

Elena Erstling

Stigma psychischer Erkrankung

Eine qualitativ rekonstruktive Studie

Masterarbeit

Studiengang MA Bildungswissenschaften
Im Profil Außerschulische Erziehung und Bildung
im Kontext gesellschaftlicher Heterogenität

Pädagogische Hochschule Heidelberg

Matrikelnummer: 2615401

Erste Prüferin: Prof. Dr. Melanie Kuhn

Zweite Prüferin: PD Dr. Maja S. Maier

Inhalt

Inhalt | II

1. Einleitung | 1

- 1.1. Thematische Hinführung | 1
- 1.2. Forschungsinteresse | 2
- 1.3. Vorgehen und Aufbau der Arbeit | 2

2. Theoretischer Hintergrund | 4

- 2.1. Stigma und Stigmatisierung | 4
- 2.2. Psychische Erkrankungen | 8
- 2.3. Stigma psychischer Erkrankung | 9

3. Grounded Theory als Forschungsstil | 13

- 3.1. Grundzüge Grounded Theory | 13
- 3.2. Entscheidung für Grounded Theory als Forschungsstil | 17
- 3.3. Möglichkeiten und Grenzen der Grounded Theory im Rahmen dieser Arbeit | 19
- 3.4. Forschungsethische Aspekte | 20

4. Forschungsentscheidungen | 23

- 4.1. Ausgangspunkt der Analyse – vom Interesse am Thema hin zu einer weit gefassten Fragestellung | 24
- 4.2. Umgang mit Vorwissen und Literatur | 27
- 4.3. Interviews | 28
- 4.4. Vorgehen während der Analyse der Interviews | 33
- 4.5. Konkretisierungen der Fragestellung | 35
- 4.6. Beschreibungen von Selbsthilfegruppen | 36
- 4.7. Datenauswahl und Analyse der Selbsthilfegruppenbeschreibungen | 38

5. Analyse der Daten – hin zu den Ergebnissen der Arbeit | 39

- 5.1. Entwicklung Subkategorie „Hinter die Fassade schauen lassen“ | 40
- 5.2. Kategorie Kenntnis der Erkrankung(en) | 47
- 5.3. Entwicklung Subkategorie „Umstrukturierung Freundeskreis“ | 49
- 5.4. Kategorie Soziales Umfeld | 54
- 5.5. Entwicklung Subkategorie „Rechtfertigungsbedürfnis“ | 56
- 5.6. Kategorie Selbstverständnis | 62
- 5.7. Diskriminierungserwartung als Kernkategorie | 63

6. Beantwortung der Fragestellung und Ausblick | 66

- 6.1. Beantwortung der Fragestellung | 66
- 6.2. Theoretische Einbindung | 67
- 6.3. Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit | 71
- 6.4. Anschlussmöglichkeiten an die Arbeit | 72

7. Literatur | 76

8. Anhang | IV

- 8.1. Interviewleitfaden | IV
- 8.2. Einwilligung zur Befragung | IX
- 8.3. Verzeichnis Selbsthilfegruppenbeschreibungen | X

9. Eidesstattliche Erklärung | XI

- 9.1. Eidesstattliche Erklärung | XI
- 9.2. Bestätigung der Teilnahme am Begleitseminar | XI

1 Einleitung

1.1 Thematische Hinführung

„(.) und wenn das [die psychische Erkrankung] dann halt nicht ERNST genommen wird;

(-) obwohl es einem schlecht geht und;

obwohl man nichts dafür kann,

(0.1)

das ist halt schwierig.

[. . .]

halt einfach dass=de=dass=des halt okAY ist;

zu sagen-

(0.2)

<<sehr leise> ich komm heute nicht ausm BETT,

ich KANN nicht.

ich KANN heute nicht.>

[. . .]

dass du halt NICHT MEHR verMITTELT bekommst,

und das kommt oft vor,

dass du halt weniger wert bist;

<<leise> weil du ne psychische erkrankung hast.>“ (Lara, 58.11 – 61.1¹)

Lara ist eine im Rahmen dieser Arbeit von mir interviewte Person. Hier reagiert sie auf die Frage, wie eine hypothetische, ideale Umgebung für sie aussehen würde, in der sie mit ihren psychischen Erkrankungen bestmöglich leben könnte. Es handelt sich um einen Ausschnitt ihrer Antwort, in dem deutlich wird, dass sie ihre Erkrankungen als Stigma erlebt. Lara spricht unterschiedliche Komponenten von Stigmatisierung an, auffällig ist hier vor allem die Thematisierung von Diskriminierungen.

