

"Na wenigstens bereitete sich da wieder was in meiner Krankheit vor": zum Umgang psychiatrischer Patienten mit übermächtigen Theorien, die eigenes Selbst betreffen

Riemann, Gerhard

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Riemann, G. (1984). "Na wenigstens bereitete sich da wieder was in meiner Krankheit vor": zum Umgang psychiatrischer Patienten mit übermächtigen Theorien, die eigenes Selbst betreffen. In M. Kohli, & G. Robert (Hrsg.), *Biographie und soziale Wirklichkeit: neue Beiträge und Forschungsperspektiven* (S. 118-141). Stuttgart: Metzler.
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-7275>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Martin Kohli/Günther Robert (Hrsg.)

Biographie und soziale Wirklichkeit

Neue Beiträge und Forschungsperspektiven

J. B. Metzlersche Verlagsbuchhandlung
Stuttgart

Gerhard Riemann

»Na wenigstens bereitete sich da wieder was in meiner Krankheit vor«

Zum Umgang psychiatrischer Patienten mit übermächtigen Theorien, die ihr eigenes Selbst betreffen

1. Die Perspektive
2. Beispiel A
 - 2.1 Datenausschnitt
 - 2.2 Analytischer Kommentar
3. Beispiel B
 - 3.1 Datenausschnitt
 - 3.2 Analytischer Kommentar
4. Vergleichende Diskussion

1. Die Perspektive

Die grundlegende Fragestellung dieses Aufsatzes [1], die anhand empirischer Materialien verfolgt werden soll, richtet sich auf folgendes Phänomen:

Gesellschaftsmitglieder können unter bestimmten biographischen Bedingungen mit ihnen fremden, versachlichten, institutionalisierten und mit moralischem Zwang ausgestatteten Theoriebeständen konfrontiert werden, gegenüber denen sie nicht indifferent bleiben können, weil sie auf ihr eigenes Selbst abzielen; d. h. mit ihnen ist der Anspruch verbunden, den Betroffenen total identifizieren, sein Verhalten umfassend erklären und u. U. anhand absolut moralischer Standards evaluieren zu können – und damit seinen Ort in der Welt neu zu bestimmen. Ihre Fremdheit wird von ihm in einschneidender Weise erfahren, es handelt sich also nicht um die fraglose Übernahme von Interpretationsschemata während seiner Sozialisation, die im Zuge der kulturellen Diffusion expertenhafter Identitätsinterpretamente ins Alltagsleben eingedrungen sind – ein Vorgang, der von Peter Berger (1965) am Beispiel der amerikanischen Rezeption der Psychoanalyse dargestellt wurde.

Der Betroffene wird aus dem Alltag herausgehoben und gleichzeitig zu einem »Fall von . . .«: Jeder, der in den Geltungsbereich einer solchen Theorie gerät, kann entsprechend kategorisiert werden. Das Partikulare und Unverwechselbare an seiner Geschichte und seiner Person läßt sich dadurch auflösen, daß es zu einem Beispiel für ein Muster wird, das »uns«, den autorisierten Experten, bekannt ist

und auf das »wir« immer wieder stoßen. Aber nicht allein der hohe Anonymitätsgrad der jeweiligen Typen ist das Entscheidende: Gleichzeitig wird der Anspruch erhoben, den Betroffenen in für ihn zentralen Bereichen – etwa was seine kognitiven Fähigkeiten, seine Normalität, seinen moralischen Status usw. betrifft – tiefer erkennen zu können, als er sich selbst kennen kann, und dieser Sichtweise ihm gegenüber Geltung zu verschaffen. Das, was er von sich gibt, kann unter dem Aspekt gesehen werden, inwiefern es sich dazu verwerten läßt, objektive Erkenntnisse über ihn zu gewinnen; oder ob es Einsicht, Reue, fehlende Einsicht, Rationalisierungen, Verblendung usw. verrät – d. h. seine eigenen Theoretisierungen erhalten einen definitiv niedrigeren Status als die Identitäts- und Wirklichkeitsbestimmungen, mit denen er konfrontiert wird. Daß sie auf den Betroffenen übermächtig wirken, ergibt sich daraus, daß sie gesellschaftlich anerkannt und – z. B. wissenschaftlich – legitimiert sind und daß sie durch institutionelle Verfahren abgestützt werden: Die mit ihrer Anwendung befaßten Experten sind zum Fällen von Wahrsprüchen autorisiert und verfügen über ein Monopol. Häufig ist es auch so, daß sich diese Bestimmungen gerade in Krisensituationen aufdrängen und durchsetzen: dann, wenn die eigenen theoretischen Anstrengungen nicht mehr ausreichen, um sich selbst und das, was geschehen ist, hinreichend zu verstehen und für die Umwelt plausible und akzeptable Versionen bereitzustellen.

Aber auch wenn derartige Theoriebestände übermächtig wirken und für die eigene Identität nicht irrelevant gesetzt werden können, so wäre es falsch, sich die Betroffenen als leere Gefäße vorzustellen, die sich beliebig mit Zuschreibungen anfüllen ließen. Dieser Punkt wäre trivial, wenn er nicht tatsächlich in den Sozialwissenschaften – wie weiter unten angedeutet – häufig ignoriert würde. Individuen unternehmen eigene Theoretisierungsversuche und identifizieren sich selbst auf eine Weise, die in Widerspruch geraten kann zu den von außen herangebrachten offiziellen Definitionen und Erklärungen; oder die eigenen Interpretamente vermischen sich mit den fremden, weichen partiell vor ihnen zurück, werden langfristig von ihnen vernichtet usw. Man ist ihnen ausgesetzt, aber die Frage bleibt – und sie soll in diesem Aufsatz ansatzweise behandelt werden –, wie jemand auf lange Sicht mit ihnen umgehen kann: wie man sie sich aktiv zunutze macht oder unter ihnen leidet; ob sie bedrohlich erscheinen oder einem entgegen kommen; unter welchen Bedingungen ihre Fremdheit thematisiert wird oder sich verflüchtigt, zur »zweiten Natur« wird; wie und in welchem Ausmaß sich ihnen gegenüber »Autonomie« bewahren – oder eben nicht bewahren – läßt und was »Autonomie« bedeuten kann. Ein wichtiger Gesichtspunkt ist dabei, daß die Übernahme solcher theoretischer Zuschreibungen auf alltäglicher Handlungsebene attraktiv und entlastend sein kann, während – langfristig gesehen – biographische Folgekosten damit verbunden sein können, die sich als solche anfänglich oder auch kontinuierlich der eigenen Aufmerksamkeit weitgehend entziehen. Bei der Verfolgung solcher und ähnlicher Fragen, die in diesem Zusammenhang relevant sind, richtet sich der Blick über alltägliche Routineabläufe hinaus auf diejenigen biographischen Ablaufstrukturen, in denen sich die Betroffenen befinden; nur so wird die spezifische Form der Auseinandersetzung mit den Zuschrei-

bungen, die das eigene Selbst betreffen, verständlich und verliert den Charakter des Zufälligen.

Die Prozesse, um die es hier geht, sind sehr heterogen und widersprüchlich. Sie weisen nicht die Struktur von Abläufen auf, wie sie von Berger und Luckmann (1970) im Zusammenhang mit dem Konzept der »Verwandlungen« (»alternations«) dargestellt wurden. Von »Verwandlungen« sprechen die Autoren (1970: 168–174, vgl. auch Berger 1966, Kap. 3), um den Vorgang der vollständigen Übernahme einer neuen subjektiven Realität begrifflich zu fassen [2]. Die Bedingungen, die den Erfolg einer solchen Verwandlung garantieren – Berger und Luckmann (1970: 168) erwähnen vor allem »das Vorhandensein einer überzeugenden Plausibilitätsstruktur«, die dem einzelnen »durch signifikante Andere vermittelt werden muß«, »mit denen es zu einer tiefen Identifikation kommen muß« –, liegen hier in der Regel nicht vor. Warum es hier geht: Betroffene werden in durchgreifender und – was ihr Verhältnis zu sich selbst betrifft – folgenreicher Weise mit mächtigen neuen Identitäts- und Wirklichkeitsbestimmungen konfrontiert, ohne daß die Verfahren, denen sie unterworfen werden, systematisch auf die Herbeiführung einer Verwandlung hin inszeniert sind, wie dies etwa in religiösen Sekten oder Selbsthilfegruppen wie Synanon und den Anonymen Alkoholikern der Fall ist. Die Behandlungsprozeduren sind anonymer, bürokratischen Zwängen unterworfen und dienen nicht dem Ziel, einen neuen Menschen aus einem zu machen. Diejenigen, die den Weg des Betroffenen festlegen und überwachen, sind keine »Zeugen«, mit denen er in einer Schicksalsgemeinschaft zusammenlebt, sondern unterschiedliche Professionelle, die sich vor ihm in ihre eigene Privatsphäre zurückziehen können. Und vor allem: Auch wenn man von einer Verwandlung (oder Ansätzen zu einer Verwandlung) sprechen könnte, da eigene zugunsten fremder Theoretisierungen aufgegeben werden, so wird sie als solche nicht stilisiert: Diese Prozesse verlaufen viel unterschwelliger, und das, was übernommen wird, wird nicht zur neuen Sinnquelle. Die Neuinterpretation der eigenen Geschichte ist nicht mit der Gewißheit verbunden, daß man die Finsternis überwunden und eine neue Freiheit erlangt hat, wie das etwa in den Autobiographien der Bekenntnisliteratur des deutschen Pietismus aufzufinden ist (vgl. Müller 1976: 38–41; Niggel 1977: 6–14). Stattdessen wird einem in überzeugender Weise vermittelt, daß man eine »Naturgeschichte« hat, in der der eigenen Autonomie enge Grenzen gesteckt sind. – Während einerseits die mit dem Verwandlungskonzept verbundenen Vorstellungsgehalte hier nicht angemessen sind, ist es andererseits nicht hilfreich, an »Degradationszeremonien« zu denken, wie sie von Garfinkel (1956) beschrieben wurden.

