (2019). The daunting polygenicity of mental illness: making a new map. *Philosophical Transactions* 373: 20170031.
- Illich, I. (2022 [1995]). *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*. München. C.H. Beck.
- Inyang, B., Gondal, F. J., Abah, G. A., Dhandapani, M. M., Manne, M., Khanna, M., Challa, S., Kabeil, A. S., Mohammed, L. (2022). The role of Childhood Trauma in Psychosis and Schizophrenia: A Systematic Review. *Cureus* 14 (1): e21466.
- Jacobi, F.; Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch M. A., Maske, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., Wittchen, H.- U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 2014- 85:77-87.
- Jansen, T., Feißt, M., Vogd., W. (2020). »Logische Kondensation« – Zur Interpretation von Mehrdeutigkeit in der Kontexturanalyse am Beispiel eines schizophrenen Patienten in der forensischen Psychiatrie. *Forum Qualitative Sozialforschung* Vol 21, No. 3, Art. 13.
- Jarvis, G., & Kirmayer, L. (2021). *Situating Mental Disorders in Cultural Frames*. Oxford Research Encyclopedia of Psychology.
- Jaspers, K. (1913). Kausale und »verständliche« Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der dementia praecox (Schizophrenie). *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 13, 158–263 (1913).
- Jehle, M. (2007). *Psychose und souveräne Lebensgestaltung. Erfahrung langfristig Betroffener mit Gemeindepsychiatrie und Selbstsorge*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Joas, H. (2012). *Die Kreativität des Handelns*, 4. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Joas, H. (1999). *Die Entstehung der Werte*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Johanesson, J.O. & Joa, I. (2021). Modern understanding of psychosis: from brain disease to stress disorder. And some other important aspects of psychosis. *Psychosis* 2021, VOL 13, NO. 4, 289–301.
- Johnson, S.L., Wibbels, E., Wäkinson, R. (2015). Economic inequality is related to cross-national prevalence of psychotic symptoms. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 50: 1799–1807.
- Johnstone, L. (2019). Do you still need your psychiatric diagnosis. Critiques and alternatives. In: Jo Watson (Hrsg.); *Drop the Disorder. Challenging the culture of psychiatric diagnosis* (S. 8–23). Monmouth: PCCS Books.
- Johnstone, L. & Boyle, M. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society.
- Jung, P. (2019). Die »verführerische Banalität« strukturbildender Orte. *Soziologische Perspektiven auf die Gemeindepsychiatrie in Deutschland*. Weinheim: Beltz.

- Kapur, S. (2019). Small Sample Sizes and a False Economy for Psychiatrc Clinical Trials. *JAMA Psychiatry* July 2019, Vol. 76, No 7.
- Kelleher, I., Connor, D., Clarke, M.C., Devlin, N., Harley, M., Cannon, M. (2012). Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychological Medicine* 2012 Sep;42(9):1857–63.
- Kendell, R.E. (2012). Das Wesen psychiatrischer Störungen. In: Thomas Schramme (Hrsg.); *Krankheitstheorien* (S. 263–281). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kernberg, O. (1983). *Borderline-Störung und pathologischer Narzißmus*. Suhrkamp: Frankfurt a.M.
- Keshavan, J.T., Torous, J., Tandon, R. (2021). Conceptualizaion of Psychosis in Psychiatric Nosology. In: Carol A. Tamminga, Elena I. Ivleva, Ulrich Reininghaus, Jim van Os (Hrsg.); *Psychotic Disorders: Comprehensive Conceptualization and Treatments* (S. 3–11). New York: Oxford University Press.
- Kilian, R. (2019). Der blinde Fleck der empirischen Analyse sozialer Phänomene. Möglichkeiten und Grenzen von Mixed-methods-Designs in der sozialpsychiatrischen Forschung. In: Silvia Krumm, Reinhold Kilian, Heiko Löwenstein (Hrsg.); *Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie. Eine Einführung in Methodik und Praxis* (S. 46–63). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Kilian, R. (2017). Zum Verhältnis von Psychiatrie und Soziologie – revisited. *Sozialpsychiatrische Informationen* 2/2017, S. 12–15.
- Kinouani, S. (2019). Violence under the guise of care: whiteness, colonialism, and psychiatric diagnoses. In: Jo Watson (Hrsg.); *Drop the Disorder. Challenging the Culture of Psychiatric Diagnoses* (S. 198–206). Monmouth: PCCS Books.
- Kleinman, A. (1991). *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*. New York: Free Press.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Knap, M. (2015). *Leib und Seele oder mind and brain? Zu einem Paradigmenwechsel im Menschenbild der Moderne*, 2. Aufl. Freiburg: Herder.
- Koch-Stoecker, S. & Kölch, M. (2020). Versorgungsstrukturen und -bedarfe psychisch kranker Kinder, Jugendlicher und Erwachsener in Deutschland. In: Oliver Razum & Petra Kolip (Hrsg.); *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 7. Aufl. (S. 833– 875). Weinheim: Beltz.
- Korecky, K. (2020). Verstehen von Sinn und Wahn: Was kann qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie? In: *Forum Qualitative Sozialforschung*, Vol 21, No 2.
- Kracauer, S. (1977). *Das Ornament der Masse*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Krämer, A. (2021). *Geschlecht als Zäsur – Zum Alltagserleben von Eltern intergeschlechtlicher Kinder*. Wiesbaden: Springer.
- Krumm, S. (2019a). Die drei Bedeutungskomponenten der Sozialpsychiatrie. In: Silvia Krumm, Reinhold Kilian, Heiko Löwenstein (Hrsg.); *Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie. Eine Einführung in Methodik und Praxis* (S. 20–32).

- Köln: Psychiatrie Verlag.
- Krumm, S. (2019b). Charakteristika qualitativer Forschung. In: Silvia Krumm, Reinhold Kilian, Heiko Löwenstein (Hrsg.); *Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie. Eine Einführung in Methodik und Praxis* (S. 33–45). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Krumm, S., Kilian, R., Becker, T. (2010). »Ein Kind wäre schon ein Wunsch...« – Psychische Erkrankungen und Kinderwunsch aus der subjektiven Sicht betroffener Frauen – Eine qualitative Untersuchung. *Psychiatrische Praxis* 2010; 37: 134–141.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*, 2. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Ksir, C. & Hart, C.L. (2016). Cannabis and Psychosis: a Critical Overview of the Relationship. *Current Psychiatry Report* 18(2):12.
- Küchenhoff, J. (2019). *Sich verstehen im Anderen*. Göttingen: V&R.
- Küchenhoff, J. (2012). *Psychosen. Psychosozial*: Göttingen.
- Kwok, W. (2014). Is there evidence that social class at birth increases risk of psychosis? A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 60(8) 801–808.
- Laing, R.D. (1987 [1960]). *Das geteilte Selbst. Eine existenzielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn*. München: DTV.
- Lammer, E., Klingehöfer, D., Bendels, M.H., Ohlendorf, D., Groneberg, D.A., Spallek, M.M. (2018). Schizophrenie. Überblick zu einer der schwerstwiegenden psychiatrischen Erkrankungen. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie* 68: 177–186.
- Langegger, F. (2019). (Aber-)Glaube, Wahn, Normalität. Warum Glaube so viel attraktiver ist als Wissen. In: Ulrich Ertel & Alois Münch (Hrsg.); *Religion und Psychose* (S. 19–31). Göttingen: V&R.
- Laplanche, J. & Pontalis J.B. (1977 [1967]). *Das Vokabular der Psychoanalyse*, 3. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Leader, D. (2011). *What is madness*. London: Penguin.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry* (2011)199, 445–452.
- Leferink, K. (1997a). Die Person und ihre Krankheit. »Mangelnde Einsicht« als Identitätsstrategie bei Menschen mit chronischer Schizophrenie. In: Matthias C. Angermeyer & Manfred Zaumseil (Hrsg.); *Verrückte Probleme. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins* (S. 206–261). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Leferink, K. (1997b). Die Alltäglichkeit des Wahnsinns. Der Lebensalltag chronisch psychisch erkrankter Menschen in einer sich wandelnden Kultur. In: Manfred Zaumseil & Klaus Leferink (Hrsg.); *Schizophrenie in der Moderne. Modernisierung der Schizophrenie* (S. 83–144). Psychiatrie Verlag: Bonn.
- Leferink, K. (1997c). Anhang. Methodik. In: Manfred Zaumseil & Klaus Leferink (Hrsg.); *Schizophrenie in der Moderne. Modernisierung der Schizophrenie* (S. 317–328).