Lara ist eine von ungefähr 18 Millionen Erwachsenen in Deutschland, die innerhalb eines Jahres die Kriterien mindestens einer psychischen Erkrankung nach dem DSM erfüllen (vgl. Jacobi et al. 2016: 80). Diese Personen sind mit vielfältigen Stigmatisierungen konfrontiert, die

¹ Die Angaben zu den Transkripten sind folgendermaßen aufgebaut: (Anonymisierter Name der interviewten Person, Seite.Zeile).

zusätzlich zu den Erkrankungen belastend wirken (können) und deshalb auch als „zweite Krankheit“ (Finzen 2013: 28) bezeichnet werden.

1.2 Forschungsinteresse

Das Stigma psychischer Erkrankung steht im Mittelpunkt dieser Arbeit. Ich nehme damit eine sozialwissenschaftliche Sicht ein und betrachte mental dis*order als soziale Kategorie mit vielfältigen Auswirkungen auf Lebensrealitäten. Der Ausgangspunkt dieser Arbeit war das Interesse am Stigmaerleben psychischer Erkrankungen, ich möchte damit dazu beitragen, das bislang überschaubare Feld an Veröffentlichungen zum Thema zu bereichern. Um mich dem zu nähern, bin ich qualitativ rekonstruktiv vorgegangen und habe mit der Grounded Theory als Forschungsstil gearbeitet. Das brachte eine iterativ-zyklische Herangehensweise mit sich, die auch davon gekennzeichnet war, im Prozess auf Relevanzsetzungen zu reagieren und die Fragestellung dementsprechend zu konkretisieren oder zu verändern. Vom ersten, weiten Forschungsinteresse kam ich so im Laufe des Prozesses auf die Fragestellung: *Wodurch erleben Menschen mit Depressionen ihr Stigmaerleben beeinflusst?* In die Beantwortung gingen Analysen von Interviews und Selbsthilfegruppenbeschreibungen ein. So konnte ich das subjektive Stigmaerleben rekonstruieren und kontextualisieren.

1.3 Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Diese Arbeit habe ich so aufgebaut, dass mein Forschungsprozess nachvollziehbar wird. Daher gehe ich nicht nur auf den theoretischen Hintergrund, die Grounded Theory und die Ergebnisse der Analyse ein, sondern nehme zudem in einem gesonderten Kapitel getroffene Forschungsentscheidungen in den Blick. Damit möchte ich dem Anspruch der Reflexivität qualitativer Forschung Rechnung tragen. Auch in den anderen Kapiteln werden Fragen nach dem Vorgehen und bezüglich meiner Gedanken reflektiert.

Im ersten Schritt beleuchte ich den theoretischen Hintergrund des Forschungsinteresses, um eine Grundlage für das Forschungsinteresse zu schaffen (Kapitel 2. Theoretischer Hintergrund). Dabei schaue ich vor allem auf die Stigmatheorie von Goffman (2020) und das Konzept der Stigmatisierung von Link und Phelan (2001) und davon ausgehend auf psychische Erkrankungen. Mit in den Blick kommen dabei auch Foucaults Ausführungen zu Vernunft und Irrsinn.

Im darauffolgenden Kapitel (Kapitel 3. Grounded Theory als Forschungsstil) konturiere ich meine Herangehensweise. Dazu zeige ich im ersten Schritt Grundzüge von Grounded Theory

auf, um daran anschließend darzulegen, warum ich mich für diesen Forschungsstil entschieden habe. Zudem werde ich erläutern, welche Grenzen dieser Ansatz in meinem Vorhaben hat und mein Vorhaben genauer skizzieren. Im letzten Teil des Kapitels liegt der Fokus auf forschungsethischen Aspekten und meiner Umsetzung derer.