Ich werde der eben skizzierten Fragestellung nachgehen, indem ich mich darauf konzentriere, wie psychiatrische Patienten mit professionellen Theoriebeständen umgehen können, mit denen sie – wie implizit oder explizit auch immer – während ihrer Prozessierung konfrontiert werden. Betroffene erfahren etwas von der klinischen Einschätzung ihrer Person – wer sie sind, was sie haben, welchen Ereignissen welche Signifikanz beizumessen ist, wie günstig oder ungünstig die Prognose ist – in Situationen, in denen mit ihnen und in denen über sie kommuniziert wird:

z.B. während der Visiten, wenn der Stationsarzt in ihrem **Beisein** einem **vorgesetzten Arzt** zusammenfassend Bericht erstattet; auf **Überweisungsscheinen**, die ihnen zu Gesicht kommen und auf denen stichwortartig die Diagnose notiert ist; in schriftlichen Begründungen für Zwangseinweisungen oder Entmündigungen; in Gesprächen mit Angehörigen, die vom Arzt gehört haben, »wie es aussieht* usw. Psychiatrische Identitätszuschreibungen sind nicht mit Akten sprachlicher »Eti-kettierung« gleichzusetzen, sondern durchziehen alle Aspekte der klinischen Prozessierung – **und** müssen vom Betroffenen interpretiert und evaluiert werden. Dazu gehören allein schon Erfahrungen wie die, daß man sich jetzt mit seinen Problemen im **Zuständigkeitsbereich** der Psychiatrie befindet oder daß man einer bestimmten Technologie ausgesetzt wird. Um zum letzten Punkt ein Beispiel aus dem von mir erhobenen Datenmaterial zu erwähnen: Ein junger Patient konnte beispielsweise aus der Tatsache, daß er jeden Tag eine kleine Tablette schlucken mußte, die **Schlußfolgerung** ableiten, daß er eine Krankheit hatte, wie sie jedermann haben kann, der deswegen auch regelmäßig seine Medizin benötigt. D.h. durch die Art der Behandlung wird das behandlungsbedürftige Problem definiert, und in diesem Fall hat dies einen für den Betroffenen normalisierenden Charakter: Herstellung von Äquivalenz mit etwas Vertrautem, das in jedermanns Erfahrungsbereich liegt.

Patienten müssen nicht nur die ihre Person betreffenden **psychiatrischen** Identitäts- und Wirklichkeitsbestimmungen zu verstehen versuchen und sie für sich bewerten. (Ihre eigenen Versuche der Verarbeitung von Krisen und **Orientierungszusammenbrüchen** stehen also immer unter dem Eindruck der professionellen Einschätzungen.) Darüber hinaus sind sie in institutionellen Kontexten – aber nicht nur da – der Erwartung ausgesetzt, die klinische Sicht der Dinge erkennbar zu **ratifizieren**; darauf nimmt der **psychiatrische** Begriff der »Krankheitseinsicht« Bezug, der – dies wird die nachfolgende Diskussion hoffentlich zeigen – viel zu grob ist, um die Komplexität der Weisen, in denen Patienten Ereignisse und Erlebnisse theoretisch verarbeiten, zu erfassen.

Wieviel für einen Patienten auf dem Spiel stehen kann, wenn er die ihm verliehene Diagnose kennt, und wie sehr ein Arzt ihm gegenüber **darauf** beharren kann, daß er sich der offiziellen Version zu fügen hat, wird in dramatischer Weise durch folgende szenische Schilderung illustriert, die aus einem narrativen Interview stammt, das ich mit einem seit vielen Jahren **hospitalisierten Langzeitpatienten** geführt hatte. Er erzählt hier von einem **Gespräch** mit dem leitenden Arzt der Klinik:

»Und als ich's letzte Mal bei ihm war und als ich das sagte und auch von Neurose fing ich an, da fiel er mir sofort ins Wort: ›Das war keine Neurose, denn das war eine Psychose bei Ihnen.‹ Und ich sagte: ›Herr Doktor, aber ich hab aber keine **paranoide** Schizophrenie, das sind keine **Halluzinationen**.‹ Da stand er auf, gab mir die Hand, wollt mir die Hand geben. Da bin ich frech sitzen geblieben und bin **laut geworden**, und seitdem krieg ich die Spritze jetzt alle acht Tage.«

Hier wird deutlich, wie **offen, hart und mit** welchen Konsequenzen der Kampf um die richtige Diagnose, **genauer: um die Gültigkeit** von Realitätsversionen, die

Zu- bzw. Aberkennung von Normalität und die Zugehörigkeit bzw. Nichtzugehörigkeit zur gemeinsam geteilten Welt zwischen Psychiater und Patient geführt werden kann.

In den meisten interaktionistischen Untersuchungen zur Situation und zur Karriere psychiatrischer Patienten, die in den letzten zwei Jahrzehnten im Zuge der Entwicklung des »labeling approach« (vgl. Becker 1963; Erikson 1962; Rubington und Weinberg 1973) erschienen sind, werden deren eigene theoretische Anstrengungen und Selbstidentifizierungen nur sehr oberflächlich und simplifizierend behandelt – unter weitgehender Mißachtung der Implikationen einer Meadschen Sozialpsychologie (vgl. dazu Fletcher et al. 1974; Spitzer und Denzin 1968)[3]. In den einflußreichen Hypothesen von Thomas Scheff (1966), die häufig – auch wenn dies nicht berechtigt ist und zu Mißverständnissen und fruchtlosen Debatten geführt hat (vgl. Gove 1975) – mit der Anwendung des »labeling approach« auf den Bereich der psychischen Krankheit gleichgesetzt werden, erscheinen die Betroffenen als völlig passive – und in ihrer Krisensituation dafür empfängliche – Opfer von Etikettierungen, die keine andere Wahl haben, als sich den angesonnenen Zuschreibungen entsprechend zu verhalten und den Weg chronischer »residualer Devianz« einzuschlagen. Lemerts (1951, 1972) differenzierte Überlegungen zur »sekundären Abweichung« werden so verzerrt. Der Überfokussierung auf den Vorgang des Etikettierens entspricht die theoretische Verdinglichung der Etikettierten. Eine detaillierte Auseinandersetzung damit, wie die Betroffenen mit professionellen Identitätsinterpretamenten umgehen, welche lebensgeschichtlichen Bedingungen dafür relevant sind und wie sich unter diesen Umständen langfristig ihr Verhältnis zu sich selbst verändert, bleibt ein Desiderat.

Im folgenden soll der Versuch unternommen werden, einen Ansatzpunkt für die Verfolgung dieser sowohl biographietheoretischen als auch wissenssoziologischen Fragestellung zu finden. Auf dieses Thema stieß ich während meiner Untersuchung von Biographieverläufen psychiatrischer Patienten aus soziologischer Perspektive (vgl. Riemann 1981). Das Datenmaterial besteht in erster Linie aus autobiographischen Erzählungen, die aus narrativen Interviews mit psychiatrischen und ehemaligen psychiatrischen Patienten stammen. 33 Informanten wurden in drei unterschiedlichen Kontexten interviewt: Die meisten (25) waren zuvor in der Klinik hospitalisiert gewesen bzw. leben dort als Langzeitpatienten, die mir aus einer längeren Tätigkeit als Pflegehelfer vertraut war; vier Informanten lernte ich über eine Universitätsklinik kennen[4], und vier weitere zählen sich zur amerikanischen antipsychiatrischen „Ex-Patienten-« bzw. »Ex-Insassenbewegung«, zu der ich während eines USA-Aufenthaltes Zugang gefunden hatte.

Auf die Abfolge der biographieanalytischen Untersuchungsschritte und darauf, was das Charakteristische daran ist, kann ich an dieser Stelle nicht eingehen (vgl. dazu den letzten Teil im Beitrag von Schütze in diesem Band). Etwas von dem Stil einer strukturellen Beschreibung und einer analytischen Abstraktion wird hoffentlich im folgenden erkennbar. Auch soll deutlich werden, wie sich schon durch den Vergleich von wenigen in verschiedener Hinsicht kontrastierenden Fällen

Aspekte und Kategorien herausarbeiten lassen, auf deren Grundlage die weitere analytische Ausschöpfung des Datenmaterials nach und nach erfolgen kann (vgl. Glaser und Strauss 1967).

Ich beschränke mich auf Teile aus zwei Erzählungen, die im Zentrum der jeweiligen narrativen Interviews standen (vgl. Schütze 1977 zur Technik des narrativen Interviews). Der lebensgeschichtliche Rahmen wird in Umrissen erkennbar, wobei es mir hier nicht möglich ist, detailliert anhand von Textausschnitten zu rekonstruieren und zu belegen, wie sich langfristig in der Auseinandersetzung mit psychiatrischen Theoriebeständen das Verhältnis zur eigenen Person verändert. Beiden Datenausschnitten folgt jeweils ein analytischer Kommentar, anschließend wird eine vergleichende Diskussion geführt. Angaben, die Rückschlüsse auf die Identität der Betroffenen zulassen, wurden von mir verändert.

2. Beispiel A

2.1 Datenausschnitt

Ich beginne mit einem Ausschnitt aus der autobiographischen Erzählung eines ca. vierzigjährigen Mannes, der seit anderthalb Jahrzehnten als »Langzeitpatient« in einer psychiatrischen Klinik lebt. Nachdem er während seines Studiums zum ersten Mal auffällig geworden war, war er innerhalb eines sehr kurzen Zeitraums in den »Langzeitbereich« dieser Klinik geraten. Bei der Planung und Arrangierung seiner chronischen Hospitalisierung hatte seine Mutter eine entscheidende Rolle gespielt, die von sehr festen Vorstellungen darüber ausgegangen war, daß ihr Sohn schon »immer krank« gewesen sei, daß diese Krankheit aus der Familie des im Krieg gefallenen Vaters stamme und daß er aufgrund seiner Krankheit langfristig pflegebedürftig sei. Wichtig war für sie, daß ihr Sohn – so stellt er es ruhig und ohne jedes Ressentiment dar – »nun lebenslang irgendwo unterkam. Wenn sie nicht mehr sorgen könnte und so, ne, daß immer für mich gesorgt sei.«

Vor dem Erzählsegment, das gleich folgt, hatte er in stark kondensierter Form auf einen Zeitraum von einem Jahrzehnt (1969 bis 1979) Bezug genommen; hier war es nur um seine »Funktion« auf dem Arbeitsplatz und um generelle Veränderungen der Arbeit gegangen. Er hatte als Patient in einer Werkstatt (Haus B) gearbeitet, die der Anstalt (Gorau) angegliedert ist und in der Teile für Industriebetriebe in der Umgebung angefertigt werden. Dieser Zeitraum hatte sich für ihn durch eine besondere Kontinuität ausgezeichnet, z. B. war er kein einziges Mal auf die geschlossene klinische Station (D1) zur medikamentösen »Umstellung« gekommen; von der Zeit davor hatte er erzählt: »Ab und zu bekam ich wieder Wahnideen und verschwand dann auf D1.«

