

Fachgebiet
Psychologie

**Subjektive Bedingungsfaktoren der Diagnoselatenz
am Beispiel von zwangserfahrenen Menschen**

– Eine qualitative Studie zum Frühverlauf bis zur Deutungsannahme
aus Betroffenenensicht –

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität
zu Münster (Westf.)

vorgelegt von
Diana Kneifel-Racket
aus Hannover

2012

Tag der mündlichen Prüfung: 28.02.2013

Dekan der Philosophischen Fakultät: Prof. Dr. Christian Pietsch

Erstgutachter: Prof. Dr. Franz Breuer

Zweitgutachter: Prof. Dr. Helmut Mair

Für meine Kinder

Lena, Paula und Maximilian

Danksagung

Ich möchte mich bei allen bedanken, die mein Forschungsprojekt begleitet und unterstützt haben.

Allen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern danke ich herzlich für ihre Offenheit in den Interviews, die mir einen eindrucksvollen Einblick in Leben und Erfahrungen mit Zwängen ermöglicht haben.

Mein Dank gilt Herrn Prof. Dr. Franz Breuer für seine Begleitung und Ermutigung für meine Forschungsarbeit, gleichzeitig danke ich Herrn Prof. Dr. Helmut Mair für sein entgegengebrachtes Interesse, seine kritischen Anregungen und seine Zusage, diese Arbeit als Zweitbetreuer zu unterstützen.

Beim Münsteraner Forschungskolloquium von Herrn Prof. Breuer und bei der Forschergemeinschaft der Berliner NetzWerkstatt „Primas“ möchte ich mich für viele fachliche Diskussionen bedanken. Ich bedanke mich besonders bei Birte Uhlig, Johanna Dreyman, Beatrix Habel, Stefanie Sachse, Christian Nawrath, Iris Engelhardt und Martina Koch.

Mein besonderer Dank gilt meinem Mann Dr. med. Horst Racket für seinen moralischen Beistand und so manch kritischen Diskurs zu meinem Thema und meinen Kindern für ihre Geduld bei einer zeitweise starken Beanspruchung für diese Arbeit.

Bei Kollegen und meinen Freunden möchte ich mich für ihre Ermutigung und ihr Verständnis während arbeitsreicher Phasen bedanken. Besonders bedanke ich mich bei Hedwig Dierschke, Christine Neubauer, Renata Ahlborn, Nico Sobolewski, Ralf Böcker und Michael Drössler.

„Ja und dann ähm.. hab ich halt eine Therapie nach der anderen gemacht und ähm ich kam eben der Zwangserkrankung immer näher, bis mir dann endlich mal einer sagte, dass ich ne Zwangserkrankung hatte und dann war ich also irgendwo war ich ja ganz glücklich, dass man jetzt endlich mal äh ja was gesehen hat, also dass ich mal jetzt was in der Hand hatte, ich bin wirklich ne hab wirklich ne Krankheit und spinn hier nicht rum oder so ne.“ Frau Menzel

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	11
2	Das medizinische Krankheitsbild der Zwänge	15
2.1	Zwangsphänomen aus historischer Perspektive	15
2.2	Klinische Erscheinungsbilder und diagnostische Leitlinien.....	17
2.3	Verlaufscharakteristika und Diagnoselatenz.....	25
3	Gesundheit und Krankheit mit Konstruktcharakter.....	33
3.1	Gesundheit und Krankheit aus kontextspezifischer Perspektive	33
3.2	Psychische Störung als Konstrukt	41
4	Theoretische Prozessmodelle	44
4.1	Das fünfphasige Prozessmodell nach Dörner	44
4.2	Das 10-Phasen-Prozessmodell von Kanfer et al.	46
4.3	Das Trajectory-Konzept von Strauss und Corbin & Strauss	47
5	Zusammenfassung der theoretischen und empirischen Befunde und deren Relevanz für die Untersuchung	51
6	Methodik des qualitativ-sozialwissenschaftlichen Forschungsprozesses.....	55
6.1	Selbstreflexives Erkenntnisinteresse zu Beginn und Begründung für ein qualitatives Vorgehen.....	55
6.2	Entwicklung der Forschungsfrage im Forschungsprozess	59
6.3	Grounded-Theory-Methodik zur qualitativen Datenanalyse.....	63
6.4	Datenerhebung und Feldzugang	70
6.5	Gütekriterien qualitativer Forschung.....	80
7	Deutungsarbeit – zentrales Phänomen des Latenzprozesses.....	85
7.1	Art und Ausmaß des Belastungserlebens	89
7.1.1	Subjektives Leiden bis Kontrollverlust in fast allen Lebensbereichen	90
7.1.1.1	Das ist normal – „Null Leidensdruck“; „merkwürdige Dinge passierten“	90
7.1.1.2	Das ist ein Problem – „der Herd ist noch an“; „da war das so schlimm“.....	97

7.1.1.3	Das ist ein Zwangsproblem – „Waschen gegen Angst“; „das war die Hölle“	106
7.1.2	Schlüsselmomente zu Beginn	111
7.1.2.1	Das ist normal – „an Wundstarrkrampf gestorben“; „der war todeskrank“	111
7.2	Eigene plausible Deutungsmuster	113
7.2.1	Personenbedingtes Deutungsmuster	114
7.2.1.1	Das ist normal – „die eben pingeliger sind“; „ich war immer n bisschen so ängstlich“	114
7.2.2	Spezifische Lebensumstände	118
7.2.2.1	Das ist normal – „diese klebrigen Hände“; „Angst vorm Tod“	118
7.2.3	Krankheitsbezogenes Deutungsmuster	125
7.2.3.1	Das ist ein Problem – „so bisschen hyperaktiv“; „ich bin verrückt“	125
7.3	Biographische Potenziale	131
7.3.1	Integrierende Lebensführung	132
7.3.1.1	Das ist normal – „und bei mir war es so“; „viel wichtiger nachzudenken, als was weiß ich, Mathe zu lernen“	132
7.3.1.2	Das ist ein Problem – „ich hab des trotzdem (betont) alles bewältigt“; „ich konnte nicht arbeiten“	137
7.3.1.3	Das ist ein Zwangsproblem – „Entschieden hat der Zwang“; „dann musste ich das abbrechen“	145
7.3.2	Finden eigener Lösungswege	149
7.3.2.1	Das ist normal – „irgendwie durchzulavieren“; „sich rausreden“	150
7.3.2.2	Das ist ein Problem – „Not macht erfinderisch“; „perfektes Täuschmanöver“	154
7.3.2.3	Das ist ein Zwangsproblem – „nen ganzen Tag nur grübeln“; „auch sehr einsam“	157
7.4	Bezugspersonen als Außenstehende und als Mitbetroffene	158
7.4.1	Erkennen und Handeln	158
7.4.1.1	Das ist normal – „Da war er ganz stolz drauf“; „die haben das gar nicht bemerkt“	159

7.4.1.2	Das ist ein Problem – „es kommt ständig Gegenwind“; „aufgefallen, dass irgendwas nicht stimmt“.....	164
7.4.1.3	Das ist ein Zwangsproblem – „es gab hier Mord und Totschlag“; „wussten sich überhaupt nicht zu helfen“.....	170
7.4.2	Deutungserschwerisse.....	175
7.4.2.1	Das ist normal – „Alltagsdinge, die dadrüber lagen“; „wollte es aber auch n bisschen bedeckt halten“.....	176
7.4.3	Reaktionen Dritter.....	179
7.4.3.1	Das ist ein Problem – „nich als der, äh, derjenige der mit Dachschaden dasteht“; „die haben alle gelacht“.....	179
7.4.3.2	Das ist ein Zwangsproblem – „guck mal der Buckelige“; „die Polizei gerufen“.....	180
7.5	Rolle des medizinischen Hilfesystems.....	181
7.5.1	Erster medizinischer Ansprechpartner.....	182
7.5.1.1	Das ist ein Problem – „Sehstörungen und war dann beim Augenarzt“; „nicht mehr klarzukommen“.....	182
7.5.1.2	Das ist ein Zwangsproblem – „hatte Verseuchungsängste“; „inner diffusen äh äh Was-ist- das-Sache“.....	185
7.5.2	Passung Betroffener – Arzt.....	189
7.5.2.1	Das ist ein Problem – „wer is kränker, der Arzt oder ich“; „zumal er da auch nich richtig gebohrt“.....	189
7.5.2.2	Das ist ein Zwangsproblem – „Offen- und Ehrlichkeit“; „bestätigt mir auch, dass das wirklich krankhaft is“.....	199
7.5.3	Weitere Deutungsquellen.....	209
7.5.3.1	Das ist ein Zwangsproblem – „in ner Live-Sendung und da passiert nichts“; „ersten Kontakte mit richtig Zwangskranke gehabt“.....	209
8	Diskussion und Implikationen für die Praxis	212
8.1	Inhaltliche Diskussion der Ergebnisse.....	212
8.2	Methodische Diskussion der Ergebnisse: Geltungsbereich des Modells.....	227
8.3	Implikationen für die Praxis	232
9	Zusammenfassung der Ergebnisse	236
10	Literaturverzeichnis.....	238

11	Abbildungsverzeichnis	261
12	Anhang	262
	Anhang A Illustrierende Theoriememos und visuelle Diagramme ..	262
	Anhang B Annoncentext in überregionaler Zeitschrift und bei der DGZ	268
	Anhang C Exemplarischer Interviewleitfaden	269
	Anhang D Angewandte Transkriptionsregeln	270

1 Einleitung

Im späten Mittelalter gilt ein Zwangserkrankter¹ oft als vom Teufel besessen; ein bekanntes Beispiel ist die von Shakespeare (1967) beschriebene Lady Macbeth (Uraufführung 1611). Der Mitbegründer der Passagierluftfahrt und amerikanische Milliardär Howard Hughes (1905–1976) in der Verfilmung ‚Aviator‘ mit Leonardo DiCaprio (Erscheinungsjahr 2004) stellt einen den Zeitgeist zu Beginn des 20. Jahrhunderts spiegelnden Visionär, später einen in seinen Zwängen gefangenen Menschen dar. Die filmische Inszenierung des kauzigen, tragikomischen und liebenswerten Privatdetektivs ‚Monk‘ mit Tony Shalhoub (USA ab 2005) zeigt, wie ein Zwangsbetroffener seine Fälle, vielleicht auch dank seiner Zwänge, ebenso akribisch wie brillant löst. Bizarre und kuriose Zwangsphänomene finden immer wieder Interesse in der Literatur oder neuen medialen Darstellungen, die den öffentlichen und medizinischen Blickwinkel eröffnen können.

Aus aktueller klinischer Perspektive wird auf die skurrilen Zwangsphänomene in ihrem schwerwiegenden Krankheitsverlauf hingewiesen, epidemiologisch scheint es sich um keineswegs seltene Erscheinungen zu handeln. Nach einer prospektiven Verlaufsstudie zu Zwangserkrankungen (Zellmann, Jans, Irblich, Hemminger, Reinecker, Sauer, Warnke & Walitza 2008) führen diese für Betroffene trotz verbesserter Behandlungsoptionen weiterhin zu erheblichen Belastungen in der Lebensführung, so dass der Früherkennung prädiktive Bedeutung zugeschrieben wird. In aktuellen Studien (Stengler-Wenzke & Angermeyer 2004, Zellmann et al. 2008) werden Latenzzeiten, der Dauer vom Erkrankungsbeginn bis zur Diagnosestellung, von ca. 10 Jahren repliziert, so dass Betroffene trotz klinisch relevanter Zwangsphänomene jahrelang undiagnostiziert und unbehandelt bleiben. Es scheint wenig Wissen über Bedingungsfaktoren für diese erhebliche Zeitspanne sowohl auf Betroffene-

¹ Aus Gründen besserer Lesbarkeit verwende ich die männliche und weibliche Schreibweise nicht gleichzeitig, jedoch sind immer gleichermaßen Frauen und Männer einbezogen.

nenseite als auch im medizinischen Versorgungssystem zu geben (vgl. Kapitel 2.3).

Aus aktueller gesellschafts- und gesundheitspolitischer Perspektive verändert sich der Blick auf psychisch Erkrankte (vgl. Kapitel 3). Im deutschen Bundes-Gesundheitssurvey (Robert-Koch-Institut Berlin 2009, Weblink: www.gbe-bund.de; letzter Zugriff: 15.09.2009) werden steigende Gesundheitskosten infolge langer Ausfallzeiten und zunehmender Erwerbsunfähigkeiten gezeigt. Bei aller Ökonomisierung von Gesundheit ist der gesellschaftliche Umgang mit psychisch Leidenden ungeklärt und kann Stigmatisierungsrisiken für Betroffene beinhalten (Graebel, Zäske & Baumann 2004). „Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung“ bedürfen nach Gross (2008:V) des medizinischen, jedoch auch des gesellschaftlichen Diskurses. Die öffentliche Wahrnehmung psychisch Erkrankter, gerade auch Zwangsbetroffener, scheint weiterhin Vorurteile und Ausgrenzungspotential zu bergen.

Trotz zunehmender medialer Informationsbereitstellung, wie z. B. in Reportagen: ZDF-Reporter: „Ordnung ist das ganze Leben“ am 23.09.2007 (Tonja Pölit), Spiegel-TV Extra: „Verrückt bei klarem Verstand“ am 19.08.2008 bei VOX und Artikeln, u. a. Süddeutsche Zeitung vom 23.03.2004: „Hirnschrittmacher gegen Zwänge und Tics“ (Bernhard Albrecht; Redaktion Galileo), Focus-Magazin Nr. 13 (2006): „Unterwegs zur Angst. Zwänge bewältigen“ (Carin Pawlak), scheint weiterhin nur unzureichendes Wissen über das Zwangsphänomen öffentlich präsent zu sein. Auch Selbsthilfeorganisationen, wie die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e. V. (DGZ), Online-Angebote: www.zwaenge.de, www.zwaenge.at und www.zwang.ch mit deren Internetforen und eine zunehmende Anzahl von Selbsthilfeliteratur, u. a. „Zwänge – Hilfe für ein oft verheimlichtes Leiden“ (Ciupka 2001), „Die Krankheit des Zweifelns“ (Ecker 2003), „Zwangsstörungen verstehen und bewältigen“ (Fricke & Hand 2011) sowie vereinzelte Erfahrungsberichte, z. B. „Der Weg aus der Zwangserkrankung“ (Ulrike S., Crombach & Reinecker 2000) scheinen den gesellschaftlichen Zugang erst allmählich zu bahnen. Übergänge von Ritualen im Alltagsleben zu beginnenden Zwangsphänomenen

sind fließend, spiegeln in ihrer Vielfalt oftmals sogar Realität und können auf ein gesellschaftliches Normenproblem hinweisen. Betroffene bewegen sich in diesem öffentlichen und gesundheitspolitischen Raum und werden mit ihm auf unterschiedliche Weise konfrontiert.

Im Laufe meines Forschungsprojektes wird zum Anliegen meiner Untersuchung, diesen Zeitraum des Erkennens und Annehmens bei Betroffenen mit einem qualitativen Ansatz zu beleuchten. Ich möchte zum Verstehen beitragen, wie Betroffene aus ihrer Sicht diese Zeitspanne vom ersten Wahrnehmen bis zur Einordnungsannahme aus ihrer retrospektiven Sicht rekonstruieren. Aus klinischer Perspektive wird dieser Zeitraum mit dem Begriff der ‚Diagnoselatenz‘ bezeichnet (vgl. Kapitel 2.3). Da die klinische und die lebensweltliche Sichtweise nicht übereinstimmen müssen und wie es sich in der Praxis erweist, Betroffene oftmals Regeln und Theorien annehmen, an die sie sich mit ihren eigenen Vorstellungen ‚andoggen‘ können (vgl. Franke 2006, Hucklenbroich 2008), ist es mir ein besonderes Anliegen, Betroffene als Experten ihrer Lebenswelt zu Wort kommen zu lassen (Groeben & Scheele 1977, vgl. Kapitel 3.1), so dass ich zur Analyse narrative Interviews durchführe. Einschränkend ist eine gewisse pathologisierende Sichtweise nicht auszuschließen, da alle Gesprächspartner im Sinne der Stichprobencharakteristik die krankheitsbedingte Einordnung annehmen und sich in einer medizinischen Behandlung befinden bzw. befanden; dieses wird für den Geltungsbereich des entwickelten Modells diskutiert (Kapitel 8.2).

Das Anliegen meiner phänomenologischen Arbeit ist es, zur Annäherung an die persönliche Erfahrungs- und Lebenswelt Betroffener beizutragen, insbesondere wie sie mit ihren alltagsweltlichen, biographischen und sozialen Einflüssen leben. Ziel meiner Untersuchung ist es, einen Theorieentwurf zu generieren, der die subjektiven Bedingungsfaktoren der Einordnungsannahme aus Betroffenenensicht erhellen kann, um mögliche Implikationen für präventive, sozialpsychiatrische und therapeutische Hilfsangebote zu entwickeln.

Dem Prozessverständnis qualitativer Forschung folgend stelle ich den Theorieteil (Kapitel 2–5) entlang der Weiterentwicklung der Forschungsfrage zu

dem jetzigen Stand fokussiert dar. Als theoretischen Hintergrund und mögliches Informationswissen für die eigene Auseinandersetzung Betroffener beschreibe ich aus klinischer Perspektive aktuelle Studien und Befunde zum medizinischen Krankheitsbild, zu Verlaufscharakteristika und zur Diagnoselatenz. Aus gesellschafts-, gesundheitspolitischer und medizinethischer Perspektive beleuchte ich für die eigene Bewertung von Krank- und Gesundsein deren Konstruktcharakter, insbesondere den einer psychischen Störung. Des Weiteren lege ich theoretische Prozessmodelle zur Latenz und abschließend eine Zusammenfassung der theoretischen und empirischen Befunde mit deren Relevanz für die Analyse meiner Untersuchung dar.

Im Methodenteil (Kapitel 6) gebe ich einen Einblick in meine Anwendung des qualitativ-sozialwissenschaftlichen Forschungsstils. Nach der Darlegung meines Erkenntnisinteresses und der Begründung für ein qualitatives Vorgehen gehe ich auf die Entwicklung der Forschungsfrage, auf das methodologische und methodische Vorgehen nach der Grounded Theory (Strauss & Corbin 1996, Strauss 1998) sowie auf anzuwendende Gütekriterien ein.

Im Auswertungsteil (Kapitel 7) lege ich meinen generierten Theorieentwurf entlang der drei Ebenen ‚Betroffener‘, ‚Rolle der Angehörigen‘ und ‚Rolle des medizinischen Hilfesystems‘ aus Betroffenenensicht unter Illustration reichhaltiger Interviewzitate dar.

Im Diskussionsteil (Kapitel 8) stelle ich meine Auswertungsergebnisse in Beziehung zu Befunden aus dem aktuellen Forschungsstand, wobei ich auch weitere aktuelle, zu meinen Ergebnissen in Bezug stehende Studien einbeziehe und nehme eine methodische Reflexion meiner Ergebnisse mit Hinweisen für die weitere Forschung vor. Abschließend leite ich Implikationen für die Praxis ab.

2 Das medizinische Krankheitsbild der Zwänge

Hinführend zum Themenbereich meines Forschungsanliegens und als theoretischen Hintergrund meiner Studie, der sich im Laufe meines Grounded Theory Forschungs- und Auswertungsprozesses fokussiert hat, führe ich aus klinischer Perspektive theoretische und empirische Befunde zu zentralen Aspekten meiner Untersuchung aus. Meine Annahme besteht zudem darin, dass der aktuelle Forschungsstand Zwangsbetroffenen zugänglich wird, sei es im medizinischen Versorgungssystem oder mithilfe medialer Quellen. Nach einem Einstieg mit einem historischen Einblick zum Zwangsphänomen stelle ich die aktuelle Forschungsliteratur zu relevanten Aspekten des medizinischen Krankheitsbildes, insbesondere zur Verlaufscharakteristik und zur Diagnoselatenz des Zwangsphänomens dar.

2.1 Zwangsphänomen aus historischer Perspektive

In der klinisch-psychiatrischen Literatur kommen bereits im 18. Jahrhundert relativ präzise Beschreibungen von Zwangsphänomenen vor. Als erstes lässt sich der Begriff ‚Zwangsvorstellung‘ und eine kasuistische Darstellung in der französischen Psychiatrie bei Esquirol (1838) finden. Schon dieser wertet diese auffällige und bizarr erscheinende Symptomatik als eigenständige Erkrankung. In der deutschen Psychiatrie wird der Begriff erstmals 1867 bei Krafft-Ebing benannt, wobei jener die aufdrängenden Gedanken jedoch im Rahmen einer depressiven Symptomatik wertet. Bereits Ende des 19. Jahrhunderts weist der Berliner Psychiater Westphal in seinen wissenschaftlichen Arbeiten (1878) auf eine differentialdiagnostische Abgrenzung zu psychotischen Phänomenen hin und sieht Hinweise einer verbreiteten Erkrankung mit frühem Beginn, eines als schwierig beurteilten Behandlungsverlaufes und einer Chronifizierungsneigung. In klinisch-psychiatrischen Arbeiten zu Zwangsphänomenen beschreiben sowohl Jaspers (1912) als auch

Schneider (1925) die zentralen, erstaunlicherweise noch heute bedeutsamen Kriterien der Psychopathologie der Zwangsstörung. 1912 (neu veröffentlicht 1973:239) schreibt Jaspers:

„Der Zwangskranke wird verfolgt von Vorstellungen, die ihm nicht nur fremd, sondern unsinnig erscheinen und denen er doch folgen muss, als ob sie wahr seien. Tut er es nicht, befällt ihn grenzenlose Angst. Der Kranke z. B. muss etwas tun, sonst stirbt eine Person oder es geschieht ein Unheil. Es ist, als ob sein Tun und Denken magisch das Geschehen verhindere oder bewirke. Er baut seine Gedanken zu einem System von Bedeutungen, seine Handlungen zu einem System von Zeremonien und Riten aus. Aber jede Ausführung hinterlässt den Zweifel, ob er es auch richtig, vollständig macht. Der Zweifel zwingt ihn, von vorne anzufangen.“

Jaspers hebt bereits als theoretische Annahmen die Ich-Dystonie, das magische Denken und die sich aus Zweifeln entwickelnden Rituale hervor. Auch das später von Hoffmann (1998:25) postulierte „*Unvollständigkeitsgefühl*“, welches Betroffene beim Ausführen der Rituale empfinden, wird von Jaspers angedeutet.

Nach bisher eher biologischen Sichtweisen (vgl. Tuke 1894) treten durch die sich entwickelnde Psychoanalyse psychodynamische Prozesse in den Vordergrund. Freud bezeichnet 1894 diese Symptomatik als Zwangsneurose und wertet Zwang und Hysterie als zwei Formen der Übertragungsneurose. Ätiologisch entwickelt sich nach Freud das Zwangsphänomen aus einem unbewussten Konflikt zwischen rigidem Über-Ich und sexuellen Trieben und lässt diese neurotische Symptombildung entstehen. Freud (1909) betont die „*Allmacht der Gedanken*“ (Seite 450) und das Denken dient dem „*Abwehrkampf*“ (Seite 440).²

Die wissenschaftlichen Forschungsbemühungen seit den 70er Jahren mit der

² In dem bekanntesten Fall Freuds (1918:40), dem „*Wolfsmann*“, wird berichtet, dass der Betroffene an aggressiv-gotteslästerlichen Gedanken wie: „*Gott-Schwein*“ oder „*Gott-Kot*“ leidet und beim Anblick von drei Pferdemitsthaufen oder anderem Kot auf der Straße an Gott denken muss.

zunehmenden Entwicklung spezifischer ätiologischer Hypothesen³ und therapeutischer Methoden⁴ haben das Verständnis über das Zwangsphänomen mit ihren Behandlungsoptionen verändern können. Die aktuell wieder zunehmend einfließenden neurobiologischen und -physiologischen Ansätze in ätiologische Annahmen und Behandlungsmethoden (vgl. Rapoport 2000, vgl. Külz, Hohagen & Voderholzer 2004, vgl. Schiepek, Tominschek, Karch, Murlert & Pogarell 2007) sind auf dem Hintergrund eines eher biologischen Menschenbildes jedoch kritisch zu diskutieren (vgl. auch Kapitel 3).

2.2 Klinische Erscheinungsbilder und diagnostische Leitlinien

Zwangsphänomene zeigen sich oft als komplexe Bilder, die klinisch in vielfältigen Formen und „von einer tragischen Skurrilität“ zu beobachten sind (Hoffmann 2003:294). Bereits Rachman & Hodgson (1980) haben phänomenologisch zwischen wiederkehrenden und aufdringlichen Zwangsgedanken (obsessions)⁵ und repetitiven, ritualisierten Zwangshandlungen (compulsi-

³ Da der Fokus meiner Arbeit auf der subjektiven Einordnungsannahme liegt, verweise ich auf aktuelle Übersichten zu ätiologischen Annahmen aus psychodynamischer, behavioraler, evolutionstheoretischer, neurobiologischer und genetischer Perspektive bei Voderholzer (2005) und Grabe & Ettelt (2007). Eine spannende aktuelle Hypothese zur Ätiologie findet sich bei Hand (2006:3), indem er schreibt, dass Zwangshandlungen als „offensichtlich „Selbstheilungsversuche“ (*s e l f – m e d i c a t i o n*) beim Umgang mit negativer Befindlichkeit“ zu deuten sind. (Kursiv gebrochene Schrift zeigt die Hervorhebung des Autors).

⁴ In Meta-Analysen (Abramowitz 1997, Multizenterstudie: Hohagen 1998, Pediatric-OCD-Treatment-Study 2004) kann die Effektivität kognitiver Verhaltenstherapie und bei schwerer Ausprägung der Störung in Verbindung mit Pharmakotherapie gezeigt werden. Neue systemisch-multimodale Verhaltenstherapiekonzepte in der Behandlung von Zwangsbetroffenen beschreiben Fricke, Rufer & Hand (2006).

⁵ Der Begriff ‚Obsession‘ für Zwangsgedanken leitet sich vom lat. „*obsidere: beherrschen, in seiner Gewalt haben, bedrängen, einengen*“ her (de.pons.eu, letzter Zugriff

ons) differenziert. Diese Unterscheidung gilt auch aus diagnostischer, nosologischer und therapeutischer Perspektive als bedeutsam (vgl. Reinecker 1994, vgl. Zaudig & Niedermeier 2002). Es zeigen sich vielfältige Formen und Themen von Zwangphänomenen, die „jeden Bereich des Alltags umfassen“ können (Grabe & Ettelt 2007:120). Bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen lässt sich dabei eine ähnliche Phänomenologie beobachten (vgl. Geller, Biedermann, Jones, Shapiro, Schwarz & Park 1998a).

In der klinischen Literatur, z. B. Andreasen (1993) sowie Lakatos & Reinecker (1999), finden sich verschiedene Ansätze einer Systematisierung, welche die Komplexität der Zwangsgedanken spiegeln. Dabei werden folgende Themen benannt: aggressive Inhalte, Kontamination, Sexualität und Symmetrie betreffend, religiöse Inhalte, ferner das Horten und somatische Themen.⁶ Bei den Zwangshandlungen zeigen sich Phänomene, wie Wasch-, Kontroll-, Wiederholungs-, Zähl-, Ordnungs- sowie Sammelzwänge.

In empirischen Studien (Rasmussen & Eisen 1992, Reinecker, Zaudig, Erlbeck, Gokeler & Hauke 1994, Foa & Kozak 1995) können ähnliche Prävalenzraten verschiedener Subtypen des Zwangphänomens repliziert werden: die höchsten Raten lassen sich bei den Wasch- und Kontrollzwängen und bei den auf Aggression und Kontamination bezogenen Zwangsgedanken beobachten. Bei Frauen wird bei den Waschwängen, bei Männern hingegen

19.02.2004) und beschreibt die Phänomenologie deutlicher als der deutsche Begriff ‚Zwangsgedanken‘ (vgl. Wewetzer 2004:12).

⁶ Themen von Zwangsgedanken in Orientierung an die o. g. Autoren: Aggression: Verletzungen von sich oder anderen, Unfälle, Hausbrand, Einbruch, Fehler, Unglück, Krieg und natürliche Katastrophen, Tod; Kontamination: Ansteckung mit Krankheitskeimen, AIDS, BSE, Krebs, Geschlechtskrankheiten, Verunreinigung mit Exkrementen, Schmutz, Staub, Ausscheidungen, gefährlichen Chemikalien; Symmetrie: extreme Symmetrie und Genauigkeit in der Ordnung von Dingen; Sexualität: sexuelle Annäherung, inzestuöse Impulse, Genitalien, Homosexualität, Masturbation, sexuelle Leistungsfähigkeit, pädophile Impulse; Horten: Sammeln von unnützen Dingen, Unfähigkeit, Dinge wegzuerwerfen, Verlust von Dingen und Information; Religion: Gottesexistenz, Gotteslästerung, Gültigkeit religiöser Geschichten und Handlungen, Sünden; Somatisch: Beschäftigung mit Körperteilen, Erscheinungsbild, Überzeugung, eine Krankheit zu haben (z. B. Krebs).

bei den Zwangsgedanken eine höhere prozentuale Häufigkeit gefunden (Rachman & Hodgson 1980, De Silva & Rachmann 1992). Insgesamt wird in den meisten Studien (Karno, Golding, Sorenson & Burnam 1988, Reinecker & Zaudig 1995) von einer nahezu ausgeglichenen Geschlechterrelation der Subtypen ausgegangen. Nach kulturvergleichenden Studien aus Finnland, Indien, Hongkong, Ägypten, Uganda, Türkei sowie dem Iran (Weissmann, Bland, Canino, Greenwald, Hwu, Lee, Newman, Oakley-Browne, Rubio-Stipec & Wickramaratne 1994, Cillicilli, Telcioglu, Askin, Kaya, Bodur & Kucur 2004, Mohammadi, Ghanizadeh, Rahgozar, Noorbala, Davidian, Afzali, Naghavi, Yazdi, Saberi, Mesgarpour, Akhondzadeh, Alaghebandrad & Tehrani-doost 2004) scheinen Zwangsphänomene kulturübergreifend zu sein. Die Autoren beobachten jedoch, dass die Themen der Zwangsphänomene von kulturspezifischen und zeithistorischen Faktoren beeinflusst werden.

Bei einem Betroffenen entwickeln sich meist mehrere, funktional verbundene Zwangsgedanken und -handlungen (vgl. Welner, Reich, Robins, Fishman & van Doren 1976). Diese zeigen folgende charakteristische Merkmale, über die in der klinischen Forschung eine erstaunlich hohe Übereinstimmung besteht (vgl. Reinecker 1994, vgl. Fricke et al. 2006): wiederkehrende und anhaltende Gedanken, Impulse oder Vorstellungen drängen sich gegen den Willen des Betroffenen auf. Es besteht bei mindestens einem Zwangssymptom Einsicht in die Unsinnigkeit und Übertriebenheit der Gedanken und Handlungen und sie lösen ein unangenehmes Empfinden (Anspannung, Unruhe, Angst oder Ekel) aus. Die Betroffenen versuchen, gegen den Impuls Widerstand zu leisten, was bei mindestens einem Symptom unterbleibt. Bei hohem Leidensdruck führen die Zwänge zu einer deutlichen psychosozialen Beeinträchtigung.

In der klinischen Forschung zu Zwangsphänomenen werden die Kriterien Einsicht und Widerstand diskutiert. Foa & Kozak (1995) können in einer Feldstudie beobachten, dass bei langem Erkrankungsverlauf die Einsicht und der Widerstand gegen die sich aufdrängenden Impulse bei einem Drittel der Betroffenen deutlich nachlassen. Die Autoren finden, dass Zwangsphänomene zunehmend stereotyp ablaufen und vorausgehende Zwangsgedanken ab-

nehmen. Die Einsicht der Betroffenen in die Unsinnigkeit der Rituale fehlt oder verschwindet nach langer Erkrankung, ebenso wie auch der innere Widerstand nachlässt (vgl. auch Hand & Zaworka 1981, vgl. Zaudig & Niedermeier 1998, vgl. Lakatos & Reinecker 1999). Reinecker (1994) verweist ebenso darauf, dass einige Betroffene rationale Rechtfertigungen bzw. Einsicht in die Übertreibung des Verhaltens zeigen, jedoch nicht in Bezug auf die Befürchtung. Bereits Rachman & Hodgson (1980) machen deutlich, dass zwanghafte aggressive oder sexuelle Impulse nicht umgesetzt werden. In aktuellen empirischen Studien (Wewetzer, Jans, Beck, Reinecker, Klampfl, Barth, Hahn, Remschmidt, Herpertz-Dahlmann & Warnke 2003, Trosbach, Angermeyer & Stengler-Wenzke 2003) wird auf die psychosoziale Problematik Angehöriger aufmerksam gemacht. Nach Wewetzer et al. (2003:16) wird „*die hohe Aggressionsbelastung in den Familien*“ durch die Einbindung von Familienmitgliedern oder Partnern in die Rituale gesehen.

Reinecker (1994) und Hand (2006) weisen auf Normenprobleme bei der diagnostischen Einordnung und dem therapeutischen Zugang hin (vgl. auch Kapitel 3.1). Viele Zwangsformen gelten in unserer Kultur in geringer Ausprägung als Normalverhalten, so dass der Abgrenzung zwischen ‚krank‘ und ‚normal‘ eine besondere Bedeutung zukommt. Die Grenzziehung zwischen klinisch relevanten Formen zu Ritualen und Gewohnheiten des Alltagslebens, jedoch auch zu abergläubischen und religiösen Ritualen ist mitzudenken und spiegelt die Faszination des Zwangphänomens (vgl. Müller-Kaspar 2001).

Diagnostische Leitlinien

Für das Erscheinungsbild der Zwangserkrankung werden die derzeit gültigen und als verbindlich geltenden diagnostischen Kriterien in den Klassifikationssystemen des ICD-10 (World Health Organization (WHO) 1992, www.icd-code.de/icd/icd10-GM-2011.html) und des DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 4. Revision, APA 1994 und

2000, Saß, Wittchen, Zaudig & Houben 2003, Weblink: DSM-IV-TR (text revision) online) definiert.⁷ Anwendung findet der ICD-10 vorrangig im klinischen Alltag und der DSM-IV in der internationalen wissenschaftlichen Forschung.⁸ Im Zuge internationaler Forschungsentwicklung⁹ wird im ICD-10 nach Revision des seit 1980 geltenden ICD-9 eine veränderte Operationalisierung diagnostischer Konzepte vorgelegt. Insbesondere sind es erklärte Ziele der beteiligten Autoren im ICD-10 im Gegensatz zum ICD-9 (WHO 1990, www.dimdi.de 2010), einen phänomenologischen und deskriptiven Ansatz zu verwenden, auf das Neurosen- und Psychosenmodell und Endogenitätsaspekte zu verzichten, psychopathologische Kriterien, psychosoziale Belastungsfaktoren, Zeit- und Verlaufscharakteristika aufzunehmen sowie Komorbiditäten mit zu bedenken. Es ergibt sich eine zum Teil veränderte diagnostische Differenzierung. Die noch im ICD-9 verwendete Zwangsneurose (300.3) wird durch die Zwangsstörung (F42) mit ihren Subtypen ersetzt und unter den Oberbegriff neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen gestellt. Auf einige kritische Anmerkungen zur Bedeutung dieser Konzeptualisierungsversuche werde ich im Kapitel 3 näher eingehen.

Nach Geller, Biedermann, Jones, Park, Schwarz, Shapiro & Coffney (1998b) ist die Anwendung gleicher Kriterien sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen kritisch zu hinterfragen und wird hier als ein spezifischer Subtyp diskutiert. Auch in der aktuellen Forschung wird die Identifikation weiterer Subtypen auf ihre Relevanz für die diagnostische Einordnung, eine spezifische Behandlungsoption und die Verlaufsprognose geprüft; diese werden für den DSM-VII und den ICD-11, die für Mai 2013 geplant sind, eru-

⁷ Sartorius (1992:16) betont, dass „eine Klassifikation (...) eine Möglichkeit [darstellt], die Welt zu einem bestimmten Zeitpunkt zu sehen“, deren Wert in klinischen Diskussionen manchmal nicht hinreichende Beachtung findet.

⁸ Die Zwangsstörung wird im ICD-10 und im DSM-IV ähnlich beschrieben, jedoch werden im DSM-IV die Kriterien insgesamt präziser benannt. Eine kritische Bewertung der Kriterien bei Emmelkamp & Oppen (2000) und Zaudig & Niedermeier (2002).

⁹ So hat das Feldstudienresultat von Foa & Kozak (1995) in dem DSM-IV zu dem Subtyp „mit wenig Einsicht“ geführt.

iert. Wegen der derzeitigen neurophysiologischen und -biologischen Forschungsausrichtung bleiben meiner Ansicht nach die weiteren Entwicklungen kritisch abzuwarten und bezüglich ihrer gesamtgesellschaftlichen Relevanz zu prüfen (vgl. auch Kapitel 3.2). Aktuelle Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Zwangsstörung werden von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGPPN) (2007:73ff.) für die Anwendung in der klinischen Praxis veröffentlicht. Ciupka-Schön (2003) hat nach einer Befragungsstudie Leitlinien zur Therapie von Zwangsbetroffenen herausgegeben.¹⁰

Zur Diagnosestellung stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung: einerseits Fremdrating-Verfahren, wie das strukturierte Interview zum ICD-10 (CIDI der WHO 1990, Wittchen & Semler 1991), das AMDP-Manual (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Diagnostik in der Psychiatrie, Grabe, Hart-schen, Welter-Werner, Thiel, Freyberger, Katmann, Boerner & Hoff 1998, Grabe, Thiel, Katmann, Boerner, Hoff & Freyberger 2003) und zur quantitativen und qualitativen Erfassung der Zwangssymptome die Y-BOCS (Yale-Brown-Obsessive-Compulsive-Scale, deutsche Version: Hand & Büttner-Westphal 1991) und andererseits Selbstrating-Verfahren, wie das HZI (Hamburger Zwangsinventar, Langversion: 188 Items, Zaworka, Hand, Jauernig & Lünenschloß 1983 und Kurzversion: 72 Items, Klepsch, Zaworka, Hand, Lünenschloß & Jauernig 1992) und die Y-BOCS Symptomliste (deutsche Version: Hand & Büttner-Westphal 1991). Hand (2006) gibt die Variabilität der Ergebnisse bei Einsatz dieser Diagnostik-Instrumente zu bedenken, Fragen der Reliabilität und Validität sind kritisch zu stellen. Lang (2003) berichtet aus einer eigenen Studie, dass in einem Selbstrating-Verfahren 6–12 % der Zwangssymptome, jedoch in einem Fremdrating-Verfahren nur 3–5 % Zwangssymptome erhoben werden können und deutet beim Berichten von Zwangsthemen den Stellenwert von Schamgefühlen Betroffener an. In aktuellen Versorgungsstudien (Berger, Voderholzer & Hohagen 2000, Kruse, Schmitz, Wöller, Heckrath & Tress 2004, Hardt, Mingram Kruse & Egle 2009)

¹⁰ Leitlinien der DGPPN sind in Vorbereitung.

wird die Beeinflussung der Diagnosestellung durch die Anwendung von Diagnostik-Instrumenten oder allein durch den klinischen Eindruck des Arztes mit seinem Erfahrungswissen im klinischen Alltag diskutiert (vgl. Kapitel 2.3). Voderholzer (2005:528) fordert daher, Zwangssymptome mit drei Screeningfragen bei der Anamnese gezielt zu erfragen:

- „1. Haben Sie wiederkehrende Gedanken, die Ihnen Angst machen und die Sie nicht loswerden, obwohl Sie es versuchen?
2. Achten Sie bei Ihren persönlichen Dingen auf extreme Sauberkeit oder waschen Sie Ihre Hände sehr häufig?
3. Müssen Sie Dinge in exzessiver Weise überprüfen?“.

Als klinisch relevant stellt Reinecker (2003:230) die Beschäftigung mit Ritualen über mehr als eine Stunde täglich neben erheblichen psychosozialen Belastungen heraus.

In der Versorgungsrealität zeigen sich Probleme hinsichtlich der diagnostischen Abklärung und der Anwendung von Leitlinien (vgl. Kapitel 2.3). Leitlinien scheinen eher zur Konsensbildung oder als Blitzlicht derzeitigen Kenntnisstandes in der interkollegialen Kommunikation zu dienen.

Differentialdiagnostische Aspekte und Komorbidität

Die differentialdiagnostische Abgrenzung der Zwangsstörung zu anderen psychischen Störungsformen und bedeutsame Komorbiditätsraten können die diagnostische Einordnung des spezifischen Erscheinungsbildes erschweren (vgl. Reinecker 1994, vgl. Zaudig 2002, vgl. Voderholzer 2005).

Nach Andreasen (1993)¹¹ ist bei der Diagnosestellung einer Zwangsstörung die diagnostische Abklärung zu folgenden Krankheitsbildern mit zu bedenken: Anorexia Nervosa, Autismus, Hypochondrie, Major Depression, posttraumatische Belastungsstörung, Psychose, spezifische Phobie, Gilles-de-la-

¹¹ Übersichten auch bei Zaudig & Niedermeier (2002) und Reinecker (2003).

Tourette und Trichotillomanie.

In Studien (u. a. Rasche-Räuchle, Winkelmann & Hohagen 1995, Hohagen 1998) zeigt sich trotz starker prozentualer Streuung eine hohe Komorbidität zur affektiven Störung, Angst- und Persönlichkeitsstörung, jedoch auch zur Essstörung und Alkoholabhängigkeit. Bei der Major Depression, der sozialen Phobie sowie der selbstunsicher-vermeidenden und dependenten Persönlichkeitsstörung werden die höchsten Raten beobachtet. Voderholzer (2005) verweist auf deren Bedeutung für den diagnostischen Prozess, das Behandlungsangebot und den weiteren Erkrankungsverlauf, wobei der Autor sekundäre Depression und Suchterkrankung als mögliche Risikofaktoren für die Krankheitsentwicklung benennt. In Studien zu Zwangserkrankungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter (Jans, Hemminger & Wewetzer 2003, Valderhaug & Ivarsson 2005) finden sich hohe Komorbiditäten zu Angsterkrankungen, depressiven Störungen, Tic-, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen und mit zunehmenden Alter auch Persönlichkeitsstörungen. Zaudig (2002) führt die hohe Streuung der Komorbiditätsraten auf die jeweils angewandte Methodik¹² zurück.

Aus klinisch-wissenschaftlicher Perspektive wird auf die Schwierigkeit des diagnostischen Prozesses in der Identifizierung des Zwangsphänomens hingewiesen. Die identifizierten Determinanten mit weitem Themenspektrum, den noch unklaren Kriteriendefinitionen hinsichtlich Einsicht, Widerstand und psychosozialer Beeinträchtigung, hohen Komorbiditäten und komplexer Differentialdiagnostik scheinen die diagnostische Einordnung zu erschweren. Die Bekanntheit und die Anwendung aktueller Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften, der alleinige klinische Eindruck des Arztes oder die Zuhilfenahme von Diagnostik-Instrumenten können diesen Diagnostikprozess beeinflussen und im Versorgungsalltag parallel nebeneinander existieren.

¹² Nach Zaudig (2002) bedingt die Einführung der neuen Klassifikationssysteme, wie DSM-IV und ICD-10, eine Zunahme psychiatrischer Diagnosen: der Autor benennt ähnliche Gründe wie die der aktuellen oben benannten Versorgungsstudien.

2.3 Verlaufskarakteristika und Diagnoselatenz

Um die Lebenslage Zwangsbetroffener verstehbarer zu machen, werde ich die empirischen Befunde zu epidemiologischen Aspekten der Zwangsstörung, zum Alter bei Phänomenbeginn, zu Verlaufskarakteristika sowie zur Diagnoselatenz darstellen.

Epidemiologische Aspekte

In internationalen und nationalen retrospektiven Studien (Rüdin 1953, Carey, Gottesmann & Robins 1980) wird das Zwangsphänomen bis Ende der 80er Jahre als ein seltenes Krankheitsbild beschrieben. Es wird von einer Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung von 0,05 % ausgegangen.

In einer großen nordamerikanischen Studie der National Epidemiologic Catchment Area Survey (ECA: Karno et al. 1988) wird unerwartet eine Lebenszeitprävalenz von 2 bis 3 % sowie eine 6-Monatsprävalenz von 1,6 % gefunden. Die Münchener Follup-up-Studie (Wittchen, Hand & Hecht 1989a) repliziert die Prävalenzraten nahezu. Die Zwangsstörung kann somit als die vierthäufigste psychiatrische Erkrankung nach den Phobien, Suchterkrankungen und Depressionen gewertet werden (vgl. Rasmussen & Eisen 1992, vgl. Lakatos und Reinecker 1999).¹³ Kulturvergleichende Untersuchungen aus den USA, Kanada, Puerto Rico, Deutschland, Taiwan, Korea, Neuseeland, Türkei und Iran (Weismann et al. 1994, Kolada, Bland & Newman 1994, Cillicilli et al. 2004, Mohammadi et al. 2004) zeigen ähnliche Ergebnisse. Grabe, Meyer, Hapke, Rumpf, Freyberger, Dilling & John (2000:267) weisen in einer norddeutschen Studie auf die Bedeutung der subklinischen Störungsform mit einer Prävalenz von 2 % hin: *„It remains to clarify the hypothesis whether subclinical OCD represents a syndrome distinct from OCD. This can be done by investigating epidemiological characteristics and patterns of*

¹³ In Deutschland scheinen somit schätzungsweise über eine Million Frauen und Männer erkrankt zu sein (vgl. Reinecker 2006:13).

familial aggregation of OCD and subclinical OCD in general population samples.“ Bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich ähnliche Prävalenzzahlen wie bei Erwachsenen (vgl. Rasmussen & Eisen 1992, vgl. Valleni-Basile, Garrison, Wallner, Addy, McKeown, Jackson & Cuffe 1994).¹⁴ Nach Wewetzer (2004) ist nicht zwingend ein kontinuierlicher Krankheitsverlauf bei juvenilen Zwangsstörungen zu erwarten. Diese gering unterschiedlichen Prävalenzraten werden jedoch auch als Hinweis auf die hohe Persistenz der Zwänge gedeutet. Ebenso wird unter Klinikern die Zwangsstörung als meist chronisch verlaufend beobachtet (vgl. Voderholzer 2005, vgl. Hand 2006).¹⁵ Aktuelle Befunde aus Großbritannien (Heymann, Fombonne, Simmons, Ford, Meltzer & Goodman 2001) finden jedoch eine niedrige Prävalenz für das Kindesalter und leiten daraus die aufrüttelnde These einer Nicht-Identifizierung und damit auch Nicht-Behandlung dieser Kinder ab.¹⁶

In der Literatur (vgl. Reinecker 1994, vgl. Lang 2003, vgl. Wewetzer 2004) werden als mögliche Hypothesen der bisher zu niedrig bewerteten Prävalenz einerseits methodische Aspekte, wie zunehmende diagnostische Sensibilität mit Verwendung standardisierter diagnostischer Verfahren und Klassifikationssysteme¹⁷ sowie Verlaufscharakteristika der Zwangsstörung mit einem oft schleichenden Beginn, diskutiert. Andererseits heben die Autoren auch betroffenenbezogene Aspekte, wie Verheimlichung der Zwangssymptome¹⁸ und

¹⁴ Die ersten Befunde aus einer nicht-klinischen Stichprobe mit n=3283 Jugendlichen von Valleni-Basile et al. (1994) zeigen eine Ein-Jahres-Prävalenz klinisch von 0,7 % und subklinisch von 8,4 %.

¹⁵ Das medizinische Modell der Chronizität psychischer Erkrankung wird von Amering & Bottlender (2009:5) kritisch angemerkt; „*recovery-orientierte*“ Versorgungsangebote zur Gesundheits- und Resilenzförderung werden hinterfragt. Bei noch unklarer Kriteriendefinition werden u. a. der Selbstbestimmung und der Orientierung an eigenen Wünschen und Zielen besondere Relevanz zugeschrieben.

¹⁶ Nach Wewetzer (2004:25) gibt es keine Hinweise für ein Kontinuum von kindlichen Ritualen zu Zwangsritualen.

¹⁷ Nach Zaudig (2002:34) kann es sich auch bei den Prävalenzraten um eine diagnostische Überschätzung handeln.

¹⁸ Jenike (1998:539) benennt das Zwangsphänomen daher als „*hidden epidemic*“.

das vorzugsweise Benennen von sozial akzeptierten körperlichen Beschwerden, hervor.

Alter bei Erkrankungsbeginn

Die meisten Studien berichten von einer biphasischen Kurve für die Erstmanifestation in der Kindheit, je nach Studie zwischen 10–14 Jahren (Rasmussen & Tsuang 1986, Geller et al. 1998a, Maina, Albert, Salvi, Pessina & Boggetto 2008) und im frühen Erwachsenenalter zwischen 20–26 Jahren (Karno et al. 1988, Reinecker & Zaudig 1995, Skoog & Skoog 1999)¹⁹ und es gibt Hinweise, dass Männer 3–5 Jahre eher als Frauen erkranken (Rasmussen & Tsuang 1986, Karno et al. 1988, Minichiello, Baer, Lenike & Holland 1990).

Verlauf und prognostische Aspekte

In einer prospektiven 40-Jahres-Follow-up-Feldstudie (Skoog & Skoog 1999) werden in 44 % als chronisch, in 31 % als intermittierend, in 10 % als episodisch beurteilte Verläufe sowie in 15 % andere Verlaufstypen gefunden. Nach 40 Jahren zeigen 50 % der Betroffenen noch klinisch relevante Symptome, 30 % haben noch subklinische Symptome und 30 % erfüllen sogar noch die diagnostischen Kriterien einer Zwangsstörung. 83 % der Betroffenen weisen Symptom- oder psychosoziale Verbesserungen auf und nur bei 20 % kann eine Vollremission beobachtet werden. Bei Männern scheint ein Erkrankungsbeginn vor dem 20. Lebensjahr für eine ungünstigere Prognose

¹⁹ In der Windach-Studie (Reinecker & Zaudig 1995) wird das Erstmanifestationsalter vor dem 20. Lebensjahr mit 42,7 % angegeben, in der ECA-Studie (Karno et al. 1988) vor dem 20. Lebensjahr mit 49 % und in der Studie von Skoog & Skoog (1999) vor dem 20. Lebensjahr in 29 %, zwischen dem 20. und 29. Lebensjahr in 40 %, zwischen dem 30. und 39. Lebensjahr in 27 % und ab dem 40. Lebensjahr bei 6 % der Betroffenen beschrieben. Minichiello et al. (1990) zeigt, dass der Störungsbeginn für reine Zwangsgedanken oder Waschroutale später als für Kontrollrituale oder gemischte Rituale liegt.

zu sprechen. Zudem zeigt sich ein Wechsel der Symptomatik mit einer Verschiebung auf andere Stimuli und Zwangsformen. In der 6-Jahres-Follow-Up-Windach-Studie (Reinecker & Zaudig 1995) werden ähnliche Krankheitsverläufe beschrieben.

Auch in einer Metaanalyse von Steward, Celler, Jenike, Pauls, Shaw, Mullin & Faraone (2004) wird bei Zwangspänomenen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter eine Persistenzrate von 41 % für eine klinisch relevante Zwangsstörung ermittelt; zusammen mit einer subklinischen Symptomatik im mittel- und langfristigen Verlauf beträgt sie sogar 61 %. Als prognostisch ungünstig postulieren die Autoren einen frühen Erkrankungsbeginn, eine stationäre Behandlung, komorbide Tic-Störungen und eine ineffiziente Erstbehandlung.

Retrospektive Untersuchungen bei Zwangsstörungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter und bei Erwachsenen (Neudörfel & Herpertz-Dahlmann 1996, Skoog & Skoog 1999, Jans et al. 2003) zeigen zudem die Bedeutung von Komorbiditäten, u. a. Depression und Angst- sowie Persönlichkeitsstörung, für den späteren Krankheitsverlauf. Ihr Einfluss auf die Prognose des Behandlungserfolges und der Erkrankungsentwicklung werden in Studien jedoch uneinheitlich beschrieben.²⁰

Zellmann et al. (2008) replizieren in einer ersten prospektiven sechsjährigen Verlaufsstudie zu Zwangsstörungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter mit einer hohen Persistenzrate von 45,8 % die Vorgängerstudien²¹. Die Autoren betonen, dass sich trotz spezifischer Behandlungsmethoden kein Hin-

²⁰ Studien (u. a. Piacentini & Bergman 2000) berichten häufiger von einer schlechteren Prognose bei komorbiden affektiven Störungen, wohingegen nach einer Untersuchung von Zitterl, Demal, Aigner, Lenu, Urban, Zapotoczky & Zitterl-Eglseer (2000) begleitende depressive Symptome keinen Einfluss auf die Prognose und sich in Befunden von Winkelmann, Rasche & Hohagen (1994) bei einer komorbiden Angststörung eine günstigere Prognose findet. Bei begleitenden Persönlichkeitsstörungen spricht Winkelmann et al. (1994) von einer schlechteren, hingegen Fricke, Moritz, Andresen, Hand, Jacobsen, Kloss & Rufer (2003) nicht von einer ungünstigeren Prognose. Bei langen Katamnesezeiträumen von über 10 Jahren beobachten Skoog & Skoog (1999) eine Abmilderung der Symptome.

²¹ Flament, Koy, Rapoport, Berg, Zahn & Cox (1990): Persistenzrate von 68 %; Metaanalyse von Stewart et al. (2004): Persistenzrate von 41 %.

weis für eine verbesserte Prognose zeigt und postulieren, dass „*die Latenz zwischen Erkrankungsbeginn und Behandlung sowohl für den weiteren Störungsverlauf als auch für den Grad der psychosozialen Anpassung bedeutsam*“ erscheint (Seite 336).²² Dem Einfluss der Behandlungslatenz für den weiteren Erkrankungsverlauf wird von den Autoren eine zentrale Rolle zugeschrieben und eine zeitnahe und effizientere Behandlung nach Erkrankungsbeginn gefordert. Auch andere Untersuchungen verweisen bei dieser schwerwiegenden Krankheitsentwicklung auf die Abklärungsproblematik: „*Although OCD is a relatively common disorder in childhood and adolescence with profound effects during subsequent years, it is not easily diagnosed.*“ (Presta, Marazziti, Dell’Osso, Pfanner, Pfanner, Marcheschi, Masi, Muratori, Mucci, Millepiede & Cassano 2003:61).

Im Hinblick auf den schwierigen Verlauf dieses komplexen Erscheinungsbildes mit oft komorbider psychischer Störung und psychosozialen Problemen wird in aktuellen Befunden der Latenz Relevanz für die weitere Erkrankungsentwicklung zugeschrieben; zudem scheint noch wenig Kenntnis über deren komplexen Wechselwirkungen zu bestehen.

Verlauf des Erkrankungsbeginns

In den meisten Studien werden unter anderer Fragestellung einzelne Determinanten bezüglich einer Erstmanifestation herausgegriffen. In älteren Untersuchungen (Rachman & Hodgson 1980) wird berichtet, dass sich bei Waschzwängen ein akuter und bei Kontrollzwängen ein schleichender Beginn zeigt, kritische Life-Events werden in 56–90 % als Auslöser für Zwangphänomene, insbesondere bei Waschzwängen, benannt. Dieses lässt sich nach Reinecker (1994) auch im klinischen Alltag beobachten, jedoch bleibt die Spezifität für deren Auslösung offen. Nach dem Autor muss die Auslöse-

²² Die Autoren diskutieren ihre Ergebnisse vor dem Hintergrund ihrer Stichprobenauswahl: schwer Erkrankte aus stationärer Behandlung in Abgrenzung zu ambulant Behandelten oder bisher Unbehandelten.

situation in das Denksystem des Betroffenen passen, „*wie ein Schlüssel zum Schloß*“ (Seite 15).

Bogetto, Vendorello, Albert, Maina & Ravizza (1999) findet bei Männern einen frühen Erkrankungsbeginn und eine vorausgehende Angststörung, bei Frauen einen akuten Beginn und Stresssituationen sowie Essstörungen als Vorerkrankungen. Andere Studien (Allsopp & Verduyn 1988, Lin, Katsovich, Ghebremichael, Findley, Grantz, Lombroso, King, Zhang & Leckman 2007) weisen auf partnerschaftliche Probleme hin, die sich vor Beginn des Zwanges oder erkrankungsbegleitend entwickeln.

Diagnoselatenz

Es gibt nur wenige Befunde zur Diagnoselatenz bei psychischen Störungen; Untersuchungen zum Beginn und Frühverlauf liegen u. a. für schizophrene Erkrankungen, Depressionen und Angststörungen vor (vgl. Klosterkötter 1998, Köhn, Niedersteberg, Wieneke, Bechdorf, Pukrop, Ruhrmann, Schulze-Lutter, Maier, Klosterkötter 2004).

In den meisten Studien zur Zwangsstörung werden ausschließlich zahlenmäßige Angaben zur Latenz²³ gegeben. Rachman & Hodgson (1980) beschreiben eine Latenz zwischen Erstmanifestation und der ersten Behandlung von 7 bis 7,5 Jahren, bei Hand & Wittchen (1988) und Reinecker & Zaudig (1995) beträgt diese bis zu 10 Jahre.

In einer aktuellen Untersuchung (Jänsch, Zaudig, Röper, Hauke, Piesbergen & Butollo 2007) wird der Einfluss eines frühen oder späten Erstmanifestationsalters auf den Schweregrad und die Vielfalt der Zwangssymptomatik untersucht. Die Autoren können zeigen, dass die Early-Onset-Gruppe als Subtyp unter einer massiveren Psychopathologie leiden und stellen heraus, dass *„dem Alter bei Störungsbeginn eine größere Bedeutung zu[kommt] als bisher angenommen wurde, und es sollte in der Diagnostikphase stärker berück-*

²³ In der mir vorliegenden Literatur wird die Unterscheidung zwischen Diagnose- und Behandlungslatenz nicht einheitlich vollzogen.

sichtigt werden.“ (Seite 43).²⁴ Der Erkrankungsbeginn wird mit dem erstmaligen, retrospektiv erinnerten Auftreten von Zwangssymptomen und begleitenden Angst- und Spannungsgefühlen beschrieben.

Insgesamt bleibt in den mir vorliegenden Studien die Definition der Erstsymptomatik bei Zwangsbetroffenen offen. Es scheint noch keine verbindlichen Kriterien zum Erkennen des Phänomenbeginns zu geben. In einschlägigen Methodenbüchern (Sass 1996, Klosterkötter 1998) lassen sich keine hinreichenden Diagnostikinstrumente für eine Frühsymptomatik finden.

Einzelne Einflussfaktoren für die Latenz können in der Literatur differenziert werden. Nach Reinecker (1994) und Voderholzer (2005) spielen die Verheimlichungstendenz Zwangsbetroffener, eigene Problemlösungsversuche, jedoch auch strukturelle Probleme im medizinischen Versorgungssystem eine Rolle. Auf die Geheimhaltung als Coping-Strategie infolge von Stigmatisierungsängsten wird in der Untersuchung von Stengler-Wenzke, Beck, Holzinger & Angermeyer (2004) hingewiesen (vgl. auch Kapitel 3.2).

In einer ersten qualitativen Studie von Stengler-Wenzke & Angermeyer (2005) wird die Erstinanspruchnahme professioneller Hilfe aus der Sicht Zwangserkrankter untersucht. Die Autoren replizieren eine durchschnittliche Latenz bis zum medizinischen Erstkontakt von 10,1 Jahren (im Alter von 0 bis 45 Jahren) und finden als mögliche Einflussfaktoren für die Diagnoseverzögerung ebenso Versorgungsprobleme sowie auf Betroffenen- und Angehörigenseite Bagatellisierungstendenzen.²⁵ Die Autoren hoffen, dass weitere Untersuchungen mit einer Variation der Stichprobenauswahl, die nicht nur vorrangig die neuen Bundesländer und schwer betroffene Zwangserkrankte einbezieht, „zu weniger Besorgnis erregenden Ergebnissen kommen“ (Seite 201). Eine qualitative Studie (Schneider 2007) zur Psychotherapielatenz bei Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen weist auf einen aktiven Selbststeuerungsprozess der Erkrankten hin, der zur Psy-

²⁴ Ältere Studien, z. B. Rosario-Campo, Leckman, Mercadante, Shavitt, Prado, Sada, Zamboni & Miguel (2001), können repliziert werden.

²⁵ Eine qualitative Angehörigenuntersuchung von Trosbach & Geister (2009) zeigt, dass die Angehörigen bereits zu Erkrankungsbeginn mit einer emotionalen Belastung reagieren

chotherapiemotivation und nicht nur zur Chronifizierung der Beschwerden beiträgt.

In einzelnen Untersuchungen wird der Einfluss des medizinischen Versorgungssystems auf die Diagnosestellung psychischer Störungen näher untersucht. Kruse et al. (2004) erheben, dass nur etwa 60 % der behandlungsbedürftigen psychischen Störungen vom Hausarzt erkannt werden; ein kontrollierender Interaktionsstil zwischen Arzt und Patienten wird als ein entscheidender Einflussfaktor postuliert. Befunde von Hardt et al. (2009) zur hausärztlichen Versorgung können vorrangig erfolgreiche somatische Abklärungsversuche bestätigen; Verzögerungen in der diagnostischen Einschätzung und eine Chronifizierung der Beschwerden werden als mögliche Folgen betrachtet und die Autoren fordern, eine psychische Abklärung frühzeitig in den Diagnoseprozess einzubeziehen. Berger et al. (2000:298) finden überraschenderweise, dass die Diagnosestellung einer Zwangsstörung bei 11 % der Patienten in nervenärztlichen Fachpraxen nicht erfolgt ist bzw. die Patienten jahrelang wegen anderer psychischer Erkrankungen in Behandlung sind: *„This may be explained by the well-known tendency of OCD patients to hide their symptoms, with the consequence that even the specialist may overlook the disorder.“* Ambulante psychotherapeutische Versorgungsstudien Zwangserkrankter (Hillebrand 2006, Külz, Hassenpflug, Riemann, Linster, Dornberg & Voderholzer 2009) können zeigen, dass Expositionen mit Reaktionsmanagement in Deutschland nur selten angewendet werden und benennen mangelnde Erfahrung, fehlende Ausbildung sowie mangelnde zeitliche und räumliche Flexibilität als mögliche Hinderungsgründe.

Insgesamt schreiben bisherige Befunde der Latenz für den weiteren Krankheitsverlauf und zur Verhinderung psychosozialer Belastungen eine hohe Relevanz zu. Der komplexe Prozess des Phänomenbeginns bis zur Diagnosestellung und dessen frühzeitiger therapeutischer Behandlung scheint noch nicht hinreichend untersucht zu sein. Zudem ist die methodische Erfassung der Komplexität des beginnenden Krankheitsprozesses ungeklärt.

und die Beeinflussung der Symptome durch die Betroffenen erwarten.

3 Gesundheit und Krankheit mit Konstruktcharakter

Als zweite Annäherung zu meinem Forschungsthema werde ich das Erleben und die Bewertung von Gesundheit und Krankheit beleuchten, mit deren Auseinandersetzung auch Zwangsbetroffene konfrontiert sind. Dazu lege ich aus kontextspezifischer Perspektive die Bedeutung der Entscheidung über Gesund- bzw. Kranksein dar. Nach einem kurzen Diskurs über Gesundheit und Krankheit aus aktueller gesellschafts- und gesundheitspolitischer Perspektive gehe ich auf Forschungsergebnisse zu medizinisch-wissenschaftlichen und lebensweltlichen Gesundheits- und Krankheitskonzepten ein. Abschließend diskutiere ich das Konzept der psychischen Störung als eine weitere zentrale Hintergrundfolie für die Diagnosestellung einer Zwangsstörung.

3.1 Gesundheit und Krankheit aus kontextspezifischer Perspektive

Aus gesellschafts- und gesundheitspolitischer Perspektive wird in Deutschland seit einiger Zeit auf die Ökonomisierung, die zunehmende Individualisierung des Gesundheitssystems und die Anwendung von Leitlinien einer evidenzbasierten Medizin fokussiert. Die Reduzierung von Krankheitskosten, die Individualisierung von Gesundheit und Krankheit mit Betonung der Eigenverantwortung zur Gesundheitsprävention, aber auch eine Tendenz zur „*Nivellierung des Subjektiven*“ durch die Leitlinien-Medizin stehen zunehmend in der öffentlichen und medizinisch-wissenschaftlichen Aufmerksamkeit (Hontschik 2008:17, vgl. auch Schlander 2003, vgl. Franke 2006). Eine medizinische und gesellschaftliche Diskussion über das Verstehen von Gesundheit und Krankheit und deren komplexe Ätiologiezuschreibung spielen

eine untergeordnete Rolle. Bei der Verantwortungszuschreibung gerät neben der Eigenverantwortung die soziale und gesellschaftliche Verantwortung für Krankheit und Gesundheit zunehmend aus dem Blickfeld.

In den letzten drei Jahrzehnten findet zwar ein langsamer Wandel vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Rahmenmodell²⁶ (Engel 1977) statt, in dem die organische, psychische und soziale Dimension bei der Krankheitsentstehung postuliert wird, jedoch besteht bis heute das biomedizinische Krankheitsmodell als theoretischer Rahmen für die Gesundheitsversorgung, bei den Ätiologieannahmen als auch bei den Behandlungsoptionen fort (vgl. Franke 2006). Durch neurobiologische und -psychologische Arbeitshypothesen der letzten Jahrzehnte erlangt die biologische Sicht im wissenschaftlichen Diskurs sogar wieder größere Bedeutung. Nach epidemiologischen Studien (Pochobradsky, Habl & Schleicher 2002, Knipper & Bilgin 2009) werden Morbidität und Mortalität durch soziokulturelle Aspekte beeinflusst, die jedoch derzeit in der medizinischen Forschung vernachlässigt werden. Mit der Einführung der Krankenversicherung durch die Bismarcksche Sozialgesetzgebung kommt es zur Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit und die Entwicklung von Kriterien für Krankheitsbilder, für die Krankenkassenleistungen erhalten werden können und die mit einem bestimmten sozialen Status verbunden werden, wird eingeleitet (vgl. Stolleis 2003, vgl. Franke 2006).

Gesundheit und Krankheit als Konstrukt

Gesundheits- und Krankheitskonzepte haben Konstruktcharakter, da sie sich in einem historischen und soziokulturellen Kontext entwickeln. Medizinwissenschaftliche, politische, gesellschaftliche, juristische und theologisch-philosophische Aspekte und Normen beeinflussen das jeweilige Verständnis

²⁶ Nähere Diskussion zur medizinhistorischen Entwicklung des Krankheitsbegriffes und des zugrunde liegenden Rahmenmodells bei Hucklenbroich (2008:26ff.).

von Krankheit und Gesundheit (vgl. Franke 2006, vgl. Evers 2008).²⁷ Nach Franke (2006:21) ist die Anerkennung eines Phänomens als Krankheit „*je-
weils auch Ergebnis eines gesellschaftlichen Diskurses und Ausdruck gesell-
schaftlicher Machtverhältnisse.*“ Ebenso stellt Evers (2008:54) heraus, dass
„*der Begriff Krankheit (...) häufig einen (historisch)*²⁸ *definierten und nicht ei-
nen physiologisch determinierten Zustand*“ beschreibt.

Groß (2008:V) hinterfragt, inwieweit der Medizin „*die Funktion einer Deu-
tungsmacht nicht nur über Krankheit, sondern auch über Normalität zu-
kommt.*“ Über die Krankheitsdefinition sieht der Autor die gesellschaftliche
Akzeptanz, aber auch die Diskriminierungsgefahr beeinflusst. Bei den psy-
chischen Krankheitsbildern wird dieses nach Franke (2006:21) als „*Kulturge-
bundenheit des Krankheitsbegriffes*“ besonders deutlich, da soziale und nicht
somatische Normabweichungen als Referenz herangezogen werden. Eben-
so hebt Henn (2008:68) die Bedeutung kultureller Normen und individueller
Neigungen bei psychiatrischen Einordnungen in Diagnosekriterien heraus
und verweist auf die fließenden Übergänge zwischen Ordnungsliebe und
zwanghaftem Verhalten oder lebhaftem Temperament und Hypomanie. Die
Wechselbeziehung zwischen Krankheitskonzept und gesellschaftlichen Nor-
men unterstreicht nach Henn (2008:52) die „*Relativität des Krankheitsbe-
griffs*“.²⁹ Der Autor stellt die Unterscheidung zwischen dem Krankheits- und
dem Diagnosebegriff heraus, welches Relevanz für die Arzt-Patient-
Interaktion haben und zu Missverständnissen führen kann: Während Patien-
ten diese Begriffe synonym verwenden können, beschreibt die Diagnose aus
Arztsicht das Erkrankungsbild deskriptiv und nicht ätiologisch.³⁰

²⁷ Eine medizintheoretische Herleitung zu einem allgemeinen Krankheits- und Normalitäts-
begriff findet sich bei Hucklenboich (2008:4ff.).

²⁸ Klammer im Original.

²⁹ Die medizinhistorisch abgeleitete Relativität des Krankheitsbegriffes und die Bedeutung
des fließenden Überganges des Krankheitsbegriffs zum Begriff der funktionellen Behin-
derung zeigt Evers (2008:52ff.).

³⁰ Nähere Ausführung zur Unterscheidung zwischen Diagnose und Krankheitsdefinition bei
Henn (2008:72ff.).

Gelhaus (2008:43) hebt seinerseits hervor, dass das Normalitätskonzept vom jeweils bestehenden Menschenbild beeinflusst wird und führt aus: *„Je mehr Individualität und Selbstbestimmung das Menschenbild prägen, desto mehr Freiraum sollte dem Einzelnen zugestanden werden. Je rigider und je mehr von Regeln und Disziplin die Kultur bestimmt ist, umso enger ist der Rahmen, der der Normalität zugestanden wird.“* Ein freiheitliches Menschenbild und einen weiten Normalitätsanspruch sieht Gelhaus als gesellschaftlich geboten an.

Medizinische und lebensweltliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte

Infolge des Konstruktionscharakters von Gesundheit und Krankheit kann die Abgrenzung schwierig sein. Franke (2006:1) führt anschaulich in diese Thematik ein, in dem sie folgende Fragen aufwirft:

„Sind sie gerade gesund oder krank? (...) Wer entscheidet darüber, ob sie gesund oder krank sind? Würde ihr bester Freund zu dem gleichen Urteil kommen wie sie selbst? Oder ihre Hausärztin? Käme ein nach ihrem Gesundheitszustand befragter Augenarzt zu einem anderen Ergebnis als ihre Orthopädin? (...) Welche Kriterien liegen ihrer Beurteilung zugrunde?“.