Das vierte Kapitel (Kapitel 4. Forschungsentscheidungen) ist im Sinne der Selbstreflexivität ganz auf die getroffenen Forschungsentscheidungen gerichtet. Ich umreiße wichtige Punkte, an denen der Prozess auch anders hätte verlaufen können und lege meine Motivationen, Gedanken und Umgangsweise mit unterschiedlichen Problemstellungen dar. Dabei geht es im ersten Schritt um den Weg bis hin zu einer ersten Fragestellung, daran anschließend um den Umgang mit Vorwissen und Literatur während des Prozesses. Ein etwas längerer Punkt bezieht sich auf die Interviews, deren Planung und Durchführung und daran anschließend Entscheidungen, die im Rahmen der Analyse der Interviews getroffen wurden. Es folgt ein Abschnitt speziell zu den im Laufe des Prozesses vollzogenen Konkretisierungen der Fragestellung. Den letzten Teil des Kapitels bildet die Entscheidung für die Analyse von Selbsthilfegruppenbeschreibungen, deren Auswahl und das Vorgehen dabei.

Das darauffolgende Kapitel (Kapitel 5. Analyse der Daten – hin zu den Ergebnissen der Analyse) legt meinen Analyseprozess und die darin entwickelten Ergebnisse dar. Es soll somit den Weg hin zu drei Hauptkategorien (Kenntnis der Erkrankung(en)), Soziales Umfeld und Selbstverständnis) und einer Kernkategorie (Diskriminierungserwartung) verdeutlichen. Dazu führe ich exemplarisch jeweils eine Subkategorie der Hauptkategorien aus und beschreibe direkt daran anschließend die gesamte Kategorie. Die Darstellung der Kernkategorie schließt den Analyseprozess ab.

Im letzten Kapitel (Kapitel 6. Beantwortung der Fragestellung und Ausblick) beantworte ich im ersten Schritt nochmals kurz die Fragestellung um dann meine Ergebnisse theoretisch einzubinden. Daran anschließend beschreibe ich die Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit, und skizziere im letzten Schritt einen Ausblick auf mögliche weitere Forschungsvorhaben.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel gehe ich auf den theoretischen Rahmen meines Forschungsvorhabens ein. Dabei beleuchte ich im ersten Schritt mein Verständnis von Stigma und Stigmatisierung, das vor allem auf Goffmans Konzept und dessen Weiterentwicklung von Link und Phelan beruht. In einem zweiten Teil des Kapitels widme ich mich dem Themenfeld psychischer Erkrankung, um beides im dritten Unterkapitel zusammenzuführen. Dort kommen zudem Überlegungen von Foucault zum Tragen und ich zeige den aktuellen Forschungsstand zum Thema auf.

2.1 Stigma und Stigmatisierung

Der Begriff Stigma geht zurück auf das Griechische und steht für ein Brandmal, ein Stich, ein Kennzeichen. Später wurde er ins Deutsche übernommen und bezeichnete ein Zeichen, das Sklaven, Verbrecher*innen oder Verräter*innen in die Haut eingebrannt wurde (vgl. Psota 2020: 12). In den 1970er -und 1980er-Jahren fand der Begriff Einzug in die sozialpsychologische Literatur² und wurde 1975 von Ervin Goffman genauer umrissen. Auch dort bezeichnet er eine Auffälligkeit, die eine Person als abweichend kennzeichnet:

„Ein Individuum, das leicht in gewöhnlichen sozialen Verkehr hätte aufgenommen werden können, besitzt ein Merkmal, das sich der Aufmerksamkeit aufdrängen und bewirken kann, daß wir uns bei der Begegnung mit diesem Individuum von ihm abwenden, wodurch der Anspruch, den seine anderen Eigenschaften an uns stellen, gebrochen wird. Es hat ein Stigma, das heißt, es ist in unerwünschter Weise anders, als wir es antizipiert hatten.“ (Goffman 2020: 13).

Um diesen Vorgang genauer zu fassen, setzt Goffman dabei an, dass wir ‚im Effekt‘ bislang fremde Personen charakterisieren und dabei Forderungen an sie stellen, ihnen bestimmte Eigenschaften und Attribute zuschreiben. Diese Charakterisierung nennt Goffman virtuelle soziale Identität (vgl. ebd.: 10). Die aktuelle soziale Identität hingegen beschreibt die Eigenschaften, „deren Besitz dem Individuum tatsächlich bewiesen werden konnte“ (ebd.). Es besteht die Möglichkeit, dass sich virtuelle und aktuelle soziale Identität unterscheiden und die fremde Person eine Eigenschaft besitzt, die negativ von unserer Erwartung abweicht. Solch eine „Diskrepanz zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität“ (ebd.: 11) kann ein Stigma sein, ausschlaggebend dafür ist die Relation zwischen den beiden und nicht die diskreditierende Eigenschaft an sich (vgl. ebd.).