Diese Kontinuität wird in einschneidender Weise unterbrochen, als sich folgen-

- 1 E Und eh . . . ich hörte also eh . . . hm . . . ich weiß auch nicht, weshalb ich
2 plötz/plötzlich wollt ich nicht mehr in dem Haus B arbeiten.
3 Also es war mir – widerwillig, dort zu sein.
4 Ich hatte mich inzwischen auch – verlobt ((lächelnd)) und so was alles.
5 I hm
6 E Mit einer – hm Epileptikerin, die keine Anfälle mehr bekam und eh als
7 sogenannte Rehabilitandin – zum Haus B gezogen war.
8 Die besuchte ich jeden Sonntag
9 J hmh
10 E durch mehrere Jahre hindurch.
11 Meinen Urlaub verbrachte ich mit ihr – eh in Bad Lippspringe.
12 I hm
13 E Geld hatt ich von meiner Mutter geerbt und ich spar/ eh hatte selbst auch
14 eh eh über dreihundert Mark damals an Taschengeld zur Verfügung.
15 I hmh . . .
16 E Und plötzlich wollt ich nicht mehr.
17 Also – das in dem Haus B / ich weiß auch nicht eh / also ich kann's mir
18 heute nicht erklären . . . (((trinktKaffee))).
19 Wenn mir heute jemand sagte: »Du kannst mit den gleichen Gefühlen,
20 die du in den vergangenen zehn Jahren hattest«/ also 1969 bis 1979
21 ungefährl
22 I hmh
23 E »Du kannst eh mit diesen gleichen Gefühlen wieder zum Haus B gehen.«
24 Das würd ich sofort machen.
25 Aber – damals eh eh – sah ich auch nicht ein, daß die Gesellschaft für
26 meinen Lebensunterhalt aufkam und daß ich eh für ein Taschengeld dort
27 in dem Haus B ne eh Arbeit verrichtete, durch die andere ihre Familien
28 ernähren, ne.
29 I hmh
30 E Also das schien mir so Gorau-Ideologie zu sein, eh daß eh also die
31 streichen von der Gesellschaft eh den vollen Ersatz für die Kosten, die
32 man verursacht, ein und lassen die Patienten nebenbei noch eh eh mehr
33 als nützliche Arbeit verrichten, ne.
34 I hm
35 E Und eh darin sah ich eine Ungerechtigkeit und das gab ich als Begrün-
36 dung an.
37 I hm
38 E Aber es war an sich nicht die Begründung.
39 Ich war mir ja durchaus klar darüber, eh daß eh en ein Arbeiter keine
40 dreihundert Mark Taschengeld im Monat hat, ne.
41 Und eh daß eh eh na wenigstens bereitete sich da wieder was in
42 meiner Krankheit vor.
43 So würd ich jetzt sagen, obwohl ich weiß, daß die Krankheit also/es ist an
44 sich gar keine Krankheit, sondern ein Zustand, in dem man man sich
45 befindet, ne.
46 I hm
47 E Ob man noch mal aus ihm herausfindet, das weiß ich nicht, aber ich
48 glaube, ich hab schon etwas herausgefunden – aus ihm, aber eh – na
49 wenigstens – ich eh erklärte damals: »Ich gebe/ ich lese jetzt erst einmal
50 die Bücher durch, die ich mir alle angeschafft hab«/ ich hatte viele Bücher
51 gekauft und kam nie dazu, die zu lesen/ . . und wollte nun also eh erstmal
52 en bißchen Zeit für mich haben, um diese Bücher zu lesen, ne.
53 I hm

- 54 E Also es gab – viele Gründe für mich aufzuhören.
55 Und ich hörte auch auf – zu arbeiten.
56 Und eh verbrachte einige Zeit vollkommen frei für mich, ne.
57 Aber wie sah der Tag aus?
58 Ich las zwar etwas, aber längst nicht soviel, wie ich mir vorgestellt hatte.
59 Eh – döste meistens im Bett herum. . . und eh ja ich ging damals noch viel
60 raus – in die Stadt – und so . . . (((trinktKaffee)))

Ich will nicht näher darauf eingehen, wie es ihm weiter erging; nur soviel: Er erzählt, wie die Mitarbeiter der Klinik an seinem Verhalten merkten, daß mit ihm irgendwas nicht in Ordnung sei«, und daraufhin in der üblichen Weise intervenierten: »Und da sagten die: »Der muß wieder nach D1. Ne andere Medizin bekommen oder so.« Die Berechtigung dieser Fremdeinschätzung wird von ihm bestätigt (»tatsächlich Schwierigkeiten, mich in der Wirklichkeit zurechtzufinden«) und andeutungsweise belegt (»erstmal mit den Türen«; »hoffte auf ein Wunder«). Die Rückkehr zu einer alltagsweltlichen Orientierung (»Bis ich dann merkte: Es kommt nur auf dich an.«) ist bei ihm damit verbunden, daß er sich bereit erklärt, zu seinem alten Arbeitsplatz zurückzukehren. Dort macht er die Erfahrung, daß »gar nichts. mit ihm mehr klappte, und er bittet um die Versetzung in eine andere Abteilung der Werkstatt. Allerdings kommt er jetzt in eine Abteilung, in der er mit Arbeiten konfrontiert wird, die er zu Beginn seiner Hospitalisierung, als er sie zum ersten Mal gesehen hatte, als »furchtbareintönig* empfunden hatte. Daß er diesen biographischen Bezug hier explizit herstellt (wwo ich die selbst ausführen mußte, ne«), ist wichtig, denn er bringt so zum Ausdruck: Er erfährt diese Tätigkeit als Absinken auf eine Stufe, die er beim Eintritt in die Institution noch hatte vermeiden können. Unter diesen Umständen ergreift er ein Handlungsschema der Kontrolle, er verweigert endgültig seine Mitarbeit im Haus B: »Und dann sagt ich: »So! Auf Wiedersehen! Ich hör auf! Ich hab dazu keine Lust., ne.« Im Gegensatz zu seiner ersten Arbeitsverweigerung steht er auch jetzt noch eindeutig dazu, daß es sich um ein echtes Handlungsschema handelte, »Krankheit« wird nicht zur Erklärung herangezogen. Der Unterschied besteht darin, daß dieser Schritt für ihn hier eine lebensgeschichtlich begründete Plausibilität behält. – Anschließend wird ihm eine andere Arbeit in der Anstalt vermittelt, der er auch jetzt noch nachgeht.

2.2 Analytischer Kommentar

An dem eben vorgestellten Textausschnitt scheinen mir folgende Aspekte besonders relevant zu sein:

(a) Auffällig ist, daß sein plötzlicher Entschluss, mit der Arbeit aufzuhören, und die ihm zugrundeliegende innere Wandlung (»es war mir – widerwillig, dort zu sein«) ihn noch heute in Erstaunen versetzen und erklärungsbedürftig sind. Die Veränderung seines Lebensgefühls wird nicht einfach als natürlicher Vorgang (daß er einfach mal etwas anderes machen wollte usw.) akzeptiert, sondern sie erscheint ihm als rätselhafte Zäsur. Diese Veränderung ist unwiderruflich. Er ist ein anderer geworden (19–24).

Die Relevanz und die Problematik seines Entschlusses werden an formalen Merkmalen seiner Darstellung (Pausen, Selbstkorrekturen, einem hohen Detailierungsniveau, ausgedehnten Kommentaren) erkennbar. Das erste Mal, als er von dieser Entscheidung spricht, unterbricht er sich mehrmals im Satz (1–2); als er nach einer eingeschobenen Hintergrundkonstruktion (4–14) wieder neu dazu

ansetzt, unterbricht er sich wieder (17–18), um dann, nachdem er näher auf seine damalige Orientierung und seine damalige Legitimation dieses Entschlusses eingegangen war, in einem selbstkritischen Erklärungskommentar zu der **Schlußfolgerung** zu gelangen: »Na wenigstens bereitete sich da wieder was in meiner Krankheit vor.«

(b) Es gibt verschiedene Verweise auf seine Biographie:

- In der Hintergrundkonstruktion (4–14) werden einige wichtige Themen eingeführt, die noch zu dem vorausgegangenen Zeitabschnitt gehören, aber weiterhin bestimmend sind für seine Lebensumstände während der Zeit, von der er jetzt spricht. Nachdem er vorher nur kurz auf seine Arbeitsbedingungen eingegangen war, schiebt er jetzt noch zusätzliche Informationen dazu nach, wie er sich in seiner Situation als Langzeitpatient eingerichtet hatte und eine Art Idylle (Verlobung, ausreichende materielle Grundlage) entstanden war. Von der »Verlobung« sagt er später, daß er sie nicht als Vorstufe zur Ehe betrachtet habe. Für seine damalige Freundin – inzwischen besteht die Beziehung nicht mehr – sei es nur eine schöne Vorstellung gewesen, »verlobt« zu sein. Vielleicht kommt in diesem Thema auch implizit eine Verbindung zum Entschluß, mit der Arbeit aufzuhören, zum Ausdruck. Es wäre z. B. denkbar, daß die Tatsache, daß er aufgrund der Erbschaft über eine andere Einkommensquelle verfügt, mit dazu beigetragen hat, seine Motivation, im Haus B zu arbeiten, zu schwächen. (Zu Beginn seiner chronischen Hospitalisierung hatte er sich für die Arbeit im Haus B entschieden, weil er dort mehr verdienen konnte als auf einer anderen anstaltsinternen Arbeitsstelle.) Allerdings wird ein solcher Zusammenhang vom Erzähler selbst in keiner Weise nahegelegt; er betont ja gerade das für ihn Überraschende und Unerklärliche an seinem Entschluß und an seiner inneren Entwicklung.
- Er protestiert gegen den von ihm erfahrenen Widerspruch, daß er einerseits einer Kategorie angehört, die auf die totale Versorgung durch von der Gesellschaft getragene Leistungen angewiesen bleibt, und andererseits durchaus noch – auch nach den Kriterien der Außenwelt – gesellschaftlich nützliche Arbeit leistet (»durch die andere ihre Familien ernähren«); wer von diesem Widerspruch profitiere und ihn verschleierte (»Gorau-Ideologie«), sei die Anstalt. Es zeigt sich, wie die Verrichtung der Arbeit normalisierend wirken kann (man macht das gleiche wie andere draußen), damit die Grundlage bietet für lebenszyklische Vergleiche (man macht das gleiche wie andere draußen, aber. . .) und die Erfahrung von Ungerechtigkeit. In der Kontrastierung der Restriktionen, denen er unterliegt, und der Möglichkeiten, die andere haben, treten **lebenszyklische** Vorstellungen in den Vordergrund der Orientierung – ähnlich wie zu einem früheren Zeitpunkt, als es darum ging, daß er »Langzeitpatient« werden würde, der Gegensatz von einem Leben, auf das er einen Anspruch hat, und dem Leben, das andere für ihn vorgesehen haben, thematisiert worden war: »Stell dir vor, ich soll mein Leben in Gorau verbringen.. Aber im Unterschied zum Beginn seiner chronischen Hospitalisierung sind diese Vorstellungen jetzt nicht mit passiver Resignation, sondern mit einer aktiven Verweigerungshand-

lung verbunden: Er entzieht sich den institutionellen **Erwartungen**, daß ein Langzeitpatient im Rahmen seiner Möglichkeiten einer anstaltsinternen Beschäftigung nachzugehen hat.