Gesellschaftspolitisch und medizinisch scheint wenig Klarheit über die Wahrnehmung und die Definition von physischer und psychischer Gesundheit und Krankheit zu bestehen. Der Sinn einheitlicher, allgemein verbindlicher normativer Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen zur Beurteilung eines Phänomens als ‚krank‘ oder ‚normal‘ lässt sich angesichts einer offenen Gesellschaft diskutieren. Es lassen sich einige bekannte und nebeneinander bestehende allgemeine Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen³¹ aus medizini-

³¹ Die verschiedenen Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen fokussieren selektiv auf unterschiedliche Aspekte und besitzen ihren je eigenen theoretischen Hintergrund; zum Überblick verweise ich auf Franzkowiak (2003) und Faltermaier (2005).

scher, psychologischer, soziologischer und juristischer Perspektive finden, die jeweils unterschiedliche Kriterien zur Einschätzung des Gesundheitszustandes einer Person verwenden. Auch die klinischen Klassifikationssysteme, wie das DSM-IV und der ICD-10, beschreiben keine allgemein gültigen Kriterien für Krankheit, sondern benennen verbindlich gehaltene Kriterien für spezifische Krankheitsbilder (vgl. auch Kapitel 2.2 und 3.1).³²

Von den wissenschaftlichen Gesundheitskonzepten findet das Salutogenese-Konzept von Antonovski (1979) mit seinem Paradigmenwechsel von der Patho- zur Salutogenese Eingang in neuere sozialpsychiatrische und psychosoziale Modelle, wie dem Empowerment-Ansatz³³. Bei den gesund erhaltenden Ressourcen wird auf das Kohärenzerleben fokussiert, das Antonovski (1997:35) mit folgenden Faktoren definiert:

- „*Verstehbarkeit*“: Möglichkeit, auch ambivalente Erfahrungen in einen übergeordneten Sinnzusammenhang zu stellen
- „*Bewältigbarkeit*“: Vertrauen in die Lösbarkeit auch widriger Ereignisse und die zentrale Rolle von Vertrauenspersonen
- „*Sinnhaftigkeit*“: Erleben von Wertschätzung sowohl durch soziale als auch berufliche Teilhabe

Gesellschaftliche und individuelle Ressourcen werden nach Antonovski (1979:48) miteinander verbunden und Krankheiten werden nicht als Normabweichung, sondern als „*lack of well-being*“ verstanden. „*That all three levels of health [organic, functional and social] involve conceptions of normality*“ (Antonovski 1979:49); „*normality is generally perceived as dichotomous; the disease is either present or absent.*“ (Susser 1968, zitiert nach Antonovski 1979:ebd.).

³² Mit den regelmäßigen Revisionen der Klassifikationssysteme ist es nach Groß (2008:V) möglich, dass psychische Erscheinungsbilder „*als pathologisch und behandlungswürdig interpretiert*“ werden.

³³ Nähere Ausführungen zum Empowerment-Konzept bei Knuf & Seibert (2001) sowie Lenz & Stark (2002).

Hucklenbroich (2008) stellt weitergehend heraus, dass der medizinische und der lebensweltliche Gesundheits- und Krankheitsbegriff nicht übereinstimmen muss. Beide Termini können sich mit wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Erkenntnissen verändern und den Definitionsprozess beeinflussen und auch stören.³⁴ Aus Sicht der medizinischen Soziologie (Franzkowiak 2003:140) wird eine Differenzierung von Krankheit vorgenommen: Es wird zwischen „*d i s e a s e*“ als objektivierbarem medizinischen Befund im Sinne einer Normabweichung, „*i l l n e s s*“ als Kranksein, d. h. dem subjektiven Erleben von Krankheit und „*s i c k n e s s*“ als Zuschreibung einer sozialen Rolle mit besonderen Ansprüchen, Privilegien und Pflichten unterschieden. Eine Diskrepanz zwischen einem erhobenen medizinischen Befund und dem subjektiven Krankheitsgefühl Betroffener kann entstehen (vgl. auch Kleinman, Eisenberg & Good 1980, Fahrenberg 1994, Zielke-Nadkarni 2007, vgl. Kapitel 3.1).³⁵ Auch in einer Metaanalyse von Grande (1998:243) werden nur mittlere Korrelationen zwischen globaler medizinischer Beurteilung und subjektiv eingeschätzter Gesundheit bzw. Krankheit gefunden. Der Autor weist auf die Bedeutung und die Interaktion beidseitiger Gesundheitsbeurteilungen für die Behandlungsentscheidung und deren unterschiedliche Funktionen hin: individuelle subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte können vor allem der Orientierung in der Krankheitsbewältigung, der Prävention, der Rehabilitation und der Compliance dienen und für die Emotionsregulation und die Selbstwertstabilisierung eine Rolle spielen. Medizinische Krankheits- und Gesundheitskonstrukte dagegen dienen zuvorderst der diagnostischen Einordnung und der Auswahl der Behandlungsangebote.

In der Gesundheitsversorgung bestehen die „*subjektiven Konzepte bzw. Theorien*“³⁶ (Groeben & Scheele 1977) neben den medizinischen Konzepten

³⁴ Hucklenbroich (2008:21) hebt eine mögliche subjektive Beeinflussung medizinischer Befunderhebung durch Reaktionen des Betroffenen, wie Leugnen aus Stolz oder Scham, hervor.

³⁵ Nach den o. g. Autoren fühlen sich Personen krank ohne medizinisch erhobenen Befund und umgekehrt, trotz medizinischem Befund erleben Betroffene kein Krankheitsgefühl.

³⁶ Nach Faltermaier (2005) wird zwischen ‚subjektiven Konzepten‘, die das Verstehen von Gesundheit und Krankheit eruieren, und ‚subjektiven Theorien‘, die auch Einflussfaktoren

(vgl. auch Kapitel 6.1). Werden im gesellschaftlichen Diskurs Laien zunehmend als „*die wahren Expertinnen und Experten ihres Lebens*“ betrachtet, so berücksichtigt das medizinische Krankheitsmodell subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte der Patienten nur ungenügend (Franke 2006:216). Inwieweit die subjektiven Konzepte für die Akzeptanz medizinischer Deutungsangebote, die Entwicklung von Ätiologiehypothesen sowie die Entscheidung für adäquate Behandlungsmöglichkeiten relevant sind, wird zunehmend in der Literatur diskutiert (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2006, vgl. Fricke et al. 2006). Verres (1998) verweist auf weitere Charakteristika subjektiver Krankheitskonzepte, die sich deutlich von medizinischen Konzepten unterscheiden: die Inkonsistenz und die Instabilität der Konzepte über die Zeit, die Bedeutung von Affekten und Affektdynamik und adaptive Prozesse im Krankheitsverlauf. Evers (2008:54) betont ebenfalls, durch die Lebensqualitätsforschung beeinflusst, den Aspekt der funktionellen und affektiven Bedeutung des Krankheitserlebens für den Betroffenen.

Zusammenfassend lässt sich mit Hucklenbroich (2008:4) sagen, dass die Beurteilung eines Krankheitsprozesses und die Entscheidungsfindung über eine Behandlung vom medizinischen Befund, vom subjektiven Krankheitsempfinden, „*der Bewertung der verfügbaren Behandlungsoptionen und die Präferenzen und Wertüberzeugungen von Patient und Arzt*“ sowie der wechselseitigen Interaktion der Beteiligten in diesen Prozessen, jedoch auch von sozialen, historischen und statistischen Normen³⁷ abhängt (vgl. auch Evers 2008).

auf Gesundheit oder Krankheit mit einbeziehen, unterschieden.

³⁷ Evers (2008:62f.) diskutiert die Normierung von Krankheit mithilfe statistischer Methoden. Auf die „*interessengeleitete Definitionsmacht*“, insbesondere der pharmazeutischen Industrie, verweist Franke (2006:22).

Gesundheit und Krankheit als orthogonales Konstrukt

Um die Beziehung zwischen Gesundheit und Krankheit zu beschreiben, scheinen aktuellere orthogonale Konzepte an Relevanz zu gewinnen (vgl. Franke 2006), die dem dichotomen Konzept des biomedizinischen Modells und dem Kontinuumskonzept³⁸, u. a. von Antonovski (1979), das eher mit dem biopsychosozialen Ansatz zu vereinbaren ist, entgegenstehen.

Bei dem „*Unabhängigkeitsmodell*“ von Lutz & Mark (1995) lassen sich gesund erhaltende bzw. entlastende und krankmachende bzw. belastende Faktoren in einem zweidimensionalen Modell konstruieren. Der Gesamtzustand einer Person ist durch Gesundheit oder Krankheit hiernach umso mehr erfasst, je größer das eine oder andere Feld in Verbindung von gleichzeitig gesunden und kranken Anteilen zu beschreiben ist. Sowohl der medizinische Befund als auch das Krankheitsempfinden werden in diesem Modell mit einbezogen; ein Prozessverständnis des Krank- und Gesundwerdens wird abbildbar.³⁹ Abschließend möchte ich Franke (2006:11) zitieren, die pointiert: „*Gesundheit ist für mich ohne Krankheit nicht denk- und definierbar und umgekehrt.*“

Infolge des Konstruktionscharakters von Gesundheit und Krankheit und dessen komplexen Zuschreibungsprozesses mit seiner normativen Wertung für jeden Einzelnen möchte ich mich Hurrelmann (2000:91) anschließen, der eine Einbindung von Gesundheit und Krankheit in demokratische und gesellschaftspolitische Prozesse fordert und auf die hohe Relevanz „*der Selbstbestimmung und der Eigendefinition*“ hinweist.

³⁸ Nach Franke (2006:171) wird das Kontinuumskonzept „alle Diagnose- und Klassifikationssysteme ins Wanken bringen, da für sie eindeutige Diagnostizierbarkeit von Krankheiten eine unabdingbare Voraussetzung ist“; das kritische Hinterfragen der Diagnosesysteme scheint sich eher noch in den Anfängen zu befinden. Evers (2008:54) stellt heraus, dass sich entgegen des dichotomen Konzeptes von Gesundheit und Krankheit pathologische und physiologische Prozesse auf einem Kontinuum bewegen.

³⁹ vgl. auch Faltermaier (1994), vgl. Schmidt (1998).

3.2 Psychische Störung als Konstrukt

Das biomedizinische⁴⁰ und das sozialwissenschaftlich-psychiatrische⁴¹ Krankheitsverständnis von psychischen Störungen bestehen bis heute parallel. Bis zum 20. Jahrhundert werden psychologisch, verhaltenstheoretisch und medizinisch orientierte Klassifikationssysteme nebeneinander verwendet. 1980 werden national und international verbindlich das DSM-III der amerikanischen Berufsorganisation der Psychiater (APA 1980) und der ICD-9 der WHO zur Klassifikation psychischer Störungen eingeführt (vgl. Kapitel 2.2). Im ICD-10 (1992) und DSM-IV (1994) wird der Begriff „*psychische Krankheit*“ aus dem DSM-III durch „*psychische Störung*“ ersetzt, da „*Störung*“ im wissenschaftlichen Diskurs als deskriptiv beurteilt wird. Jedoch kann mit Franke (2006:71) der Begriffswechsel als „*eine Verschleierungstaktik [gewertet werden], mit der psychische Auffälligkeit sozial weniger diskriminierend bezeichnet werden kann, (...) [Beide Begriffe] bezeichnen einen Zustand diagnostischer Abweichung, – das ist das Entscheidende, weniger die damit verbundene Namensgebung.*“ Eine kritische Reflexion des Stigmatisierungs-, Diskriminierungs- und Ausgrenzungsrisikos ist nach der Autorin bei dem Versuch einer Klassifikation psychischer Erscheinungsbilder im medizinwissenschaftlichen und gesellschaftspolitischen Diskurs weiterhin zwingend erforderlich.⁴²

Medizinhistorisch und kulturwissenschaftlich reicht die Entwicklung des Konzeptes der psychischen Krankheit als Ursache für Stigmatisierung psychisch

⁴⁰ Nach neuropsychologischer Sichtweise, z. B. Andreasen (1993:13) ist „*die Psychiatrie (...) eine Disziplin, die sich mit der Erforschung der Abnormalitäten der Gehirnfunktionen beschäftigt (...), die vom Verstand zum Molekül reicht.*“

⁴¹ Einschlägige Modelle: Vulnerabilitäts-Stress-Modell: Zubin & Spring (1977), Labeling Modell: Bastine (1998), Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell): Becker (2006).

⁴² Diskriminierungstendenzen werden auch in der Alltagssprache deutlich: ‚psychisch Kranke sind gefährlich‘, ‚der ist irre/verrückt‘, ‚die gehören in eine Anstalt‘, ‚die müssen sich nur mehr zusammenreißen‘.

kranker Menschen weit zurück.⁴³ In der vor- und frühindustriellen Zeit werden diese Phänomene als Geisteskrankheiten gedeutet. Kulturwissenschaftlich werden gerade psychische Krankheiten als Strafe für Verbrechen, Sünde oder Schuld gegenüber Mitmenschen oder Göttern gesehen und spiegeln die negative Haltung zu psychisch Erkrankten. Nach Gelhaus (2008:45) haben diese Annahmen noch heute Konsequenzen in der Interaktion mit Betroffenen.

Öffentliche Stigmatisierungs-, Selbststigmatisierungs-, jedoch zunehmend auch institutionelle Stigmatisierungstendenzen (vgl. Kapitel 2.3) können Auswirkungen auf das Selbstbild sowie die soziale Integration Betroffener haben, dem rechtzeitigen Aufsuchen professioneller Hilfe entgegenstehen und Chronifizierung begünstigen (vgl. Hagenah 2008). In einer Studie von Barney, Griffith & Jorm (2006) werden als Gegenübertragung negative Reaktionen des Arztes auf eine psychische Erkrankung bei depressiven Patienten beobachtet und für eine Verzögerung medizinischer Inanspruchnahme vermutet. Auch Gaebel et al. (2004:3255) können eine negative Haltung von Ärzten gegenüber psychischer Krankheit und aktuellen Behandlungsmöglichkeiten zeigen⁴⁴: *„Vorurteile und dadurch bedingtes Verhalten stehen der adäquaten Behandlung und somit der Gesundheit und Integration psychisch Kranker in das öffentliche Leben erheblich entgegen.“*⁴⁵ Hagenah (2008:218) spricht in diesem Zusammenhang sogar von einer möglichen Form *„institutioneller Stigmatisierung in der Vorenthaltung von Behandlungen“*.

Gelhaus (2008:43ff.) und Evers (2008:53f.) verweisen darauf, dass im Um-

⁴³ Nähere historische Herleitungen bei Gelhaus (2008:44 f.). Es ist der griechische Arzt Hippokrates (460-377 v. Chr.), der eine Art erster Säkularisierung vornimmt, indem er Gottesstrafen einen Krankheitsstatus zuschreibt (vgl. Kollesch & Nickel 1994).

⁴⁴ Arens, Berger & Lincoln (2009:329) diskutieren, inwieweit die klinische Ausbildung zum Psychiater *„eine stärkere negative Stereotype und eine stärkere Präferenz für soziale Distanz“* im Sinne einer höheren Stigmatisierungsbereitschaft im Vergleich zu anderen Fachgruppen fördert.

⁴⁵ Gaebel et al. (2004:3254) bewerten dieses Stigmatisierungserleben sogar als *„zweite Erkrankung“*.

gang mit Menschen, die den gesellschaftlich akzeptierten Rahmen überschreiten, der Krankheitsschutz, aber auch die Rolle des sekundären Krankheitsgewinns, die sozioökonomischen Auswirkungen und vor allem Stigmatisierungs- und Diskriminierungspotential⁴⁶ mit zu beachten sind. Diese genannten Faktoren spielen nach Ansicht der Autoren aufgrund des Konstruktcharakters psychischer Störungen eine entscheidende Rolle und fordern daher vor diesem Hintergrund einen permanenten gesellschaftlichen Aushandlungsprozess über die Definition von Krankheit.⁴⁷ In diesem Prozess zeigt sich nach Franke (2006:71), *„wie sehr wir gewillt und in der Lage sind, Verrücktes und Verrückte als Teil des Lebens und unserer Gesellschaft zu akzeptieren.“*

Zur gesellschaftlichen Diskussion über die Interaktion mit psychisch belasteten Menschen ist meines Erachtens mit Franke (2006) kritisch anzumerken, dass gerade das 1999 in Deutschland verabschiedete Psychotherapeutengesetz psychisch wie somatisch Erkrankten Krankheitsschutz und medizinische Versorgung gleichermaßen zugesteht, so dass psychisch leidende Menschen nur mit medizinischer Diagnose einen Anspruch auf Finanzierung therapeutischer Behandlung haben. Es kann zum Diskurs anregen, ob es zur vermehrten Zuteilung von Diagnosen und zur Benachteiligung von Menschen ohne definierte Krankheit kommt (vgl. Franke 2006:72).

Resümierend ist auf komplexe Stigmatisierungsrisiken für psychisch Erkrankte bei Erstinanspruchnahme medizinischer Hilfe hinzuweisen, da sich sowohl in der Öffentlichkeit als auch auf Betroffenen- und verhängnisvollerweise auch auf Ärzteseite prädisponierende Haltungen finden lassen.

⁴⁶ Klassische Literatur zum Phänomen Stigmatisierung von dem Soziologen Goffman (1967). Nach Evers (2008:53) sind bei der Definition von Krankheit die Prognose, die Schuldfrage und die Möglichkeit gesellschaftlicher Teilhabe zentral.

⁴⁷ Henn (2008:68) führt die Diskussion *„normal anders krank“* weiter und fordert Normabweichungen eher *„normativ neutral als „Anderssein“ zu beschreiben.“* Ähnlich ist Richard von Weizsäckers Ansatz (1993): *„Es ist normal, verschieden zu sein“.*

4 Theoretische Prozessmodelle

In der Forschungsliteratur finden sich zur Beschreibung des Latenzprozesses recht wenige theoretische Modelle. Ich habe drei bekannte Prozessmodelle ausgewählt, die ich im Folgenden beschreibe:

Fünfphasiges Prozessmodell nach Dörner (1977)

10-Phasen-Prozessmodell von Kanfer et al. (2006)

Trajectory-Konzept von Strauss (1993) und Corbin & Strauss (2004)

4.1 Das fünfphasige Prozessmodell nach Dörner

Der Sozialpsychiater Dörner (1977:48) beschreibt in einem fünfphasigen Modell die *„Sozialisation zum Patienten“*. Er betrachtet dabei das Erleben von Krankheit als einen Definitionsprozess und fokussiert auf die komplexe soziale Aushandlung in der Definition von Gesundheit oder Nicht-Gesundheit bzw. Krankheit sowohl durch den Betroffenen und das Laiensystem als auch durch Professionelle.

In Stadium 1, *„>>Etwas stimmt nicht<< oder Symptomerfahrung“* (Seite 50ff.), besteht nach dem Autor infolge einer wahrgenommenen Befindungsveränderung *„das dringende Bedürfnis nach Erklärung, nach Definition“* (Seite 51). Die Beurteilung der Hilfebedürftigkeit ist dabei sowohl von den Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit des Betroffenen als auch von denen des nahen Umfeldes abhängig.

In Stadium 2, *„>>Ich bin krank<< oder die Annahme der Kranken-Rolle“* (Seite 55ff.), wird auf die Bedeutung der *„laienmedizinischen Selbst- (und Fremd)-diagnose und -behandlung“* (Seite 57) und des *„Laien-Zuweisungssystem(es)“*, insbesondere enger Bezugspersonen, hingewiesen (Seite 60). Dieses bestimmt nach Dörner die Entscheidung für medizinische Hilfe, dessen Zeitpunkt, aber auch deren Auswahl mit, auf die die spätere medizinische Diagnostik aufbauen kann. Der Autor bewertet das *„diagnostische Lai-*

en-Suchverhalten (...) [als] Selbsthilfe der Individuen“ (Seite 57) und die Selbstdefinition *„durchaus schon als aktive Problemlösungsverhalten“* (Seite 56f.).

In Stadium 3, *„>>Ich muss zum Arzt<< oder die medizinische Diagnose als Definition“* (Seite 63ff.) erfolgt die *„medizinische Etikettierung“* (Seite 65). Dörner kritisiert, dass der soziale Sinn von Krankheitserfahrung in *„der professionell-medizinischen Definition des Abweichens“* (Seite 68) zunehmend verloren geht und stellt heraus, *„dass der Patient also auch eine Gesamtdiagnose vom Arzt erwartet“* (Seite 67), wobei Vertrauen, Kooperation und Compliance die Interaktion bestimmen sollen.

In Stadium 4, *„>>Ich bin Patient<< oder die organisierte Krankheit“* (Seite 69ff.) wird nach dem Autor *„(...) zynischerweise (...) mit dem Begriff >>sekundärer Krankheitsgewinn<< ein solches Definitionsresultat allein dem Patienten angelastet.“* (Seite 71). Da die Etikettierung durch den Arzt erfolgt, besteht somit eine Diskrepanz zwischen der erforderlichen diagnostischen Einordnung und dem möglichen Ausnutzen des Krankheitsschutzes. Das *„Gesamtbedürfnis“* (Seite 72) und die Selbsthilfe des Patienten bleiben laut Dörner bei dieser Einschätzung unberücksichtigt.

In Stadium 5, *„>>Werde ich gesund?<< oder der Ausgang der Patientenkarriere“* (Seite 73ff.) ist die Beurteilung als *„Gesundheit oder Nicht-Gesundheit“* (Seite 73) von Vorstellungen Betroffener, aber auch von denen des sozialen Umfeldes und des professionellen Hilfesystems abhängig. Zu einem Abbruch der Behandlung kommt es nach dem Autor bei *„unüberbrückbaren Definitionsdiskrepanzen sozialer oder medizinisch-diagnostischer Art“* (Seite 74) und verweist auf die Relevanz sozialer neben medizintechnischer Interpretation.

Dörner postuliert, dass das professionelle Hilfesystem das *„Gesamtbedürfnis“* des Patienten (Seite 73) in die diagnostische Abklärung und in den Behandlungsvorschlag mit einbeziehen muss, um zur Verhinderung eines Nicht- oder Falsch-Erkennens, einer Verschiebung oder einer Chronifizierung von Krankheit beizutragen.

4.2 Das 10-Phasen-Prozessmodell von Kanfer et al.

Aus klinisch-wissenschaftlicher Perspektive beschreiben Kanfer et al. (2006) 10 Phasen, in denen der psychotherapeutische Prozess in den Alltag des Klienten integriert ist. Sie unterscheiden dabei vor Inanspruchnahme professioneller Hilfe (Stufe 1: Person nimmt ein Problem wahr, Stufe 2: Person bewertet das Problem, Stufe 3: Person entscheidet sich, Hilfe zu suchen), während des psychotherapeutischen Prozesses (Stufe 4: Person sucht/findet Hilfe, Stufe 5: Diagnose/Überweisung, Stufe 6: Person entscheidet sich für eine Behandlung, Stufe 7: Person reagiert auf die Behandlung, Stufe 8: Person unternimmt notwendige Veränderungen, Stufe 9: Person beendet Behandlung) und nach Abschluss der Intervention (Stufe 10: Person behält das Veränderungsmuster bei).

In den Stufen 1–3 (Seite 101ff.) fokussieren die Autoren auf den „schrittweise[n] Übergang von einer >>Person<< zum >>Patienten<<“ (Seite 101), wie eine Person sukzessive die Krankenrolle annimmt und zur Entscheidung der Hilfe-Inanspruchnahme gelangt. Auf diese Zeitspanne bezieht sich auch die vorliegende Arbeit, so dass nur diese hier von den Autoren genannten Aspekte erläutert werden.

In der Stufe 1, Problemwahrnehmung, betonen die Autoren die bedeutsame Rolle sozialer Netzwerke gerade für die Akzeptanz oder das Ernstnehmen erster Problemanzeichen. Eine psychische Problemsicht wird nach den Autoren u. a. aufgrund von „massiven Interferenzen mit dem Selbstbild (...) [oder] aversiven Kontingenzen“ erschwert (Seite 103), so dass Bemühungen zur Selbstwertstabilisierung und das Abwenden befürchteter negativer Konsequenzen die Akzeptanz der Beschwerden erhöhen kann.

In der Stufe 2, Problembewertung, wird herausgestellt, dass die subjektive Beurteilung des Problems, seiner Ursachen-, und Konsequenzzuschreibungen aus Patientensicht seine Bewältigungsversuche und weitergehend auch den therapeutischen Prozess mit bedingt.

In der Stufe 3, Entscheidung zur professionellen Hilfesuche, werden bisheri-

ge ineffektive und teilweise effektive Problemlöseversuche der Personen im Umgang mit ihren subjektiven Beschwerden, die sich in „zyklische[n] Wiederholungsmuster[n]“ (Seite 105) eher zu verfestigen scheinen, als wichtige diagnostische und therapeutische Hinweisgeber betrachtet. Das soziale Bezugssystem, dessen Einstellung und eigene Erfahrung mit therapeutischer Hilfe und dessen negative oder positive Konsequenzen, beeinflusst nach den Autoren die Hilfesuche. Das soziale Netzwerk kann hiernach therapeutische Inanspruchnahme als „eine Art Schutzfunktion gegenüber negativen Erlebnissen“ verhindern (Seite 105).

Kanfer et al. (2006) regen weitere Forschung zur differenzierten Klärung der einzelnen Phasenübergänge an. Die Aspekte zur Latenz werden aus klinisch-wissenschaftlicher Perspektive auf ihre Relevanz für den therapeutischen Prozess, die Erwartungen an den Therapieprozess und die Motivation der Patienten hin gedeutet.

4.3 Das Trajectory-Konzept von Strauss und Corbin & Strauss

Aus soziologischer Perspektive haben Strauss (1993) und Corbin & Strauss (2004) in den USA in 30-jähriger Forschungsarbeit ein Verlaufskurvenmodell zur Begleitung und Bewältigung chronischer Krankheitsverläufe entwickelt, welches auf Interviews, Beobachtung und Anwendung qualitativer Forschung beruht. In ihrem Konzept der Verlaufskurve unterscheiden Strauss, Fagerhaugh, Suczek & Wiener (1997) und Corbin & Strauss (2004) zwischen dem physiologischen Krankheitsverlauf aus medizinischer Perspektive und der Krankheitsverlaufskurve (trajectories), in der die Arbeit aller an der Krankheitsbewältigung Beteiligten beschrieben werden kann. Die komplexen Interaktionsprozesse zwischen Krankem und Angehörigen sowie professionellen Helfern beeinflussen hiernach den Krankheitsverlauf und dessen Bewältigung, wobei Corbin & Strauss (2004:50) „die aktive Rolle, die Menschen

bei der Gestaltung des Verlaufs einer Krankheit spielen“, betonen. Das Balancefinden zwischen krankheits-, alltagsbezogenen und biographischen Prozessen in der Krankheitsbewältigung wird für jeden Einzelfall postuliert.⁴⁸ Die Autoren unterscheiden im Verlauf einer chronischen Erkrankung verschiedene Phasen: die akute Phase, die Normalisierungsphase, die stabile und instabile Phase, die Phase der Verschlechterung und die Sterbephase. Die an der Krankheitsbewältigung Beteiligten haben dabei je spezifische Aufgaben und Arbeitsprozesse in den unterschiedlichen Phasen zu erfüllen. Kontextuelle Bedingungen wie Makrobedingungen, strukturelle Bedingungen und zur Verfügung stehende Ressourcen (Zeit, Geld, Krankheitswissen, Organisationsstrukturen) werden in dem Modell ebenso berücksichtigt.

Corbin & Strauss (2004) betrachten in ihrem Modell gerade auch den Eintritt einer Krankheit in den konkreten Alltags- und biographischen Kontext. Für den dann ausgelösten diagnosebezogenen Prozess werden drei Subphasen differenziert:

In der ersten Subphase, *„die Zeit vor der Diagnose (prädiagnostische Phase)“*, (Seite 40ff.) sprechen die Autoren von dem Erkennen und Interpretieren von Krankheitszeichen: *„Sie ist eine Art Detektivarbeit, die auf die Entdeckung des zugrunde liegenden Krankheitsprozesses abzielt.“* (Seite 41f.) *„Characteristically they notice certain new occurrences affecting their bodies, often disregard these for a time, and then, growing concerned or alarmed, they visit a physician.“* (Strauss et al. 1997:21). In dieser Phase kann es zu einem *„diagnostischen Schwebezustand“* (Strauss & Corbin 2004:44) kommen, der eine biographische Ungewissheit für Betroffene in Abhängigkeit von der jeweiligen Lebensphase auslösen kann und Betroffene können mit einem *„>>Diagnosen einkaufen<<“* reagieren (Seite 44).

⁴⁸ Strauss et al. (1997:191) schreiben zur Arbeit des Patienten im Krankenhaus: *„Patients are expected to be “cooperative”, in common hospital parlance, while the staff is working hard on their care - meaning not merely that patients should be passive or pleasant, but should do the things they are supposed to do in the service of their medical and nursing care.“*

In der zweiten Subphase, „*die Mitteilung der Diagnose*“ (Seite 45f.), wird der Zeitpunkt der Diagnoseoffenlegung nach den Autoren von der Sicherheit der Befunde, der Krankheitsform und deren Prognoseerwartung, dem ärztlichen Kommunikationsstil, dem Verdacht des Patienten und der erwarteten Reaktion des Patienten beeinflusst.

Die dritte Subphase, „*die Zeit nach der Diagnose (postdiagnostische Phase)*“ (Seite 46f.), beschreibt das „*Lückenschließen*“ (Seite 46), in der die Bedeutung der Diagnose für den Verlaufskurvenentwurf (Trajectory Projection, Seite 51) und den Verlaufskurvenplan (Trajectory Scheme, Seite 51) mit den Beteiligten ausgehandelt werden muss. Sowohl die Vorstellung über den wahrscheinlichen Verlauf als auch die Auswahl eines Behandlungsplanes zur Kontrolle des Krankheitsverlaufes beeinflussen dabei die Interaktionen.

Die Autoren heben gerade die biographischen Prozesse heraus, die aufgrund der Wechselwirkung zwischen Identität und Krankheit ausgelöst werden und dass sowohl diagnostische Arbeit, aber auch „*Identitätsarbeit und (...) – sowohl auf den Körper als auch auf die Psyche bezogene – Beruhigungsarbeit*“ (Seite 48) von allen Beteiligten zu leisten sind.

“In short, even scientists must negotiate their constructions of reality, must claim no final picture of it, need to discuss and negotiate and debate their provisional constructions – and yet must act on them, being directed in their action by their tentative constructions, and must judge their consequences. Insofar as one accepts something like this Pragmatist/interactionist stance, then social science can proceed in what can be anticipated as increasingly sophisticated ways, as well as with increased self-awareness of this vital interactional process itself.” (Strauss 1993:29).

Corbin & Strauss (2004) betonen den Prozesscharakter der Krankheitsbewältigung. Zu jedem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufs kann dieser Prozess wiederholt werden, wenn sich symptom- oder krankheitsverlaufsbezogene Veränderungen ergeben. Für die gesamte Krankheitsverlaufskurve kann ein individuelles Verlaufskurvenprofil mit der jeweils persönlichen Dynamik beschrieben und die vergangenen und gegenwärtigen Phasen können zu jedem Einzelfall graphisch dargestellt werden. Schlussfolgernd erhoffen sich

die Autoren detaillierte Studien über spezifische Krankheiten, um Charakteristika krankheitstypischer Verlaufskurven mit ihren jeweiligen Mustern weitergehend aufzuklären.⁴⁹

⁴⁹ Das Trajekt Modell findet seit einiger Zeit praktische Anwendung als Pflegemodell und wird mehrfach evaluiert (z. B. DNQP 2004).

5 Zusammenfassung der theoretischen und empirischen Befunde und deren Relevanz für die Untersuchung

Auf dem aktuellen Forschungsstand lassen sich als theoretischer Hintergrund für die hier vorliegende Untersuchung und für deren Analyse drei Annäherungen aus vorrangig klinisch-medizinischer, gesundheitspolitischer und medizinethischer Perspektive zum klinischen Krankheitsbild und zu subjektiven Gesundheits- und Krankheitskonzepten sowie zu theoretischen Modellen zur Latenz darlegen. Zudem besteht meine Annahme darin, dass diese Aspekte Einfluss auf die Erfahrung und Sichtweise Zwangsbetroffener ausüben.

Die vielfältigen Erscheinungsformen der Zwangsphänomene und die häufig komorbid auftretenden psychischen Beschwerden scheinen sowohl das Erkennen und das Ernstnehmen für die Betroffenen als auch die diagnostische Einordnung zu erschweren. Subklinische Formen mit ihren fließenden Übergängen können Wahrnehmung und Interpretation behindern. Diagnostische Leitlinien scheinen im klinischen Versorgungsalltag nicht ausreichend genug Anwendung zu finden, so dass sich hier eine Frühdiagnostik verzögern kann. Entgegen früherer Einschätzungen lässt sich nach neueren epidemiologischen Studien die Zwangsstörung als ein häufiges Krankheitsbild beobachten, welches sich jedoch im medizinischen Gesundheitssystem nicht hinreichend wieder findet. Die Zwangsstörung wird als eine schwerwiegende psychische Störung mit einem eher ungünstigen Verlauf, Chronifizierungsneigung, frühem Erkrankungsbeginn im Kindes-, Jugend- oder frühem Erwachsenenalter und einhergehenden psychosozialen Anpassungsproblemen bewertet.

In Studien wird eine unzureichende Frühdiagnostik und -behandlung sowie eine eher zögerliche bis geringe Behandlungsmotivation beobachtet. Auch neuere Studien replizieren eine Latenz zwischen Erkrankungsbeginn und Diagnosestellung von ca. 10 Jahren. Die klinische Forschung diskutiert die

Bedeutung der Latenz zunehmend in aktuellen prospektiven Verlaufsuntersuchungen für die Prognose und den Behandlungserfolg. Sie vermutet diese als Indikator für den weiteren Erkrankungsverlauf und den Grad der psychosozialen Anpassung. Derzeit ergibt sich trotz leichter Zugänglichkeit von Leitlinien und der Möglichkeit spezifischer Behandlungsmethoden keine Prognoseverbesserung. Die Rolle der Angehörigen und des medizinischen Versorgungssystem für den Frühverlauf und die Früherkennung von Zwangsstörungen wird herausgestellt.

Gleichermaßen bedenkenswert ist, dass aktuelle Versorgungsstudien im fach- und hausärztlichen Bereich eine nicht ausreichende Identifizierung psychischer Erkrankungen zeigen; Fehler scheinen im Versorgungsalltag keine Seltenheit zu sein. Auf medizinischer Versorgungsseite werden die Arzt-Patient-Interaktion, eine vorrangig somatische Abklärung, der medizinische Wissensstand sowie eine ernüchternde Behandlungsrealität diskutiert, die zwar adäquate, jedoch vermutlich nicht hinreichende Behandlungsoptionen zur Verfügung stellt. Auf Betroffenenseite werden vornehmlich deren Verheimlichungstendenzen aufgrund Schamgefühlen benannt, wohingegen die konkrete Arzt-Patient-Interaktion noch ungenügend berücksichtigt zu werden scheint. Die positive Bedeutung des Latenzprozesses für die Psychotherapiemotivation bei psychisch und psychosomatisch Erkrankten kann gezeigt werden.

In der klinischen Forschung bleibt die subjektive Sicht der Zwangsbetroffenen zum Erkrankungsbeginn und zur Latenz jedoch offen. Unbefriedigend geklärt bleiben die komplexen Bedingungsfaktoren der Einordnungsannahme als Zwangsphänomen. Zudem gibt es bisher keine Messinstrumente für eindeutige Kriterien des Frühbeginns. Stengler-Wenzke & Angermeyer (2005) fordern in ihrer explorativen Studie zur Erst-Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei Zwangsbetroffenen eine Stichprobenvariation, um erste Ergebnisse zu festigen.

Aus gesundheitswissenschaftlicher, medizinsoziologischer und -ethischer Perspektive wird auf den Konstruktcharakter des Gesundheits- und Krank-

heitsbegriffes hingewiesen. Beim Verstehen von Gesundheit und Krankheit als orthogonalem Konzept werden der Prozesscharakter des Krank- und Gesundwerdens und die komplexen Anteilsentwicklungen des Krank- und Gesundseins verdeutlicht. In der Gesundheitsversorgung wird die Relevanz lebensweltlicher Konzepte zunehmend deutlich. Der diagnostische Prozess kann durch die Diskrepanz zwischen medizinisch-wissenschaftlichen und lebensweltlichen Gesundheits- und Krankheitskonzepten erschwert werden, auf die auch die medizinisch-soziologische Perspektive mit ihrer Unterscheidung zwischen medizinischen Befund und subjektivem Krankheitsgefühl hinweist. Lebensweltliche Krankheits- und Gesundheitskonzepte spielen für die Krankheitsbewältigung, die Emotionsregulation und die Selbstbildstabilisierung eine Rolle.

Die Relativität des Krankheitsbegriffes ist gerade für das Konzept psychischer Störungen zu beachten. Vor dem Hintergrund des postulierten Menschenbildes ist der Krankheitsschutz, der sekundäre Krankheitsgewinn, die sozioökonomischen Konsequenzen und das Diskriminierungspotential zu bewerten. Fremd-, aber auch Selbststigmatisierung können Hemmnisse in der Inanspruchnahme frühzeitiger Hilfe darstellen, Stigmatisierungstendenzen im medizinischen Versorgungssystem gegenüber psychisch Kranken bleiben besorgniserregend. Die gesundheitspolitische Betonung der Eigenverantwortung bei der Inanspruchnahme von Behandlung begünstigt Stigmatisierungspotential, auch öffentliches. Kritisch ist zu werten, dass im Umgang mit psychisch Leidenden nur bei Erfüllung der Kriterien für einen Krankheitszustand Krankenkassenleistungen in Anspruch genommen werden können. Ungeklärt ist derzeit, auf welche Kriterien sich Zwangsbetroffene in ihrer Einschätzung von Gesundheit oder Krankheit beziehen, welche Bedeutung sie ihnen geben und wie sie ihr Krankwerden erleben. Es gibt Hinweise auf oftmals leidvolle Erfahrungen Zwangsbetroffener bei der Diagnosestellung im medizinischen Hilfesystem, wobei differenzierte Zusammenhänge offen bleiben. Der Umgang mit subklinischen Formen der Erkrankung für die Frühdiagnostik ist vor dem Hintergrund eingeschränkter Finanzierungsmöglichkeiten im aktuellen Gesundheitssystem angesichts der postulierten psychosozialen

Auswirkungen des Zwangsphänomens zu klären.

Alle drei vorgestellten theoretischen Modelle weisen auf die Bedeutung der Latenz aus unterschiedlicher wissenschaftlicher Perspektive hin, wobei die Autoren eine prozesshafte Sichtweise herausstellen. Der Sozialpsychiater Dörner (1977) bewertet die laienmedizinische Selbst- und Fremddiagnostik und -behandlung als Selbsthilfeversuch. Kanfer et al. (2006) heben aus klinisch-wissenschaftlicher Perspektive die Phase vor Inanspruchnahme der Psychotherapie für die Psychotherapiemotivation, die Therapieplanung und den -prozess heraus und deuten die Bewältigungsversuche der Betroffenen als ineffektive Problemlöseversuche. Aus soziologischer Perspektive betrachten Strauss (1993) und Corbin & Strauss (2004) in ihrem Trajectory-Ansatz die Krankheitsverlaufskurve mit der Krankheitsbewältigungsarbeit und die komplexen Interaktionsprozesse der Beteiligten, des Patienten, der Familie und des Arztes. Die Phase des Krankheits- und Bewältigungsbeginns bis zur Diagnosestellung differenzieren die Autoren in drei Subphasen. Die Erforschung der Verlaufskurvencharakteristik für unterschiedliche Krankheitsbilder wird für wünschenswert gehalten.

6 Methodik des qualitativ-sozialwissenschaftlichen Forschungsprozesses

In diesem Methodenteil lege ich meinen qualitativen Forschungsprozess, sowohl meinen Herangehens- als auch meinen Auswertungsprozess, dar, um Nachvollziehbarkeit und Transparenz des methodologischen und methodischen Vorgehens als ein zentrales Gütekriterium qualitativer Forschung zu ermöglichen.

Nach der Darstellung des subjektiven Erkenntnisinteresses zu Beginn erfolgt die Begründung für die qualitative Forschungsmethodik mit den anzuwendenden methodologischen Prinzipien. Danach zeichne ich die Entwicklung der Forschungsfrage bis zu deren Fokussierung nach. Anschließend erfolgt die Darstellung der Grounded Theory von Strauss & Corbin (1990, deutsch 1996) und Strauss (1998) als methodischer Ansatz dieser Untersuchung und deren Umsetzung in dieser Studie mit Illustration einzelner Analyseschritte. Abschließend erläutere ich die für qualitative Forschung adäquaten Gütekriterien und deren Anwendung in dieser Untersuchung.

6.1 Selbstreflexives Erkenntnisinteresse zu Beginn und Begründung für ein qualitatives Vorgehen

Im Laufe meiner psychotherapeutischen Tätigkeit in eigener Praxis nach Abschluss meiner verhaltenstherapeutischen Weiterbildung in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik hat sich mein berufliches Interesse für Menschen, die an Zwängen leiden, entwickelt. Zu Beginn des Forschungsprozesses haben mich im Therapieprozess mit Zwangserkrankten deren Zurückhaltung beim Schildern ihrer Beschwerden und der – von außen – oft als schwierig erlebte Prozess einer Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe bewegt. Bei diesem oftmals ausgeprägten Krankheitsbild fand ich es immer

wieder erstaunlich, wie Betroffene mit ihrer Erkrankung leben. Eine schon zu Beginn des Forschungsprojektes für mich in den Blick getretene Frage, wie kommt es, dass Betroffene erst ‚so spät‘ – aus Sicht der Psychologin – therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, wurde rückblickend zum Ausgangspunkt für meine forschungsleitende Fragestellung.

Ein familiär-biographischer Zugang im Zusammenleben mit drei Kindern und die Einbindung in kirchliche Zusammenhänge, z. B. Taufe, Erstkommunion und Trauerfall, beeinflusste meine Wahrnehmung und Haltung, dass Rituale als gute Gewohnheiten ihre Bedeutung und Notwendigkeit besitzen. Übergänge von ‚gesund‘ zu ‚krank‘ und deren Grenzziehungen faszinierten mich zusehends. Und dann sind da die Zwangsrituale, diese krankmachenden Gewohnheiten bzw. Phänomene, die sich für mich anfangs fremd, erschreckend, überraschend, erstaunlich bis absurd anfühlten und die ich näher untersuchen will. Mein Blick auf die Betroffenenperspektive hat sich während meiner zeitweiligen beruflichen Tätigkeit in einer Selbsthilfevereinigung für Leukämiekranke geschärft. Die Relevanz subjektiver Gesundheits- und Krankheitskonzepte für die Motivation, die Behandlungsplanung und die Compliance habe ich aus meiner klinischen Perspektive zunehmend hinterfragt, die meines Erachtens für die Krankheitsbewältigung und den Erhalt von Kohärenz und Kontinuität noch unzureichend beachtet werden.

In der vorherrschenden klinisch-quantitativen Forschung⁵⁰ mit ihrem standardisierenden, hypothesengeleiteten Ansatz zur Realitätsprüfung, ihren operationalen Definitionen und ihrem eher behavioristischen Menschenbild wird die subjektive Sicht Betroffener in ihrer jeweiligen Lebenssituation nur ungenügend berücksichtigt. Die eigene Unzufriedenheit mit den bisherigen Erklärungsansätzen zur Krankheitsbewältigung, zur Behandlungsmotivation und -response aus klinischer Perspektive, die dem komplexen subjektiven Krankheitserleben nicht gerecht und vorrangig Betroffenen angelastet werden,

⁵⁰ Eine Diskussion quantitativer und qualitativer Methodologie bei Lamnek (2005:215ff.) und Breuer (2009:11ff.).

lässt weitere Forschung aus Betroffenenperspektive fruchtbringend erscheinen. Das individuelle Phänomenerleben, wie Betroffene selbst ihre Erkrankung, ihr Krankwerden wahrnehmen und ihre eigenen Erfahrungen und Sinnzusammenhänge konstruieren, scheint mir ein explorativ-qualitatives Vorgehen gegenstandsangemessen zu sein. Qualitative Forschung versucht nach Lamnek (2005:220) *„soziale Erscheinungen in ihrem Kontext, in ihrer Komplexität und in ihrer Individualität zu erfassen, zu beschreiben und zu verstehen“* und auch Ambiguitäten mit zu beachten. Strauss & Corbin (vgl. 1996:4) heben hervor, dass persönliche Erfahrung mit Krankheit angemessener mit qualitativer Methodik zu beforschen ist. Diesem schließen sich Flick, von Kardoff & Steinke (2000:17) an und heben hervor, dass mit qualitativer Methodik *„ein wesentlich konkreteres und plastischeres Bild davon deutlich (wird), was es aus der Perspektive der Betroffenen heißt, z. B. mit einer chronischen Krankheit zu leben, als dies mit einer standardisierten Befragung erreicht werden kann.“* Die subjektiven Konstruktionen der Lebenswelt psychisch Erkrankter können somit adäquat vorrangig mit einem explorativ-qualitativen Forschungsansatz erforscht werden.

Zudem kommen qualitative wissenschaftstheoretische Annahmen meinem Wissenschaftsverständnis am nächsten und haben meine Entscheidung für eine qualitative Forschungsmethodik mit getragen. Deren Orientierung an phänomenologische, hermeneutisch-interpretative und konstruktivistisch-perspektivische Ansätze stellen hierbei methodologische Prinzipien dar, in denen die Offenheit des Forschers, die Forschung als Kommunikation, das Prozessverständnis von Forschung und Gegenstand sowie die Reflexivität von Gegenstand und Analyse im Vordergrund stehen (in Anlehnung an Lamnek 2005:19ff., vgl. auch Breuer 1996, 2001, 2009, vgl. Strübing 2004).⁵¹ Die Offenheit des Forschenden gilt dabei dem Beforschten, der Forschungsinteraktion im Feld, den anzuwendenden Methoden sowie der Theoriebildung.

⁵¹ Es gibt in der qualitativen Forschung ein Spektrum an Forschungsansätzen, die sich in ihren theoretischen Annahmen, ihrem Gegenstandsverständnis und methodischem Fokus unterscheiden. Übersichten finden sich bei Flick et al. (2000:18ff.), Lamnek (2005), Denzin & Lincoln (2005).

Offen formulierte Fragen werden an den Untersuchungsgegenstand gestellt und kommen erst im Forschungsprozess zur Fokussierung. Eine Anpassung und Flexibilität der Datenerhebung in Abhängigkeit von der Fragestellung ist während des gesamten Forschungsprozesses gegeben. Mit diesem offen ausgerichteten Analyseverfahren gelingt die Generierung „*elaborierter gegenstandssensitiver Theorien*“ aus den Daten (Breuer 1996:21). Es handelt sich um ein konstruktivistisch-perspektivisches und prozessuales Forschungsverständnis, indem die Datengewinnung und das methodische Vorgehen als kommunikativ, dialogisch und perspektivabhängig, als ein „*Prozess des gegenseitigen Aushandelns der Wirklichkeitsdefinitionen*“ gesehen werden (Lamnek 2005:21).

In der qualitativen Forschung wird das Menschenbild eines „*reflexiven und aktiven Selbst*“ (Groeben und Scheele 1977)⁵² vertreten, in der Beforschte als auch Forschende in ihrer Subjektivität und Reflexivität wahr- und ernst genommen werden. Der Beforschte wird als eigener Experte seiner Lebenssituation gewertet und „*seine Welt- und Selbstwahrnehmungen [sind] für sein Handeln bedeutsam und entsprechende Selbstauskünfte (hinsichtlich ihres semantischen Gehaltes) für die wissenschaftliche Erkenntnis- und Theoriebildung interessant*“ (Breuer 2009:19). Der Einfluss der Interaktion zwischen Forschenden und Beforschten stellt „*demnach keine Störgröße, sondern ein[en] konstitutive[n] Bestandteil des Forschungsprozesses*“ dar, dessen Reflexion zur Güte der Theoriebildung beiträgt (Lamnek 2005:21). Der Kontextgebundenheit sozialer Interaktionen, ihren sozialen, kulturellen und situativen Bezügen wird dabei Bedeutung gegeben und zwar beim Datenzugang im natürlichen Kontext als auch in der Analysearbeit (vgl. Breuer 1996:16). Die Subjektivität des Forschenden wird u. a. in der Themenwahl, seinen Präkonzepten, bei der Feldinteraktion sowie der Auswertung für den qualitativen Forschungsprozess als Erkenntnisquelle nutzbar gemacht (vgl. auch Mruck & Mey 1997). Das Ziel qualitativer Theoriebildung ist die subjektivperspektivische, kontextgebundene Rekonstruktion der sozialen Wirklichkeit,

⁵² Ausführliche Darstellung des Forschungsprogramms „*subjektive Theorie*“ auch in Schreiber & Groeben (1999:26ff.) und Groeben & Scheele (2000).

d. h. der subjektiven Sinnzusammenhänge, ihrer Deutungs- und Handlungsmuster und ihrem Prozessverständnis, um sich einem verstehenden Nachvollziehen anzunähern.

Zusammenfassend lässt sich der qualitative Forschungsstil mit Breuer (1996:14) wie folgt formulieren:

„Mit qualitativer Ausrichtung meinen wir eine Anlehnung an phänomenologische, verstehend-interpretative, interaktionistische, naturalistische Denktraditionen, eine Orientierung auf methodische Sensibilität und Flexibilität unter Bewahrung der "natürlichen" Situiertheit und Komplexität des Gegenstands sowie die Thematisierung der Forscher-Selbstreflexivität und der Wissenschaftler-im-Feld-Situation.“

Nach dem Autor (1996:34) stellt dieser Forschungsstil „*ein geeignetes Medium der Bahnung und Förderung eines Theorie – Praxis – Transfers in beide möglichen Richtungen*⁵³“ dar. Glaser & Strauss (1967), Strauss (1991) sowie Strauss & Corbin (1990, deutsch 1996) stellen die Grounded-Theory-Methodik als heuristisch-analytisches Verfahren bereit, deren Anwendung ich für die hier vorliegende Untersuchung in Kapitel 5.3 beschreiben werde. An diesen zentralen Kennzeichen des qualitativ-sozialwissenschaftlichen Forschungsstils habe ich mich in der Arbeit orientiert.

6.2 Entwicklung der Forschungsfrage im Forschungsprozess

Zu Beginn meines Forschungsprojektes war es mein offen und breit angelegtes Forschungsinteresse, den individuellen Umgang, den Betroffene mit ihrer Erkrankung ‚Zwang‘ in ihrem subjektiven Lebenszusammenhang gefunden haben, aus ihrer retrospektiven Sicht zu beschreiben. Meine Hoffnung war zu

⁵³ Kursiv gebrochene Schrift zeigt die Hervorhebung des Autors.

Beginn, praxisrelevante Ergebnisse zu erhalten, bisher vorhandene Erklärungsmodelle zu vervollständigen und Anregungen für sich daraus ableitbare effektive therapeutische Interventionen, vielleicht auch Neuorientierung von Hilfen abzuleiten; dies habe ich als bedeutsam für die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten und Psychiatern oder auch für den Gesetzgeber postuliert. Eine Theorie-Modellierung über die Erfahrung des gesamten bisherigen Erkrankungsverlaufes aus Betroffenenensicht habe ich angestrebt.

Fragen, die mich zu Beginn meiner Forschungsarbeit bewegten:

- Wie beschreiben Betroffene ihren Weg mit der Erkrankung ‚Zwang‘ aus ihrer retrospektiven Sicht?
- Welche Anpassungs- und Aushandlungsprozesse lassen sich im Umgang Betroffener mit ihrer Erkrankung im Verlauf abbilden?
- Welche Zwangsphänomene werden von den Betroffenen geschildert? Wie entwickeln sich diese?
- Welche individuellen Bewältigungsstrategien finden die Betroffenen? Wie haben Betroffene gelernt, mit ihrer Erkrankung zu leben? Was hat den Betroffenen geholfen, was hat dies erschwert?
- Wann wird medizinische/therapeutische Hilfe in Anspruch genommen?
- Wie kommt es, dass Betroffene erst recht ‚spät‘ (aus meiner klinischen Perspektive) medizinische/therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen?
- Welche Bedeutung hat die Identifikation mit ‚Zwang‘ für die weitere Identitätsentwicklung für die Betroffenen?
- Welche Auswirkungen auf die weiteren Lebensziele und -gestaltung schreiben die Betroffenen dem Zwangsphänomen zu?
- Welche Auswirkungen des ‚Zwanges‘ auf das nähere soziale Umfeld nehmen die Betroffenen wahr?
- Wie gehen Partner/Familie aus der Sicht der Betroffenen mit der Erkrankung um?
- Was hat dem Partner/der Familie aus ihrer Sicht geholfen, mit dem ‚Zwang‘ des Betroffenen umzugehen, was hat es erschwert?

Im Laufe des Forschungsprozesses mit beginnender Datenauswertung und Theorieentwicklung fokussiert sich meine forschungsleitende Fragestellung auf die Relevanz des Beginns des Selbstklärungsprozesses, gerade auf die Einordnungsannahme als entscheidenden Wendepunkt, wie er von den Betroffenen aus ihrer retrospektiven Sicht dargestellt wird. Der Zeitraum vom Eintritt der wahrgenommenen ersten Veränderung bis zu dem als passend beurteiltem Einordnungsangebot wird zum zentralen Thema dieser Arbeit und hat meinen Forschungsprozess vorgebracht. Aus dem Datenmaterial heraus erwies sich sukzessive die Fragestellung der subjektiven Erfahrungs- und Lebenswelt, bis Betroffene zur Selbstdeutung eines ‚Zwangsproblems‘ für ihre Verhaltensbesonderheiten kommen, als spannend und fruchtbringend. Wie Betroffene mit den beginnenden Veränderungen leben und trotz zunehmenden Misslingens biographische Kontinuität zu erhalten versuchen, forderte mich in der Überprüfung meiner therapeutischen Haltung heraus. Aus klinischer Perspektive handelt es bei dem fokussierten Zeitraum um die Diagnoselatenz. Auch heutige Studien replizieren eine Latenz⁵⁴ von ca. 10 Jahren, die Hinweise auf Scham, Stigmatisierungsängste, Verzögerungen auf dem Weg zur Behandlungsmotivation und diagnostische Probleme im medizinischen Versorgungsalltag nahe legen (vgl. Kapitel 2.3). In aktueller klinischer Forschung (vgl. Kapitel 2.3) wird zusehends auf die Latenz für einen eher ungünstigen Krankheitsverlauf aufmerksam gemacht, da er mit psychosozialen Anpassungsproblemen und negativen Folgen für die Lebensqualität einhergehen kann. Der Definition des Erkrankungsbeginns und des Frühverlaufs einer Zwangsstörung wird zunehmend Relevanz für die Frühdiagnostik und damit für eine rechtzeitige, adäquate und langfristige Behandlung zuerkannt. Zudem wird die Erfassung des Krankheitsbeginns zur Charakterisierung möglicher Subtypen in ihrer Bedeutung für spezifische Behandlungsoptionen, aber auch Prognoseerwartungen postuliert.

Einerseits wird aus klinisch-wissenschaftlicher Perspektive die Relevanz der

⁵⁴ Die Begriffe der Diagnose- und Behandlungslatenz verstehe ich nicht gleichbedeutend und beziehe ich mich in meiner Studie nur auf die Diagnoselatenz.

Diagnoselatenz hervorgehoben, zum anderen liegen nur geringe Erkenntnisse über die subjektiv komplexen Bedingungen bei Zwangserkrankten vor (vgl. Kapitel 2.3). Die subjektiv wahrgenommenen Einflussfaktoren dieser Latenz aus retrospektiver Betroffenenensicht sind meines Erachtens ungenügend geklärt. Die Einordnungs- bzw. Diagnoselatenz bzw. der Zeitraum bis zur Einordnungsannahme wird in dieser Arbeit als die Zeitdauer zwischen Eintritt der Erkrankung, d. h. der ersten Wahrnehmung von Auffälligkeiten, die von den Betroffenen retrospektiv als Beginn des Zwanges zugeordnet werden, und dem Annehmen des als plausibel beurteilten Einordnungsangebotes bzw. der Diagnosestellung definiert. Ich werde erlebte zwangsähnliche Veränderungen mit der ‚Diagnose Zwang bzw. Zwangsstörung‘ nur an den von den Betroffenen benannten Stellen ihres Selbstklärungsprozesses benennen und ansonsten lebensweltliche und alltagssprachliche Begriffe, wie Deutung, Einordnung bzw. Selbsterkenntnis verwenden, um einer klinisch-medizinischen Etikettierung nicht Vorschub zu leisten. Subjektive Bedingungsfaktoren der Selbstdeutungsannahme als Zwangsphänomen für ihre Erlebens- und Verhaltensweisen möchte ich aus Betroffenenensicht in dieser hier vorliegenden Arbeit beleuchten.

Zentrale Fragestellung:

- Welche Bedingungsfaktoren spielen für die Deutungsannahme ‚Zwang‘ für die erlebten Auffälligkeiten aus Betroffenenensicht eine Rolle?

Unterfragestellungen:

- Wann und wie gelangen Betroffene zu der für sie als passend empfundenen Zwangsdeutung?
- Was sind erste Veränderungen und wie deuten Betroffene diese subjektiv wahrgenommenen Auffälligkeiten?
- Wie beeinflussen subjektive Ressourcen den Umgang mit den Veränderungen und deren Deutungssuche?

- Wie erleben Betroffene den Einfluss des sozialen Umfeldes auf die Deutungssuche?
- Wann beginnt die Suche nach einem medizinischen Deutungsangebot?
- Wie erleben Betroffene den Einfluss des medizinischen Hilfesystemes auf die Deutungssuche und -annahme?
- Welche Deutungsangebote erhalten Betroffene und welche Bedeutung verbinden sie mit dieser Einordnung?

Gerade dieser schon zu Beginn des Forschungsprojektes zentrale Aspekt der Zeitspanne von der Wahrnehmung erster Veränderungen bis zur Selbstdeutung als ‚Zwangsproblem‘ hat sich in der vorliegenden Arbeit zu meiner fokussierten Fragestellung entwickelt.

Im Laufe meines mehrjährigen Forschungsprojektes ist aus einem beruflichen, zunehmend auch ein persönliches Erkenntnisinteresse hinsichtlich medizinethischer, gesundheits- und gesellschaftspolitischer Perspektiven erwachsen. Schon während meines Theologiestudiums haben mich moral- und normativ-ethische Fragestellungen im Kontext einer Individual- und Sozialethik angesprochen. Die komplexen und ambivalenten Zusammenhänge im Selbsterkenntnisprozess über Gesundheit und Krankheit, durch Fragen Frankes (2006, vgl. Kapitel 3.1) über deren Eigen- und Fremddeutung ange-regt, haben die hier vorliegende Arbeit am Beispiel Zwangsbetroffener be-fruchtet und inhaltlich vorangebracht.

6.3 Grounded-Theory-Methodik zur qualitativen Datenanalyse

Methodischer Ansatz dieser Arbeit ist der qualitative Forschungsstil der Grounded Theory, der von den Soziologen Glaser und Strauss (1967) Anfang der 60iger Jahre in einer Feldstudie zu Interaktionen zwischen Klinik-

personal und chronisch leidenden bzw. sterbenden Patienten entwickelt und von Strauss (1998) sowie Strauss & Corbin (1990, deutsch 1996) modifiziert wird.⁵⁵

Die Grounded Theory ist eine zunehmend bewährte qualitativ-sozialwissenschaftliche Methodik, deren Akzeptanz auch in der psychologischen Forschung zuzunehmen scheint (vgl. Breuer 2003:7, vgl. Strübing 2004:1).⁵⁶ Mit dieser qualitativ-interpretativen Methode können komplexe soziale Phänomene erforscht und „eine in den Daten begründete Theorie (eine "grounded theory") entwickelt werden“, welche Strukturmuster und Prozessaspekte eines fokussierten sozialen Phänomens aufdecken kann (Legewie 1996:VII).

In einem spiralförmig verlaufenden qualitativen Forschungsprozess wechseln sich Datenerhebung, -analyse und theoretische Modellierung ab. Im Grounded-Theory-Ansatz können in Abhängigkeit vom Erkenntnisinteresse verschiedene Datenerhebungsverfahren, wie z. B. Interviewgespräche, Feldbeobachtungen, eigene Feldinteraktionen, Aufzeichnungen und Sammlung von Dokumenten, angewandt werden. Der Herangehens- und Auswertungsprozess erfolgt mithilfe von aufeinander bezogenen und auch flexibel anwendbaren Arbeitstechniken und Analyseverfahren (vgl. Strauss & Corbin 1996:25ff.). Die primären analytischen Verfahren sind das theoretische Kodieren mit der Anwendung eines Kodierparadigmas, das theoretical sampling, die Entwicklung theoretischer Sensibilität und die forschungsbegleitende Selbstreflexivität des Forschenden. Bei der qualitativen Datenanalyse wechseln sich induktive und deduktive Arbeitsschritte ab, so dass eine theoretische Modellierung kontinuierlich entwickelt, überprüft und modifiziert wird. Diese Parallelität von Datenerhebung und -analyse trägt nach Strauss & Corbin (1998) zur Gegenstandsverankerung bei. Resümierend legt Breuer (1996:16) dar:

⁵⁵ Weitere Monographien u. a. bei Kelle (1994), Breuer (1996, 2009), Strübing (2004). Darstellung der Auseinandersetzung Glasers (1967) mit Strauss & Corbin (1990) bei Kelle (1994:333ff.).

⁵⁶ Kritische Diskussion zur Relevanz quantitativer und qualitativer Methodologie in psycho-

„Es handelt sich dabei um eine Methodik der Theorie-Entwicklung auf der Basis einer detaillierten, quasi mikroskopischen Untersuchung und Interpretation sozialer Phänomene. Hauptsächlich auf induktivem Entdeckungs-, Kontrastierungs- und Schlußfolgerungs-Weg werden die herausanalysierten Strukturen empirischer Einzelphänomene zu Theorie-Entwürfen verallgemeinert und im fortwährenden rekursiven Kontakt mit dem Untersuchungsfeld elaboriert.“

Im Folgenden beschreibe ich die spezifischen Verfahren der Grounded Theory und deren Anwendung in der vorliegenden Untersuchung:

Theoretisches Kodieren: Der Prozess der Datenanalyse erfolgt dabei nach Strauss (1998:35ff.) und Strauss & Corbin (1996:43ff.) mithilfe eines dreistufigen Kodierverfahrens, dem offenen, dem axialen und dem selektiven Kodieren, zwischen denen während der Analyse hin- und hergependelt wird. Beim Kodieren werden Konzepte und Kategorien benannt sowie Kategorien und deren Verbindungen, Kategorien und Subkategorien, Eigenschaften und deren Dimensionen miteinander in Beziehung gesetzt, geprüft und modifiziert, bis zunehmend ein konzeptuell dichter Theorieentwurf entsteht.

In der ersten Kodierphase, dem offenen Kodieren, wird ein Aufbrechen und breites und reichhaltiges Konzeptualisieren (vgl. Strauss & Corbin 1996:45) von Daten erreicht. Textstellen, d. h. einem Abschnitt, einem Satz oder einem Wort, werden spontan formulierte, assoziationsreiche und noch vorläufig zu geltende Codes bzw. mögliche Lesarten des Datenmaterials zugeordnet (vgl. Strauss 1998:58). Die als aussichtsreich identifizierten abstrakteren Konzepte und Kategorien werden daraufhin auf ihre Eigenschaften und Dimensionen entwickelt. Als analytische Verfahren dienen das Anstellen von systematischen Vergleichen, insbesondere das Kontrastieren minimaler und maximaler Unterschiede, und das Stellen von analytischen Fragen an die Daten.

In der axialen Kodierphase werden mithilfe des Kodier-Paradigmas Kategorien mit ihren Subkategorien in Bezug gesetzt. Die Kategorien mit ihren Subkategorien werden hinsichtlich ihrer Bedingungen, ihres Kontextes, ihrer

logischer Forschung bei Breuer (2003), Groeben (2006) und Schreier & Breuer (2006).

Handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen erarbeitet, die sich auf ein identifiziertes Phänomen beziehen. „Nur diejenigen [Phänomene], von denen – nach vorläufigem Stand der Analyse – angenommen werden kann, dass sie für die Klärung der Forschungsfrage relevant sind oder sein könnten“, werden mithilfe eines kontinuierlichen Vergleiches geprüft und modifiziert (Strübing 2004:21).

Im fortgeschrittenen Forschungsprozess beim selektiven Kodieren wird die Kernkategorie als zentrales Phänomen zur Integration aller anderen Kategorien ausgewählt. Noch nicht ausreichend entwickelte Kategorien können noch verfeinert und ausdifferenziert werden und mit neuem oder bereits vorhandenem Datenmaterial validiert werden (vgl. Strauss & Corbin 1998:156ff.). Ziel der Datenanalyse ist es, sukzessive eine konzeptuell ‚gesättigte‘ und gegenstandsbezogene Theoriebildung („*Theoretische Sättigung*“, Strauss & Corbin 1998:159) zu erreichen.

In analytischen „*Memos*“ (Strauss & Corbin 1998:168ff.) werden während des Kodierprozesses schriftliche Ausarbeitungen zu vorläufigen Theorieergebnissen oder visuelle Diagramme zur Unterstützung der Theoriemodellierung festgehalten. Meine Erfahrung beim theoretischen Kodieren bewegte sich zwischen dem spannenden Entdecken neuer Konzeptualisierungen und dem Aushalten von Unübersichtlichkeit bei den Kodierergebnissen, insbesondere bei der Datenmenge. Die Kodierarbeit erwies sich als mühevoll und energiezehrend bzw. -fordernd, jedoch auch zugkräftig für den weiteren Weg der Forschung, Alemann (1984, Zeichnung) folgend als Quell „für den Ozean der Erfahrung“. Die Schwierigkeit war, dass die Vielzahl an Codes, Memos und visuellen Diagrammen teils Verunsicherung und Unübersichtlichkeit auslöste, jedoch auch mit Vertrauen auf neuen Erkenntnisgewinn einhergehen musste.

Nach einer ersten Kodierphase mit Entwicklung eines Phasenmodells über die subjektive Bewältigung des gesamten Krankheitsverlaufes drängte sich bei der weiteren Analysearbeit eine Fokussierung der Forschungsfragestellung dahingehend auf, Bedingungsfiguren über die subjektive Einordnungs-

annahme bzw. die Diagnoselatenz aus Betroffenenensicht zu beschreiben: Wie nehmen Betroffene den Frühverlauf bis zur passend beurteilten Einordnung wahr? Welche Erfahrungen zu Beginn werden von ihnen konzeptualisiert? Neukategorisierungen über das Datenmaterial, auch unter Einbezug begleitender Literaturrecherche, verhelfen der Theoriegenerierung zur Weiterentwicklung. Bisherige Kodiererergebnisse mit Strategien, Konsequenzen und Kontextbedingungen wurden an geeigneten Stellen in den entwickelten Theorieentwurf einbezogen. So erläutere ich die Konsequenzen der Problemdeutung, das Auslösen von Strategien des ‚Versteckens und Verheimlichens‘ sowie von Stigmatisierungsängsten, in der Beschreibung des subjektiven Belastungserlebens (Kapitel 7.1). Einzelne Kontextbedingungen, wie Versorgungsstruktur und das gesellschaftliche Klima gegenüber psychisch Erkrankten, fließen als ökologische Aspekte in Kapitel 7.5 ein.

Im Laufe meiner Analysearbeit hat sich als Kernkategorie die ‚Deutungsarbeit‘ herauskristallisiert, um die herum sich die bisher gefundenen Kategorien herumgruppieren bzw. integrieren lassen. Andere Anwörter, wie Kontrollwahrnehmung oder soziale Integration, erwiesen sich als nicht genug tragfähig. Illustrierende Theoriememos und Modellierungsdiagramme stelle ich als Ausschnitte meiner Kodierarbeit in den Anhang A.

Theoretical sampling: Bei der Datenerhebung und in den drei Kodierverfahren wird das Verfahren des theoretical samplings angewendet, das eine Datenauswahl aus unterschiedlichen Perspektiven nach der *„theoretische[n] Relevanz für die sich entwickelnde Theorie“* ermöglicht (Strauss & Corbin 1998:148). Mithilfe kontrastiver Vergleiche, sensibilisierender Konzepte und analytischer Fragen wird entschieden, welche Daten für die weitere Theorieentwicklung über diesen Gegenstandsbereich am fruchtbarsten beitragen können. Die Datenanalyse wird beendet, wenn eine *„Sättigung der Theorie“* des sich entwickelnden Theorieentwurfs erreicht ist, d. h. *„wenn eine zusätzliche Analyse nicht mehr dazu beiträgt, daß noch etwas Neues an einer Kategorie entdeckt wird“* (Strauss 1998:49) oder aus pragmatischen Gründen in Abhängigkeit von zeitlichen und materiellen Ressourcen (vgl. Flick

2000:262). Die Umsetzung des theoretical samplings werde ich in Kapitel 6.4 ausführen und im Diskussionsteil in der methodischen Reflexion (Kapitel 8.2) kritisch beleuchten.

Theoretische Sensibilität: Strauss & Corbin (1998:25) verstehen unter theoretischer Sensibilität die persönliche Fähigkeit des Forschers, „*ein Bewusstsein für die Feinheiten in der Bedeutung der Daten*“ im analytischen Prozess zu entwickeln. Die Reflexion des Vorwissens aus der Literatur und der beruflichen und persönlichen Erfahrungen des Forschenden zu Beginn des Forschungsprozesses stellen dabei wesentliche Anfangspunkte für die Untersuchung dar, deren Einblick ich in den Kapiteln 6.1 und 6.2 gebe. „*Dabei stellen beide [Strauss & Corbin] das Erfordernis heraus, dieses Vorwissen >>kreativ und phantasievoll<< zu nutzen, aber gleichzeitig den systematischen Bezug zu den Daten im Blick zu behalten.*“ (Strübing 2004:57). Als sensibilisierende Konzepte fließen in die Datenerhebung und -analyse das den Forschungsprozess begleitende Literaturstudium, das ich in dieser Arbeit in den Kapiteln 2 bis 5 den klassischen wissenschaftlichen Publikationen folgend voranstelle sowie auch meine Erfahrungen im Forschungsfeld, die ich illustrierend in Kapitel 6.4 und im Ergebnisteil in Kapitel 7 beschreibe, ein.

Selbstreflexivität des Forschenden: Der methodologische Aspekt der Selbstreflexivität im Rahmen der Grounded-Theory-Methodik wird für den Forschungsprozess, sowohl für den Herangehens- als auch den Auswertungsprozess, anerkannt, wie er insbesondere von Breuer (1996, 2009) ausgearbeitet wird. Den wissenschaftlich-konstruktivistischen Annahmen und dem Ansatz von Georges Devereux (1984) folgend ist es nach Breuer (2009:140) notwendig, „*den (Objektivitäts-) „Nachteil“ zu einem epistemologischen „Vorteil“ zu wenden, die interaktive Charakteristik der Forschungssituation als potentiell ergiebiges Erkenntnisfenster zu nutzen.*“ Die Reflexion der Subjektivität wird bei den Präkonzepten, in der Feldinteraktion und in der Auswertung als Quelle nutzbar. Auch Muckel (1996:78) hebt hervor: „*Die Forscherin [begibt sich] in eine intensive Auseinandersetzung mit dem Ge-*

genstand und versucht, ihre (emotionalen, körperlichen, kognitiven etc.) Reaktionen auf das Forschungsobjekt als Informationsquelle in den Forschungsprozess einzubeziehen.“

Breuer (1996:34, 2009) benennt als Instrumentarium die Anwendung von „*D e z e n t r i e r u n g s*“-Techniken, wie Forschungstagebuch, Schreiben von Memos und die Forschergemeinschaft, wie ich sie auch in dieser Untersuchung genutzt habe. Im Forschungstagebuch, das ich sowohl analog in Papierform als auch digital am PC führte, habe ich im Verlauf des Forschungsprozesses eigene Erlebnisse, Felderfahrungen, Assoziationen, Gefühlsreaktionen, begleitende Ideen, auftauchende Fragen, eigene Haltungen und Einfälle, aber auch theoretische Memos festgehalten.