- Psychiatrie Verlag: Bonn.
- Lemmers-Jansen, I.L.J., Fett, A.K., Krabbendam, L. (2021). Neural correlates of urban risk environments. In: Carol A. Tamminga, Elena I. Ivleva, Ulrich Reininghaus, Jim van Os (Hrsg.); *Psychotic Disorders: Comprehensive Conceptualization and Treatments* (S. 461–469). New York. Oxford University Press.
- Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Orey, D., Richter, F., Samara, M., Barbui, C., Engel, R.R., Geddes, J.R., Kissling, W., Stapf, M.P., Lässig, B., Salanti, G., Davis, J.M. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2013 Sep 14;382(9896):951–62.
- Leucht, S., Corves, C., Arbter, D., Engel, R.R., Li, C., Davis, J.M. (2009) Second-Generation versus first-Generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet*. 2009 Jan 3;373(9657):31–41.
- Leucht, S. & Davis, J.M. (2017). Do antipsychotic drugs lose their efficacy for relapse prevention over time? *British Journal of Psychiatry*. 2017 Sep;211(3):127–129.
- Leucht, S., Heres, S., Davis, J.M. (2011). Überlegungen zur Wirksamkeit von Psychopharmaka. *Der Nervenarzt* 2011 82:1425–1430.
- Leucht, S., Leucht, C., Huhn, M., Chaimani, A., Mavridis, D., Helfer, B., Samara, M., Rabaioli, M., Bächer, S., Cipriani, A., Geddes, J.R., Salanti, G., Davis, J.M. (2017). Sixty Years of Placebo-Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia: Systematic Review, Bayesian Meta-Analysis, and Meta-Regression of Efficacy Predictors. *American Journal of Psychiatry*. 2017 Oct 1;174(10):927–942.
- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G., Davis, J.M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012 Jun 2;379(9831):2063–71.
- Leuschner, W. (2001). Zur Konfliktdynamik sozialpsychiatrischer Einrichtungen. In: Michael Wolf (Hrsg.), *Selbst, Objekt und der Grundkonflikt* (S. 27–40). Frankfurt a.M.: Brandes und Apsel.
- Lévi-Strauss, C. (1978). *Strukturelle Anthropologie I*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, Vol 27 (2001), 363-385.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (2013). Labeling and Stigma. In: C.S. Aneshensel et al. (Hrsg.), *Handbook of the Sociology of Mental Health*, 2nd edition (S. 525-542). Dordrecht: Springer.
- Linscott, R.J. & van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine* 43, 1133–1149.
- Londgen, E., Corstens, D., Escher, S., Romme, M. (2012a). Voice hearing in a biographical context: A model for formulating the relationship between voices and life history. *Psychosis* Vol. 4 (3), 2012, 224–234.
- Londgen, E., Madill, A., Waterman, G. (2012b). Dissociation, Trauma, and the Role of Lived

- Experience: Toward a New Conceptualization of Voice Hearing. *Psychological Bulletin*, Vol. 138, No 1, 28–76.
- Londgen, E. & Read, J. (2016). Social Adversity in the Etiology of Psychosis: A Review of the Evidence. *American Journal of Psychotherapy*, Vol. 70, No 1.
- Löwenstein, H. (2019). Rekonstruktive Forschung und methodisch kontrolliertes Fremdverstehen. In: Silvia Krumm, Reinhold Kilian, Heiko Löwenstein (Hrsg.); *Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie. Eine Einführung in Methodik und Praxis* (S. 74–88). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Luckmann, T. (1973). Philosophie, Sozialwissenschaft und Alltagserleben. In: Ders. *Lebenswelt und Gesellschaft* (S. 9–55). Paderborn: Schöningh.
- Luhrmann, T.M., Padmavati, R., Tharoor, H., Osei, A. (2015). Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the U.S.A., India and Ghana: interview-based study. *British Journal of Psychiatry* 206(1):41–4.
- Lütjen, R. (2007). Psychosen verstehen. Modelle der Subjektorientierung und ihre Bedeutung für die Praxis. Psychiatrie-Verlag: Bonn.
- Lutz-Kopp, M. (2015). ›Im Kern gesund.‹ Subjektive Krankheitstheorien und ihre Darstellung. *Journal für Psychologie*, Jg. 23(2015), Ausgabe 2: 139–164.
- Maatz, A., Ilg, Y., Wiemer, H., Hofmann, J., Schmid, An. Hoff, P. (2022). Wahnsinns Sprache! Eine qualitative Untersuchung zur kommunikativen Darstellung von Wahn im Gespräch. *Der Nervenarzt* 2022 93:717–719.
- Machleidt, W. (2019). Religiosität und Spiritualität in der interkulturellen Psychiatrie. Wirkungen, Methoden und die Identität des/der Therapeut*in. *Psychotherapiewissenschaft* 9(1) 15–21.
- Machleidt, W. & Passie, T. (2018). Schamanismus und Psychotherapie. In: Wielant Machleidt, Ulrike Kluge, Marcel Sieberer, Andreas Heinz (Hrsg.); *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 521–539). Elsevier: München.
- Maldiney, H. (2017 [1991]). Ereignis und Psychose. In: Ders.; *Drei Beiträge zum Wahnsinn* (S. 196–244). Turia + Kant: Wien.
- Mannheim, K. (1980). *Strukturen des Denkens*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Marchi, M., Elkrief, L., Alkema, A., van Gastel, W., Schubart, C. D., van Eijk, K. R., Luyckx, J. J., Branhe, S., Mastrotheodoros, S., Galeazzi, G. M., van Os, J., Cecil, C. A., Conrod, P. J. Boks, M. P. (2022). Childhood maltreatment mediates the effect of the genetic background on psychosis risk in young adults. *Translational Psychiatry* 12.
- Marsh, J.J., Narita, Z., Zhai, F., Fedina, L., Schiffman, J., DeVlyder, J. (2022). Violence exposure, psychotic experiences and social disconnection in an urban community sample. *Psychosis* 14:1, 57–70.
- Matakas, F. (2008). Zur Behandelbarkeit der Schizophrenie. *Psyche* 62, 2008, 735–770.
- Matthes, J. & Schütze, F. (1973). Zur Einführung: Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.); *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit* (S. 11–53). Hamburg: Rowohlt.