- Sein damaliges Handlungsschema der Verweigerung zielt gleichzeitig **darauf** ab, Zeit für sich zu gewinnen, damit er sich wieder verstärkt einer Beschäftigung widmen kann, die einen – wie an verschiedenen Stellen seiner Erzählung ersichtlich wird – hohen biographischen Stellenwert hat: »wollte nun also eh erstmal ein bißchen Zeit für mich haben, um diese Bücher zu lesen, ne.« Nachdem seine Arbeit für ihn ihren Sinn und ihre Legitimationsgrundlage verloren hatte, geht es ihm jetzt darum, innerhalb der Klinik Zeit für sich auszugrenzen; dabei kann er natürlich davon ausgehen, daß seine Versorgung weiter gesichert ist.

(c) Für den Erzähler steht das für ihn Rätselhafte an seinem damaligen plötzlichen Entschluß, mit der Arbeit aufzuhören, im Vordergrund. Während er auf der einen Seite seine damalige Orientierung und die Begründung seines Entschlusses zum Ausdruck bringt (»sah ich auch nicht ein«; »darin sah ich eine Ungerechtigkeit.«), bezweifelter auf der anderen Seite deren Authentizität. In der Begründung seiner Entscheidung war das Thema der strukturellen Rahmenbedingungen seiner Existenz insgesamt (und ihrer demütigenden Implikationen) aufgetaucht; in dem Argument, mit dem er sich selbst »entlarvt«, beschränkt er sich auf den finanziellen Aspekt: Ihm sei auch damals schon klar gewesen, daß ein Arbeiter im Gegensatz zu ihm »keine dreihundert Mark Taschengeld im Monat hat«. Er charakterisiert seine Begründung nicht als falsch, sondern als **nicht ganz wirklich**. Die Lösung des Rätsels, eine tiefere Wirklichkeit, liegt in einem Geschehen, das sich hinter seinem Rücken durchsetzt: in seiner »Krankheit«, einem Prozeß, der seinem Verständnis und seiner Kontrolle entzogen, also selbst rätselhaft ist (vgl. den Redebruch und die längere Pause in Zeile 41, die dem »na wenigstens bereitete sich da wieder was in meiner Krankheit vor« vorausgeht; »Krankheit« bietet sich dort an, wo man sonst nicht mehr weiterkommt.). Er »erklärt« sein Verhalten dadurch, daß er es – und damit sich selbst – fremd macht.

(d) Durch die Übernahme der Krankheitsdefinition wird seinem damaligen **Protest** und den **darin** liegenden lebensgeschichtlichen Bezügen die Ernsthaftigkeit aberkannt, der Protest wird – um einen Begriff von Berger und Luckmann (1970: 123f.) zu verwenden – »**nihilisiert**«. Es wird deutlich, wie die Möglichkeit, auf diese Definition zurückzugreifen, das Verhältnis zur eigenen Person verändert: Man **lernt**, sich argwöhnisch zu belauern und sich nicht für ganz voll zu nehmen. Daß er »**krank**« ist, ist die Lösung des Rätsels, vor dem er steht. Gleichzeitig stellt sich ihm dieses Rätsel in der Schärfe nur, weil die **Krankheits**zu-schreibung als Möglichkeit allgegenwärtig ist und naheliegt.

(e) Die Tatsache, daß man »**krank**« ist, wird kontinuierlich und durchgreifend durch die Plausibilitätsstrukturen der langfristigen klinischen Prozessierung und des Klinikmilieus abgesichert und bekräftigt. Daß es sich bei seiner **Arbeitsverweigerung** schon um etwas Pathologisches gehandelt hat, wird für den Erzähler auch **daran** offensichtlich, was kurze Zeit später passiert: Er fällt Mitarbeitern in der

Klinik auf und wird auf eine Akutstation verlegt. Ihrem Urteil, daß mit ihm »irgendwas nicht in Ordnung« gewesen sei, schließt er sich an. In diesem Zusammenhang ist auch seine Erfahrung wichtig, daß er mit seinem Plan der autonomen Zeitverwendung scheitert: daß er, statt zu lesen, im Bett »herumdöst«. Seine rhetorische Frage (»Aber wie sah der Tag aus?«) und die Antwort, die er sich gibt (»Ich las zwar etwas, aber längst nicht soviel, wie ich mir vorgestellt hatte.«), verweisen darauf, daß er dies als Niederlage erlebt, an der für ihn innere Grenzen sichtbar werden: Er kann in dieser Situation etwas nicht leisten, was zu seiner intellektuellen Identität gehört. Er registriert eine biographische Wandlung, wobei hier offen bleibt, als wie nachhaltig er sie ansieht: ob er sie in erster Linie im Zusammenhang mit einem damaligen Prozeß betrachtet, den er mit »na wenigstens bereitete sich da wieder was in meiner Krankheit vor« umschreibt, oder ob diese Erfahrung losgelöst davon als etwas nachwirkt, was sein heutiges Selbstbild prägt. Eine weitere spätere Textstelle spricht für die zweite Alternative, als er nach der Coda seiner Erzählung noch resigniert hinzufügt, daß er »eben auch wieder gerne mehr Zeit« zum Lesen hätte, aber dann würde er auch nur »wieder im Bett liegen..

(f) Der Rückgriff auf »Krankheit« bietet sich für ihn an, um das Unerwartete und Unbegreifliche seiner inneren Entwicklung einordnen und seine damaligen Begründungen entlarven zu können. Aber nicht alles, was er in diesem Zusammenhang tut, wird im Rückblick mit dem Akzent des Pathologischen versehen: Sein Versuch, Zeit für sich auszugrenzen, um sich endlich mal seinen Büchern zuwenden zu können, behält eine alltagsweltliche Plausibilität, die auch in dem Satz »Also es gab – viele Gründe für mich aufzuhören.« verstärkt wird. Man könnte von einem *Gemengezustand* in seiner theoretischen Verarbeitung sprechen: Die Pathologisierung ist dominant, aber färbt nicht alles ein. In diesem Zusammenhang ist auch seine Gegenüberstellung von »>Krankheit« und »Zustand, in dem man sich befindet«, von Interesse, weil darin sein Versuch zum Ausdruck kommt, für seine Erfahrungen eigene Begriffe zu finden – Begriffe allerdings, die die Berechtigung psychiatrischer Zuschreibungen nicht in Zweifel ziehen.

(g) Durch den Rückgriff auf die Krankheitskonzeption bringt er sich in Einklang mit dem Ort, an dem er lebt, und mit der biographischen Situation, in der er sich befindet: Daß man psychiatrischer Langzeitpatient ist, hat schon seine Berechtigung.

3. Beispiel B

3.1 Datenausschnitt

Im folgenden geht es ebenfalls um einen ca. vierzigjährigen Mann, der kurz nach seiner Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik, in der er sich über ein halbes

Jahr befunden hatte, von mir interviewt wurde. Zu diesem Zeitpunkt stand er noch deutlich unter dem Eindruck eines für ihn katastrophalen Ereignisses: nämlich daß er ein Jahr zuvor von seiner Frau und seiner Tochter verlassen worden war. Danach hatte er einen Suizidversuch unternommen und mehrere Tage auf einer Intensivstation gelegen. In dem darauf folgenden Zeitraum war er zweimal kurz hintereinander in ein psychiatrisches Landeskrankenhaus eingewiesen worden, nachdem er »zu Hause durchgedreht war. Während der zweiten Hospitalisierung war ihm von einem Arzt in Aussicht gestellt worden, daß er bei einem möglichen dritten Aufenthalt dort »nicht so schnell wieder raus« kommen würde. Die Angst davor, »einer von diesen sogenannten Rehabilitationsfällen dort zu werden« (mit denen er, wie er sagt, als jemand, der beruflich »seinen Mann gestanden« hat, nichts gemeinsam hat), und die Erfahrung, »daß ich da langsam in die Depression reinkam, wo ich also absolut nichts mehr gegen tun konnte«, hatten ihn veranlagt, alle Kräfte für eine partielle Kontrolle seiner Situation einzusetzen: so schnell wie möglich das Landeskrankenhaus zu verlassen.

Unter dem Eindruck der Erfahrung: »Aber ich kam nicht mehr auf die Beine,« hatte er seinen Haushalt aufgelöst (»für'n Appel und en Ei und das, wo man also jahrelang für gearbeitet hat, das ist also weg«) und war in seine Heimatstadt zurückgekehrt, wo noch seine Eltern wohnen. Dort hatte er sich in die anfangs erwähnte Klinik einweisen lassen, die er noch von seinen ersten beiden, fünfzehn und siebzehn Jahre zurückliegenden psychiatrischen Hospitalisierungen her kannte (»obwohl ich da denkbar schlechte Erfahrungen hatte.). Nach diesen ersten beiden Krankenhausaufenthalten war er zehn Jahre lang nicht mehr in einer psychiatrischen Klinik gewesen; in dieser Zeit hatte er eine Familie gegründet und war beruflich z. T. sehr erfolgreich gewesen.

Ich werde jetzt im Unterschied zum ersten Beispiel nicht ein einziges *zusammenhängendes* Textstück vorstellen, sondern den letzten Teil des Interviews (bis zur Coda) zusammenfassend darstellen, wobei häufig auf Transkriptionsausschnitte zurückgegriffen wird. [5] In diesem Teil geht es um die letzten vier Jahre vor der Katastrophe.

Nachdem der Erzähler sehr ausführlich mit Hilfe zahlreicher Belegerzählungen auf eine für ihn unerträgliche Situation an seinem Arbeitsplatz eingegangen war (als Vertriebsleiter sei er auf unfähige Untergebene angewiesen gewesen, deren Entlassung er nicht habe durchsetzen können), erwähnt er, daß er schließlich »krank« geworden sei und eine »Depression« bekommen habe; sie habe zuerst fünf Monate und anschließend – nach einem Intervall von sechs Wochen, während dessen er gearbeitet habe – noch einmal drei Monate gedauert. Er fährt fort:

»Und . . . die knallte damals direkt um nach dem/ . . . ja praktisch war's ja en Jahr, ganz zusammen in . . . so eine manische Phase. Als ich dann in Urlaub/Winterurlaub fuhr mit meiner Frau und meiner Tochter zusammen, und da war ich so froh, daß ich diesen ganzen Dreck hinter mich gelassen hatte, daß ich also wieder einigermäßen – da bin ich richtig durchgedreht.
Da habe ich nur gesoffen und sonstwas gemacht.
Also nicht – nur gesoffen, aber viel getrunken, nicht. . .«

Dies sind die Rahmenbedingungen für eine Situation, der er katastrophale Folgen zuschreibt.

»Und – da ist es auch passiert, daß ich nach sieben Jahren zum erstenmal meiner Frau einen an'n Hals gehauen habe, nich. Was ich normalerweise nie getan hätte und auch heute nicht tun würde, ne. (((verbittert)))

Und das war wohl der erste große Fehler überhaupt gewesen, nicht, in unserer Ehe.

Ich weiß heu/heute noch, wie das passiert ist.