Die regelmäßige Teilnahme am Münsteraner Forschungskolloquium bei Herrn Prof. Breuer (WWU Münster, Institut III, Fachbereich Psychologie), in dem sich Diplomanden und Promovenden zu vielfältigen Themenstellungen ihren jeweiligen Ergebnisstand, ihre Fragen zu Präkonzepten und Feldinteraktionen, ihre Konzeptualisierungen und Modellierungsentwürfe sowie beim gemeinsamen Kodieren von Datenmaterial gegenseitig unterstützen, hat meinen gesamten Forschungsprozess begleitet und methodisch und inhaltlich mitentscheidend vorangebracht; gerade mit meiner Rolle als Psychologin mit verhaltenstherapeutischen Hintergrund und als Interviewerin und Forschende habe ich mich kritisch mit Feldinteraktionen und Konzeptualisierungen des Datenmaterials auseinandergesetzt (vgl. Kapitel 6.4 und 8.2).

Zudem hat die mehrjährige Mitarbeit in einer Online-Arbeitsgruppe der NetzWerkstatt⁵⁷ des Instituts für Qualitative Forschung an der FU Berlin meinen Forschungsprozess begleitet, in der vor allem Promovenden zu qualitativer Forschung arbeiten. Unsere 6-köpfige Arbeitsgruppe, an der neben Psychologen, auch Soziologen und Sozialpädagogen teilnahmen, hat in regelmäßigen Chats zur Perspektiverweiterung und durch Austausch über mögliche Lesarten des Datenmaterials und Reflexion von Modellierungsversuchen zur Erhöhung der Intersubjektivität beigetragen. Ebenso war die emotionale

⁵⁷ Darstellung der Arbeitsweise der NetzWerkstatt in Mruck & May (1997).

und motivationale Einbindung bei langjährigen Forschungsvorhaben für mich von hoher Bedeutung. Neben den regelmäßigen Chats (2 Termine pro Monat), bei der das Material zur individuellen Vorbereitung einige Tage vorher zugesandt wurde, konnte ich eine Mailing-Liste und eine Online-Vernetzung mit weiteren Arbeitsgruppen sowie jährliche Offline-Treffen unserer Arbeitsgruppe gewinnbringend nutzen. Eine Perspektivenausweitung findet somit bei der Datenerhebung und beim Auswertungsprozess statt. Die Mitarbeit in beiden Forschergruppen zur Dezentrierung hat erheblich zu dem jetzigen Ergebnisstand der hier vorliegenden Arbeit beigetragen.

6.4 Datenerhebung und Feldzugang

Dem Interessensbereich der individuellen Krankheitserfahrung Zwangsbetroffener habe ich, als gegenstandsangemessen bewertet, ein narrativ-qualitatives Interviewgespräch⁵⁸ als qualitative Methode der Datengewinnung gewählt. Das sich Erzählen lassen von subjektiven Erfahrungsgeschichten bietet einen ertragversprechenden und hermeneutischen Zugang zur Sichtweise und zu Konstruktionsmustern Zwangsbetroffener. Auch Breuer (1996:21) betont: *„Der Ausgangspunkt der Theoriebildung liegt bei den Konzepten der Handelnden in den entsprechenden Problemfeldern – so, wie sie in "natürlich"-kontextuellen Vollzügen, Interaktionen und in einschlägigen Befragungen zum Ausdruck kommen.“* Das von Schütze (1983:284) entwickelte narrative Interview ist für das Erfassen von Prozessstrukturen des individuellen Lebenslaufes, von *„Lebensphasen oder Übergänge des Lebenslaufs, (...) [und] wie sie ihre lebensgeschichtliche Relevanz erlangen“* als methodisch adäquat und erkenntnisbringend zu beurteilen. Nach Lamnek (2005:330 und 329), sind *„durch die Erzählungen (...) die Orientierungsmuster des Handelns am ehestens erkennbar“* und er-

⁵⁸ Zur Diskussion des Begriffsgebrauchs von Interview und Gespräch verweise ich auf Breuer (2009:63f.).

möglichst die narrative Kompetenz „*die sprachliche Rekonstruktion abgelaufener Ereignisse und deren retrospektive Deutung aus der Sicht des Handelnden.*“

Mithilfe der Datentriangulation⁵⁹ habe ich über verschiedene Perspektiven, Zeiträume und an unterschiedlichen Orten eine Exploration des subjektiven Erlebens von Zwangssphänomenen vorgenommen, um mich einem Verständnis über den Untersuchungsgegenstand anzunähern (vgl. Flick 2000:310). Im Prozess des theoretical samplings, das Strauss & Corbin (1996) als ein zentrales Qualitätskriterium für eine gegenstands begründete Theoriebildung ansehen (vgl. Kapitel 6.3), habe ich mit der sich entwickelnden Theorieskizze nach theoriegeleiteten und pragmatisch geleiteten Kriterien zur Fall- und kategorialen Kontrastierung eine Auswahl der Interviewpartner vorgenommen. Die Daten zeigen eine Variation über unterschiedliche Erkrankungsgeschichten mit je variierender bisheriger Krankheitsdauer und Behandlungserfahrung sowie soziodemographischer Daten, wie Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Berufstätigkeit, Beziehungs- und Familienstand. Bildungskarrieren reichen von Hauptschul- bis Universitätsabschluss und von nicht erwerbstätig, erwerbstätig bis berentet. Der Beziehungsstand variiert zwischen ledig und verheiratet mit unterschiedlicher Kinderanzahl (kinderlos bis zu vier Kindern). In den Daten findet sich eine hohe Varianz zu subjektiven Rekonstruktionen zur Einordnungsannahme eines ‚Zwangsproblems‘, zum Alter und zu Zwangsformen bei Erkrankungsbeginn, zum Zeitraum von der Hilfesuche bis zur Einordnungsannahme bzw. zur Diagnosestellung (sie variiert zwischen 0 und 48 Jahren) und zu unterschiedlichen Erstbehandlern. Von den Gesprächspartnern sind 6 weiblich und 6 männlich und ihr Alter variiert zwischen 25 und 72 Jahren.

Nach meinem persönlichen Eindruck im Erstkontakt konnten die Interviewpartner eine ausreichende Distanzierung zu ihrer Erfahrungsgeschichte herstellen und somit eine retrospektive Geschichte ermöglichen. Vor ihrer Re-

⁵⁹ Die Triangulation als Validierungsstrategie in Flick (2000:309ff.).

krutierung ließ sich im Vorgespräch kein Auslösen einer therapeutischen Implikation für das Interviewgespräch erwarten. Für den Geltungsbereich des entwickelten Theorieentwurfes ist bedeutsam, dass alle Interviewten derzeit in psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung sind oder Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe haben. Um eine Rollenkonfusion zwischen Therapeuten- und Forscher-Rolle auszuschließen, habe ich keine potentiellen Interviewpartner angesprochen, die sich in meiner Behandlung befinden bzw. befanden. Die kritische Auseinandersetzung mit der Auswahl der Interviewpartner nehme ich in der methodischen Diskussion der Ergebnisse vor (Kapitel 8.2).

Im Folgenden gebe ich einen charakterisierenden Überblick über meine Interviewpartner⁶⁰:

Name:	Herr Anschütz
Alter:	Mitte 60
Beruf:	Jurastudium nicht beendet, Postinspekteur, Altersrente
Familienstand:	geschieden
Deutungsannahme:	63. Lebensjahr
Beginn der Beschwerden:	15. Lebensjahr
Behandlung:	langjährige Behandlungen, 6 psychoanalytische Therapien, derzeit Verhaltenstherapie
berichtete Zwangsformen:	Zwangsgedanken, Zählzwänge
Name:	Herr Bischoff
Alter:	Anfang 30
Beruf:	mathematisch-technischer Assistent, Informatikstudium nicht beendet, derzeit arbeitslos

⁶⁰ Die Benennung der Pseudonamen erfolgt alphabetisch in zeitlicher Reihenfolge der Interviewführung; das D ist der Interviewführerin vorbehalten. Die zeitlich-biographischen Angaben sind aus dem Interviewmaterial erschlossen worden, eine explizite Abfrage der personenbezogenen Daten ist nicht erfolgt.

Familienstand: ledig
Beginn der Beschwerden: Kindergartenalter
Deutungsannahme: ca. 28. Lebensjahr
Behandlung: psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung
berichtete Zwangsform: Zwangsgedanken

Name: Frau Clauss
Alter: Mitte 50
Beruf: Krankenschwester, arbeitslos, Rentenantrag gestellt
Familienstand: geschieden, 4 Kinder
Beginn der Beschwerden: ca. 21. Lebensjahr
Deutungsannahme: ca. 27. Lebensjahr
Behandlung: psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung
berichtete Zwangsformen: Waschwänge, Sammeln/Horten

Name: Herr Engel
Alter: Anfang 50
Beruf: Zahntechnikerausbildung, Ausbildung zum Stadtangestellten nicht beendet, Rentner
Familienstand: ledig, im psychiatrischen Pflegeheim lebend
Beginn der Beschwerden: ca. 15. Lebensjahr
Deutungsannahme: ca. ein Jahr später
Behandlung: langjährige psychiatrische Behandlung
Multiple Zwangsformen: Wasch-, Kontroll-, Ordnungs- und Zählwänge, Zwangsgedanken

Name: Herr Friedrich
Alter: Ende 40
Beruf: Taxifahrer, arbeitslos

Familienstand: ledig
Beginn der Beschwerden: 6. oder 7. Lebensjahr
Deutungsannahme: ca. 28. Lebensjahr
Behandlung: stationäre und ambulante Psychotherapien
Zwangsformen: Kontroll- und Waschzwänge

Name: Frau Gröne
Alter: Mitte 30
Beruf: Pädagogikstudium, Minijob
Familienstand: in Beziehung lebend
Beginn der Beschwerden: ca. 19. Lebensjahr
Deutungsannahme: im selben Jahr
Behandlung: langjährige ambulante Psychotherapie
Zwangsform: Waschzwänge

Name: Herr Heinemann
Alter: Anfang 70
Beruf: Jurastudium nicht beendet, Sparkassenange-
stellter, Altersrente
Familienstand: verheiratet, 3 Kinder
Beginn der Beschwerden: ca. 14. Lebensjahr
Deutungsannahme: nach Abitur
Behandlung: stationäre psychiatrische und psychosomati-
sche Behandlung
Zwangsformen: Wasch- und Kontrollzwänge, Zwangsgedanken

Name: Herr Isenberg
Alter: Mitte 20
Beruf: Krankenpfleger
Familienstand: ledig
Beginn der Beschwerden: 10. oder 11. Lebensjahr
Deutungsannahme: ca. 17. Lebensjahr

Behandlung: stationäre und ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung

Zwangsformen: Kontroll- und Zählzwänge, Zwangsgedanken

Name: Frau Kalweit

Alter: Ende 30

Beruf: Erzieherin, Sozialwissenschaftlerin, Familienzeit

Familienstand: verheiratet, 2 Kinder

Beginn der Beschwerden: Kindheit

Deutungsannahme: ca. 23. Lebensjahr

Behandlung: langjährige ambulante Psychotherapie, stationäre psychotherapeutische Behandlung

Zwangsformen: Kontroll- und Waschwänge

Name: Frau Lindemann

Alter: 30 Jahre

Beruf: Lehramtsstudium, Uni-Assistentin

Familienstand: in Beziehung lebend

Beginn der Beschwerden: 6. oder 7. Lebensjahr

Deutungsannahme: ca. 12. Lebensjahr

Behandlung: langjährige ambulante und stationäre Psychotherapie

Zwangsformen: Wasch-, Ordnungs-, Bet- und Zählzwänge

Name: Frau Menzel

Alter: Ende 40

Beruf: Verwaltungsangestellte

Familienstand: verheiratet, 1 Sohn

Beginn der Beschwerden: ca. 24. Lebensjahr

Deutungsannahme: ca. 36. Lebensjahr

Behandlung: langjährige ambulante und stationäre Psycho-

	therapie
Zwangsformen:	Wasch- und Kontrollzwänge
Name:	Frau Niehoff
Alter:	Mitte 50 Jahre
Beruf:	Medizinstudium nicht beendet, als Sozialpädagogin langjährig berufstätig, Rentenantrag gestellt
Familienstand:	ledig
Beginn der Beschwerden:	27./28. Lebensjahr
Deutungsannahme:	ca. 36. Lebensjahr
Behandlung:	stationäre psychosomatische Behandlungen und ambulante Psychotherapie
Zwangsform:	Kontrollzwänge

Entsprechend des Grounded-Theory-Forschungsprozesses erfolgte bei der parallelen Datenerhebungs- und Auswertungsphase die Durchführung der Interviews. Ich führte persönlich die zwölf narrativen Interviews in drei Phasen im Zeitraum April – Mai 2003, November 2004 – Februar 2005 und April – Juni 2005 durch. Da das Tonbandgerät ein Interview nicht vollständig aufnahm, vereinbarte ich ein Nachinterview mit Nachfragen zum Erkrankungsbeginn im April 2005 (Frau Menzel).

Die Interviews konnten alltagsnah stattfinden. Fünf Interviewpartner waren zu Interviews in der häuslichen Umgebung bereit. Bei vier Interviewpartnern gestaltete sich das ‚ins Feld gehen‘ aufgrund der Zwangssymptomatik schwieriger. Herr Friedrich konnte nach kurzem Zögern dem Besuch in seiner Wohnung zustimmen, nachdem er zuvor Alternativen für sich ausschloss. Drei Interviewpartner fanden sich bereit, die Interviews in einem Arbeitszimmer, in der Wohnung eines Angehörigen oder im Aufenthaltsbereich einer Einrichtung zu führen. Die Intervieworte waren in Deutschland verstreut, so dass teils weite Anfahrtswege, auch mit Übernachtungen, notwendig wurden. Vier Interviews haben auf Wunsch der Interviewpartner in einem Raum unse-

rer Praxis stattgefunden.

Die Rekrutierung von Interviewpartnern gestaltete sich schwieriger, als von mir zu Beginn des Forschungsprojektes angenommen. Bei den angesprochenen Kollegen und Psychiatern schien das Erkrankungsbild unterrepräsentiert zu sein; hier gab es keine weiteren Rückmeldungen.⁶¹ Der Feldzugang erfolgte sukzessiv, zuerst über eine ehemalige Patientin, die mein Forschungsprojekt in ihrer Selbsthilfegruppe bekannt machte, so dass sich drei potentielle Interviewpartner bei mir telefonisch meldeten. Auf mein Angebot, mein Projekt der Selbsthilfegruppe vorzustellen, wurde seitens der Gruppe nicht zurückgegriffen. Über eine Annonce⁶² in einer überregionalen Zeitung konnte ich einen Interviewpartner gewinnen. Über eine Anzeige bei der Selbsthilfeinstitution der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e. V. (DGZ), die in ihrer Zeitschrift Z-aktuell und über ihre Homepage veröffentlicht wurde, bzw. einem Aushang für Teilnehmer an der Selbsthilfegruppe vor Ort haben 17 Betroffene ihr Interesse bekundet, wovon sich 14 Betroffene zur Teilnahme bereit erklärten. Durch die Vermittlung einer Kollegin erklärte sich eine weitere Zwangsbetroffene zu einem Interview bereit. Von diesen wählte ich insgesamt 12 Gesprächspartner nach Sampling-Kriterien, jedoch auch pragmatisch geleitet aus, soweit dieses Vorab-Angaben zuließen. Über Selbsthilfeinstitutionen konnten somit 10 der 12 Interviewpartner rekrutiert werden; dieses beeinflusst den Geltungsbereich der zu entwickelnden Theorie, den ich in der methodischen Diskussion der Ergebnisse (Kapitel 8.2) kritisch reflektieren werde. Die Datensammlung und -auswertung beendete ich nach der Grounded-Theory-Methode, als eine gewisse theoretische Sättigung erreicht war, sich wiederholende bzw. keine neuen konzeptuell relevant erscheinenden Aspekte hinsichtlich meiner Theoriebildung zeigten, sowie auch aus pragmatischen Gründen bei begrenzten zeitlichen und finanziellen Ressourcen. Weiteren potenziellen Interviewpartnern habe ich daraufhin ab-

⁶¹ Inwieweit dieses die fachärztliche und psychotherapeutische Versorgungsforschung spiegelt (vgl. Kapitel 2.3) bleibt Diskussionsgegenstand.

⁶² Die veröffentlichten Anzeigen befinden sich im Anhang B.

gesagt und mich für ihre Bereitschaftserklärung bedankt.

Die Kontaktaufnahme von Seiten der Gesprächspartner und die Bereiterklärung zur Teilnahme fand telefonisch oder per E-Mail statt; hier gab ich nähere Informationen zu meinem Forschungsprojekt und zu Rahmenbedingungen: Absprache des Interviewortes, Bereiterklärung zur Tonbandaufnahme des Interviews sowie Zusicherung einer Anonymisierung (Pseudonamen für Personen- und Ortsnamen).

Um den „*soziale[n] Prozeß der Entwicklung und Wandlung einer biographischen Identität*“ zu explorieren, habe ich das von Schütze (1983:286 und 284f.) entwickelte narrative Interview geführt, das aus drei Phasen besteht:

1. Erzählaufforderungsphase:

Das Interview beginnt mit einer offen formulierten erzählgenerierenden Einstiegsfrage zum Leben mit einem Zwangsphänomen, über den bisherigen Verlauf und ihre Bewältigungsgeschichte, die eine „*autobiographische Stegreiferzählung*“ (Schütze 1983:285) eröffnet: ‚Wie haben sich die Zwänge im Verlauf entwickelt und wie haben sie gelernt, mit ihnen zurechtzukommen?‘.

2. Erzählphase:

Es entsteht nach Schütze (1983) eine spontan produzierte Erzählung, eine retrospektive Geschichte vom aktuellen Standpunkt aus, die ich Anteil nehmend mit Gestik und nonverbaler Kommunikation begleite, um den Erzählfluss des Interviewpartners zu unterstützen.

3. Nachfragephase:

Es werden Verständnisfragen zur berichteten Erzählung gestellt. In einer spiralförmigen Struktur stelle ich nach Abschluss eines Themas Vertiefungsfragen zu ersten Beschwerden, zu eigenen Erklärungsversuchen, zur Rolle der Angehörigen sowie zur Art der Hilfesuche zu

Beginn, soweit dieses bisher nicht berichtet wird.

Bei der abschließenden Einschätzung des Gespräches haben die Interviewpartner die Interviewform zumeist als angemessen, ihnen zugänglich und vertiefend erlebt. Erste Irritationen über die weite Fragestellung konnten schnell überwunden und ihre Geschichten mit eigenen Relevanzsetzungen, auch als für sie Selbstklärung fördernd, resümiert werden.

Nach Lamnek (2005:330) kommt es *„durch den Zugzwang in der Erzählung (...) zu einer realitätsgerechteren, auch plausiblen, Rekonstruktion früheren Handelns.“* Es entsteht ein Zugzwang zur Detaillierung, der die Plausibilität der Erzählung, auch von unangenehmen, tabuisierten Inhalten fördert und die retrospektive Kohärenz ermöglicht.

Einen Leitfaden⁶³ mit Erzählaufforderung und Vertiefungsthemen, die ich entlang der Theoriemodellierung weiterentwickelte, habe ich ausschließlich als Gedächtnisstütze verwendet. Die Themen für die Nachfragephase für das nächste Interview habe ich daraufhin verändert und auf diese Weise prozesshaft kommunikative Validierungen vorgenommen. Zu Beginn habe ich ein Probeinterview geführt, um Erfahrungen mit der narrativen Interviewsituation zu sammeln. Den anfänglichen Leitfaden habe ich danach auf bedeutsam erscheinende Themen reduziert. Dieses Interview (Herr Anschütz) ist auch in den Auswertungsprozess eingeflossen. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 1,5 und 3 Stunden, meistens 2,5 Stunden. Die Interviews wurden vollständig wörtlich transkribiert⁶⁴.

Nach jedem Interview habe ich ein Kontaktprotokoll angelegt, in dem ich Kontextinformationen über Erlebnisse, Beobachtungen, Emotionen, Eindrücke und eigene Assoziationen während des Interviews und zum Ablauf der Interaktion festgehalten habe. In den geführten Interviews wurde durchgängig ein hoher Erzählstrom, in dem eigene Schwerpunkte gesetzt werden

⁶³ Ein exemplarischer Interviewleitfaden ist im Anhang C abgebildet.

⁶⁴ Die angewandten Transkriptionsregeln stehen im Anhang D.

konnten, angeregt, in denen die im weiteren Forschungsprozess fokussierte Fragestellung detailliert enthalten war. Es entstand eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre, so dass reichhaltige Beschreibungen Betroffener über ihre Einordnungsannahme ihrer Verhaltensbesonderheiten exploriert werden konnten. Meine Interviewrolle als Psychotherapeutin und Verhaltenstherapeutin, die von einigen Interviewpartnern explizit nachgefragt wurde, könnte einerseits zu einer Vertrauensbasis beigetragen haben, andererseits könnte diese auch eine Explikationsneigung hinsichtlich einer besonders kooperativen und selbstreflexionsfähigen Neigung zur Angepasstheit gefördert haben, was auch im Hinblick auf die Stichprobenwahl zu diskutieren ist. Diesen Aspekt werde ich weiter in der methodischen Diskussion der Ergebnisse (Kapitel 8.2) kritisch beleuchten.

6.5 Gütekriterien qualitativer Forschung

In der qualitativen Sozialforschung existieren bisher noch keine einheitlichen, allgemein anerkannten wissenschaftstheoretischen Annahmen zu Gütekriterien für qualitative Untersuchungen. Die bisherigen Überlegungen zu Bewertungskriterien sind durch die Modifizierung der klassischen Gütekriterien, wie Objektivität, Reliabilität und Validität (vgl. Lamnek 2005:127ff.), die Entwicklung spezifischer, qualitativer Forschung angemessener Kriterien (vgl. Breuer 1996, vgl. Steinke 2000, vgl. Mayring 2002)⁶⁵ sowie die Ablehnung von Gütekriterien (vgl. Shotter 1990) gekennzeichnet.⁶⁶

Mit Breuer (1996:37) wird dem Ansatz des Heranziehens von spezifischen Kriterien gefolgt, die „*hinsichtlich seiner realen Bedingungen, seines Ablaufs*

⁶⁵ Von den Autoren benannte Gütekriterien: Mayring (2002), der u. a. Verfahrensdokumentation, Regelgeleitetheit, Triangulation, argumentative Interpretationsabsicherung nennt und Breuer (1996), der insbesondere die Reflexivität in der Forschungssituation und in der Datenanalyse in den Vordergrund stellt.

⁶⁶ Eine kritische systematische und historische Diskussion findet sich in Breuer und Reichertz (2001).

und reflexiven Charakters gerecht“ werden. In Anlehnung an Steinke (2000:323ff.) werde ich für qualitative Forschung adäquate Bewertungskriterien darlegen und in Bezug zu meiner Studie stellen.

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

Mithilfe der Dokumentation des Forschungsprozesses, der Interpretation in Forschergruppen und der Anwendung kodifizierter Verfahren kann die Nachvollziehbarkeit des methodologischen und methodischen Vorgehens erreicht werden. In diesem Kapitel (Kapitel 6) habe ich eine transparente Darstellung meines inhaltlichen und methodischen Vorgehens während meines Forschungsprozesses, seiner Entscheidungen und Probleme, ermöglicht. Von meinem forschungsleitenden Erkenntnisinteresse, der Fokussierung der Fragestellung, der Datenerhebung mit der Erläuterung des Feldzuganges, der Beschreibung des Datenmaterials bis zur Datenanalyse mit der Darstellung einzelner Analyseschritte habe ich in diesem Kapitel (Kapitel 6) und im Anhang A meine Vorgehensweise nachvollziehbar gemacht. Durch die langjährige Mitarbeit im Münsteraner Forschungskolloquium und der Berliner Netz-Werkstatt habe ich eine Multiperspektivität auf mein Datenmaterial und meine Theoriemodellierungen vorgenommen und damit die Güte der Kategorien zu erhöhen angestrebt.

Indikation des Forschungsprozesses

Steinke (2000:326ff.) fordert die Gegenstandsangemessenheit während des gesamten Forschungsprozesses, insbesondere bei der qualitativen Methodenwahl, den Transkriptionsregeln, der Samplingstrategie sowie den methodischen Einzelentscheidungen. Einblick in die Umsetzung dieser Kriterien in meiner Untersuchung, auch in ihrer zeitlichen Abfolge, habe ich in diesem Kapitel und im Anhang A–D dargestellt. Aus wissenschaftstheoretischer Affi-

nität und meinem Forschungsinteresse (Kapitel 6.1), jedoch auch aus aktuellem Forschungsstand (Kapitel 2–5) lässt sich ein qualitativer methodischer Zugang begründen, um sich dem Verstehen des Frühverlaufes bei Zwangsbetroffenen anzunähern. Wie dargelegt ist das narrative Interview angemessen, um retrospektive Konstruktionen der Handlungs- und Denkmuster für die persönliche Erfahrung mit Krankheiten zu erhalten (Kapitel 6.4). Bei der Samplingstrategie lässt sich einschränkend sagen, dass sie theorie- und pragmatisch geleitet stattgefunden hat (vgl. auch Kapitel 8.2). Alle Interviews liegen zur Datenanalyse vollständig in transkribierter Form vor.

Empirische Verankerung

Mit der Anwendung der Grounded-Theory-Methodik habe ich die Entwicklung eines gegenstands begründeten Theorieentwurfes entlang der methodischen Leitlinien des theoretischen Kodierens unterstützt. Die sich aus dem vorliegenden Datenmaterial emergierende Theoriemodellierung mit seinen Konzeptualisierungen stelle ich im folgenden Ergebnisteil (Kapitel 7) dar; die Kodierungen illustriere ich durch ausgewählte, auch längere Interviewzitate, um eine Nachvollziehbarkeit für die entwickelten Kategorien zu ermöglichen. Meine theoretische Sensibilität habe ich durch die forschungsbegleitende Literaturrecherche, die Feldbeobachtungen, -interaktionen, die Reflexion der Präkonzepte und die Analysearbeit erhöht. Kommunikative Validierung hat prozesshaft in der Weiterentwicklung der Interviewleitfäden stattgefunden.

Relevanz

Die Relevanz der Forschungsfrage habe ich aus der aktuellen Forschungsliteratur (Kapitel 2–5), die ich forschungsbegleitend sukzessive durchgeführt habe, und in der Darstellung meines subjektiven Erkenntnisinteresses (Kapitel 6.1) detailliert hergeleitet. Die von mir während des Forschungsprozesses

fokussierte Fragestellung der individuellen Einordnungsannahme als Zwangsphänomen aus der Sicht Betroffener ist bisher unzureichend beleuchtet worden. Die Relevanz meiner Forschungsergebnisse in Bezug zum wissenschaftlichen Literaturstand (Kapitel 2–5), auch unter Hinzuziehung weiterer, für meine Untersuchung relevanter theoretischer und empirischer Befunde und deren Bedeutung für den pragmatischen Nutzen, ihrer präventiven, sozialpsychiatrischen und therapeutischen Implikationen für den Umgang mit Zwangsbetroffenen, lege ich im Diskussionsteil (Kapitel 8.1 und 8.3) sowie im sich aus der methodischen Diskussion der Ergebnisse ergebenden Ausblick (Kapitel 8.2) kritisch dar.

Reflektierte Subjektivität

Nach Steinke (2000:330f.) trägt die Reflexion der Rolle des Forschers während der Forschungsinteraktion als auch während der Auswertung der Daten zur Güte qualitativer Forschung bei. Die Subjektivität des Forschers, seine Präkonzepte und sein biographischer Hintergrund beeinflussen das Erkenntnisinteresse, die Methodenwahl, den Feldeinstieg, die Feldinteraktion und die Analysearbeit. Wie bereits dargestellt habe ich die von Breuer (1996) geforderte Dezentrierung durch das Führen meines Forschungstagebuches, der meine Studie begleitenden Mitarbeit in Forschergruppen sowie der zeitweisen Unterbrechung der Datenauswertung, um eine manchmal kraftraubende, jedoch von einander profitierende Vereinbarkeit von Forschungs-, Berufs- und Familientätigkeit zu erreichen, hergestellt. Die kritische Reflexion meiner Rolle als Psychologin und als Interviewerin und Forschende im Hinblick auf die Analyseergebnisse stelle ich in Kapitel 6.4 und in der methodischen Diskussion der Ergebnisse (Kapitel 8.2) dar. Die Interviewsituation war geprägt durch eine vertrauensvolle und von hoher Offenheit geprägte Gesprächsatmosphäre, so dass aussagekräftige und eindrucksvolle Beschreibungen Betroffener über ihre Einordnungsannahme als Zwangsphänomen sichtbar wurden. Einblick in diese Reflektionsaspekte zur Perspektivabhängigkeit von

Forschung habe ich in diesem Kapitel (Kapitel 6), im Ergebnis- (Kapitel 7) sowie im Diskussionsteil (Kapitel 8.2) gegeben.

Limitation und Kohärenz

Die Reflexion des Geltungsbereiches des entwickelten Theorieentwurfes bzw. dessen Grenzen und die Reflexion der konzeptuellen Dichte der entwickelten Theorie, d. h. ihres theoretischen Sättigungsgrades, nehme ich in der methodischen Reflexion der Ergebnisse (Kapitel 8.2) vor.

In dem folgenden Kapitel (Kapitel 7) werde ich nun die Ergebnisse meines theoretischen Modellentwurfes über Bedingungsfaktoren der Einordnungsannahme als ‚Zwangproblem‘ für ihre Verhaltensauffälligkeiten aus Betroffenen-sicht darstellen.

7 Deutungsarbeit – zentrales Phänomen des Latenzprozesses

In dieser vorliegenden Arbeit werde ich die Bedingungsfiguren nachzeichnen, wie Betroffene zur für sie plausiblen Zwangsdefinition für ihr verändertes Erleben und Verhalten gelangen. Die Interviewten beschreiben recht unterschiedliche Wege, wie sie zur Klärung ihrer wahrgenommenen Veränderungen kommen. Den subjektiven Suchprozessen nach Einordnungsmöglichkeiten wird von den Betroffenen zentrale Relevanz für die Entstehung eines Krankheits- und Handlungskonzeptes zugeschrieben. Dieser Frühverlauf und die Früherkennung sind bisher in der wissenschaftlichen Literatur nur ungenügend beleuchtet worden.

In dem Datenmaterial fällt mir immer wieder auf, dass Betroffene gerade den Zeitpunkt der Einordnung der Verhaltensauffälligkeiten als Zwangsphänomen als Wendepunkt, als „*erste[n] Schritt*“ (Herr Isenberg:18) bzw. „*wichtige[n] Schritt*“ (Frau Menzel:13), für die Entwicklung eines Krankheits- und Handlungskonzeptes und den weiteren Umgang mit ihren Zwangsphänomen bewerten. Gerade der berichteten Entlastungsmöglichkeit durch die Zwangseinordnung von einer Selbststigmatisierung im Sinne einer Verrücktseinseinschätzung scheint besondere Relevanz zuzukommen.

Aus den Daten heraus habe ich eine theoretische Modellierung zu meiner fokussierten Forschungsfragestellung herausgearbeitet: Welche Bedingungsfiguren spielen bei der Einordnungsannahme für die Verhaltensbesonderheiten aus Betroffenenensicht eine Rolle? Durch die begleitende Literaturrecherche, insbesondere die Prozessmodelle zur Latenz von Dörner (1977), Corbin & Strauss (2004) und Kanfer et al. (2006), angeregt und nach wiederholt ablaufenden Analysen hat sich beim selektiven Kodieren im Rahmen der Grounded-Theory-Methodik die **Deutungsarbeit**⁶⁷ als Kernkategorie für den

⁶⁷ Insbesondere Dörners (1977:49) Konzept des Definitionsprozesses für die Sozialisation zum Patienten, den er vom symbolischen Interaktionismus (G. Mead) und von der philo-

entwickelten Theorieentwurf herauskristallisiert, die alle anderen Kategorien integrieren kann. Die Kernkategorie ‚Deutungsarbeit‘, die von jedem Betroffenen individuell zu leisten ist, umfasst hierbei implizite und explizite, intuitive und logische, emotionale und rationale Aspekte.

Die Anwendung des paradigmatischen Modells von Strauss & Corbin (1996) und Strauss (1998) erhält während der fortschreitenden Analysearbeit eine Schwerpunktsetzung in Richtung einer Bedingungsanalyse, in der die zuvor ermittelten Strategien, Konsequenzen und kontextuellen Bestimmungen an geeigneten Stellen zur vertiefenden Analyse mit dargestellt werden. Es kristallisieren sich zunehmend Bedingungsfiguren heraus, die für die Deutungssuche der Betroffenen Erklärungswert besitzen. Eine als notwendig erachtete Komplexitätsreduktion des Modellierungsstandes dient zudem einer Nachvollziehbarkeit meiner Auswertungsergebnisse. Wechselwirkungen bzw. Bezüge zwischen den einzelnen Bedingungsfaktoren können an geeigneten Stellen nur angedeutet werden. Im Einzelfall kommt es zum individuellen Zusammenwirken der einzelnen extrapolierten Bedingungsfaktoren, wobei die einzelnen Bedingungsfiguren zeitlich nebeneinander bestehen, sich ergänzen, aber auch irritieren können.

Den Eintritt eines schwer deutbaren Zwangsphänomens werte ich als ursächliche Bedingung bzw. als Ausgangspunkt des subjektiven Such- und Deutungsprozesses. Die Einordnungslatenz, die von den Betroffenen erst retrospektiv bewertet werden kann, definiere ich als den Zeitraum, der sich vom ersten subjektiven Wahrnehmen der Veränderungen bis zu einer als angemessen beurteilten Einordnung als ‚Zwang‘ spannt. Die Betroffenen berichten von einem meist mehrjährigen Prozess, um zu einem für sie nachvollziehbaren Erklärungsmodell ihrer erlebten Phänomene zu kommen. Dabei fällt in den Daten die individuell zu leistende vielfältige Deutungs- und Interpretationsarbeit auf, in der die subjektiven Wertungen im Frühverlauf von

sophischen Phänomenologie herleitet, des „*sentimental work*“ von Strauss et al. (1997:129) und der „*Bewältigungsarbeit*“ von Corbin & Strauss (2004:24) ließen meine Kernkategorie emergieren.

‚Normalität‘ über eine Deutung als ‚Problem‘ zur Deutung als ‚Zwangspannung‘ gelangen, wobei dieser Prozess im Einzelfall nicht als linear und unidirektional zu sehen ist, sondern sich als ein dynamischer, spiralförmiger Prozess charakterisieren lässt. Die Interpretation der erlebten Auffälligkeiten als Problem und nicht als Kranksein habe ich vorgenommen, um eine medizinische Etikettierung nicht zu begünstigen. Die Interviewten verweisen auf Interpretationsmöglichkeiten zwischen ‚Problem‘, ‚seelischer Macke‘ und ‚psychischer bzw. organischer Krankheit‘. Erst mit zunehmender Deutungsarbeit berichten die Betroffenen retrospektiv von der initialen Bedeutung der Einordnung ihrer Verhaltensbesonderheiten als Krankheit. Auch die Verwendung des allgemeinspsychologischen Begriffes der Einordnungsannahme statt der Diagnoseannahme soll die klinische Perspektive ergänzen.

Bei dem emergierten Selbstklärungsprozess finden sich in den Daten die drei Ebenen: Betroffener – Angehöriger – medizinisches Hilfesystem, so dass ich weitere kategoriale Ausarbeitungen und Differenzierungen mit kontrastiver Datenwahl auf diese Interaktionen bezogen vornehme, um mich einer Variation und Sättigung der entstehenden Theorie anzunähern. Es lässt sich ein Spannungsfeld zwischen der eigenen Aushandlung, der Aushandlung mit dem sozialen Umfeld und der Aushandlung mit dem medizinischen Hilfesystem, das die Deutungsannahme als ‚Zwang‘ beeinflusst. Diese Struktur übernehme ich für die Kapiteleinteilung und werde jedes Kapitel mit einem visuellen Diagramm zur Veranschaulichung der einzelnen Bedingungsfiguren mit ihren Kategorien beginnen, was die verschiedenen Pfeilmuster verdeutlichen. Mit reichhaltigen Interviewzitate illustriere ich meinen entwickelten Theorieentwurf. Es lassen sich entlang des entwickelten theoretischen Modells folgende Kapitel differenzieren, die subjektive Bedingungsfaktoren für die Deutungsarbeit der Betroffenen darstellen: die Ebene des Betroffenen mit seinem Belastungserleben (Kapitel 7.1), seinen eigenen Deutungsmustern (Kapitel 7.2) sowie seinen biographischen Potentialen (Kapitel 7.3), die Ebene der Angehörigen als Mitbetroffene und Außenstehende (Kapitel 7.4) und die Ebene des medizinischen Hilfesystems (Kapitel 7.5), in denen die entwickelten Kategorien mit ihren Subkategorien und Dimensionen unter Illustration von

Interviewzitate ausgeführt werden. Die nachfolgende Abbildung 7-1 gibt einen Überblick über die entwickelte Modellierung mit ihren Kategorien zu Bedingungsfaktoren der Deutungsannahme ‚Zwang‘ für die Verhaltensbesonderheiten.



Abbildung 7-1: Theoriemodell über die Bedingungsfaktoren der Einordnungsannahme

7.1 Art und Ausmaß des Belastungserlebens

Die interviewten Betroffenen beschreiben aus ihrer retrospektiven Sicht, wie sie über die Bedingungsfigur der Charakteristik und des Ausmaßes ihres veränderten Erlebens von einer Selbstdeutung ‚das ist normal‘ über ‚das ist ein Problem‘ zu ‚das ist ein Zwangsproblem‘ gelangen. Der Einfluss des Belastungserlebens, insbesondere der eigenen Kontrollwahrnehmung, auf die Deutungsarbeit wird von mir für die wahrgenommenen Verhaltensbesonderheiten herausgearbeitet. Die Art des Eintritts und Verlaufsaspekte stellen weitere Faktoren dar, die die Selbstdeutung bedingen. Jene Schlüsselmomente, die Betroffene für den Beginn ihrer Phänomene benennen, weisen auf den hohen Stellenwert hin, die sie der Manifestationskonstruktion zuschreiben; dieses werde ich näher ausführen.

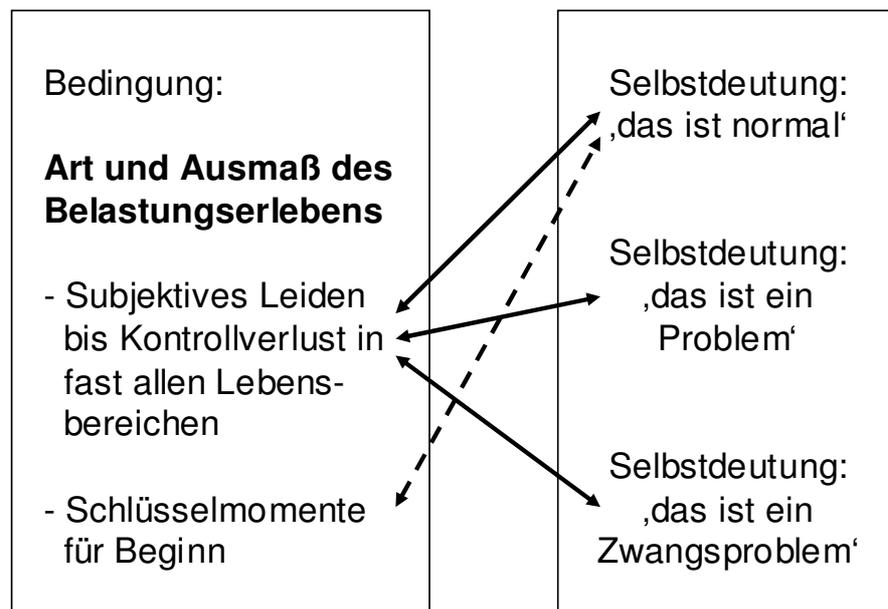


Abbildung 7-2: Art und Ausmaß des Belastungserlebens

7.1.1 Subjektives Leiden bis Kontrollverlust in fast allen Lebensbereichen

Die meisten der Interviewten können den Eintritt der erlebten Veränderungen für sich beurteilen und benennen eine Fülle unterschiedlicher Verhaltens- und Erlebensweisen, die sie retrospektiv als den Anfang ihres Zwangsphänomens werten. Die Charakteristik des Erscheinungsbildes und dessen Kontroll- bzw. Bedrohungserleben sowie der Zeitpunkt und die Art des Eintritts sowie Verlaufsaspekte scheinen zentrale Aspekte für die Deutungsarbeit Betroffener zu beschreiben.

7.1.1.1 Das ist normal – „Null Leidensdruck“; „merkwürdige Dinge passierten“

Aus heutiger Sicht können die meisten Betroffenen den Beginn ihres Zwangsphänomens klar und eindeutig diesen anfänglich wahrgenommenen spezifischen Veränderungen zuordnen. Retrospektiv gelingt es in dieser anfänglichen Phase einigen der Interviewten, ihre Selbstdeutung ‚das ist normal‘ für ihre Erlebens- und Verhaltensweisen aufrechtzuerhalten, häufig indem sie ihre zuerst bemerkten Auffälligkeiten in einen für sie plausiblen Deutungsrahmen stellen können; dieses werde ich in den Kapiteln 7.2.1 und 7.2.2 näher erläutern.

Charakteristik des Erscheinungsbildes

Einige Interviewte benennen zunehmende Hygienebedürfnisse, die sich auf eigene Reinigungshandlungen, wie Händewaschen, Toilettenbesuche, Duschvorgänge, jedoch auch auf ihre persönliche Umgebung, wie dem Sauberhalten der eigenen Wohnung, beziehen. Frau Clauss berichtet von Hygienevorschriften, die sie zuhause weiterführt und Frau Menzel von vermehrten

Putzhandlungen in ihrer Wohnung, die sie selber zu Beginn noch ignorieren kann. Die von den Interviewten benannten Kontrollbedürfnisse beziehen sich auf ganz unterschiedliche Gegenstände aus ihrem persönlichen bzw. persönlich zu verantwortenden Bereich. Herr Isenberg nennt Vorsichtsmaßnahmen im Umgang mit elektrischen Geräten und Türen abschließen beim Verlassen der Wohnung. Frau Niehoff beschreibt Kontrollhandlungen bei medizinischen Vorgängen, der Gabe von Spritzen oder Medikamenten während ihres Ausbildungsalltages:

„Zu Anfang war es halt gut, das erste, was wirklich, ja gut, im, im Studium, da is mir halt... also ich hab Medizin studiert und hab halt dann im Praktikum plötzlich Ängste gekriegt, (...) die Spritze, is die jetzt noch steril, war das jetzt das richtige Medikament“ (Seite 2).

Auch Auffälligkeiten, die in der Kindheit und Jugendzeit beginnen, können von den Betroffenen aus heutiger Sicht als beginnendes Zwangsphänomen beurteilt werden. Als 5 bis 6-jährige nehmen Herr Friedrich und Frau Lindemann vermehrtes Händewaschen wahr, Frau Lindemann bei auftretenden Ekelgefühlen vor Käse, zudem benennt sie Ordnungsbedürfnisse. Von beginnenden Kontrollhandlungen, wie der Kontrolle von Heizventilen und der Angst vor Unglücken berichtet Frau Kalweit. Magische Vorstellungen, wie dreimaliges Öffnen und Schließen der Kühlschranktür, benennt Herr Isenberg.

Das beschriebene Ausmaß der veränderten Erlebens- und Verhaltensweisen, der begleitenden Affekte und körperlichen Reaktionen, wie Ängste, Befürchtungen, Ekelgefühle und innerer Anspannung, lassen sich in dieser frühen Phase den Dimensionen leicht bis mäßig zuordnen. Der Zeitbedarf, den die erlebten Verhaltensweisen in Anspruch nehmen, wird von den meisten Betroffenen als gering bis langsam steigend berichtet.

Im Datenmaterial lassen sich selten diffuse Selbstbeschreibungen wie: „*irgendwas nich mehr, mit mir nich mehr in Ordnung ist*“ (Frau Kalweit:2), sondern meistens recht konkrete zwangsähnliche Beschreibungen finden, was in

der Darstellung der Schlüsselsituationen für den Beginn (Kapitel 7.1.2) noch weiter deutlich wird.

Für andere Betroffene wiederum kann es schwierig sein, überhaupt Veränderungen im Erleben festzustellen. Dieses scheint gerade bei gedanklichen Problemen einzutreten. Den Beginn seines Grübelproblems erkennt Herr Bischoff erst retrospektiv mithilfe eines indirekten Rückschlusses. Erst in der Auseinandersetzung mit seinem veränderten Erleben als Erwachsener kann er seine Gedankenwelt mit seinen Pünktlichkeitsproblemen in Verbindung bringen. Seine gedankliche Beschäftigung mit Schmetterlingen auf seinem Schulweg wertet Herr Bischoff zunächst als ‚normal‘, demzufolge bleibt sein verändertes Erleben lange Zeit auch für ihn unbemerkt und ohne Leidensdruck:

„ich hatte nicht die, die.. blasseste Ahnung, dass das, nicht normal sein könnte. Es war ja schön, sich die Schmetterlinge anzugucken oder was auch immer und ich hatte mit dem Grübeleien, die so in meinem Kopf herum rotierte, null Leidensdruck eigentlich... zu der Zeit. Nur, dass ich zu spät kam, aber den Zusammenhang, habe ich keinen Zusammenhang entwickelt.“ (Seite 17f.).

Das gedankliche Beschäftigen mit moralischen Fragen, wie bei Herrn Anschütz, oder die Vergewisserung von Gesprächsinhalten bei Mitschülern, wie bei Herrn Heinemann, sind für die Betroffenen schwerer als Veränderungen fass- und erkennbar. Auffallend ist, dass diese Erlebensweisen von ihnen selbst als Kinder bzw. Jugendliche bemerkt und als ‚normal‘ hingenommen werden:

„Schlechtes Gewissen verursachende Beschäftigung mit moralischen Fragen.. dass ist bei mir.. eh.. zentriert auf.. oder beschränkt sich auf ja die Wahrnehmung.. die Diskrepanz zwischen Verhungerten und medizinisch unversorgten Leuten in der dritten Welt und unseren.. meinen und anderen Leuten normalen Leben in unseren Breiten“ (Herr Anschütz:1).

„Das war so, dass ich die Gedanken äh,... in der Jugend äh, ernst genommen habe, nicht. (...) Na ja, z. B. ähm, äh, ich hab was gesagt, und das könnte einer so und so aufgefasst haben. Und dann bin ich zu dem hingegangen und hab das, hab

noch mal mit dem gesprochen, nich. Und dann sagte der, ja, was für'n Unsinn, hat er mir ja doch schon längst gesagt.“ (Herr Heinemann:8).

Normalitätserleben/Kontrollwahrnehmung

In dem Datenmaterial zeigt sich, dass viele Betroffene anfangs einen flexiblen und weiten Normalitätsbegriff für ihre wahrgenommenen Auffälligkeiten konstruieren können. Es wird dabei versucht, das Normalitätskonstrukt nach innen, aber auch nach außen aufrechtzuerhalten. Die erlebten Veränderungen erscheinen für Betroffene sowohl vor sich selber als auch vor Außenstehenden keiner weiteren Interpretation zu bedürfen.

In den Daten lassen sich zwei Varianten für dieses ‚Nicht-Eingestehen‘ der anfänglichen Veränderungen und ihrer Folgen unterscheiden:

In der einen Variante scheint es zu einem Nicht-Erkennen der Veränderungen nach innen zu kommen, da die Interviewten diese jeweils im Rahmen eines weiten und flexiblen Normalitätskonstrukts deuten. Diese Normalitätseinschätzung wird von ihnen explizit oder implizit in den Interviews geäußert. Neben direkten, wie bei Frau Clauss, Herrn Bischoff und Frau Menzel, finden sich implizite Äußerungen, wie bei Frau Lindemann, Herrn Anschütz, Frau Menzel, Herrn Heinemann und Frau Kalweit, die aus der Schilderung des Phänomenbeginns mitschwingen bzw. entnommen werden können: *„Also, anfangs war des so normal“* (Frau Clauss:2) sowie *„Ich musste immer die Schubladen einer Kommode genau untereinander und immer ganz reingeschoben haben. Das hab ich auch immer mit der Hand nachgeföhlt“* (Frau Lindemann:1).

Auffallend ist, dass trotz der eigenen Bewertungen ihres anfänglichen Phänomenverhaltens mit: *„dass ich da weiß Gott was geputzt habe“* (Frau Menzel:1), *„gucken überall“* (Frau Kalweit:1), *„is halt so.“* (Herr Bischoff:3) oder *„so jeden Gegenstand millimetergenau hinstellen musste“* (Herr Engel:1) dieses Erleben im Rahmen eines Normalitätskonzeptes eingeordnet wird.

In der subjektiven Definition der Situation durch die Betroffenen wird noch

ein Kontrollerleben über das beginnende Zwangsphänomen und die alltägliche Lebensführung wahrgenommen (vgl. Kapitel 7.3.1); ein Bedrohungsgefühl wird nicht beschrieben. Die Selbstreflexion über das als zwar verändert wahrgenommene Sicherheits- bzw. Risikoerleben kann weiterhin in dem Interpretationsrahmen von Normalität stattfinden. Aber auch Gewöhnungseffekte für die veränderten Verhaltens- und Erlebensweisen sowie eine Toleranz von Affekten können eine zunehmende Rolle spielen; ein ‚anders als sonst‘ wird zwar wahrgenommen, jedoch akzeptiert.

Obwohl Frau Kalweit die Kontrolle von Zigaretten auf dem Fußboden „*widersinnig*“ (Seite 1) erscheint und Frau Menzel verstärkte Putzhandlungen als „*merkwürdig*“ (Seite 1) beurteilt, wird bei beiden keine weitere Deutungsarbeit ausgelöst:

„Genau, es fing noch damit an, dass ich, dass ich immer Angst hatte, ne Zigarette würde.. brennen. Also ich hatte auch geraucht damals und dann, äh, dass ich ne Zigarette nich richtig ausgemacht hätte und dann musst ich auch immer aufstehn und gucken überall. Ich hab dann teilweise gefühlt auf'm Fußboden, ob irgendwo was... Wo mir das so, so widersinnig schon erschien.“ (Frau Kalweit:1)

„dass da so merkwürdige Dinge passierten wie zum Beispiel, dass ich da weiß Gott was geputzt habe“ (Frau Menzel:1).

In den Daten lässt sich eine zweite Variante finden, in der die Betroffenen die Verhaltensbesonderheiten sich selbst gegenüber eingestehen können, es jedoch zu einem Nicht-Eingeständnis nach außen kommt. Im Frühverlauf wird das veränderte Erleben und Verhalten für das soziale Umfeld oftmals nicht sicht- und fassbar, da Ordnungs- und Kontrollrituale nur in einem privaten Bereich oder gedanklich stattfinden. Oder sie bleiben durch Strategien des Versteckens und Diskrethaltens in der eigenen Familie und in der Öffentlichkeit unauffällig (vgl. Kapitel 7.4). Aus den Daten wird das hohe Bedürfnis Betroffener, Normalität nach außen hin aufrechtzuerhalten, deutlich. So berichtet Herr Engel als erste Veränderungen aus seiner Kindheit:

„In diesem Zimmer da aufm Boden oben so, da hatte ich dann auch diese Zwänge,

dass (??) ich also gemerkt habe, dass meine Mutter mal drin war und sauber gemacht hatte, sauber gemacht hatte, dass ich alles nachkontrollieren musste so jeden Gegenstand millimetergenau hinstellen musste wieder und dass es immer mehr Zeit beanspruchte und mich auch innerlich auch irgendwie so aggressiv machte. Und äh... das warn so die ersten Symptome“ (Seite 1f.).

Der Normalitätsbegriff der Betroffenen kann jedoch an seine Grenze geraten, wenn er in Konkurrenz zu dem anderer Personen gelangt, insbesondere dem naher Bezugspersonen oder auch Dritter; dieses werde ich in Kapitel 7.4 ausführen. Soziale Aushandlungen über Normalverhalten werden notwendig, hier berichten Betroffene von ersten Schwierigkeiten: Frau Lindemann berichtet von ihrem Ekel vor Käse, der zu Konflikten innerhalb der Familie führt. Bei einem seltener in Daten dargestellten, engen und starren Normalitätskonzept naher Bezugspersonen wird ein Interpretationsdruck über die bemerkte Verhaltensauffälligkeit ausgelöst, weitere Deutungsarbeit angestoßen und eine Problemwahrnehmung in Erwägung gezogen. Die Eltern von Herrn Engel und Herrn Friedrich können als Beispiel dienen:

„Aber äh aufgefallen, dass irgendwas nicht stimmt, dass ich immer länger zu den Schularbeiten brauchte oder auch wenn ich – ich bin früher gern viel Rad gefahren äh hier so nach n Hausaufgaben zum Beispiel, dann kam ich gar nicht aus dem Keller wieder hoch, weil ich ständig das Rad putzen musste bis das dann wieder wie neu aussah und äh Anfang ´69 haben sie diese Symptome bei unserem Hausarzt damals geschildert“ (Herr Engel:2).

„Und... es hat wie gesagt, mit 6 oder 7 angefangen, so ungefähr, da hab ich noch zu Haus gewohnt... ähm... ja, dann haben des die Eltern natürlich bemerkt in dem Alter und dann kam ich dann das erste Mal in die Klinik so mit 7 Jahren glaub ich, war es... und... dann nach der Klinik war es dann doch etwas besser“ (Herr Friedrich:1).

Durch diese beiden Varianten eines flexibel gehaltenen Normalitätskonstrukts sowie der Strategie des Versteckens und Diskrethaltens kann es zu monate- bis zu jahrelangem ungeklärtem Befinden der Betroffenen kommen.

Art des ersten Eintritts: schleichend versus abrupt

Der am häufigsten berichtete Frühverlauf eines zwangsähnlichen Phänomens ist ein schleichender Beginn, in dem sich das veränderte Erleben und Verhalten über Monate oder sogar Jahre entwickelt, was den Übergang von einer Normalitäts- zu einer Problemwahrnehmung für die Betroffenen zu behindern scheint. Ein abrupter Beginn, der ausschließlich von Frau Gröne berichtet wird, kann die Problemerkennung und die Deutungssuche begünstigen (vgl. Kapitel 7.1.1.3).

Angaben zum Zeitpunkt des Beginns

Alle Interviewten können aus ihrer retrospektiven Sicht sehr genaue Angaben zum Zeitpunkt des ersten Auftretens von Veränderungen im Erleben und Verhalten geben. Diese können retrospektiv eindeutig von den Betroffenen dem Zwangsphänomen zugeordnet werden. Entweder mit genauer Jahres- oder Altersangabe oder durch Rückschlüsse auf berichtete Ereignisse, wie z. B. Schwangerschaft, werden dezidierte Angaben von den Interviewten vorgenommen; diese werden von ihnen zwischen dem Kindergartenalter bis in das frühe Erwachsenenalter angegeben. Im Einzelnen finden sich die aus dem Interviewmaterial erschlossenen Zeitangaben: Kindergartenzeit (Herr Bischoff), 6. oder 7. Lebensjahr (Herr Friedrich, Frau Lindemann), 10. oder 11. Lebensjahr (Herr Isenberg), 12. oder 13. Lebensjahr (Frau Kalweit), ca. 14. Lebensjahr (Herr Heinemann), ca. 15. Lebensjahr (Herr Anschütz, Herr Engel), ca. 19. Lebensjahr (Frau Gröne), ca. 21. Lebensjahr (Frau Clauss), ca. 24. Lebensjahr (Frau Menzel) und 27./28. Lebensjahr (Frau Niehoff).

Im Datenmaterial ist auffallend, dass sich nach einem schleichenden Eintritt des Phänomens eine Zeit lang ein weites und flexibles Normalitätskonzept zuerst nach innen, dann aber auch durch Strategien des Versteckens und Verbergens nach außen aufrechterhalten lässt, was die eigene Normalitäts-

einschätzung begünstigen kann. Es entsteht für die Betroffenen kein Bedürfnis oder innere Notwendigkeit, auf die Suche nach einer Erklärung bzw. Verstehen der wahrgenommenen Veränderungen zu gehen, so dass die Veränderungen so oft jahrelang unbemerkt bleiben können. Ein abrupter Beginn kann eine Wahrnehmung als Problem begünstigen, die dann weitere Suchbewegungen auslöst. Es scheint keine eindeutige Abgrenzung zwischen ‚normal‘ und ‚auffällig‘ bzw. ‚psychisch auffällig‘ zu geben, sondern diese entwickelt sich erst mit weitergehender Deutungsarbeit.

7.1.1.2 Das ist ein Problem – „*der Herd ist noch an*“; „*da war das so schlimm*“

Im weiteren Verlauf kann für die Betroffenen die Deutungsarbeit durch die Veränderung der Charakteristik des Erscheinungsbildes, das veränderte Kontroll- bzw. Bedrohungserleben sowie Verlaufsaspekte begünstigt werden, dass sie zu der Selbstdeutung ‚das ist ein Problem‘ gelangen.

Charakteristik des Erscheinungsbildes

Auffällig ist, dass die Ausgestaltung der Zwangsphänomene in der Beschreibung der Betroffenen mannigfaltig variiert. Die Verhaltensbesonderheiten manifestieren sich in sich wiederholenden, ritualisierten Abläufen beim Waschen (Frau Clauss, Frau Menzel, Frau Lindemann, Frau Gröne), Kontrollieren (Frau Niehoff, Frau Kalweit), Ordnunghalten (Herr Engel, Frau Lindemann), Einhalten von Symmetrie (Herr Engel, Frau Lindemann), Rechenproblemen (Herr Isenberg), Zählritualen (Herr Isenberg, Frau Lindemann, Herr Engel), magischen/abergläubischen Ritualen (Herr Isenberg, Herr Friedrich), religiösen Ritualen (Herr Heinemann, Frau Lindemann), in morgendlichem Rekapitulieren des vorherigen Tages (Herr Engel, Herr Heinemann) oder Re-

kapitulieren von Gesprächen (Herr Isenberg, Herr Engel) sowie ausgedehntem gedanklichem Beschäftigen mit moralischen Fragen (Herr Anschütz) sowie Kreisdenken (Herr Bischoff, Herr Heinemann). Diese Rituale werden teils mit begleitenden Emotionen und körperlicher Reaktion, wie Unsicherheit, Geiztheit, Angst-, Ekel-, Aggressionsgefühl sowie Druckgefühl und Anspannung, beschrieben.

Heterogene Themenbereiche, wie Sorgen vor Ansteckung mit Blut, Exkrementen oder HIV (Frau Gröne), Furcht vor Fehlentscheidungen (Herr Bischoff, Herr Engel, Herr Friedrich, Frau Gröne, Frau Niehoff), Angst vor körperlichen Impulsen und selbstverursachten Unglücken (Frau Kalweit), Angst, zu sterben (Frau Kalweit), Sorge vor Einbruch und Hausbrand (Herr Isenberg, Herr Friedrich, Frau Menzel) und Sündenangst (Herr Heinemann) werden benannt.

Schwierig scheint es für einige Betroffene (Herr Bischoff, Herr Friedrich, Herr Isenberg) zu sein, diese Veränderungen in ihrer Kindheit zu erkennen, einzuordnen oder ihnen einen Namen zu geben. Sie berichten von kindlichen Selbstbeschreibungen, die von ihnen retrospektiv mit dem beginnenden Phänomen in Zusammenhang gesehen werden. Die betroffenen Kinder scheinen eher darauf angewiesen zu sein, dass nahen Bezugspersonen diese Veränderungen auffallen und dadurch eine Definitionssuche ausgelöst wird (vgl. Kapitel 7.4.1.2 und 7.4.1.3). Herr Friedrich berichtet seine Lebenslage in der Kindheit wie folgt:

„Also des heißt, ich wusst's eigentlich selber lange nicht so recht, gell. Als ich das erste Mal da in Heidelberg, also als Kind da, in der Klinik war,.. da war ich wahrscheinlich noch zu jung dazu, um es zu kapieren... Ich wusst natürlich selber, also... damals, dass es mir, ging mir's ziemlich schlecht, weil ich konnt a gar net so mit den andern da rummachen, so spielen, oder was man halt so in dem Alter macht.“ (Seite 3f.).

Körperliche Beschwerden, wie Magen- und Darmprobleme (Herr Bischoff), Hautrötungen (Herr Bischoff), Sehstörungen (Herr Heinemann), Schwindelgefühle (Herr Isenberg), Zähneknirschen (Herr Bischoff), Konzentrationsbeeinträchtigungen (Herr Anschütz, Herr Bischoff), depressive Verstimmungen

(Frau Menzel, Frau Kalweit, Herr Isenberg) und Angstgefühle (Herr Engel, Frau Kalweit, Herr Isenberg) werden von den Interviewten begleitend und oftmals im Vordergrund wahrgenommen und können weitergehende Abklärungsbemühungen erschweren (vgl. Kapitel 7.5.1.1).

Formenwandel, Zunahme des Zeitaufwandes, veränderte Gefahrenwahrnehmung

Während der Weiterentwicklung der Phänomene berichten fast alle Betroffenen, dass sich sowohl Themenbereiche als auch Phänomenformen nacheinander, jedoch auch nebeneinander verändern, was eine klare und eindeutige Einordnung für die Betroffenen erschweren kann. Irritationen können bei ihnen ausgelöst werden, die oft erst eine Problemwahrnehmung ermöglichen: sie nehmen diese Veränderungen als schwer fassbar wahr und eine Auseinandersetzung kann begünstigt werden.

Anhand zweier Datenbeispiele werde ich Varianten des Formenwandels im Verlauf illustrieren:

Frau Lindemann berichtet von in der Kindheit beginnenden Ordnungsritualen, dem kurz darauf Ekel vor Käse mit sich ausbreitenden Wasch- und Reinigungsritualen und dem später Bet- sowie magische Zahlenrituale folgen und teils nebeneinander bestehen bleiben:

„und ähm es ging damals los mit ja so Ordnungszwängen. Ich musste immer die Schubladen einer Kommode genau untereinander und immer ganz reingeschoben haben. Das hab ich auch immer mit der Hand nachgefühlt (...) und dann ging's aber los so im Alter von 9 Jahren mit massivem Käseekel, aus dem sich dann vor allem auch Wasch- und Putzzwänge ergeben haben. Zwischendurch war also auch so gerade in der Phase 11, 12 Jahre ähm da habe ich bei meiner Oma gelebt, weil's zu Hause nicht mehr ging, weil die Spannungen so schlimm geworden waren und da hab ich dann häufig auch so Ansätze von religiösen Zwängen gehabt, ne also so zwanghaftes Beten, äh nen bisschen magische Rituale mit Zählen und so, weil ich gedacht habe, oh Gott, wenn Oma was passiert, also ich hab ge-

dacht, dadurch könnte ich sie am Leben erhalten ne so.“ (Seite 1).

Frau Kalweit benennt die Formenvielfalt über die Angst zu Sterben, die Kontrolle des Fußbodens, der Haustür und der Gastherme sowie die Angst, jemanden zu verletzen, die sich von ihrer Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter entwickelt haben:

„Und hch, dann,... dann das nächste, in Richtung Zwangs... geschehen fing an, als ich so... ich glaube, so Anfang 20 war, da klickte das.. plötzlich.. da hat ich keine Angst mehr, dass ich sterbe, da hat ich dann Angst, dass ich andre verletzen könnte (...) Also ich hatte auch geraucht damals und dann, äh, dass ich ne Zigarette nich richtig ausgemacht hätte und dann musst ich auch immer aufstehn und gucken überall. Ich hab dann teilweise gefühlt auf'm Fußboden, ob irgendwo was... Wo mir das so, so widersinnig schon erschien. Und dann hatt ich Kontrollzwänge auch,... genau, die hatt ich auch stark. Haustüren zu und... , also, wenn ich drin war, immer abends. Nich wenn ich wegging, das war nich so entscheidend. Wenn ich dann abends drinnen war, ob die Haustür auch zu ist, dass kein Einbrecher reinkommen kann, und die Gastherme auch aus is und dass kein Unglück geschieht.“ (Seite 1f.).

Durch den Leidensdruck scheinen die Veränderungen für die Interviewten überhaupt erst erkennbar zu werden, um dann eine Problemdeutung zu initiieren, bevor dieser Prozess nach außen hin deutlich wird. Aus den Daten können einzelne Kriterien für eine Auseinandersetzung mit den Verhaltensauffälligkeiten ermittelt werden: das Eingeständnis eines verlängerten Zeitbedarfs für das Phänomenerleben, der erhöhten Gefahrenwahrnehmung sowie des abnehmenden Kontrollerlebens im Vergleich mit früherem eigenem Verhalten oder dem von Außenstehenden. Häufig zeigt sich bei den Betroffenen zu Beginn eine deutliche Ambivalenz in der Einordnung eigener Verhaltensbesonderheiten.

Die Maßstäbe zur Gefahreinschätzung scheinen bei den Betroffenen zunehmend zu verschwimmen, die Zeitintensität bei der Ausführung der Rituale kann zunehmen, die Art der Ausführung wird als ritualisiert und sich perfektionierend erlebt, es kann zur Affektsteigerung kommen, so dass eine Problemeinordnung näher rücken kann. Diese deutliche Steigerung in der Selbst-

wahrnehmung wird auch in den benannten Begriffen, wie „*immer*“ (Frau Lindemann:1), „*stundenlang*“ (Herr Engel:14), „*immer und immer wieder*“ (Herr Isenberg:9), „*millimetergenau*“ (Herr Engel:1), „*ganz genau*“ (Frau Clauss:14), „*wirklich richtig*“ (Herr Isenberg:9), „*gucken überall*“ (Frau Kalweit:1), „*ständig nachgucken*“ (Frau Niehoff:12) und „*massiv geekelt*“ (Frau Lindemann:1) erkennbar. Erleichterungsgefühle nach dem Ausführen der Rituale können jedoch ein Erkennen der Phänomene für die Betroffenen verzögern: „*das war ne Glücksphase. Und die wurd dann kürzer und kürzer*“ (Herr Isenberg:6).

Zwei Datenbeispiele sollen Veränderungen der Selbstwahrnehmung und Gefahrenbeurteilung verdeutlichen: Herr Engel beschreibt beginnende Zweifel an seiner Wahrnehmung beim Vorbereiten seiner Schultasche:

„Damals dass dann hat ich plötzlich, so.. wenn ich äh Schultasche packen wollte fürn nächsten Tag mit den Hausaufgaben, immer wieder den Stundenplan kontrollieren musste und äh gucken musste, ob alles richtig eingepackt war, die Bücher und so (...) und das waren die ersten Symptome“ (Seite 1).

Frau Kalweit konkretisiert ihre veränderte Beurteilung von Gefahrensituationen an einem Beispiel und berichtet von ganzen Gedankengebäuden. Bei ihrer Arbeit als Erzieherin beim Vorbereiten von Muttertagsgeschenken schildert sie:

„Und im Kindergarten einfach in ein Einweckglas gestellt, was da in der Küche stand, in hm im Schrank. Und dann, als ich abends wieder zu Hause war, dachte ich, wer weiß, was vorher drin gewesen is, in diesem Glas. Vielleicht warn da irgendwelche Chemikalien drin und die saugen sich jetzt in die Pflanze und.. wer jetzt die Pflanze anfasst und dann die Hände in den Mund nimmt, stirbt vielleicht. Und insbesondere die Kinder, äh, die sind ja schon nen bisschen größer, aber die haben ja auch noch kleine Geschwister. Und das war mir so,... der Gedanke war mir so schrecklich und so gefährlich“ (Seite 2).

Bei der Entstehung einzelner Phänomene, wie z. B. Zähneknirschen (Herr Bischoff), gedanklichen Ritualen (Herr Bischoff, Herr Anschütz) oder Ritualen

mit Zahlen (Herr Anschütz) wird geringes Belastungserleben wahrgenommen. Dieses Phänomenerleben wird als wenig störend erlebt und eine weitere Definitionssuche erscheint nicht notwendig.

Oftmals werden fließende Übergänge von Betroffenen berichtet, in denen sie Auffälligkeiten noch als ‚normal‘ bewerten, ehe sie sich gestört fühlen; manchmal sind diese erst retrospektiv für die Betroffenen deutbar. Es scheint eigener, individueller Deutungsarbeit zu bedürfen, dass Betroffene zur Problemdeutung kommen. Herr Bischoff beschreibt diesen Übergang anschaulich:

„Ich hab sie, also die Grübelzwänge, dass ich... dass ich sie bewusst wahrgenommen habe, im Sinne von ‚es hat mich gestört‘, dass war erstmals mit 15 oder so. Ähm... auch nicht klassisch im Sinne von, dass man irgendwas ganz Bestimmtes, ja.. aus dem üblichen Katastrophenbereich so hat, sondern ich war halt das erste Mal fürchterlich verliebt und hab dann da halt drüber nachgegrübelt, weil das nicht so geklappt hat und das is ja an sich erst mal normal. Aber es ist wohl nich normal, dass es äh jahrelang andauert... und das war bei mir so.“ (Seite 1).

Der weitere Verlauf mit der Formenvielfalt und -wandel, dem zunehmend eingestandenen Leidensdruck und abnehmender Kontrollwahrnehmung kann eine Problemeinordnung begünstigen. Die innere Auseinandersetzung kann jedoch von ambivalenten Prozessen mit hoher innerer Dramatik geprägt und erschwert sein.

Kontrollwahrnehmung versus Bedrohungserleben

Im Datenmaterial wird erkennbar, dass sich die Interviewten mit weiterer Erfahrung eingestehen müssen, dass das bisher mögliche Handling der Verhaltensauffälligkeiten immer mehr zu misslingen scheint (vgl. Kapitel 7.3.2.1). Wendepunkt für die Deutungsarbeit, die eine Problemdefinition ermöglicht, scheint das Eingeständnis eines abnehmenden Kontroll- und eines Bedrohungserlebens als wichtige Kriterien zu beinhalten. Das Phänomen wird

schwerer und bedrohlicher wahrgenommen, im Sinne von ‚das Fass läuft über‘. Sich einzugestehen, dass sich bei ihnen das Belastungserleben durch Formenvielfalt und -wandel der Phänomene verändert hat, kann die Entscheidung für eine Problemeinordnung begünstigen.

Die Erwartung über den Phänomenverlauf und die Lösungs- bzw. Hilfeerwartung zu Beginn können die individuelle Deutungsarbeit beeinflussen. Die meisten Interviewten erwarten anfänglich ein Kontrollerleben und eine Beeinflussung des Phänomenverhaltens. Sowohl ein Nicht-Ausführen der Verhaltensbesonderheiten als auch das Verhindern des Eintritts einer neuen Form wird von ihnen für möglich gehalten; Frau Kalweit und Herr Friedrich berichten:

„Ähm,.. also ich bin dann immer wieder aus dem Bett und aufgestanden und hab immer geguckt, ob irgendwo so'n roter Strich... das hat ich so gehört, dass da so'n roter Strich zum Herzen laufen soll. Und das hab ich halt dann,.. also wirklich, bis ich dann irgendwann einfach zu müde war und nicht mehr konnte und dann eingeschlafen bin, immer wieder aufgestanden. Und tagsüber war es ja OK, da hab ich dann, da war es gut. Dann dacht ich immer, na ja, am nächsten Abend machste das nicht, aber dann hab ich es doch immer gemacht. Also diese Angst hat mich dann lange begleitet, dass, dass ich ähm, über Nacht sterben könnte.“ (Frau Kalweit:1).

„Ich hab mir immer vorgenommen, verbringste net so viel Zeit mit“ (Herr Friedrich:4).