- Mayo, D., Corey, S., Kelly, L.H., Yohannes, S., Youngquist, A.L., Stuart, B.K., Niendam, T.A., Loewy, R.L. (2017). The Role of Trauma and Stressful Life Events among Individuals at Clinical High Risk for Psychosis: A Review. *Frontiers in Psychiatry* 2017 Apr 20; 8:55.
- McGrath, J.J. (2006). Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. *Schizophrenia Bulletin*. 2006 Jan;32(1):195–7.
- McGrath, J.J., McLaughlin, K.A., Saha, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Jonge, P., Esan, O., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J.M., Hu, C., Karam, E.G., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Lepine, J.P., Lim, C.C., Medina-Mora, M.E., Mneimneh, Z., Pennell, B.E., Piazza, M., Posada-Villa, J., Sampson, N., Viana, M.C., Xavier, M., Bromet, E.J., Kendler, K.S., Kessler, R.C. (2017). The association between childhood adversities and subsequent first onset of psychotic experiences: a cross-national analysis of 23 998 respondents from 17 countries. *Psychological Medicine* 47(7):1230–1245.
- McGrath, J.J., Saha, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Chiu, W. T., de Jonge, P., Fayyad, J., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Kovess-Masfety, V., Lepine, J. P., Lim, C. C., Mora, M. E., Navarro-Mateu, F., Kessler, R. C. (2015). Psychotic Experiences in the General Population: A Cross-National Analysis Based on 31,261 Respondents From 18 Countries. *JAMA Psychiatry*, 72(7), 697–705.
- Mead, G. H. (1973 [1934]). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Medved, M. I. & Brockmeier, J. (2015). On the Margins: Aboriginal Realities and 'White Man's' Research. In: Roberta Piazza & Alessandra Fasulo (Hrsg.); *Marked Identities. Narrating Lives between Social Labels and Individual Biographies* (S. 79–97). New York: Palgrave.
- Melcop, N. (1997). Eine lebensgeschichtliche Betrachtung sozialer Beziehungen bei psychisch Kranken. In: Manfred Zaumseil & Klaus Leferink (Hrsg.); *Schizophrenie in der Moderne. Modernisierung der Schizophrenie* (S. 201–238). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Mentzos, S. (2017). *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*, 8. Aufl. Göttingen: V & R.
- Mentzos, S. (2015). Dilemmatische Gegensätze im Zentrum der Psychodynamik der Psychosen. *Forum der Psychoanalyse* (2015) 31: 341–352.
- Mentzos, S. (1996). *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*, 4 Aufl. Göttingen: V & R.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*, 6. Aufl. Berlin: DeGruyter.
- Mertens, W. (2018). *Psychoanalytische Schulen im Gespräch über die Konzepte Wilfred R. Bions. Psychosozial: Gießen*.
- Metreaux, A. & Frisch, S. (2017). Seelenabdruck oder was sonst? Zur Kritik des Hirnbildgebrauchs. In: Alexander Friedrich, Petra Gehring, Christoph Hubig, Andreas Kaminski und Alfred Nordmann (Hrsg.); *Jahrbuch Technikphilosophie: Technisches Nichtwissen*, 3. Jahrgang (S.255–290). Baden-Baden: Nomos.

- Mistry S., Harrison J.R., Smith D.J., Escott-Price V., Zammit S. (2018). The use of polygenic risk scores to identify phenotypes associated with genetic risk of schizophrenia: Systematic review. *Schizophrenia Research* 2018 Jul;197: 2–8.
- Mittal, V. A. & Walker, E. F. (2019). Advances in the neurobiology of stress and psychosis. *Schizophrenia Research* 213 (2019) 1–5.
- Moncrieff, J. (2020). *A Straight Talking Introduction to Psychiatric Drugs*, 2nd edition. Monmouth: PCCC Books.
- Moncrieff, J. (2015). Antipsychotic Maintenance Treatment: Time to Rethink. *PLoS Medicine* 12(8): e1001861.
- Moncrieff, J., Lewis, G., Freemantle, N., Johnson, S., Barnes, T.R.E., Morant, N., Pinfold, V., Hunter, R., Kent, L.J., Smith, R., Darton, K., Horne, R., Crellin, N.E., Cooper, R.E., Marston, L., Priebe, S. (2019). Randomized controlled trial of gradual antipsychotic reduction and discontinuation in people with schizophrenia and related disorders: the RADAR trial (Research into Antipsychotic Discontinuation and Reduction). *BMJ Open*. 2019 Nov 27;9(11): e030912.
- Moncrieff, J. & Middleton, H. (2015). Schizophrenia. A critical psychiatry perspective. *Current Opinion in Psychiatry* 2015, 28: 264–268.
- Moncrieff, J. & Steingard, S. (2019). A critical analysis of recent data on the long-term outcome of antipsychotic treatment. *Psychological Medicine* 49, 750–753.
- Morgan, C. (2021). Migration, Ethnicity, and Psychoses. In: Carol A. Tamminga, Elena I. Ivleva, Ulrich Reininghaus, Jim van Os (Hrsg.); *Psychotic Disorders: Comprehensive Conceptualization and Treatments* (S. 422–428). New York: Oxford University Press.
- Morrison, A. P., Hutton, P., Shiers, D., Turkington, D. (2012). Antipsychotics: is it time to introduce patient choice? *British Journal of Psychiatry* (2012) 201, 83–84.
- Murray, R.M. (2017). Mistakes I Have Made in My Research Career. *Schizophrenia Bulletin* vol. 43 no. 2, 253–256.
- Murray, R.M., Quattrone, D., Natesan, S., van Os, J., Nordentoft, M., Howes, O., Di Forti, M., Taylor, D. (2016). Should psychiatrists be more cautious about the long-term prophylactic use of antipsychotics? *British Journal of Psychiatry*. 2016 Nov;209(5):361–365.
- Murray-Thomas, T., Jones, M.E., Patel, D., Brunner, E., Shatapathy, C.C., Motsko, S., Van, Staa TP (2013). Risk of mortality (including sudden cardiac death) and major cardiovascular events in atypical and typical antipsychotic users: a study with the general practice research database. *Cardiovasc Psychiatry Neurol* 2013:247486.
- Newbury, J., Arseneault, L., Caspi, A., Moffitt, T. E. Odgers, C. L., Fisher, H., L. (2017). Cumulative Effects on Neighbourhood Social Adversity and Personal Crime Victimization on Adolescent Psychotic Experiences. *Schizophrenia Bulletin* vol 44 no. 2 pp. 348–358.
- Nohl, A.M. (2017). *Interview und Dokumentarische Methode*, 5. Aufl. Wiesbaden: Springer.
- O'Donoghue, B., Roche, E., Lane, A. (2016). Neighbourhood level social deprivation and