Und das kann wahrscheinlich auch jeder verstehen, der sich in meine La/Lage versetzt.«

Wie es zu diesem Verlust seiner Selbstkontrolle kommen konnte, wird jetzt detailliert geschildert. Dabei greift der Sprecher auf ganz unterschiedliche praktische Erklärungen (vgl. Scott und Lyman 1976) zurück, um sich zu entlasten: Beispielsweise relativiert er seinen Kontrollverlust unter Hinweis darauf, daß andere im Trubel eines Dorffestes »natürlich auch alle durchdrehten«; er gibt seiner Frau eine Mitschuld (sie habe, als es draußen dunkel geworden sei, mit der Tochter das Gasthaus verlassen, ohne ihm Bescheid zu geben, und die Umgebung sei sehr gefährlich gewesen), und er betont, daß er sich – auch noch in der Situation des Kontrollverlustes – von moralischen Gesichtspunkten habe leiten lassen (»Und da hau ich meiner Frau eine runter. Aus Angst um die Tochter, daß irgendwas passiert.«).

Als die Familie wieder zu Hause ist, setzen sich die Spannungen fort, und unter diesen Umständen ereignet sich das Folgende:

»Und das passierte dann wohl auch, daß wir uns über irgend ne – ne Sache dort in die Haare bekamen, und dann drehte ich durch und hab ()/da hab ich bei uns mal eh so ne – ne Glasplatte mal auf'm Glastisch kaputtgeschlagen und dann – hab also an den Möbeln mich da vergriffen, nich.

Meine Frau, die hat dann ihre Tochter geschnappt und ist abgehauen da, ne.

Und – da habe ich wohl, da bin ich auch richtig das erste Mal so durchgedreht, daß ich da selber nich mehr weiß, was ich gemacht habe..

Daraufhin wird zum ersten Mal eine Zwangseinweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus eingeleitet. Die Erinnerung an diese Intervention, die – langfristig gesehen – hohe Kosten für das Verhältnis zu seiner Ehefrau hat, ist noch immer von großer Bitterkeit gekennzeichnet. In der Folgezeit spielen Schuldvorwürfe und Verdächtigungen (»das hat man mir vier Jahre lang auch verschwiegen, wer den (Amtsarzt, G.R.) geholt hat«) eine große Rolle, die Vertrauensgrundlage der Ehepartner wird immer brüchiger. Seine Frau unternimmt einen ersten Versuch, sich scheiden zu lassen, läßt sich aber noch einmal davon abbringen.

Während des sechswöchigen Aufenthaltes im Landeskrankenhaus verbringt er einen Wochenendurlaub bei einer befreundeten Kindergärtnerin (»aber – nur ne rein – lockere so ne Beziehung zu der gehabt.), da sich seine Frau weigert, ihn nach Hause zu holen. Er macht deutlich, daß er dieser Frau dankbar sei für ihre Hilfe in dieser Notsituation (»das Mädchen war an sich schwer in Ordnung, nich, also hat ihr Bestes getan.); diese positive Evaluation ist allerdings mit einer argumentativen Sequenz verbunden, die so eingeleitet wird:

»Nur mit dem Unterschied, daß sie also immer noch der Auffassung war, auch bis heute/ bis zud vor kurzem noch war, ich sei Alkoholiker, also ich würde trinken. In ner manischen Phase trink ich auch sehr viel. Aber – in normalen Phasen trink ich mein Bierchen, genau wie jeder andere – oder auch nicht.«

Er hebt hervor, daß er von einem Freund und nicht von seiner Frau aus der Klinik abgeholt worden sei, und sagt über die erste Zeit zu Hause:

»Ich glaub, wir haben sieben oder acht Wochen nebeneinander gelegen, daß ich nicht mal ne Hand rüber (((leichtseufzend))) () durfte, strecken durfte zu ihr, nicht, das . . . muß man vielleicht auch mal sehen, das ist . . . etwas, was ich – im Grunde genommen gar nicht – begreifen konnte. Denn – dieser – Ausbruch, der damals erfolgte, als ich bei uns die Möbel auseinandert (), der war ja nicht gegen meine Frau gerichtet, das war ja etwas, was ich selber – nicht mehr unter Kontrolle hatte, nicht.

Und für mich war das also völlig unverständlich, und ich hab mich also ganz behutsam hab ich mir praktische diese Beziehung wieder aufbauen müssen zu meiner Frau.

Da ist natürlich was zurückgeblieben, nämlich das Gefühl (((bedrückt))) daß in dem Fall, wenn ich nochmal krank werden würde, ich mutterseelenallein da stehen würde. Die absolute Gewißheit.«

Er habe nur den Fehler gemacht, daß ihm im Verlauf von Meinungsverschiedenheiten »öfter rausgerutscht« sei: »Wenn ich down bin, haust du sowieso ab (. . .). Auf dich kann ich mich nicht verlassen.. Das sei zwar »völlig berechtigt. gewesen, aber das Ergebnis habe darin bestanden, daß seine Frau gesagt habe, »die letzten vier Jahre wären für sie ne einzige Demütigung gewesen*. Das sei nicht richtig. »Sie holt sich da ihren Kram da dabei raus..

Er kommt noch einmal auf die Bekannte zu sprechen, bei der er den Wochenendurlaub aus dem Landeskrankenhaus verbracht hatte. Es wird deutlich, welche Bedeutung ihrer Person in ehelichen Auseinandersetzungen zukommt:

»Bei dieser Kindergärtnerin, wo ich war eh das Wochenende, die hat mich dann mit ins Bett genommen. Gut, das kann passieren . . . irgendwie – hat meine Frau das rausgekriegt – später. . . ich glaub, ich hab's ihr sogar selber erzählt. Ich habe gesagt/ wenn man also so sieben oder acht Wochen neben der eigenen Frau liegt, dann wird einem das zu bunt, dann hab ich gesagt: »Ich – ich kann ja auch nach Starnberg fahren.

() vor sechs Wochen da auch, als ich damals Wochenendurlaub/ du wollst mich auch nicht haben..

Er sagt, dies klinge »zwar unheimlich böse und hart*, aber es stecke »auch ne ganze große Spur von Verzweiflung mit dadrin«, denn es sei ihm darum gegangen, das Verhältnis zu seiner Frau und seiner Tochter wieder »grade zu biegen*.

In der folgenden Zeit habe seine Frau ungerechtfertigter Weise den Verdacht gehabt, daß sie weiter miteinander schliefen (»was überhaupt nicht der Fall ge/ es ist einmal passiert.), und er verteidigt die weiteren sporadischen Kontakte zu der Bekannten als etwas, was seinem Gefühl tiefer Dankbarkeit entsprungen sei.

»Denn – kein Mensch kann sich vorstellen, wie das ist, aus so ner Klapsmühle Urlaub zu bekommen und dann nicht wissen: wohin.«

Auffällig ist, daß ebenso wie an früherer Stelle die Darstellung der Beziehung zu der Kindergärtnerin mit einer argumentativen Struktur verbunden ist, in der es – in Auseinandersetzung mit einer von dieser Frau aufgestellten Behauptung – darum geht, wer er ist. Während er zuvor ihre Identitätszuschreibung, daß er »Alkoholiker sei, unter Hinweis auf seine »manischen Phasen* zurückgewiesen hatte, erwähnt er jetzt ihre Behauptung, er sei bei ihr gewesen und habe unter dem Einfluß von Alkohol versucht, ihr die Flasche über den Kopf zu schlagen. Seine Reaktion auf diesen Vorwurf reicht von anfänglicher emphatischer Ablehnung (»spinnst du doch ehrliche) über Zweifel (»das glaub ich nicht«) und dem Zugeständnis, daß es ja möglich gewesen sein kann (»daß ich da also auch so durchgedreht gewesen bin«), bis zu dem Eingeständnis, daß er sich zuletzt »nicht mehr genau unter Kontrolle hatte..

»Das waren so Dinge, die mir also so unheimlich zu denken und wenn man anfängt – und das bin ich eigentlich erst jetzt angefangen, an mir selbst zweifeln manchmal, daß man also sich selber nicht mehr kontrollieren kann.

Und es/ ich konnte es ja auch nicht und – dazu haben mir auch alle diese Aufenthalte in der Psychiatrie, wo man einfach sagt/ mir gesagt hat: »Sie können sich nicht kontrollieren, auch wenn Sie's wollen, Sie können es nicht.«, obwohl ich's damals sehr genau konnte. In ((LKH)) zum Beispiel im Krankenhaus, als ich die ersten sechs Wochen da war – wo ich dann einmal zu Hause/ wieviel Leute gibt's, die zu Hause mal durchdrehen – oder es/ die nicht zu Hause, die (son) in ner Kneipe ne Keilerei anfangen.«

(Bei dem Beispiel, auf das er verweist, handelt es sich um das eben erwähnte Ereignis, das seiner ersten Zwangseinweisung vorausgegangen war.)

Es folgt die kurze Schilderung von zwei »Keilerein«, in die er früher einmal verwickelt gewesen sei, wobei im Vordergrund steht, daß die Initiative dazu nicht von ihm ausgegangen sei; man sei »angemacht« worden. Von dieser Schilderung kehrt er wieder zurück zum Thema der katastrophalen Entwicklung seiner Ehe und beendet seine Darstellung folgendermaßen:

»Denn sonst bin ich da in in der Hinsicht nie n aggressiver Typ gewesen. Nur daß das dann eben halt mal – gerade in der Atmosphäre, wo man sich entspannt zu Hause, daß es dann mal – dann durchkam, nicht, und das auch öfter dann nachher im Laufe der Zeit da meistens eh. Wir haben sone Glastischplatte, die ging dann öfter dabei drauf, ne. Aber ich habe *nie*– ((leichtaufzend)) im Sinn gehabt, da meiner Frau selbst was zu tun. Obwohl ich sie nachher auch ge-schlagen habe, ne. Obwohl ich's nicht wollte ()/ich war selbst erschrocken über mich dann. Und das waren so Dinge, die, die mir also auch unheimlich so/ und wo ich nicht mit mir fertig werden konnte, wo mir auch der Arzt, das war'n Neurologe – nicht mit geholfen hat, wo meine Frau selbst noch gesagt hat: »Er braucht jetzt vielleicht mal 'n Psychiater, der mit ihm diese Dinge jetzt mal durchgeht.« Und der hat/ hat der Arzt, der Neurologe, gesagt: »Der/ Ihr Mann brauch keinen Psychiater, das ist alles in Ordnung.< . . Und so sind die Dinge dann irgendwie auf die – Spitze getrieben, ne.« Mit der Coda im letzten Satz bezieht er sich auf die Katastrophe: daß seine Frau ihn zusammen mit der Tochter verlassen hat.