„Nee, das ist, das, des kam immer so langsam dazu gell, und so. Ich hab mir dann gedacht,.. fang net noch was Neues an, gell... aber... pfff... “ (Herr Friedrich:7).

Über die Hoffnung der Phänomenlösung bzw. -überwindung im Sinne einer Selbstlimitierung oder -heilung berichten Herr Friedrich und Frau Menzel:

„Am Anfang.. hab ich mich noch versucht, zu wehren, irgendwie, ja... Aber zum Schluss ging gar nichts mehr... Hab ich mich da eigentlich a bisserl.. ich hab halt gedacht, es hört auf oder, oder... es geht halt irgendwann nimmer weiter, gell“ (Herr Friedrich:7).

„Und wenn dann so diese diese Zwänge dann äh, wenn das dann, ja wenn ich dann immer kontrolliert hab und immer wieder mich beruhigt hab und da habe ich gedacht, man, morgen stehste auf und dann machste das alles nich. Dann war das so leicht ne, dann lag ich so im Bett und habe gedacht boah, das ist doch so leicht, das ist doch nicht schwer, morgen stehste auf und machst nichts mehr. Ja von wegen und dann stand man auf und dann war das genau so schlimm, wie den Tag vorher auch“ (Frau Menzel:13).

Häufig wird keine Bedrohungserwartung über den Verlauf und über kurz- und auch langfristige Folgen des Phänomenerlebens antizipiert, sondern die Bedrohung wird erst in der weiteren Erfahrung für die Betroffenen erkennbar, so dass für die Interviewten anfangs wenig Definitionsbereitschaft besteht.

Eine Problemdeutung scheint oft erst durch ein deutlich abnehmendes Kontrollvermögen gegenüber den Phänomenen zu erfolgen. Die eigene Gefahren- und Risikobewertung von Alltagshandlungen wird von den Interviewten als ambivalent beschrieben, wobei das Verhalten als übertrieben, aber die Befürchtung als realistisch bewertet werden kann. Die eigene gedankliche Distanzierung hingegen scheint jedoch keine Beeinflussung des Phänomenerlebens zu ermöglichen, was in den Daten explizit, öfter auch implizit geäußert wird. So verdeutlichen Herr Isenberg und Frau Gröne:

„Dann bin ich noch mal zurückgegangen, hab geguckt, ob die Tür richtig zu ist, dann war ich wieder zurück aufm Weg zur Bushaltestelle, dann fiel mir ein ach Gott, der Herd ist noch an und solche Sachen alles, das war total, ich wusste, dass das blödsinnig ist, aber trotzdem hab ich's gemacht.“ (Herr Isenberg:1).

„d das konnt kein Mensch erklären, warum macht sie das so ne, dass ist, ich konnt sogar selber sagen, das ist bescheuert, was ich da mache, das ist ja beim Zwang so, man sieht es irgendwo ein die Unmöglichkeit der Sachen, die man tut ne. Aber ähm man kann irgendwie nicht anders. Also ich konnte irgendwie nicht“ (Frau Gröne:7).

Im weiteren Verlauf kann durch Phänomenverschiebungen mit wechselnden Themen und Formen und einen zunehmenden Kontrollverlust Definitionsbereitschaft

druck ausgelöst werden. Dieser beginnende Kontrollverlust wird in dem Datenmaterial auch in der Beschreibung der Ausgestaltung und der weiteren Erfahrung mit dem Phänomenverlauf deutlich. Häufig wird ein Passivitäts- und Hilflosigkeitserleben bei z. B. als plötzlich wahrgenommenen Themenwechseln in zahlreichen Begriffen der Interviewten ausgedrückt, wie:

„ähm diese diese HIV-Ängste, die sind ähm dann relativ ähm schnell umgeschlagen in ganz andere Zwänge noch äh“ (Frau Gröne:2), *„sich verschoben“* (Frau Gröne:2), *„irgendwie herausgebildet“* (Frau Gröne:5), *„dann war das vorbei und dann kam was andres“* (Herr Heinemann:8), *„dann kippte das halt so“* (Frau Kalweit:2), *„aus dem sich dann vor allem auch Wasch- und Putzwänge er- ergeben haben“* (Frau Lindemann:1), *„hab meistens festgesteckt“* (Herr Bischoff:25) und *„da habe ich mich so festgehakt (...) da war das so schlimm. Das kann man sich gar nicht vorstellen“* (Herr Isenberg:9).

Erwartungen an den Phänomenverlauf und deren Lösungsmöglichkeiten sowie ein mangelndes Bedrohungserleben können die weitere Deutungssuche verzögern, ein Eingeständnis abnehmenden Kontrollerlebens scheint eine Problemeinordnung hingegen zu erleichtern.

Verlaufsaspekte: periodisch versus statisch versus progredient

In den Daten lassen sich drei Verlaufsvarianten unterscheiden: Meistens beschreiben die Betroffenen einen progredienten Verlauf. Selten wird von einem periodischen Verlauf (Herr Anschütz), der in einen progredienten Verlauf übergehen kann (Frau Lindemann, Herr Bischoff, Frau Menzel), oder von einem statischen Verlauf berichtet (Herr Anschütz, Frau Clauss). Gerade ein anfangs periodischer oder auch ein eher als statisch zu beschreibender Verlauf kann eine Problemdefinition und eine Deutungsbemühung der Betroffenen verzögern. Die Dauer dieser Phase, in der es durch individuelle Deutungsarbeit zur Problemdefinition kommt, wird zwischen Wochen und Monaten bis zu Jahren geschildert.

Als Wendepunkt für eine Deutungsarbeit kann ein hohes Ausmaß des Belastungserlebens mit Erkennbarwerden für das soziale Umfeld gewertet werden, so dass es zur Problembewertung der Verhaltensbesonderheiten kommen und weiterer Deutungsdruck entstehen kann. Es wird keine Progredienz des Phänomenverlaufs antizipiert. Im Datenmaterial wird deutlich, dass die Definitionssuche erleichtert sein kann, wenn die erlebten Zwangssphänomene nach innen eingestanden und nach außen sichtbar werden, ein Kontrollverlust mit einem Bedrohungserleben deutlich wahrnehmbar und erkennbar ist, die Veränderung lange andauert und wenn sie eine hohe Verunsicherung darstellt. Eine Definitionssuche kann erschwert sein, wenn Phänomenerleben durch mannigfaltige Themenbereiche schwer fassbar ist, ein periodischer Verlauf vorliegt, die Hoffnung auf einen selbst limitierenden Prozess oder eine Beeinflussung hinsichtlich Selbstheilung noch besteht.

7.1.1.3 Das ist ein Zwangsproblem – „Waschen gegen Angst“; „das war die Hölle“

Für die Deutungsarbeit, durch die die Betroffenen zu der für sie plausiblen Deutung ‚das ist ein Zwangsproblem‘ für ihre Verhaltens- und Erlebensweisen kommen, sind der zunehmende Leidensdruck durch die spezifische Charakteristik der Beschwerden, der Kontrollverlust in fast allen Lebensbereichen und das Eingeständnis der Hilfebedürftigkeit zentrale Aspekte, die im Folgenden dargestellt werden.

Charakteristik des Erscheinungsbildes

In dem Datenmaterial finden sich drei, die Deutungsarbeit bedingende Prozessvarianten; die am häufigsten benannte ist die Entwicklung einer schweren Krise, die meist als existentiell bedrohlich gewertet wird und Klärungsbe-

darf bewirken kann. Die Intensität der ersten Krise wird oft als besonders einschneidend, als ein die bisherige Erfahrung übersteigendes Erleben beschrieben. Die Krisenkriterien reichen von Zuspitzung des Handlungsdruckes in sich wiederholenden Tätigkeiten, die aus vermeintlich logischen Gedankengebäuden entstehen und begleitende Emotionen, wie z. B. Ekelgefühle vor dem eigenen Körper, bis höchste innere Anspannung. Die Interviewten bemerken ein verändertes Zeit- und Raumempfinden (Frau Gröne, Frau Clauss, Frau Menzel), einen hohen Zeit- und Energieaufwand (Herr Engel, Herr Isenberg, Frau Gröne, Frau Clauss, Frau Menzel), eine veränderte Selbstwahrnehmung (Frau Clauss, Frau Gröne, Frau Menzel), Selbstvernachlässigung z. B. mit Gewichtsverlust (Frau Clauss), aggressive Auseinandersetzungen im nahen sozialen Umfeld (vgl. Kapitel 7.4.1.3), Depressionen (Frau Kalweit, Frau Menzel, Herr Isenberg) sowie Lebensüberdrussgedanken (Herr Isenberg, Frau Gröne, Frau Lindemann, Frau Menzel). Die veränderte Selbstwahrnehmung mit Vertrauensverlust in ihre eigene Wahrnehmung wird am bedrohlichsten erlebt; so berichten Frau Gröne, Frau Menzel und Frau Kalweit von Erfahrungen, die sie als massiv verunsichernd beurteilen:

„dass äh ich hatte Wahrnehmungsstörungen, also das war also das Schlimmste, dass ich nicht mehr erkennen konnte, habe ich dies das jetzt angefasst oder nicht. (...) bin ich da jetzt rangestoßen, muss ich wieder von vorne anfangen und eingeseift, wieder und ne.. das war die Zeit. Deswegen so ich nehm mir nen Strick ne.“ (Frau Gröne:16).

„Also wenn ich (betont) geguckt hab, dann hab ich ja immer wieder zugedreht und ähm teilweise das habe ich nicht gesehen, aber in meinem Kopf war, dass dass der Wasserhahn tropfte, aber tropfte natürlich nicht. Aber... ähm ja in meinem Kopf.. also er tropfte nicht, aber irgendwie hab ich's in meinem Kopf gehabt, der tropft jetzt.. ne. Und dann hab ich auch äh so die Hand drunter gehalten“ (Frau Menzel:25).

„Da weiß ich schon, dass ich.. dabei hab ich gewaschen, gewaschen. Und dann auch dieses bescheuerte Gefühl, nich fertig zu werden, nicht richtig gewaschen, noch mal waschen ne.“ (Frau Kalweit:3).

Diese massive Verunsicherung verdeutlicht sich auch in Begriffen wie: „*das war a brutale Zeit*“ (Herr Friedrich:4), „*das war so quälend, das kann sich kein Mensch vorstellen*“ (Herr Isenberg:6), „*das war die Hölle*“ (Herr Isenberg:6; Frau Menzel:27), „*jede Situation fiel einem schwer, gar nichts konnte man machen*“ (Herr Isenberg:18).

Zur Veranschaulichung werde ich die Zuspitzung der Lebenslage bei Frau Gröne und Frau Kalweit darstellen. So schildert Frau Gröne eindrucksvoll die Exazerbation von Ekelgefühlen vor dem eigenen Körper:

„das war übrigens die Phase auch, die erste Phase des Zwanges, wo ich mich vor mir selber geekelt habe, also wo ich so äh ähm Schwierigkeiten hatte, äh es gipfelte darin, ich konnt meine Gürtelschnalle nicht mehr anfassen, weil ich war ja auch Toilette und hab das irgendwie mich abgewischt (lachen) und hab dann mir die Hose zugemacht und ähm äh äh hab das als verseucht empfunden. Es war zwar mein Körper, aber den hab ich irgendwie abgelehnt, also so also alles was irgendwie mit Körperflüssigkeiten, Urin, Kot, Blut irgendwie was weiß ich, das war alles bäh. Und also es fing bei mir, ich war besonders bäh irgendwie. (...) und ähm ja ich merkte einfach, die machen da so Sachen, die vorher selbstverständlich waren, die ich auf einmal eklig fand.“ (Seite 5f.).

Frau Kalweit verdeutlicht ihre existentielle Not mit dem Bild einer Zwangsjacke als letztem Ausweg:

„Also, bevor ich nach Burgberg gegangen bin, hatte ich so das Bild: ich möchte am liebsten, dass man mich in ne Zwangsjacke steckt, damit ich nichts anrichten kann, weil ich, hab auch immer Angst vor so, so körperlichen Impulsen, dass ich aus Versehen irgend was kaputt machen könnte. Da musste ich immer, mich so richtig festhalten, dass ich nichts anrichte, nichts irgendwo kaputt mache. Musste mich beim, wenn ich gehe, immer wieder umdrehen, ob ich nichts kaputt gemacht habe, was ich vielleicht nicht gemerkt habe.“ (Seite 4f.).

Als zweite Prozessvariante findet sich in dem Datenmaterial die Beeinträchtigung der biographischen Lebensführung, die mit dem erlebten Phänomen in Zusammenhang gebracht wird und weitere Interpretationsarbeit bei den Inter-

viewten hervorruft, was ich in Kapitel 7.3.1.3 darlege.

Eine dritte Prozessvariante zeigt sich bei Beginn des Phänomenerlebens in der Kindheit und Jugend, wobei eine Deutungsarbeit der Angehörigen häufig nur durch das Sichtbarwerden der Verhaltensbesonderheiten möglich wird. Dieses werde ich in Kapitel 7.4.1.3 ausführen.

Kontrollverlust in fast allen Lebensbereichen

Einige Betroffene beschreiben, wie die persönliche Auseinandersetzung mit den repetitiven ritualisierten Zwangsphänomenen weniger aktiv herbeigeführt, als geradezu „*gezwungenermaßen*“ (Frau Lindemann:2) erlebt wird. Meist erst bei zunehmender Intensität und Formenwandel, Empfinden von Absurdität, Eingeständnis eines Kontrollverlustes in fast allen Lebensbereichen sowie Ratlosigkeit und Hilfebedürftigkeit angesichts sozialer Konflikte und Stigmatisierungserfahrungen und scheiternden Strategien des Versteckens wird ein Krankheitskonzept in Erwägung gezogen, so dass eine medizinische Hilfesuche erfolgen kann (vgl. Kapitel 7.3.2.3, 7.4.3.2 und 7.5.1.2). Auch in der Forschergruppe wird die Wechselwirkung von Innen- und Außensicht, die mit Stigma behaftet zu sein scheint, als charakteristisches Merkmal für Zwangsbetroffene diskutiert. Exemplarisch berichtet Herr Isenberg von Diskriminierungstendenzen durch Außenstehende:

„warum rennt der immer hin und her? Da kamen auch so Sprüche, weil ich halt so groß bin, immer so auf die Erde geguckt habe, weil ich mich auch geschämt habe, wie „Quasi Modo“, „guck mal der Buckelige“ und so was alles ne. Und das ging natürlich auf die Seele, total. Da kamen die Depressionen noch dabei und so und das war schon unheimlich heftig.“ (Seite 11).

Das Eingestehen des Kontrollverlustes wird in den Beschreibungen der Interviewten explizit deutlich, häufiger aber implizit in Begriffen wie: „*fühlste dich wieder so ausgeliefert*“ (Frau Gröne:8), „*ich kannst ja auch selber net bes-*

ern, es ist das Dumme“ (Herr Friedrich:4), „aber zum Schluss ging gar nichts mehr“ (Herr Friedrich:7), „es geht halt irgendwann nimmer weiter, gell“ (Herr Friedrich:7) und „aber manchmal wenn ich dann halt diese Gedanken, Zwangsgedanken, habe, dann jede Kleinigkeit fällt mir schwer bis zum Geht-nichtmehr.“ (Herr Isenberg:9).

Eine innere existentielle Not kann sich, wie bei Frau Gröne so schnell entwickeln, dass ihr der Kontrollverlust direkt deutlich wird und ihr keine Beeinflussung der Entwicklung sowie Einordnung mit bisherigen Erfahrungen möglich erscheint:

„Und ähm ja, also die Situation ist ziemlich schnell gekippt und ich hab das, also, glaube ich, entweder 3 oder maximal 4 Monate da durchgehalten und dann war Ende. Also dann musste ich das abbrechen und da war überhaupt nicht klar, was ich überhaupt eigentlich habe“ (Seite 3).

„Ich verstehe gar nicht, was da mit mir passiert, ich hab immer das Gefühl, ich steh neben mir und beobachte, wie ich mich irgendwelche abgedrehten Sachen mache und die aber nicht anders machen kann.“ (Seite 27).

Die Aspekte des Eingestehens eines Kontrollverlustes und der Hilfebedürftigkeit scheinen die individuelle Deutungsarbeit und das Hilfesuchen im medizinischen Bereich voranzubringen, geradezu zu erzwingen. Wahrgenommene Diskriminierungstendenzen können hingegen Interpretationsarbeit erschweren (vgl. Kapitel 7.4.1.3 und 7.4.3.2).

Verlaufsaspekte: abrupt versus progredient

Selten wird von einem unerwarteten Eintreten gravierender zwangsähnlicher Phänomene berichtet; hier scheint die Deutungsarbeit zeitnah möglich zu sein, wie von Frau Gröne berichtet: *„also die Situation ist ziemlich schnell gekippt“* (Seite 3). Häufig wird von den Interviewten ein massives, progredient verlaufendes Belastungserleben beschrieben.

Bei mäßig erlebtem Belastungserleben gelangen die Betroffenen oftmals unter Umwegen und zeitverzögert zur Zwangsdeutung ihrer erlebten Veränderungen (vgl. Kapitel 7.5.1.2 und 7.5.2.2).

Die Dauer dieser Phase vom ersten Wahrnehmen der Veränderungen bis zur als plausibel gewerteten Zwangsdeutung variiert bei den Interviewten zwischen wenigen Wochen bis in den meisten Fällen über viele Jahre; im Einzelnen anhand der Daten rekonstruiert: Herr Anschütz: ca. 48 Jahre, Herr Bischoff: ca. 25 Jahre, Frau Clauss: ca. 6 Jahre, Herr Engel: ca. 1 Jahr, Herr Friedrich: 21–22 Jahre, Frau Gröne: einige Wochen, Herr Heinemann: ca. 5 Jahre, Herr Isenberg: 6–7 Jahre, Frau Kalweit: 10–11 Jahre, Frau Lindemann: 5–6 Jahre, Frau Menzel: ca. 12 Jahre, Frau Niehoff: 8–9 Jahre.

7.1.2 Schlüsselmomente zu Beginn

Bemerkenswert ist im Datenmaterial, dass Betroffene (Frau Gröne, Herr Isenberg, Frau Kalweit, Herr Friedrich) eindeutig und direkt den Eintritt ihrer erlebten Veränderungen in Zusammenhang mit einer retrospektiv gewerteten Schlüsselsituation stellen können, was von ihnen im Deutungsmuster von ‚Normalität‘⁶⁸ bewertet werden kann.

7.1.2.1 Das ist normal – „an Wundstarrkrampf gestorben“; „der war todeskrank“

Einige Interviewte bringen das erlebte Phänomen mit einer realen, bedrohlich erlebten Situation in Verbindung, wobei für sie jedoch rätselhaft bleiben kann, warum sie gerade auf derartige Ereignisse ansprechen. Exemplarisch seien

⁶⁸ Von der in Forschungsarbeiten geforderten Mindestzahl von zwei Unterkapiteln weiche ich aufgrund der Systematisierung meines Theorieentwurfes ab.

hier Frau Gröne, Frau Kalweit und Herr Isenberg genannt:

Frau Gröne berichtet, wie sie als 19-jährige bei einem Ausflug mit einer Gruppe geistig behinderter Senioren während ihres freiwilligen sozialen Jahres mit dem Blut einer Frau nach deren Sturz in Berührung gekommen sei; diesen Moment ordnet sie dem Beginn von HIV- und Verseuchungsängsten zu:

„Also es war halt so, dass ich äh nach mehreren Wochen ähm dann mit mit ner kleineren Gruppen von älteren Senioren da halt losgezogen bin und dann ist eine Frau gefallen und ähm hat sich verletzt und ähm das war die Auslösesituation für meinen Zwang.“ (Seite 2).

Frau Kalweit sieht den Beginn ihrer Kontrollrituale in einer von der Mutter berichteten bedrohlichen Situation in Zusammenhang zu ihrer Angst vor Blutinfektionen, an denen sie über Nacht sterben könne:

„Weil ich hatte vorher, irgendwann vorher, ne Geschichte gehört, meine Mutter hatte die erzählt, dass ne, als sie Kind war, ne Freundin von ihr vom Baum gefallen wäre und sich verletzt hätte und dann an Wundstarrkrampf gestorben ist. Und, also an Blutvergiftung. Und des äh, daran musste ich dann immer denken und dann hab ich auch eben diese Angst versucht durch, durch Zwänge, durch Zwangshandlungen zu kompensieren, wusst ich (lachen) natürlich damals nicht. Ähm,.. also ich bin dann immer wieder aus dem Bett und aufgestanden und hab immer geguckt, ob irgendwo so'n roter Strich... das hat ich so gehört, dass da so'n roter Strich zum Herzen laufen soll.“ (Seite 1).

Die Übernahme abergläubischer Ritualen in der Pubertät wird auf eine lebensbedrohliche Erkrankung einer Bezugsperson bezogen. Das magische Ritual eines Basketballspielers bei einem Spiel wird von Herrn Isenberg auf die eigene Lebenssituation übertragen:

„Ja, es war damals so, da war ich 10, 11 Jahre, jetzt bin ich 25. (husten) Sozusagen mit Anfang der Pubertät und äh da hatte mein Opa n Lungenkarzinom. Also der war todeskrank, der hatte Lungenkrebs und äh der lag dann halt auf ner Intensivstation und ich durfte ja damals als kleiner Junge da nicht rein und ich dachte immer, ich hatte das mal im Fernsehen gesehen, halt mit diesem Schleifenzubin-

den links und rechts 12x. Dann habe ich das immer gemacht, wenn ich morgens zur Schule gegangen bin, 12x links, 12x rechts.“ (Seite 2).

Andere Betroffene, wie Frau Clauss und Frau Lindemann, betonen, dass ihnen Deutungsversuche zur Entwicklung ihres Phänomenerlebens teils nicht gelingen: *„aber so gewisse Sachen, die... si, sind, die sind für mich einfach.. unerklärbar geworden, warum das so is, ne“* (Frau Clauss:15) und *„das ist eben ne Sache, wo ich eindeutig den Auslöser auch so lokalisieren kann, beim Käse kann kann ich das nicht.“* (Frau Lindemann:20).

Die konkrete Manifestationskonstruktion⁶⁹ des Krankheitseintritts in den Daten scheint meines Erachtens als impliziertes Sicherheitsbedürfnis den Anfangspunkt für die Deutungsarbeit zu markieren.

7.2 Eigene plausible Deutungsmuster

In dem Datenmaterial wird deutlich, wie die Betroffenen über die Bedingungsfigur eigener plausibler Deutungsmuster für die erlebten Phänomene zur Zwangsdefinition kommen. Den von ihnen verrichteten Suchprozess nach Bedeutung und Verstehen der wahrgenommenen Auffälligkeiten werde ich aus ihrer retrospektiven Sicht nachzeichnen. Auf welche Erklärungsmuster die Betroffenen eine Zeit lang zurückgreifen und für angemessen halten, um bei ihrer Bewertung von ‚Normalität‘ zu bleiben, werde ich ausführen. In den Daten lassen sich personenbedingte, auf aktuelle oder auch lebensgeschichtliche Lebensumstände bezogene und krankheitsbedingte Einordnungen für das Phänomenerleben unterscheiden. Diese Deutungsmuster können bei jedem Betroffenen zeitgleich, jedoch auch nacheinander existieren

⁶⁹ In der Forschergruppe wird disputiert, ob der Einschnitt und damit die Erinnerung so massiv waren oder ob es retrospektiv eindeutiger ‚gemacht‘ wird. Vielleicht brauchen die Zwangsbetroffenen als Teil des Prozesses des Verstehens, Definierens und auch Akzeptierens der Krankheit einen relativ klaren Startpunkt für ihre Deutungsarbeit.

und sich sogar gegenseitig irritieren.

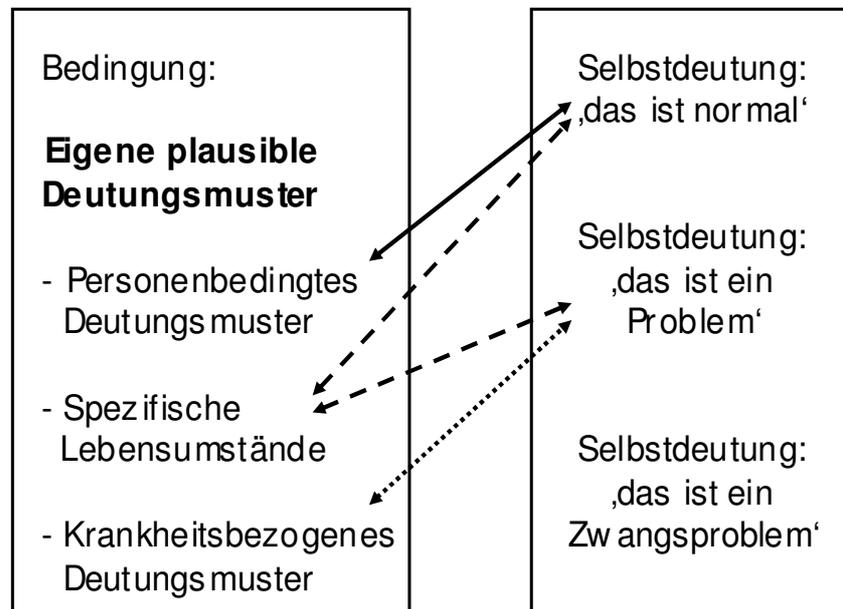


Abbildung 7-3: Eigene Deutungsmuster

7.2.1 Personenbedingtes Deutungsmuster

Für die Einordnung der Verhaltens- und Erlebensweisen können zu Beginn von einigen Interviewten personenbedingte Deutungsmuster herangezogen werden, so dass diese im Rahmen von ‚Normalität‘ erscheinen.

7.2.1.1 Das ist normal – „*die eben pingeliger sind*“; „*ich war immer n bisschen so ängstlich*“

Bei Eintritt der erlebten Veränderungen, wie Hygiene-, Kontroll- oder Ordnungsbedürfnisse, können einige Betroffene (Herr Bischoff, Frau Clauss, Frau Niehoff) diese mit von ihnen selber oder auch von außen attribuierten

Eigenschaften ihrer Person, wie Ängstlichkeit, Vorsichtigkeit, Gewissenhaftigkeit, Genauigkeit, Ordentlichkeit oder Perfektionismus in Verbindung bringen, was explizit, bewusst, häufiger jedoch implizit geschieht und ihnen erst im Nachhinein bewusst werden kann. Diese implizite Zuordnung ermöglicht es den Betroffenen, beginnende Phänomene für sich und nach außen weiterhin als ‚normal‘ zu bewerten. Diese personenbedingten Deutungsmuster werte ich dahingehend, dass sie direkt zu einer Toleranz gegenüber dem beginnenden Phänomenerleben führen und diese Anfänge maskieren können. Frau Clauss verdeutlicht bei ihrer Erklärungssuche in ihrer Dichotomisierung von Charaktereigenschaften von Genauigkeit bzw. Sorgfältigkeit und Oberflächlichkeit bzw. Leichtsinnigkeit meines Erachtens die positive Konnotation der erlebten Veränderungen. Ihre sich steigernden Hygienebedürfnisse nimmt Frau Clauss in diesem Interpretationsrahmen wahr und sieht somit keine Notwendigkeit für eine weitere Erklärungssuche:

„also.. aber ich hab das damals gar nicht so... eben als krankhaft gesehen. Ich dachte halt, es gibt Menschen, die sind oberflächlicher und es gibt Menschen, die sind pingeliger. Und ich hab mich halt zu den... Menschen gezählt, die eben pingeliger sind, die eben vieles genauer nehmen, ne.“ (Seite 10).

Gerade da eine Reihe dieser Eigenschaften sozial erwünschtes Verhalten darstellen können, wundert es wenig, dass diese Phänomenanfänge sowohl selbst- als auch fremdbezogen in das Deutungsraaster von ‚Normalität‘ gesetzt und nicht als beginnend normabweichend beurteilt werden und es somit zu einem Verdecken der Phänomenanfänge kommen kann. Frau Clauss und Frau Niehoff berichten zu Beginn von kontingenten Reaktionen im privaten bzw. beruflichen Umfeld. Illustrierend führt Frau Clauss die geäußerte Wertschätzung ihres Ehemanns gegenüber ihrer Schwiegermutter angesichts ihrer Ordnung in ihrem Kleiderschrank an. Die detailreiche und dezidierte Beschreibung des Ärgers von Frau Niehoff über eine unausgewaschene Kaffeekanne bei ihrer Arbeit in einer stationären Einrichtung, in der sie beginnendes Phänomenverhalten erinnert, unterstreicht meiner Meinung nach die hohe Bedeutung, die sie diesen Verhaltensweisen zuschreibt. Auffällig ist in

dem Datenmaterial, dass auch nach Jahrzehnten retrospektiv spezifische Äußerungen wieder präsent sind bzw. werden und diese für mich die hohe emotionale Gebundenheit widerspiegeln:

„Mein Mann, der war damals auch schuld, dass er mich auf so gewisse Sachen immer wieder hingestoßen hat. (...) auch meine Schwiegermutter damals war oft bei uns und da sagte er immer,.. ja, guck mal, wie... wie meine Frau... ordentlich die Schränke hat. Da war er ganz stolz drauf, dass ich so a Perfektionismus hatte, immer so alles ganz genau, ne“ (Frau Clauss:14).

„Also, es war wirklich Stress im Quadrat und ich hab also wirklich alles tipp topp erledigt. Und in der Früh am nächsten Tag, wo meine Kollegin kommt sagt se, „ach, du hast ja nicht einmal die Kaffe, die Kaffeekanne ausgewaschen.“ Des war zum Beispiel so ne Sache, da hab ich mich wahnsinnig geärgert (betont). Und dann immer ich bin noch nicht perfekt genug, ich muss noch perfekter sein... Es waren dann die Dinge, die das natürlich noch verstärkt haben.“ (Frau Niehoff:4).

Frau Niehoff, Frau Clauss und Herr Isenberg betonen ihren Perfektionismus, der die beginnenden Erlebensweisen begleitet. Sich zuspitzende Einordnungen, wie Überängstlichkeit oder Übergenauigkeit werden einem normalisierenden Toleranzbereich bzw. einem Grenzbereich von Normalität zugeordnet. Diese Interpretation findet meiner Meinung nach im Rahmen eines weiten und flexiblen Normalitätskonzeptes statt (vgl. Kapitel 7.1.1.1). Exemplarisch berichtet Herr Isenberg: *„Das es mir bewusst wurde, was es für ne Verhaltensweise ist, dass es eben halt nicht normal ist, wusste ich vorher, aber wie gesagt ich dachte halt immer, dass ich vielleicht (...) übergenau oder so“* (Seite 30).

Herr Anschütz bezeichnet seine *„humanitäre, hypermoralischen Gedanken“* (Seite 24) als *„Albert-Schweitzer-Nachfolger“* (Seite 25), den er noch zu übertreffen suchte, als seine *„Privatideologie“* (Seite 25) und erachtet daher keine weitere Suche für notwendig.

Bei Beginn der Phänomene in der Kindheit können einige Betroffenen (Herr

Isenberg, Herr Heinemann, Herr Engel) Eigenschaften, wie Vorsichtigkeit, Ängstlichkeit und Schüchternheit, benennen, die beginnende Phänomene anfänge maskieren können und auch erst retrospektiv bewusst werden können, wie bei Herrn Engel: *„ich war immer n bisschen so ängstlich, schüchtern al- lerdings, Einzelkind“* (Seite 1) und *„Was mir im Nachhinein äh viel viel später also jetzt aufgefallen ist, dass ich so als Kind immer schon eher n kontakt- armer, ängstlicher Mensch war, äh sehr schüchtern“* (Seite 19).

Andere Betroffene (Frau Niehoff, Herr Heinemann, Herr Engel) beschreiben retrospektiv Eigenschaften in der Kindheit, wie Übervorsichtigkeit und Über- ängstlichkeit, bevor das erlebte Phänomen eintritt. Frau Niehoff und Herr Bi- schoff weisen auf *„diese zwanghafte Struktur“* (Frau Niehoff:2) in der Kindheit hin und Herr Heinemann wertet diese retrospektiv als Vorformen: *„Auch die, äh, es gibt ja so Vorformen ähm, besonders vorsichtig und äh, ähm, äh, ja auch ängstlich. Das war ich, das war ich auch schon, schon bevor die, die Neurose kam.“* (Seite 20).

Auffällig ist eine gewisse Bagatellisierung in den Formulierungen der Inter- viewten, wie z. B. bei Frau Niehoff: *„so'n bissele mit... Verantwortung, Über- ängstlichkeit“* (Seite 2), die für mich auch als ein Hinweis für die schwierige Erklärungssuche gilt.

Andere Betroffene können die Verhaltensbesonderheiten, wie beginnende Reinigungsrituale (Frau Clauss, Frau Menzel), Kontrollrituale (Frau Menzel), Angst vor kleinen Tieren (Frau Menzel), moralische Gedanken (Herr An- schütz), als *„Macke“* (Herr Anschütz:25), *„Tick“* (Frau Menzel:13) oder als e- her unbewusste, schleichende *„schlechte Angewohnheit“* (Frau Menzel:13) benennen. Ein Interpretationsmuster von ‚Normalität‘ kann beibehalten wer- den, wobei eine negative Konnotation dieser Beurteilungen auffällt.

7.2.2 Spezifische Lebensumstände

Betroffene benennen als eine weitere Möglichkeit, um zum Verstehen ihrer Veränderungen zu gelangen, dass sie ihre erlebten Phänomene mit spezifischen Lebensumständen in Verbindung bringen. Von den meisten Interviewten werden zuerst aktuelle und, wenn dies nicht gelingt, auch lebensgeschichtlich bedeutsame Ereignisse herangezogen, um zu einer Einschätzung ihres Erlebens zu kommen. Neben den stabilen Eigenschaften der Person greifen einige Betroffene auf variable Faktoren, wie Lebensumstände, zurück, die eine Interpretationsfolie für die erlebten Phänomenbereiche darstellen können. Dieses ermöglicht es Betroffenen, den Phänomenbeginn weiterhin im Deutungsrahmen von ‚Normalität‘ zu bewerten.

7.2.2.1 Das ist normal – *„diese klebrigen Hände“*; *„Angst vorm Tod“*

Zu Beginn können die wahrgenommenen Veränderungen von einigen Interviewten in einen Zusammenhang mit Sinn und Bedeutung gestellt und im Kontext von aktuellen oder lebensgeschichtlichen Ereignissen wahrgenommen werden, wodurch beginnende Zwangsrituale auf diese Weise maskiert werden. Die meisten Betroffenen treffen eine eindeutige und explizite Zuordnung; bei anderen findet eher eine uneindeutige und implizite Zuschreibung statt. Die Betroffenen finden vielfältige, für sie plausible Deutungsmuster, in die sie ihre Phänomenanfänge einordnen können. Häufig können sie einen spezifischen, für sie passenden Kontext für ein Normalitätserleben des Phänomenbeginns benennen. Einzelne Zuordnungen werten die Interviewten auch als Schlüsselsituationen für den Phänomeneintritt.

Hoher Normstandard im privaten Umfeld

Eine Reihe von berichteten aktuellen Lebensereignissen kann von Betroffenen plausibel mit dem beginnenden Phänomenerleben in Verbindung gebracht werden und kann sich damit weiterem Interpretationsbedarf entziehen. Steigende Sauberkeits- und Hygienebedürfnisse werden eindeutig und direkt in den Deutungsrahmen z. B. einer Schwangerschaft bzw. nach der Geburt eines Kindes gestellt; höhere Hygienebedürfnisse erscheinen in der Schwangerschaft sowie in der Verantwortung für ihren Säugling als nicht ungewöhnlich:

„In der Schwangerschaft fing das im Prinzip an, dass da so merkwürdige Dinge passierten wie zum Beispiel, dass ich da weiß Gott was geputzt habe oder so, wie sagt man ja auch, viele Frauen, wenn die schwanger sind, dann spinnen sie sowieso manchmal so'n bisschen rum“ (Frau Menzel:1).

Die Übernahme von Hygienemaßstäben des Partners, die durch den beruflichen medizinischen Hintergrund des Partners mit beeinflusst und geradezu aufgewertet scheinen, kann gerade auch in Verbindung mit der Sorge um ihr neu geborenes Kind beginnende Reinigungsrituale maskieren. Frau Clauss berichtet von hohen, auch vom Partner eingeforderten Hygienenormen; Beziehung stärkende Aspekte werden retrospektiv von Frau Clauss für die Beibehaltung der Sauberkeitsnormen vermutet:

„Als i meinen Mann kennen gelernt hab,... da war er Medizinstudent und da fing er immer an, wasch dir die Hände, oder.. wie sieht denn dein Kamm aus. Also er hat mich dann immer irgendwie auf Sachen aufmerksam gemacht, die mir früher gar net wichtig waren. So, vielleicht... wollt i dann ihm zuliebe vielleicht irgendwas auffälliges machen (...) Oder als i mein erstes Kind geboren habe, da sagt er so, ja,.. Wochenfluss, da sind viele Bakterien, und da muss man sich nachher ganz gut waschen, bevor man das Baby wieder anfasst. Diese Worte habe i noch immer in Erinnerung, die er mir eingeprägt hat.“ (Seite 14).

Auch bei aktuellen, die Gesundheit belastenden Lebensumständen, wie dem

Umgang mit einer chronischen oder akuten infektiösen Erkrankung, werden erhöhte Sauberkeitsregeln von den Betroffenen als kontingentes Handeln bewertet. Bei einer Pilzerkrankung des Ehemannes werden von Frau Clauss, auch durch das zugeschriebene medizinische Wissen des Ehemannes verstärkt und von ihm eingeforderte Verhaltensregeln, wie Waschen der Wäsche bei 95 Grad, stringent umgesetzt, um eine Ausbreitung, gerade auch in der Verantwortung um ihre Kinder, zu verhindern.

Bei internistischen Erkrankungen kann ein vermehrtes Händewaschen zu Beginn vom Betroffenen und nahen Bezugspersonen noch als angemessenes Verhalten gewertet werden (vgl. Kapitel 7.4.1.1); Herr Friedrich berichtet:

„Ich war damals glaub ich ganz schwer krank... aber,.. hatte da so 42 Fieber und des über a paar Tage ging (...) das hat mein Vater auch dann erzählt, ja.. dass ich seitdem da diese klebrigen Hände gehabt hätte und so.. und dass ich mich dann da angefangen hätt... zu waschen und so.“ (Seite 5).

Beginnendes Grübeln kann von den Betroffenen mit aktuellen Problemen, wie der Trennung von der Freundin oder Ausbildungsschwierigkeit, in Zusammenhang gebracht werden. Die innere gedankliche Auseinandersetzung bei Herrn Bischoff über Trennungsgründe und Studiumsprobleme werden in diesem Bezugsrahmen von ihm als ‚normal‘ gewertet. Die bemerkte Erlebnisweise wird von ihm, auch bei einem Zeitrahmen von 2 Jahren, noch implizit toleriert:

„Weil (lachen) ich mich halt nicht konzentrieren konnte und es nich für... krankhaft gehalten habe und nicht wusste, dass man da vielleicht was machen kann. Ähm, da waren's Grübeleien so'n bisschen über Erfolg oder Misserfolg im Sinne von: geht das wohl schief, oder so. Es hat dann auch, nachdem ich schon durchgefallen war, und die Sache an sich klar war, dann auch noch... 2 Jahre so angehalten, würde ich sagen... etwa.“ (Herr Bischoff:1).

Ein existentielles Problem, wie „*Angst vorm Tod*“ (Frau Kalweit:19), kann von Betroffenen heuristisch für beginnendes Phänomenverhalten herangezogen werden (vgl. Kapitel 7.1.2); Frau Kalweit verdeutlicht dieses, in dem sie be-

richtet, wie sie als Kind direkt den Zusammenhang zwischen der Gefahrwahrnehmung, durch eine defekte Heizung an einer Blutvergiftung zu sterben, und dem allabendlichen Kontrollieren ihrer Arme ableitet.

Ein Phänomenbeginn wird von einigen Interviewten mit ihrem Sicherheitsbedürfnis in Verbindung gebracht. So können beginnende Kontrollrituale implizit als gelungene Risiko- und Sicherheitsabwägung von ihnen beurteilt werden, die von mir als Aufrechterhalten eines Normalitätskonzeptes gewertet werden, wie beispielhaft von Herrn Friedrich und Herrn Isenberg berichtet, wobei mit dieser Bagatellisierung „a bisserl“ (Seite 6) bei Herrn Friedrich deutlich wird, wie er plausibel einen Bezug zu seinen Maßstäben setzen und weiterer Handlungsdruck verzögert werden kann:

„Am Anfang war es, hat's ja vielleicht noch so a bisserl Sicherheits-... war's a bisserl Sicherheitsbedürfnis oder Sicherheitsdenken,... aber zum Schluss, mit diesen Fenstern, die Fenster von andern Leuten“ (Herr Friedrich:6).

„Er [der Zwang] gibt den Betroffenen natürlich Sicherheitsgefühl, aber auf eine Art äh sichert er den Betroffenen auch ab, weil man halt so oft kontrolliert oder auch früher, wenn ich mal meinetwegen irgendwo weiter weg gefahren bin, ich hab mir genau den Weg gemerkt und konnte genau hinterher sagen, „hier sind wir hergefahren, komm wir fahren zurück“. Und das auf einer Entfernung von zehn, zwölf Kilometern mit Sicherheit.“ (Herr Isenberg:13).

Beginnendes Grübeln über ethisch-moralische Forderungen werden von Herrn Anschütz in seiner Jugend als Rebellion gegen kulturelle Werte gewertet, er findet für sich die treffende Bezeichnung eines *„Albert-Schweitzer-Komplex[es]“ (...), den [er] gedanklich oder von der ethischen Forderung her eigentlich noch zu übertreffen suchte“* (Seite 4):

„Ich hab's mir erst erklärt nach meiner damaligen, ähm,... nach meinem damaligen Vokabular. Da steckt Ressentiment dahinter. Ich sei künstlerisch oder so, nicht genügend begabt, da was auf die Beine stellen zu können und jetzt versuchte ich, ähm..., die normalen kulturellen Werte zu untergraben mit so nem moralischen Zeug. Das war der Anfang (kurzes Lachen).“ (Seite 11).

Hoher, aus dem Elternhaus vermittelter Normstandard

Bei Phänomenbeginn in der Kindheit und im frühen Erwachsenenalter vermuten einige Interviewte, dass diese Anfänge von ihnen eher implizit, mit antizipierten, im Elternhaus vermittelten Normen, wie Moralvorstellungen, Sauberkeits-, Sicherheits- bzw. Ordnungsstandards als auch religiösen Normen in Verbindung gebracht werden können (Herr Anschütz, Herr Engel, Herr Isenberg). Regeln und Normen, die durch den elterlichen Erziehungsstil vermittelt werden, lassen eine andere Einschätzung der beginnenden Verhaltensbesonderheiten nicht notwendig erscheinen. Frau Gröne und Herr Engel berichten von hohen Sauberkeitsnormen in ihren Familien, so dass anfängliche Reinigungsrituale von ihnen als Übernahme einer antizipierten Norm bewertet werden. Herr Heinemann und Frau Lindemann berichten von Betritualen in ihrer Kindheit, die direkt auf die streng religiös geprägte Erziehung der Mutter bzw. Großmutter bezogen werden, wobei Herr Heinemann abendliches, stundenlanges Beten des Rosenkranzes als Kind mit der Mutter und seinen zwei Brüdern, um die Rückkehr des Vaters aus dem zweiten Weltkrieg zu erhoffen, ausführt:

„das [Beten des Rosenkranzes] hat sie jeden Abend gemacht. Und mein Vater ist äh vorzeitig entlassen worden. Der hat also während des Krieges denn gar nichts mehr miterlebt. Die [Mutter] war davon überzeugt, das liegt nur daran, dass er, dass sie so für ihn gebetet hat. (...) Und, äh, und zu Hause, da der, das war schon en fast militanter Katholizismus, den meine, den meine Mutter da vertreten hat.“
(Seite 22f.).

Hoher Normstandard im beruflichen Umfeld

Hohe Normvorschriften im beruflichen Umfeld können Phänomenanfängen einen Interpretationsrahmen geben und liefern keinen Anhaltspunkt für einen anderen Einordnungsversuch. In einem medizinisch-klinischen Kontext, in dem hohe Hygienestandards gelten, wird beginnendes Phänomenverhalten

von den Betroffenen auch im privaten Bereich übertragen. Eine Laboraus-
bildung, eine Ausbildung zur Krankenschwester sowie der anschließende kli-
nisch-stationäre Alltag erfordern von den dort Tätigen hohe einzuhaltende
Hygienestandards. Der hohe Sterilitätsstandard auf einer Frühgeborenensta-
tion wird dem sich entwickelten Reinigungsritual von Frau Clauss als plausi-
bel zugeordnet, jedoch auch ihre Betonung einer Missachtung einer Hygie-
nevorschrift scheint meines Erachtens eher noch die Bedeutung der inneren
Auseinandersetzung mit der Gefahrenbeurteilung zu unterstreichen: ‚Was ist
,normal‘, was ist sicher, wann wird es gefährlich?‘ und die innere Ambivalenz
in der Bedeutungsfindung dieser Hygieneeinschätzung deutlich zu machen.
So berichtet Frau Clauss von ihrer Arbeit als Krankenschwester auf einer
Frühgeborenenstation:

„Also, anfangs war des so normal. Ich hab zuletzt, als ich mein, mein letztes Kind
geboren hab, hab ich 3 Monate an der Frühgeburtenstation gearbeitet. Da wurde
mir das eben so eingetrichtert, so, also.. Decke nach oben und unten, unten ist’s
schmutzig, oben ist’s sauber, für jedes Kind extra und (Luftholen) (...) und, also,..
ja, ich hab das so eben übernommen, ne.“ (Seite 2).

„Wenn irgendwas auf den Boden fällt, z. B. a Windel, wenn der Windel auf den Bo-
den fällt, die darf ich nicht mehr verwenden, muss ich zum Müll geben, ne, oder zur
Wäsche, das konnt i damals net verstehn. I kann mi noch so dunkel erinnern, ich
hab’s mal ausgeschüttelt und trotzdem verwendet und die Kinder sind nicht gestor-
ben, net. Da war... (lachen).“ (Seite 14).

In einer kinder- und jugendtherapeutischen Einrichtung fordert die Betreuung
von verhaltensgestörten Kindern ein hohes Maß an Verantwortung und Auf-
sichtspflicht von den Mitarbeitern. Ein Kontrollbedürfnis wird den Anforderun-
gen dieses Berufsalltages implizit zugeordnet und in diesem Deutungsrah-
men als passend hingenommen. Erst durch das Erleben eines beginnenden
Kontrollverlustes scheint die Normalisierungstendenz verlassen zu werden
und ergibt sich weiterer Interpretationsdruck. So berichtet Frau Niehoff sehr
anschaulich ihr gesteigertes Kontrollverhalten, das den Übergang in ein neu-
es Definitions- und Handlungskonzept zu markieren scheint; eine Problem-

wahrnehmung und erste Lösungsvorstellungen können von ihr entwickelt werden:

„Auch in, in der Verhaltenstherapie äh, mit den verhaltensgestörten Kindern, man muss ja wirklich.... mit allem möglichen rechnen, was die anstellen, ja... Und ich hab also wirklich überall geschaut, viel kontrolliert. Und ich konnte dann fast nicht mehr... vor lauter Kontrolle. (ausatmen) (...). Also da hab ich gedacht, gut, tun wir erst mal nen bisschen pausieren, vielleicht vergeht es wieder. Aber ich hab dann gemerkt, dass das nicht vergeht. Ich bin eben dann in in der verhaltenstherapeutischen Klinik, da wo ich gearbeitet hab,... äh da hab ich dann gemerkt, ja, äh, Kontrolle, Kontrolle, Kontrolle“ (Seite 2).

Insgesamt wird in dem Datenmaterial die Schwierigkeit Betroffener, die Veränderungen im Erleben selbst zu beurteilen und eine plausible Erklärung für sich zu finden, ersichtlich; eine krankheitsbezogene Einordnung wird zu Phänomenbeginn zunächst nicht in Betracht gezogen. Auffällig ist, wie schwierig sich die Suche nach Kriterien für eine Krankheitsbeurteilung gestaltet, insbesondere Frau Menzel fokussiert diesen Aspekt, indem sie betont: *„Ich hab nicht gewusst, dass es ne richtige Krankheit ist“* (Seite 13). In den Daten wird deutlich, dass die Interviewten zu Beginn einen je spezifischen, manchmal auch weiten und flexiblen normalisierenden Deutungsrahmen für ihre erlebten Verhaltensweisen wählen können, was sie affektiv beteiligt darstellen. Die mögliche Funktion werde ich als Schutz des eigenen Images für sich und vor anderen, um biographische Integrität immer wieder neu für sich herzustellen und einen Verlust sozialer Teilhabe zu verhindern, da dieses mit dem Selbstbild nicht zu vereinbaren wäre. Wenn Zwangsanfänge auf personenbedingte Deutungen oder aktuelle spezifische Lebensumstände, private als auch berufliche und auf die darin vermittelten Normen zurückgeführt werden können, entsteht kein Bedürfnis nach einer weiteren Definitionssuche oder Erklärungsnot.

7.2.3 Krankheitsbezogenes Deutungsmuster

Wenn Anhaltspunkte für personenbedingte, in aktuellen oder lebensgeschichtlichen Lebensumständen liegende Hintergründe von den Interviewten für den Phänomenbeginn nicht mehr auszureichen scheinen und eine weitergehende Abnahme des situativen Kontrollerlebens wahrgenommen wird, kann das bisherige Normalitätserleben von den Betroffenen zunehmend in Frage gestellt werden, so dass eine weitere Suche nach einer plausiblen Erklärung ausgelöst werden kann. In ihrer Deutungsarbeit ziehen Betroffene zunehmend krankheitsbedingte Deutungen in Erwägung, bis sie dann letztendlich zu der Deutung ‚das ist ein Zwangsproblem‘ gelangen.

7.2.3.1 Das ist ein Problem – „so bisschen hyperaktiv“; „ich bin verrückt“

Bei aller Schwierigkeit der subjektiven Einordnung wird die allmählich bis schlagartig einsetzende Entstehung eines Problembewusstseins für die Verhaltensbesonderheiten in dem Datenmaterial deutlich. Die Interviewten beschreiben weitere Suchbewegungen, wobei sie häufiger selbst aktiv werden, jedoch auch – bei frühem Beginn in der Kindheit – durch Angehörige vermittelt (vgl. Kapitel 7.4.1.2). Eine zunehmende Irritation über die Phänomeneanfänge kann wahrgenommen werden. Einige Betroffene vergleichen ihr verändertes Erleben mit früheren Erfahrungen oder orientieren sich an der Außenwelt, was die Deutungsarbeit voranbringen kann. Frau Gröne bemerkt „*Sachen, die vorher selbstverständlich waren, die ich auf einmal eklig fand*“ (Seite 6), das mit erhöhtem Hygienebedürfnis einhergeht.

Andere Betroffenen heben hervor, dass mit der Zeit die Maßstäbe zur Trennung zwischen ‚normal‘ und ‚krankhaft‘ verschwimmen können und eine Problemwahrnehmung erschwert.

Einige Betroffenen erinnern die anfänglichen Phänomene an unterschiedliche Probleme oder Krankheiten und werden als Hinweise auf bekannte organische und psychische Krankheitsbilder gedeutet. Im Frühverlauf von Kontrollritualen oder Gedankenproblemen vermuten einige Betroffene selbst schon psychische Probleme, jedoch dann eher unspezifische wie: „*Verhaltensprobleme*“ (Herr Bischoff:17) oder „*unsicher oder verhaltensgestört. OK ne kleine Verhaltensanomalie*“ (Herr Isenberg:15). Auch klinische Einordnungen, wie „*hyperaktiv*“ (Herr Isenberg:15), werden geäußert.

Einige Betroffene nehmen Deutungsversuche in das vielleicht eher greifbare, alltagsnahe und evident erscheinende Krankheitskonzept der Depression vor (Herr Anschütz, Frau Menzel, Frau Kalweit). Entweder wird dabei das Phänomenerleben direkt als Depression gedeutet oder im Vordergrund wahrgenommene, begleitende psychische Probleme durch eine eigene oder auch medizinisch vermittelte Definition bewertet. Herr Anschütz wertet jahrelang seine periodisch auftretenden Grübelprobleme als „*eine Art depressiver Verstimmung eher*“ (Seite 2). Frau Kalweit kann ihre Kontrollhandlungen mit „*das war Angst, war eben Todesangst*“ (Seite 21) während vermuteter „*depressive[r] Momente in meiner Jugend, in der Pubertät*“ (Seite 21) in Zusammenhang stellen. Von parallel sich entwickelnden Depressionen, in der auch Lebensüberdrussgedanken auftreten, berichtet Frau Menzel, so dass beginnende Waschroutinen keine weitere Beachtung finden:

„Da hatte ich ganz schlimme Depressionen, aber das war.... da waren die Zwänge noch nicht so, (...) Also da bin äh so Depressionen, also die waren etwas schlimmer. Aber wo ich auch wirklich gedacht hab, ich nehm mir jetzt das Leben, wo ich Tabletten gesammelt habe“ (Seite 34).

Vorher oder begleitend auftretende somatische Probleme werden symptom-spezifisch von dem Betroffenen eingeordnet und nicht in einen ganzheitlichen Zusammenhang als möglicher Hinweis auf eine andere Erkrankung gestellt; dieses kann weitere Suchbewegungen der Betroffenen verzögern. Gerade bei der Einordnung gedanklicher Zwangsphänomene scheint es für

die Betroffenen schwer zu sein, zu einer sicheren Einordnung zu kommen. Auch für die Betroffenen kann es fassbarer und weniger schambesetzt sein, sich zunächst mit diesen begleitenden Beschwerden ans medizinische Hilfesystem zu wenden (vgl. Kapitel 7.5.1.1). So berichtet Herr Bischoff von Magen- und Darmproblemen, Neurodermitis und Zähneknirschen und Herr Heinemann von Augenproblemen, deren organmedizinische Abklärung und Behandlung als erstes erfolgt und keine weitergehende, auch nicht von den Betroffenen initiierte Abklärung erwogen wird.

Bei der weiteren Phänomenentwicklung, vor allem bei steigendem Kontrollverlust und bei nicht mehr ausreichenden bisherigen Deutungen kann für einige Betroffene eine neue Klärung ihrer Situation bzw. eine Auseinandersetzung mit ihrer Lage notwendig werden.

Einige Betroffene finden frühzeitig für sich bei der Wahrnehmung und der Zuordnung ihrer erlebten Veränderungen eine eher unspezifische und globale krankheitsbezogene Interpretation als „*Störung*“ (Herr Isenberg:15), als „*Verwirrung*“ (Herr Anschütz:24) oder als „*Art Krankheit*“ (Herr Anschütz:24).

In den Daten ist auffällig, dass die meisten Betroffenen, bevor sie zur Zwangsdeutung gelangen, zu Selbstdeutungen des Verrücktseins oder Verrückwerdens ihrer Erlebens- und Verhaltensweisen in ihrer Deutungsarbeit kommen. Der subjektiv schwer fassbare Phänomenbeginn, der als massiv zu bewertende und erlebte Kontrollverlust bzw. das Bedrohungserleben eines weiteren Kontrollverlusts können bei den Betroffenen diese Interpretationen auslösen. Lebensweltliche Konzepte von Verrücktsein, Geisteskrankheit, Wahnsinn sowie darin enthaltene antizipierte als auch real erfahrene Stigmatisierungen durch Außenstehende scheinen bei der subjektiven Einordnung eine Rolle zuzuspielen (vgl. Kapitel 7.4.1.1). Dabei wird von den Betroffenen das Phänomenerleben mit einer eigenen Vorstellung von Verrücktsein: „*ich werd verrückt*“ (Frau Kalweit:2, Herr Isenberg:19) bezeichnet als auch die Angst beschrieben, von Außenstehenden als Person für ‚verrückt‘ zu gelten (vgl. Herr Isenberg:15). Die eigene Zuschreibung, ‚verrückt‘ zu werden oder

zu sein sowie die projektive Angst, für ‚verrückt‘ gehalten zu werden, kann den Betroffenen eine Suche nach medizinischer Hilfe erschweren, wobei diese Zuordnung auf Selbststigmatisierungen als auch gesellschaftliche Stigmatisierungstendenzen hinweisen kann. Für die meisten Betroffenen scheinen die Verhaltensauffälligkeiten trotz des hohen Belastungserlebens nahen Bezugspersonen als auch der medizinischen Seite gegenüber unaussprechbar, sogar unkommunizierbar zu sein (vgl. Kapitel 7.4.1.1 und 7.5.2.1).

Auffallend zu Phänomenbeginn wird von den Interviewten die Bedeutung der Schamgefühle und Diskriminierungs- und Stigmatisierungsängste für die eigene Selbstbewertung und die weitere Deutungsarbeit herausgestellt (vgl. Kapitel 7.1.1.3). Da die veränderten Erlebensweisen als fremd, ‚verrückt‘, normabweichend sowohl nach innen als auch nach außen beurteilt werden, scheint eine Selbstöffnung nach außen erschwert zu sein (vgl. Kapitel 7.4.1.1 und 7.5.2.1). Bei betroffenen Kindern lassen sich weiterhin antizipierte Vorurteile finden. Herr Isenberg beschreibt Scham und Stigmatisierungsangst bei schon hoch ritualisierten Treppenlaufen an einer Kirche vor Schulbeginn:

„Sonntags morgens war Kirche, da war die in der Kirche und dann ist die montags zur Schule, in die Schule gefahren mit m Fahrrad, aber dann ist die erst zur Kirche gegangen, um noch mal die Treppenstufen so hoch zu gehen, wie sie runter gegangen ist. Um rückwärts runter zu gehen, wie sie an dem Sonntagmorgen hoch gegangen ist. Also da kann konnte se das gar keinem erzählen, weil in den Zeiten früher kannte das gar keiner, die hätten da gesagt, du spinnst oder so.“ (Seite 34).

Einige Interviewte beschreiben Abwertungen eigener Handlungs- bzw. Gedankenrituale, die zwar eine eigene Distanzierung, jedoch auch eine Selbststigmatisierungstendenz deutlich machen; auch dieses scheint eine Selbstöffnung nach außen noch zu behindern. Dieses zeigt sich in einer Reihe von Äußerungen: „*dass ist, ich konnt sogar selber sagen, das ist bescheuert, was ich da mache*“ (Frau Gröne:7), „*ich weiß halt, es ist verrückt*“ (Herr Bischoff:2), „*wie n Hund, der sich im Kreis dreht*“ (Herr Bischoff:16), „*und dann kam so was oberbeklopptes*“ (Frau Kalweit:2), „*und ich kann, ich muss dauernd über den Fleck nachdenken und ich hab da nen Fehler gemacht, dass*

da nen Fleck draufgekommen is, völlig lächerlich“ (Herr Heinemann:2), *„das hat mich was, hat mich äh, da irgend nen Unsinn gequält“* (Herr Heinemann:8) und *„ja früher dachte ich immer, mh ich weiß nicht, ich bin verrückt oder so. Oder unnormal, werde ich wahnsinnig und... weiß es nicht. Furchtbar alles.“* (Herr Isenberg:19).

Frau Kalweit beschreibt diesen Prozess des zunehmenden Gefahrenerlebens sehr anschaulich, der darin gipfelt, dass sie aus Angst, dass Glassplitter in den Teig der Hochzeitstorte für ihren Bruder gelangt sind, diesen entsorgen muss. Erst in dieser Extremsituation, die eine Angst vor ‚Verrücktwerden‘ impliziert, kommt sie zu einer Problemsicht, die eine Hilfesuche notwendig machen kann:

„Und nen neuen gemacht und dabei aufgepasst wie verrückt, dass ich bloß nicht mit Glas irgendwo drankomme. Und da kriegte ich dann das Gefühl, da kriegt ich so richtig das Gefühl, ich glaub, ich werd verrückt, ich dreh durch, ich... also da, da bemerkte ich dann auch, dass irgendwas nich mehr, mit mir nich mehr in Ordnung ist ne... das andere konnte man immer noch so einigermaßen kompensieren, aber, aber da hatte ich das Gefühl, ich, ich werde echt verrückt.“ (Seite 2).

In der Verwendung weiterer alltagsweltlicher psychischer Begrifflichkeiten für ihr verändertes Erleben, wie

- *“werde ich wahnsinnig“* (Herr Isenberg:19),
- *„die hätten da gesagt, du spinnst oder so“* (Herr Isenberg:34),
- *Angst, einen „Knall zu haben“* (Frau Gröne:27),
- *„spinn hier nicht rum“* (Frau Menzel:1),
- *„ich hab immer gedacht, ich bin so bekloppt, wie meine Oma“* (Frau Menzel:12),
- *„ich hab wirklich gedacht, ich werd bekloppt“* (Frau Menzel:13),
- und *„ich hab gedacht, ich dreh durch“* (Frau Menzel:13, auch Frau Kalweit:2, Frau Gröne:27),

werden in alltagsweltlichen psychischen Konzepten eher negativ konnotative Konzepte über psychische Erkrankungen deutlich. Urteile und Vorurteile in

Bezug auf die Behandlung von psychischen Krankheiten, die sich in Ängsten vor psychiatrischen Krankenhäusern äußern, können zudem die Deutungssuche beeinflussen. Exemplarisch verdeutlicht dieses Frau Menzel: „*ich müsste irgendwie in ne Anstalt so*“ (Seite 13), wobei hier eine eigene Selbstabwertung mitzuschwingen scheint. Die Mitteilungsbereitschaft über das erlebte Phänomen ist auch von der Art des Themenbereiches, wie intimen und schambesetzten Themen, abhängig, wie der von Frau Lindemann berichtete Verbrauch von Toilettenpapier. Diese Einordnungen nehmen die Interviewten für sich vor, jedoch besteht auch Angst der Etikettierung durch Außenstehende. Diese Begriffe weisen auch auf den immensen Leidensdruck der Betroffenen hin und verdeutlichen die Deutungsunsicherheit angesichts der Veränderungen.

Die Definitionsunsicherheit und das mangelnde Wissen über diese schwer fassbaren und vielfältigen Phänomene wird von den Betroffenen an verschiedenen Interviewpassagen immer wieder hervorgehoben, was abschließend durch drei Datenbeispiele illustriert wird:

„Also bevor es da einen Namen für gab also..... da habe ich nur gedacht irgendwie, ich drehe durch oder also ich hab irgend'nen Knall, ich verstehe gar nicht, was da mit mir passiert, ich hab immer das Gefühl, ich steh neben mir und beobachte, wie ich mich irgendwelche abgedrehten Sachen mache und die aber nicht anders machen kann. Also ich hab da keinen Namen für und ähm“ (Frau Gröne:27).

„Weil ich konnt mir vorher, ich wusste wohl, dass das irgendwie ne Störung ist, aber zu was das zählt, wusste ich nicht. Dachte immer so bisschen hyperaktiv, obwohl das Gehirn ist ja hyperaktiv in einer Form, aber ich dachte auch unsicher oder verhaltensgestört. OK, ne kleine Verhaltensanomalie ist es vielleicht, aber ich war mir da nicht richtig sicher, ich konnte das nicht richtig einschätzen.“ (Herr Isenberg:15).

„Das war sehr wichtig auch... ja und dann immer noch diese Zwänge dazwischen, wo ich ja noch gar nicht wusste, sind das jetzt Zwänge, ich wusste es ja gar nicht, wusste doch nicht, dass es so was gibt ja.“ (Frau Menzel:12).

Bei diesen subjektiv schwer fassbaren Phänomenausprägungen stellen Betroffene die als massiv zu bewertende Definitionsunsicherheit und die als Bedrohung empfundene Schwierigkeit, eine subjektiv passende und für sie plausible Erklärung zu finden, heraus. Alltagsweltliche psychische Konzepte scheinen noch einen erheblichen Einfluss auf die Eigendefinition zu haben und damit als eine Gefährdung des Selbstbildes von den Betroffenen wahrgenommen zu werden und Abklärungsbemühungen zu behindern.

7.3 Biographische Potenziale

Über die Bedingungsfigur der biographischen Ressourcen, die Betroffene sowohl vor und als auch mit Sichtbarwerden und Weiterentwickeln ihrer Verhaltensbesonderheiten besitzen bzw. entwickeln, beschreiben die hier Interviewten, wie sie einen Umgang mit dem erlebten Phänomen finden können.

Der Einfluss des Erfolges, ggf. auch Misserfolges dieser entwickelten Kompetenzen und Umgangsweisen sowohl auf der Ebene des Lebensalltags als auch auf der Ebene der Lebensziele stellt einen weiteren zentralen Aspekt für die geforderte Deutungsarbeit der Interviewten dar. Die Realisierung einer integrierenden Lebensführung und das Finden eigener Lösungswege für das beginnende Phänomenerleben sind bedingende Faktoren für die Deutungsarbeit Betroffener.

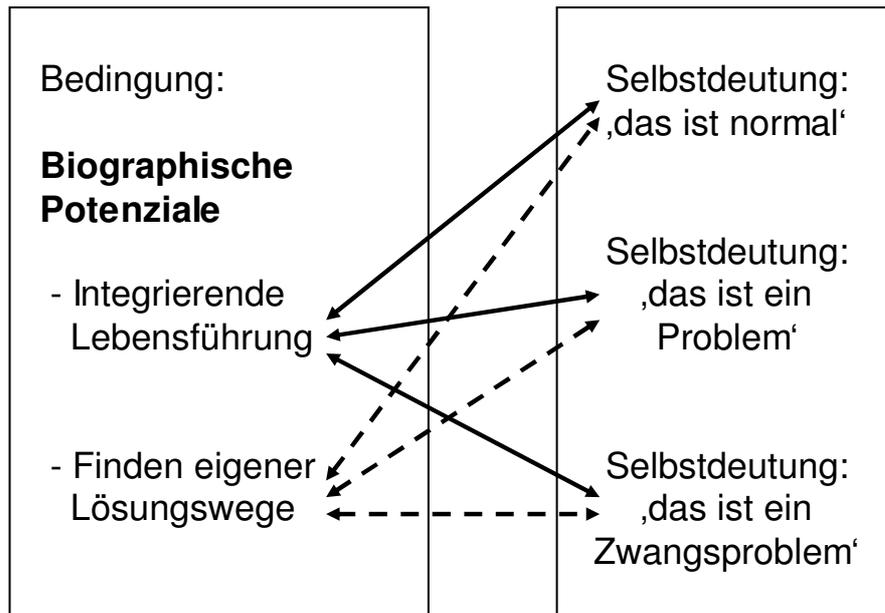


Abbildung 7-4: Biographische Potenziale

7.3.1 Integrierende Lebensführung

Sowohl alltagsweltliche Handlungskompetenz als auch das Entwerfen und die Realisierung von Lebensplänen und vor allem das Bereitstehen von sozialen Ressourcen können wesentliche Kriterien für eine integrierende Lebensführung mit den Verhaltensbesonderheiten darstellen und damit die Deutungsarbeit der Betroffenen beeinflussen.

7.3.1.1 Das ist normal – „und bei mir war es so“; „viel wichtiger nachzudenken, als was weiß ich, Mathe zu lernen“

In den Phänomenanfängen scheinen verschiedene Anpassungsprozesse, sowohl auf der Ebene des Phänomenerlebens als auch auf der Ebene der alltagsweltlichen und biographischen Lebensgestaltung stattzufinden, die eine integrierende Lebensführung mit den wahrgenommenen Auffälligkeiten

ermöglichen können. Diese Anpassungen können die interviewten Betroffenen in die Lage versetzen, Normalisierungstendenzen für ihre bereits bemerkten Verhaltensbesonderheiten sowie für ihre Lebenssituation zu entwickeln⁷⁰.

Management von Alltag und Lebensentwürfen mit Ambiguitätstoleranz

Es lassen sich in den Daten drei Varianten dieser Anpassungsprozesse zwischen der Kontrollwahrnehmung über das beginnende Phänomenerleben und der über die subjektive Lebensführung finden:

Die erste Variante lässt sich dadurch beschreiben, dass für die alltagsweltliche als auch für die biographische Lebensgestaltung hinreichende Lösungsversuche und Kontrollstrategien gegenüber dem Phänomenbeginn aufgebaut werden können; eine detaillierte Darlegung der individuellen Lösungsversuche erfolgt in Kapitel 7.3.2.1. Die Umgangsweisen zeichnen sich dadurch aus, dass sie eine direkte Kontrolle und Beeinflussung der Phänomenanfänge bewirken, so dass Lebensentwürfe realisiert werden können. In dieser Prozessvariante werden bei Eintritt des Phänomens noch ausreichende Gestaltungsmöglichkeiten im alltäglichen familiären und außerfamiliären Lebensbereich beschrieben. Im Datenmaterial wird deutlich, dass ein Handling mit ihren Verhaltensbesonderheiten von den Betroffenen als hinreichend wahrgenommen und das Phänomenerleben im Alltag toleriert bzw. akzeptiert wird. Leistungsbezogene und soziale Auswirkungen werden auf den privaten, schulischen, ausbildungs- sowie arbeitsweltlichen Bereich noch als gering eingestuft. Der Aufbau einer privaten und beruflichen Perspektive wird als weitgehend unbeeinflusst beschrieben. Dem Einfluss des eintretenden Phänomenerlebens in einer spezifischen Lebensphase kann dabei zudem eine entscheidende Rolle zuerkannt werden. Wenn zentrale Entwicklungsaufgaben, wie ein Partnerschaftsaufbau, Familiengründung, beruflicher Bildungs-

⁷⁰ In der Forschergruppe setzen wir uns weitergehend damit auseinander, inwieweit erst durch die Annahme des ‚Normalseins‘ auch eine ‚normale‘ Biographie möglich erscheint.

weg, vor Phänomenbeginn erfolgreich bewältigt werden konnten, kann die Realisierung von Lebensentwürfen begünstigt werden. Frau Clauss berichtet vom Beziehungsaufbau und ihrer Ausbildung als Kinderkrankenschwester und Frau Menzel von ihrer Heirat, der Geburt ihres Sohnes und von ihrer Tätigkeit als Verwaltungsangestellte, die vor Phänomeneintritt möglich sind. Auch Alltagshandlungen im phänomenspezifischen Bereich, wie Sauberhalten der Wohnung und Ordnung halten im Kleiderschrank, werden von Frau Clauss und Frau Menzel zwar verändert wahrgenommen, jedoch noch hingenommen. Ein tolerabler Handlungsspielraum scheint im Alltagsverhalten erhalten zu sein. Wenn ein Phänomenbeginn nach außen diskret gehalten werden kann, wie Ordnung von Gegenständen im Kinderzimmer (Herr Engel), Vermeiden bestimmter Lebensmittel (Frau Lindemann) oder bei Grübelproblemen (Herr Anschütz, Herr Bischoff, Herr Heinemann), können die zugeschriebenen Folgen des Phänomenbeginns als gering bewertet werden.