- the risk of psychotic disorders: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 51: 941–950.
- Ohlbrecht, H. (2016). Die qualitative Analyse von Gesundheit und Krankheit. In: Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In: Dies. (Hrsg.); *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 71-87). Wiesbaden: Springer.
- Owen, M.J., Craddock, N., Jablensky, A. (2010). The Genetic Deconstruction of Psychosis. In: Carol A. Tamminga, Paul J. Sirovatka, Darrel A. Regier, Jim van Os (Hrsg.); *Deconstructing Psychosis. Refining the Research Agenda for DSM-V* (S. 69–82). American Psychiatric Association.
- Palmier-Claus, J.E., Korver-Nieberg, N., Fett, A.K., Couture, S. (2019). Attachment and social functioning in psychosis. In: Katherine Berry, Sandra Bucci and Adam N. Danquah (Hrsg.); *Attachment Theory and Psychosis. Current Perspectives and Future Directions* (S. 84–95). London: Routledge.
- Parry, S., Loren, E., Varese, F. (2020). Young People's Narratives of Hearing Voices: Systemic Influences and Conceptual Challenges. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 28. 715–728.
- Parsons, T. (1951). Illness and the Role of the Physician. A Sociological Perspective. *American Journal of Orthopsychiatry* Jul;21(3):452–460.
- Pauge, M., Steffen, H., Schulz, M., Löhr, M. (2018). Zur Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen – Eine Untersuchung des Stigmaerlebens aus der Binnenperspektive. *Pflegewissenschaft* 5/6 | 20. Jahrgang, S. 227–236.
- Perälä, J., Saarni S.I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kieseppä, T., Härkänen, T., Koskinen, S., Lönnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 2007; 64:19–28.
- Perry, S., Loren, E., Varese, F. (2021). Young people 's narratives of hearing voices: Systematic influences and conceptual challenges. *Clinical Psychology Psychotherapy*. 2021; 28: 715–726.
- Priebe, S. (2012). Wo ist der Fortschritt? *Psychiatrische Praxis*. 2012, 39., 55–56.
- Pries, L. K., Guloksuz, s., Rutten, B.P.F. (2021). Resilience in psychosis spectrum disorder. In: Carol A. Tamminga, Elena I. Ivleva, Ulrich Reininghaus, Jim van Os (Hrsg.); *Psychotic Disorders: Comprehensive Conceptualization and Treatments* (S. 476–484). New York: Oxford University Press.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*, 4. Aufl. München: Olenbourg Verlag.
- Quekhelberge, R. van (2017). Mystische Erfahrungen. In: Patrizia Heise & Liane Hoffmann (Hrsg.), *Spiritualität und spirituelle Krise* (S. 180–190). Stuttgart; Schattauer.
- Read, J. (2013a). The 'intention' of schizophrenia: Kraepelin and Bleuler. In: John Read & Jacqui Dillon (Hrsg.); *Models of Madness, 2nd Edition* (S. 20–33). London: Routledge.
- Read, J. (2013b). Does 'schizophrenia' exist? Reliability and validity.

- In: John Read & Jacqui Dillon (Hrsg.); *Models of Madness*, 2nd Edition (S. 47–61). London: Routledge.
- Read, J. (2013c). Biological psychiatry's lost cause: The 'schizophrenic' brain. In: John Read & Jacqui Dillon (Hrsg.); *Models of Madness*, 2nd Edition (S. 62–71). London: Routledge.
- Read, J. (2013d). Childhood adversity and psychosis. From heresy to certainty. In: John Read & Jacqui Dillon (Hrsg.); *Models of Madness*, 2nd Edition (S. 249–275). London: Routledge.
- Read, J. & Dillon, J. (2013) Creating evidence-based, effective and humane mental health services: overcoming barriers to a paradigm shift. In: John Read & Jacqui Dillon (Hrsg.); *Models of Madness*, 2nd Edition (S. 392–407). London: Routledge.
- Read, J., Fosse, R., Moksowitz, A., Perry, B., (2014). The traumagenic neurodevelopmental of psychosis revisited. *Neuropsychiatry* (2014) 4(1), 65–79.
- Read, J., Johnstone, L., Taitmu, M. (2013a). Psychosis, poverty and ethnicity. In: John Read & Jacqui Dillon (Hrsg.); *Models of Madness*, 2nd Edition (S. 191-209). London: Routledge.
- Read, J., Haslam, N., Magliano, L. (2013b). Prejudice, Stigma and 'Schizophrenia'. The role of biogenetic ideology. In: John Read & Jacqui Dillon (Hrsg.); *Models of Madness*, 2nd Edition (S. 157–177). London: Routledge.
- Read, J. & Magliano, L. (2019). 'Schizophrenia' – the least scientific and most damaging of psychiatric labels. In: Jo Watson (Hrsg.); *Drop the Disorder. Challenging the Culture of Psychiatric Diagnosis* (S. 88–109). Monmouth: PCCS Books:
- Read J., Perry B.D., Moskowitz, A., Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry*. 2001 Winter;64(4):319–45.
- Read, U., Doku, V. C. K., Ama de-Graft Atkins (2015). Schizophrenia and Psychosis in West Africa. In: Emmanuel Akyeampong, Allan G. Hill, Arthur Kleinman (Hrsg.); *The Culture of Mental Illness and Psychiatric Practice in Africa* (S. 73–111). Bloomington: Indiana University Press.
- Richter, D. (2019). Soziale Inklusion und Recovery. In: Gianfranco Zuaboni, Christian Burr, Michael Schulz, Andrea Winter (Hrsg.); *Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte* (S. 88–101). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Richter, D. & Katschnig, H. (2015). Sociology and Psychiatry. James D. Wright (Hrsg.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2nd edition, Volume 22 (S. 974–978). New York: Elsevier.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2016). Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In: Dies. (Hrsg.); *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 3–19). Wiesbaden: Springer.
- Riemann, G. (2019). ›Das Fremdwerden der eigenen Biografie‹. Eine persönliche Bilanz nach drei Jahrzehnten. In: Silvia Krumm, Reinhold Kilian, Heiko Löwenstein (Hrsg.); *Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie. Eine Einführung in Methodik und*