² Vgl. beispielsweise Lemert 1975, Wright 1960.

Goffman unterscheidet zwei verschiedene Arten, eine stigmatisierte Person zu sein: Ist die Diskrepanz zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität bekannt oder offensichtlich im ersten Kontakt, ist es eine diskreditierte Person (vgl. ebd.: 56). Sie hat mit Spannungen im sozialen Miteinander zu rechnen. Ist jedoch die „Andersartigkeit nicht unmittelbar offensichtlich und nicht von vornherein bekannt“ (ebd.), so ist die Person diskreditierbar. Entscheidend wird es für sie dann, die Informationsweitergabe zu steuern. Stigmatisierte Individuen haben meist mit beiden Situationen Erfahrungen (vgl. ebd.: 12). Der Umgang mit dem Stigma ist gekennzeichnet von Unsicherheiten, Abwertungen und Unbehaglichkeit (vgl. ebd.: 24ff.), die stigmatisierte Person nimmt oft wahr, dass ihr nicht auf gleicher Ebene begegnet wird und sie nicht akzeptiert wird (vgl. ebd.: 16).

Die Zuweisung eines Stigmas ist in der Folge mit einer veränderten sozialen Interaktion verbunden. Häufig wird der Person aufgrund der einen, negativ von der Erwartung abweichenden Eigenschaft eine Reihe weiterer Unvollkommenheiten unterstellt (vgl. ebd.: 14). Sie wird als „nicht ganz menschlich“ (ebd.: 13) und gefährlich angesehen und dementsprechend behandelt (vgl. ebd.).

Zudem kommt es häufig vor, dass die Person die gesellschaftlichen Vorstellungen selbst in sich trägt oder übernimmt und so ihr Stigma selbst auch als Fehler sieht und es zu einer „Spaltung zwischen Ich-Ideal und Ich“ (ebd.) kommt. „Scham wird eine zentrale Möglichkeit, sie entsteht daraus, daß das Individuum eines seiner eigenen Attribute begreift als etwas Schändliches und als etwas, worauf es gern verzichten würde“ (ebd.). Das kann zu Selbsthass und Selbsterniedrigung führen. Strategien damit umzugehen, sind beispielsweise der Versuch, den „Fehler“ zu korrigieren, durch extreme Anstrengungen Dinge zu erreichen, die der Person nicht zugetraut werden oder versuchen, eine andere Auffassung von ihrer Eigenart zu etablieren (vgl. ebd.: 18ff.). Die unterschiedlichen Arten des Umgangs mit einem Stigma werden als Stigmamanagement oder Stigma Coping Strategien bezeichnet.

Goffmans Stigmakonzept wurde von unterschiedlichen Personen aufgegriffen und weiterentwickelt. Jones et al. (1984) stellten in ihren Ausführungen heraus, dass ein Stigma als ein Merkmal aufgefasst werden kann, das Personen mit unerwünschten Eigenschaften verbindet (vgl. Jones et al. 1984: 295ff.). Diese Definition griffen Link und Phelan (2001) auf. Ihre Ausführungen lege ich meiner Arbeit zugrunde, da sie explizit die gesellschaftliche Komponente der Macht thematisieren, und werde sie deshalb an dieser Stelle genauer erläutern.

Die beiden Soziologen kritisierten an den vorhergehenden Definitionen von Stigma den individualisierenden Fokus³: the „stigma or mark is seen as something *in the person*“ (Link/Phelan 2001: 366, Herv. im Original). Ausschlaggebend sehen sie jedoch die Zuschreibungen und Abwertungen durch andere, die damit verbundenen Diskriminierungen und zudem strukturelle Faktoren (vgl. ebd.). Sie erweiterten daher das Stigmakonzept und fügten die Komponente der Diskriminierung hinzu (Link/Phelan 1999). Zudem beschrieben sie Stigma als verschiedene miteinander verbundene Komponenten, deren Voraussetzung eine Machtposition ist: „In our definition, stigma exists when elements of labeling, stereotyping, separating, status loss, and discrimination co-occur in a power situation that allows these processes to unfold“ (Link/Phelan 2001: 382). Diese aufeinander aufbauenden Komponenten werde ich kurz beschreiben:

Im ersten Schritt werden willkürliche Unterscheidungen getroffen und Differenzen etikettiert. Erlebt werden diese Grenzziehungen als quasi-natürlich, sie sind jedoch kultur- und zeitabhängig und damit variabel und sozial konstruiert (vgl. ebd.: 367). Link und Phelan legen den Fokus bewusst auf die Etikettierung und unterstreichen so, dass es um eine aktive Zuteilung geht, die jedoch nur selten hinterfragt wird (vgl. ebd.: 368). Nicht das Merkmal an sich wird ausschlaggebend für Stigmatisierung, sondern die aktive Zuteilung und Beschreibung als sozial relevante Unterscheidung.