Bei Beginn im Kindes- und Jugendalter zeigt sich, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen sich intuitiv in ihrem Alltagsleben einrichten und die erlebten Verhaltensweisen integrieren und akzeptieren können (Herr Anschütz, Herr Bischoff, Herr Friedrich, Herr Heinemann, Herr Isenberg, vgl. Kapitel 7.1.1.1). Die meisten Interviewten können externen Anforderungen, wie z. B. in schulischen Lebensbezügen, gerecht werden. Geringe leistungsbezogene Auswirkungen mit guten bis sehr guten schulischen Erfolgen werden berichtet, eine Hochschulreife erlangen Herr Anschütz, Herr Bischoff, Herr Heinemann, Frau Lindemann, wobei Herr Anschütz besondere schulische Erfolge hervorhebt:

„Ähm,... das war so, ich machte dann also für die Schule fast nichts mehr, ähm... wenn ich bedrückt war, was das ja viel wichtiger nachzudenken, als was weiß ich, Mathe zu lernen oder Übersetzungen vorzubereiten und wenn es mir gut ging, wenn der Umschlag in den günstigen Zustand erfolgt war, war die Zeit viel zu schade, sie für so'n Blödsinn wie an Schule zu verwenden. Aber ich konnte mir das leisten, hab also richtig Abitur mit Auszeichnung gemacht und hab dann n Studium angefangen.“ (Seite 4).

Eine zweite Prozessvariante zeigt sich darin, dass die alltäglichen Handlungsabläufe und die eigenen Lebensziele abgeändert und an die Verhaltensbesonderheiten angepasst werden, so dass ein Handling mit dem Phänomen möglich wird. Es findet eine Kontrolle bzw. eine Beeinflussung der Lebenslage und eine Akzeptanz der angepassten Lebenssituation und damit des Phänomenerlebens statt, durch die anfängliches Phänomenerleben angestoßen bzw. von den Interviewten mit diesen Phänomenanfängen in Verbindung gebracht werden. Eine Beeinflussung der Lebenssituation und damit eine indirekte Kontrolle des Phänomenverhaltens scheinen möglich. Die Zuordnung der ritualisierten Abläufe zur veränderten Lebenslage wird von den meisten Betroffenen direkt und eindeutig, bei anderen eher indirekt und uneindeutig hergestellt. In dieser zweiten Prozessvariante beschreiben die meisten Interviewten recht früh eine Prioritätenverschiebung von eigenen Bedürfnissen, Handlungen und Werten im Alltagsleben; diese wird teils als aktiv gewählt und häufiger eher als passiv vermittelt berichtet. Bei alltäglichen Handlungen, wie dem Verrichten von Haushaltsaufgaben, Kontrolle elektrischer Geräte, Türenabschließen, Öffnen von Fenstern, morgendliches Ankleiden u. ä., wird steigender Zeitbedarf wahrgenommen, so dass andere Alltagshandlungen diesen gegenüber zurücktreten. Auch Ambiguitätstoleranzen zeigen sich in den Daten, wobei sich widersprüchliche Bedürfnisse und Handlungen im Einzelfall, wie veränderte Gefahrenwahrnehmung, Wertever-schiebung, Hygiene- und Ordnungsbedürfnisse in verschiedenen Bereichen finden lassen. Frau Clauss beschreibt retrospektiv angesichts ihrer Hygienek-rituale: „*das nimmt auch die Kraft dann, ne. Das z. B. wichtige Sachen, wie Fensterputzen oder solche Sachen das dann auf der Strecke bleiben, das schaff i dann gar nich mehr, ne*“ (Seite 6) und Herr Bischoff seine veränderte Tagesgestaltung, in dem er verdeutlicht: „*und hab dann auch im Prinzip nichts außer Aufstehn und ins Bett geh'n zustande gebracht. Essenmachen zustande gekriegt.... ins Bett geh'n, das war's dann. Hab gefragt, warum, ich weiß es nich.*“ (Seite 30).

Als dritte Variante lässt sich eine indirekte Kontrolle bzw. Beeinflussung des

Phänomenbeginns durch Dritte vermittelt, z. B. durch Angehörige, unter-scheiden, die ich in Kapitel 7.4.1 beschreiben werde.

Es können alle drei Varianten im Einzelfall nebeneinander bestehen und schließen sich nicht gegenseitig aus. Diese Kontroll- bzw. Anpassungspro- zesse werden dabei von den Interviewten aktiv und bewusst gestaltet oder häufiger intuitiv bewältigt, jedoch oft auch als passiv erduldet beschrieben. Die Betroffenen schildern zudem, dass diese Prozesse permanent angepasst oder nur bei spezifischen Anforderungen vollzogen werden müssen.

Vorhandensein sozialer Ressourcen

Bei Phänomeneintritt können soziale Ressourcen, wie bestehende Partner- schaften (Frau Clauss, Frau Menzel), Familienangehörige (Herr Bischoff, Herr Engel, Herr Friedrich, Frau Lindemann), Ausbildungs- (Herr Friedrich, Herr Isenberg, Herr Bischoff, Frau Lindemann) und Berufstätigkeit (Frau Clauss, Frau Niehoff) und Freundeskreis (Frau Niehoff, Frau Lindemann), eine integrierende alltägliche Lebensführung mit diesen Verhaltensbeson- derheiten begünstigen. In dieser anfänglichen Phase des Phänomenerlebens scheint die soziale Rollenerfüllung sowohl inner- als auch außerfamiliär (vgl. Kapitel 7.4.1.1), von den Betroffenen selbst als auch vom sozialen Umfeld (aus Sicht der Betroffenen) beurteilt, wenig beeinflusst zu sein.

Ein ausbildungsbezogenes, berufliches und privates Eingebundensein scheint in seiner Schutzfunktion eine soziale Integrität und Alltagsbewälti- gung zu ermöglichen, jedoch vielleicht weitere Deutungsarbeit für die Betrof- fenen zu verzögern.

Gerade bei einem schleichenden Beginn normalisieren und tolerieren enge Bezugspersonen im familiären Zusammenleben aus Betroffenen-sicht den sich schon abzeichnenden steigenden Zeitbedarf für die erlebten Verhal-

tensbesonderheiten. Jedoch ist auch eine erste indirekte Kontrolle des Phänomenerlebens, durch Bezugspersonen vermittelt, möglich, wenn erste Grenzziehungen erfolgen (vgl. Kapitel 7.4.1.2).

Auffällig ist in den Daten, dass einige der Interviewten frühzeitig mit Beginn des Phänomenverhaltens von sozialen Auswirkungen berichten, die manchmal auch schon vor Phänomenbeginn bestanden hätten. Beim Beginn in der Kindheit und Jugend berichten Frau Niehoff, Herrn Bischoff und Herrn Heinemann in schulischen Lebensbezügen von einer Außenseiterrolle im Klassenverband, was sie retrospektiv mit ihrer Person, jedoch auch auf ihre ersten sichtbar werdenden Phänomenanfänge beziehen; exemplarisch führt Frau Niehoff aus:

„Irgendwo glaube ich, dass entscheidend is, ich hab zwar ne schöne Kindheit gehabt, aber ich bin in der Kindheit gehänselt worden. (...) also... gehänselt werden nicht anerkannt zu sein, irgendwo abseits stehen. Also ich kann mich erinnern, auf dem Schulhof abseits gestanden, keinen Anschluss gekriegt“ (Seite 14).

Wenn soziale Ressourcen vorhanden sind und eine integrierende Lebensgestaltung mit dem Phänomenerleben möglich ist, sei es durch hinreichende Lösungswege oder durch Anpassung der biographischen Lebensführung, scheint dies die Deutungsarbeit der Betroffenen eher zu verzögern.

7.3.1.2 Das ist ein Problem – „*ich hab des trotzdem (betont) alles bewältigt*“; „*ich konnte nich arbeiten*“

Bei der Weiterentwicklung des Phänomenverhaltens spielen das Erleben erster Bruchstellen im Alltagsleben und im Lebensplan sowie zunehmend mangelnder sozialer Rückhalt eine zentrale Rolle, so dass die Bewusstheit über das Phänomen zuzunehmen scheint und eingestanden werden kann.

Alltag und biographische Entwicklung – Erste Brüche

Im Datenmaterial zeigt sich, dass es bei der Weiterentwicklung des Phänomenerlebens zu einer Verschiebung in Richtung der zweiten Prozessvariante – der Anpassung an die Ritualisierungen – kommen kann. Die Betroffenen versuchen, ihre Alltagshandlungen und ihren Lebensplan soweit wie möglich flexibel nach dem Phänomenerleben auszurichten und eine rigide Planung aufzugeben, was mit unterschiedlichem Erfolg von ihnen beurteilt wird. Die sozialen und leistungsbezogenen Auswirkungen auf die verschiedenen Lebensbereiche, ihre alltägliche Lebensführung sowie der Aufbau einer biographischen Perspektive werden von den Betroffenen unterschiedlich bewertet. Eine Anpassung an die Phänomene im Alltagsleben kann abnehmen, wie beispielhaft von Frau Kalweit hervorgehoben wird: *„ich... also da, da bemerkte ich dann auch, dass irgendwas nich mehr, mit mir nich mehr in Ordnung ist ne... das andere konnte man immer noch so einigermäßen kompensieren.“* (Seite 2).

Die Lebensführung wird zunehmend als bedroht beurteilt, so dass eine Anpassung der Lebensgestaltung und -ziele an das Phänomenverhalten bewusst, häufiger jedoch erst später aus retrospektiver Sicht erfolgen kann. Die Zielanpassung wird von einigen Betroffenen als aktiv, bewusst selbst gestaltet, flexibel, jedoch von den meisten Betroffenen passiv erlitten und vom Phänomenverhalten erzwungen berichtet; diese scheinen vor allem jedoch als nicht-intendierte Prozesse bewertet zu werden. Als Anpassungsmotiv kann das Bedürfnis nach Sicherheit und Aufrechterhalten bzw. Wiederherstellen biographischer Kontinuität angesehen werden.

Im Alltagsleben zeigt sich eine abnehmende Handlungsfähigkeit im häuslichen Umfeld, wie Aufräumen (Herr Bischoff), Säuberung der Wohnung (Frau Clauss), Besuch von Handwerkern (Herr Bischoff), und kann Deutungsdruck für das Phänomenerleben und die Gesamtsituation der Betroffenen begünstigen. Herr Bischoff berichtet von Schamgefühlen bei Handwerkerbesuchen, die Kontrolle über seine Grübelprobleme zu ermöglichen scheinen:

„Meistens, je größer der Leidensdruck wird, irgendwann... äh.. meistens auch am Wochenende, wenn ich nicht befürchten muss, dass mich einer beim Aufräumen stört, dass irgendeiner klingelt, oder so, ich also in Ruhe rumwuseln kann, dann... am ehesten. Oder wenn irgendwas droht. Handwerker droht zu kommen, oder der Gasableser oder irgendwas. Dann steigt der Leidensdruck wieder, weil mir das peinlich is und dann kann's mal sein, dass ich mich dann motiviere.“ (Seite 12).

Während des Zivildienstes und des Studiums bewohnt Herr Bischoff ein kleines Zimmer; hier hat es zwar weniger Probleme mit dem Ordnunghalten gegeben, letztlich stellt es für ihn jedoch keine Option mehr dar:

„Das möchte ich eigentlich selber gern irgendwie hinkriegen, dass ich meine Bude so weit in die Gänge halte und mich... na, 10 oder 12 m², 13 m² noch in ne Studentebude ziehen muss, damit ich nicht äh... im Chaos untergehe. Das... äh..., kann's irgendwie auch nicht sein, stell ich mir auch nicht so vor. Darum... würde ich das ganz gerne selbst machen.“ (Seite 29).

Bei der Weiterentwicklung der Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter werden von einigen Interviewten, wie Herrn Isenberg und Herrn Friedrich, mangelnde schulische Erfolge mit diesen in Zusammenhang gebracht. Im Schulalltag werden Konzentrationsprobleme, Schreib- und Rechenblockaden, Leseprobleme, Pünktlichkeitsprobleme, Nicht-Erfüllen von Schulhausaufgaben erlebt. Herr Isenberg stellt diese Misserfolge direkt mit dem Phänomenerleben in Verbindung, für Herrn Friedrich bleibt die eindeutige Zuordnung dagegen ungeklärt:

„Also in der Schulzeit direkt, da war es ja auch total schwierig, weil wenn ich Matheklausuren geschrieben habe, deswegen konnte ich auch nur die Hauptschule vollenden, normalerweise hätte ich mehr geschafft“ (Herr Isenberg:9).

„Da hab ich den Hauptschulabschluss gemacht und.. im Anschluss dann die 2-jährige Handelsschule gemacht... oh, das war blöd... und dann... Hm, also ich will alles jetzt net auf den Zwang schieben, wahrscheinlich war es das beides, gell. Es hat tatsächlich.. Zeit gekostet, dieser dämmliche Zwang, gell“ (Herr Friedrich:12).

Der berufliche Ausbildungsweg ist von Brüchen mit schulischen, ausbildungsbezogenen und beruflichen Misserfolgen geprägt, die von den Interviewten dem sich ausbreitenden Phänomenerleben meist direkt, aber auch indirekt zugeschrieben werden. Im weiteren Ausbildungsweg werden leistungsbezogene Schwierigkeiten berichtet, berufliche Neuorientierungen werden notwendig und müssen in Kauf genommen werden. Einige Betroffene (Herr Anschütz, Herr Bischoff, Frau Niehoff) können Anforderungen des Studiums nicht mehr gerecht werden und müssen abbrechen. Frau Niehoff und Herr Bischoff beziehen ihren Studiumsabbruch direkt auf die Kontrollhandlungen bzw. Grübelprobleme, Herr Anschütz lässt dieses offen:

„Also das war halt auch so, wie ich dann das Studium aufgegeben hab und dann in der Arbeit war,.. da, damals hatt ich ja das Studium nur aufgegeben we, wegen der Kontrolle, in dem speziellen Bereich.“ (Frau Niehoff:3).

„Ich lass mal was Ursache und was Wirkung ist beiseite, das sind ja immer nur Spekulationen, ähm“ (Herr Anschütz:6).

Einige Interviewte benennen negative Attributionen und sogar Selbststigmatisierungen für die weitere biographische Entwicklung und das Umschreiben von Lebensentwürfen. Insbesondere die als schmerzlich erlebte Anpassung von Karriereplänen wird berichtet (Herr Anschütz, Herr Bischoff, Herr Friedrich, Herr Heinemann, Frau Niehoff). Diese Neuorientierung und die Grenzen dieser Bemühungen, häufig nicht antizipierte Biographiebrüche, soziale und arbeitsweltliche Einschränkungen, werden als kränkend wahrgenommen und müssen verkraftet werden. Einige Interviewte (Herr Anschütz, Herr Heinemann) werten dieses als „*beruflichen Abstieg*“ (Herr Anschütz:5).

Durch den frühzeitigen Phänomenbeginn scheint das Autonomiebedürfnis der Betroffenen deutlich gefährdet zu sein. In der privaten Lebensplanung kann ein Partnerschaftsaufbau als vom Phänomenerleben bedroht beschrieben werden. Herr Bischoff und Frau Niehoff berichten, keine Partnerschaft aufgebaut zu haben, Herr Friedrich und Herr Isenberg von wenigen kurzzeiti-

gen Beziehungen. Es scheint eine deutliche Tendenz zum herkunftsfamiliären Einbezogensein zu bestehen. Exemplarisch berichtet Herr Isenberg:

„Ja also meine erste Freundin, die habe ich mit 21 gehabt. Also da war ich nicht richtig verliebt, aber ne erste Freundin so. Man hatte so... wie soll ich sagen äh... keine normale Jugend wie andere. (...) Man war wirklich immer nur zu Hause und in diesen Zwängen gefangen“ (Seite 13f.).

Sowohl vor Eintritt, wie bei Frau Clauss und Frau Menzel, als auch nach Phänomenbeginn in stabileren Phasen, wie bei Herrn Anschütz und Frau Kalweit, können Partnerschaften bis hin zur Eheschließung eingegangen werden. Herr Anschütz geht in seiner retrospektiven Reflexion sogar soweit, Partnerwahl und den finanziellen Ausgleich bei der Scheidung auf die Besonderheit seines Phänomens zu beziehen:

„Ähm... und dann hatte ich eine (kurzes Lachen) andere Partnerschaft, die ähhh... wohl mit meiner Störung oder irgendwas mit deren Inhalt schon was zu tun hat. Das war eine Altenpflegerin, (...) ähm... diese Altenpflegerin, die ich dann später auch geheiratet habe, ähm, (...) Ähm... und der habe ich, ähm... von mir aus, in 10 Jahren,... mindestens 300 000 Mark zum Ausgleich der Lebensverhältnisse zugewendet. Ich würd sagen, dass war so ne Art Kompromiss zwischen meinem Komplex, ähm und nicht mein Komplex in Reinkultur, weil es ja doch nur ein konkreter Mensch war, dem ich da was zuwendete“ (Seite 6).

Exemplarisch stelle ich den beruflichen und privaten Werdegang in seiner dimensionalen Ausprägung für geringe und vielfältige Anpassungsversuche dar:

Nach einem Studiumsabbruch in Philologie berichtet Herr Anschütz von einer 37-jährigen Inspektorenlaufbahn bei der Post. Er betont, dass der Eintritt in den Vorruhestand aus arbeitsmarktpolitischen und nicht aus Krankheitsgründen erfolgte. Nach 10-jähriger Ehe lebt Herr Anschütz alleinstehend:

„Insgesamt ist natürlich mein Leben, außer durch diesen beruflichen Abstieg, den ich da erlebt habe, ähm... auch sonst noch beeinträchtigt worden... ähm... nämlich dahingehend (...) also ich finde genauso wichtig wie mein Zwang, dass ich mein

Leben weitgehend äh.. ohne Partnerin verbracht habe und auch ohne ausgeprägten Freundeskreis.“ (Seite 5f.).

Nach einer erfolgreichen schulischen Ausbildung unternimmt Herr Bischoff nach Abbruch eines Informatikstudiums viele Anpassungsversuche: Jahresverträge bei Callcentern und Zeitarbeitsfirmen, zwischenzeitlich wird er arbeitslos. Er wählt Arbeitsplätze mit gleitender Arbeitszeit, Teilzeittätigkeit oder Übernahme von Spätdiensten, da ihm diese wegen Pünktlichkeitsproblemen und Konzentrationsschwierigkeiten kompatibel scheinen und muss hier zudem sich verändernde Konjunkturbedingungen berücksichtigen; zudem ist er bisher keine festen Beziehungen eingegangen: *„Ja, ich hab mir Stellen, versucht Stellen zu suchen, die ich irgendwie mit meinen Macken in Einklang bringen kann. Das hat ne Zeit lang geklappt, aber is natürlich klar, jetzt sind's mehr Arbeitslose als vor 3, 4 Jahren“* (Seite 6f.).

Andere Interviewte (Frau Niehoff) beschreiben geringere berufliche Brüche. Frau Niehoff berichtet, dass sie den beruflichen Anforderungen in einer klinischen Einrichtung trotz auftretender Kontrollrituale gerecht werden konnte und diese im beruflichen Umfeld diskret halten konnte: *„Bei mir war's nur so, ich hab des trotzdem (betont) alles bewältigt (lachen).“* (Seite 6).

Abnehmende biographische Potenziale, wie z. B. Biographiebrüche, können als zweite Variante neben dem Belastungserleben (vgl. Kapitel 7.1.1.2) und dem Scheitern von Deutungsmustern (vgl. Kapitel 7.2.3) Definitionsdruck und Deutungsarbeit der Gesamtsituation und damit auch des Phänomens begünstigen. Die Betroffenen beschreiben, dass neben dem Belastungserleben durch zunehmende Ritualisierungen meist auch psychosoziale Einschränkungen hinzukommen, die dann einen Interpretationsdruck auslösen und medizinische Abklärungsbemühungen in Betracht ziehen lassen.

Mangel an sozialen Ressourcen

Das soziale Eingebundensein und der soziale Rückhalt scheinen mit Weiterentwicklung der Verhaltensritualisierungen zunehmend gefährdet. Sowohl erlebte, aber häufiger auch antizipierte soziale Probleme können Deutungsdruck begünstigen, jedoch auch behindern. Die Angehörigen sind bei der Zuschreibung der wahrgenommenen Veränderungen als ‚Problem‘ oft von Bedeutung, was in Kapitel 7.4.1.2 dargelegt wird. Druckerfahrung von außen, insbesondere aus dem näheren sozialen Umfeld, kann die eigene Deutungsarbeit beeinflussen. Abnehmende soziale Ressourcen können eine integrierende Lebensführung und Aufbau einer biographischen Perspektive erschweren. Durch das Sichtbarwerden der Rituale im familiären Umfeld (vgl. Kapitel 7.4.1.2) wird das alltägliche Zusammenleben zunehmend als bedroht wahrgenommen.

Erlebte Probleme in Form von sozialem Stress, wie Distanzierung (Partner: Frau Clauss), Konflikte (Eltern: Frau Lindemann, Kollegen: Herr Bischoff) bis hin zu Trennungen (Herr Friedrich, Herr Isenberg, Herr Anschütz), eigenem sozialen Rückzug (Herr Isenberg) und Rückzug durch Andere (Bekannte: Herr Anschütz, Frau Menzel, Herr Isenberg, Herr Friedrich), können als Lösungsstrategie, aber auch als Diskriminierung gewertet werden und scheinen die eigene Deutungsarbeit eher zu erschweren. Von Beziehungsproblemen und Trennungen berichten Herr Isenberg, Herr Friedrich und Herr Anschütz, wobei Herr Friedrich hierbei Diskriminierung vermutet. Berufliche Konflikte wegen seiner Unpünktlichkeit werden von Herrn Bischoff benannt, von Frau Niehoff dagegen nie öffentlich benannt:

„War noch immer peinlich, weil letztendlich hatten sie ja recht,... muss man ja so sehen. Sie hatten ja recht, wenn sie sich darüber beschwert hatten, dass man wieder zu spät war. Insofern, kann ich da, mich nicht, das nicht kritisieren, war mir peinlich halt irgendwo. Aber ich hab halt versucht, den Gefühlsausbruch so nen bisschen zu bremsen, wenn's geht.“ (Herr Bischoff:24).

„Ja, ja, aber es, also, es war schlimm die ersten paar Jahre war ich in einer Abteilung, das hat natürlich die Zwänge auch extrem verstärkt, mit einer Kollegin, die al-

so vom Wesen her das ganze Gegenteil von mir war.... Also... es gibt ja wirklich ausgesprochen unordentliche Leute.“ (Frau Niehoff:11).

Eine Kündigung während der Probezeit wird mit Pünktlichkeitsproblemen aufgrund bestehender Grübelprobleme vermutet, der Herr Bischoff eine anti-ziptierte Diskriminierung zuschreibt:

„Nachher, beim Arbeiten wurde es natürlich ätzend, weil es natürlich nicht toleriert wird. Ich hatte immer gleitende Arbeitszeit, da ging's einigermaßen, aber bei festen Arbeitszeiten ist es verheerend, kam dann ständig zu spät und habe auch schon die Kündigung kassiert deswegen, weil ich es halt einfach nich... geregelt kriege, dann pünktlich zu sein, weiß nich, warum. Ich nehme an, dass es auf diese Grübelelei zurückzuführen ist.“ (Seite 3).

Aus der Kindheit und Jugendzeit berichten die Betroffenen retrospektiv, dass sie ein Aufwachsen mit sozialem Rückzug (Herr Anschütz, Herr Engel, Herr Friedrich, Herr Isenberg) und ersten stigmatisierenden Erfahrungen (Herr Heinemann) erleben:

„Ich wusst natürlich selber, also... damals, dass es mir, ging mir's ziemlich schlecht, weil ich konnt a gar net so mit den andern da rummachen, so spielen, oder was man halt so in dem Alter macht.“ (Herr Friedrich:3).

„Man war wirklich immer nur zu Hause und in diesen Zwängen gefangen... Man konnte nicht frei leben. Nicht mal mit anderen treffen irgendwie... Gar nichts. Mal Zelten fahren oder so ja.“ (Herr Isenberg:14).

„Und ähm, aber, ansonsten, wenn das irgendeiner, das haben nur sehr, sehr wenige gemerkt. Aber wenn das einer gemerkt hatte, und das wurde dann, äh, äh, ins lächerliche gezogen“ (Herr Heinemann:8).

Andere Betroffene betonen soziale Ressourcen: Freunde als „*mein Not-anker*“ (Frau Lindemann:10), die Kirchengemeinde, wo „*man meine Macken recht gut toleriert*“ (Herr Bischoff:7), „*meine größte Ressource (...), meine Sympathie für die normalen Leute*“ (Herr Anschütz:16), wengleich auch so-

ziale Normen (Frau Clauss, Frau Niehoff, Herr Anschütz, Herr Bischoff, Frau Gröne) abgemildert werden, wenn Einladungen in die eigene Wohnung angesichts der Rituale nicht ausgesprochen werden können:

„Und glaube, wenn ich die Freunde nicht gehabt hätte, dann dann wär mein Leben also da war ja nichts mehr lebenswert ne, dann wär das total den Bach runter gegangen.“ (Frau Lindemann:10).

„Ich merke aber, weil ich halt mit meiner Wohnung nicht so richtig zu Rande komme, ich lade zu mir keine Leute ein. Insofern ist das schon sozial.. äh, merk... merklich. Wir treffen uns entweder in Räumlichkeiten der Kirchengemeinde oder bei anderen zu Hause und nicht bei mir.“ (Herr Bischoff:7).

Fast alle Interviewten berichten von einer zunehmenden Beeinträchtigung der Lebensführung, welches ihre Deutungsarbeit mitbedingt. Sowohl im beruflichen als auch im sozialen und familiären Bereich kann es zu zunehmenden Schwierigkeiten kommen (vgl. Kapitel 7.4.1.2), die eine Integration in die Lebensführung immer schwieriger realisieren lassen. Die Interviewten müssen sich eingestehen, dass psychosoziale Alltagsabläufe und gewohntes Rollenverhalten als von dem Zwangsphänomen zunehmend gestört erlebt werden. Beginnende soziale Desintegration scheint durch wegfallende indirekte Kontrolle der Verhaltensbesonderheiten und Vergleichsmöglichkeiten die Deutungsarbeit Betroffener eher zu erschweren als zu begünstigen.

7.3.1.3 Das ist ein Zwangsproblem – „Entschieden hat der Zwang“; „dann musste ich das abbrechen“

Mit dem weiteren Entwicklungsverlauf spielen das Scheitern in der biographischen Lebensführung und der Verlust sozialer Ressourcen eine entscheidende Rolle, so dass die Deutungsarbeit bis zum Erkennen einer manifesten Erkrankung fortgeführt wird.

Alltag und biographische Entwicklung – Kontrollverlust und Scheitern in fast allen Lebensbereichen

Im weiteren Verlauf kommt es bei den meisten Betroffenen zu einem Kontrollverlust in fast allen Lebensbereichen. Zunehmend verlieren die bisherigen Prozessvarianten, d. h. die Phänomenkontrolle, die Anpassung an das Phänomen und die indirekte Kontrolle durch die Angehörigen an Bedeutung, so dass als vierte Prozessvariante der Kontrollverlust bzw. Kontrollzusammenbruch in Bezug auf das Phänomenverhalten als auch damit einhergehend das Scheitern von Alltagsanforderungen und die Realisierung von eigenen Lebenszielen beschrieben werden kann, was die Deutungsarbeit bei den Betroffenen zu forcieren scheint. Die Betroffenen können immer weniger zu einer hinreichenden Kontrolle der alltäglichen Handlungen und der biographischen Entwicklung gelangen und müssen sich nach innen und zunehmend nach außen sichtbar den Verlust der Handlungsfähigkeit in fast allen Lebensbereichen eingestehen. Es werden ein starker sozialer Rückzug, ein Verschieben anstehender Entwicklungsaufgaben, wie Auszug aus dem Elternhaus und beruflicher Einstieg, sowie ein Umschreiben von Lebensplänen benannt. In dem Datenmaterial ist auffällig, dass die Betroffenen diesen Kontrollverlust ihrer Lebenslage ihrem Phänomenerleben zuschreiben, wobei oftmals erst durch diesen sich eingestandenen Kontrollverlust eine mögliche Krankheitssicht als erzwungen erlebt wird.

Einige Betroffene beschreiben einen Kontrollverlust vorrangig im häuslichen Umfeld und ein kräftezehrendes Verheimlichen nach außen, wobei sie im beruflichen Bereich eine ausreichende Handlungsmöglichkeit aufrechterhalten können. Frau Menzel und Frau Clauss benennen Konflikte mit ihren Ehemännern, die sie mit den Ritualisierungen in Verbindung bringen, während sie berufliche Tätigkeiten noch als unbeeinträchtigt wahrnehmen. Andere Betroffene erleben erst dann Hilfebedürftigkeit, wenn der Kontrollverlust des Phänomenerlebens nach außen sichtbar wird, die berufliche Handlungsfähigkeit zusammenbricht und ein Scheitern von Lebensplänen, vorrangig beim

Aufbau einer beruflichen Perspektive und einer Partnerschaft, eingestanden werden müssen. Frau Gröne berichtet von ihrem Abbruch eines freiwilligen sozialen Jahres, Frau Kalweit von Handlungsunfähigkeit bei ihrer Arbeit als Erzieherin:

„Ähm bin da zum Beispiel, ich weiß noch auf der Arbeit da nicht auf Toilette gegangen und hab mir regelmäßig in die Hose gemacht, weil ich da den ganzen Tag eingehalten habe, weil ich mich so geekelt habe irgendwie vor (...) also die Situation ist ziemlich schnell gekippt und ich hab das, also, glaube ich, entweder 3 oder maximal 4 Monate da durchgehalten und dann war Ende. Also dann musste ich das abbrechen und da war überhaupt nicht klar, was ich überhaupt eigentlich habe, ich wusste nur, ich bin nicht mehr arbeitsfähig und ähm... ja und dann wurde das offiziell irgendwie erst mal krankgeschrieben“ (Frau Gröne:2f.).

„Da wurde es dann so massiv, dass es eben nicht mehr zu verstecken war. Wo ich dann auch in die Klinik musste.“ (Frau Kalweit:20).

„Aber da hatte ich das Gefühl, ich, ich werde echt verrückt. Da hab ich auch, da bin ich auch krankgeschrieben worden“ (Frau Kalweit:2).

In den Daten zeigt sich gerade auch die Bedeutung des frühen Phänomenbeginns im frühen Erwachsenenalter – in einer Lebensphase, in der Partnerschafts-, Familien- als auch Karriereplanungen in biographischen Übergangsphasen anstehen. Auffällig ist, dass die Betroffenen den Einfluss der Verhaltensbesonderheiten für Biographiebrüche und Scheitern von Lebensentwürfen als entscheidend werten. So ziehen besonders Frau Niehoff und Herr Heinemann für sich die retrospektive Bilanz, dem Phänomenerleben die Verantwortung für ihr Scheitern zuzuschreiben, Herr Anschütz lässt dieses offen:

„Familiengründung war dann auch für mich auf einmal überhaupt nicht mehr diskutabel. Aus, aufgrund der Angst. (...) Und... gut jetzt sag ich, ich hab mich damals so entschieden. Im Grund genommen hab ich mich nicht entschieden. Entschieden hat der Zwang.“ (Frau Niehoff:9).

„Ja natürlich, ganz entscheidend, ja,... ganz entscheidend, ja... Also ohne die Er-

krankung wär, wär vieles äh, anders gelaufen... Also ich, ich hab Jura studiert, nicht weil ich zur Bank gehen wollte, sondern ich hatte vor, in die Verwaltung zu gehen. (...) in ene kleineren, mittleren, Stadt- ähm, als Stadtdirektor.“ (Herr Heine- mann:18f.).

„Und was sonst in meinem Leben schiefgelaufen ist, beruflich und äh... und gewis- se äh Vereinsamung... das könnte ich zu dem, zur Not mir auch erklären, ohne Rückgriff auf das Handicap durch die Zwangserkrankung, obwohl ich zugebe, ich fand's dann doch entlastend, als mich dann unter diese Zwangskranken einordnen konnte“ (Herr Anschütz:24).

Das Eingestehen eines Kontrollverlustes der Ritualisierungen und bzw. oder eines Scheiterns von Lebensplänen löst weitere Deutungsarbeit aus, die zu einer krankheitsbedingten Einordnung bis hin zur Zwangsdefinition führen kann.

Verlust sozialer Ressourcen

Gerade der Verlust sozialer Ressourcen kann zum entscheidenden Anteil an der Deutungsarbeit der Betroffenen beitragen und die Gesamtlage beeinflus- sen. Dabei zeigt sich eine Wechselwirkung zwischen Phänomenerleben und sozialem Leben.

Soziale Schäden können entstehen, z. B. massive Konflikte (Herr Bischoff, Herr Friedrich, Frau Niehoff, Frau Clauss, Frau Menzel), Hilflosigkeit der An- gehörigen (Frau Lindemann), eklatante Missverständnisse in der Öffentlich- keit (Herr Friedrich, Herr Isenberg, vgl. Kapitel 7.4.3.2), sozialer Rückzug (Herr Bischoff), Isolation (Herr Anschütz) und Vereinsamung (Herr Engel):

„Ähm ich hatte echte Zusammenbrüche, weil ich ich, also ich war damals mit 12 ei- gentlich schon so weit, dass ich nicht mehr leben wollte. Also ich hatte echte Sui- zidgedanken und ähm meine Eltern wussten sich überhaupt nicht zu helfen“ (Frau Lindemann:2).

„Kam ich nach Mainau und ich sag mal ganz vorsichtig, zumindest auch in Verbindung mit meinem Komplex, äh, war ich da ziemlich, nicht nur ziemlich, sondern plötzlich vereinsamt und schleppte mich da noch gewisse Zeit durch äh, bis ich meinem Vater nicht mehr verheimlichen konnte, dass ich keine Hauptseminarscheine gemacht hatte“ (Herr Anschütz:5).

Einige Interviewte antizipieren ihren sozialen Verlust im Lebensplan und ihre Partnerlosigkeit vor dem Hintergrund von Abwertung und Diskriminierungsangst, die sich vielleicht auch auf gesellschaftliche, jedoch auch auf Selbststigmatisierungen zurückführen lassen. Herr Bischoff äußert sehr direkt:

„Also an Stelle einer Frau würd ich mir nich nen Mann wie mich aussuchen, (lachen) kann ich das ganz gut nachvollziehen (...) Dass is das, was ich... bei mir halt auch habe, weil ich mich nich getraue, das.. so... kundzutun. Ich komm selbst ja nicht mit klar, ich kann's selbst kaum akzeptieren und dann fällt es mir halt schwer von nem andern zu erwarten, dass der... meine Macken akzeptiert, mit denen ich selbst meine Last habe, mich damit kaum arrangieren kann“. (Seite 7).

Ein rapider Verlust des Handlungsspielraums mit hohem familiärem Belastungserleben und zunehmend auch im öffentlichen Umfeld wird benannt und scheint weitere Deutungsarbeit bis zur als plausibel beurteilten Zwangsdefinition geradezu zu erzwingen.

7.3.2 Finden eigener Lösungswege

Die Deutungsarbeit der Betroffenen wird von einer Vielzahl von Eigenstrategien und Umgangsweisen beeinflusst, die Betroffene im Handling mit dem Phänomen aufbauen. In Abhängigkeit von diesen Strategien über die Verhaltensauffälligkeiten, ihres Erfolges ggf. auch Misserfolges, die sich in Toleranz- (T) und Kontrollstrategien (K) unterscheiden lassen, gelangen die Interviewten hin zur Zwangsdeutung.

7.3.2.1 Das ist normal – „irgendwie durchzulavieren“; „sich rausreden“

Zu Phänomenbeginn berichten die Betroffenen über verschiedene Strategien, mit denen sie versuchen, die erlebten Veränderungen sowohl vor sich selber als auch vor Außenstehenden als ‚normal‘ zu werten. Die Verhaltensauffälligkeit wird von einigen Interviewten anfangs akzeptiert und toleriert und kann oft jahrelang unbemerkt bleiben. In den Daten wird deutlich, dass diese Eigenstrategien sowohl von den Betroffenen aktiv hergestellt als auch ihnen häufig erst aus retrospektiver Sicht bewusst werden.

Von den im Datenmaterial benannten Umgangsformen lassen sich die ersten zwei den Toleranzstrategien und die darauf folgenden vier den Kontrollstrategien zuordnen, wie anhand der Daten dargelegt wird. Es lässt sich vermuten, dass die Toleranzstrategien für die Betroffenen in dieser Phase eine höhere Bedeutung zu haben scheinen; auch gerade bei Beginn in der Kindheit wird ein integrierender Umgang mit den Erlebens- und Verhaltensweisen beschrieben (vgl. Kapitel 7.3.1.1).

„Nicht beachten“ – ignorieren (T)

Einige Betroffene können ihre Verhaltensänderungen zu Beginn sich selbst gegenüber ignorieren oder leugnen. Frau Menzel äußert zu ihren beginnenden Hygieneritualen:

„Dass da so merkwürdige Dinge passierten wie zum Beispiel, dass ich da weiß Gott was geputzt habe oder so, wie sagt man ja auch, viele Frauen, wenn die schwanger sind, dann spinnen se sowieso manchmal so'n bisschen rum und dann hab ich das erst auch gar nicht so beachtet.“ (Seite 1).

In Kauf nehmen – Hinnehmen (T)

Wenn Veränderungen anfangs nur von den Betroffenen bemerkt werden und noch nicht nach außen sichtbar werden, können diese von den Betroffenen unreflektiert hingenommen und noch in Kauf genommen werden, so dass weitere Deutungsarbeit verzögert wird. Herr Engel berichtet von abendlichen Ordnungskontrollen in seinem Zimmer in der Kindheit und Herr Bischoff von Wiederholungshandlungen, wie stundenlangem Hin- und Herlaufen in der Wohnung:

„Dass ich also gemerkt habe, dass meine Mutter mal drin war und sauber gemacht hatte, sauber gemacht hatte, dass ich alles nachkontrollieren musste so jeden Gegenstand millimetergenau hinstellen musste wieder und dass es immer mehr Zeit beanspruchte“ (Herr Engel:1f.).

„Als Kind habe ich das mehr gemacht, jetzt weniger äh... Meine Eltern haben mich schon so, in Anführungszeichen scherzhaft als (Kabeldrahter?), als Teppichläufer bezeichnet, immer wie so'n... eingesperrtes Tier hin und hergelaufen bin. Hab mich dabei aber nicht eingesperrt gefühlt, wollte das auch nicht draußen, deshalb nur äh bei meinen Eltern in der Wohnung gemacht“ (Herr Bischoff:2).

Rationale Rechtfertigung (K)

Andere Betroffene finden rationale Erklärungen für ihr beginnendes Phänomenverhalten. Neben den in Kapitel 7.2.2 dargelegten Deutungsmustern, wie z. B. Übernahme von beruflichen Hygiene- und Kontrollvorschriften, werden folgende in den Daten benannt: Bei Gedankenritualen mit moralischen Inhalten werden von Herrn Anschütz eine hohe Spendenbereitschaft, die Mitarbeit bei Unicef und das Verfassen eines Buches zu diesem Thema, welches sich jedoch nicht vermarkten lässt, und insbesondere die kritische Auseinandersetzung mit entsprechender Literatur berichtet, deren retrospektive innere Klärung er kritisch beleuchtet:

„Ich sehe es eher an als völlig vernünftiges äh Problemlösungsverhalten, das ich bei anderen Problemen auch so machen würde. Würde, wenn ich irgend n anderes Problem hätte, würde ich auch versuchen, drüber nachzudenken und Literatur zu dem Thema zu finden und ich neige nicht dazu, das als Ritual anzusehen.“ (Seite 16).

Auch die Scheidungsproblematik bei seiner zweiten Partnerschaft, bei der Herr Anschütz eine großzügige Güterverteilung zulässt, wertet der Betroffene vor dem Hintergrund seines Grübelproblems: *„dass war so ne Art Kompromiss zwischen meinem Komplex, ähm und nicht mein Komplex in Reinkultur, weil es ja doch nur ein konkreter Mensch war, dem ich da was zuwendete“* (Seite 6).

Bei Gedankenritualen mit Zweifeln an eigenen Handlungen wird von Herrn Heinemann das vermehrte Nachfragen von Handlungen bei Außenstehenden als kontingent beschrieben.

Durchlavieren – Herumlavieren – Bagatellisieren (T/K)

Einige Betroffenen versuchen, sich *„irgendwie durchzulavieren“* (Herr Anschütz:4). Beginnende Grübelgedanken und Waschrituale können kompensiert werden, so dass schulische Erfolge möglich sind. Herr Bischoff berichtet vom Zuspätkommen zum Schulunterricht und Frau Lindemann vom Nichterfüllen von Hausaufgaben; beginnendes Belastungserleben der Phänomenanfänge kann heruntergespielt werden: *„weil ich eigentlich recht gut bin in der Schule, so... vom Intellekt her, hat's mich nicht zerrissen, also, ich bin damit noch klargekommen.“* (Herr Bischoff:3).

***„sich rausreden“* – Verheimlichen – ‚das Gesicht wahren‘ (K)**

Alle Betroffenen benennen ausgeprägte Verheimlichungstendenzen, um ihr eigenes Selbstbild zu wahren, jedoch auch um *„nach außen.. das Bild einer*

normalen Frau abzugeben“ (Frau Kalweit:14). Sowohl im persönlichen Umfeld, aber auch gerade in arbeitsweltlichen und öffentlichen Kontexten wird versucht, diese Phänomenanfänge zu verheimlichen und zu verstecken bzw. diese so diskret wie möglich zu halten.

Rituale werden *„getarnt“* (Frau Lindemann:10) oder *„immer versucht (husten) zu verbergen damals“* (Herr Isenberg:9). Herr Isenberg illustriert das *„sich rausreden“* (Seite 19) sowie eine *„Ja ja“-Regelung* (Seite 9) und dessen Grenzen mit Beispielen bei der Arbeit, wie Kontrollhandlungen beim Bettenmachen sowie Gedankenproblemen bei Gesprächen:

„Das man immer wieder guckt „oh Gott“ wenn es ältere Leute sind, ob jetzt diese Gitter dran sind, das die nicht rausfallen und gucken ob die fest und ah und solche Sachen alles. Also das fällt auf, besonders dem anderen Pflegepersonal. (...) Ein, zwei Mal kann man sich rausreden, aber wenn öfter und die sehen das, ich geh davon aus, dass die bestimmt intern dann untereinander, wenn ich irgendwo anders war auf der Station, äh.. im Schwesternzimmer da drüber geredet haben.“ (Seite 19).

Ein Sich-Wehren gegen den Impuls (K)

Zu Beginn erwarten die meisten Betroffenen selber, dass sie sich gegen das Phänomenverhalten wehren können (Herr Friedrich, Frau Kalweit, Frau Menzel): *„am nächsten Abend machste das nicht, aber dann hab ich es doch immer gemacht“* (Frau Kalweit:1), *„nee, das ist, das, des kam immer so langsam dazu gell, und so. Ich hab mir dann gedacht,... fang net noch was Neues an“* (Herr Friedrich:6) und *„und da habe ich gedacht, man, morgen stehste auf und dann machste das alles nich“* (Frau Menzel:13).

Diese Toleranz- und Kontrollstrategien können den Betroffenen zu einer Normalitätsdeutung verhelfen und einen antizipierten Imageschaden noch abwenden lassen.

7.3.2.2 Das ist ein Problem – „*Not macht erfinderisch*“; „*perfektes Täuschmanöver*“

Bei den zunehmend auffällig werdenden Erlebens- und Verhaltensweisen werden weitere Umgangsstrategien von den Interviewten benannt, die einen Umgang mit dem Phänomen ermöglichen sollen. Es kann verstärkt zu Kontrollstrategien, wie kreativen Lösungen, jedoch auch zu zunehmendem Rückzugs- und Vermeidungsverhalten kommen. Vereinzelt werden auch Toleranzstrategien zur Notlinderung und aus der Angst, sich von sozialen Lebenszusammenhängen zu entfernen, eingesetzt, z. B. in der Schulzeit, um „*aus der Not das Beste zu machen*“ (Herr Bischoff:14).

„*Dreckig-Sauber-Regelung*“ (K)

Einzelne kreative Strategien werden im Umgang mit dem sich entwickelnden Phänomenverhalten beschrieben. Frau Lindemann berichtet angesichts ihrer Käsephobie und Waschroutine in der Kindheit, dass sie eine „*Dreckig-Sauber-Regelung*“ (Seite 7) entwickelt. Ihr eigener Bereich, ihr eigenes Zimmer mit Wechseln der Wäsche, Duschen, Reinigen von Gegenständen, wird als sauber deklariert, um Auseinandersetzungen mit den Eltern so gering wie möglich zu halten; jedoch wird aus retrospektiver Sicht dieser Lösungsversuch als ineffektiv gewertet:

„Hab gesagt „okay“ in Situationen, wo ich wo ich unbedingt funktionieren muss, das ist dann, da bin ich dann dreckig und hinterher wenn's dann wenn ich in mein Zimmer geh und so, dann mach ich, dusch ich mich, mach alles sauber und so und denn ist es wieder gut. Aber in der Phase, wo ich dreckig sein darf, da hab ich dann ja auch nicht so viele Zwänge und ecke nicht so an. Und ähm das das Gemeine ist ja, dass solche Regelungen letzten Endes überhaupt nicht helfen“ (Seite 7).

„Krücken, um es son bisschen einzudämmen“ (K)

Weitere Strategien werden benannt, die ein Eingrenzen der erlebten Verhaltensbesonderheiten ermöglichen können und als „*Krücken, um es son bisschen einzudämmen*“ (Herr Bischoff:11) bezeichnet werden. Bei Grübelproblemen benennt Herr Bischoff stundenweises Piepen der Uhr (Seite 11), 500-Watt-Lampe mit Zeitschaltuhr (Seite 12), Zeitstruktur von Radioprogrammen und Ablenken mittels Fernsehen (Seite 27f., auch Herr Heinemann:11) sowie Aufschreiben von Terminen (Herr Bischoff:11).

Zeit- und Energieeinsatz (K)

Ein zunehmender Energie- und Zeitaufwand wird beim Ausführen von Verhaltensbesonderheiten in Kauf genommen. Frau Gröne versucht, ihren beruflichen Alltag unter hohen Kraftanstrengungen trotz sich ausbreitender Ekelgefühle aufrechtzuerhalten: „*und hab mich aber da immer versteckt. Also ich hab das da keinem irgendwie gesagt oder was, ne hab mit Ach und Krach irgendwie immer den Arbeitsalltag da noch geschafft*“ (Seite 2).

Von anstrengenden und zeitraubenden Fahrten zu ihrer Arbeitsstelle bei zunehmenden Kontrollhandlungen berichtet Frau Niehoff, so dass ein 12-stündiger Arbeitsalltag auf Kosten der Freizeitgestaltung geht: „*Gut, ich bin immer pünktlich gewesen. Aber unter was für Energieaufwendung, ja.*“ (Seite 4).

Gerüst von Notlügen, „perfektes Täuschmanöver“ (K)

Wenn ein Kontrollverlust des Phänomens im häuslichen Umfeld deutlich wird, soll er doch in der Öffentlichkeit so diskret wie möglich gehalten werden. Notlügen werden verwendet, um nach außen ein Bild von ‚Normalität‘ zu vermitteln, gleichzeitig scheinen die Interviewten so jedoch Diskriminierung

vorwegzunehmen. Dieses verdeutlicht Herr Bischoff, indem er äußert: „*um halt nich ganz rauszufallen, weil ich's nich erklären konnte. Ich hatte keine Erklärung dafür und wollte halt auch nich als der, äh, derjenige der mit Dachschaden dasteht, sag ich mal.*“ (Seite 14, vgl. auch Kapitel 7.1.1.3). Das In-Kauf-nehmen der Unpünktlichkeit von Herrn Bischoff kommt bei den Mitschülern, als „*rebellisch, äh.. kümmert sich nich um Autorität ähm, fanden es cool irgendwie, selbstbewusst [an]... so.. haben sie es halt aufgenommen, hab ich das dann gedreht.*“ (Seite 14). Frau Lindemann spricht davon, dass sie bei Verhaltensbesonderheiten in der Schule „*Notlügen erfunden*“ hat. (Seite 10). Frau Gröne deutet ihren Umgang mit den zunehmenden Waschroutinen in ihrer retrospektiven Bilanz als „*perfekte[s] Täuschmanöver*“ (Seite 25) vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Stigmatisierungstendenzen: „*das finde ich eigentlich auch sehr schade, dieses äh... Klima ist einfach da*“ (Seite 25).

Vermeiden und sozialer Rückzug (K)

Mit einem Vermeidungs- und Rückzugsverhalten lassen sich Ritualisierungen eine zeitlang unter Kontrolle halten, so dass sich eine weitere Deutungsarbeit verzögert. Gerade wenn Verhaltensbesonderheiten verstärkt im öffentlichen Kontext auftreten, kann es aus Angst vor Ablehnungen zu sozialem Rückzug ins häusliche Umfeld kommen. Interviewte (Frau Niehoff, Frau Gröne, Herrn Isenberg) berichten, dass sie den beruflichen Anforderungen zunehmend nicht mehr nachkommen können und Krankschreibungen in Anspruch nehmen müssen, welches sie neben den Ritualisierungen auch körperlichen Beschwerden zuschreiben; exemplarisch beschreibt Herr Isenberg:

D: „Und so als Krankenpfleger konnten Sie dann so die Ausbildung machen oder wie war das?“

I: „Ja, aber auch mit Schwierigkeiten. Also ich hab da viel gefehlt, Krankenschein gehabt, weil ich halt einige Tage, weil es mir so schlecht ging auch körperlich“ (Seite 9).

Bewältigungsstrategien lassen das vielfältige Phänomenerleben eine zeitlang kompensiert erscheinen, jedoch kann gleichzeitig Deutungsarbeit verzögert werden.

7.3.2.3 Das ist ein Zwangsproblem – „*nen ganzen Tag nur grübeln*“; „*auch sehr einsam*“

Die Deutungsarbeit wird bei einigen Betroffenen forciert, wenn es zum Scheitern der Kontroll- und Toleranzstrategien kommt und die eigene Hilfebedürftigkeit nicht mehr ignoriert werden kann.

Scheitern von Eigenstrategien

Ein Kontrollverlust muss im privaten, dann auch im öffentlichen Kontext eingestanden werden (vgl. Kapitel 7.3.1.3). So benennt Herr Isenberg einen hohen Leidensdruck bei zunehmenden Kontrollritualen in der Öffentlichkeit (vgl. Kapitel 7.3.1.3). Ein Zusammenbruch der Tagesgestaltung und ein massiver sozialer Rückzug werden von Herrn Bischoff und Frau Niehoff geschildert:

„Nen ganzen Tag mit Grübeln verbracht und bin nur durch äh, aufmerksam geworden, dass ich auf die Toilette musste und Hunger hatte. Das hat mich dann.... aus dem Grübeln rausgeholt. Aber ansonsten..... überhaupt kein Problem. Die Zeit is weg und ich wunder mich, die Sonne geht unter“ (Herr Bischoff:26).

„Ja, man wird dann auch sehr einsam. Weil, weil man einfach sich auch nich mehr mit Leuten wegtraut, weil man nich auffallen will.... und weil wirklich der Stress äh, so groß is, dass man sagt, ich bleib lieber daheim und verzichte“ (Frau Niehoff:5).

Ein Begreifen der Begrenztheit der Eigenstrategien scheint ein wichtiger Schritt für die individuelle Deutungsarbeit darzustellen.

7.4 Bezugspersonen als Außenstehende und als Mitbetroffene

In dem Datenmaterial zeigt sich, dass dem Aushandlungsprozess mit dem sozialen Umfeld ein hoher Einfluss obliegt, auf welche Weise sich der Selbstdeutungsprozess der Betroffenen über das erlebte Phänomen entwickelt. Bezugspersonen haben sowohl als Außenstehende als auch als Mitbetroffene einen zentralen Anteil daran, ob und wie die Betroffenen zur Zwangsdeutung kommen. Bedeutsame Aspekte sind das Erkennen und Handeln des sozialen Umfeldes sowie deren Deutungerschwernisse und die Reaktionen Dritter, die aus Sicht der Betroffenen ausgeführt werden.

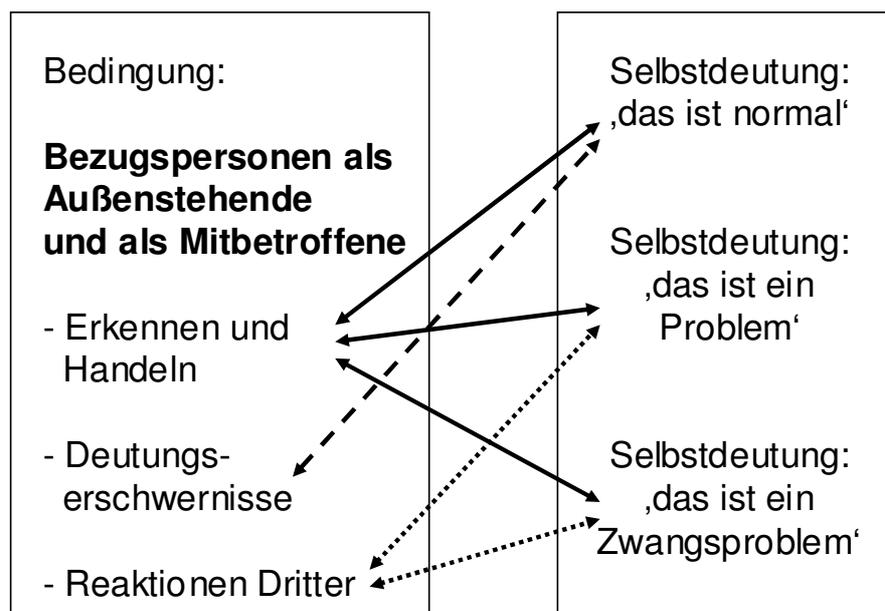


Abbildung 7-5: Angehörige als Außenstehende und als Mitbetroffene

7.4.1 Erkennen und Handeln

Um den Einfluss des Aushandlungsprozesses für die Deutungsarbeit zu be-

leuchten, lassen sich die zentralen Dimensionalisierungen Erkennen und Handeln bzw. Nicht-Erkennen und Nicht-Handeln herausarbeiten. Dieses Erkennen und Handeln, insbesondere Möglichkeiten der Einflussnahme, von engen Bezugspersonen, aber auch emotionale Aspekte, wie Vertrauen und Verstehen, scheinen eine zentrale Rolle für die Deutungsarbeit Betroffener, deren Fort- oder Rückschritt, darzustellen.

7.4.1.1 Das ist normal – „Da war er ganz stolz drauf“; „die haben das gar nicht bemerkt“

Zu Beginn erleben die Betroffenen aus ihrer Sicht, dass ihre Verhaltensbesonderheiten, wenn sie im familiären Alltag auffällig werden, von ihren Angehörigen meistens als ‚normal‘ gewertet werden. Dieses Nicht-Erkennen und Nicht-Handeln sowie Vertrauensfragen sowohl bei betroffenen Eltern als auch Partnern kann die Selbstdeutung der Betroffenen über ihren Phänomenbeginn mitbedingen.

Nicht-Erkennen und Nicht-Handeln

Beim ersten Auftreten der Erlebens- und Verhaltensweisen reichen die beschriebenen innerfamiliären Umgangsweisen von Normalisieren, Ignorieren, Rationalisieren bis zum Tolerieren. Dieses Nicht-Erkennen der Angehörigen kann die eigene Normalisierungstendenz der Betroffenen für die beobachteten Veränderungen unterstützen und es erfolgen keine weiteren Klärungsbemühungen.

Als Interpretationsrahmen für die Phänomenanfänge können von den Angehörigen vielfältige Zuschreibungen, wie personenbezogene Deutungen und eigene normative Werte sowie aktuelle Lebensumstände herangezogen werden, die sich mit den Deutungsmustern der Betroffenen (aus Sicht der Betrof-

fenen) nahezu decken (vgl. Kapitel 7.2). Diese möglichen Deutungsmuster werden von den Interviewten implizit aus dem beobachtbaren Verhalten Angehöriger erschlossen oder auch explizit von denen benannt. Gerade die Wahrnehmung sozial erwünschter Eigenschaften, wie pingelig, ordentlich, sauber und perfekt, kann Ordnungsliebe oder Hygienebedürfnisse für die Bezugspersonen als nicht normabweichend erscheinen lassen. So beschreibt Frau Clauss den von ihrem Ehemann geschätzten Perfektionismus: *„da sagte er immer,.. ja, guck mal, wie... wie meine Frau... ordentlich die Schränke hat und so. Da war er ganz stolz drauf, dass ich so a Perfektionismus hatte, immer so alles ganz genau, ne“* (Seite 14).

Hohe Normen und Regeln im phänomenspezifischen Bereich, wie Moralvorstellungen, Sauberkeit- und Ordnungsstandards, im Elternhaus und in der Partnerschaft lassen beginnendes Phänomenerleben der Betroffenen verdecken und ein Auffällig-werden verhindern. Ein normativ hoher Erziehungsstil bzw. hohe Hygienestandards eines Partners können bewirken, dass sich beginnende Hygienerituale in diesen Rahmen einordnen lassen. Frau Gröne und Frau Clauss berichten:

„Äh so Händewaschen und so das ist bei mir halt sehr ausgeprägt in der Familie“
(Frau Gröne:12).

„Ja, ja, hab i auch noch dran gedacht. Als i meinen Mann kennen gelernt hab,... da war er Medizinstudent und da fing er immer an, wasch dir die Hände, oder.. wie sieht denn dein Kamm aus. Also er hat mich dann immer irgendwie auf Sachen aufmerksam gemacht, die mir früher gar net wichtig waren.“ (Frau Clauss:14).

Spezifische Lebensereignisse, wie Erkrankungen des Betroffenen oder Angehöriger oder nach der Geburt eines Kindes, können Hygienebedürfnisse von Bezugspersonen in diesem Deutungsrahmen sinnvoll erscheinen lassen. Eine fiebrige Infektion bei Herrn Friedrich lässt seine Eltern vermehrtes Händewaschen und Duschen als angemessen beurteilen; eine chronische Pilzerkrankung des Ehemanns lässt Hygienerituale noch als indizierte Vor-

sichtsmaßnahme erscheinen. Auch während der Schwangerschaft und nach der Geburt von Kindern können Partner diese Phänomenanfänge in diesem Interpretationsrahmen sehen, so dass weitere Klärungen für sie überflüssig sind, wie Frau Clauss schildert:

„Da kam noch dazu, dass mein Mann... ich hab ihn als Student kennengelernt und damals hat er ne chronische Pilzerkrankung gehabt, da an den Füßen, die hat er dann eigentlich die ganze Zeit gehabt, ne. Auch mal an den Händen und so und auch mal am Körper so weiße Flecken und dann hat er auch immer gesagt, ja, ich müsste das alles bei 95 Grad waschen und ich hab dann auch Angst gehabt, dass die Kinder sich anstecken könnten, wenn sie zu uns ins Bett kommen. Es war dann alles so,.. dass i vor den Pilzen Angst hatte, dass die an die Kinder übertragen wurden, werden“ (Seite 2).

„Oder als i mein erstes Kind geboren habe, da sagt er so, ja,.. Wochenfluss, da sind viele Bakterien, und da muss man sich nachher ganz gut waschen, bevor man das Baby wieder anfasst. Diese Worte habe i noch immer in Erinnerung, die er mir eingeprägt hat. (Seite 14).

Auffallend ist, dass einzelne Betroffene (Frau Clauss, Frau Niehoff) sich an genaue Wortäußerungen der Angehörigen erinnern, denen sie retrospektiv eine hohe Bedeutung für ihre eigene Deutungsarbeit zuschreiben.

Vertrauen versus Vertrauensverlust

Wenn Bezugspersonen infolge spezifischer Lebensumstände mit anderen Problemen konfrontiert sind, kann es für sie schwer sein, die anfänglichen Veränderungen wahrzunehmen und darauf zu reagieren; dieser Aspekt wird näher in Kapitel 7.4.2 dargestellt.

In den Daten zeigt sich, dass für alle hier Interviewten, deren Phänomenanfänge im Kindes- und Jugendalter beginnen, ihre Eltern keine Vertrauenspersonen darstellen, denen sie sich mit ihrem zunehmenden Leidensdruck hätten anvertrauen können; diese können somit die Veränderungen ihrer Kinder

nicht frühzeitig wahrnehmen und damit nicht rechtzeitig handeln. Das erste Auftreten von Ordnungs- und Kontrollritualen bleibt von den Eltern unentdeckt und wird von betroffenen Kindern ihren Eltern gegenüber nicht erwähnt. Herr Engel berichtet von ersten Ordnungsritualen in seinem Kinderzimmer, Kontrollritualen beim Vorbereiten seiner Schultasche sowie der Kinderzimmertür und Herr Isenberg von ersten Lese-, Rechen- und Kontrollritualen; selbst bei steigendem Belastungserleben mit der Entwicklung von Aggressionsgefühlen wird dieses veränderte Erleben geheim gehalten und Bezugspersonen gegenüber nicht mitgeteilt:

„Äh das war ja so dieses erste halbe Jahr schon, wo noch kein Mensch gemerkt hatte, das irgendwas nicht stimmte nech und auch Zwangskrankheit das war überhaupt kein Begriff nech. Man musste auch gucken, war die Tür richtig abgeschlossen, hatte auch Angst es kommt jemand rein oder so“ (Herr Engel:14).

„Ich also gemerkt habe, dass meine Mutter mal drin war und sauber gemacht hatte, sauber gemacht hatte, dass ich alles nachkontrollieren musste so jeden Gegenstand millimetergenau hinstellen musste wieder und dass es immer mehr Zeit beanspruchte und mich auch innerlich auch irgendwie so aggressiv machte.“ (Herr Engel:1f.).

„Da musste ich die tausend Mal rechnen, ich weiß es nicht. Da musste jede Zahl so wie es gerechnet habe, rückwärts das rechnen wie man lesen musste, oder auch wenn ich vor der Klasse vorgelesen habe, dann habe ich vorgelesen, aber im Kopf rückwärts“ (Herr Isenberg:11).

Auch Geschwistern gegenüber sprechen Betroffene beginnendes Phänomenverhalten selbst nicht an, obwohl Folgen der Erlebens- und Verhaltensweisen auffallen könnten, wie Herr Heinemann schildert:

„Und der hat auch dann nachher, als äh das Problem da war, äh, während des Studiums, da hat der dann auch sich gesagt, also, äh, da muss irgend was sein, was wir nich äh, äh kennen, denn äh, es gibt ja einer nich nen, äh, Studium auf, wenn er so veranlagt ist, wie der“ (Seite 10).

Jedoch ebenso werden bei einer vor und nach Phänomenbeginn bestehenden Partnerschaft diese Verhaltensbesonderheiten dem Partner nicht geäußert und versteckt; dieses könnte durch die Beziehungsvorgeschichte, von der eigenen abwertenden Phänomenbeurteilung und durch antizipierte Diskriminierungstendenzen beeinflusst sein (vgl. Kapitel 7.2.3.1 und 7.4.2). Betroffene scheinen selbst ihre Verhaltensbesonderheiten als so absurd zu beurteilen, dass es ihnen schwer fällt, sich mitzuteilen. Diese Nichtmitteilung schließt jedoch eine Beratung über die Situation aus, die weitere Selbstreflexion hätte initiieren können.

Bei allen hier geführten Interviews erfolgt kein genaues Hinhören und konkretes Nachfragen seitens der Bezugspersonen. Bei den Betroffenen wird keine Verwunderung über dieses Sich-Nicht-Anvertrauen-Können geäußert. Erst bei Nachfrage während des Interviews wird retrospektiv von einzelnen Betroffenen ein Unverständnis (Herr Bischoff, Frau Kalweit), Distanzierung (Herr Heinemann) und sogar Ablehnung antizipiert (Herr Bischoff, Herr Heinemann), eigene Schamgefühle direkt geäußert (Herr Heinemann, Herr Anschütz), bzw. vermutet (Frau Kalweit) oder eine fehlende Vertrauensbasis erwogen (Frau Kalweit). Herr Heinemann und Herr Bischoff äußern, dass sie sich nur bei einem antizipierten Verständnis hätten outen können:

D: „Der (Vater) hat ihre Schwierigkeiten aber auch so mitbekommen und mit dem konnten sie so offener darüber reden?“

H: „Nein, nein, nein, der hat, der hatte dafür überhaupt kein Verständnis. Darüber könnt ich mit niemandem reden.“ (Herr Heinemann:7).

„Und meinen Eltern gegenüber hab ich da auch nich mit drüber sprechen können, weil mein Vater is derjenige, von dem ich glaube, von dem ich am ehesten die Veranlagung habe, und meine Mutter hat's nich verstanden.“ (Herr Bischoff:14).

Gerade bei auftretenden Grübelgedanken berichten Betroffene von einer Hemmschwelle, das Phänomenerleben bei ihren Eltern und auch Partnern anzusprechen; Herr Anschütz begründet sein Verhalten mit Schamgefühlen, die er mit Sexualität vergleicht:

„Meinen Eltern gegenüber wäre es mir peinlich gewesen, ähm, meine, sagen wir erst mal, humanitären Zwangsgedanken zu äußern. Das wär mir meinen Eltern gegenüber in ähnlicher pein, Weise, äh, peinlich gewesen, wie meinen Eltern gegenüber äh sexuelle, erotische Interessen zu offenbaren. Beides, äh,... ja, versuchte ich meinen Eltern gegenüber äh, für mich zu behalten.“ (Seite 19).

Insbesondere Frau Kalweit verweist auf die Schwierigkeit, die Umstände einzuordnen, und pointiert hypothetisch einen Vertrauensverlust in ihrer eigenen Bestürzung auf ihre Kinder bezogen:

D: „Das sie's nicht erzählt haben, wie kam das?“

K: „Das frage ich mich jetzt auch, das hab ich mich auch manchmal gefragt. Jetzt grad, wenn ich meine Kinder aufwachsen sehe, dass ich denke, meine Güte, wenn meiner Tochter oder meinem Sohn so was Schlimmes passiert, dann wünsch ich, dann bete ich, dass sie mir das sagen, dass sie das nicht mit sich alleine ausmachen.... Da hab ich schon manchmal richtig Angst vor. Denn ich war 2 Jahre älter als meine Tochter jetzt ist.... Warum ich das nicht gesagt habe, weiß ich nich... Ob da nicht das Vertrauen war, dass ich mich geschämt hab, ich weiß es nich“ (Seite 19f.).

Normalisierungstendenzen mit Ignorieren auf Seiten Angehöriger und eine beiderseitige Störung des Vertrauensverhältnisses scheinen die Deutungsarbeit gravierend zu stören.

7.4.1.2 Das ist ein Problem – „es kommt ständig Gegenwind“; „aufgefallen, dass irgendwas nicht stimmt“

Anhand der Daten wird deutlich, dass Bezugspersonen oft erst bei einem hohen Belastungserleben diese Verhaltensauffälligkeiten als ‚Problem‘ ernst nehmen und damit die Deutungsarbeit Betroffener anstoßen können. Erst wenn das veränderte Phänomenverhalten im familiären Umfeld offensichtlich und nicht mehr zu verstecken ist, werden Abklärungsbemühungen von außen angeregt; mit zunehmender Fremdrelexion scheint dann eine Selbstre-

flexion möglich zu werden. Es zeigt sich, wie sich die Bezugspersonen in einem Spannungsfeld als Außenstehende einerseits, aber auch als Mitbetroffene andererseits befinden; sie nehmen das veränderte Erleben und Verhalten der Betroffenen von außen wahr, geraten jedoch sukzessive in das Phänomengeschehen hinein.

Verstehen versus Distanzierung

Gerade auf die Unsicherheit Angehöriger bei der Einordnung der Verhaltensbesonderheiten weisen die Betroffenen hin. In der Kindheit und Jugend wird das Phänomenverhalten zunehmend im familiären Umfeld deutlich und verändert das Alltagsleben. Erst wenn nach außen beobachtbare Phänomene, wie Wasch- und Reinigungsrituale, durch Vergleich und Orientierung an einem eigenen Normalitätskonzept ihrer Sauberkeitsnormen und Zeitmaßstäbe oder am bisherigen Kennen des Kindes stattfinden, können Angehörigen diese wahrgenommenen Erlebens- und Verhaltensweisen bei den betroffenen Kindern erkennen. Bei einem engeren Normalitätskonzept scheinen Hinweise auf Veränderungen für Bezugspersonen eher sichtbar zu werden; Herr Engel konkretisiert das „aufgefallen, dass *irgendwas nicht stimmt*“ (Seite 2) mit im Alltagsleben beobachtbaren Verhaltensweisen, wie zeitintensivere Schulhausaufgaben, längeres Putzen des Fahrrades und verlängerter Aufenthalt im Badezimmer:

„Dass ich immer länger zu den Schularbeiten brauchte oder auch wenn ich – ich bin früher gern viel Rad gefahren äh hier so nach n Hausaufgaben zum Beispiel, dann kam ich gar nicht aus dem Keller wieder hoch, weil ich ständig das Rad putzen musste bis das dann wieder wie neu aussah“ (Seite 2).

Bei einem weiten Normalitätskonzept können den Eltern aufgefallene Verhaltensbesonderheiten, wie stundenlanges auf dem Teppich Hin- und Hergehen, als „*Teppichläufer*“ (Herr Bischoff:2) hinnehmen und eine weitere Abklärung nicht für notwendig halten.

Hingegen können Angehörige Grübelgedanken nur an Hinweisen auf Dysfunktionen in einzelnen Bereichen, wie Versagen in der Ausbildung, wahrnehmen, die vage Vermutungen bei den Eltern hervorrufen können. Schwierigkeiten können den Angehörigen als ein Verhalten, das „*manchem Rätsel*“ (Herr Heinemann:16) aufgibt und als widersprüchlich zum bisherigen Kennen der Person gewertet wird. Die Eltern von Herrn Heinemann vermuten bei beginnenden Schulschwierigkeiten Sehstörungen und suchen sogar eine neurochirurgische Klinik auf, wo eine psychosomatische Behandlung angeraten wird, jedoch scheint ein genaues Erfragen der Hintergründe zu unterbleiben:

D: „Und Ihre Eltern, wie sind die so damit umgegangen?“

H: „Ja, zu, zunächst völlig verständnislos... Mein Vater war nen ausgesprochen gutartiger Mensch, der hat mir also keine Vorwürfe gemacht. Und der merkte auch, ähm, dass ich, äh, nicht faul war, weil, weil, weil ich an irgendwas anderes dachte, sondern, äh, äh, der merkte auch, dass ich eigentlich äh, arbeiten wollte, dass ich weiterkommen wollte. (...) Ja, ich bin dann, äh, äh,.. müssen sich mal vorstellen, mein Vater is mit mir in die Neurochirurgische Klinik gefahren zur Untersuchung. Und die haben dann gesagt, also, äh, da is, so, so, äh, am Kopf, das ist alles in Ordnung und der muss in nen Sanatorium.“ (Seite 6f.).

Einige Betroffene (Herr Bischoff, Herr Lindemann) antizipieren ein Verstehen und Wissen um die Verhaltensauffälligkeiten bei Bezugspersonen, machen dieses jedoch nicht öffentlich, wodurch weitere Deutungsarbeit behindert werden kann (vgl. Kapitel 7.4.2):

„Meinem Vater, der das, dem das hätte vielleicht auffallen können, oder der das hätte erklären können, weil ich, von ihm meine ich, das kommt, war halt nich da, konnte da nich viel zu sagen.... Daher ist es dann bis...., jahrelang so geblieben.“ (Herr Bischoff:19).

Die Schwierigkeit bei der Einordnung von Grübelproblemen findet sich in der Bagatellisierung seitens der Partnerin, die moralische Grübelgedanken „*als Arbeitsstörung*“ (Herr Anschütz:6) benennt und dann nicht weiter beachtet.