- Praxis (S. 100–113). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Riemann, G. (1987). Das Fremdwerden der eigenen Biografie: narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. (Übergänge: Texte und Studien zu Handlung, Sprache und Lebenswelt, 19). München: Fink.
- Riemann, G. (1984). »Na wenigstens bereitete sich da wieder was in meiner Krankheit vor «: zum Umgang psychiatrischer Patienten mit übermächtigen Theorien, die das eigene Selbst betreffen. In: Martin Kohli & Robert Günther (Hrsg.); Biografie und soziale Wirklichkeit: neue Beiträge und Forschungsperspektiven (S. 118–141). Stuttgart: Metzler.
- Robillard, H. (2012). Schizophrenie im biografischen Bildungsprozess. Eine Analyse biografisch narrativer Interviews von psychisch Leidenden. Stuttgart: Ibidem.
- Romme, M. & Escher, S. (2013). Stimmenhören verstehen. Der Leitfaden zur Arbeit mit Stimmenhörern, 2. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Rose, N., Birk, R., Manning, N., (2022). Towards a Neuroecosociality: Mental Health in Adversity. *Theory, Culture & Society* 39:3. 121–144.
- Rosenhahn, D. L. (1973). On Being Sane in Insane Place. *Science* 1973, Vol 179, 4070, 250–258.
- Rosenthal, G. (2008): Interpretative Sozialforschung, 2. Aufl. Weinheim: Juventa
- Rössler, W. (2017). Sozialpsychiatrische Aspekte psychischer Erkrankung. In: Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux, Hans-Peter Kapfhammer (Hrsg.); Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, 5. Aufl. (S. 371–384). Berlin: Springer.
- Rüsch, N. (2021). Das Stigma psychischer Erkrankung. Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung. München: Elsevier.
- Russo, J. (2015). Die epistemische Dominanz unterbrechen – Anforderungen an die Forschung. In: Jürgen Armbruster, Anja Dieterich, Daphne Hahn, Katharina Ratzke (Hrsg.); 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn (S. 294–301). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Salize, H.J. (2017). Welche Aufgaben hat sozialpsychiatrische Forschung im galoppierenden sozialstrukturellen Wandel? *Sozialpsychiatrische Informationen* 2/2017, S. 3–8.
- Sauter, D. (2011). Heime. In: Dies., Chris Abderhalden, Ian Needham, Stephan Wolff (Hrsg.); Lehrbuch Psychiatrische Pflege, 3. Aufl. (S. 1142–1145). Bern: Huber.
- Saxena, A. & Dodell-Feder, D. (2022). Explaining the Association Between Urbanicity and Psychotic-Like Experiences in Pre-Adolescence: The Indirect Effect of Urban Exposure. *Frontiers in Psychiatry* 13:831089.
- Sayanvala, F., Bornstein, L., Choudhury, S., Shah, J., Weinstock, D., Gold, I. (2020). Cities, Psychosis, and Social Defeat. In L. Kirmayer, C. Worthman, S. Kitayama, R. Lemelson, & C. Cummings (Eds.), *Culture, Mind, and Brain: Emerging Concepts, Models, and Applications (Current Perspectives in Social and Behavioral Sciences*, pp. 450–460). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schaeffer, D. (2009). Bewältigung chronischer Erkrankung – Status Quo der Theoriediskussion. In: Doris Schaeffer & Martin Moers (Hrsg.);

- Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf (S. 15–51). Bern: Huber.
- Schaeffer, D. & Haslbeck, J. (2016). Bewältigung chronischer Krankheit.
In: Matthias Richter & Klaus Hurrelmann (Hrsg.);
Soziologie von Gesundheit und Krankheit (S. 243–256). Wiesbaden: Springer.
- Schaeffer, D. & Moers, M. (2009). Abschied von der Patientenrolle? Bewältigungshandeln im Verlauf chronischer Krankheit. In: Doris Schaeffer (Hrsg.); Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf (S. 111–132). Bern: Huber.
- Schaeffer, D., Vogt, D. Berens, E.M. (2020) Gesundheitskompetenz.
In: Oliver Razun & Petra Kolip (Hrsg.); Handbuch Gesundheitswissenschaften, 7 Aufl. (672–683). Weinheim: Beltz.
- Scheff, T.J. (1973 [1963]). Das Etikett »Geisteskrankheit«. Soziale Interaktion und psychische Störung. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Schlier, B., Buck, L., Müller, R., Lincoln, T., Bott, A., Pillny, M. (2023). Time-dependent effect on antipsychotic discontinuation and dose reduction on social functioning and subjective quality of life – a multilevel meta-analysis. *Lancet* Vol. 65: 102291.
- Schlimme, J. E. & Brückner, B. (2017). Die abklingende Psychose. Verständigung finden, Genesung begleiten. Psychiatrie-Verlag: Köln.
- Schlimme, J. & Scholz, T. (2022). Reduktion von Neuroleptika. Zum Zusammenspiel von Neuroleptika und Genesung. *Sozialpsychiatrische Informationen* 52. Jahrgang 1/2022, S. 44–49.
- Schlimme, J., Scholz, T., Seroka, R. (2019). Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Schmidt-Degenhard, M. (2004). Verstehen als Methode für die klinische Praxis. Überlegungen zur Situation in der Psychiatrie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 155 1/2004, 5–11.
- Schneider, W. (2013). Medikalisierung sozialer Prozesse. *Psychotherapeut* 2013 58: S. 219–236.
- Schneider-Thoma J, Chalkou K, Dörries C, Bighelli I, Ceraso A, Huhn M, Sifias S, Davis JM, Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Leucht S (2022). Comparative efficacy and tolerability of 32 oral and long-acting injectable antipsychotics for the maintenance treatment of adults with schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2022 Feb 26;399(10327):824–836.
- Schödlbauer, M. (2016). Wahnbegegnungen. Zugänge zur Paranoia. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Schomerus, G., Schindler, S., Sander, C., Baumann, E., Angermeyer, M.C. (2022). Changes in mental illness stigma over 30 years – improvement, persistence, or deterioration. *European Psychiatry*, 65(1), e78, 1–7.
- Schott, H. & Tölle, R. (2020). Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen, 2. Aufl. München: Beck.
- Schramme, T. (2012). Einleitung: Die Begriffe ›Gesundheit‹ und ›Krankheit‹ in der philosophischen Diskussion. In: Ders. (Hrsg.); Krankheitstheorien.

- Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Schüle, J.A. (2014). Asyle Revisited. *Psychosozial* 37. Jg. Heft 1 (Nr. 135), 127–140.
- Schütz, A. (1982). Zum Problem der Relevanz. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Schütz, A. (1974 [1932]). Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Wissenssoziologie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Schütz, A. (1971a). Zur Methodologie der Sozialwissenschaften.
In: Ders.; *Gesammelte Aufsätze I. Das Problem der sozialen Wirklichkeit* (S. 3–112).
Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Schütz, A. (1971b). Phänomenologie und die Sozialwissenschaften. In: Ders.; *Gesammelte Aufsätze I. Das Problem der sozialen Wirklichkeit* (S. 113–236).
Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Schütz, A. (1971c). Symbol, Wirklichkeit und Gesellschaft. In: Ders.;
Gesammelte Aufsätze I. Das Problem der sozialen Wirklichkeit (S. 237–414).
Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Schütz, A. & Luckmann, T. (1988). *Strukturen der Lebenswelt*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Schütze, F. (2013). Alltägliche Kategorisierungs-, Typisierungs- und Klassifikationstätigkeit der Ärzte als abgekürzte professionelle Erkenntnis- und Vermittlungszuwendung.
In: Heidrun Herzberg & Astrid Seltrecht (Hrsg.); *Der soziale Körper. Interdisziplinäre Zugänge zur Leiblichkeit* (227–290). Verlag Barbara Budrich: Berlin.
- Schütze, F. (2006). Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In: Heinz-Hermann Krüger & Winfried Marotzki (Hrsg.); *Handbuch erziehungswissenschaftliche Biografieforschung*, 2., Aufl. (S. 205–237). Wiesbaden: Springer.
- Schütze, F. (1984). Kognitive Figuren des autobiografischen Stegreiferzählens.
In: M. Kohli & G. Robert (Hrsg.); *Biografie und Soziale Wirklichkeit: neue Beiträge und Forschungsperspektiven* (S. 78–117). Stuttgart: Metzler.
- Schütze, F. (1983). Biografieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13(3), 283–293.
- Schütze, F. (1981). Prozeßstrukturen des Lebenslaufs. In: Matthes, Joachim et al., (Hrsg); *Biografie in handlungswissenschaftlicher Perspektive* (S. 67–156). Nürnberg: Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum der Universität Erlangen-Nürnberg.
- Sellick, K., Rose, D., Harms, L. (2020). Hearing voices, sexual abuse, and service system responses. *Psychosis* Vol 12/1 (2020), 11–22.
- Selten, J.P., van der Ven, E., Termorshuizen, F. (2020). Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychological Medicine* 50, 303–313.
- Selten, J.P., van der Ven, E., Rutten, B.P.F., Cantor-grane, E. (2013). The Social Defeat Hypothesis of Schizophrenia: An Update. *Schizophrenia Bulletin* vol 39 no. 6 pp. 1180–1186.
- Servonnet, A., & Samaha, A.N. (2020). Antipsychotic-evoked dopamine supersensitivity. *Neuropharmacology*, 163.
- Servonnet, A., Uchida, H. & Samaha, A.N. (2021). Continuous versus extended antipsychotic dosing in schizophrenia: Less is more. *Behavioural Brain Research*, 5(401).
- Shakoor, S., Zavos, H.M., McGuire, P., Cardno, A.G., Freeman, D., Ronald, A. (2015).