3.2 Analytischer Kommentar

Es ist wohl deutlich geworden, wie schmerzhaft die Auseinandersetzung mit dem, was passiert ist und was die Ereignisse über ihn aussagen, und wie wenig abgeschlossen seine theoretische Verarbeitung dieser Dinge zum Zeitpunkt des Interviews für ihn noch ist; er »steckt noch mitten drin.. Auf formaler Ebene wird das daran erkennbar, daß sich das Argumentationsschema (vgl. Kallmeyer und Schütze 1977) immer mehr durchsetzt. Während er anfänglich noch erzählt und die Rekonstruktion von Ereignisabfolgen möglich ist (die argumentative Komponente kommt hier in verschiedenen theoretischen Kommentaren und in impliziten und expliziten praktischen Erklärungen zum Ausdruck), ist dies später nicht mehr möglich: Das, was passiert ist, schwimmt mehr oder weniger; die Ereignisse sind für ihn so undurchsichtig und problematisch geworden und stellen ihn so sehr in seinem Selbstverständnis in Frage, daß er nur noch einen verzweifelten Abwehrkampf gegen Zuschreibungen anderer (seiner Frau, der Bekannten, der Psychiatrie) führt, die für ihn vernichtend ausfallen.

Ich will nicht detailliert auf die Struktur seiner Argumentation eingehen, sondern mich nur auf einzelne Aspekte konzentrieren, die im Zusammenhang mit dem oben entwickelten Thema relevant sind:

(a) Während er das Ereignis, das seiner Zwangseinweisung vorausgegangen war, als dramatischen Kontrollverlust (»so durchgedreht, daß ich selber nich mehr weiß, was ich gemacht habe«) einführt und die distanzierte Haltung seiner Frau nach seiner Entlassung als ungerecht beklagt, weil sich ja sein »Ausbruch« nicht gegen sie gerichtet habe (»das war ja etwas, was ich selber nicht mehr unter Kontrolle hatte.), werden dieses Ereignis und seine damalige Verfassung später ganz anders gewertet: Er wehrt sich gegen die (so wahrgenommene) psychiatrische Zuschreibung einer prinzipiellen Unfähigkeit sich zu kontrollieren unter Hinweis darauf, daß er das zum damaligen Zeitpunkt noch »sehr genau konnte.,

und indem er seinen »Ausbruch« durch die rhetorische Frage »Wieviele Leute gibt's, die zu Hause mal durchdrehen?! entdramatisiert und normalisiert.

Mit anderen Worten: Die psychiatrische Zuschreibung wird sozusagen eingeklagt, weil sie ihn, was konkrete Ereignisse in seiner Familie betrifft, moralisch entlastet und die Rückkehr zur Tagesordnung ermöglichen soll (wobei es ihn verbittert, daß seine Frau diese Evaluation nicht nachzuvollziehen scheint); und sie bedroht ihn gleichzeitig in elementarer Weise. Während er gegenüber seiner Frau geltend macht, in dem »Ausbruch« nicht er selbst gewesen zu sein, beharrt er gegenüber der Psychiatrie darauf, damals – ebenso wie viele andere, »die zu Hause mal durchdrehen« – er selbst geblieben zu sein. Man könnte dieses Nebeneinander von sich wechselseitig ausschließenden Interpretationen als Theoriedilemma bezeichnen, dessen Auflösung nur unter großen Schwierigkeiten möglich wäre. So oder so steht seine Selbstachtung auf dem Spiel. Dieses Dilemma zeigt sich in seiner Erzählung auch in anderen Formen.

(b) Dem generellen Eingeständnis, daß er schließlich soweit gewesen sei, sich selbst nicht mehr kontrollieren zu können, folgt – wie auch an anderen Stellen seiner Erzählung – sofort ein erklärungstheoretischer Kommentar, der eine gegen die Psychiatrie gewandte Stoßrichtung hat: Daß ihm diese prinzipielle Unfähigkeit während seiner Psychiatrieaufenthalte eingeredet worden sei, habe als sich selbst erfüllende Prophezeiung verheerende Folgen gehabt. (Man könnte hier von einer Laienversion des Etikettierungs-Ansatzes sprechen.) Während zuvor ein bestimmtes Ereignis (von ihm als »Ausbruch« bezeichnet) unter Rückgriff auf die Krankheitskonzeption erklärt und entschuldigt worden war, geht es hier um die Erklärung des Zustandes generell, in dem er sich schließlich befunden hatte. Daß man die »Dinge, die mir so also so unheimlich zu denken gaben, auf soziale Prozesse zurückführen und Schuldige – intervenierende Professionelle selbst – identifizieren kann, wirkt entlastend. Es ist ein Versuch, dem Bedrohlichen an der Erfahrung, sich selbst fremd geworden zu sein, entgegenzuwirken. Wenn der Betroffene als »manisch-depressiv« diagnostiziert worden ist, dann wird sich das Urteil, daß er sich nicht kontrollieren kann, nur auf die »manischen« Phasen bezogen haben; diese Relativierung wird von ihm selbst aber nicht zum Ausdruck gebracht. Für ihn hat die Zuschreibung dieses Defizits den Charakter eines grundsätzlichen Angriffs auf seine Person. – Sein Vorwurf der verhängnisvollen Dramatisierung seines Zustandes wird später durch einen ganz anderen Vorwurf ergänzt: daß der Arzt seine Situation bagatellisiert habe, als er sich wirklich nicht mehr habe helfen können (»Ihr Mann braucht keinen Psychiater.«).

(c) Im Einleitungsteil des Interviews, in dem u. a. ausführlich mein Forschungsinteresse dargelegt worden war, hatte ich betont, daß es mir nicht darum gehe, Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen zu vergleichen. An dieser Stelle hatte er mich unterbrochen und heftig geäußert:

»Schmeißen Se mal die ganzen Scheißdiagnosen mal übern Haufen, das ist der größte Humbug, den's gibt!«

In seiner Erzählung wird demgegenüber deutlich – und das ist wiederum Ausdruck des eben erwähnten Theoriedilemmas –, daß er an bestimmten Stellen auf Diagnosen zur Kurzkennzeichnung von inneren Zuständen und von bestimmten Phasen zurückgreift. Was im Hinblick **darauf** an dem Textstück auffällt, das ich eben zusammengefaßt hatte, ist Folgendes:

- Ebenso wie an anderen Stellen seiner Erzählung versucht er nicht, den als »Depression« bezeichneten inneren Zustand genauer darzustellen. Er geht detailliert auf die Vorgeschichte der >>Depression« ein, aber dann nicht mehr auf die spezifische Qualität seiner damaligen Selbst- und Welterfahrung. Erwähnenswert ist allein die Dauer. Es wird deutlich, wie sich durch die Übernahme einer psychiatrischen Kategorie eine explizit indexikale Darstellung vermeiden läßt. Der Erzähler kann unterstellen, daß der Zuhörer – wie jedermann sonst auch – schon Bescheid weiß, wenn er diesen Begriff hier verwendet. Nachfragen wären ungewöhnlich, würden Erstaunen und vermutlich schmerzhaftere Erinnerungen hervorrufen.
- Eine andere Kategorie, die dem psychiatrischen Sinnsystem entstammt und an verschiedenen Stellen auftaucht, ist die der »manischen Phase«. Wenn er davon spricht, daß die »Depression« in eine »manische Phase« »umgeknallt« sei, dann macht er deutlich, daß er diesen Wechsel wie eine Naturgewalt, als seiner Kontrolle entzogen, erlebt habe. Andererseits stellt er ihn als quasi-natürliche Konsequenz dessen dar, was er zuvor durchgemacht hatte, und rückt ihn so in einen allgemein verständlichen Sinnzusammenhang: »So froh, daß . . .«. Die klinische Kategorie wird sozusagen alltagsweltlich aufgefüllt. Während »manische Phase*« einerseits der Oberbegriff ist, wird an der Mühe, die er **darauf** verwendet, ganz unterschiedliche entlastende Erklärungen für den (in diesen Zeitraum fallenden) ersten Gewaltausbruch gegenüber seiner Frau zu finden, erkennbar, daß er sich dieser Kategorisierung nicht voll ausliefert, sie für ihn nicht voll erklärungskräftig ist: Die Verantwortung für sich selbst wird dadurch nicht einfach suspendiert. Wenn er an das Verständnis der Allgemeinheit appelliert (»Und das kann wahrscheinlich auch jeder verstehen, der sich in meine La/ Lage versetzt.), dann beansprucht er gerade nicht den Bonus des psychisch Kranken. Entschuldigungs- und Rechtfertigungsgründe sind vorhanden, aber sie liegen woanders. – Mit dem Begriff »Theoriedilemma« angesprochene Schwierigkeiten seiner theoretischen Verarbeitung werden auch hier sichtbar.
- Der Behauptung seiner Bekannten, daß er »Alkoholiker« sei, begegnet er dadurch, daß er zwar einen zeitweilig sehr hohen Alkoholkonsum eingesteht, ihn aber als Ausdruck einer »manischen Phase« begreift. Das vermehrte Trinken gehört für ihn also zu begrenzten, zyklisch wiederkehrenden Phasen seiner Krankheit, in denen seine Selbstkontrolle reduziert ist. Der Rückgriff auf die Krankheitsdefinition erfolgt in diesem Zusammenhang völlig selbstverständlich und wirkt entlastend, da ihr die negativen Konnotationen der alternativen Kategorisierung als »Alkoholiker« fehlen: Man hat hin und wieder eine »manische Phase«, aber man ist permanent und in erster Linie »Alkoholiker«. Die

Auseinandersetzung darüber, was mit ihm los ist und wer er ist, besteht in dieser Situation in einer Gegenüberstellung abstrakter Diagnosen, während dies in anderen Situationen (vgl. (a)) nicht der Fall ist; in der Interaktion mit seiner Frau steht im Vordergrund: Kannst du mich für das, was geschehen ist, verantwortlich machen oder nicht? Die Kontextabhängigkeit der jeweils relevanten Selbst- und Fremdzuschreibungen wird **daran** erkennbar. Was auch deutlich wird: Die Frage danach, welche Diagnose zutrifft, ist nicht allein eine Angelegenheit der Professionellen, sondern kann auch zu einem wichtigen Diskussionsgegenstand zwischen dem Patienten und seinen signifikanten anderen werden.

(d) Die Weise, in der er den Zusammenbruch seiner Orientierung theoretisch verarbeitet, ist – wie auch an anderen Stellen seiner Erzählung erkennbar – deutlich davon geprägt, wie er die Kontrollintervention erlebt hat. In seinem Fall folgt beispielsweise seinem Eingeständnis »da bin ich auch richtig das erste Mal so durchgedreht, daß ich da selber nicht mehr weiß, was ich gemacht habe« unmittelbar der Protest dagegen, daß und wie eine Zwangseinweisung eingeleitet wurde; seine Verbitterung darüber ist noch in der Interviewsituation spürbar. Die Erinnerung an den eigenen Kontrollverlust ist mit der Erinnerung an das ihm zugefügte Unrecht – daß man (d.h. insbesondere seine Frau) ihn einer Kontrollinstanz ausgeliefert hat, statt einen »normalen Arzt« zu holen; daß »man« ihm jahrelang »verschwiegen« hat, wer den Amtsarzt eingeschaltet hat usw. – verbunden und wird davon überlagert.