Toleranz versus Einflussnahme

Erst wenn das Phänomenerleben nach außen offensichtlich wird, scheinen Bezugspersonen als Außenstehende, jedoch auch als Mitbetroffene eine tragende Rolle zu spielen. Die Reaktion der Bezugspersonen variiert dabei aus Betroffenenansicht von Distanzierung bis zum Hineinziehenlassen in die Rituale, beide Strategien scheinen dabei als angemessene, nahe liegende Lösungsversuche betrachtet zu werden. Die Erwartung Angehöriger, dass die betroffenen Kinder oder Partner die Verhaltensbesonderheiten kontrollieren und beeinflussen können, führt anfangs zu teils heftigen Auseinandersetzungen. So schildern Frau Lindemann und Frau Clauss:

„Das habe ich ganz häufig gehört „Stell dich nicht so an““ (Frau Lindemann:7).

„Dann hat er mi auch immer angeschrien, ja, du versteckst di immer nur hinter deine Zwänge und du willst net anders, du kannst anders, du willst nicht.“ (Frau Clauss:14).

Überwiegend benennen Betroffene als erste Reaktionen auf das Wahrnehmen und die zunehmende Involvierung in das Phänomenverhalten eine Distanzierung, die eher auf Elternseite und seltener bei vor und nach Phänomenbeginn eingegangenen Partnerschaften erlebt wird (Eltern: Frau Lindemann, Partner: Frau Clauss), jedoch auch überwiegend antizipiert wird (Eltern: Herr Heinemann, Vater: Herr Isenberg, Mutter: Herr Isenberg, Vater: Herr Bischoff, Partnerin: Herr Anschütz). Ein Ignorieren der Verhaltensbesonderheiten wird vermutet (Mutter: Herr Isenberg, Vater: Herr Bischoff) oder eine eigene, effiziente Einflussnahme auf das Phänomenverhalten erwartet bzw. für möglich gehalten, wobei häufig Abwehrhaltungen gezeigt werden (Eltern: Frau Lindemann, Partner: Frau Clauss). Diese Distanzierung kann als Lösungsversuch, als Möglichkeit der indirekten Kontrolle oder als Diskriminierung gewertet werden. Bei einer als niedrig beurteilten Einflussnahme auf den Betroffenen und seine Verhaltensbesonderheiten scheinen Angehörige zeitnahe Abklärungen zu erwägen (Eltern: Herr Engel).

In den Daten wird darauf hingewiesen, dass durch diese manchmal als massiv erlebte Distanzierung und die für möglich gehaltene Einflussnahme ein sozialer Rückhalt und die soziale Integrität gefährdet zu sein scheint. Frau Lindemann nimmt die Kontrollmaßnahmen ihrer Eltern als stark selbstwert- und sozialgefährdend wahr. Gerade diese emotionalen Schäden scheinen ein entscheidendes Thema für die Interviewten zu sein. Es kann die Gefahr bestehen, dass Betroffene die Auseinandersetzung von Angehörigen als Ablehnung werten. Frau Lindemann fühlt sich als Kind aufgrund ihrer Besonderheit als Außenseiterin in der Familie und nimmt sich als Person wenig akzeptiert wahr: *„weil ich ja immer diejenige war, die Auß- Außenseiterin war, alle fünf gegen mich hatte, also Eltern und die drei Geschwister“* (Seite 19). Auch Frau Clauss beurteilt die als massiv und abwertend erlebte Distanzierung bei Wasch- und Reinigungsritualen als Zurückweisung und Ablehnung. Hilfe und Unterstützung zur Abklärung des erlebten Phänomens werden negiert, auch wenn Kenntnisse des Partners vorhanden sind:

„Aber mein Mann der,.. der war so gemein zu mir, also mein Mann hat Medizin studiert und der hat ja auch Ahnung gehabt und wenn i zu ihm gesagt hab, ja, du gerade musst die Ahnung haben. Da meinte er,.. ich bin Internist und kein Psychiater, lass mich damit in Ruhe, net. Das hat mir immer so weh getan, dass er mir überhaupt net irgendwie mir einen Rat gegeben hat, was ich machen kann, wo i hingehen kann, dass er ma.. er hät doch die besten Möglichkeiten gehabt, unter Kollegen zu fragen... was wär (??) schon... völlig egal, friss oder stirb, ne“ (Seite 10).

Als weiterer, nahe liegender Lösungsversuch wird ein Nachgeben bzw. Hineinziehenlassen in die Rituale bei Alltagsabläufen, insbesondere bei Partnern, beobachtet (Partner: Frau Kalweit und Frau Menzel). Bei einer niedrigen Toleranzschwelle scheint eine größere Gefährdung vorzuliegen, dem Einbeziehen in das Phänomenverhalten nachzugeben, wobei als Motiv Hilfestellung und Unterstützung für die Betroffenen gewertet werden kann. Frau Menzel schildert ein entgegengebrachtes Verständnis durch ihren Partner für ihre Hilfebedürftigkeit und seine Unterstützung zur Leidenslinderung. Dieser übernimmt Rückversicherungen bei Kontrollritualen und akzeptiert auch ei-

gene persönliche Einschränkungen, wie Wechseln der Kleidung bei Eintritt in die gemeinsame Wohnung, und Beeinträchtigungen in der sozialen Integrität, wie fehlende Besuche von Freunden in die eigene Wohnung. Frau Menzel illustriert:

„In dem Moment kommt mein Mann rein. Was hast du denn gemacht? Ganz normal. Da bin ich ausgerastet. Ich hab den angeschrieen (lang gesprochen)... ich bin da bestimmt nicht stolz drauf, aber ich will Ihnen nur mal sagen, da war ich voll in dem Zwang, wie das abgegangen ist. Ich hab ihn titulierte mit... du faules Schwein, also Entschuldigung, wenn ich das so sagen muss, Arschloch, ich ich weiß nicht, was ich da alles noch zu ihm gesagt hab, die zwei fallen mir noch ein. Ich hab ihm eine gescheuert, er sollte aus der Küche gehen, er sollte mich in Ruhe lassen.... Der war total am Ende, das können Sie sich gar nicht vorstellen ne. Er ist dann rausgegangen, aber er kam 5 Minuten später wieder, er wollte mir helfen, aber in dem Moment, wo er wieder kam, hat mich das so nur aufgeregt und ich hab ihn wieder so angeschrieen.“ (Seite 16f.).

Aus der retrospektiven Sicht betonen einige Betroffene, dass beide Umgangsweisen naher Bezugspersonen, sowohl Verständnis und Eingehen auf das Phänomen, aber auch aggressive Distanzierung die weitere Entwicklung des Zwangsphänomens eher noch gefördert haben:

„Also ich hab so das Gefühl, er hat... mit seiner Härte und mit seiner Methode des alles noch schlimmer gemacht, ne... Weil er, weil er mich nicht verstehen wollte, sondern er wollte mich nur niedermachen“ (Frau Clauss:14).

„Weil sämtliche Diskussionen, säm sämtliche Hilfe anbieten, das bringt's einfach nicht. Weil (betont) es eskaliert immer mehr, es wird immer schlimmer.“ (Frau Menzel:17).

Häufig erst bei deutlicher Beeinträchtigung des familiären Lebens werden die Eltern von sich aus aktiv und leiten eine medizinische Hilfesuche ein, wobei die Aushandlung zwischen den Betroffenen und Partnern dazu führt, dass Betroffene selbst aktiv werden.

Bezugspersonen scheinen als Außenstehende und als Mitbetroffene nahe liegende Lösungsversuche, wie Distanzierung oder Hilfestellung durch ein Nachgeben und Hineinziehenlassen, zu unternehmen, wobei beide Strategien Deutungsarbeit verzögern, jedoch mit unterschiedlichen sozialen Schäden für alle Beteiligten verbunden sein können. Erst wenn Grenzen der Einflussnahme akzeptiert werden und ein enges Normalitätskonzept vorliegt, wird umgehend medizinische Hilfe gesucht.

7.4.1.3 Das ist ein Zwangsproblem – „es gab hier Mord und Totschlag“; „wussten sich überhaupt nicht zu helfen“

Aus Sicht der Betroffenen kommt es zur steigenden oder auch bis zur abrupten Zuspitzung des Belastungserlebens in Familie und Partnerschaft und zu einer zunehmenden Involvierung von Bezugspersonen. Die bisherigen Lösungswege und Deutungsmuster der Angehörigen scheinen zu versagen (vgl. Kapitel 7.4.1.1 und 7.4.1.2); innerfamiliär kann ein Umgang mit dem Betroffenen zusehends entgleiten. Die Bezugspersonen scheinen dem Kontrollverlust machtlos ausgeliefert zu sein und erst wenn Hilfebedürftigkeit eingestanden wird, kann weitere Deutungsarbeit ausgelöst werden, die zur medizinischen Hilfesuche führt; dieses kann für die Betroffenen direkt ersichtlich sein oder wird erst retrospektiv erschlossen.

Scheitern drastischer Einflussnahme

Nach weiterer Entwicklung und Sichtbarwerden des Phänomenverhaltens gelingt es einzelnen Bezugspersonen, diese Veränderungen ihrer betroffenen Kinder als krankhaft einzuordnen und suchen medizinische Hilfe auf; die Eltern von Herrn Engel nehmen z. B. zeitnah zunehmende Wasch- und Reinigungsrituale wahr (vgl. Kapitel 7.4.1.2).

Andere Bezugspersonen registrieren Schwierigkeiten z. B. bei der Ausbildung ohne differenzierte Aushandlung des Hintergrundes. Frau Gröne beschreibt, dass sich während ihres freiwilligen sozialen Jahres Waschroutinen massiv entwickeln und erwartet innerfamiliäre Hilfe, ohne sich der Mutter detailliert öffnen zu können: *„ich weiß ich bin dann am Wochenende mal nach Hause gefahren und hab hier geheult Rotz und Wasser, „ich will da nicht mehr zurück“ und ähm „ich schaff das alles nicht““* (Seite 2).

Häufig nehmen Angehörige das veränderte Erleben ihrer betroffenen Kinder erst dann ernst, wenn es zu massiven Beeinträchtigungen im gemeinsamen Lebensalltag kommt. Hier scheint sich ein inneres und äußeres Dilemma zu entwickeln, wie es besonders in dem Zitat von Frau Lindemann geäußert wird:

„Dass das ganz schlimm war, als Kind zu merken, man ist anders als die anderen, man wird nicht so akzeptiert, es kommt ständig Gegenwind, ähm nach dem Motto „wa wa warum wäscht du dich so lange“, „warum ekelst du dich vor Käse, stell dich nicht dich nicht so an“. Das habe ich ganz häufig gehört: „Stell dich nicht so an“. Und ähm und ich merkte immer, ich konnt ja nicht anders und dann hab ich ganz viel selbst probiert, also ich hab dann mir ne Dreckig-Sauber-Regelung geschaffen als Kind (...) ähm alles was ich mir überlegt hab, um da irgendwie ne ne Lösung zu finden, hat immer letzen Endes nicht geklappt.“ (Seite 7).

Auch retrospektiv verdeutlicht die Interviewte dieses noch mal in ihrer Erfahrung mit Mitbetroffenen:

„Von allen anderen war ich ja gewöhnt, dass sie so „oh Gott, was machst du denn, ist ja völlig bescheuert, hör doch einfach auf damit“ ne, so ne typische Reaktion. Und von denen kam diese Reaktion nicht, sondern „ja okay, so ist das halt“ ne, also ist mir bekannt und das war so eigentlich das erste Aha-Erlebnis. Und das zweite Aha-Erlebnis war, dass ich erstmals ähm ähm Leidensgenossen hatte, die auch genau wussten, wovon ich spreche und wo einfach ja, auch ne Empathie da war, die ich sonst auch überhaupt nicht kennen gelernt hab. Also es war ja sonst immer Kampf gegen andere. Und da musste ich auf einmal gar nicht mehr kämpfen.“ (Seite 4).

Bezugspersonen bemerken ein zunehmendes Scheitern ihrer Lösungsversuche. Sowohl ihre Bemühungen, Hilfe und Unterstützung zu leisten, als auch deutliche Distanzierungen scheinen nicht zum Erfolg zu führen und verdeutlichen Grenzen; Kontrolle sowie Toleranz gegenüber dem Zwangsphänomen schlagen fehl. Die Angehörigen, insbesondere die Eltern, müssen sich aus Betroffenen­sicht oft eher erzwungenermaßen eingestehen, dass ihre Einflussnahme scheitert und die Gesamtsituation unkontrollierbarer wird; die Betroffenen beobachten direkt oder vermuten erst retrospektiv Hilflosigkeit. Zum Kontrollerhalt werden offene Aggressionen in einer Eskalationsspirale berichtet, wobei die massiven verbalen Auseinandersetzungen von beiden Seiten ausgehen können. Frau Lindemann und Frau Clauss schildern bei ihren Waschroutinen von drastischen Kontrollmaßnahmen der Eltern bzw. des Partners, wie Wasserabstellen und bei Ekelgefühlen vor Käse vom erzwungenen Käseessen, welches sie als persönliche und soziale Schädigung ihrer Integrität erleben:

„Wenn dann ständig auch noch eben Vorwürfe und Streit kommt und und meine Eltern haben dann manchmal das Wasser abgestellt oder meine Mutter hat mir einmal Käse zwanghaft in den Mund gestopft, weil ich das dann essen sollte und das ist natürlich genau das falsche ne. Und das führte dann dazu noch mehr Hass, noch mehr Zwänge und... das war nicht gut.“ (Frau Lindemann:9).

„Und dann war ich, war ich sogar beim Duschen, net,.. auf einmal hat er Wasser ausgeschaltet, hab i da im Kalten gestanden und... Als er weg war, da hab i gedacht... du kannst mich, jetzt dusch ich, so lang ich will oder so, net, also. Ich hab dann so richtig in meiner Wut, so oft, so, sogar absichtlich das Wasser laufen lassen, einfach aus Wut, weil er mir des jetzt verboten hat, oder so.“ (Frau Clauss:14).

Die Eskalation gegenüber dem Kind kann zu professioneller Hilfesuche führen, wie von Frau Menzel berichtet:

„Der [Sohn] war ja damals 12, dass ich ihn immer so von mir gestoßen habe, weil der hatte mit mit 11 glaube ich, hatte er mal Kopfläuse äh sich aus der Schule mitgebracht und äh, ja das war natürlich für mich die Hölle pur. Und von da ab konnte ich den einfach nicht mehr ertragen und dann hab ich den, ja ich hab ja geschrie-

en, wenn der nur in meine Nähe kam. Und das war natürlich mit der Hauptgrund, weshalb ich gesagt hab, das mache ich jetzt [Klinikaufenthalt], also das muss ich jetzt machen ja.“ (Seite 4).

Exemplarisch stelle ich die massive Beziehungs- und Phänomendynamik bei Distanzierung (Frau Lindemann, Frau Gröne), jedoch auch bei Hilfeleistung (Frau Menzel) dar:

„Bei meiner Mutter, wenn ich das so gesehen hab, hat das zu richtigen Hasstiraden meinerseits auch geführt und ähm die durften mich dann nicht anfassen, wenn sie Käse gegessen hatten, dann hab ich mich gewaschen, meine Sachen in die Wäsche getan, sie durften mein Zimmer nicht betreten, dort nichts anfassen, ähm, ich hab alles nachher gewaschen“ (Frau Lindemann:1).

„Es gab hier Mord und Totschlag, also nicht wir haben uns nicht geprügelt, aber wir haben uns gezofft bis zum Gehnichts mehr“ (Frau Gröne:7).

„Also das war so ne Phase, in dem Moment kommt mein Mann rein. Was hast du denn gemacht? Ganz normal. Da bin ich ausgerastet. Ich hab den angeschrien (lang gesprochen) (...) Ich hab ihm eine gescheuert, er sollte aus der Küche gehen, er sollte mich in Ruhe lassen.... Der war total am Ende“ (Frau Menzel:16).

Diese Beziehungsdynamik resümiert Frau Lindemann als Machtverschiebung, die im Hilflosigkeitserleben ihrer Eltern mündet und pointiert die soziale Problematik:

„Also ich hab schon versucht auch als Kind mh das irgendwie selbst zu beeinflussen, also versucht das zu regeln und irgendwie ähm meinen Willen durchzusetzen, weil ich n sehr starken Willen hab und das hat ja auch dazu geführt, dass meine Eltern irgendwann aufgegeben haben, weil die konnten nicht gegen mich an. Und das äh war auf der anderen Seite natürlich auch nicht gut, weil sie hätten mir mehr Grenzen setzen müssen“ (Seite 10).

„Weil ich möchte nicht, dass mein Kind das erlebt, was ich erlebt hab und ich möchte auch nicht das erleben, was meine Eltern erleben mussten“ (Seite 13).

Auch betroffene Geschwisterkinder benennen diese Eskalationen retrospektiv als Terrorisierung der Familie, die die Einordnungsunsicherheit zu unterstreichen scheint: *„Seit meine Eltern tot sind, hat er mir schon nen paar Mal vorgeworfen (...) dass ich die Familie so terrorisiert hätte, denn ich hätt das alles erfunden.“* (Herr Friedrich:9).

Frau Lindemann verdeutlicht ihre Erfahrung ihres Verletztseins aus ihrer retrospektiven Sicht:

„Und ge- also geprägt auch auf jeden Fall in meinem Empfinden und in den Erlebnissen, die ich gehabt habe ne, also wenn man jahrelang so schlimmen Streit gehabt hat in der Familie und ähm sich immer so extrem als Außenseiter gefühlt hat, was ja durch die Zwänge ja dann ganz extrem eigentlich erst ähm ermöglicht wurde ja, weil die Zwänge mich auch an den Rand gebracht haben, da war sicherlich vorher schon was, aber die Zwänge haben es eigentlich erst so auf die Spitze getrieben und das hat Narben hinterlassen und das merk ich manchmal“ (Frau Lindemann:26f.).

Nicht alle Eltern scheinen offen mit der medizinischen Zwangseinordnung gegenüber dem betroffenen Kind umzugehen. Eine Auseinandersetzung seines Vaters mit der Zwangserkrankung konnte Herr Friedrich nur aus der Beobachtung vermuten, eine gemeinsame Klärung findet nicht statt:

„Ja, wann ist des, des erste Mal dieses Wort „Zwang“ gefallen is, weiß ich ehrlich gesagt gar nich. Doch, mein Vater, der hat mal so'n Buch gekauft, das hab ich auch irgendwo noch, aber ich weiß net mehr, wo... Es ging um so Zwangsneurosen.. und des hab ich nun durch Zufall, hab ich es bei meinem Vater liegen sehn, das Buch, ja, genau. Aber ich konnt damit irgendwie nichts Richtiges anfangen, net.“ (Seite 4).

Verantwortungsabgabe an Dritte

Eine Verantwortungsabgabe der Eltern an Dritte, wie an Betreuungspersonen während Heimaufenthalten, kann als Hinweis gewertet werden, dass

eine Überforderung, auch Hilflosigkeit und kein schlüssiges Einordnungs- und Handlungskonzept vorliegt, wie Herr Friedrich vermutet⁷¹:

„Ja.. und da haben se mir.. keinen Gefallen getan die Eltern. Wobei, das lag vielleicht auch da dran, dass, dass.. Vater extrem beschäftigt war und.. die Mutter war ein bisschen überfordert mit mir.. gell, ich sag jetzt mal so im Nachhinein,... und da... haben sie vielleicht doch gedacht, vielleicht es ist doch besser,... wenn das jemand anders übernimmt, gelle“ (Seite 12).

Jedoch bezieht Herr Heinemann seinen Internatsaufenthalt auf Kriegereignisse, während seine Eltern nur bei Verwandten unterkommen können.

Angehörige haben in einem Spannungsfeld als Außenstehende und als Mitbetroffene bedeutenden Einfluss auf die Deutungsarbeit. Erst bei einem Scheitern der Einflussnahme und eingestandener Hilfebedürftigkeit leiten Eltern medizinische Suchbewegungen ein, Partner regen dagegen eher Selbstreflexionen an, die zur medizinischen Abklärung führen (vgl. Kapitel 7.5). Wenn das Phänomenerleben nicht in der Familie wahrgenommen und von den Kindern auch nicht mitgeteilt wird, können die betroffenen Kinder und Jugendlichen mit ihrem Leiden unentdeckt bleiben.

7.4.2 Deutungserschwernisse

Deutungserschwernisse verstehe ich als eine Reihe von Faktoren, die Interviewte der Situation zuschreiben, in welcher der Phänomenbeginn von Bezugspersonen nicht erkannt wird und damit im Deutungsrahmen von ‚Normalität‘ verbleiben kann.

⁷¹ In der Forschergruppe wird zudem die Interpretation diskutiert, in wieweit es auch Erziehungsprobleme bzw. Probleme in der Beziehung zwischen Eltern und Kindern gibt, wohingegen jedoch das Familiensystem und das Gesundheitssystem dieses als Krankheitsbild festgelegt haben.

7.4.2.1 Das ist normal – „Alltagsdinge, die dadrüber lagen“; „wollte es aber auch n bisschen bedeckt halten“

Die Zuschreibung sozio-ökonomischer Lebensumstände, das Verdecken eigener Phänomentendenzen und die Beziehungsvorgeschichte können die Deutungsarbeit auf Seiten der Bezugspersonen und der Betroffenen verzögern. Diese Aspekte können im Einzelfall parallel auftreten und schließen sich nicht aus.

Anderes im ‚Fokus‘ haben – Zuschreibung sozio-ökonomischer Lebensumstände

Wenn Bezugspersonen infolge spezifischer Lebensumstände mit anderen Problemen und Schwierigkeiten konfrontiert sind, kann es für sie erschwert sein, die anfänglichen Veränderungen Betroffener wahrzunehmen und darauf zu reagieren. Überforderung aufgrund zeitweiser Alleinerziehung des betroffenen Kindes (Mutter: Herr Bischoff), schwierige finanzielle Verhältnisse (Eltern: Herr Bischoff), jahrelange Erkrankung eines Elternteils (Vater: Herr Bischoff, Vater: Herr Isenberg) und Berufstätigkeit der Mutter (Herr Bischoff) können verhindern, dass genügend Aufmerksamkeit für die Situation des betroffenen Kindes aufgebracht werden kann. Illustrierend berichtet Herr Bischoff:

D: „Und hatten ihre Eltern schon gemerkt, dass da was anders ist?“

B: „Ja, das Gefühl hatten sie,... aber da war eben nicht die Gelegenheit dazu, was zu machen,.. weil... zu der Zeit, als es aufkam... die Erkenntnis, dass da irgendwas nicht ganz so ist, wie bei andern..., äh,.. da.. war mein Vater halt erst krank, und dann ist er wieder zur See gefahren und dann waren halt andere, Alltagsdinge, die dadrüber lagen, die einfach nicht die Zeit hergaben. Zu der Zeit gab's noch ein paar Jahre, wo meine Eltern von Sozialhilfe gelebt haben mit mir.. wo einfach auch das Geld nicht zur Verfügung stand, irgendwelche tollen Aktionen zu starten deswegen.“ (Seite 18).

Die Alkoholerkrankung eines Elternteils (Herr Isenberg:16) kann das Ernstnehmen von Verhaltensänderungen maskieren:

D: „Mh und so Ihre Eltern, wie haben die so darauf reagiert?“

I: „Ja mein Vater hatte also gar kein Verständnis, weil der war wirklich immer nur besoffen“.

Verdecken eigener Phänomentendenzen

Eltern können eigene Phänomentendenzen, wie eine gewisse Zwanghaftigkeit oder auch deutliche Zwangsrituale, wie eigene Waschwänge, vor anderen nicht zugeben und daher womöglich auf bemerkte Verhaltensähnlichkeiten betroffener Kinder nicht reagieren, obwohl Betroffene ihnen am ehesten ein Verständnis und auch Erkennen von Veränderungen zutrauen. Herr Bischoff und Herr Isenberg beschreiben, wie sie Grübelprobleme bzw. Waschroutinen bei ihren Eltern annehmen, derjenige Elternteil diese jedoch selbst verheimlicht:

„Mein Vater ist auch Psychosomatiker, is auch zwanghaft.... Ob er Grübelwänge hat, weiß ich nich, ich kann in seinen Kopf nich reingucken. Er bestreitet es immer, aber sein Verhalten ist manchmal verdächtig,... weiß es nich.“ (Herr Bischoff:10).

„Und meine Mutter erkannte es in Führungsstrichen, wollte es aber auch n bisschen bedeckt halten, obwohl ich hab das auch öfter gesehen, wie sie dann Sachen in Kleiderschrank einge-.. einsortiert hat, dann immer (husten) wieder den selben Pullover raus, dann geguckt ob er vielleicht nicht irgendwo, weiß ich nicht, n Haar irgendwie von der Wäsche noch drin ist oder ne ne Fluse oder so und dann den selben Pullover wieder rein, das ganze 6, 7 Mal.“ (Herr Isenberg:16).

Beziehungsvorgeschichte

Die Öffnungsbereitschaft Betroffener scheint sowohl bei guter als auch ge-

störter Beziehungsqualität vor Phänomenanfang schwierig zu sein, so dass die Deutungsarbeit Angehöriger verzögert stattfinden kann. Reaktionen, wie Unverständnis oder Distanzierung, scheinen beim ersten Wahrnehmen im Vordergrund zu stehen, was die Erwartung Betroffener bestätigen kann; Herr Bischoff verdeutlicht dieses, indem er berichtet:

„Und meinen Eltern gegenüber hab ich da auch nich mit drüber sprechen können, weil mein Vater is derjenige, von dem ich glaube, von dem ich am ehesten die Veranlagung habe, und meine Mutter hat's nich verstanden.“ (Herr Bischoff:14).

Die Diskrepanz zwischen einer als unbeschwert empfundenen Kindheit (Frau Kalweit) und dem erlittenen Vertrauensverlust bleibt in den Daten offen und oft auch für Betroffene ungeklärt. Manchmal wird sogar Hilfe und Unterstützung zur Abklärung verwehrt; so schildert Frau Clauss:

„Er hätt doch die besten Möglichkeiten gehabt, unter Kollegen zu fragen... was wär (??) schon... völlig egal, friss oder stirb, ne... Hauptsache eben,.. man is jeden Tag.. ähm, ja, Hauptsache er hat genug Sex gehabt, dann war das OK, ne. Aber wehe nich, dann hat er rumge.. brüllt, oder herumgetobt, oder sonst was, ne“ (Seite 10).

Eine spannungsreiche Beziehungsqualität, die als deutlich vom Phänomengeschehen beeinflusst erlebt wird, kann die soziale Integrität schädigen, einer aggressiven Distanzierung und kränkenden Abwertungen von Seiten der Bezugspersonen Vorschub leisten und letztlich Deutungsarbeit gefährden. Exemplarisch äußert sich Frau Clauss:

„Ich hätte... wie soll ich sagen,... wär wahrscheinlich mit meinem Mann bis zum Ende gegangen, obwohl er eigentlich... n, n fieser Kerl is, immer so fies zu mir gewesen, also immer hat er mich schon... gedemütigt und... als verrückt bezeichnet und sonst was ne“ (Seite 5).

7.4.3 Reaktionen Dritter

Verhaltensbesonderheiten sind im weiteren Verlauf auch in der Öffentlichkeit von den Interviewten nicht mehr zu verstecken und werden offensichtlich.

7.4.3.1 Das ist ein Problem – „*nich als der, äh, derjenige der mit Dachschaden dasteht*“; „*die haben alle gelacht*“

Ab einem gewissen Ausmaß wird das Phänomenverhalten der Betroffenen, wie Waschrituale, Ordnungsliebe, Pünktlichkeitsprobleme, Kontrollbedürfnisse sowie allgemeine Verhaltensauffälligkeiten im Kindergarten (Herr Bischoff), in der Schule (Herr Bischoff, Herr Heinemann) oder in der Öffentlichkeit (Herr Friedrich, Herr Isenberg) auffällig und scheint die Deutungsarbeit eher zu verzögern.

Toleranz versus Diskriminierung

Betroffene (Herr Bischoff, Frau Lindemann, Herr Isenberg) berichten, dass Phänomenanfänge in der Schule erkennbar werden, wobei jedoch weder seitens der Lehrkräfte Nachfragen erfolgen, noch sich die betroffenen Kinder anvertrauen. Ein Ignorieren, ein Scheitern der Einflussnahme, wenn ein „*Sanktionspotential des Lehrers zu Ende ist*“ (Herr Bischoff:13) und eine Toleranz mit selbstwertstärkenden Reaktionen von Mitschülern: „*und die Klasse, die fand so, nach dem Motto: rebellisch, äh.. kümmert sich nich um Autorität ähm, fanden es cool irgendwie, selbstbewusst... so.. haben sie es halt aufgenommen*“ (Herr Bischoff:14). Jedoch erleben Betroffene auch Diskriminierungserfahrungen: „*und äh... ins lächerliche gezogen*“ (Herr Heinemann:8) und „*die haben alle gelacht und so*“ (Herr Isenberg:11) oder antizipieren diese: „*wollte halt auch nich als der, äh, derjenige der mit Dachschaden dasteht,*

sag ich mal“ (Herr Bischoff:14) und *„die hätten da gesagt, du spinnst oder so“* (Herr Isenberg:34) (vgl. Kapitel 7.2.3.1). Einige scheinen eine *„Außenseiterrolle“* einzunehmen (Herr Bischoff:14, auch Herr Engel).

Erste Hinweise von Erziehern im Kindergarten, *„der is verhaltensgestört“* (Seite 18), werden von Bezugspersonen *„nich weiter..... wirklich verfolgt“* (Seite 19), wie von Herrn Bischoff berichtet.

Als erste Reaktionen bei Freunden kann ein Unverständnis (Frau Clauss) und später eher ein Akzeptieren ohne Verstehen (Frau Clauss, Frau Lindemann, Frau Niehoff) erfolgen, dagegen antizipieren andere Interviewte (Herr Isenberg) das Unverständnis Außenstehender:

„Obwohl sie's nicht so richtig nachvollziehen konnten, haben sie es aber akzeptiert ne. Und haben sich auch nen bisschen darauf eingestellt, wenn ich dann meine Zwänge hat hatte äh und das rechne ich denen echt hoch an“ (Frau Lindemann:10).

„Das glaubt man gar nicht. Das ist so was von... das kann man gar nicht beschreiben, n Mensch der das nicht kennt, der wird sagen „hör doch auf, lass mal alle fünf gerade sein, warum machst Du das, das ist doch Nonsens“ Man kommt halt nicht raus aus dieser Situation. Das ist das Problem.“ (Herr Isenberg:11).

Stigmatisierungsangst scheint fremdinitiierte Deutungsarbeit eher zu unterbinden, um den Schutz der sozialen Integrität zu vorderst zu ermöglichen.

7.4.3.2 Das ist ein Zwangsproblem – *„guck mal der Buckelige“*; *„die Polizei gerufen“*

Bei einem Kontrollverlust kann es zu eklatanten Missverständnissen in der Öffentlichkeit kommen, die die soziale Integrität gefährden und Stigmatisierungserleben begünstigen können. Herr Isenberg berichtet von Kontrollritualen seiner Haustür und Herr Friedrich von sozialen Konflikten angesichts Kontrollierens von Autotüren und Fensterscheiben, die einen Polizeiruf auslösen:

„Da kamen auch so Sprüche, weil ich halt so groß bin, immer so auf die Erde geguckt habe, weil ich mich auch geschämt habe, wie „Quasi Modo“, „guck mal der Buckelige“ und so was alles ne. Und das ging natürlich auf die Seele, total. Da kamen die Depressionen noch dabei und so und das war schon unheimlich heftig.“ (Herr Isenberg:11).

„Und... da haben halt die Leute das [Kontrollieren von Fenstern und Autotüren] gesehen, die Polizei gerufen oder einer mal nen Schäfer- oder son Kampfhund da, auf mich losgelassen. Weil der da gedacht haben, ah, ich will da einbrechen, oder irgendwas auskundschaften... zum Schluss ist es irgendwie,... ist es dann außer Kontrolle geraten.“ (Herr Friedrich:6).

Stigmatisierungsängste scheinen von den Betroffenen höher bewertet zu werden als die erlebten Diskriminierungserfahrungen (Frau Kalweit, Herr Bischoff), was Veröffentlichungsbereitschaft und weitere Deutungsarbeit, insbesondere medizinische Abklärungsbemühungen, zu erschweren scheinen (vgl. Kapitel 7.5.2.1).

7.5 Rolle des medizinischen Hilfesystems

Auf die Deutungsarbeit über das erlebte Phänomen hat das medizinische Hilfesystem aus Betroffensicht häufig maßgeblichen Einfluss, dass die Interviewten über vielfältige Wege zu der für sie nachvollziehbaren Zwangsdeutung gelangen. Bei der Rolle des medizinischen Hilfesystems sind die Wahl des ersten Ansprechpartners und die Passung zwischen Betroffenenem und Arzt für die Einordnungsstellung sowie die Nutzung weiterer Deutungsquellen zentrale Faktoren, die im Folgenden beleuchtet werden.

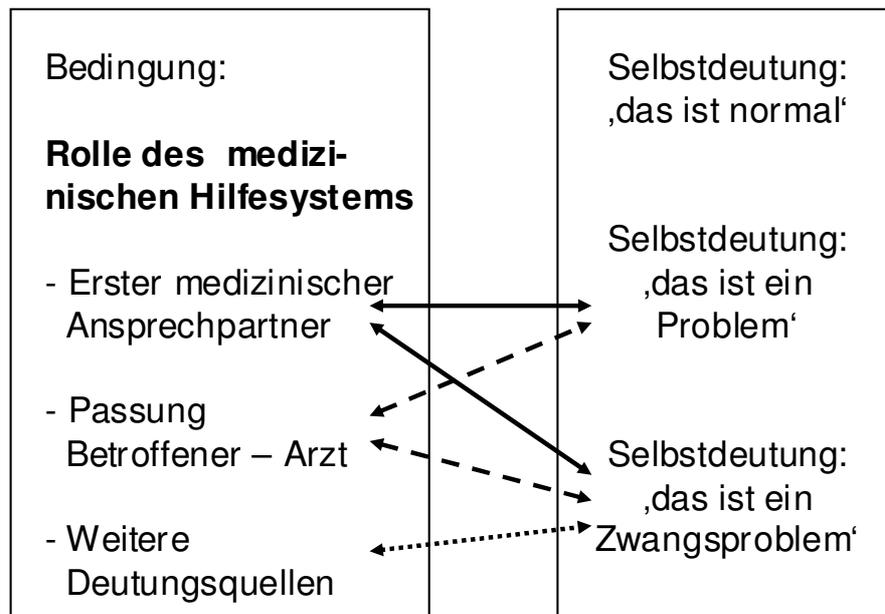


Abbildung 7-6: Rolle des medizinischen Hilfesystems

7.5.1 Erster medizinischer Ansprechpartner

Für die Deutungsarbeit der Betroffenen scheint wichtig zu sein, aus welchen Anlässen sie welche Gesprächspartner im haus- oder fachärztlichen Bereich auswählen, um zu einer für sie plausiblen Deutung zu gelangen.

7.5.1.1 Das ist ein Problem – „*Sehstörungen und war dann beim Augenarzt*“; „*nicht mehr klarzukommen*“

Vielfältige Anlässe, mit denen sich die Betroffenen an das medizinische Hilfesystem wenden, und die Entscheidung für einen ersten Ansprechpartner beeinflussen die Deutungsarbeit der Interviewten.

Vielfältige Anlässe für die erste medizinische Kontaktaufnahme

Eine Reihe von Anlässen wird von den Betroffenen benannt, die sie bewegen, selbst aktiv medizinische Hilfe zu konsultieren. Auffallend ist, dass die hier Interviewten eher eigen- als fremdmotiviert diese Hilfe in Anspruch nehmen; die selbstinitiierte Hilfesuche anstatt einer Vermittlung oder sogar Druckausübung durch das soziale Umfeld scheint im Vordergrund zu stehen. Es zeigt sich zudem in den Daten, dass die meisten Betroffenen erst passiv-abwartend mit ihren Phänomenanfängen umgehen, als dass sie frühzeitig medizinische Hilfe suchen. Die Interviewten nehmen nicht sofort beim ersten Wahrnehmen von Veränderungen Hilfe in Anspruch, sondern warten solange ab, bis eine subjektive Belastung entsteht. Wenn bisherige eigene Deutungs- und Lösungsversuche scheitern (vgl. Kapitel 7.2.3 und 7.3.2.3), das Phänomenverhalten sich weiterentwickelt (vgl. Kapitel 7.1.1.3) oder auch soziale Konflikte auftreten (vgl. Kapitel 7.4.1.2), kann die Definition eigener Behandlungs- bzw. Hilfebedürftigkeit mit entsprechender Handlungskonsequenz gelingen.

Entsprechend der Erscheinungsvielfalt des Zwangsphänomens berichten Betroffene von sehr verschiedenen konkreten Anlässen, mit denen sie sich gerade zu diesem Zeitpunkt an medizinische Hilfe wenden: ausweitende Hygienerituale (Frau Gröne, Frau Menzel, Eltern: Herr Engel und Frau Lindemann), Kontrollrituale (Frau Kalweit, Frau Niehoff, Herr Friedrich, Herr Isenberg) und meist erst mit einhergehenden Problemen in wichtigen Lebensbereichen, wie bei leistungsbezogenen Anforderungen in der Ausbildungs- und Berufsperspektive (Herr Anschütz, Frau Gröne, Herr Heinemann, Frau Kalweit), sowie bei psychosozialen Anforderungen in Konflikten mit Kollegen (Herr Bischoff) oder in Ehekonflikten (Frau Clauss) (vgl. Kapitel 7.3.1.2). Begleitend auftretende psychische Probleme, wie z. B. depressive Verstimmungen (Herr Isenberg, Frau Menzel), und somatische Probleme, wie u. a. Magen-Darm-Erkrankungen, Neurodermitis und Zähneknirschen (Herr Bischoff), Sehstörungen (Herr Heinemann), labiler Bluthochdruck (Herr Anschütz) werden von den Betroffenen vordergründig wahrgenommen und vielleicht auch

wegen der für sie selbst und nach außen hin greifbaren und akzeptierbaren Beschwerden dem medizinischen Hilfesystem mitgeteilt; parallel auftretende Grübel-, Hygiene- bzw. Kontrollprobleme werden hingegen noch verschwiegen bzw. als nicht mitteilbar bewertet (vgl. Kapitel 7.2.3.1). Vage und ungenaue Beschreibungen für das eigene Erleben, wie „*dass man da allein nicht mit klar kommt*“ (Herr Bischoff:19f.) oder „*dass da irgendwas nicht in Ordnung ist*“ (Herr Heinemann:2), können ebenso bei den Betroffenen Deutungsarbeit auslösen und das Aufsuchen ärztlicher Hilfe in Erwägung ziehen lassen. Auffällig ist, dass bei der Entscheidung, sich an einen Arzt zu wenden, Bezugspersonen wenig zu Rate gezogen werden (vgl. Kapitel 7.4.1.2).

Diese vielfältigen Anlässe und die sich oft schwierig zu gestaltende Beschwerdemitteilung im medizinischen Hilfesystem, was in Kapitel 7.5.1.1 dargelegt wird, scheinen eindeutige medizinische Diagnose- und Behandlungsbemühungen zu erschweren.

Facharzt versus Hausarzt

Die Auswahl des ersten medizinischen Ansprechpartners kann bei den Betroffenen oder deren Eltern durch die Gestalt des anfänglichen Phänomenverhaltens, jedoch auch von bisherigen Erfahrungen und damit verbundenen Erwartungen an das medizinische Hilfesystem beeinflusst sein. Die hier Interviewten oder auch deren enge Bezugspersonen werten psychiatrisch-neurologische Fachärzte (Frau Gröne, Eltern: Frau Lindemann, Herr Isenberg, Herr Bischoff, Frau Clauss) als auch Psychologen (Frau Niehoff) als erste kompetente Ansprechpartner. Der Hausarzt scheint nur eine untergeordnete Rolle zu spielen; nur Frau Menzel und die Eltern von Herrn Engel nennen diesen als ersten Gesprächspartner. Bei Herrn Anschütz ist die erste Ansprechperson ein Berufsberater, der selbst Psychologe ist.

Begleitende somatische Probleme können eher in den Fokus der Betroffenen und Ärzte anderer Fachrichtungen geraten: Internist (Herr Anschütz, Herr

Bischoff), Hautarzt (Herr Bischoff), Kiefernorthopäde (Herr Bischoff) oder Augenarzt (Herr Heinemann). Dem Vater von Herrn Heinemann wird aufgrund der Sehstörungen seines Sohnes eine neurochirurgische Abklärung empfohlen; seine beginnenden Grübelprobleme kann Herr Heinemann jedoch weder seinem Vater noch im medizinischen Hilfesystem direkt und offen mitteilen:

D: „Und wann wurde das so erkannt, dass es sich um Zwänge handelt?“

H: „Das wurde eigentlich, das wurde eigentlich nie erkannt. Ähm, ich bekam ähm in den oberen Klassen Sehstörungen und war dann beim Augenarzt, und äh, das ist dann, äh, äh, auf, äh, auf ne Neuritis oder so was zurückgeführt worden. Ähm, dass es, äh, dass es äh, so was gibt, als Krankheitsbild, das hab ich erst nach dem Abitur erfahren.“ (Seite 2).

Betroffene erwarten infolge der Gestalt des für sie skurrilen und als schwer fassbar erlebten Phänomens Hilfe gerade im psychiatrischen Hilfesystem.

Dauer bis zum ersten medizinischen Kontakt

Der Zeitraum vom Eintritt bemerkter Verhaltensbesonderheiten bis zum ersten Kontakt zum medizinischen Hilfesystem variiert bei den Interviewten von mehreren Wochen bis zu mehreren Jahren.

7.5.1.2 Das ist ein Zwangsproblem – „*hatte Verseuchungsängste*“; „*inner diffusen äh äh Was-ist-das-Sache*“

Mit dem weiteren Verlauf scheint die Notwendigkeit einer medizinischen Kontaktaufnahme und die Auswahl eines subjektiv geeigneten Ansprechpartners die Deutungsarbeit bis zur Zwangseinordnung voranzubringen.

Anlässe bis zum passend erscheinenden Deutungsangebot: das ist ein Zwangsproblem

Die interviewten Betroffenen wenden sich meist erst an das medizinische Hilfesystem in einer als existentiell wahrgenommenen Notlage, die im familiären, jedoch auch zunehmend im außerfamiliären Umfeld erlebt wird (vgl. Kapitel 7.3.1.3 und 7.4.1.3). Häufig erst bei Eingestehen eines Kontrollverlustes im Phänomenverhalten, sogar lebensweltlichen Vorstellungen von Verrücktwerden oder -sein (vgl. Kapitel 7.2.3.1), Scheitern in zentralen Lebensbereichen, insbesondere in angestrebten Ausbildungs- und Berufsplänen (vgl. Kapitel 7.3.1.3) und mit Eingestehen ihrer Hilfebedürftigkeit scheint es Betroffenen zu gelingen, ihre Erlebens- und Verhaltensweisen als Krankheit zu deuten und sich medizinische Hilfe zu suchen. Erst bei einer Instabilität von bedrohlicher Komplexität scheint es für die Betroffenen notwendig zu werden, ein Krankheitskonzept in Erwägung zu ziehen (vgl. Kapitel 7.2.3.1).

Als sich die Gesamtlage bei Frau Menzel zuspitzt und ihr Kind in Kontroll- und Hygienerituale hineingezogen wird, welches eine Vorstellung von Verrücktheit bei ihr auslöst, gelingt es ihr, weitere Abklärungs- und Behandlungsbemühungen zu unternehmen:

„...ja und Hauptgrund, dass ich in die Klinik gegangen bin ist eigentlich mein Sohn gewesen, weil ich ja zu der Zeit ähm, der war ja damals 12, dass ich ihn immer so von mir gestoßen habe, weil der hatte mit mit 11 glaube ich, hatte er mal Kopfläuse äh sich aus der Schule mitgebracht und äh, ja das war natürlich für mich die Hölle pur. Und von da ab konnte ich den einfach nicht mehr ertragen und dann hab ich den, ja ich hab ja geschrien, wenn der nur in meine Nähe kam.“ (Seite 4)

Erst bei einer Handlungsunfähigkeit für Frau Gröne während ihres freiwilligen sozialen Jahres und für Frau Kalweit in ihrer Arbeit als Erzieherin scheint für beide der Definitionsdruck so groß zu werden, dass medizinische Suchbewegungen erfolgen:

„Und ähm ich hatte Verseuchungsängste irgendwie, (...) und ähm ja, also die Situation ist ziemlich schnell gekippt und ich hab das, also, glaube ich, entweder 3

oder maximal 4 Monate da durchgehalten und dann war Ende.“ (Frau Gröne:2f.).

„Aber da hatte ich das Gefühl, ich, ich werde echt verrückt. Da hab ich auch, da bin ich auch krankgeschrieben worden“ (Frau Kalweit:2).

Bei Phänomenbeginn in der Kindheit können die Eltern aufgrund sichtbar werdender Veränderungen medizinische Hilfe aufsuchen, recht frühzeitig (Eltern: Herrn Engel, Vater: Herr Friedrich), jedoch manchmal erst bei als massiv bewertetem Kontrollverlust (Eltern: Frau Lindemann). Häufiger ist jedoch in den Daten zu finden, dass die Angehörigen die Auffälligkeiten nicht wahrnehmen und ihnen von den betroffenen Kindern auch nicht anvertraut werden können (Herr Anschütz, Herr Bischoff, Herr Heinemann, Herr Isenberg, Frau Kalweit; vgl. Kapitel 7.4.1.1).

Facharzt versus Hausarzt als passend erscheinender Deutungsgeber

Als häufigste Variante lässt sich in den Daten finden, dass die Betroffenen erst über Um- oder Irrwege, unterstützt durch das psychiatrische Versorgungssystem, zur passend erscheinenden Einordnung gelangen. Nach als unpassend bewerteten Abklärungs- und Behandlungsversuchen kann die eigene Definitionssuche forciert werden, insbesondere unter Nutzung weiterer, meist medialer Quellen, was ich in Kapitel 7.5.3 darlege. Eine weitere medizinische Definitionssuche erfolgt im psychiatrischen Hilfesystem (Frau Lindemann, Herr Isenberg, Herr Bischoff, Frau Clauss, Frau Niehoff) und psychologischen Hilfesystem (Herr Anschütz), dem als Deutungs- bzw. Diagnosebestätiger eine bedeutsame Rolle zuerkannt wird (Herr Isenberg, Herr Bischoff, Frau Clauss, Frau Niehoff, Frau Menzel, Herr Friedrich); auch hier ist die Kontaktaufnahme überwiegend eigenmotiviert. Stationären psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen kann ebenfalls eine Bedeutung zugesprochen werden (Frau Niehoff, Frau Menzel, Frau Kalweit).

Die Variante einer frühzeitigen Auswahl eines Facharztes, die zu einer zeitnahen Zwangseinordnung führt, zeigt sich seltener (Frau Gröne, Frau Lin-

demann). Dem Hausarzt wird als Diagnosesteller nur eine geringe Bedeutung zugestanden (Eltern: Herr Engel).

Den auffälligsten Einordnungsweg beschreibt Herr Anschütz, der nach 6 bis 7 analytischen Therapien eine Psychologin aufsucht, die ihm zur als passend beurteilten Zwangsdeutung verhilft: *„und als mir eine Verhaltenstherapeutin vor drei Jahren nach drei Stunden, länger war ich gar nicht bei ihr, sagte: „och das ist ein Zwang““* (Seite 2).

Den schnellsten Einordnungsweg erleben die Eltern von Herrn Engel und Frau Lindemann sowie Frau Gröne:

„Äh Anfang '69 haben sie diese Symptome bei unserem Hausarzt damals geschildert und der sagte, das sieht so aus, damals sagte man, so ‚Zwangsneurose‘.“ (Herr Engel:2).

„Bis die überhaupt rausgekriegt haben, was mein Problem ist und wir haben schon viele Ärzte im Bekanntenkreis, unter anderem Neurologen, ähm das hat schon mal ne Weile gedauert“ (Frau Lindemann:2).

„Ja also '88 sind die ja rausgebrochen, hab mehrere Monate inner diffusen äh äh Was-ist-das-Sache und ähm dann zum Neurologen gegangen und dann irgendwann gab's dann den Stempel Zwangsneurose“ (Frau Gröne:27).

Durch das komplexe Wechselspiel zwischen Eingestehen des zunehmenden Kontrollverlustes sowie einer Hilfebedürftigkeit und der manchmal negativen Erfahrungen im psychiatrischen Hilfesystem, was im Kapitel 7.5.2.1 beleuchtet wird, kann eine eigene Definitionssuche gerade auch mittels medialer Quellen forciert, jedoch auch behindert werden. Eine unklare Diagnosestellung und unbefriedigend erlebte Behandlungsversuche können weitere Deutungsarbeit Betroffener eher verzögern. Für die Annahme der Einordnung scheint die direkte und eindeutige Bestätigung durch das fachspezifische Hilfesystem notwendig zu sein.

7.5.2 Passung Betroffener – Arzt

Im Datenmaterial zeigen sich die interpersonelle und die kommunikative Passung von Betroffenen und Mediziner als relevant für die weitere Deutungsarbeit, die im gemeinsamen Dialog hergestellt bzw. ausgehandelt wird. Die interpersonelle und die kommunikative Passung werden von mir als sensible Schlüsselmomente für die Annahme des medizinischen Deutungsangebotes gewertet. Diesem „*erste[n] Schritt*“ (Herr Isenberg:18, auch Frau Niehoff, Frau Menzel) zur medizinischen Hilfesuche schreiben Betroffene zentrale Bedeutung für das Entwickeln eines Krankheits- und Hilfekonzeptes zu. Für das gemeinsame Aushandeln scheint eine als gelungen zu bewertende Kommunikation, wenn sich eine interpersonelle bzw. persönliche und kommunikative bzw. diagnostische Passung einstellen kann, entscheidend zu sein. Unter interpersoneller Passung verstehe ich eine implizit auf emotionaler Ebene ablaufende Arzt-Betroffenen-Interaktion und unter kommunikativer Passung eine Interaktion, die explizit auf Sach- bzw. Informationsebene abläuft. Bei ihren Abklärungsbemühungen erhalten die Betroffenen oftmals vielfältige medizinische Deutungsangebote, bevor sie zu einer für sie plausiblen Einordnung gelangen.

7.5.2.1 Das ist ein Problem – „*wer is kränker, der Arzt oder ich*“; „*zumal er da auch nich richtig gebohrt*“

Die Daten weisen auf die Relevanz von Beziehungsaspekten zwischen Betroffenen und Mediziner hin, die eine kommunikative Passung erst ermöglichen können. Mitentscheidend scheint die Herstellung einer interpersonellen Passung zu sein, damit sich Betroffene hinreichend öffnen können und Ärzte ausreichend Informationen für eine genaue Diagnosestellung erhalten. Die interpersonelle und kommunikative Passung kann jedoch oftmals Gefährdungen unterliegen, was im Folgenden dargelegt wird.

Interpersonelle Passung: Beziehungsstörer

In dem Datenmaterial zeigt sich eine Kommunikationsschwelle, bei der die Betroffenen Bedenken haben, sich im medizinischen Hilfesystem mitzuteilen; hier scheinen lebensweltliche Konzepte von psychiatrischen Erkrankungen (vgl. Kapitel 7.2.3.1) sowie ungenaue Vorstellungen über Kompetenzen von Psychiatern mitzuwirken (Herr Isenberg, Frau Menzel; vgl. Kapitel 7.5.2.2). So berichtet Herr Isenberg, dass er seinem Psychiater Depressionen mitteilt und seine Kontrollrituale aus Diskriminierungsangst verschweigt:

D: „und vorher mochten Sie das Ihrem Arzt auch gar nicht so sagen hm?“

I: „... Ja, also ich hatte total Angst, dass der mich wirklich, weiß ich nicht, irgendwie für total bescheuert erklärt (lachen) oder so ne. Aber dann hat der gesagt, die Störung ist zwar noch nicht so erforscht und noch nicht so bekannt, aber äh es ist nicht so dramatisch wie du immer dachtest.“ (Seite 15).

Häufig scheinen mangelndes Vertrauen, eigene Scham-, auch Schuldgefühle sowie Sorge um die soziale Integrität es zu erschweren, die veränderten Erlebens- und Verhaltensweisen auch fachspezifischer Hilfe mitzuteilen. Gerade diese emotionale Ebene erscheint mir die spätere Einordnungsstellung zu verzögern, da keine hinreichenden Informationen für die gewünschte Interpretation durch das medizinische Hilfesystem zur Verfügung stehen.

Eine gestörte Arzt-Betroffenen-Interaktion wird häufiger benannt, wobei die meisten Interviewten ihre Erfahrungen als Unverständnis, sogar Ablehnung und als Bestätigung ihrer Stigmatisierungsangst werten. Zudem gibt es Hinweise, dass die Veröffentlichungsbereitschaft seitens der Betroffenen als unsicher bis ambivalent zu bezeichnen ist. Betroffenenseitige Erwartungen an Feingefühl, Einbeziehen des Betroffenenbedürfnisses, Geben von Hoffnung und Sicherheit und Respektieren des gemeinsamen Aushandelns eines Krankheits- und Hilfekonzeptes scheinen vermisst zu werden. Die mangelnde Achtsamkeit für das Geäußerte und das nicht explizit Geäußerte der Betroffenen kann eine Vertrauensstärkung im gemeinsamen Dialog erschwe-

ren. Eine ungenügende bzw. fehlende interpersonelle Passung zwischen Betroffenen und Arzt scheint das Gelingen einer gemeinsamen Aushandlung eines Krankheitskonzeptes zu verhindern. Frau Clauss berichtet, dass Partnerschaftsprobleme und nicht ihre Waschroutine Anlass für die regelmäßige Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe geben. Auffallend ist hierbei eine stark negativ gefärbte Beurteilung der psychiatrischen Einordnung ihres Anliegens, die geradezu als Abwertung ihrer Person erlebt wird:

D: „... Wann haben sie sich Hilfe gesucht?“

C: „Ja, erst nach 26 Jahren, ne. Ich hab zwischendurch immer, wenn i mit meinem Mann Streit hatte, dann bin i auch schon mal zum Psychiater gegangen. Was soll der gemacht haben – irgendwelche Beruhigungstabletten gegeben, auf die is mir noch schlechter gegangen, ne. Weil da war i so müde, dass i meinen normalen Haushalt nicht mehr geschafft hab, ne. Die haben mich irgendwie so schlapp gemacht, ne. Ja, also n.. nichts richtiges, sag mal so, dass ich vielleicht alle 5 Jahre mal äh.. an, an Spezialisten aufgesucht habe, wo i aber... absolut ka Hilfe gesehen hab, sondern der hat mich nur ein bisschen eingedämpft und sagt, na gut, die spinnt halt und... wolln wir sie nen bisschen beruhigen und das wars dann, ne“ (Seite 2f.).

Eine interpersonelle Passungsstörung scheint einer Störung der Kommunikation Vorschub zu leisten, die dann auch zu einem Abbruch der Interaktion führen und zur Barriere für eine erneute Hilfesuche werden kann. Herr Bischoff kritisiert, dass seine Beschwerden und Signale im ärztlichen Gespräch nicht erkannt werden und pointiert weitergehend die Beziehungsstörung mit:

D: „Bei dem ersten Psychiater, war das nicht so?“

B: „Ne,.. ach, das war, da bin ich rauskam, hab mir gedacht, der, wer is kränker, der Arzt oder ich. (...) Hab mir gedacht, ne, Psychiater nie wieder“ (Seite 20f.).

Im Datenmaterial zeigt sich, dass die individuellen Beziehungserfahrungen der Betroffenen aus dem sozialen Umfeld (vgl. Kapitel 7.4.1.3) die Interaktion zwischen Arzt und Betroffenen beeinflussen, sich aber auch leidvoll wiederholen können. Die Schwierigkeit, sich einer Bezugsperson anzuvertrauen, und häufig erlebtes Unverständnis und Ablehnung können es den Betroffe-

nen erschweren, sich auch dem Mediziner gegenüber mit ihren Verhaltensbesonderheiten ausreichend mitzuteilen.

Die Daten verdeutlichen, dass sich die interpersonelle Passungsaushandlung zwischen Arzt und Betroffenen als ein wechselseitiger, sehr individueller und komplexer Prozess darstellt, für den beide verantwortlich sind und den beide gestalten. Da diese Wechselbeziehung diffizil, aber auch vulnerabel zu sein scheint, kann sie oft nur ungenügend Informationen für eine Diagnosestellung liefern und dagegen eher Stigmatisierungsängste Betroffener bestätigen. Gerade dem ersten Kontakt im fachärztlichen Hilfesystem scheint eine Hemmfunktion bzw. ein Bahnen einer Öffnungsbereitschaft zuzukommen.

Kommunikative Passung: Diagnosestörer – ein erkanntes bzw. als plausibel betrachtetes somatisches versus psychiatrisches Krankheitsbild

Nach den bisher genannten beziehungswirksamen Faktoren werde ich nun die kommunikative Passung in der Arzt-Betroffenen-Interaktion in ihrer Bedeutung für das Aushandeln eines gemeinsamen Krankheits- und Hilfefkonzeptes beleuchten. Die Interviewten nähern sich auf einem individuellen Weg der Einordnung ihrer Phänomene an, wobei das Ausmaß der Passung des Einordnungs- und Hilfefkonzeptes Betroffener und Mediziner Öffnungsbereitschaft und innere Auseinandersetzung bahnen, jedoch auch empfindlich stören können.

Negative Erfahrungen im ersten fachärztlichen Kontakt, wie Indifferenzen im Aushandeln eines gemeinsamen Krankheits- und Hilfefkonzeptes, ungenügend erlebtes Fachwissen bei der Erstdiagnostik (Frau Niehoff, Herr Bischoff, Herr Anschütz, Frau Menzel, Herr Heinemann), Fehlinterpretationen (Herr Anschütz, Herr Bischoff, Herr Heinemann, Herr Isenberg) und beiderseitige Informationsdefizite (Herr Anschütz, Frau Clauss, Herr Bischoff, Herr Isenberg, Frau Niehoff) können zu emotionalen Belastungen für die Betroffenen führen und eine Barriere für die weitere Suchbewegung darstellen. So äußert

sich Herr Heinemann direkt über diese mangelnde Passung:

D: „Und so von Ihren Zwängen äh haben sie das jemandem mitgeteilt?“

H: „Ja, ich hab das mitgeteilt, das erste Mal einem Arzt, einem Nervenarzt. Der konnte damit gar nichts anfangen.“ (Seite 10).

Je nach den im Vordergrund wahr- bzw. ernst genommenen und dem medizinischen Hilfesystem berichteten Beschwerden erhalten die Betroffenen somatische als auch schon zu Phänomenbeginn psychiatrische Deutungen bzw. Behandlungsangebote.

Bei psychiatrischen Einordnungen scheint eine ungenügende kommunikative Aushandlung Deutungsarbeit zu verzögern. Auffallend ist in den Daten, dass aus Betroffenen-sicht Mängel in der kommunikativen Passung für die Aushandlung eines gemeinsamen Krankheits- und Hilfekonzeptes zu beobachten sind. In der Arzt-Betroffenen-Interaktion lassen sich einerseits Vermittlungs- und Informationsdefizite in der Diagnosestellung und der Überweisungsentscheidung finden, wonach die Interviewten kein für sie klares Einordnungs- und Behandlungskonzept erhalten (Herr Anschütz, Frau Clauss, Herr Heinemann, Herr Isenberg, Frau Menzel). Andererseits scheinen sich Defizite in der Eigenautonomie zu zeigen, wie die Zurückhaltung der Interviewten beim Einfordern höherer Transparenz und in ihrer eigenen Mitteilungsbereitschaft (Herr Anschütz, Frau Clauss, Herr Heinemann, Herr Isenberg, Frau Menzel), so dass eine Auseinandersetzung mit verschiedenen medizinischen Einordnungsangeboten bei den Betroffenen initiiert werden kann. Mediziner-seits erkannte Einordnungen, wie depressive Verstimmung (Frau Menzel, Herr Isenberg, Frau Clauss), sexuelle Entwicklungsstörung (Herr Bischoff) oder sexueller Missbrauch (Frau Menzel) werden dem Betroffenen mitgeteilt und dementsprechende erste Behandlungsangebote angesprochen, die entweder sofort als ineffizient bewertet und abgelehnt (Herr Bischoff) oder als ineffizient erlebt werden (Herr Anschütz, Frau Menzel). Auf eine ungenügende Transparenz (Frau Menzel), als Misserfolg gewertete Behandlungen (Frau Clauss, Frau Menzel, Herr Isenberg) sowie das fehlende Einbeziehen eigener Behandlungserwartungen (Herr Anschütz, Herr Heine-

mann, Frau Menzel) werden hingewiesen. Wenn sodann das eigene mit dem medizinischen Krankheitskonzept kollidiert, kann es zur ungenügenden Passung und zur Barrierebildung für weitere Suchbewegungen kommen. Die meisten Betroffenen berichten von einer unbefriedigenden kommunikativen Passung, von ungenügend erlebten diagnostischen Abklärungsversuchen und jahrelangen, auch ineffektiv erlebten Behandlungsversuchen. Die jeweilige diagnostische Einordnung kann den Betroffenen intransparent erscheinen, wird jedoch auch von ihnen nicht nachgefragt. Im ärztlichen Erstkontakt scheinen Betroffene zu Beginn keine für sie nachvollziehbare Einordnung sowie Behandlungsempfehlung zu erhalten und es scheint oftmals keine gemeinsame Aushandlung eines Problem- und Krankheitskonzeptes zu erfolgen.

Illustrierend werde ich drei Interviewbeispiele von Herrn Anschütz, Herrn Bischoff und Frau Menzel für die unbefriedigende Aushandlung eines Krankheits- und Hilfekonzeptes darstellen:

Bei langjährigen Behandlungsversuchen kommt es für Herrn Anschütz *„nie-mals zu einer korrekten Diagnosestellung.. geschweige denn zu einer wirklichen Verbesserung“* (Seite 1) bzw. verhalfen angebotene Einordnungen als *„fixierte Idee“* (Seite 25) zu keiner für ihn plausiblen Einordnung. Keinem der Behandler erscheint es notwendig, Herrn Anschütz eine Diagnose zu nennen; auch bei einer eigenen kritischen Auseinandersetzung mit einem analytischen Deutungsmuster verbleibt eine offene Aushandlung:

„Also, ich sage ihnen, die analytische ähm.. Einordnung.. Frau Böllert sagte, ja Herr Anschütz, sie haben sich ihren Charakter unter so großen Schmerzen erworben als Kind, dass sie ihn nicht wesentlich verändern können... Gut, da hab ich's doch immer wieder versucht“ (Seite 10).

Herr Bischoff verdeutlicht, wie auch gezielte diagnostische Fragen, z. B. nach dem Sexualverhalten, bei fehlender kommunikativer Passung in eine falsche Interpretationsrichtung weisen können. Er weist die angebotene Diagnose einer sexuellen Entwicklungsstörung und der Behandlungsempfehlung der

Inanspruchnahme des Dienstes einer Prostituierten als absurd zurück. Hinweise und Andeutungen des Betroffenen können missverstanden werden, so dass es zum Kommunikationsabbruch kommt. Seine Erwartung an fachkompetentes Verhalten, wie ein zielgerichtetes Nachfragen und Interpretieren des Mediziners, scheint es ihm zu erschweren, weitere notwendige Informationen zu geben. Wichtig scheint unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Zwangphänomens zu sein, ein Schamerleben bzw. eine Schamgrenze im diagnostischen Gespräch mit einzubeziehen:

„Äh,.. der hat mich dann.. äh, nach meinem Sexualverhalten gefragt und äh... als ich da nich so viel, weil ich ja nun verknallt war, aber wir nich miteinander klarkamen, gab es natürlich keine sexuellen Kontakte. Und äh... anderweitig hatte ich aber auch kein Interesse, weil die wollt ich und dann meinte der dann äh wohl,... ich hätte wohl irgendwie äh... äh.. ne sexuelle Entwicklungsstörung und hat mir dann vorgeschlagen, doch mal den Dienst einer Prostituierten in Anspruch zu nehmen. Das fand ich doch sehr abwegig den Gedanken. Äh.. zumal er da auch nich richtig gebohrt hatte, nich richtig, richtig reflektiert hat, was denn da los war. Hab mir gedacht, ne, Psychiater nie wieder.“ (Herr Bischoff:20f.).

Frau Menzel berichtet, dass der Hausarzt bei beginnenden Wasch- und Kontrollritualen die ursächliche Hypothese eines sexuellen Missbrauchs in der Kindheit vermutet und an einen Psychologen überweist, wonach der sexuelle Missbrauch danach jahrelang im Behandlungsfokus sowohl einer Frauenberatungsstelle, einer Einzeltherapie als auch einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsklinik bleibt. Eine unbefriedigende Aushandlung des Krankheits- und Behandlungskonzeptes veranlasst Frau Menzel trotz retrospektiv als adäquat beurteilten Behandlungsversuches zum Behandlungsabbruch:

„Das war auch ein Verhaltenstherapeut, der ja ich hab die Therapie zu der damaligen Zeit nicht verstanden, was er von mir wollte, aber.. es war ein guter, im Nachhinein war es n guter Therapeut (...) aber da hatte ich ja immer noch dieses Gefühl, du redest, du brauchst das nur alles zu erzählen, wenn du das erzählst (schnipsen), dann macht es irgendwann diesen hier ne und dann ist das in Ordnung. Und so bin ich da immer rausgegangen, dann ging es mir immer ne halbe

Stunde, Stunde gut und dann ging's mir wieder schlecht ja. Aber äh ich hab gedacht, irgendwann kommt das. Ne. Das ich natürlich selber was dafür tun musste, ja das habe ich doch da gar nicht verstanden.“ (Seite 14f.).

Bei der Mitteilung von sozialen Problemen, die sich im beruflichen und privaten Umfeld verdeutlichen, werden entsprechende therapeutische Angebote seitens des medizinischen Hilfesystems gegeben. Herr Bischoff beginnt auf Anraten seiner behandelnden Hausärztin eine Gruppentherapie, ohne seine Gedankenprobleme vor ihr zu veröffentlichen. Bei der nach Ehekonflikten regelmäßigen Kontaktaufnahme zu einem Psychiater mit intransparent und ineffektiv erlebten medikamentösen Behandlungsversuch berichtet Frau Clauss.

Somatische Diagnostikprozesse scheinen in unserem derzeitigen Gesundheitssystem immer noch vor weitergehenden psychiatrischen Abklärungen Priorität zu haben (Herr Bischoff, Herr Heinemann). Hier kann es eine Wechselwirkung zwischen berichteten Beschwerden und der Reaktion des medizinischen Hilfesystems auf diese Beschwerden geben. Eine diagnostische Einschätzung wird nur auf dem jeweiligen Spezialgebiet des medizinischen Hilfesystems erlebt. Nach neurochirurgischen Abklärungen in seiner Jugend wird Herr Heinemann in eine psychosomatische Klinik weiterverwiesen. Jedoch durch eine dort parallel auftretende Sehnerventzündung werden weitere somatische Diagnostikprozesse in Gang gesetzt, die zu schmerzhaften Diagnostikprozeduren, wie z. B. einer Lumbalpunktion bei Verdacht auf Multiple Sklerose oder gar Hirntumor, führen. Herr Heinemann hebt bei seiner Beschreibung seine Frustration und Enttäuschung, jedoch auch Irritation über die dadurch erlebte Verzögerung weiterer Klärungs- und Behandlungsversuche hervor:

„Ja, da wurde gefragt, das is ne Augen- äh sache, was, wo, wo kommt das her. Und dann kam ich in nen Krankenhaus, da wurde Lumbalpunktion gemacht, die sehr unangenehm damals war. Und ähm, ja, ich, ich hatte also irgendwie nen Problem am Kopf... (lachen).. en physisches Problem“ (Seite 7).

Herr Bischoff berichtet von Zähneknirschen, das von seinem Zahnarzt ausschließlich als kiefernorthopädisches Problem gewertet wird, eine weitergehende Abklärung der Differentialdiagnose erfolgt jedoch nicht.

Einige Betroffene beschreiben sehr vage, fast abwertende Angaben zu der bei ihnen ankommenden diagnostischen Einordnung für ihre Phänomeneanfänge, was ich als möglichen Hinweis auf Wissens- und Vermittlungsdefizite interpretiere, wie:

„dass ich jetzt so nen bisschen eigenartig war“ (Frau Menzel:3)

„Und dann bin ich da in nen Sanatorium gekommen, und ähm, das, äh, da war ein äh, ähm, Arzt, der gemerkt hat, um was es ging. (...) Der hat also mit mir psychotherapeutisch gearbeitet“ (Herr Heinemann:7)

„an Spezialisten aufgesucht habe, wo i aber... absolut ka Hilfe gesehen hab, sondern der hat mich nur ein bisschen eingedämpft und sagt, na gut, die spinnt halt und... wolln wir sie nen bisschen beruhigen und das wars dann, ne“ (Frau Clauss:3)

sowie

„äh, kurz vorm Abitur war ich bei einem Berufsberater gewesen, äh, der, als ich mich kurz und schnell offenbarte sagte ja, das kann sie aber sehr beeinträchtigen und der sich dann erbot, bei ihm selber in Psychoanalyse genommen zu werden“ (Herr Anschütz:5).

Die aus Betroffenenansicht beschriebene Aushandlungslücke von Einordnungs- und Hilfefkonzept könnte unterschiedliche Hintergründe haben: Eine Lesart ist, dass die Betroffenen wenig fachspezifisches Wissen für die Diagnosestellung und die daraus ableitbare Behandlungsmöglichkeit im hausärztlichen, jedoch auch im fachärztlichen Hilfesystem erleben bzw. ihnen dieses Fachwissen nicht transparent vermittelt wird. Eine andere Lesart ist, dass es für die Betroffenen aufgrund eigener Verständnisprobleme oder Selbstabwertungstendenzen zur Kommunikationsschwelle kommen kann, die verhindert,

dass sie ihre Beschwerden offen und klar schildern. Eine differenzierte medizinisch erwünschte Abklärung scheint somit erschwert bzw. negative Konnotationen scheinen beim medizinischen Hilfesystem erwartet, ggf. auch erlebt zu werden, die Stigmatisierungen bzw. Selbststigmatisierungen bekräftigen können.

Bei Beginn in der Kindheit und Jugend ist auffallend, dass aus retrospektiver Sicht keine Erinnerung an Behandlungsintention, aufklärende Gespräche und/oder Behandlungsinhalte berichtet werden können. So verdeutlicht Herr Friedrich:

D: „Die Krankheit wurde also recht schnell erkannt?“

F: „Ich glaub, ja... Also des heißt, ich wusst's eigentlich selber lange nicht so recht, gell. Als ich das erste Mal da in Heidelberg, also als Kind da, in der Klinik war,.. da war ich wahrscheinlich noch zu jung dazu, um es zu kapiern.“ (Seite 3f.).

Die Relevanz des Beziehungsaspektes und der Aushandlung eines passenden gemeinsamen Hilfekonzeptes resümiert Frau Menzel, die für sie selber nicht vornehmlich der Diagnosestellung ‚Zwang‘ dienen muss:

„Also ich sag mal, äh so blöd es auch war, aber ich hab immer Glück gehabt. Ich hab immer die richtigen Leute um mich rum gehabt. Die richtigen Therapeuten, die richtigen Ärzte in der schwierigsten Zeit, (...) Ich hab äh den ersten Therapeuten, das war nen Mann, der mir dann rausgelockt hat, dass ich missbraucht worden bin, der war zu der Zeit gut, hinterher war er nicht mehr für mich nicht mehr gut, weil er, ja das war eben zu der Zeit war es richtig, aber hinterher hat er mir nicht mehr helfen können. Aber ich hatte immer (betont) die richtigen.. Leute um mich herum, das muss man so sagen.“ (Seite 14).