- Psychotic experiences are linked to cannabis use in adolescents in the community because of common underlying environmental risk factors.
Psychiatry Research 30;227(2–3):144–51
- Sichler, R. (2021). Strukturanalyse normativ-praktischer Rationalität.
Journal für Psychologie, 28(2), S. 34–55.
- Slade, M. & Londgen, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health.
BMC Psychiatry (2015) 15:285.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems.
World Psychiatry. 2014 Feb;13(1):12–20.
- Smedslund, G., Siqveland, J. Kirkehei, I., Steiro, A.K. (2018). Long-term antipsychotic treatment of persons with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review.
 Norwegian Institute of Public Health.
- Soeffner, H. G. (2015 [1989]). Alltagsverstand und Wissenschaft. Anmerkungen zu einem alltäglichen Mißverständnis von Wissenschaft. In: Ders. *Auslegung des Alltags – Der Alltag der Auslegung. Zur wissenschaftssoziologischen Konzeption einer sozialwissenschaftlichen Hermeneutik*, 2. Aufl. (S. 10–50). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Staines, L., Healy, C., Coughlan, H., Clarke, M., Kelleher, I., Cotter, D., Cannon, M. (2022). Psychotic experiences in the general population, a review; definition, risk factors, outcomes and interventions. *Psychological Medicine* 52, 3297–3308.
- Steel, S., Schnackenberg, J., Travers, Z., Londgen, E., Greenfield, E. Meredith, L., Corstens, D., (2019). Voices hearers' experiences of the Making Sense of Voices approach in an NHS Setting. *Psychosis. Psychological, Social and Integrative Approaches*, Vol 12(2), 106–114.
- Stilo, S.A., Gayer-Anderson, C., Beards, S., Hubbard, K., Onyejiaka, A., Keraite, A., Borges, S., Mondelli, V., Dazzan, P., Pariante, C., Di Forti, M., Murray, R.M., Morgan, C. (2017). Further evidence of a cumulative effect of social disadvantage on risk of psychosis. *Psychological Medicine* 47(5):913–924.
- Stip, E. & Letourneau, G. (2009). Psychotic Symptoms as a Continuum Between Normality and Pathology. *La Revue Canadienne de psychiatrie*, vol 54, no 3: 140–151.
- Straub, J. (2023a). Ein unverstellter Zugang zum Individuum und seiner Welt. Das autobiografische Selbst in der narrativen Psychologie. In: Ders.; *Psychologie ohne Individuum? Individualität in der Kulturgeschichte Europas und als Leerstelle der Psychologie* (S. 43–54). Gießen: Psychosozial.
- Straub, J. (2023b). Das Individuum in der Psychologie des 21. Jahrhunderts. Annäherungen. In: Ders.; *Psychologie ohne Individuum? Individualität in der Kulturgeschichte Europas und als Leerstelle der Psychologie* (S. 19–41). Gießen: Psychosozial.
- Straub, J. (2021a). Der mühsame Aufstieg der Kulturpsychologie und verwandte Abenteuer. Eine rückblickende und vorausschauende Einleitung. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Straub, J (2021b). *Kulturpsychologie. Geschichte, Gegenwart und Gestalt einer*

- interpretativen Disziplin. In: Ders; Psychologie als interpretative Wissenschaft. Menschenbild, Wissenschaft, Programmatik. Band 1 (S. 19– 74). Gießen: Psychosozial.
- Straub, J. (2020). Polyvalente Erfahrung, interpretative Methodik, dynamisches Selbst. Grundzüge der Handlungs- und Kulturpsychologie von Ernst. E. Boesch. In: Jürgen Straub, Pradeep Chakkarath, Sebastian Salzmann (Hrsg.); Psychologie und Polyvalenz. Ernst Boesch Kulturpsychologie in der Diskussion (S. 41–120). Bochum: Westdeutscher Universitätsverlag.
- Straub, J. (2019). Identitäts-Bildung und Offenheit der Person. *heiEDUCATION Journal* 3|2019, S. 37–62.
- Straub, J. (2018). Multiple Identitäten in modernen Gesellschaften. Prolegomena zur Bedeutungsvielfalt und Beharrlichkeit eines Begriffs. *Zeitschrift für Politikwissenschaft* 28: 205–2016.
- Straub, J. (2017). Kulturelle Unterschiede und Abjekte in der sozialen Praxis. Eine kulturpsychologische und psychoanalytische Perspektive. In: Anton Escher & Heike Spickermann (Hrsg.); Perspektiven der Interkulturalität. Forschungsfelder eines umstrittenen Begriffs (S. 35–72). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Straub, J. (2016a). Grundüberzeugungen und ›qualitative Identitäten‹ im Kampf um Anerkennung. In: Ders.; Religiöser Glaube und säkulare Lebensformen im Dialog. Personale Identität und Kontingenz in pluralistischen Gesellschaften (S. 139–152). Göttingen: Psychosozial.
- Straub, J. (2016b). Strukturtheoretische Konturen personaler Identität als offene Form. Interreligiöse und religiös-säkulare Familienähnlichkeiten. In: Ders.; Religiöser Glaube und säkulare Lebensformen im Dialog. Personale Identität und Kontingenz in pluralistischen Gesellschaften (S. 153–166). Göttingen: Psychosozial.
- Straub, J. (2015). Ein Selbstbildnis erzählen. Narrative Identität, Kontingenz und Migration. In S. Walz-Pawlita, B. Unruh & B. Janta (Hrsg.); Identitäten (S. 17–42). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Straub, J. (2010). Das Verstehen kultureller Unterschiede. Relationale Hermeneutik und komparative Analyse in der Kulturpsychologie. In: Gabriele Cappai, Shingo Shimada, Jürgen Straub (Hrsg.); Interpretative Sozialforschung und Kulturanalyse. Hermeneutik und die komparative Analyse kulturellen Handelns (S. 39–100). Bielefeld: Transcript.
- Straub, J. (2000). Identität als psychologisches Deutungskonzept. In: Werner Greve. (Hrsg.); Psychologie des Selbst (S. 279–301). Weinheim: Beltz.
- Straub, J. (1999). Handlung, Interpretation, Kritik. Grundzüge einer textwissenschaftlichen Handlungs- und Kulturpsychologie. Berlin: deGruyter.
- Straub, J. (1998) Personale und kollektive Identität. Zur Analyse eines theoretischen Begriffs. In: Assmann, Aleida & Friese, Heidrun (Hrsg.); Identitäten (S. 73–104), Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Straub, J. & Chakkarath, P. (2010). Kulturpsychologie. In: Gunter Mey & Katja Mruck