4. Vergleichende Diskussion

(1) In beiden Fällen geht es um die Beantwortung der Frage: Was war bzw. ist mit mir los? Insofern unterscheiden sich beide Beispiele von Erzählungen, in denen das eigene Verhalten und die eigene Person nicht zum Problem werden oder in denen die Frage nicht auftaucht, sondern – etwa durch die Einführung einer psychiatrischen Selbstkategorisierung und eines entsprechenden Beleges – sogleich die Antwort: man sei »hochpsychotisch« gewesen und das habe sich **darin** gezeigt, daß . . . usw. In den eben vorgestellten Interviewausschnitten kann der Zuhörer oder Leser verfolgen, wie der Erzähler für ihn problematische Sachverhalte einführt und zu Schlußfolgerungen gelangt (odereben nicht gelangen kann).

(2) In **beiden** Fällen wird zur Beantwortung dieser Frage auch auf das **Deutungspotential** zurückgegriffen, das von der Psychiatrie zur Verfügung gestellt wird und institutionell abgesichert ist. Es geht hier nicht darum, daß psychiatrische Wissens- und Theoriebestände in elaborierter Form herangezogen würden; es tauchen höchstens Kategorien auf wie »Krankheit«, »Depression«, »manische Phase«, unter die Ereignisse und Erlebnisse subsumiert werden. Das, was der Betroffene vom psychiatrischen Deutungspotential übernimmt und auf seine Situation anwendet, ist vor allem der Gesichtspunkt, daß innere Zustände, Wandlungen

und Verhaltensweisen nicht mehr ihm selbst zugerechnet werden können, sondern Ausdruck eines Geschehens sind, das sozusagen außerhalb seiner selbst abläuft:

»Na wenigstens bereitete sich da wieder was in meiner Krankheit vor.«
 »Dieser Ausbruch (...), das war ja etwas, was ich selber – nicht mehr unter Kontrolle hatte.«

(3) In beiden Fällen wird diese Definitionsmöglichkeit dadurch nahegelegt, daß im Zusammenhang mit dem in Frage stehenden Verhalten eine psychiatrische Intervention (Verlegung auf eine andere Station, Zwangseinweisung) erfolgt. Die psychiatrische Erklärung ist keine Privatangelegenheit, sondern wird durch die aktuelle und langfristige institutionelle Prozessierung herbeigeführt und plausibilisiert. Der erste Erzähler spricht davon, wie er Mitarbeitern der Klinik aufgefallen sei, die gemerkt hätten, daß »irgendwas nicht in Ordnung war«. Er stimmt ihnen zu: »Und ich hatte tatsächlich Schwierigkeiten, mich in der Wirklichkeit zurechtzufinden.« Wenn der zweite Erzähler gegenüber seiner Frau darauf beharrt, daß »dieser Ausbruch« etwas gewesen sei, was er »selber nicht mehr unter Kontrolle hatte«, dann wird sein Anspruch auf »Freispruch« implizit dadurch unterstützt, daß es zu einer psychiatrischen Reaktion auf sein Verhalten gekommen war – auch wenn ihn diese Reaktion und ihre Begleitumstände bis heute verbittern.

(4) In beiden Fällen stehen jeweils unterschiedliche Dimensionen psychiatrischer Zuschreibungen im Vordergrund: die *kognitive* und die *moralische*.

Es kann – wie im ersten Beispiel – um ein Rätsel gehen, das man zu lösen versucht. Hier handelt es sich um einen Sachverhalt, der allein den Erzähler betrifft: eine für ihn unerklärliche und unerwartete innere Wandlung und eine damit verbundene Entscheidung, die er sich nur durch seine »Krankheit« erklären kann.

Oder es kann sich – wie im zweiten Beispiel – um so problematische Dinge handeln, daß die Selbstachtung des Betroffenen in elementarer Weise bedroht ist und die Beziehungen zu signifikanten anderen in Gefahr geraten. Um dieser Gefahr entgegenzuwirken, kann man versuchen, den Kontrollverlust moralisch zu neutralisieren, ihn von sich (von seinem »wirklichen Selbst«) abzuspalten; insofern wirkt die psychiatrische Definition entlastend. Während der Betroffene kurzfristig und kontextspezifisch seinen »Ausbruch« pathologisiert, um dadurch die Renormalisierung der eigenen Person gegenüber seiner Frau durchzusetzen, wird die durchgreifende, kontextunabhängige Pathologisierung durch Professionelle (»Sie können sich nicht kontrollieren. . .«) als moralisch degradierend und bedrohlich erfahren.

(5) Die letzte Feststellung verweist auf den Umfang einer psychiatrischen Zuschreibung. Ist sie partikularisierend oder totalisierend? Wenn der erste Sprecher davon spricht, daß »sich da wieder was in meiner Krankheit vor(bereitete)«, dann deutet das auf die Vorstellung hin, daß sein Verhalten über einen längeren Zeitabschnitt essentiell als Ausdruck eines Krankheitsgeschehens verstanden werden kann, das ihn schon länger begleitet hat (»meine Krankheit«) und als Mög-

lichkeit allgegenwärtig ist. Dem steht die Haltung des zweiten Erzählers gegenüber, der zwar von manischen Phasen spricht, dies aber in verschiedener Hinsicht auch wieder einzuschränken und abzuschwächen versucht. Gegen den Totalisierungsschakter einer solchen Kategorie kann er sich allerdings letztlich nur schwer zur Wehr setzen: Wenn er sich einmal darauf eingelassen hat, die Bezeichnung »manische Phase« zu übernehmen, dann wird damit nahegelegt, daß es sich um etwas handelt, was sich wiederholt, ihn immer wieder einholt und daß sich komplementär dazu »depressive« Phasen finden. Dies sind Konsequenzen, die man anfangs nur schwerlich antizipieren kann.

(6) Es wird deutlich, daß in beiden Fällen die Bereitschaft zur Übernahme einer psychiatrischen Kategorisierung der eigenen Person sehr unterschiedlich ist: Im ersten Beispiel wird etwas im Rückblick als pathologisch eingestuft, als nicht ernst zu nehmen nihilisiert, was auch als Protesthaltung und als biographisch relevantes Handlungsschema verstanden werden könnte, während im zweiten Beispiel der eigene Kontrollverlust einerseits, um einen Achtungsverlust zu begegnen, als außerhalb der eigenen Kontrolle hingestellt, aber andererseits auch wieder bagatellisiert wird: »Wieviel Leute gibt's, die zu Hause mal durchdrehen?!«

(7) Wenn in beiden Fällen zur Erklärung oder Entschuldigung auf psychiatrische Zuschreibungen zurückgegriffen wird, in welchem Ausmaß werden dann die »Krankheit« oder die Unfähigkeit, sich zu »kontrollieren*«, selbst wieder erklärt oder erscheinen erklärungsbedürftig?

Zum ersten Sprecher: In verschiedenen Kommentaren innerhalb seiner Erzählung (hier beziehe ich mich auf Textstellen, die in diesem Aufsatz nicht aufgenommen sind) vermittelt er einen Einblick in seine Krankheitstheorie: daß seine »Krankheit« nicht »stehe«, sondern weitergehe; daß es so etwas wie eine »Vorprogrammierung« gebe, d. h. eine determinierende Kraft, die diesen Prozeß in Gang halte usw. Aber er hebt gleichzeitig das Nicht-Aufklärbare an seinen »irregulären~Erlebnissen hervor, die er im übrigen – im Gegensatz zu anderen Erzählern – ohne Scheu von sich aus und mit einer gewissen Faszination beschreibt. Daß er sich seine »Krankheit« nicht erklären kann, erstaunt ihn (»ist doch etwas seltsam, sich an all das zu erinnern, ohne daß da irgendwie etwas greifbarer dadurch würde.«), aber es erschrickt ihn nicht.

Im Gegensatz dazu steht für den zweiten Sprecher die Erklärungsbedürftigkeit der eigenen Kontrollverluste und seiner Wandlung zu jemandem, der hilflos ist und sich – vor allem auch gegenüber anderen – nicht mehr kontrollieren kann, viel stärker im Vordergrund. Dabei greift er auf Erklärungsversuche zurück, die seine essentielle Normalität nicht in Frage stellen sollen, was beispielsweise an der alltagsweltlichen Auffüllung der Kategorie der »manischen Phase« und dem Vorwurf der sich selbst erfüllenden Prophezeiung, den er gegenüber der Psychiatrie erhebt, sichtbar wird. Dementsprechend bleibt es für ihn irritierend und bedrohlich, daß er sich – auch wenn er dies nicht explizit eingesteht – nicht alles erklären kann.

(8) Aus den bisherigen Ausführungen ist schon hervorgegangen, daß der Stand der theoretischen Verarbeitung der eigenen Verlaufskurve [6] jeweils sehr unter-

schiedlich ist. Das kommt auch textstrukturell deutlich zum Ausdruck: Der erste Sprecher gelangt, während das Kommunikationsschema der Erzählung dominant bleibt, zu der Schlußfolgerung: »Na wenigstens bereitete sich da wieder was in meiner Krankheit vor.« und fährt dann fort zu erzählen. Man könnte von einem resignativen Sich-Abfindensprechen. Der zweite Sprecher ist noch so mit sich »im unreinen«, daß sich das Argumentationsschema immer mehr durchsetzt; er kann über das, was er durchgemacht hat, nicht erzählen. Die Auseinandersetzung mit dem, was ihm vorgeworfen und wie über ihn geurteilt wird, verläuft für ihn sehr quälend und verstrickt ihn in Widersprüche, die letztlich nicht aufgelöst werden, ihn erregen und lähmen (Theoriedilemma).