Der kommunikativen Passung erscheint gerade beim „*erste[n] Schritt*“ (Herr Isenberg:18) in der medizinischen Hilfesuche entscheidende Bedeutung zukommen, um notwendige Informationen für das passende Einordnungsangebot zu bekommen, wobei dieses beidseitiger Verantwortung zukommt und die Selbstbestimmung der Betroffenen bei der Veröffentlichungsbereitschaft

anzuerkennen ist.

Ökologische Aspekte

Einige Betroffene weisen auf ökologische Aspekte hin. Fachspezifische Wissensmängel aufgrund zeitlicher, aber auch geographischer Verortung können als Barrieren für ein frühzeitig passendes Einordnungsangebot herangezogen werden.

Frau Clauss und Herr Heinemann machen Wissensdefizite im Hilfesystem vor 30–60 Jahren für Diagnosefehler verantwortlich:

„Aber damals, vor 30 Jahren, da waren Zwänge noch gar nit aktuell, oder zumindest sie wurden glaub i nicht so erkannt, ne,... oder zumindest ja, man wusste wenig darüber“ (Frau Clauss:1f.).

„Ich bin dann schon, ich hab dann gemerkt, dass da irgendwas nicht in Ordnung ist. Ich bin dann äh, auch zu Ärzten gegangen, aber das war, sie müssen bedenken, ich hab 1952 Abitur gemacht, das war Anfang der 50er Jahre. Da... Die hatten ja davon gar keine Ahnung.“ (Herr Heinemann:2).

Frau Lindemann benennt als Hindernis die mangelnde fachärztliche Versorgungsstruktur in ländlichen Gebieten: *„damals war's ja auch so, Zwänge waren noch unbekannter als sie es jetzt sind, hoch im Norden sowieso, ganz schlechte therapeutische Versorgung“* (Seite 2).

7.5.2.2 Das ist ein Zwangsproblem – „Offen- und Ehrlichkeit“; „bestätigt mir auch, dass das wirklich krankhaft is“

Für eine beidseitig zufriedenstellende Arzt-Betroffenen-Interaktion scheinen

die ärztliche Haltung und vielleicht auch ‚sensible Momente‘ bei Betroffenen von entscheidender Relevanz, dass es zum passend erscheinenden Einordnungsangebot, zu einem Angebot, was für den Betroffenen Sinn macht, kommt.

Interpersonelle Passung: Beziehungsförderer

In den Daten zeigt sich, dass gerade in der Arzt-Betroffenen-Interaktion Vertrauen und Sicherheit und eine passende ärztliche Haltung zur ausreichenden Mitteilung für ein gemeinsames Aushandeln eines als passend beurteilten Einordnungskonzeptes notwendig erscheinen. Als Kriterien für Vertrauen werden das Interesse an ihren Beschwerden und ihrer Person (Frau Clauss), Feingefühl (Herr Bischoff, Frau Lindemann), das konkrete Nachfragen (Herr Bischoff), das Eingehen auf Andeutungen (Frau Clauss, Herr Bischoff, Herr Isenberg) benannt. Das Einfühlen in eigene Erklärungsversuche (Herr Anschütz), das Respektieren ihrer Lösungsversuche, Behandlungsvorstellungen und -wünsche (Herr Anschütz, Herr Heinemann, Frau Menzel) sowie das Bereitstellen eines individuellen Zeitbedarfes für das Gespräch (Frau Menzel) stellen weitere zentrale Aspekte dar. Als Kriterien für eine passende ärztliche Haltung wird das Respektieren der Betroffenenkompetenz (Herr Anschütz, Herr Bischoff, Frau Lindemann, Frau Menzel), „*Offen- und Ehrlichkeit*“ (Herr Bischoff:21) beim Benennen des medizinischen Hilfekonzeptes, auch Eingestehen einer realistischen Prognoseerwartung (Herr Bischoff) und Beachten der emotionalen Ebene mit Signalisieren eines Verstehens, Ernstnehmens und Engagements (Herr Bischoff, Frau Lindemann) beschrieben. Der Gestaltung einer vertrauensvollen, offenen, achtsamen und von Respekt getragenen Gesprächsatmosphäre scheint für Betroffene eine besondere Bedeutung zuzukommen, weil gerade deren Phänomene für sie selber oft nicht ansprechbar scheinen. Selten wird von einer sofortigen gelungenen Interaktion berichtet, die dann eher im hausärztlichen Bereich, infolge langjähriger Behandlungsbeziehung, Krankheits- bzw. Behandlungsvorerfahrungen und be-

stehendem Vertrauensvorschuss (Frau Menzel, Herr Engel) erlebt wird.

Exemplarisch beschreiben Herr Bischoff und Frau Lindemann ihre Erfahrungen auf dem mühsamen Weg zur interpersonellen Passung über ein gelungenes Beziehungsangebot:

„Super... komm ich mit der [Psychiaterin] so weit klar. Ich mein, sie kann auch nicht alles lösen, aber die Offen- und Ehrlichkeit zu sagen, jawohl, weiß ich auch nicht, da hab ich mehr von, als wenn einer irgendwas... äh, dahinstellt, äh, was er glaubt oder was nicht stimmt. Insofern.. ist das schon ganz gut. Da ging's dann erst mal so richtig bergauf, dass ich gesagt habe, ja wohl... Da bemüht sich jemand, versteht das auch, bestätigt mir auch, dass das wirklich krankhaft ist und nicht normal“ (Herr Bischoff:21).

„Aber ähm gerade wenn es erst mal so um Zwänge geht und um den Mut äh, das zu erzählen, was man alles hat, dann ist es echt wichtig, dass man so nen ganz offenen Menschen da vor sich hat, der, ja der eigentlich eigentlich so signalisiert, das ist in Ordnung, ist zwar komisch, aber es ist in Ordnung.“ (Frau Lindemann:29).

Vielleicht ermöglicht sich Öffnungsbereitschaft erst in besonders ‚sensiblen Momenten‘ beim Eingestehen einer bedrohlichen und existentiell wahrgenommenen Instabilität (vgl. Kapitel 7.2.3.1). Herr Bischoff und Frau Menzel berichten:

„Dass man da allein nicht mit klar kommt, ist ja völlig normal. Und hab dann irgendwann gesagt, so, jetzt musste mal zum Psychiater gehen, hilft alles nix, musst'e zum Psychotherapeuten gehen.“ (Herr Bischoff:19f.).

„Ich hab gedacht, ich dreh durch, ich bin bekloppt so, irgendwann mal.. so... Ich hab wirklich gedacht, ich müsste irgendwie in ne Anstalt so (...) und das wird immer schlimmer, immer schlimmer. Ich hab wirklich gedacht, ich werd bekloppt.“ (Frau Menzel:13).

Kommunikative Passung: Diagnoseförderer – ein als passend beurteiltes psychiatrisches Einordnungsangebot

Die meisten Betroffenen nähern sich erst nach Irr- und Umwegen im medizinischen Hilfesystem einem Einordnungsangebot, dem aus Betroffenen­sicht kein ausschließlicher Definitionsanspruch zugeschrieben wird. Durch erleichterten Zugang zu medizinischer Fachinformation (vgl. Kapitel 7.5.3) scheint das Betroffenenwissen eine wichtige Säule für eine gemeinsame Aushandlung einer schambesetzten Problemdefinition, wie bei Zwang, darzustellen. Die Aushandlung und gemeinsame Aufklärung kann direkt im ärztlichen Dialog, jedoch meist im Nachvollziehen und in einem „schrittweise[n]“ (Herr Bischoff:20) Deutungsprozess bis zur Zwangseinordnung erfolgen, wobei dem medizinischen Hilfesystem als Deutungsbestätiger eine entscheidende Rolle zukommt. Die Übernahme von medizinischen Deutungsmustern scheint fast ein notwendiges Element der Deutungsarbeit zu sein. Herr Bischoff und Frau Menzel stellen diesen Aspekt der Aushandlung, wie des Verstehen- und Nutzenwollens medizinischer Kompetenz in Abhängigkeit der Betroffenenkompetenz, eindrucksvoll heraus, indem sie berichten:

„Und als ich dann diese Diagnose bekommen habe, das war ja schrittweise, die hab ich mir zum Teil selbst zusammengereimt, später haben die Leute bestätigt, jawohl, das stimmt so. Es war ja nich, dass ich von heut auf morgen ne Diagnose gehabt hätte.“ (Herr Bischoff:20).

„Immer gedacht, na ja, du gehst dahin, erzählst das dem Therapeuten und machst dann irgendwann diesen hier, (Handbewegung über die Schulter) äh und dann bin ich wieder gesund ne, wie so ne Pille zu nehmen und dann ist man wieder gesund, aber das war eben nicht so. Ja und dann ähm.. hab ich halt eine Therapie nach der anderen gemacht und ähm ich kam eben der Zwangserkrankung immer näher, bis mir dann endlich mal einer sagte, dass ich ne Zwangserkrankung hatte und dann war ich also irgendwo war ich ja ganz glücklich, dass man jetzt endlich mal äh ja was gesehen hat, also dass ich mal jetzt was in der Hand hatte, ich bin wirklich ne hab wirklich ne Krankheit und spinn hier nicht rum oder so ne.“ (Frau Menzel:1).

Aus Betroffenen-sicht wird auf die Schwierigkeit in der gemeinsamen Aus- handlung eines Krankheits- und Hilfe-konzeptes hingewiesen, welche eine Hemmschwelle für die weitere Hilfesuche und die Gefahr eines Behand- lungsabbruches darstellen kann. Das subjektive Therapie- und Heilungs-ver- ständnis zu Beginn, das von Verantwortungsabgabe und Delegation geprägt zu sein scheint und einer Vorstellung von einer Zäsur und nicht prozesshaft, wie bei Frau Menzel dargestellt, scheint sich erst im weiterem Verlauf zu ver- ändern. Sowohl die Vermittlung eines transparenten Krankheits- und Be- handlungskonzeptes auf Medizinerseite (Frau Lindemann, Frau Menzel, Frau Gröne), jedoch auch die Mitteilung eines Erklärungskonzeptes bzw. Krank- heitsvorstellungen auf Betroffenenseite können ungenügend stattfinden und miteinander konkurrieren, wie Frau Menzel und Frau Lindemann illustrierend darstellen:

„Auch als ich im Markt-Klinikum war, die haben gesagt, ich bin, ich leide an Zwän- gen. Ja, okay, aber irgendwie.. habe ich das nicht so gerafft ja. Ich hab gedacht, dass is is so nen Tick so ne, so.. wie manche so rumspinnen so, so sagt man ja schon mal so, so du hast nen Tick oder ja schlechte Angewohnheit oder was weiß ich auch immer. Ich hab nicht gewusst, dass es ne richtige Krankheit ist, das haben die auch da nicht so rübergebracht. Nur das man halt da was.. was gegen machen muss und üben und dies und jenes und dann merkte ich auch, wie es weniger wurde“ (Frau Menzel:13).

„Weil ich nachher absolute Hassgefühle gegenüber diesem Mann [Therapeuten] entwickelt habe, weil der mit mir Sachen gemacht hat, die ich gar nicht wollte und der hat's auch nicht geschafft, mir das so zu vermitteln“ (Frau Lindemann:3).

Eine Diskrepanz zwischen der eigenen, passend erscheinenden Krankheits- vorstellung und den diagnostischen Einordnungskriterien kann eine Diagno- se- und Behandlungsempfehlung verzögern; so berichtet Frau Niehoff:

„Und wie sich des dann so ähm... so verschlimmerte,... da war ich dann sogar mal ganz zu Anfang bei ner Psychologin. Hab gesagt, ich glaube, ich hab Zwänge. Dann hat die mich gefragt, ja, wie sieht denn so ihr Alltag aus. Und damals hab ich trotz der Zwänge, die warn ja damals noch sehr gering, noch sehr viel gemacht.

Und dann meinte die, ne, also wenn sie einen solchen, wenn, wenn sie ein solches Pensum am Tag bewältigen, dann haben sie keine Zwänge.“ (Seite 6).

Vom medizinischen Hilfesystem erhalten Betroffene für ihre berichteten Phänomene Einordnungen wie: das ist ein ‚Zwang‘, eine ‚Zwangsneurose‘, eine ‚Zwangserkrankung‘, eine ‚Zwangsstörung‘, die je nach medizinhistorischem Krankheitsverständnis vergeben werden. Diese Etikettierungen werden von den Betroffenen als für sie plausibel und annehmbar geprüft und können eine weitere innere Auseinandersetzung auslösen. Wie sich in den Daten andeutet, kann von einer jahrelangen differenzierten subjektiven Entwicklung eines Krankheits- und Hilfefikzeptes ausgegangen werden, die ich aufgrund der Eingrenzung der Forschungsfragestellung bis zur ersten Einordnungsannahme nachzuzeichnen versuche.

Der gegebene bzw. aufgenommene Informationsgehalt eines medizinischen Krankheitskonzeptes als auch die sich daraus ableitende Behandlungsmöglichkeit bzw. Überweisungspraxis mit Verlaufsprognose und Ursachenvorstellungen variiert in den Darstellungen der Betroffenen deutlich. So kritisiert Herr Heinemann das vorhandene medizinische Fachwissen angesichts seiner Kontroll- und Grübelprobleme: *„das wurde also rein körperlich gesehn. Das war aber ne Klinik für äh, ähm, äh, für psychiatrische und äh, Grenzfälle der inneren Medizin. Aber, was Zwangsneurose is, haben die, äh, nur ganz oberflächlich gewusst.“* (Herr Heinemann:10).

Einige Interviewte erhalten zeitnah ein als passend erscheinendes Einordnungsangebot sowohl im hausärztlichen (Herr Engel) als auch im fachärztlichen Bereich (Frau Gröne, Frau Lindemann). Die Eltern von Herrn Engel bekommen deutungssicher vom Hausarzt eine Einordnung mit weitergehender fachärztlicher Überweisungsempfehlung bzw. Weiterüberweisung an eine psychotherapeutische Behandlung. Frau Gröne bekommt vom Neurologen eine als nachvollziehbar beurteilte Deutung, in der sie den Begriff des Stempels verwendet. Eine Lesart des Stempelbegriffes könnte sein, dass Frau Gröne in eigener Klärungsbemühung eine als plausibel erscheinende Suche

abschließt, wie ‚ich mach den Stempel drauf‘ und als weitere Lesart, dass sie eine Stigmatisierungserwartung bzw. Etikettierung im Sinne von ‚abgestempelt sein‘ beinhaltet: *„Ja also ’88 sind die ja rausgebrochen, hab mehrere Monate inner diffusen äh äh Was-ist-das-Sache und ähm dann zum Neurologen gegangen und dann irgendwann gab’s dann den Stempel Zwangsneurose“* (Seite 27).

In den Daten ist auffällig, dass es nach der Behandlungsausrichtung des jeweils zuerst gewählten Ansprechpartners abhängig zu sein scheint, welche weitergehenden Behandlungsangebote den Betroffenen gemacht werden. Es werden dementsprechend psychoanalytische (Frau Kalweit, Herr Anschütz), tiefenpsychologisch-fundierte (Frau Kalweit, Herr Engel, Frau Gröne) und verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze (Frau Menzel) empfohlen.

Negative Hilfeerfahrungen bei der Erstbehandlung können das eigene Krankheits- und Hilfekonzept stören und die weitere Deutungsarbeit der Betroffenen gefährden. Die Interviewten benennen erlebte (Frau Menzel, Frau Kalweit Herr Heinemann) oder offen geäußerte Wissensmängel (Herr Isenberg, Frau Niehoff) im medizinischen Hilfesystem, Missverständnisse (Herr Friedrich, Frau Menzel, Frau Clauss) und inadäquate Behandlungen (Herr Isenberg, Frau Niehoff, Herr Heinemann) sowohl ambulant als auch stationär in Fachkliniken. Ein Vorenthalten von plausiblen Krankheits- und Hilfekonzepten, jedoch auch das Nichtbedenken von noch nicht als ausreichend effektiv beurteilten Behandlungskonzepten scheinen zudem Resignation, Hoffnungslosigkeit und Selbststigmatisierungen zu begünstigen. Frau Niehoff illustriert:

„Bin selber erst in einer Klinik gewesen, wo ich auch schlimmer wieder rausgekommen bin, als ich hingegangen bin, weil die Leute nichts von Zwängen verstanden haben. Und des is wirklich ganz schlimm, wenn man ne Therapie macht und gar keinen, nicht nen bisschen Erfolg erlebt, ja. Da, dann is man irgendwie so was von deprimiert und man meint, ja, das hat alles keinen Zweck, mir hilft ja doch nix“ (Seite 7).

Medikamentöse Behandlungsversuche werden als wenig hilfreich erlebt. Als Nebenwirkungen benennen Betroffene u. a. Schwitzen, Sehstörungen, Bauchkrämpfe, Müdigkeit und erhöhtes Schlafbedürfnis (Herr Anschütz, Herr Bischoff, Herr Heinemann, Herr Isenberg).

In der inneren Auseinandersetzung und für den Annahmeprozess scheint es für die Betroffenen von zentraler Bedeutung zu sein, für ihr Phänomen für sich und vor Anderen einen Namen zu haben. Eine Definitionslosigkeit scheint eher Unsicherheit und lebensweltliche Konzepte von Verrücktsein hervorzurufen.

Auch die Aushandlung eines Behandlungskonzeptes, der Heilungs- und Behandlungschancen kann einen vulnerablen Bereich darstellen und Zeit brauchen. Die Hoffnung auf Behandlung, Besserung bis Genesung wird von den Betroffenen unterschiedlich bewertet und scheint sich mit wachsendem Erfahrungs- und Informationswissen zu verändern. Ein hoher Handlungs- und Suchdruck seitens der Betroffenen mit Ringen um das ‚richtige‘ Krankheits- und Hilfekonzent wird beschrieben. Herr Bischoff berichtet von Hoffnung auf Behandlung und Gesundung, wogegen Herr Engel und Frau Kalweit dieses mit zunehmendem Erfahrungswissen verneinen und die meisten Interviewten (Frau Lindemann, Frau Gröne, Herr Friedrich, Frau Niehoff, Frau Menzel) auf deren jahrelangen, begleitenden Prozess der Bewältigungsmöglichkeit verweisen. Zumeist wird auf Schlüsselmomente hingewiesen, die ihre Deutungsarbeit zu einem ersten annehmbaren Ergebnis geführt haben:

„Das is insofern ne Erleichterung, dass ich dann sagen kann, du bist nich völlig bescheuert, du hast keinen Sprung in der Schüssel, sondern... es is eben halt ne Erkrankung. Wie andere Segelohren haben, hast du halt eben nen Grübelproblem in der Birne.... Mal gucken, vielleicht kriegt man's hin, vielleicht auch nich. Die Hoffnung, dass es.. behandelbar is, hab ich ja noch nich aufgegeben.“ (Herr Bischoff:20).

„Da [in der Klinik] hat's, glaube ich, in mir erst mal richtig Klick gemacht, dass ich gesagt hab, Mensch, also das äh ich ich muss wirklich was tun dagegen. Nur ich

allein kann das machen" (Frau Menzel:2).

„Jetzt, wenn i sag ja, ich brauch ihn [den Zwang] nicht mehr. (lachen) Und trotzdem ist er noch da. Ich denk ma, der Zwang is immer da, irgendwo gehört er wohl zur Person. Aber es is die Frage, ob ich symptomfrei bin oder nich... Und ich muss halt immer wachsam bleiben, damit er mich nich wieder überfällt“ (Frau Niehoff:3).

Die Suche nach Ursachenvorstellungen wird von fast allen Betroffenen hervorgehoben, die sich im Verlauf mit zunehmenden Erfahrungs- und Informationswissens verändern, was Frau Menzel veranschaulicht:

„Also anfangs war das für mich immer so, ich wollte immer wissen, warum hab ich das? (...) Aber irgendwann war das für mich nicht mehr wichtig, ich weiß es nicht, ob's damit was zu tun hat. Bis heute weiß ich es nicht, es eigentlich interessiert es, interessiert es mich auch eigentlich gar nicht (genervter Tonfall)“ (Seite 4f.).

Der Annahme eines Krankheitskonzeptes kann ent- und belastende Funktion zukommen. Einige Betroffene (Herr Anschütz, Frau Gröne, Frau Menzel, Frau Niehoff, Frau Lindemann) machen bei jahrelanger Behandlung auf die unterschiedliche Bewertung der sicheren Einordnung im medizinischen Hilfesystem aufmerksam und zeigen deren entlastende Funktion; exemplarisch äußert Herr Anschütz: *„Aber ich empfand es [antizipierte Meinung des Therapeuten] anders, ich empfand es anders. Ähm, ich empfand es doch als ne gewisse Entlastung.“* (Seite 10).

Gerade biologische Ursachenvorstellungen können ent-, jedoch auch stigmatisierende Bedeutung implizieren; so weist Frau Gröne auf die moralische Entlastung und Herr Bischoff dagegen auf die Belastung hin:

„Es ist für jemanden entlastend zu sagen, OK, es ist auch ne organische organische Erkrankung vielleicht ähm auch, die man über's Verhalten trainieren kann... aber ich kann da auch irgendwie nix für oder so, also das kann man sich vielleicht besser erklären so, als wenn man irgendwie immer sagt, ja ich bin psychisch krank“ (Frau Gröne:27f.).

„Und hab dann jetzt zwischenzeitlich erfahren, leider, was heißt leider, aber hab erfahren, dass es eventuell hirnorganische Ursachen haben könnte. Dass es bedauerlicherweise gar nicht abstellbar ist, dass mir das Risiko droht, dass das so sein könnte. Man weiß es noch nicht so.“ (Herr Bischoff:20).

Dauer bis zum passend erscheinenden Einordnungsangebot: Zwangsstörung

Als Dauer zwischen erstem Wahrnehmen des erlebten Phänomens über die erste Kontaktaufnahme zum medizinischen Hilfesystem bis zum als passend erlebten Einordnungsangebot nennen die Betroffenen mehrere Monate (Frau Gröne) bis 45 Jahre (Herr Anschütz).

Das Finden der als plausibel erscheinenden Deutung wird häufig im Annäherungsprozess beschrieben. Durch die Bereitstellung verschiedenster Medien und Zugangsmöglichkeiten kommt der Passung Mediziner – Betroffener entscheidende Bedeutung zu, wobei die persönliche und die kommunikative Passung ineinander greifen müssen. Das passend beurteilte Krankheits- und Hilfekonzept stellt den Beginn eines sehr individuellen, vulnerablen Annahmeprozesses dar, der auf beiden Seiten erheblich störanfällig sein kann.

Ökologische Aspekte

Sowohl auf strukturelle Mängel im Versorgungssystem mit wenig spezialisierten Fachmedizinerinnen und langen Wartezeiten auf Therapieplätze als auch gesundheitspolitische Faktoren, wie ungenügend bezahlte therapeutische Gesprächsleistungen, können die Diagnoseeinordnung empfindlich behindern, wie insbesondere von Herrn Engel und Frau Kallweit betont wird:

„Es gab damals in Bornheim sehr wenige, die sich damit befasst haben. Das ist jetzt sicher schon anders also Zwangskrankheit, da kannte man früher, (früher

kannte das kaum jemand?), war es nicht so bekannt.“ (Herr Engel:2).

„Hab ich mir nen Psychoanalyseplatz gesucht, was nicht leicht is. Hab ich mal so gesagt, das ist so, äh, so, nach dem Motto äh, ja, wunderbar, kommen sie mal in nem halben Jahr wieder, oder in einem Jahr, dann hab ich vielleicht nen Platz frei. Ja, das ist vermutlich so die natürliche Auslese, wer dann noch lebt, kann noch in Therapie gehen.“ (Frau Kalweit:3).

Die gesellschaftliche Einstellung zu psychischen Erkrankungen und ihren Behandlungsmöglichkeiten, zur Psychotherapie, ungenaues und ungenügendes Wissen über die Kompetenzen von Psychiatern, aber auch Vorurteile gegenüber Fachärzten können Einfluss auf diesen Deutungsprozess haben.

7.5.3 Weitere Deutungsquellen

Oftmals erst nach Umwegen nähern sich die Interviewten sukzessiv einer Zwangseinordnung für ihre Verhaltensbesonderheiten an, wobei sie auch zunehmend andere Deutungsquellen heranziehen.

7.5.3.1 Das ist ein Zwangsproblem – „in ner Live-Sendung und da passiert nichts“; „ersten Kontakte mit richtig Zwangskranke gehabt“

Beim eigenen Klärungsversuch werden als Informationsquellen, auch von nahen Angehörigen initiiert, verschiedenste Medien, wie Fernsehberichte (Frau Clauss, Ehemann: Frau Menzel), Talkshows (Herr Isenberg), Zeitungsartikel (Frau Clauss), Internet (Frau Kalweit) und Selbsthilfeliteratur (Herr Bischoff, Herr Anschütz), genutzt, die es den Interviewten ermöglichen können, zu einer Zwangseinordnung zu gelangen. Ebenso wird auf Wissen im Selbsthilfefamilieu (Frau Menzel, Herr Bischoff, Herr Anschütz, Vater: Herr

Friedrich), ein Aufsuchen medizinnaher Berufsgruppen, wie Heilpraktiker (Herr Isenberg, Herr Bischoff), sowie auf ein allgemein zugängliches Seminar in Psychologie (Herr Bischoff) zurückgegriffen. Andere Betroffene können eigene berufliche Fachkenntnisse für ihre Deutungssuche nutzen, wie z. B. Frau Niehoff ihr Sozialpädagogik-Studium. Das Informationsbedürfnis Betroffener kann zunehmend in selbstständiger Recherche erfolgen, wobei das Internet zur schnell verfügbaren Vermittlung von Information sowie als zunehmend vertrauter Weg zu Informationen dieses begünstigen kann. Das Erkennen qualifizierter und seriöser Angebote von Gesundheitsinformationen scheint beratende medizinische Hilfe zu erfordern. Verständliche Informationen auf aktuellem Stand des Wissens können, auch vor dem Hintergrund der Diskriminierungsangst Betroffener, Schwellenängste verringern, so dass dieses die Veröffentlichungsbereitschaft, auch gegenüber medizinischer Hilfe, ermöglichen kann. Selbstdiagnostik, die mit medizinischer Hilfestellung gefestigt wird, scheint Betroffenen Deutungsarbeit zu erleichtern bzw. erst zu bahnen, die eigene stärkere Verantwortung in der Deutungsarbeit zu initiieren. Durch die zunehmende Bekanntheit störungsspezifischer Portale, wie die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Zwangserkrankungen und englischsprachige Websites, können erste Erfahrungsberichte und Erkrankungs- und Genesungswege, das Wissen um Mitbetroffene – „*nicht alleine bin*“ mit der Erkrankung (Frau Clauss:3) – und das ‚Geben eines Namens‘ für ihre Empfindungen entlastende Funktion zukommen.

Exemplarisch beschreiben Herr Bischoff und Herr Isenberg den medialen Anstoß zur weiteren Deutungsarbeit:

„So, dass ich mich selbst verstanden habe und das als krankhaft empfunden habe, war halt Riemann. Das Buch hab ich gelesen, an einem Wochenende zweimal. Ich hab selten in meinem Leben so schnell nen Buch gelesen. Ähm,... dass,... dann ging mir schon einiges auf. Und dann hab ich gemerkt, aha, äh, is irgendwas nich in Ordnung, muss ma gucken, was es so is. Das is so nich normal, was du da hast, was du da so erlebst. Und daraufhin bin ich dann halt weiter.. zu Therapeuten gewandelt und hab dann versucht rauszukriegen, was es is.“ (Herr Bischoff:20).

„Aber dadurch, erste Mal glaub ich, was war das, 1997, ging Hans Meiser damit an

die Öffentlichkeit, ne Live-Sendung bei RTL auch. Und das Thema hieß Zwangsgedanken – ich bin doch nicht verrückt oder so glaube ich das Thema hieß das. Und da haben halt auch verschiedene Darsteller dort dann halt da drüber erzählt und da hab ich mich irgendwie auch drelber selber wieder drin wieder gefunden. Seitdem habe ich gedacht ach guck mal, die machen das in ner Live-Sendung und da passiert nichts, da wird keiner weggesperrt oder so, weil die Menschen tun keinem was. Ja und dann habe ich das meinem Arzt erzählt, dann hat er gesagt, wie-so hast denn Du das nicht schon eher erzählt ne.“ (Herr Isenberg:15).

Die innere Auseinandersetzung mit dem Krankheitskonzept ‚Zwang‘ für die Deutungsannahme beschreiben Frau Clauss und Frau Kallweit, die durch störungsspezifische Portale und deren Foren sowie einen Zeitungsartikel und Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe angeregt werden:

„Aber es war trotzdem noch mal wie so'n... ja wie so'n Erkenntnisschlag, ja Tatsache, da gibt es welche, irgendwo sitzt jetzt jemand an seinem Computer und schreibt was und der hat genau so die beschissenen Ängste wie ich auch, andere, aber so von der Struktur her.“ (Frau Kalweit:17).

„da [in der Selbsthilfegruppe] hab i die ersten Kontakte mit richtig Zwangskranke gehabt. Und da hab ich mi dann erst so richtig be, bestätigt gefühlt, dass äh, dass ich nicht alleine bin und dass das mehrere haben und das es eben seelische Macke is“ (Frau Clauss:3).

Bei aller Diskussion der Selbstdiagnostik scheint der leichte und anonymisierte mediale Zugang zu Gesundheitsinformationen die Deutungsarbeit der Betroffenen gerade auf dem Hintergrund der Diskriminierungsangst voranzubringen und die Veröffentlichungsbereitschaft zu stärken.

8 Diskussion und Implikationen für die Praxis

Im Diskussionsteil stelle ich die Ergebnisse meiner vorliegenden Studie mit dem aktuellen theoretischen und empirischen Forschungsstand in Beziehung. Danach erfolgt eine methodische Diskussion mit einem Ausblick für weitere Forschungsbestrebungen. Anschließend lege ich Anregungen für ableitbare Praxisbezüge aus meinen Ergebnissen und eine mögliche Neuorientierung von Hilfen dar.

8.1 Inhaltliche Diskussion der Ergebnisse

Nach Eintritt eines schwer deutbaren Phänomens wird ein dynamischer und komplexer Selbstdeutungsprozess bei Zwangserfahrenen ausgelöst – ein Begriff, der sich treffender zur Beschreibung eignet, als der Begriff ‚Betroffener‘. Im Folgenden erläutere ich diesen Deutungsprozess in Anlehnung an den Ergebnisteil auf der Ebene des Zwangserfahrenen selbst, seiner Interaktion mit den Angehörigen und dem medizinischen Hilfesystem.

In dieser vorliegenden Untersuchung sind folgende Ergebnisse hervorzuheben:

Selbstdeutungsprozesse als Schlüssel zur (Erst-)Inanspruchnahme medizinischer Hilfe

Zu Phänomenbeginn fällt bei den hier Interviewten besonders auf, dass es eher zu Normalisierungstendenzen kommt. Aus dem Wunsch nach eigener Zuständigkeit und Verantwortung werden eigene Deutungsversuche unternommen und es entwickelt sich zunächst kein Hilfebedürfnis. Bei einem meist flexiblen und breiten Normalitätskonzept kann das Wahr- und Ernstnehmen der vielfältigen Phänomene verzögert sein, indem verschiedene

Deutungsmuster in lebensgeschichtlichen Bezügen und Lösungsmöglichkeiten ausprobiert werden. Auch in den theoretischen Modellen zu Latenzprozessen wird auf die Bedeutung der Selbstbehandlung vor einer medizinischen Inanspruchnahme hingewiesen. Wobei Dörner (1977:56f.) aus sozialpsychiatrischer Perspektive diese als „*a k t i v e s P r o b l e m l ö s u n g s - v e r h a l t e n*“ sieht, wertet Kanfer et al. (2006) diese aus psychopathologischer Perspektive im Sinne einer ineffektiven Problemlösefähigkeit. Nach Dörner (1977:57) ist „*die Laien-Entscheidung >>krank<< und das diagnostische Laien-Suchverhalten >>woran liegt es?<< (...) ein wesentliches Stück Selbsthilfe der Individuen und ihrer Gruppen, das der eventuellen späteren medizinischen Diagnostik viel vorwegnimmt.*“ Dagegen betonen Kanfer et al. (2006, 104): „*Viele Personen versuchen nicht nur, ihre Probleme mit ungeeigneten Mitteln zu lösen, sondern investieren die Anstrengungen bei Misserfolg nach dem Modell >>Mehr desselben<<.*“ Nach meinen Ergebnissen scheint Eigenbewältigung zwar die Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe zu verzögern, jedoch auch eine entscheidende Voraussetzung im eigenen Deutungsprozess zu sein. Ähnlich interpretiert Schuster (2007) die Ergebnisse ihrer qualitativen Studie, die deren Bedeutung für die Psychotherapiebereitschaft von langlatenten psychisch oder psychosomatisch erkrankten Patienten herausstellt: „*Es konnte nicht einmal gefunden werden, dass Selbstbehandlung den Weg zur Psychotherapie v e r z ö g e r t, denn sie findet ja im Kontext der Selbstklärung statt*“ (Seite 262).

Wenn eigene Kontroll- und Anpassungsversuche über das Phänomen und die biographische Lebensführung scheitern und Leidensdruck entsteht, stellen das Eingestehen dieses Kontrollverlustes und der Hilfebedürftigkeit einen Wendepunkt für die Deutungsarbeit dar. Diese Faktoren scheinen eine Krankheitseinsicht zu ermöglichen – häufig als erzwungen erlebt – und eine notwendige Bedingung für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe darzustellen, wie auch schon Dörner (1977) und Schuster (2007) zeigen konnten. Die Einordnungssuche bis zum als passend erlebten Deutungsangebot ist Teil des von Strauss et al. (1997) beschriebenen Trajectory-Konzeptes. Gerade der Prozesscharakter der Zusammenarbeit aller an der Krankheitsbe-

wältigung in der Krankheitsverlaufskurve, die auch, wie bei mir fokussiert, den Zeitraum bis zur Diagnosestellung beinhaltet, lässt sich in ihrer Bedeutung für Zwangsbetroffene herausarbeiten.

Die prospektive mittelfristige Verlaufsstudie über Zwangsstörungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter (Zellmann et al. 2008) sieht die Behandlungslatenz als einen prognostisch wichtigen Faktor für den weiteren Erkrankungsverlauf und die psychosoziale Anpassung und fordert eine Verkürzung und Optimierung poststationärer Behandlungen. Nach den Ergebnissen meiner Studie wird die Bedeutung des individuellen, komplexen, dynamischen, aber auch ambivalenten und kontextsensitiven Selbstdeutungsprozesses, der vor der medizinischen Inanspruchnahme erfolgt, übersehen und die im Diagnoseprozess notwendige interpersonelle und kommunikative Passung vernachlässigt (vgl. Kapitel 7.5.2.1). Der Selbstdeutungsprozess stellt zudem einen Prozess dar, der in erster Linie Zeit benötigt.

Definitionsunsicherheit als Schlüssel zur Einordnungssuche

Nach meinen Daten scheint es zu Beginn keine eindeutigen Abgrenzungskriterien zwischen ‚normal‘ und ‚auffällig‘ bzw. ‚psychisch auffällig‘ bei Zwangserfahrenen zu geben. Obwohl oder gerade weil es zur Verschlechterung der Beschwerden kommt, scheint diese subjektive Verunsicherung ein Bedürfnis nach Klärung zu forcieren. Bei dem von Schiepek (2009:2) postulierten Modell „*der systemischen Autonomie*“ in nichtlinearen komplexen Systemen sollen die Eigendynamik und die individuellen Selbstorganisationsprozesse mithilfe eines internetbasierten Prozessmonitorings (Synergetisches Navigationsystem) sichtbar gemacht werden, um „*Unterstützung, Nutzen von Chancen und produktiven Phasen, Früherkennung von hilfreichen oder problematischen Entwicklungen*“ zu erhalten (Seite 5). Dieser Ansatz scheint mir auf die Einordnungssuche Zwangserfahrener übertragbar zu sein, da diese erst in ‚sensiblen Momenten‘ bei einer Instabilität von bedrohlicher Komplexität

zur Deutungssuche überzugehen scheinen. Eine abnehmende Kontrollwahrnehmung, wenn eigene Deutungsmuster nicht mehr greifen, Lösungsversuche versagen, biographische Pläne scheitern und Kontrollverlust in existentielle Not mündet, scheint sich Deutungsdruck zu forcieren und es kann zu einer krankheitsbedingten Einordnung und weiterer Deutungsarbeit kommen. Entgegen Dörner (1977), jedoch übereinstimmend mit Schuster (2007) wird überraschenderweise keine Bedrohungserwartung über den Verlauf und deren kurz- und langfristige psychosoziale Folgen von Zwangserfahrenen antizipiert, so dass sie Definitionsbereitschaft erst in der weiteren Erfahrung mit dem Phänomen erleben. Die vielfältigen, subjektiv schwer fassbaren Phänomenausprägungen können eine starke Definitionsunsicherheit für die Interviewten und eine als Bedrohung empfundene Schwierigkeit, eine Erklärung zu finden, darstellen und können mit innerer Dramatik einhergehen. Unsicherheiten in der Definition einer Erkrankung können lebensweltliche Konzepte von psychischen Erkrankungen und deren Behandlungsvorstellungen sowie eine Gefährdung des Selbstbildes begünstigen, die sowohl im sozialen Umfeld als auch in der Öffentlichkeit weiterhin vorhanden zu sein scheinen. Namenlosigkeit kann eher Unsicherheit und Vorstellungen von Verrücktsein hervorrufen; dieses lässt sich ebenso bei Studien an Psychose Erkrankten (Angermeyer & Matschinger 1997, Schulze & Angermeyer 2003) zeigen. Erste Informationen erhalten Zwangserfahrene häufig durch das soziale Umfeld, das ihren Deutungsprozess paradoxerweise eher verkomplizieren kann, bei einigen Interviewten aber auch über einen medialen Zugang, der eine Veröffentlichungsbereitschaft im medizinischen Hilfesystem bahnen kann. Informations- bzw. Wissensdefizite über die Erkrankung, deren Verursachung und die Behandlung können eine starke Verunsicherung auslösen, die Deutungssuche sowohl initiieren als auch behindern können; diese Befunde replizieren Ergebnisse der qualitativen Studie von Stengler-Wenzke & Angermeyer (2005).

Stigmatisierungsängste als Barriere zur Selbst- und Fremdöffnung

Aus soziologischer (Link 1989) und medizinethischer Perspektive (Gelhaus 2008, Evers 2008) wird auf Diskriminierungsrisiken bei der Etikettierung psychischen Krankseins hingewiesen. In einer ersten qualitativen Studie von Stengler-Wenzke et al. (2004) zu Stigmatisierungserfahrungen von Patienten mit Zwangsstörungen kann gezeigt werden, dass erlebte, jedoch auch vor allem antizipierte Stigmatisierungstendenzen bei Zwangsbetroffenen schon zu Phänomenbeginn zur Verheimlichung als Coping-Strategie führen. Nach den Autoren kann Stigmatisierung in Bezug auf das Bild psychisch Kranker in der Gesellschaft, die interpersonelle Interaktion, den Zugang zu sozialen Rollen und die strukturelle Diskriminierung Veröffentlichungsbereitschaft gefährden. Hierfür finden sich auch deutliche Hinweise in der vorliegenden Untersuchung. Besorgniserregend ist nach meinen Befunden, dass einige Interviewte Diskriminierungsangst als Hintergrund für ihren sozialen Verlust im Lebensplan bewerten, die sich auf gesellschaftliche, jedoch auch auf Selbststigmatisierung zurückführen lässt, was Ergebnisse von Stengler-Wenzke et al. (2004) repliziert. Ernüchternd wird in meinen Befunden deutlich, dass einige Interviewte Selbststigmatisierungen für ihre biographische Entwicklung und das Umschreiben von Lebensentwürfen zeigen.

Meine Untersuchung weist daraufhin, dass hierdurch sowohl Selbst- als auch Fremdöffnung, auch gegenüber medizinischer Hilfe, erheblich gefährdet sind. Der Schutz des eigenen Images für sich und vor anderen und die immer wieder neue Herstellung einer biographischen Kohärenz und das Verhindern des Verlustes sozialer Integrität scheinen dazu zu führen, dass erstes Wahr- und Ernstnehmen des Phänomenbeginns verzögert wird, was Befunde von Angermeyer (2003) bei psychisch Erkrankten und bei Hell (2011), der dieses für die psychotherapeutische Behandlung entwickelt, bestätigt. Nach Stengler-Wenzke et al. (2004:13) führen dabei eigene Akzeptanzprobleme und Stigmatisierungsangst, „-*störungsspezifisch- (...) katastrophalisierend über ihre Zwänge zu denken*“, dazu, dass Zwangserfahrene antizipierte Diskriminierung höher bewerten als Ablehnungserfahrungen im Sinne der Kon-

taktmeidung. Es kommt nach den Autoren zu vermehrter Geheimhaltung und sozialem Rückzug und *„so wenig führt es aber langfristig zu einer wirklichen Hilfe für die Betroffenen, (...) ein verheerender Zwangs-Teufelskreislauf [wird] angeschoben und erschwert jegliche therapeutische Bemühungen“* (Seite 13). Dieser Befund ist in der Schärfe in meinen Ergebnissen nicht zu finden, da diese Studie die Bedeutung der eigenverantwortlichen Selbstbestimmung und der Arzt-Zwangserfahrenen-Interaktion unbefriedigend mit einbezieht. Zudem ist nach meiner Studie mit zu bedenken, ob eine mögliche Selbststigmatisierung nicht auch eine Diskriminierungserwartung initiieren kann bzw. in leidvoller Wechselwirkung zum Tragen kommt, was auch in Stigmauntersuchungen bei schizophren und depressiv Erkrankten vermutet wird (Holzinger, Beck, Munk, Weithass & Angermeyer 2003). In meiner Untersuchung zeigen sich bei einem Kontrollverlust über das Phänomenerleben eklatante Missverständnisse in der Öffentlichkeit, eine Gefährdung der sozialen Integrität und eine Begünstigung von Stigmatisierungserleben. Nach einer Literaturrecherche über subjektive Stigmatisierung psychisch Erkrankter verweist Angermeyer (2003:366) auf *„die [zu] erwartenden negativen Konsequenzen für den Krankheitsverlauf angesichts der ungünstigen Effekte auf das Inanspruchnahmeverhalten und die Compliance mit der psychiatrischen Behandlung“*, was ich auch in meinen Ergebnissen für den Frühverlauf der Zwangsstörung feststellen kann.

Gerade in dem eigenen Schamerleben gewinnt die Konzeptionalisierung ‚Darstellung nach innen und nach außen‘ in meiner Studie besondere Bedeutung, die ich für die eigene Selbstbewertung und die weitere Deutungsarbeit herausgearbeitet habe. Ebenso weist Hell (2011:55) auf das Schamerleben *„als Bruchstelle zwischen Innen- und Außensicht“* hin; Schamkrisen können nach ihm eine *„Chance einer neuen Kohärenzbildung und Selbstdifferenzierung“* (Seite 57) enthalten. Nach dem Autor können sich durch Stigmatisierungen keine Übergänge in neue Kohäsionen entwickeln, so dass Menschen ihr Selbstbild aufrechterhalten und eine einmal erreichte Kohärenzbildung bewahren wollen und es von der Stigmatisierung zur Selbststigmatisierung kommen kann. Hell (2011:57) postuliert, dass *„Menschen, die Scham stark*

abwehren müssen, Beschämungen von Drittpersonen besonders wehrlos ausgeliefert sind, aber auch besonders häufig unter Selbstbeschämungen leiden“, was der Autor für die Arzt-Patienten-Interaktion entwickelt. Hinweise auf Stigmatisierung als Verhinderung neuer Kohärenzbildung zeigen sich auch in der vorliegenden Studie.

Diagnosestellung als Entlastung und Hoffnungsträger!?

Ein weiteres Ergebnis meiner Studie ist die aus Betroffenen­sicht als zentral beurteilte Bedeutung der Diagnosestellung. Wie in der qualitativen Studie von Stengler-Wenzke & Angermeyer (2005:200) gezeigt, kommt es nach den manchmal jahrelangen Behandlungso­dyseen vorrangig zu Entlastung bei Zwangserfahrenen, da nun ihr als schwer handhabbares Phänomenerleben eine Einordnung erfährt und *„zum anderen (...) damit die Hoffnung auf eine (erfolgreiche) Behandlungsmöglichkeit und damit eine potentielle „Heilungs­chance“ verbunden [wird]“*. Die Hoffnungs- und Genesungserwartungen sind in der vorliegenden Studie differenzierter zu beschreiben: Nach meinen Befunden können multifaktorielle Ätiologie­hypothesen, gerade von neurobiologischen Annahmen bei Zwängen (vgl. Hollander et al. 1992, Rapoport 2000, Schiepek et al. 2007) aus der Sicht Betroffener sowohl Stigmatisierung und Schuldvorwürfe verhindern bzw. reduzieren, aber auch die Hoffnung auf Heilungschancen verringern; dieses Ergebnis steht der Studie von Stengler-Wenzke & Angermeyer (2005) entgegen. Es zeigen sich in meiner Studie nach einer Einordnungsannahme auch Stigmatisierungsängste und Gene­ungsverunsicherungen, gerade wenn neurobiologische Ätiologieannahmen erwogen werden. Mit weiterer Erkrankungserfahrung scheinen sich zuneh­mend Erwartungen auf Heilung bzw. Gesundung zu verändern, die eher mit dem orthologischen Konzept von Gesundheit und Krankheit (vgl. Lutz & Marek 1995) in Einklang gestellt werden können, welches das Zusammenwirken von gesunderhaltenden bzw. entlastenden als auch krankmachenden bzw. belastenden Faktoren beschreibt.

Ein demoralisierender Effekt der psychiatrischen Etikettierung, wie bei Angermeyer (2003) und aus einer Recovery-Perspektive (Amering & Bottlender 2009) benannt, kann als Hoffnungs- und Hilflosigkeit in die Entwicklung eines Krankheits- und Handlungskonzeptes einfließen und auch deren Ausbildung stören. Insbesondere Angermeyer (2003) kann zeigen, dass keine der drei Coping-Strategien: Kontaktvermeidung, Geheimhaltung, jedoch auch Aufklärung die demoralisierende Auswirkung mindern konnte, sondern eher noch verstärkt hat. Diese Befunde stehen in Einklang zu meinen Ergebnissen, insofern als demoralisierende Folgen psychiatrischer Diagnosestellung mit zuzubedenken und gesellschaftlich zu diskutieren sind.

Angehörige als Schlüssel oder Barriere zur Problemveröffentlichung

Der Einfluss der Bezugspersonen als Außenstehende und Mitbetroffene (vgl. Kapitel 7.4.1) auf die Deutungsarbeit Zwangserfahrener wird in meinen Befunden sehr deutlich. Im Gegensatz zu der Untersuchung von Schuster (2007:263), die den Einfluss Angehöriger „*als Wegbereiter für Selbstöffnung und Kommunikation*“ sieht, fällt in meinen Ergebnissen auf, dass gerade zu Phänomenbeginn keine Mitteilungsbereitschaft der Zwangserfahrenen ihren Angehörigen gegenüber bzw. Hoffnung auf deren emotionale Entlastung besteht. Diese mangelnde Vertrauensbereitschaft zu Beginn kann wie Schuster (2007:263f.) an einen „*Autonomie-/Hilfe-Konflikt (...) als Schutz gegen erlebte Fremdbestimmung*“ denken lassen und zusätzlich den Schutz vor Gefährdungen des Selbstbildes und der sozialen Integrität mit einschließen lassen. In meiner Studie zeigen sich vergleichbare Ergebnisse zu der Untersuchung von Stengler-Wenzke & Angermeyer (2005), die als Reaktionen Angehöriger Unverständnis, Distanzierung, Hilflosigkeit, Kontrollverlust gegenüber dem Phänomenbeginn, jedoch auch Normalisierungstendenzen berichten, was professionelle Inanspruchnahme verzögern kann. Gerade sozial erwünschte und normengeprägte Verhaltensweisen, retrospektiv Phänomenanfängen zugeordnet, können Normalitätsbewertungen begünstigen und beginnendes

Phänomenverhalten der Zwangserfahrenen verdecken. Zudem können meine Befunde aus Betroffenen- und Angehörigen-sicht die Studie von Trosbach et al. 2003 replizieren, wonach Stigmatisierungsängste bei den Angehörigen, jedoch auch Stigmatisierungstendenzen den Zwangserfahrenen gegenüber auftreten; die Einstellung zu psychischer Erkrankung von Angehörigen scheint gesellschaftlich geprägt Deutungsversuche eher zu behindern. Ergänzend kann in meiner Studie gefunden werden, dass gerade zwangserfahrene Kinder in ihren Eltern keine Vertrauenspersonen sehen, denen sie sich mit ihrem zunehmenden Leidensdruck anvertrauen können; ein genaues Hinhören und konkretes Nachfragen seitens der Bezugspersonen erfolgt nicht. Zudem antizipieren Zwangserfahrene retrospektiv ähnliche Verhaltensbesonderheiten bei Bezugspersonen, die jedoch das Ernstnehmen von Phänomenanfängen bei zwangserfahrenen Kindern eher behindern können. Normalisierungstendenzen, ein Ignorieren von Seiten Angehöriger und eine beiderseitige Störung des Vertrauensverhältnisses scheinen die Deutungsarbeit gravierend zu stören. Entgegen der Studie von Schuster (2007:263) scheinen für Zwangserfahrene Bezugspersonen zum *„Einüben von Selbstöffnung und von Problemlösung durch Kommunikation“* nur eine geringe Bedeutung zuzukommen.

Meine Befunde unterstützen insoweit die Ergebnisse der qualitativen Angehörigenstudien von Trosbach & Geister (2009:159) und Trosbach et al. (2003), in denen sowohl aus Angehörigen- als auch in meiner Studie aus Betroffenen-sicht eine Einflussnahme auf den Phänomenbeginn für möglich gehalten wird und als erste Reaktion Angehörige auf das Wahrnehmen und die zunehmende Involvierung in das Phänomenverhalten Distanzierung zeigen: *„Für den Beginn der Störung wird die Einengung auf Defizite fast durchgängig von allen Angehörigen beschrieben, d. h. die meisten Angehörigen sind zu Beginn kontrollorientiert.“* Weitergehend lässt sich in meinen Ergebnissen finden, dass aus Betroffenen-sicht Bezugspersonen oft erst durch das Sichtbarwerden der Phänomenanfänge im familiären Zusammenleben als Schlüssel, aber auch Barriere für die Deutungsarbeit gewertet werden kön-

nen. In einem Spannungsfeld als Außenstehende und Mitbetroffene wählen sie aus Betroffenen­sicht als nahe liegende Lösungsversuche Distanzierung oder Hilfestellung durch ein Nachgeben und Hineinziehenlassen, wobei beide Strategien durch die mangelnde Einsicht in die Begrenztheit der Kontroll­einwirkung und Einflussnahme Deutungsarbeit verzögern können, jedoch mit unterschiedlichen sozialen Schäden für alle Beteiligten verbunden sind. Durch diese manchmal als massiv erlebte Distanzierung, die in eine existenzielle Not auslösende Eskalationsspirale münden kann, und den für möglich gehaltenen Erhalt von Kontrolle scheinen ein emotionaler Rückhalt und die soziale Integration gefährdet zu sein. Wenn Angehörige sich die Begrenztheit der Kontrollmaßnahmen eingestehen können, kann dieses Deutungsarbeit begünstigen. Im Gegensatz zu den Angehörigenstudien wird in meinen Befunden aus Betroffenen­sicht das Belastungserleben für die Betroffenen durch eine manchmal aggressive innerfamiliäre Auseinandersetzung, ein Ausgrenzungserleben, eine fehlende Empathie und eine Gefährdung sozialer Integrität herausgestellt, so dass Stigmatisierungsangst, aber auch Stigmaerleben fremdinitiierte Deutungsarbeit eher zu unterbinden scheint.

Soziales Eingebundensein und emotionaler Rückhalt scheinen mit der Weiterentwicklung der Verhaltensritualisierungen gefährdet, was im frühen Beginn der Störung von besonderer Bedeutung ist, wie auch in der prospektiven Verlaufsstudie von Zellmann et al. (2008) gezeigt wird. Sowohl erlebte, aber häufiger auch antizipierte soziale Probleme, z. B. beim Partnerschaftsaufbau, können Deutungsdruck sowohl begünstigen als auch behindern; beginnende soziale Desintegration scheint durch wegfallende indirekte Kontrolle der Verhaltensbesonderheiten und Vergleichsmöglichkeiten die Deutungsarbeit Betroffener eher zu erschweren. Auch Dörner (1977) konstatiert, dass das Bereitstehen sozialer Bezugsgruppen als auch deren Verlust Deutungsarbeit sowohl initiieren, jedoch auch gefährden können. Im Gegensatz zu Dörner (1977:59), der Bezugspersonen als „*L a i e n - Z u w e i s u n g s s y s t e m* (>>*lay referral system*<<) *wirksam*“ sieht, scheint bei Zwangserfahrenen selbstinitiierte Hilfesuche anstatt einer Vermittlung oder sogar Druckausübung durch das soziale Umfeld im Vordergrund zu stehen.

Medizinisches Hilfesystem: kommunikative Passung als Schlüssel zum passenden Einordnungsangebot

Vergleichbar mit anderen Studien (Reinecker 1994: 10–12 Jahre, Rachman & Hodgen 1980: 7 Jahre, Hand & Wittchen 1988 und Reinecker & Zaudig 1995: bis zu 10 Jahre, Zellmann et al. 2008: 11 Jahre, Stengler-Wenzke & Angermeyer 2005: mehr als 10 Jahre) wird in meiner Untersuchung eine oftmals Jahre dauernde Einordnungssuche (mehrere Monate bis 45 Jahre) beschrieben. Meine Studie kann die Latenz darüber hinausgehend zwischen Angaben zur Erst-Inanspruchnahme professioneller Hilfe und Angaben bis zur als passend erlebten Einordnung differenzieren; für diese scheint es jahrelanger, individuell zu leistender Deutungsarbeit zu bedürfen, die äußerst störanfällig zu sein scheint (vgl. Kapitel 7.5.2.2). Zudem kann meine Untersuchung Ergebnisse der Studie von Stengler-Wenzke & Angermeyer (2005) replizieren, wonach als erster Ansprechpartner infolge der skurrilen und schwer fassbaren Gestalt des Phänomenverhaltens niedergelassene neurologisch-psychiatrische Fachärzte oder Psychologen bzw. Psychotherapeuten aufgesucht werden und Hausärzte eine untergeordnete Rolle spielen. Ähnliche Ergebnisse lassen sich bei an Schizophrenie Erkrankten bei Fuchs & Steiner (2002) finden.

Vergleichbar negative Erlebnisse im fachärztlichen Bereich beschreiben die von mir Interviewten, wie in der Studie von Stengler-Wenzke & Angermeyer (2005:200), in der *„vom mangelndem Fachwissen, geringem Einfühlungsvermögen und Unverständnis für die skurrilen, bizarren Phänomene“* berichtet wird. Meine Ergebnisse lassen sich dahingehend differenzieren, dass der interpersonellen und kommunikativen Passung eine stärkere Bedeutung zukommt und sie als Schlüssel für den gemeinsamen Dialog, in dem notwendige Informationen zur Sprache kommen und es für die Zwangserfahrenen zur annehmbaren Einordnungsstellung kommt, gesehen werden kann. Selten bahnt der Hausarzt, vielleicht auch aufgrund eines gewachsenen Vertrauensverhältnisses mit ausreichender interpersoneller Passung, die Veröffentlichungsbereitschaft, aus der eine sofortige Diagnosestellung erfolgt.

Die Erfahrungen der von mir interviewten Zwangserfahrenen mit der Diagnosestellung im professionellen Hilfesystem stehen im Einklang mit Ergebnissen der Versorgungsstudien von Berger et al. 2000, Kruse et al. 2004 und Hardt et al. 2009, in denen als Einflussfaktoren vorrangig somatische Abklärungsversuche, ein kontrollierender Interaktionsstil im Arzt-Patienten-Gespräch und eine Behandlung wegen anderer Beschwerden und Geheimhaltung von psychischen Beschwerden, auch von Zwangsphänomenen, benannt werden. Nach meinen Daten scheint es weitergehend Hinweise auf eine mangelnde interpersonelle und kommunikative Passung zwischen Arzt und Zwangserfahrenen gerade im Erstkontakt und ein unsicheres Nutzen der Eigenautonomie zu geben; eine ungünstige Wechselwirkung zwischen ärztlicherseits mangelnder Informationsbereitschaft in der Diagnosestellung und womöglich unzureichendem Fachwissen und betroffenerseits eine mangelnde Nachfrage trotz ihres Bedürfnisses nach Information und nach Diagnoseeinschätzung scheint diesen Prozess zu verkomplizieren. So fordert auch Körfer, Köhle, Olbiers, Sonntag, Thomas & Abus (2008:36) *„in Analogie zur „evidence based medicine“ (...) eine „narrative based medicine“ (...), nach der die Erzählung ideale „Brückenfunktionen“ für den kommunikativen Austausch zwischen Arzt und Patient wahrnehmen kann.“* Information wird als *„dialogischer Wissens- und Verstehensprozess“* und Verantwortung als *„gemeinsame Kontrolle in gegenseitigem Vertrauen bei beidseitiger Autonomie“* verstanden (Körfer et al. 2008:41). Meine Ergebnisse liefern Hinweise auf die Bedeutung wechselseitiger vertrauensvoller Kommunikation, Autonomieanerkennung und narrativer Kompetenz, für die beide in der Gestaltung verantwortlich sind.

Wie Schielein, Klein, Hübner-Liebermann & Spießl (2008) die Möglichkeiten und Grenzen der Online-Beratung bei depressiv Erkrankten und Eichenberg (2003) bei Zwangserkrankten darlegen, scheint nach meinen Ergebnissen – bei aller Diskussion der Selbstdiagnostik – der leichte und anonymisierte mediale Zugang zu medizinischen Fachinformationen gerade bei der Diskriminierungsangst Zwangserfahrener die Deutungsarbeit voranzubringen, die Kommunikationsschwellen zu verringern und die Veröffentlichungsbereit-

schaft zu stärken. Spezifisches Wissen von Zwangserfahrenen stellt eine wichtige Säule für die gemeinsame Aushandlung der Problemdefinition dar. In meinen Befunden lässt sich hervorheben, dass der eigene Klärungsversuch mithilfe verschiedenster Medien die eigene Verantwortung zur Entwicklung eines Krankheits- und Handlungskonzeptes zu stärken scheint. Die direkte Arzt-Zwangserfahrenen-Interaktion scheint jedoch zur Annahme des passenden Einordnungsangebotes besondere Bedeutung zuzukommen.

Nach meinen Ergebnissen stellt die Einordnungssuche einen ambivalenten, komplexen, störanfälligen, individuell zu leistenden Deutungsprozess dar, der von vielfältigen Faktoren sowie der dynamischen und prozessualen Struktur dieser Interaktionen beeinflusst zu werden scheint. Diese Aspekte scheinen in den Studien von Stengler-Wenzke & Angermeyer (2005) und Zellmann et al. (2008 und 2009) unterschätzt bzw. vernachlässigt zu werden: Alltagsweltliche Konzepte über psychische Erkrankungen, die familiäre bzw. partnerschaftliche Beziehungsqualität, die komplexe, dynamische interpersonelle und kommunikative Passung in der Arzt-Zwangserfahrenen-Interaktion und die Bedeutung der Eigenautonomie sind in ihrer Bedeutung für weitere Untersuchungen beachtenswert. Ebenso sind kontextbezogene Aspekte, wie gesellschaftliche Stigmatisierungstendenzen, das Medien-Informationsangebot, Versorgungsstrukturen, insbesondere Erreichbarkeit und gesundheitspolitische Faktoren, vor allem Finanzierung von Gesprächsleistungen, in weitere Forschung mit einzubeziehen.

Die ethische Perspektive als Rahmung

Der Selbstdeutungs- und Diagnoselatenzprozess in seiner Bedeutung für die Selbstklärung ist auch mit der Empowerment-Perspektive (vgl. Herriger 2006:72ff., vgl. auch Lenz 2009) mit ihrer nicht-defizitären Menschenbildannahme, einem Verzicht auf pädagogische Zuschreibung von Hilfebedürftigkeit, auf enge Zeithorizonte und standardisierte Hilfepläne sowie einer Ak-

zeptanz von Eigen-Sinn zu vereinbaren. Diese normativ-ethische Haltung stellt sich auch in dieser Untersuchung als zentral für die Interaktion mit Zwangserfahrenen heraus. Auch Schuster (2007) verweist auf „*einen zeitverbrauchenden Prozess*“ (Seite 267) – ein Aspekt, der „*sich nicht forcieren läßt*“ (Seite 268). Wie schon Silvers (1994) postuliert, ist nicht die Normalisierung, sondern die Ausrichtung an den Bedürfnissen der Erkrankten, aber auch an eigenen Selbst- und Lebensvorstellungen erforderlich. Eine Haltung einzunehmen, die Eigenverantwortung stärkt und nicht die Pflicht des Zwangserfahrenen zur Deutungssuche herausstreicht, zeigt sich ebenso in meiner Studie. Jedoch kann nach meinen Befunden das Idealbild in der Empowerment-Perspektive aufgrund ihrer Überbetonung der Eigenverantwortung hinterfragt werden und es scheint eher eine gegenseitige Kompetenzanerkennung, jedoch unter Hinzuziehen von Fürsorgeaspekten, datenbasiert zu sein. So stellt auch Geisler (2003:6) heraus: „*Kommunikationsstörungen und -defizite in der modernen Medizin (...) sind sowohl Ursache, als auch Symptom einer sich paradigmatisch ändernden Medizin, die sich mehr und mehr vom Prinzip der Fürsorge entfernt und starre Autonomiekonzepte verfolgt*“. Nach Nowak (2011:12) „*fehlt auch eine interdisziplinär geführte Theoriediskussion, die Interaktion, Partizipation und Empowerment als komplexe soziale Prozesse aus linguistischer, psychologischer und soziologischer Perspektive ausreichend erklären kann*“. Die Erkenntnisgewinnung aus unterschiedlicher Perspektive wird auch nach meinen Ergebnissen als erfolgsbringend gesehen.

Die Versorgungsstudie von Kruse et al. (2004) hebt mangelnde interaktive Kompetenzen sowohl von Gesprächstechniken als auch bei der inneren Haltung für eine Nicht-Identifikationsrate von psychischen Erkrankungen von 39,2 % bei Hausärzten hervor, wohingegen nach meinen Ergebnissen auch die Selbstbestimmung neben dem manchmal unzureichenden Fachwissen Deutungsprozesse mit zu beeinflussen scheinen. Auch Menz, Novak, Rappl & Nezhiba (2008) bemängeln, dass es noch immer keine befriedigende Forschungslage trotz deutlicher Anzeichen von Problemen in der kommunikativen Kompetenz in Ausbildung und Praxis gibt und keine wissenschaftlichen

Untersuchungen vorliegen, die das komplexe Geschehen der Arzt-Patienten-Interaktion hinreichend abbilden.

Schröder (2010:93) postuliert, ähnlich wie Franke (2006, vgl. Kapitel 3.1), die es jedoch zurückhaltender beurteilt, dass sich *„in den letzten Jahrzehnten – mit dem beginnenden Paradigmenwechsel von einem biomedizinischen zu einem biopsychosozialen Ansatz (...) in der Medizin eine ‚kommunikative Wende‘ (vollzieht)“*, was sich mit meinen Ergebnissen nur bedingt deckt, da die interpersonelle und kommunikative Passung in der Arzt-Zwangserfahrenen-Interaktion noch deutlich ausbaubar scheint. Schröder (2010:6) betont, dass *„das Gelingen der Interpretation und der Aufbau einer gemeinsamen Wirklichkeit (...) auf der Dialogfähigkeit der Beteiligten“* beruht. Ebenso fordert Körfer et al. (2008): *„Insgesamt ist die strikte Alternative zwischen einer bloß a r z t z e n t r i e r t e n und einer bloß p a t i e n t e n z e n t r i e r t e n Medizin aufzuheben zugunsten einer dialogzentrierten Medizin“* (Seite 42). Dieses scheint nach meinen Befunden noch ungenügend in der Versorgungsrealität (vgl. Kapitel 7.5.2.2) gespiegelt zu sein.

Bedenkenswert ist nach meiner Untersuchung, dass weiterhin eine Wechselwirkung zwischen einer möglichen Selbststigmatisierung und *„institutioneller Stigmatisierung“* (Hagenah 2008:218) in der Arzt-Zwangserfahrenen-Interaktion zu bestehen scheint, die sich als Barriere für eine frühzeitige Diagnosestellung und damit Behandlungsoption erweisen kann, wie es auch in den Studien von Stengler-Wenzke & Angermeyer (2005) und Berger et al. (2000) angedeutet wird. Die Studie von Zellmann et al. (2008) scheint dagegen diesen Aspekt unterzubewerten. Nach meinen Befunden können lebensweltliche Konzepte von Verrücktsein mit dem medizinischen Konzept der schnellen, offenen Beschwerdeschilderung, des kurzen diagnostischen Nachfragens und der Vermittlungs- und Informationsdefizite über Diagnosestellung und Überweisungsempfehlung in Konkurrenz geraten und sich somit einer gemeinsamen und vertrauensvollen Aushandlung entziehen. Stigmatisierende Haltungen bei Ärzten scheinen möglicherweise diese gemeinsame Problemdefinition noch zu erschweren, was Befunde von Gaebel et al.

(2004) & Arens et al. (2009) zu bestätigen scheint.

Bei den neuen Modellen evidenzbasierter Medizin mit ihrer Anwendung von Leitlinien und dem gesundheitspolitischen Projekt der Einrichtung von Diagnostikzentren bleibt abzuwarten, ob kommunikative Beziehungsaspekte eine ausreichende Berücksichtigung in einer von Schröder (2010:12) geforderten „*hohe[n] Kommunikations-, Beziehungs- und Sprachkultur*“ finden werden. Beziehungsaspekte und Einfühlungsvermögen scheinen nach einer Studie von Langewitz (1996 nach Kruse et al. 1998) jedoch durch Trainingsprogramme nur bedingt erlernbar.

Nach der hier vorliegenden Studie wäre es wünschenswert, dass ethische Perspektiven in der medizinischen Versorgung und Ausbildung wieder in den Vordergrund gerückt werden, wie es Hontschik (2008:18) pointiert, „*denn nicht Krankheiten gilt es zu behandeln, sondern Kranke*“.

8.2 Methodische Diskussion der Ergebnisse: Geltungsbereich des Modells

Nach den in Kapitel 6.5 diskutierten Gütekriterien gehe ich abschließend auf den Geltungsbereich meines entwickelten Modells und auf die Reflexion des Theorieentwicklungsstandes mit Anregungen für weitere Forschungen ein.

Geltungsbereich des Modells

Strauss (1998:303ff.) und Strauss & Corbin (1996:146) unterscheiden zwischen bereichsbezogenen und formalen Theorien, wobei eine bereichsbezogene Theorie einen begrenzten Bereich bzw. einen Situationstyp abbilden und eine formale Theorie⁷² allgemeingültigere Aussagen über verschiedene

⁷² Das von Strauss (1993) und Corbin & Strauss (2004) entwickelte Verlaufskurvenkonzept

Situationstypen hinweg in einem übergeordneten Gegenstandsbereich treffen möchte. Hiernach ist die hier vorgelegte Modellierung über Bedingungsfaktoren der Einordnungsannahme eines Zwangsphänomens für ihre Verhaltensbesonderheiten als eine bereichsbezogene Theorie einzuordnen. Als Grenze des Geltungsbereiches des entwickelten Theorieentwurfes ist die Charakteristik der Stichprobe zu sehen, indem nur Interviewpartner gewählt werden, deren Ziel eine medizinische Deutungssuche darstellt. Interessant wäre, wie sich das vorgestellte Modell bzw. einzelne Bedingungsfaktoren, z. B. das Finden eigener Lösungswege oder der innerfamiliäre Umgang, modifizieren oder anders gewichten lassen, wenn die medizinische Etikettierung abgelehnt wird. Es ist eine Gruppe Zwangserfahrener denkbar, die trotz Leidensdrucks keinen Kontakt zum medizinischen Hilfesystem wünscht, wie es sich auch in der antipsychiatrischen Bewegung finden lässt. Zudem ist der Feldzugang bei der Rekrutierung von Interviewpartnern zu hinterfragen, wonach kooperative und selbstreflexionsfähige Interviewpartner ihre Bereitschaft zur Teilnahme erklärt haben, die sich vornehmlich im Selbsthilfemilieu bewegen, bis auf Herrn Engel, der jedoch einen ersten Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe aufgenommen hat. Somit ist von einer gewissen positiven Selektion im Sinne der Fragestellung auszugehen. Interessant wäre es, den Feldzugang zu erweitern und außerhalb des Selbsthilfemilieus und auch außerhalb medizinischer Deutungssuche Interviewpartner in die qualitative Untersuchung einzubeziehen. Des weiteren scheinen eher Interviewpartner ihre Teilnahmebereitschaft erklärt zu haben, die als schwer Erkrankte einzustufen sind, da alle Interviewten bisher mehrjährige Behandlungsversuche unternommen haben. Eine Erweiterung der Stichprobe auf remittierte, vielleicht auch unbehandelte Zwangserfahrene ist denkbar und könnte zu Ausdifferenzierungen meines Theorieentwurfes beitragen (vgl. Kapitel 6.4).

Im Fokus meiner Untersuchung steht die Deutungsarbeit bis zur Einordnungsannahme und dem sich in dem Zeitrahmen entwickelten Deutungs- und Handlungskonzeptes. Diese Eingrenzung der Forschungsfrage emer-

(vgl. Kapitel 4.3) stellt eine derartige formale Theorie dar.

giert sich aus inhaltlichen (vgl. Kapitel 6.2), wird jedoch auch aus forschungspraktischen Überlegungen getroffen. Wie sich jedoch in dem Datenmaterial andeutet, entwickeln die Zwangserfahrenen mit weiterem Erfahrungs- und Wissenszuwachs ein ausdifferenziertes Krankheits- und Handlungskonzept. Daher ist es meines Erachtens gewinnbringend und bedeutsam, den weiteren Annahmeprozess auch im Rahmen einer prospektiven Langzeituntersuchung weitergehend zu rekonstruieren, um Hinweise für tragfähige Krankheitskonzepte Betroffener, jedoch auch für das Erarbeiten eines therapeutischen Konzeptes zu erhalten.

Meine qualitative Theoriebildung versucht, kontextsensitiv Rekonstruktionen über den Gegenstand zu ermöglichen, deren Übertragbarkeit auf andere Kulturen, Zeiten, gesellschafts- und gesundheitspolitische Entwicklungen nur hypothetisch möglich ist. Weitere kulturvergleichende Untersuchungen, zu anderen historischen Zeitfenstern oder geographischen Verortungen (vgl. Kapitel 2.3) könnten meinen theoretischen Modellentwurf gegebenenfalls modifizieren.

Um zu einer formalen Theorie über den Deutungsprozess im Frühverlauf von psychischen Erkrankungen zu gelangen, wäre es notwendig, Interviewpartner mit einzubeziehen, die mit Zwangsspektrumserkrankungen, wie u. a. Gilles-de-la-Tourette-Syndrom, Tics, Autismus, Anorexia nervosa, körperdysmorpher Störung, wahnhaften Störungen, Depersonalisationssyndrom, Kleptomane und Trichotillomanie, jedoch auch mit anderen psychischen Erkrankungen, wie vornehmlich Psychose, Angst und Depression, Erfahrungen haben. Dieses könnte zur Entwicklung einer formalen Theorie, jedoch auch zur Spezifizierung und Differenzierung meines bereichsbezogenen Modells über Zwang beitragen.