Die zweite Komponente verbindet die Unterschiede mit einer Reihe von negativen Eigenschaften: „In our terms, this aspect of stigma involves a label and a stereotype, with the label linking a person to a set of undesirable characteristics that form the stereotype“ (ebd.: 369). Die Etikettierung einer Person als zugehörig zu einer bestimmten sozialen Kategorie geschieht meist unbewusst und wird automatisch mit einem negativen Stereotyp verbunden (vgl. ebd.)⁴.

Im dritten Schritt wird schließlich zwischen zwei Gruppen unterschieden, dem „Wir“ und den „Anderen“. Die „Anderen“ sind fortan grundlegend unterscheidbar und „very different from

³ Gleichzeitig finden sich auch bei Goffman (2020) Ausführungen zum Einhergehen von Normalität und Abweichung miteinander und zur Funktionalität von Stigmazuständen. Er beschreibt, dass das geteilte Normalitätsverständnis dazu führt, dass Menschen fähig werden, beide Rollen zu spielen. „Der Normale und der Stigmatisierte sind nicht Personen, sondern eher Perspektiven“ (Goffman 2020: 170). Zudem reißt er an, dass Stigmatisierung vor allem die soziale Funktion hat, „unter jenen Unterstützung für die Gesellschaft zu gewinnen, die nicht von ihr unterstützt werden“ (ebd.: 171). Zusätzlich führt Goffman auf, dass Stigmatisierung „ein Mittel formaler sozialer Kontrolle“ (ebd.) und eines „der Ausschaltung [. . .] aus verschiedenen Bereichen der Konkurrenz“ (ebd.) sein kann. Damit reichen auch seine Ausführungen über eine individuelle Perspektive hinaus. Bei Link und Phelan (2001; 2014) werden die Machtkomponente und die Funktionalität von Stigmatisierungen explizit ins Zentrum des Interesses gerückt, deshalb sind ihre Konzeptualisierungen für meine Arbeit über Goffmans Beschreibungen hinaus relevant.

⁴ Dieser Aspekt wurde auch in den Ausführungen von Goffman (2020) relevant.

„us“ (ebd.: 370). Teilweise geht damit eine Entmenschlichung einher, „Incumbents are thought to ‚be‘ the thing they are labeled“ (ebd.). Eine Person, die etwas hat, beispielsweise eine körperliche Krankheit ist eine von ‚uns‘, eine Person, die jedoch etwas ist, beispielsweise ‚schizophren‘ oder ‚behindert‘, ist nicht Teil von ‚uns‘ (vgl. ebd.)⁵.

Die stigmatisierte Personengruppe erfährt im vierten Schritt einen Statusverlust und Diskriminierungen. Sie wird degradiert, ihr wird Gleichbehandlung verwehrt. Diese Diskriminierungen erfolgen sowohl strukturell als auch durch übermittelte Erwartungshaltungen in sozialen Interaktionen (vgl. ebd.: 371). Der Prozess der Zuschreibung eines Etiketts und der damit verbundenen Diskriminierungen wird von Link und Phelan als Stigmatisierung beschrieben und damit der Fokus weg vom individuellen Merkmal gelenkt.

Damit diese Prozesse greifen, braucht es keine offensichtliche Diskriminierung. Vergleichbar mit Goffmans Beschreibung von Diskreditierbarkeit führen Link und Phelan aus, dass zur Diskriminierung von außen das Phänomen der Selbststigmatisierung hinzukommt. „people know about the stereotypes that might be applied to them“ (ebd.: 374). Dieses Wissen führt auch ohne direkte und aktive Einwirkung von außen dazu, dass sich die Personen eher entsprechend dem ihnen zugewiesenen Stereotypen verhalten (vgl. ebd.).