(9) Bisher wurde von mir die Frage nach den biographischen Ablaufstrukturen vernachlässigt, die zu einer solchen Haltung sich selbst gegenüber und zu einem solchen Umgang mit psychiatrischen Zuschreibungen geführt haben, wie dies in den beiden vorgestellten Beispielen erkennbar geworden ist. Dazu nur noch einige kurze Anmerkungen:

In der Erzählung des ersten Sprechers läßt sich deutlich rekonstruieren, wie ihm schon früh (während seiner Schulzeit) von seiner Mutter die Verantwortung für eine eigenständige Biographieplanung entzogen wird, er sich damit abfindet und seinen Handlungsspielraum höchstens mit kleinen subversiven Verweigerungen ausfüllt. Unter diesen Bedingungen wird die Herausbildung einer grundsätzlich verantwortungslosen, sorglos-indifferenten Einstellung sich selbst gegenüber gefördert. Der biographische Entwurf, den er im Zusammenhang mit der Wahl eines Studienfachs formuliert, hat einen inauthentischen, nicht-ernsthaften Charakter und gefährdet ihn stark, weil er nun Lebenszeit in etwas investiert, dem die lebensgeschichtliche Verankerung fehlt. Als sein Studium scheitert, sich seine Situation entstabilisiert, er einen Orientierungszusammenbruch erleidet und zum ersten Mal in die Psychiatrie gerät, entwickelt seine Mutter sehr bald den Plan seiner lebenslangen Anstaltsunterbringung und kann diesen Plan auch in die Tat umsetzen. Er leistet keinen Widerstand und schwankt in der Zeit vor der endgültigen chronischen Hospitalisierung zwischen einer anfänglich sorglosen Stimmung und, als der Zeitpunkt des Eintritts in die Institution immer näher rückt, dem Entsetzen angesichts der Vorstellung: »Ich soll mein Leben in Gorau verbringen!«. In einem biographietheoretischen Kommentar zur ersten Phase dieser Übergangszeit sagt er, er habe damals nicht die »Konsequenzen« seiner »Zustände« gesehen: »Nämlich, daß ich für das praktische Leben nicht mehr in Frage kam.« Er akzeptiert also das Zwangsläufige dieser Entwicklung, ohne daß etwa signifikante andere (seine Mutter) oder Professionelle erwähnt würden, die seine »Zustände« herbeiführen. Während er einerseits von dieser Automatismusvorstellung ausgeht und die Entwicklung verdinglicht, teilt er gleichzeitig nicht die spezifische Rekonstruktion seiner »Krankheit«, wie sie seine Mutter vornimmt – Ausdruck einer gewissen Spannung in seiner autobiographischen Thematisierung. Eine wichtige Hintergrundsbedingung für die Stabilität der Krankheitskonzeption besteht auch darin, daß die Infragestellung seines Krankseins und seines

Lebens als chronischer Patient einem Verstoß gegen den letzten Willen der Mutter gleichkäme: Sie hatte ihm noch kurz vor ihrem Tod geschrieben: »Für dich wird bis an dein Lebensende gesorgt sein.«, was für sie ein beruhigender Gedanke gewesen war. Gegen ihren tiefsitzenden Ratschluß und Lebensplan für ihn kann er sich auch jetzt noch nicht wehren, weil der Widerstand automatisch unmoralisch wäre; es wäre für ihn extrem schwierig, sich von solchen Sinnressourcen zu emanzipieren.

Es sollte in diesen Hinweisen auf die Lebensgeschichte lediglich angedeutet werden, wie langfristig eine Haltung begünstigt und verfestigt wird, in der der Betroffene sich als nicht mehr für sich selbst zuständig ansieht – sowohl was die entscheidenden lebensgeschichtlichen Weichenstellungen, als auch was Identitätszuschreibungen und Problemdefinitionen betrifft. Dieser indifferenten, distanzierenden Haltung zu sich selbst entspricht die Bereitschaft, die psychiatrische Perspektive als letztlich maßgebliche Erkenntnisquelle hinsichtlich seiner Person zu akzeptieren.

Im Gegensatz dazu weist die Lebensgeschichte des zweiten Sprechers einen starken Planungscharakter auf, auch wenn diese Planungen häufig den Akzent der Flucht haben: vor allem der Befreiung aus dem bedrückenden Milieu seiner Herkunftsfamilie und aus der Abhängigkeit von einem verhassten Vater. Zentral für sein Selbstbild war und ist die Vorstellung von einem hart an sich arbeitenden, zielbewußten Mann, der langfristige biographisch relevante Handlungsschemata zu realisieren in der Lage ist. (Die Formulierung des »Sich-seine-Familie-Aufbauens« deutet an, wie diese Haltung, sich als Organisator und Planer zu sehen, auch auf die Beziehungen zu signifikanten anderen ausgedehnt wird.)

Umso härter trifft ihn dann das Scheitern eines biographischen Entwurfs: Die psychiatrische Hospitalisierung (und damit Definition seiner Person), die erfolgt, nachdem er im Studium versagt hat, stellt für ihn eine ungeheure Provokation dar, die er bis heute als schmerzhaft empfindet. Seine Haltung gegenüber der Psychiatrie wird von diesen ersten sehr negativen Erfahrungen entscheidend und langfristig geprägt. In seinen Augen verliert er erst aufgrund dieser Intervention seine Orientierung: »Das war für mich ein solcher Schock, daß für mich alles gestorben war, was bis dahin gewesen war.« Und er mißt ihr die Bedeutung eines verhältnissvollen biographischen Wendepunktes zu. In seiner theoretischen Verarbeitung findet also eine Art Defokussierung statt: weg von seinen eigenen Schwierigkeiten und hin zur klinischen Prozessierung und ihren Folgen. Die Attestierung eines Zustandes, in dem er sich nicht kontrollieren kann, verunsichert ihn tief und nachhaltig. – Gleichzeitig übernimmt er zu einem späteren Zeitpunkt, ohne daß ganz deutlich würde, wie er zu dieser Erkenntnis gelangte, die Vorstellung von »manischen Phasen«. Mit den Spannungen, die sich aus der gleichzeitigen Existenz widerstrebender Erklärungsmuster ergeben, hatte ich mich ausführlich beschäftigt.

Anmerkungen

- 1 Dieses Papier entstand im Rahmen meiner (durch ein Promotionsstipendium der **Studienstiftung** des deutschen Volkes geförderten) Untersuchung zu Biographieverläufen psychiatrischer Patienten aus soziologischer Sicht. Für die Transkription eines Teils der von mir im Rahmen dieses Projektes durchgeführten narrativen Interviews wurden Forschungsmittel aus dem Haushalt der Universität Bielefeld zur Verfügung gestellt. Wertvolle Anregungen, von denen ich auch bei der Arbeit an diesem Aufsatz profitierte, erhielt ich von Anselm **Strauss** und **Fritz Schütze**.
- 2 Mit diesem Konzept beziehen sie sich auf das, was auch Konversion genannt worden ist; sie wollen nur die religiösen Konnotationen des Konversionsbegriffs vermeiden.
- 3 Danach werden die Übernahmen der me-Bilder ja wieder interpretiert.
- 4 Für seine Hilfe bei der Herstellung des Zugangs zu diesen Personen danke ich Bruno Hildebrand.
- 5 Bei diesen Transkriptionsausschnitten wurde für die Zwecke dieses Aufsatzes auf die Wiedergabe der Rezeptionssignale des Interviewers verzichtet.
- 6 Vgl. zu diesem Konzept Schütze (1981). Mit diesem Konzept werden Prozesse einer konditionellen Verkettung lebensgeschichtlicher Ereignisse in ihrer sequentiellen Strukturiertheit erfaßt, in denen der **Handlungsspielraum** des Betroffenen immer weiter eingeschränkt wird. »Wenn biographische Handlungsschemata das intentionale Prinzip des Lebensablaufs und institutionelle Erwartungsmuster wie das des Lebenszyklus das normativ-versachlichte Prinzip des Lebensablaufs repräsentieren, so stehen Verlaufskurven für das **Prinzip** des Getriebenwerdens durch **sozialstrukturelle** und äußerlich-schicksalhafte Bedingungen der Existenz. Etwas altmodischer kann man mit Aristoteles von »Prozessendes **Erleidens**« sprechen.« (Schütze 1981: 145)

Literatur

- Becker, H. S., 1963: *Outsiders. Studies in the sociology of deviance.* New York: The Free Press
- Berger, P., 1965: Towards a sociological understanding of psychoanalysis. *Social Research*, 32, S. 26-41
- Berger, P., 1966: *Invitation to sociology.* Harmondsworth: Penguin Books
- Berger, P. und Th. Luckmann, 1970: *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit.* Frankfurt: Fischer
- Erikson, K. T., 1962: Notes on the sociology of deviance. *Social Problems* 9, S. 307-314
- Fletcher, C. R., P. K. Manning, L. T. Reynolds und J. O. **Smith**, 1974: The labeling theory and mental illness. In: *Explorations in psychiatric sociology*, hrsg. von P.M. **Roman** und H. M. Trice. Philadelphia: F.A. Davis, S. 43-62.
- Garfinkel, H., 1956: Conditions of successful degradation ceremonies. *American Journal of Sociology* 61, S. 420-424
- Glaser, B. und A. Strauss, 1967: *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research.* Chicago: Aldine
- Gove, W., Hrsg., 1975: *The labelling of deviance. Evaluating a perspective.* New York: Sage
- Kallmeyer, W. und F. Schütze, 1977: Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung. Exemplifiziert am Beispiel von Erzählungen und Beschreibungen. In: *Gesprächsanalyse (Kolloquium »Gesprächsanalyse«, IKP, Oktober 1976)*, hrsg. von D. **Wegner**. Hamburg: Buske, S. 159-274
- Lemert, E. M., 1951: *Social pathology.* New York: McGraw-Hill

- Lemert, E. M., 1972: *Human deviance, social problems and social control.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall
- Müller, K.-D., 1976: *Autobiographie und Roman. Studien zur literarischen Autobiographie der Goethezeit.* Tübingen: Niemeyer
- Niggel, G., 1977: *Geschichte der deutschen Autobiographie im 18. Jahrhundert. Theoretische Grundlegung und literarische Entfaltung.* Stuttgart: Metzler
- Riemann, G., 1981: *Biographieverläufe psychiatrischer Patienten: eine soziologische Sichtweise.* In: *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive*, hrsg. von J. Matthes, A. Pfeifenberger und M. Stosberg. Nürnberg: Verlag der Nürnberger Forschungsvereinigung, S. 407-437
- Rubington, E. und M. S. Weinberg (Hrsg.), 1973: *Deviance. The interactionist perspective.* 2nd edition. New York und London: The Macmillan Company
- Scheff, Th. J., 1965: *Being mentally ill.* Chicago: Aldine
- Schütze, F., 1977: Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie, Arbeitsberichte und Forschungsmaterialien, Nr. 1
- Schütze, F., 1981: Prozeßstrukturen des Lebensablaufs. In: *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive*, hrsg. von J. Matthes, A. Pfeifenberger und M. Stosberg. Nürnberg: Verlag der Nürnberger Forschungsvereinigung, S. 67-156
- Scott, M. B. und S. M. **Lyman**, 1976: Praktische Erklärungen. In: *Seminar: Kommunikation, Interaktion, Identität*, hrsg. von M. Auwärter, E. Kirsch und M. Schröter. Frankfurt: Suhrkamp, S. 73-114. **Original:Accounts.** *American Sociological Review* 33, 1968, S. 46-62
- Spitzer, S. und N. K. Denzin, 1968: Issues and problems in the sociology of mental illness. In: *The mental patient. Studies in the sociology of deviance*, hrsg. von S. Spitzer und N.K. Denzin. New York: McGraw-Hill, S. 461-473