- (Hrsg.). Handbuch Qualitative Forschung in der Psychiatrie (S. 195–209).
Wiesbaden: Springer.
- Straub, J. & Ruppel, P. S. (2022a). Relationale Hermeneutik: Theoretisch-methodologische Systematisierungen interpretativer Forschung. In: Uwe Wolfradt, Lars Allolio-Näcke, Paul Sebastian Ruppel (Hrsg.); Kulturpsychologie. Eine Einführung (S. 157–172).
Wiesbaden: Springer.
- Straub, J. & Ruppel, P. S. (2022b). Relationale Hermeneutik und komparative Analyse. Vergleichendes Interpretieren als produktives Zentrum empirischer Forschung in Kulturpsychologie und Mikrosoziologie. In: Jürgen Straub; Verstehendes Erklären. Sprache, Bilder und Personen in der Methodologie einer relationalen Hermeneutik. Schriften zu einer handlungstheoretischen Kulturpsychologie (S. 95–186).
Göttingen: Psychosozial.
- Straub, J. & Zielke, B. (2007). Gesundheitsversorgung. In: Jürgen Straub, Doris Weidemann, Arne Weidemann (Hrsg.); Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe – Theorien – Anwendungsfelder (S. 716–728).
Stuttgart: Metzler.
- Strauss, A. (1993). *Continual Permutations of Action*. New York: De Gruyter.
- Strauss, A. (1974 [1959]). *Spiegel und Masken. Die Suche nach Identität*.
Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*.
Weinheim: Beltz.
- Stürup, A.E., Hjorthøj, C., Albert, N., Dolmer, S., Birk, M., Ebdrup, B.H., Eplov, L.F., Jensen, H., Vernal, D.L., Speyer, H., Mors, O., Nordentoft, M. (2022). Tapered discontinuation vs. maintenance therapy of antipsychotic medication in patients with first-episode schizophrenia: Obstacles, findings, and lessons learned in the terminated randomized clinical trial TAILOR. *Frontiers in Psychiatry*.
2022 Jul 22; 13: 910703.
- Szasz, T. (1975). *Geisteskrankheit – Ein moderner Mythos?*
Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens. München: Kindler.
- Takeuchi, H., Kantor, N., Uchida, H., Suzuki, T., Remington, G. (2017).
Immediate vs Gradual Discontinuation in Antipsychotic Switching:
A Systematic Review and Meta-analysis.
Schizophrenia Bulletin. 2017 Jul 1;43(4):862–871.
- Tanskanen, A., Tiuhonen, J., Taipale, H. (2018).
Mortality in schizophrenia: 30-year nationwide follow-up study.
Acta Psychiatrica Scandinavica 2018; 138: 492–499.
- Taylor, M. J., Freeman, D., Lundström, S., Larsson, H., Ronald, A. (2022). Heritability of Psychotic Experiences in Adolescents and Interaction with Environmental Risk.
JAMA Psychiatry. 2022 Sep 1;79(9):889–897.
- Thoma, P. (2019). *Neuropsychologie der Schizophrenie. Eine Einführung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Wiesbaden: Springer.

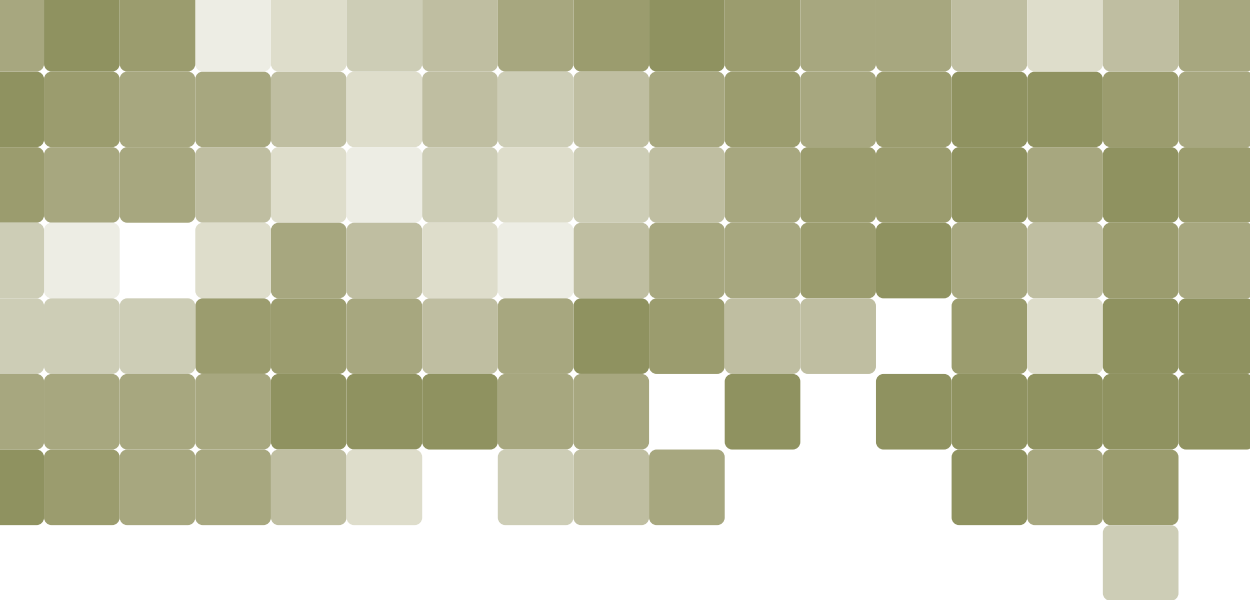
- Thoma, S. (2018). *Common Sense und Verrücktheit im sozialen Raum. Entwurf einer phänomenologischen Sozialpsychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Tiihonen, J., Tanskanen, A., Taipale, H. (2018). 20-Year Nationwide Follow-Up Study on Discontinuation of Antipsychotic Treatment in First-Episode Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2018 Aug 1;175(8):765–773.
- Timmermanns, S. (2010). Evidence-Based Medicine. Sociological Explanations. In: Chloe E. Bird, Peter Conrad, Allen M. Fremont, Stefan Timmermanns (Hrsg.); *Handbook of Medical Sociology* (S. 309–323). Nashville: Vanderbilt University Press.
- Timmermanns, S. & Berg, M. (2003). *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Tebartz van Elst, L. (2022). *Vom Anfang und Ende der Schizophrenie. Eine neuropsychiatrische Perspektive auf das Schizophrenie-Konzept*, 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Van Os, J. (2016). «Schizophrenia» does not exist. *BMJ* 2016; 352: i375.
- Van Os, J. & Guloksuz, S. (2022). Schizophrenia as a symptom of psychiatry's reluctance to enter the moral era of medicine. *Schizophrenia Research* 242 (2022) 138–140.
- Van Os, J. & Guloksuz, S. (2017). A critique of the «ultra-high risk» and «transition» paradigm. *World Psychiatry* 2017; 16: 200–206.
- Van Os, J. & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374: 934–645.
- Van Os, J., Kenis, G., Rutten, B. P. F. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature* Vol 468, 203–213.
- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germys, I., Delespaul, P. Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum. Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine* (2009), 39, 179–195.
- Van Os, J., & Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic and extendal phenotype in the general population. *World Psychiatry* 2016; 15: 118–124.
- Van Os, J. Reininghaus, U. Meyer-Lindenberg, A. (2017). *The Search for Environmental Mechanisms Underlying the Expression of Psychosis: Introduction*. *Schizophrenia Bulletin* vol 43 no. 2 pp.283–286.
- Vassos, E., Pedersen, C.B., Murray, R.M., Collier, D.A., Lewis, C.M. (2012). Meta-Analysis of the Association of Urbanicity with Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* vol. 38 no. 6 pp. 118–1123.
- Vogd, W. (2011). *Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung*. Velbrück: Göttingen.
- Waldenfels, B. (1991). *Der Stachel des Fremden*, 2. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Walter, H., Kammerer, H., Frasch, K., Spitzer, M. and Abler, B. (2009) Altered reward functions in patients on atypical antipsychotic medication in line with the revised dopamine hypothesis of schizophrenia. *Psychopharmacology*. 206(1), 121 – 132.
- Watkins, J. (2008). *Hearing Voices. A Common Human Experience*. South Yarra: Michelle Anderson Publishing Pty Ltd.
- Weinmann, S. (2019). *Die Vermessung der Psychiatrie. Täuschung und Selbsttäuschung*