Reflexion des Theorieentwicklungsstandes

In dieser hier vorliegenden Arbeit habe ich die methodologischen und me-

thodischen Verfahren der Grounded Theory (Strauss 1998, Strauss & Corbin 1996) mit ihren Einzeltechniken in Anpassung an meine sich fokussierende Fragestellung angewendet (vgl. Kapitel 6.3). Meinen Theorieentwurf emergiere ich aus dem Datenmaterial und illustriere ihn mit zahlreichen exemplarischen Interviewzitatzen. Bei einer nach Samplingkriterien und forschungspraktischen Gründen erfolgten Fallauswahl konnte ich in die Theoriemodellierung eine Variationsbreite über Dauer der Einordnungssuche, unterschiedliche Zwangsformen und deren Verlaufscharakteristika, unterschiedliche Gestaltung der Deutungssuche, verschiedene Beziehungs- und Familienstatus und berufliche Entwicklungsstände vor und nach Eintritt des Zwangphänomens sowie soziales Milieu, Art und Anzahl von Vorbehandlungen, Alter, Geschlecht und geographische Verortung einfließen lassen. Um die Konsistenz des entwickelten Theorieentwurfes zu erhöhen, konnte ich die Interpretationen in einer Forschungsgruppe reflektieren. Insbesondere wurde die Art der Darstellung der Interviewpartner über ihren Phänomenbeginn des Öfteren diskutiert, so dass ich daraus ein breites und flexibles Normalitätskonzept der Zwangserfahrenen ableiten konnte (vgl. Kapitel 7.1.1.1). Zudem konnte ich vor meinem professionellen Hintergrund psychologische Begrifflichkeiten für Kategorienanwärter reflektieren.

Die Samplingsuche beendete ich aus forschungsmethodischen, jedoch auch forschungspraktischen Kriterien, so dass meine datenbegründete Theorie als Theorieentwurf zu verstehen ist, deren Sättigung sich durch eine weitere Fallkontrastierung noch erhöhen ließe. Einzelne Kategorien meines Theorieentwurfes, wie z. B. die kommunikative und interpersonelle Passung in der Arzt-Zwangserfahrenen-Beziehung und erste aus den Daten herausgearbeitete Hinweise auf diese Kriterien, die zumeist negative Erfahrungen der Zwangserfahrenen weitergehend erhellen könnten, sowie auch ökologische Aspekte, z. B. Fachwissen im medizinischen Versorgungssystem und dessen Versorgungsstruktur, ließe sich mithilfe weiterer Fälle gewichten und spezifizieren. Die bisherigen Daten haben wenig Informationen über geschlechtsspezifische Phänomene deutlich gemacht, dieses ließe sich mit einer Fallausweitung prüfen. Risikofaktoren bei sich gesellschaftlich ändernden Rol-

lenerwartungen könnten gewinnbringend in die Forschungsbemühungen aufgenommen werden. Gerade der sich als fruchtbringend erweisende Fokus auf interaktionelle Aspekte könnte durch Einbezug der subjektiven Sicht- und Konstruktionsweisen von engen Bezugspersonen, wie Partnern im gemeinsamen und getrennten Haushalt, Kindern, Eltern, Geschwistern, und im professionellen Hilfesystem von Fach-, Hausärzten und Psychologen als Interviewpartner forschungsvoranbringend werden. Auch eine Erweiterung mit Großeltern und Freunden, jedoch auch Kindergärtnern und Lehrern erscheint nutzbringend zur Modelldifferenzierung zu sein. Dieser komplexe und dynamische Prozess in der Interaktion von Zwangserfahrenen und Anderen kann eine lohnende Forschungsausweitung sein, um den Deutungs- und dessen Entwicklungsprozess bei Zwangsphänomenen zu spezifizieren.

Des Weiterem ist kritisch anzumerken, dass alle Interviewpartner die Rekonstruktion ihrer Deutungssuche aus der Perspektive der erfolgten Zwangsdiagnose führen. Hier könnte es ergiebig sein, auch Interviewpartner, die sich in der Normalitäts- bzw. Problemdeutungsphase befinden, in die Modellierung zur weiteren Spezifizierung des Theorieentwurfes einzubeziehen; so könnte ich es mir auch vorstellen, zwangserfahrene Kinder zeitnah zu ihren Sichtweisen erzählen zu lassen. Dies könnte für die Aufklärungsarbeit bei Eltern, jedoch auch Kindergärtnern und Lehrern und für das medizinische und psychologische Versorgungssystem von besonderem Nutzen sein. Die geringe Stichprobengröße von 12 Interviewten ließe sich mit den bisher genannten Fallkontrastierungen noch vergrößern, so dass meine Modellierung weitere Spezifität erhalten kann. Quantitative Untersuchungen könnten dann gegebenenfalls einzelne Bedingungsfaktoren meiner Modellierung überprüfen, ggf. modifizieren. Insbesondere scheint bei Untersuchungen über den Deutungsannahmeprozess im Frühverlauf psychischer Erkrankung die Einbeziehung unterschiedlicher Perspektiven, wie psychologisch, medizinisch, soziologisch, linguistisch und medizinethisch, zielführend zu sein, um psychosoziale Sachverhalte zu erhellen (vgl. Kapitel 8.1).

Mit Breuer (2010:110f.) ist „von einem vorläufigen und relativen Abschluss der Theorieausarbeitung [zu] sprechen (...) [und das] Ende des Forschungsprozesses von einer gewissen epistemologischen Offenheit gekennzeichnet“, der es sich in fachbezogener Diskussion zu stellen gilt.

8.3 Implikationen für die Praxis

Aus den Ergebnissen meiner Analyse lassen sich Implikationen für die Praxis für präventive, sozialpsychiatrische Ansätze und therapeutische Hilfsangebote ableiten.

Der Latenzprozess bzw. die Einordnungssuche bei Zwangsbetroffenen scheint entgegen der Studie von Zellmann et al. (2008) aus Betroffenenensicht als komplexer, dynamischer, kontextsensitiver Selbstdeutungsprozess eine hohe Bedeutung für das als passend beurteilte Deutungsangebot eines schwer deutbaren und schambesetzten Zwangsphänomens zu spielen und ist nicht nur als Verschlechterung des Krankheitsverlaufes zu werten. Häufig scheint erst bei Eingeständnis eines Kontrollverlustes und Auswirkungen auf die psychosoziale Lebensgestaltung eine Einordnung als krankhaft und damit eine medizinische Abklärung als notwendig, im eigentlichen Sinne des Wortes ‚um Not zu wenden‘. Nach meiner Analyse gilt es, den subjektiven Deutungsweg des Zwangserfahrenen seit Phänomenbeginn wertzuschätzen. Diese lebensweltliche Perspektive gilt es in den Diagnose- und Behandlungsprozess im medizinischen Hilfesystem noch weiter zu integrieren, jedoch weniger aus pathologisierender Perspektive (vgl. Kanfer et al. 2006; auch Zellmann et al. 2008), sondern eher um mögliche Schuldfragen der Behandlungsverzögerung und der Krankheitsrisiken abzubauen. Bei dem Einfluss des Einordnungszeitraums auf den Erkrankungsverlauf der hier Interviewten zeigt sich nicht notwendigerweise eine Verschlechterung, sondern die Entwicklung eines Deutungskonzeptes mit Ausprobieren verschiedenster Deutungsmöglichkeiten und Lösungsversuche scheint für die Zwangserfahrenen im Vordergrund zu stehen.

Nach meinen Ergebnissen kann dieser individuelle Deutungsprozess von vielfältigen sozialen Interaktionen beeinflusst sein. Es gibt Hinweise, dass Diskriminierungsrisiken eine erhebliche Relevanz auf die Mitteilungsbereitschaft sowohl im sozialen Umfeld, jedoch auch im medizinischen Versorgungssystem darstellen. Diese Barriere zwischen Innen- und Außenwahrnehmung scheint die Deutungsarbeit maßgeblich zu bedingen, zumeist zu verzögern. Stigmatisierungen, jedoch auch Selbststigmatisierungen können eine Gefahr für die soziale Integrität sowohl in der Bewältigung des Erkrankungsbeginns als auch des Erkrankungsverlaufes und der Lebensgestaltung bedeuten. Hier ist es von besonderer Notwendigkeit, Aufklärungsarbeit in der Öffentlichkeit und im medizinischen, auch fachärztlichen Versorgungsbereich zu intensivieren. Neurobiologische Annahmen können nach meiner Studie die Krankheitsannahme begünstigen, jedoch auch Hoffnung auf Heilungschancen verringern, was in ihrer Bedeutung für die gemeinsame Aushandlung eines Krankheits- und Behandlungskonzeptes im Einzelfall zu diskutieren ist. In der prospektiven Verlaufsstudie von Zellmann et al. (2009) wird trotz verbesserter Behandlungsmöglichkeiten eine Persistenzrate von 46,7 % gefunden, so dass dieses Ergebnis nicht einseitig der Eigenverantwortung der Betroffenen zuzuschreiben ist, sondern zeigt, dass noch nicht hinreichend effektive Behandlungsmöglichkeiten bestehen und weiterer Forschungsbedarf besteht. Der breiten Öffentlichkeit solche Befunde zugänglich zu machen, könnte auch einer öffentlichen Stigmatisierung entgegenwirken bzw. über deren Abbau auch die Einordnungssuche verkürzen. Selbsthilfeorganisationen haben sich bisher schon in dieser zentralen Aufgabe der Aufklärung bewährt. Die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ) schließt hier Lücken mit ihrer Öffentlichkeitsarbeit, mit ihren gut aufbereiteten, verständlichen Basisinformationen, ihrem umfangreichen Internetangebot und ihrem Fortbildungsangebot für Mediziner und Psychotherapeuten. Ihren geplanten Aufklärungsprojekten in Schule und Kindergarten kommt besondere Relevanz zu, da die Verantwortungsübernahme gegenüber zwangserfahrenen Kindern durch Angehörige Risiken ausgesetzt erscheint. Ich möchte mich Hoffmann-Richter (2003:353f.) anschließen: „*Stigmatisie-*

rung psychischen Krankseins (...) – ob wir es wollen oder nicht – [ist] Teil unserer Kultur (...) [und] bei der Öffentlichkeitsarbeit geht es nicht primär um Informationen, sondern um Arbeit an der Kultur.“

Die Interaktion mit Bezugspersonen als Außenstehende und als Mitbetroffene ist in ihrer komplexen Wechselwirkung für die Deutungsarbeit der Zwangserfahrenen mitzubewerten. Deren Normalisierungstendenzen, ihr Bemühen um eigene Kontrollmaßnahmen und ihre Haltung den Betroffenen gegenüber mit Gefahr der sozialen Desintegration scheint eher Deutungsarbeit zu verzögern, als zu bahnen, so dass Angehörige frühzeitig in therapeutische Konzepte eingebunden werden sollten; insofern kommt dem außerfamiliären Umfeld, wie Erziehern und Lehrern, eine besondere Relevanz zu.

Der Arzt-Zwangserfahrenen-Interaktion kommt in der Einordnungsstellung bzw. der Einordnungsabsicherung im Zuge vermehrter Nutzung medialer Quellen mit leichter verfügbarem und zunehmend vertrauenswürdigerem Zugang zu Informationen eine zentrale Bedeutung zu. Für die Annahme der Einordnung scheint die direkte und eindeutige Bestätigung durch das fachspezifische Hilfesystem weiterhin notwendig zu sein. Diese je spezifische kommunikative Aushandlung, die die Selbstöffnung eines häufig mit Scham besetzten Phänomenerlebens ermöglicht, stellt eine hohe Herausforderung an beide Seiten dar. Diskriminierungsrisiken, auch im fachärztlichen Versorgungssystem, können Hinweise auf eine innere Einstellung und Haltung gegenüber psychisch Erkrankten geben, deren Klärung unabdingbar zu sein scheint. Eine postulierte Paradigmenänderung zu einer dialogzentrierten Perspektive in der Medizin scheint in diese Richtung zu weisen, welche Diagnose- bzw. Einordnungslatenz verkürzen könnte (vgl. Körfer et al. 2008). Das Angebot von kommunikativen Trainingsprogrammen, z. B. das Düsseldorfer Schulungsprogramm (Tress 1997) und das Kölner Kommunikationsmanual (Körfer et al. 2008), jedoch mit ethischer Diskussion (vgl. Hontschik 2008, vgl. Schröder 2010) und narrativen Ansätzen (vgl. Körfer et al. 2008) ergänzt, erscheinen im Rahmen der psychosomatischen und psychiatrischen Grundversorgung notwendig, zudem scheint Weiterbildungsbedarf zu bestehen. Als gesund-

heitspolitische Aufgabe müssen kommunikative Leistungen ausreichend finanziert werden, da der Zeitaspekt zur Herstellung einer kommunikativen Passung unerlässlich erscheint. Der gesellschaftliche und gesundheitspolitische Umgang mit subklinischen Formen hinsichtlich Behandlungsoption müssen neu diskutiert werden.

Meine Befunde stehen in Verbindung mit dem Konzept des ‚informierten‘ und ‚empowerten‘ Zwangserfahrenen, das jedoch mit dem Konzept der Fürsorge erweitert werden muss, weil auch eine ‚Verantwortungsverlagerung‘ nicht auszuschließen ist. Aktuelle Diskussionen um Kunde und Leistungserbringer, aber auch frühere um Klient und Professioneller oder Arzt und Patient mit den dahinter stehenden Menschenbildannahmen sind somit kritisch zu führen (vgl. Geisler 2003, vgl. Körfer et al. 2008). In Einklang mit den Ergebnissen meiner Studie ist Geisler (2003:8) zu folgen, dass es um die Vermittlung einer ärztlichen Grundhaltung geht, die *„ausgerichtet ist auf den jeweils einen Patienten aus „Fleisch und Blut“, die die Selbstausslegung seines Krankseins in die Entscheidungsfindungen einbezieht und die versucht, der Einmaligkeit seines Leidens gerecht zu werden“* und den individuellen komplexen Prozess der Deutungs- und Handlungsaneignung für dieses schwer fassbare Zwangsphänomen zu würdigen weiß.

Gerade diese soziologische und medizinethische Perspektive bedarf vermehrter Berücksichtigung sowohl in der öffentlichen als auch gesundheitspolitischen Diskussion und in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Psychotherapeuten.

9 Zusammenfassung der Ergebnisse

In der Forschungsliteratur wird auf die Bedeutung der Latenz für den weiteren Erkrankungsverlauf mit der Gefahr psychosozialer Beeinträchtigungen bei Zwangserfahrenen hingewiesen, jedoch gibt es wenig wissenschaftliche Kenntnisse über deren komplexen subjektiven Bedingungsfaktoren. Die vorliegende qualitative explorative Untersuchung versucht, anhand einer Analyse von zwölf narrativen Interviews mittels der Grounded-Theory-Methodik zu deren Erhellung beizutragen.

Bei Eintritt eines schwer fassbaren Phänomens kann ein dynamischer Selbstdeutungsprozess als Schlüssel für die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe angesehen werden. Der individuelle Weg der Zwangserfahrenen mit der je eigenen Zeitperspektive, wie sie mit ihren ‚Symptomanfängen‘ biographische Kohärenz und Kontinuität und soziale Integrität herzustellen versuchen, ist anzuerkennen. Zu Beginn lassen sich in Folge der Deutungsarbeit über die vielfältigen Phänomene eher Normalisierungstendenzen auffinden. Zwangserfahrene scheinen nur wenig Vertrauensbereitschaft für eine Problemveröffentlichung zu besitzen. Gerade auch zwangserfahrene Kinder und Jugendliche können sich engen Bezugspersonen als Vertrauenspersonen selten mitteilen. Angehörige werden als Außenstehende und Mitbetroffene in die Ritualisierungen zunehmend einbezogen, wobei diese sowohl durch ihr Tolerieren als auch ihre Einflussnahme Hilfesuchverhalten der Zwangserfahrenen eher zu behindern scheinen. Involviertsein der Bezugspersonen kann als Gefährdung des Selbstbildes und des emotionalen Rückhaltes fremdinitiierte Deutungsarbeit verzögern.

Häufig erst bei einer Instabilität von bedrohlicher Komplexität scheinen Zwangserfahrene zur weiteren Deutungssuche überzugehen. Das Eingeständnis von Definitionsunsicherheit, Kontrollverlusten auf Ebene des Phänomenerlebens und der psychosozialen Gestaltungsmöglichkeiten scheint Deutungsdruck und eine krankheitsbedingte Einordnung zu begünstigen. Erlebte, jedoch auch antizipierte Stigmatisierungen können die Veröffentli-

chungsbereitschaft zu engen Bezugspersonen, jedoch auch im professionellen Hilfesystem und damit weitere Deutungsarbeit erschweren. Das eigene Schamerleben wird als subjektive Barriere zur Selbst- und Fremdöffnung erlebt; es finden sich Hinweise auf Selbststigmatisierung, die Kohärenzbildung gefährden kann. Die als plausibel beurteilte Diagnosestellung wird jedoch häufig als Entlastung und Hoffnung gebend wahrgenommen.

Das medizinische Hilfesystem scheint bei ihrer Diagnosestellung oder zur Bestätigung medial erworbener klinischer Einordnungen durch die Zwangserfahrenen Bedeutung für die Deutungsannahme als Zwangsphänomen zu haben. Gerade die interpersonelle und die kommunikative Passung zwischen Arzt und Zwangsbetroffenen erscheint notwendig, damit ausreichende Informationen zur als passend beurteilten Diagnosestellung zur Sprache kommen, wobei die Eigenautonomie bzw. Selbstbestimmung mit zu bedenken sind: zwei Aspekte, die in der bisherigen Forschung unzureichend beachtet werden. Erste Ansprechpartner sind zumeist psychiatrisch-neurologische Fachärzte; Hausärzte haben eine untergeordnete Rolle. Jedoch auch Fachärzte werden durch Informations- und Vermittlungsdefizite, geringes Feingefühl und Fürsorge sowie unbefriedigendes Fachwissen aus Betroffenenensicht wahrgenommen. Eine Wechselwirkung zwischen Selbststigmatisierungs- und institutioneller Stigmatisierungsneigung lässt sich nicht ausschließen, was sich auch als mögliche Barriere für eine frühzeitige plausible Diagnosestellung erweisen kann. Die Zeitdauer zwischen Wahrnehmen erster Verhaltensauffälligkeiten und dem als passend beurteilten Deutungsangebot variiert von einigen Monaten bis zu 45 Jahren; dieses bestätigt bisherige wissenschaftliche Befunde.

Die Einordnungssuche bzw. der Latenzprozess scheint als komplexer störanfälliger Selbstdeutungsprozess, der in der Interaktion mit Bezugspersonen und dem medizinischen Hilfesystem stattfindet, eine hohe Bedeutung für die Annahme des als passend beurteilten Deutungsangebotes der Zwangsstörung zu besitzen und wurde bisher in wissenschaftlichen Befunden unterbewertet.

10 Literaturverzeichnis

Abramowitz JS (1997) Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65:44–52.

Albrecht B (2004) Hirnschrittmacher gegen Zwänge und Tics. *Süddeutsche Zeitung* vom 23.03.2004.

Alemann H v. (1984) Der Forschungsprozeß. Eine Einführung in die Praxis der empirischen Sozialforschung. Teubner Stuttgart.

Ambühl H & Meier B (2003) Die Zwangsstörung. Psychotherapie im Dialog 3:219–229.

American Psychiatric Association (APA) (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd revised edition DSM-III Washington DC. APA-Press: Deutsche Bearbeitung und Einführung von Koehler K & Saß H. Beltz Weinheim (1984).

American Psychiatric Association (APA) (1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd revised edition DSM-III-R Washington DC. APA-Press: Deutsche Bearbeitung und Einführung von Wittchen HU, Saß H, Zaudig M & Koehler K. Beltz Weinheim (1989).

American Psychiatric Association (Editors) (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th revised edition DSM-IV Washington DC. American Psychiatric Association (deutscher Text) Saß H, Wittchen HU, Zaudig M & Houben I (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision-DSM-IV-TR. Hogrefe Göttingen. Weblink: DSM-IV-TR (text revision) online.

Amering M & Bottlender R (2009) Das Konzept der Chronizität psychischer Erkrankungen ist aufzugeben. *Psychiatrische Praxis* 36:4–6.

Andreasen NC & Black DW (1993) Lehrbuch Psychiatrie. Psychologie-Verlag-Union Weinheim Basel Beltz.

Andreasen NC (2002) Brave new brain. Geist – Gehirn – Genom. Springer Berlin.

Angermeyer MC & Matschinger H (1997) Social distance towards the mentally ill; results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. Psychologische Medizin 27:131–141.

Antonovsky A (1979) Health, stress and coping. Jossey-Bass San Francisco.

Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DGVT Tübingen.

Antony MM, Downie F & Swinson RP (1998) Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder, in: Swinson RP, Antony MM, Rachmann S & Richter MA (Hrsg.): Obsessive-compulsive disorder. Theory, research and treatment. Guilford New York 3–32.

Arens EA, Berger C & Lincoln TM (2009) Stigmatisierung von Patienten mit Schizophrenie. Nervenarzt 80:329–339.

Bandura A (1969) Principles of behaviour modification. Holt New York.

Barney LJ, Griffith KM & Jorm AF (2006) Stigma about depression and its impact on help-seeking intention. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 40:51–54.

Bastine RHE (1998) Klinische Psychologie. Bd I. 3. Auflage Kohlhammer Stuttgart.

Becker P (2006) Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Hogrefe Göttingen.

Berger M, Voderholzer Z & Hohagen F (2000) Obsessive-compulsive

disorder: an underestimated disorder, in: Maj E, Sartorius N, Okasha A & Zohar J (Hrsg.) WPA-Series Evidence and Experience in Psychiatry 4:297–299.

Boerner R & Hoff P (1998) Entwicklung eines AMDP-Moduls zur Erfassung von Zwangssymptomen – Konzeptualisierung und empirische Ergebnisse. Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie 5:201–206.

Bogetto F, Vendorello S, Albert U, Maina G & Ravizza L (1999) Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. European Journal of Psychiatry 14:434–441.

Breuer F (1996) Qualitative Psychologie: Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils. Westdeutscher Verlag Opladen.

Breuer F & Reichertz J (2001) Wissenschafts-Kriterien: Eine Moderation. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 2(3):Art. 24, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0103245>.

Breuer F (2009) Reflexive Grounded Theory: Eine Einführung für die Forschungspraxis. Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden.

Bystrisky A, Liberman R, Sun Hwang MS, Wallace CJ, Vapnik T, Maindment K & Saxen S (2001) Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. Depression and Anxiety 14:214–218.

Carey G, Gottesmann H & Robins E (1980) Prevalence rates for the neuroses; pitfalls in the evaluation of families. Psychologische Medizin 10:437–443.

Cillicilli AS, Telcioglu M, Askin R, Kaya N, Bodur S & Kucur R (2004) Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. Comprehensive Psychiatry 45:367–374.

Ciupka B (2001) Zwänge – Hilfe für ein oft verheimlichtes Leiden. Walter Düsseldorf.

Corbin JM & Strauss AL (2004) Weiterleben Lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 2. Auflage Hans Huber Bern Göttingen Toronto Seattle.

Denzin NK & Lincoln YS (2005) (Editor) The SAGE Handbook of qualitative reseach. 3rd edition Thousand Oaks Sage.

DeSilva P & Rachman S (2004) Obsessive-compulsive disorder: The facts. University Press Oxford.

Devereux G (1984) Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Suhrkamp Frankfurt/Main.

Deutsche Gesellschaft Zwangerkrankungen e. V.: www.zwaenge.de.
Z-aktuell: Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft Zwangerkrankungen e. V.,
E-Mail: zwang@t-online.de, Postfach 702334, 22023 Hamburg.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2007) (Hrsg.) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte-Verlag 3. überarb. Auflage 73–86. www.dgkjp.de, AWMF-Register-Nr. 028/007, 11/2006 gültig bis 11/2011.

DNQP (2004) Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) Osnabrück.

Dörner K (1977) Wie werde ich Patient, oder: Sozialisation in fünf Stadien. Betrachtungen eines Arztes, in: Nußbaum H v. (Hrsg.) Die verordnete Krankheit. Fischer Frankfurt/Main 48–76.

Ecker W (2003) Die Krankheit des Zweifelns. Beck München.

Emmelkamp PG (1982) Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research, and practice. Plenum Press New York.

Emmelkamp PG & Van Oppen P (2000) Zwangsstörungen. Hogrefe Göttingen.

Engel GL (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196:129–136.

Esquirol JED (1834) *De Maladies Mentales*. Lafayette Paris.

Evers ST (2008) Die Relativität des Krankheitsbegriffs am Beispiel der Neuromedizin, in: Groß D, Müller S & Steinmetzer J (Hrsg.) *Normal – anders – krank?* MMV Berlin 51–66.

Fahrenberg J (1994) *Freiburger Beschwerdenliste*. Hogrefe Göttingen.

Faltermaier T (1994) *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*. Hogrefe Beltz Weinheim.

Faltermaier T (2005) *Gesundheitspsychologie*. Kohlhammer Stuttgart.

Flament MF, Koy E, Rapoport JL, Berg CZ, Zahn T & Cox C (1990) Childhood obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 31:363–380.

Flick U (2000) Triangulation in der qualitativen Forschung, in: Flick U, Kardoff E v. & Steinke I (Hrsg.) *Qualitative Forschung* Rowohlt Reinbeck bei Hamburg 309–318.

Flick U, Kardoff E v. & Steinke I (2000) Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick, in: Flick U, Kardoff E v. & Steinke I (Hrsg.) *Qualitative Forschung* Rowohlt Reinbeck bei Hamburg 13–19.

Foa ED & Kozak MJ (1995) DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 152:90–96.

Franke A (1990) Gesundheit – ein Begriff im Spektrum der Wertsysteme. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 12:313–320.

Franke A (2006) Modelle von Gesundheit und Krankheit. Hans Huber Hogrefe AG Bern.

Franzkowiak P (2003) Krankheit, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 4. erw. und überarb. Auflage Fachverlag Peter Sabo Schwabenheim 138–141.

Freud S (1909) Gesammelte Werke VII. Imago London (1941).

Freud S (1918) Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. Gesammelte Werke XII. Imago London (1947).

Freud S (1968) Die Abwehr-Neuropsychosen. 1. Auflage (1894) GWI Fischer Frankfurt 27.

Fricke S & Hand I (2011) Zwangsstörungen verstehen und bewältigen – Hilfe zur Selbsthilfe. 5. Auflage Balance Buch und Medien Bonn.

Fricke S, Moritz S, Andresen B, Hand I, Jacobsen D, Kloss M & Rufer M (2003) Einfluss von Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsakzentuierungen auf den Erfolg einer multimodalen Verhaltenstherapie bei Zwangserkrankungen Teil II: Ergebnisse einer empirischen Studie. Verhaltenstherapie 13:172–182.

Fricke S, Rufer M & Hand I (2006) Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Urban Fischer München.

Fuchs J & Steinert T (2002) Inanspruchnahme professioneller Hilfe, Einweisungswege und Dauer der unbehandelten Psychose bei erstmals stationär aufgenommenen Patienten. Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie 70:40–45.

Gaebel W, Zäske H & Baumann A (2004) Psychisch Kranke: Stigma er-

schwert Behandlung und Integration. Deutsches Ärzteblatt 48/101:A3253-3255.

Geisler LS (2003) Das ärztliche Gespräch – eine vernachlässigte Aufgabe. Vortrag am 16.06.2003 in der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn. Vortragsreihe "Ärztliche Ethik" im Sommersemester 2003 im Rahmen des Studium Universale. URL:<http://www.linus-geisler.de/vortraege/0306-kommunikation.html>.

Gelhaus P (2008) Wie groß ist zu groß? Zur Funktionalität des Normalen, in: Groß D, Müller S & Steinmetzer J (Hrsg.) Normal – anders – krank? MMV Berlin 33–49.

Geller DA, Biedermann J, Jones J, Shapiro S, Schwarz S & Park KS (1998a) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review. Harvard Review Psychiatry 5:260–273.

Geller DA, Biedermann J, Jones J, Park K, Schwarz S, Shapiro S & Coffney B (1998b) Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 37:420–427.

Glaser BG, Strauss AL (1967) The discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. Aldine Chicago.

Goffman E (1967) Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.

Grabe HJ & Ettelt S (2007) Zwangsstörungen, in: Rohde A & Marneros A: Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Kohlhammer Stuttgart 116–127.

Grabe HJ, Hartschen V, Welter-Werner E, Thiel A, Freyberger HJ, Katmann N, Grabe HJ, Meyer CH, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H & John U (2000) Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive

disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 250:262–268.

Grabe HJ, Thiel A, Katmann N, Boerner R, Hoff P & Freyberger HJ (2003) Das AMDP Modul zur Erfassung von Zwangssymptomen, in: Freyberger HJ & Möller HJ (Hrsg.) AMDP-Modul. Hogrefe Göttingen 94–125.

Grand G (1998) Gesundheitsmessungen. Unterschiedliche Gültigkeitsbereiche von Arzt- und Patientenangaben. Asanger Heidelberg.

Groeben N & Scheele B (1977) Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts. Steinkopff Darmstadt.

Groeben N & Scheele B (2000) Dialog-Konsens-Methodik im Forschungsprogramm Subjektive Theorien. *Forum Qualitative Sozialforschung* 1(2) 9 Seiten, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002105>.

Groß D, Müller S & Steinmetzer J (2008) Vorwort (Hrsg.): Normal – anders – krank? MMV Berlin 5–8.

Hagenah U (2008) Die Bedeutung von Stigmatisierungsprozessen bei Essstörungen und Übergewicht, in: Groß D, Müller S & Steinmetzer J (Hrsg.) Normal – anders – krank? MMV Berlin 211–227.

Hand I (2006) Das Spektrum der Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen, in: Fricke S, Rufer M & Hand I: Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Urban Fischer München 1–22.

Hand I & Büttner-Westphal H (1991) Die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Ein halbstrukturiertes Interview zur Beurteilung des Schweregrades von Denk- und Handlungszwängen. *Verhaltenstherapie* 3:223–233.

Hand I & Zaworka W (1981) Entwicklung der Zwangsneurose über die Zeit: Ergebnisse einer „Quasi“-Längsschnittuntersuchung und deren Implikationen für die Neurosentheorie und -therapie, in: Baumann U (Hrsg.) Indikation zur

Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung. Urban und Schwarzenberg München.

Hand I & Wittchen HU (1988) Panic and phobias. Bd. II. Springer Berlin 172–193.

Hardt J, Mingram U, Kruse H & Egle UT (2009) Inanspruchnahmeverhalten in der Primärversorgung: die Bedeutung von psychischen Erkrankungen und Kindheitsbelastungen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 17(1):30–39.

Hell D (2011) Erlebnis und Ereignis – Scham als Bruchstelle zwischen Innen- und Außensicht. Balint 12:55–59.

Henn W (2008) Normal – anders – krank: Die Perspektive des Humangenetikers, in: Groß D, Müller S & Steinmetzer J (Hrsg.) Normal – anders – krank? MMV Berlin 67–77.

Heringer N (2006) Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 3., erweiterte und aktualisierte Auflage Kohlhammer Stuttgart.

Heymann I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H & Goodman R (2001) Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. British Journal of Psychiatry 179:324–329.

Hillebrand T (2006) Konfrontationsbehandlung von Zwängen in der ambulanten Praxis, in: Fricke S, Rufer M & Hand I (Hrsg.) Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Elsevier Urban und Fischer München 120–132.

Hohagen F (1998) New perspectives in research and treatment of obsessive-compulsive disorder. The British Journal of Psychiatry 173 suppl. 35.

Hoffmann N (1998) Zwänge und Depressionen. Pierre Janet und die Verhaltenstherapie. Springer Berlin.

Hoffmann N (2003) Wieder Interesse an Menschen und Phänomenen entwickeln. Psychotherapie im Dialog 3:291–294.

Hontschik B (2008) Grenzen der evidenzbasierten Medizin. Projekt Psychotherapie 4:16–19.

Hucklenboich P (2008) „Normal – anders – krank?“. Begriffsklärungen und theoretische Grundlagen zum Krankheitsbegriff, in: Groß D, Müller S & Steinmetzer J (Hrsg.) Normal – anders – krank? MMV Berlin 3–31.

Hurrelmann K (2000) Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 4. Auflage Juventa Weinheim.

Jänsch P, Zaudig M, Röper G, Hauke W, Piesbergen CH & Butollo W (2007) Der frühe Beginn der Zwangstörung: Einfluss auf Symptomatik und Schweregrad. Verhaltenstherapie 17:37–43.

Jans T, Wewetzer C, Müller B, Neudörfl A, Bücher U, Herpertz-Dahlmann B & Remscheid H (2001) Der Langzeitverlauf von Zwangsstörungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter: Psychosoziale Adaptation im Erwachsenenalter. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 29:25–35.

Jans T, Hemminger U & Wewetzer C (2003) Der Verlauf von Zwangsstörungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter – eine Literaturübersicht. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 31:187–201.

Jaspers K (1973) Allgemeine Psychopathologie. 1. Auflage (1912) 9., unveränderte Auflage Springer Berlin Heidelberg New York.

Jenike MA (1989) Obsessive-compulsive and related disorders. A hidden epidemic. New England Journal of Medicine 321:539–541.

Kanfer FH, Reinecker H & Schmelzer D (2006) Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 4. Auflage Springer Berlin.

Karno M, Golding JM, Sorenson SB & Burnam MA (1988) The epidemiol-

ogy of obsessive-compulsive disorder in five US-communities. *Archiv of General Psychiatry* 45:1094–1099.

Kelle U (1994) Empirisch begründet Theoriebildung. Deutscher Studien Verlag Weinheim.

Kleinman A, Eisenberg L & Good B (1980) Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* 88:251–258.

Klepsch R, Zaworka W, Hand I, Lünenschloß K & Jauernig G (1993) Zwangsinventar-Kurzform (HZI-K). Beltz Weinheim.

Klosterkötter J (1998) (Hrsg.) Frühdiagnostik und Frühbehandlung psychischer Störungen. Springer Berlin Heidelberg.

Knipper M & Bilgin Y (2009) Migration und Gesundheit. Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. Sankt Augustin Berlin.

Knuf A & Seibert A (2001) (Hrsg.) Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. 2. Auflage Psychiatrie Verlag Berlin.

Köhn D, Niedersteberg A, Wieneke A, Bechdorf A, Pukrop R, Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Maier W & Klosterkötter J (2004) Frühverlauf schizophrener Ersterkrankungen mit langer Dauer der unbehandelten Erkrankung – eine vergleichende Studie. *Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie* 72:88–92.

Kolada JL, Bland RC & Newman SC (1994) Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Obsessive-compulsiv disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl* 376:24–35.

Kollesch J & Nickel D (1994) Antike Heilkunst – Ausgewählte Texte. Reclam Stuttgart.

Körfer A, Köhle K, Obliers R, Sonntag B, Thomas W & Albus C (2008)

Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Weiterbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung, in: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 9:34–78.

Kowal S & O’Connell DC (2000) Zur Transkription von Gesprächen, in: Flick U, Kardoff E v. & Steinke I (Hrsg.) Qualitative Forschung Rowohlt Reinbeck bei Hamburg 437–447.

Krafft-Ebing R v. (1993) Lehrbuch der Psychiatrie: Auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende. 7. Auflage Enke Stuttgart.

Kruse J, Heckrath CI & Tress W (1998) Die Diagnose psychogener Erkrankungen in der Hausärztlichen Praxis. Psychotherapeut 43:164–170.

Kruse J, Schmitz N, Wöller W, Heckrath C & Tress W (2004) Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 60(6):194–201.

Külz AK, Hohagen F & Voderholzer U (2004) Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. Biological Psychology 65:185–236.

Külz AK, Hassenpflug K, Riemann D, Linster HW, Dornberg M & Voderholzer U (2009) Ambulant psychotherapeutische Versorgung bei Zwangserkrankungen. Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 60:156–163.

Lakatos A & Reinecker H (1999) Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Hogrefe Göttingen.

Lamnek S (2005) Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch. 4. vollst. überarb. Auflage. Beltz Weinheim.

Lang H (2003) Zwang: Psychoanalytische Modellbildung und Behandlungsansätze, in: Psychotherapie im Dialog 3:250–258.

Legewie H (1996) Vorwort zur deutschen Ausgabe, in: Strauss AL & Corbin J (Hrsg.) *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Psychologie Verlags-Union Weinheim: VII–VIII.

Lenz A & Stark W (2002) (Hrsg.) *Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation*. DGVT Tübingen.

Lin H, Katsovich L, Ghebremichael M, Findley D, Grantz H, Lombroso P, King R, Zhang H & Leckman J (2007) Psychosocial stress predicts future symptom severities in children and adolescents with Tourette syndrome and/or obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48:157–166.

Lutz R & Mark N (1995) *Zur Gesundheit bei Kranken*, in: Lutz R & Mark N (Hrsg.) *Wie gesund sind Kranke?* Hogrefe Göttingen Bern Toronto Seattle 11–24.

Maina G, Albert U, Salvi V, Pessina E & Bogetto F (2008) Early-onset obsessive-compulsive disorder and personality disorder in adulthood. *Psychiatry Research* 158:217–225.

Mayring P (2002) *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Beltz Weinheim Basel.

Menz F, Nowak P, Rappl A & Nezhiba S (2008) Arzt-Patient-Interaktion im deutschsprachigen Raum: Eine Online-Forschungsdatenbank (API-on[®]) als Basis für Metaanalysen. *Gesprächsforschung* 9:129–163.

Minichiello WE, Baer L, Lenike MA & Holland A (1990) Age of onset of major subtypes of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorder* 4:147–150.

Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Rahgozar M, Noorbala AA, Davidian H, Afzali HM, Naghavi HR, Yazdi SA, Saberi SM, Mesgarpour B, Akhondzadeh S, Alaghebandrad J & Tehranidoost M (2004) Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Iran. *BMC Psychiatry* 4(2).

Mowrer OH (1947) On the dual nature of learning – a reinterpretation of "conditioning" and "problem-solving". Harvard Educational Review 17:102–148.

Mruck K & May G (1997) Selbstreflexivität und Subjektivität im Auswertungsprozeß biographischer Materialien. Zum Konzept einer "Projektwerkstatt qualitativen Arbeitens" zwischen Colloquium, Supervision und Interpretationsgemeinschaft, in: Jüttemann G & Thomae H (Hrsg.) Biographische Methoden in den Humanwissenschaften. Psychologie Verlags Union Weinheim 284–306.

Müller-Kaspar U (2001) Katzen, Kröten, Schornsteinfeger: Das kleine Handbuch des Aberglaubens. Heinrich Hugendubel Kreuzlingen München.

Muckel P (1996) Selbstreflexivität und Subjektivität im Forschungsprozeß, in: Breuer F (Hrsg.) Qualitative Psychologie: Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils. Westdeutscher Verlag Opladen 61–78.

Neudörfel A & Herpertz-Dahlmann B (1996) Der Verlauf von Zwangserkrankungen im Kindes- und Jugendalter – eine Literaturübersicht. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 24:105–112.

Nowak P (2011) 20 Thesen zu Gesundheit, Partizipation und Empowerment im Gespräch zwischen Arzt und Patient. Balint 12:8–14.

Pawlak C (2006) Unterwegs zur Angst. Zwänge bewältigen. Focus-Magazin 13:162-170

Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team (2004) Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. Journal of the American Medical Association 292:1969–1976.

Piacentini J & Bergman RL (2000) Obsessive-compulsive disorder in children. Psychiatric Clinics of North America 23:519–533.

Pochobradsky E, Habl CI & Schleicher B (2002) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Sektion IV/A/5 – Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement. BMGF Wien.

Pölitz T (2007) ZDF-Reporter: Ordnung ist das ganze Leben. Am: 23.09.2007.

Presta S, Marazziti D, Dell'Osso L, Pfanner C, Pfanner P, Marcheschi M, Masi G, Muratori F, Mucci M, Millepiede S & Cassano GB (2003) Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *Journal of Psychopathology* 36:55–64.

Rachman S & Hodgson RJ (1980) *Obsession and compulsion*. Englewood Cliffs. Prentice Hall New York.

Rasche-Räuchle H, Winkelmann G & Hohagen F (1995) Zwangsstörungen – Diagnose und Grundlagen. *Extracta Psychiatrica* 15(5):22–31.

Rapoport JL & Inoff-Germain G (2000) Practitioner review: Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41:419–431.

Rasmussen SA & Tsuang MT (1986) Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 143:317–322.

Rasmussen SA & Eisen JL (1991) *Epidemiology, clinical features and genetics of obsessive-compulsive disorder (OCD)*. Hogrefe Toronto.

Rasmussen SA & Eisen JL (1992) The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 15(4):743–758.

Reinecker H (1994) *Zwänge: Diagnose, Theorien und Behandlung*. Hubert Göttingen.

Reinecker H, Zaudig M, Erlbeck R, Gokeler I & Hauke W (1994) Die Langzeit-Follow-up-Studie Windach. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 26:77–82.

Reinecker H & Zaudig M (1995) Langzeiteffekte bei der Behandlung von Zwangsstörungen. Pabst Lengerich Berlin Scottsdale Wien Zagreb.

Reinecker H (2003) Verhaltenstherapie bei Zwangserkrankungen. Psychotherapie im Dialog 3:230–238.

Röper G (2001) Chronische innere Unsicherheit und ihre Bedeutung für die Entstehung der Zwangsstörung, in: Röper G, Hagen C v. & Noam G Entwicklung und Risiko. Kohlhammer Stuttgart.

Rosario-Campo MC, Leckman J, Mercadante M, Shavitt R, Prado S, Sada P, Zamignani B & Miguel E (2001) Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry 158:1899–1903.

Rufer M, Hand I, Alsleben H, Braatz A, Ortmann J, Katenkamp B, Fricke S & Peter H (2005) Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo: a 7-year follow-up of a randomized double blind trial. European Archiv of Psychiatry and Clinical Neuroscience 255:121–128.

Rüdin E (1953) Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit, insbesondere die ihrer hereditären Beziehungen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 191:14–54.

Salkovskis PM (1985) Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. Behavior Research Therapy 23:571–583.

Sass H (1996) (Hrsg.) Psychopathologische Methoden und psychiatrische Forschung. Gustav Fischer Jena Stuttgart.

Schiepek G, Tominschek I, Karch S, Mulert C & Pogarell O (2007) Neurobiologische Korrelate der Zwangsstörungen – Aktuelle Befunde zur funktion-

nellen Bildgebung. Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 57:379–394.

Schiepek G (2009) Autonomie und Eigendynamik von Patienten und ihrer Entwicklungsprozesse. PID 4/2009, 10. Jahrgang DOI, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1223382>.

Schlander M (2003) Zur Logik der Kosteneffektivität. Deutsches Ärzteblatt 33:A:2140-2141.

Schmidt LR (1998) Zur Dimensionalität von Gesundheit (und Krankheit). Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 6:161–178.

Schneider K (1967) Klinische Psychopathologie. 8. Auflage Thieme Stuttgart.

Schneider S (2007) Die Entscheidung zur Psychotherapie. Psychosozial Verlag Giesen.

Schreier M & Groeben N (1999) Selbstbeobachtung und Selbstreflexion im Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Journal für Psychologie 7(2):26–30.

Schreier M & Breuer F (2006) Die Beschreibung der interdisziplinären Irrelevanz qualitativer Methodik. Eine Anmoderation zum Beitrag von Norbert Groeben. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 7(4), <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0604D1SB9>.

Schröder H (2010) Theoretische Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion. http://www.europa-uni.de/de/forschung/institut/institut_intrg/institut/API.pdf.

Schütze F (1983) Biographieforschung und narratives Interview. Neue Praxis 13:283–93.

Schulze B & Angermeyer MC (2003) Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenia patients, their relatives and mental health

professionals. *Social Science and Medicine* 56:299–312.

Schuster S (2007) Die Entscheidung zur Psychotherapie. Prozess und Einflussfaktoren der Therapielatenz aus Patientensicht. Psychosozial-Verlag Gießen.

Shakespeare W (1967) Sämtliche Dramen, Band III: Tragödien. Winkler München.

Shotter J (1990) Knowing of the third kind. ISOR Utrecht.

Silvers A (1994) "Defective" agents: equality, difference and the tyranny of the normal. *Journal of Social Philosophy* 25:154–175.

Skoog G & Skoog I (1999) A 40-years follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archiv of General Psychiatry* 56:121–127.

Steinke I (2000) Gütekriterien qualitativer Forschung, in: Flick U, Kardoff E v. & Steinke I (Hrsg.) *Qualitative Forschung*. Rowohlt Reinbeck bei Hamburg 319–331.

Stengler-Wenzke K, Beck M, Holzfinger A & Angermeyer MC (2004) Stigmatisierungserfahrungen von Patienten mit Zwangserkrankungen. *Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie* 72:7–13.

Stengler-Wenzke K & Angermeyer MC (2005) Inanspruchnahme von professioneller Hilfe durch Patienten mit Zwangserkrankungen. *Psychiatrische Praxis* 32:195–201.

Steward S, Celler D, Jenike M, Pauls D, Shaw D, Mullin B & Faraone S (2004) Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a metaanalysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 110:4–13.

Stolleis M (2003) Geschichte des Sozialrechts in Deutschland. Ein Grundriß. Lucius Stuttgart.

Strübing J (2004) Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. VS-Verlag Wiesbaden.

Strauss AL (1991) Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenbildung und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. Fink München.

Strauss AL (1993) Continual Permutations of action. De Gruyter New York.

Strauss AL & Corbin J (1996) Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. (US-Amerikanisches Original 1990) Psychologie Verlags-Union Weinheim.

Strauss AL, Fagerhaugh S, Suczek B & Wiener C (1997) Social organization of medical work. Transaction Publishers New Brunswick (USA) London.

Strauss AL (1998) Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung. Fink München.

Strübing J (2004) Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. VS-Verlag Wiesbaden.

Susser M (1968) Community Psychiatry: Epidemiologic and social themes. Random House New York.

Tress W (1997) Psychosomatische Grundversorgung. 2. Auflage Schattauer Stuttgart.

Trosbach J, Angermeyer MC & Stengler-Wenzke K (2003) Zwischen Einbezogenheit und Widerstand: Angehörige im Umgang mit Zwangserkrankten. Psychiatrische Praxis 30:8–13.

Trosbach J, Stengler-Wenzke K & Angermeyer MC (2003) Scham, Pein-

lichkeit und Ärger ... Angehörige von Patienten mit Zwangserkrankungen beschreiben Stigmatisierungserfahrungen im Alltag. *Psychiatrische Praxis* 30 (2):62–67.

Trosbach J & Geister CH (2009) Welche Faktoren beeinflussen das Erleben der Angehörigen von Zwangspatienten? *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 60:156–163.

Tuke TH (1894) Imperative ideas. *Brain* 17:179–197.

Ulrike S, Crombach G & Reinecker H (2000) Der Weg aus der Zwangserkrankung. *Vanderhoeck & Ruprecht Transparent* 34.

Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Wallner JL, Addy CL, McKeown RE, Jackson KL & Cuffe SP (1996) Incidence of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry* 35(7):898–906.

Verres R (1998) Gesundheitsforschung und Verantwortung. Gedanken zur Differenzierung und Vertiefung der Rekonstruktion subjektiver Gesundheits- und Krankheitstheorien, in: Flick U (Hrsg.) *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* 301–314.

Voderholzer U (2005) Zwangsstörungen. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 73:526–547.

VOX (2008) Spiegel-TV Extra: Verrückt bei klarem Verstand, am 19.08.2008.

Weblink: www.dimdi.de (2010) DIMDI - ICD-9 Dreistellige Allgemeine Systematik.

Weblink: de.pons.eu/latein-deutsch/.

Weissmann MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M & Wickramaratne PJ (1994) The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder.

The cross national collaborative group. *Journal of Clinical Psychiatry* 55 (Suppl):5–10.

Weizsäcker R v. (1993) Ansprache von Bundespräsident a. D. Richard von Weizsäcker bei der Eröffnungsveranstaltung der Tagung der Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“ am 1. Juli 1993 im Gustav-Heinemann-Haus in Bonn.

Welner A, Reich T, Robins E, Fishman R & Van Doren T (1976) Obsessive-compulsive neurosis: record, follow-up and family studies. *Comprehensive Psychiatry* 17:527–539.

Weltgesundheitsorganisation WHO (1992) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10: Dilling H, Mombour W & Schmidt MH (Hrsg.) Huber Bern. www.icd-code.de/icd/icd10-GM-2011.html.

Westphal C (1878) Über Zwangsvorstellungen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenheilkunde* 8:734–750.

Wewetzer Ch & Klampfl K (2007) Phänomenologie und Komorbidität der Zwangsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 35:41–50.

Wewetzer Ch, Jans T, Beck N, Reinecker H, Klampfl K, Barth N, Hahn F, Remschmidt H, Herpertz-Dahlmann B & Warnke A (2003) Interaktion, Familienklima, Erziehungsziele und Erziehungspraktiken in Familien mit einem zwangskranken Kind. *Verhaltenstherapie* 13:10–18.

Wewetzer Ch & Warnke A (2004) Einleitung, in: Wewetzer Ch (Hrsg.) *Zwänge bei Kindern und Jugendlichen*. Hogrefe Göttingen 9–22.

Wewetzer Ch (2004) Epidemiologie der juvenilen Zwangsstörung, in: Wewetzer Ch (Hrsg.) *Zwänge bei Kindern und Jugendlichen*. Hogrefe Göttingen 23–28.

Wewetzer Ch, Walitza S & Reizle K (2007) Zwangsstörungen, in: *Deutsche*

Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Editors): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage Deutscher Ärzte-Verlag Köln 73–87.

Winkelmann G, Rasche H & Hohagen F (1994) Zwangsstörung: Komorbidität und Implikationen für die Behandlung. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 25:69–75.

Wittchen HU, Hand I & Hecht H (1989a) Prävalenz, Komorbidität und Schweregrad von Angststörungen. Ergebnisse der Münchner Follow-Up Studie (MFS). Zeitschrift für Klinische Psychiatrie 18:117–133.

Wittchen HU, Saß H, Zaudig M & Koehler K (1989b) Deutsche Bearbeitung und Einführung des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen. DSM-III-R. 3. revidierte Auflage Beltz Weinheim Basel.

Wittchen HU & Semler G (1991) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Interviewheft und Manual. Beltz Test GmbH Weinheim.

World Health Organization WHO (1990) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). WHO Geneva.

World Health Organisation WHO (1991) Lexicon of mental health terms. Vol I-ICD9. WHO Geneva.

Zaudig M (2002) Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf der Zwangsstörung, in: Zaudig M, Hauke W & Hegerl U (Hrsg.) Zwangsstörung: Diagnostik und Therapie. Schattauer New York 33–42.

Zaudig M & Niedermeier N (1998) Diagnose, Differentialdiagnose, Komorbidität und andere Grundlagen der Zwangsstörung. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 3:186–188.

Zaudig M & Niedermeier N (2002) Diagnose und Differentialdiagnose der Zwangsstörungen, in: Zaudig M, Hauke W & Hegerl U (Hrsg.) Zwangsstörung: Diagnostik und Therapie. Schattauer New York 13–32.

Zaworka W, Hand I, Jauernig G & Lünenschloß K (1983) Hamburger Zwangsinventar (HZI). Beltz Test GmbH Weinheim Göttingen.

Zellmann H, Jans T, Irblich B, Hemminger U, Reinecker H, Sauer C, Warnke A & Walitza S (2008) Der mittelfristige Verlauf von Zwangsstörungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter: Aspekte der psychosozialen Anpassung. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 29:336–351.

Zellmann H, Jans T, Irblich B, Hemminger U, Reinecker H, Sauer C, Lange KW, Tucha O, Warnke A & Walitza S (2009) Kinder und Jugendliche mit Zwangsstörungen. Eine prospektive Verlaufsstudie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 37(3):173–182.

Zielke-Nadkarni A (2007) Gesundheits- und Krankheitskonzepte, in: Domenig D Transkulturelle Kompetenz. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Huber Bern 191–204.

Zitterl W, Demal U, Aigner M, Lenu G, Urban C, Zapotoczky HG & Zitterl-Eglseer K (2000) Neuralistic course of obsessive compulsive disorder and comorbid depression. Longitudinal results of a prospective follow-up study of 74 actively treated patients. Psychopathology 33:75–80.

Zubin J & Spring B (1977) Vulnerability: A new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology 86:103–126.

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 7-1: Theoriemodell über die Bedingungsfaktoren der Einordnungsannahme.....	88
Abbildung 7-2: Art und Ausmaß des Belastungserlebens.....	89
Abbildung 7-3: Eigene Deutungsmuster	114
Abbildung 7-4: Biographische Potenziale	132
Abbildung 7-5: Angehörige als Außenstehende und als Mitbetroffene ...	158
Abbildung 7-6: Rolle des medizinischen Hilfesystems.....	182
Abbildung 12–1: Rolle der Angehörigen (Visuelles Diagramm vom 04.09.2009).....	267
Abbildung 12–2: Rolle des medizinischen Hilfesystems (Diagramm vom 15.10.2009).....	267

12 Anhang

Anhang A Illustrierende Theoriememos und visuelle Diagramme

Illustrierende Theoriememos vom 15.10.2008 und vom 10.06.2009

Theoriememo vom 15.10.2008

„Als Michael dann da war, wurd es halt immer schlimmer, dass ich dann Ängste kriegte.. vor kleinen Tieren oder was weiß ich auch immer und solche Sachen, dass ich äh nicht mehr richtig rausgehen konnte, weil ich das Gefühl hatte, mir fällt da so nen Wurm auf die Schulter oder so ne. Als ich dann anfing, äh ja mich unendlich zu duschen, zu waschen bei allem, was ich angefasst hatte“. (Frau Menzel:1).

„Und wenn dann so diese diese Zwänge dann äh, wenn das dann, ja wenn ich dann immer kontrolliert hab und immer wieder mich beruhigt hab und da habe ich gedacht, man, morgen stehste auf und dann machste das alles nich. Dann war das so leicht ne, dann lag ich so im Bett und habe gedacht boah, das ist doch so leicht, das ist doch nicht schwer, morgen stehste auf und machst nichts mehr. Ja von wegen und dann stand man au und dann war das genau so schlimm, wie den Tag vorher auch.. und das wird immer schlimmer, immer schlimmer. Ich hab wirklich gedacht, ich werd bekloppt.“ (Frau Menzel:13).

„in der Schwangerschaft fing das im Prinzip an, dass da so merkwürdige Dinge passierten wie zum Beispiel, dass ich da weiß Gott was geputzt habe oder so, wie sagt man ja auch, viele Frauen, wenn die schwanger sind, dann spinnen se sowieso manchmal so'n bisschen rum und dann hab ich das erst auch gar nicht so beachtet.“ (Frau Menzel:1).

„Ja und dann ähm.. hab ich halt eine Therapie nach der anderen gemacht und ähm ich kam eben der Zwangserkrankung immer näher, bis mir dann endlich mal

einer sagte, dass ich ne Zwangserkrankung hatte und dann war ich also irgendwo war ich ja ganz glücklich, dass man jetzt endlich mal äh ja was gesehen hat, also dass ich mal jetzt was in der Hand hatte, ich bin wirklich ne hab wirklich ne Krankheit und spinn hier nicht rum oder so ne.“ (Frau Menzel:1).

Nach der Fokussierung der Fragestellung bewegten mich für die weitere Analysearbeit die auch in diesen Interviewzitatzen von Frau Menzel deutlich werdenden Fragen: Wie bemerkt Frau Menzel ihre Veränderungen, wie bewertet sie diese, ob und wann bezeichnet sie diese Veränderungen als Problem, wann nimmt sie die Verhaltensbesonderheiten überhaupt als hilfebedürftig wahr und wann fühlt sie sich durch sie gestört oder leidet unter ihnen? Wie lassen sich die Bedingungen für den Wendepunkt der Deutungssuche beschreiben? Während der Kodierarbeit fiel mir immer wieder auf, dass die Betroffenen entlang der Ebenen Normalitätsdeutung, Problemdeutung bis zur Zwangsdeutung ihre Deutungsarbeit vornehmen. Welche Konzepte von ‚Normalität‘, Anderssein und Krankheit lassen sich in den Daten, hier bei Frau Menzel, finden? Fragen, wie grenzen Betroffene ‚normal‘ bzw. ‚gesund‘ von ‚Problem haben‘ bzw. ‚Kranksein‘ ab, bis wann kann Frau Menzel bei ihrem Normalitätskonzept bleiben, ab wann definiert sie, dass sie ein Problem hat, anhand welcher Kriterien nimmt sie die Problembewertung vor, und durch wen erfolgt die Problemdefinition bei ihr. Wie gelangt die Interviewte zur für sie plausiblen Zwangsdeutung für ihre Auffälligkeiten, was passiert kurz vor dieser Einordnung, wie erlebt sie diese Zeitspanne kurz vor der Einordnung?

Eigene plausible Deutungsmuster, wie Schwangerschaft bei Frau Menzel, können Veränderungen in diesem Deutungsrahmen von ‚Normalität‘ erscheinen lassen. In den Daten wird eine zunehmend veränderte Kontrollwahrnehmung auf verschiedenen Ebenen beschrieben. Frau Menzel versucht, die Verhaltensbesonderheiten durch eine primäre direkte Kontrolle, (welcher Interviewpartner zeigt eine indirekte, durch Dritte vermittelte Kontrolle zu Beginn?) zu beeinflussen, in dem sie diese direkt zu lösen bzw. zu unterbrechen erwartet (eigene Erwartung der Einflussnahme). Ist auch eine sekundäre Kontrolle, bei der die eigenen Ziele und Lebenspläne an die Phänomene

angepasst werden, in anderen Daten denkbar? Auffällig ist bei Frau Menzel, dass keine Bedrohungserwartung antizipiert wird; es kann Hilflosigkeit gegenüber dem Phänomen erlebt werden, jedoch weiterhin scheint wenig Definitionsbereitschaft bei ihr zu bestehen. Als ein Wendepunkt, die die Deutungssuche forciert, kann eine instabile Komplexität betrachtet werden; bei Frau Menzel wurde eine Eskalationsspirale durch den Läusebefall ihres Sohnes und Verrücktheitsvorstellungen ausgelöst.

Welche Folgen dieser Interpretation ‚Zwang‘ bewertet Frau Menzel für sich selber, für das Umfeld, für die Öffentlichkeit? Welche Konsequenzen berichtet die Interviewte über diese pathologisierende Sichtweise? Nach innen wird eine Hilfeerwartung, nach außen jedoch Stigmatisierung von ihr vorwiegend antizipiert, jedoch auch erlebt.

Als Literaturbezüge können die theoretischen Prozessmodelle von Dörner (1977) und Kanfer et al. (2006) hinzugezogen werden.

Theoriememo vom 10.06.2009

„wenn dann ständig auch noch eben Vorwürfe und Streit kommt und und meine Eltern haben dann manchmal das Wasser abgestellt oder meine Mutter hat mir einmal Käse zwanghaft in den Mund gestopft, weil ich das dann essen sollte und das ist natürlich genau das falsche ne. Und das führte dann dazu noch mehr Hass, noch mehr Zwänge und... das war nicht gut.“ (Frau Lindemann:9).

„und ge- also geprägt auch auf jeden Fall in meinem Empfinden und in den Erlebnissen, die ich gehabt habe ne, also wenn man jahrelang so schlimmen Streit gehabt hat in der Familie und ähm sich immer so extrem als Außenseiter gefühlt hat, was ja durch die Zwänge ja dann ganz extrem eigentlich erst ähm ermöglicht wurde ja, weil die Zwänge mich auch an den Rand gebracht haben, da war sicherlich vorher schon was, aber die Zwänge haben es eigentlich erst so auf die Spitze getrieben und das hat Narben hinterlassen und das merk ich manchmal“ (Frau Lindemann:26).

D: „Mh und so Ihre Eltern, wie haben die so darauf reagiert?“

I: „Ja mein Vater hatte also gar kein Verständnis, weil der war wirklich immer nur besoffen“ (Herr Isenberg:16).

„Und meine Mutter erkannte es in Anführungsstrichen, wollte es aber auch n bisschen bedeckt halten, obwohl ich hab das auch öfter gesehen, wie sie dann Sachen in Kleiderschrank einge-.. einsortiert hat, dann immer (husten) wieder denselben Pullover raus, dann geguckt ob er vielleicht nicht irgendwo, weiß ich nicht, n Haar irgendwie von der Wäsche noch drin ist oder ne ne Fluse oder so und dann denselben Pullover wieder rein, das ganze 6, 7 Mal.“ (Herr Isenberg:16).

Nach weiterer Analysearbeit ist in den Daten auffällig, dass die Deutungsarbeit auf drei Ebenen stattfindet: ich – Problem, ich – Umfeld, ich – medizinisches Hilfesystem, die weitere Reanalysen in dem Datenmaterial auslösen. Der Aushandlungsprozess mit dem sozialen Umfeld in den Daten scheint zentrale Bedeutung für die eigene Deutungsarbeit zu haben. Zentrale Fragen sind: Wie erleben Angehörige erste Anzeichen im gemeinsamen Alltag (aus Betroffenenensicht)? Wie gehen sie mit der Situation und dem Betroffenen um? Welche Verantwortung nehmen Angehörige wahr? Was wird als behandlungswürdig definiert? Ob und welchen Einfluss haben Angehörige auf die Deutungsarbeit der Betroffenen? Dimensionierungen der Kategorie Erkennen bzw. Nicht-Erkennen und Handeln und Nicht-Handeln erweisen sich als zentrale Kodierungen in den Daten.

Gerade bei Frau Lindemann und Herrn Isenberg wird den Angehörigen als Außenstehenden und als Mitbetroffenen eine wichtige Rolle für ihre eigene Einordnungssuche zugeschrieben. Frau Lindemann berichtet von einer Eskalationsspirale, in der drastische Kontrollversuche wie offene Aggressionen ihr als Kind gegenüber ausgeübt wird, mit hohen emotionalen und sozialen Folgen wie Gefährdung der sozialen Integration und des eigenen Selbstbildes. Eine Familien- versus Phänomendynamik scheint sich hier ungünstig miteinander zu verquicken und frühzeitige Deutungssuche zu verhindern. Wie gehen andere Angehörige mit dieser Situation um (aus Betroffenenensicht) – Akzeptanz, Distanzierung, Normalisierung –, wie von Herrn Isenberg berichtet?

Wenn Veränderungen dagegen noch nicht nach außen sichtbar werden, be-

steht die Gefahr, dass diese unentdeckt bleiben, da nahe Bezugspersonen für betroffene Kinder keine Vertrauenspersonen darstellen, denen sie sich mit ihrem Leiden anvertrauen. Gerade emotionale Aspekte können eine Barriere für die Mitteilungsbereitschaft bedeuten. Erlebtes bzw. antizipiertes Nicht-Verstehen können von Herrn Isenberg retrospektiv als Kommunikationsschwellen gewertet werden. Welche Barrieren zeigen sich in anderen Interviews? Angehörige scheinen Veränderungen somit nicht wahrnehmen und rechtzeitig handeln zu können. Retrospektiv können verschiedene Deutungserschwerisse, wie bei Herrn Isenberg, mit ‚Anderes im Fokus haben‘ (Alkoholerkrankung eines Elternteils) und Verdeckung eigener Symptomentendenzen der Mutter das Ernstnehmen von Veränderungen überdecken.

Als Literaturverweis können Schuster (2007) und Trosbach & Geister (2009) dienen.

Illustrierende Modellierungsdiagramme

Auf meinem Theorieentwicklungsweg habe ich eine Vielzahl von Diagrammskizzierungen vorgenommen; nachstehend folgen illustrierend zwei Diagramme, vom 04.09.2009 zur Rolle der Angehörigen und vom 15.10.2009 zur Rolle des medizinischen Hilfesystems, die Zwischenergebnisse der Theoriegenerierung darstellen:

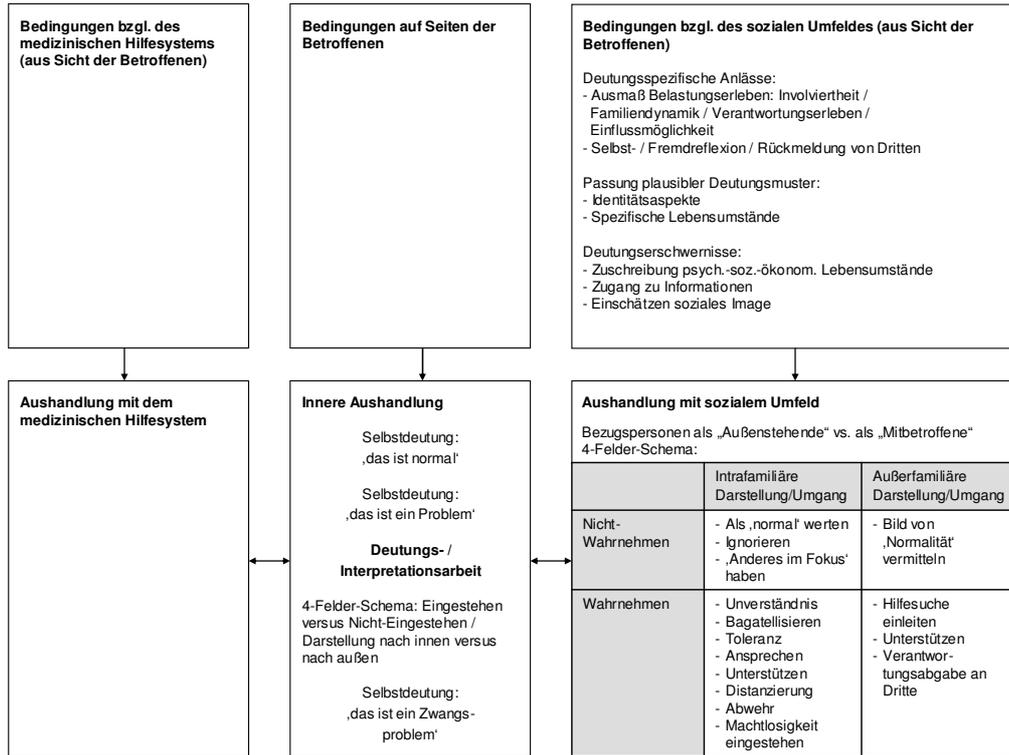


Abbildung 12–1: Rolle der Angehörigen (Visuelles Diagramm vom 04.09.2009)

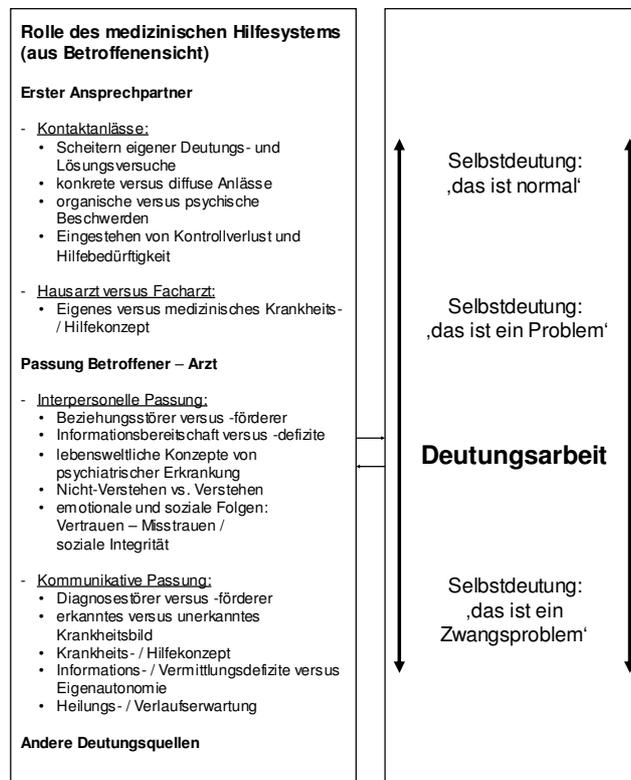


Abbildung 12–2: Rolle des medizinischen Hilfesystems (Diagramm vom 15.10.2009)

Anhang B Annoncentext in überregionaler Zeitschrift und bei der DGZ

Anzeige in überregionaler Zeitung (Hannoversche Allgemeine Zeitung) im November 2004:

Suche im Rahmen einer Studie Zwangserkrankte für Interviews über das Leben mit dieser Erkrankung. Bei Interesse: Tel. 0511/320909.

Anzeige in Z-aktuell (Heft 4/2004) der DGZ und auf deren Homepage:

Biographisch-qualitative Untersuchung bei Zwängen

Im Rahmen einer Promotion am psychologischen Institut der Universität Münster werden an Zwängen erkrankte Frauen und Männer für ein **Interview** über **Ihr Leben mit dieser Erkrankung** gesucht. Bei Interesse melden Sie sich bitte bei Frau Dipl. Psych. Diana Kneifel-Racket unter der Tel. 0511/320909 oder per E-Mail [Kneifelracket @ aol.com](mailto:Kneifelracket@aol.com).

Anhang C Exemplarischer Interviewleitfaden

Nach einleitenden Informationen zu meinem Forschungsprojekt erfolgt die

Erzählaufforderung:

- Wie sind die Zwänge bisher verlaufen und wie haben Sie gelernt, mit ihnen zurechtzukommen?

Vertiefungsfragen, die nach jedem Interview und paralleler Analysearbeit modifiziert werden:

- Wie zeigen sich die Zwänge bei ihnen? Wie sind sie entstanden? Wie sind sie auf Magie gekommen? Was waren erste Anzeichen?
- Wie denken sie jetzt – wie vor der Diagnose über die Zwänge?
- Wofür stehen die Zwänge? Was haben sie für eine Idee, wie es zum Zwang kam? Wie erklären sie sich die Zwänge? Jetzt und zu Beginn?
- Wie reagieren andere (Eltern, Partner, Geschwister, Freunde)? Jetzt und wie zu Beginn?
- Wie kommen sie mit den Zwängen zurecht? Wie haben sie gelernt, mit den Zwängen zu leben?
- Wann und welche Hilfen haben sie gesucht? Was hat geholfen, welche Schwierigkeiten traten auf?
- Welche Bedeutung hat die Zwangseinordnung/-diagnose für sie?
- Gegenwärtige Lebenssituation – Familie, Beruf, Alter
- Lebensgeschichtliche Angaben – Eltern, Erkrankungen, Schule

Anhang D Angewandte Transkriptionsregeln

Die Interviews wurden vollständig wörtlich transkribiert, wobei die Interpunktion hinzugefügt wurde und die Schreibung lautgerecht erfolgte. Die non- und paraverbalen Gesprächsaspekte, wie Pausen, Unterbrechungen, Lachen, Räuspern, Lautstärke, Tonmelodie usw. wurden verschriftlicht und die Personen-, Institutions- und Ortsnamen anonymisiert (vgl. Kowal & O'Connell 2000).

Als Transkriptionszeichen werden verwendet:

Absatz Leerzeile	Themenende und Sprecherwechsel
..	Pausen (kurze, längere und
...	lange Pause – evtl. auch
....	Angabe in Sekunden)
(??)	Unverständliches Wort bzw. Wörter
(und?)	vermuteter Wortlaut
Ü b e r a l l	lang gesprochenes Wort
(...)	Auslassungen in den Interviewzitatzen
[h]	zur näheren Erläuterung für den Leser hinzugefügt
(lacht)	paraverbale Äußerungen