- eines Fachgebietes. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Weinmann, S., Read, J., Aderhold, V. (2009). Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: Systematic review. *Schizophrenia Research* 11 (2009) 1–11.
- Weißling, H. (2018). Kritik der evidenzbasierten Praxis – Demarkation und »Reflexion im Handeln« als Wege der Erneuerung. In: R. Haring, J. Siegmüller (Hrsg.), *Evidenzbasierte Praxis in Gesundheitsberufen* (S. 65–85). Berlin: Springer.
- Weller, A., Gleeson, J., Alvarez-Jimenez, M., McGorry, P., Nelson, B., Allott, K., Bendall, S., Bartholomeusz, C., Koval, P., Harrigan, S., O’Donoghue, B., Fornito, A., Pantelis, C., Paul Amminger, G., Ratheesh, A., Polari, A., Wood, S.J., van der El, K., Ellinghaus, C., Gates, J., O’Connell, J., Mueller, M., Wunderink, L., Killackey, E. (2019). Can antipsychotic dose reduction lead to better functional recovery in first-episode psychosis? A randomized controlled trial of antipsychotic dose reduction. The reduce trial: Study protocol. *Early Intervention in Psychiatry*. 2019 Dec;13(6):1345–1356.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic. Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of mental Illness in America*. New York: Broadway Books.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level. Why Equality is Better for Everyone*. Penguin Books: London.
- Winton-Brown, T.T. & Kapur, S. (2021). Aberrant salience attribution and psychosis. In: Carol A. Tamminga, Elena I. Ivleva, Ulrich Reininghaus, Jim van Os (Hrsg.); *Psychotic Disorders: Comprehensive Conceptualization and Treatments* (S. 442–450). New York: Oxford University Press.
- Wu, C.S., Tsai, Y.T., Tsai, H.J. (2015). Antipsychotic drugs and the risk of ventricular arrhythmia and/or sudden cardiac death: a nation-wide case-crossover study. *Journal of the American Heart Association*. 2015 Feb 23;4(2): e001568.
- Wulff, E. (1972). Grundfragen der transkulturellen Psychiatrie. In: Ders.; *Psychiatrie und Klassengesellschaft* (S. 95–133). Frankfurt a.M.: Äthenäum.
- Wulff, E. (1995). *Wahnsinnslogik: Von der Verstehbarkeit schizophrener Erfahrung*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Wunderink L. (2019). Personalizing antipsychotic treatment: evidence and thoughts on individualized tailoring of antipsychotic dosage in the treatment of psychotic disorders (2019). *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 2019 Apr 8;9: 2045125319836566.
- Wunderink, L (2018). Who needs antipsychotic maintenance treatment and who does not? Our need to profile and personalize the treatment of first episode psychosis. *Schizophrenia Research* 2018; 197:65-66.
- Wunderink, L., Nieboer, R.M., Wiersma, D., Sytma, S., Nienhuis, F.J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2013 Sep;70(9):913–20.
- Zaumseil, M. (2004). *Beiträge der Psychologie zum Verständnis des Zusammenhangs von*

- Kultur und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit. In: Ernestine Wohlfahrt & Manfred Zaumseil (Hrsg.); *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 3– 50). Wiesbaden: Springer.
- Zaumseil, K. (1997). *Modernisierung der Identität von psychisch Kranken?* In: Manfred Zaumseil & Klaus Leferink (Hrsg.); *Schizophrenie in der Moderne. Modernisierung der Schizophrenie* (S. 145–200). Psychiatrie Verlag: Bonn.
- Zunke, C. (2021). *Die Materialisierung der Psyche. Neurophysiologie als Spiegel entfremdeter Gesellschaft.* In: Inga Anderson & Sebastian Edinger (Hrsg.); *Psychotherapie zwischen Klinik und Kulturkritik. Reflexionen einer Kultur des Therapeutischen* (S. 41–82). Göttingen: Psychosozial Verlag.
- Zwicker A., Denovan-Wright E.M., Uher R. (2018). *Gene-environment interplay in the aetiology of psychosis.* *Psychological Medicine* 2018 Sep;48(12):1925–1936.

Transkriptionsregeln

(...)	Längere Sprechpause (ab fünf Sekunden)
@	Lachen
@ @	Gesteigertes Lachen
GROßBUCHSTABEN	Starke Betonung
/	Satzabbruch
(Handlung wird beschrieben)	Besondere oder auffällige Handlungen des Interviewten
(unv.)	unverständlich
// [...] //	Sprecherwechsel
°[...]°	Leiser werden



Der Autor beschäftigt sich aus der Perspektive der subjektorientierten und verstehenden Soziologie mit den Erleben Psychoseerfahrener. Ihn interessiert, wie sie ihren Alltag gestalten, welche Routinen sie entwickeln und wie die Psychoseerfahrung ihr Selbstverständnis verändert und ihren Blick auf die Zukunft prägt. Genauer werden die Erfahrungen von insgesamt zehn Psychoseerfahrenen vorgestellt, die ein differenziertes Bild zeigen als die biologisch-medizinische Psychiatrie es jahrzehntelang präsentiert hat. Menschen, die Psychoseerfahrungen machen, agieren nicht nur passiv und auf ähnliche Weise, sondern gestalten ihr Leben aktiv, souverän und höchst individuell. Zwar kann das Psychoseerleben eine Verunsicherung darstellen, aber mindestens genauso verunsichernd sind Diagnosen, die eine Verfolgung von Lebenszielen wie Studium und Elternschaft als riskant darstellen. Tatsächlich zeigen die Beispiele, dass das Leben mit Psychose unvorhersehbar und sehr unterschiedlich ist. Die Konstruktion von Sinn und Bedeutung verleihenden Alltagsstrukturen und -tätigkeiten sind den Erfahrenen oft wichtiger als die Suche nach pathologischen Zusammenhängen. Für die Behandelnden heißt das: Die Handlungsräume sind meist größer als es die Diagnose Schizophrenie vermuten lässt.