Den vier Komponenten fügen Link und Phelan noch eine Voraussetzung hinzu: „it takes power to stigmatize“ (ebd.: 375). Die Etikettierung, die Zuweisung zu einem Stereotypen, dessen negative Bewertung und die Diskriminierungen erfolgen aus einer Machtposition heraus. Die Ansichten einer Gruppe dominieren und führen so erst dazu, dass eine andere Gruppe abgewertet werden kann (vgl. ebd.: 378). Um Stigmatisierungen zu verstehen, müssen demnach die dahinterliegenden sozialen Prozesse untersucht und verstanden werden (vgl. ebd.):

„Because of the importance of power in stigmatization, it is critical to ask the following set of questions: Do the people who might stigmatize have the power to ensure that the human difference they recognize and label is broadly identified in the culture? Do the people who might confer stigma have the power to ensure that the culture recognizes and deeply accepts the stereotypes they connect to the labeled differences? Do the people who might stigmatize have the power to separate ‚us‘ from ‚them‘ and to have the designation stick? And do those who might confer stigma control access to major life domains like educational institutions, jobs, housing, and health care in order to put really consequential teeth into the distinctions they draw? To the extent that we can answer yes to these questions, we can expect stigma to result. To the extent that we answer no,

⁵ Spannend ist in diesem Kontext auch die Frage nach der Sprache. Hier sehe ich durchaus Anknüpfungspunkte zu poststrukturalistischen Theorien.

some of the cognitive components of stigma might be in place, but what we generally mean by stigma would not exist.“ (Link/Phelan 2001: 376)

Mit Link und Phelans Ausführungen wird Stigma nicht als etwas an einer individuellen Eigenschaft Festgemachtes gesehen, sondern als eingebettet in gesellschaftliche Machtstrukturen. Stigma wird als sozial konstruiert betrachtet und der Fokus liegt auf dem aktiven Prozess der Stigmatisierung.

2.2 Psychische Erkrankungen

Die allermeisten Untersuchungen und Forschungsarbeiten zu psychischen Erkrankungen nehmen einen medizinisch-psychologischen Standpunkt ein und betrachten die Erkrankungen als individuelles Merkmal einer Person. So werden sie beispielsweise im DSM beschrieben als ein „Syndrom, welches durch klinisch signifikante Störungen in den Kognitionen, in der Emotionsregulation und im Verhalten einer Person charakterisiert ist“⁶ (American Psychiatric Association 2015: 20). Nach dieser Definition erfüllen innerhalb eines Jahres etwa 28 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland die Kriterien mindestens einer psychischen Erkrankung (vgl. Jacobi et al. 2014/2016: 79ff.)⁷. Ins Spektrum sogenannter affektiver Störungen, zu denen auch Depressionen zählen, fallen 9,3 Prozent der Bevölkerung (vgl. ebd.).

Eher selten wird psychische Erkrankung aus sozialwissenschaftlicher Sicht als eingebettet in gesellschaftliche Strukturen betrachtet. Einen solchen Blickwinkel werde ich einnehmen und mich dabei vor allem auf poststrukturalistische Ansätze beziehen. Damit will ich nicht den medizinisch-psychologischen Herangehensweisen ihre Legitimation und ihren Nutzen absprechen, sondern vielmehr herausstellen, dass unterschiedliche Blickwinkel gleichzeitig existieren und sich gegenseitig bereichern können. Meine Herangehensweise ist eine sozialwissenschaftliche, die nicht den Anspruch erhebt, beispielsweise Behandlungsmethoden zu optimieren. Sie hebt eine Sichtweise auf psychische Erkrankungen hervor, die Gesundheit und Krankheit nicht als sich gegenseitig ausschließende Kategorien, sondern eher als sich bedingend und

⁶ Diese Definition noch erweitert: „Diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamen Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten“ (American Psychiatric Association 2015: 20).

⁷ Das ist das Ergebnis einer Studie der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland des Robert-Koch-Instituts. Die Ergebnisse entsprechen vergleichbaren Studien, in denen teilweise deutlich höhere Gesamtraten ermittelt wurden (38 %, vgl. Wittchen et al.). Schwankungen können durch die Zahl der einbezogenen Krankheitsbilder erklärt werden (vgl. Jacobi et al. 2014: 83).

als Kontinuum begreift (vgl. Psota 2020: 44). So sehe ich mental dis*order⁸ als soziale Kategorie (vgl. Katajala-Peltomaa/Niiranen 2016), die Auswirkungen auf die Lebensrealität vieler Menschen hat. An dieser Stelle kann angemerkt werden, dass bei der Klassifikation psychischer Erkrankungen immer auch gesellschaftliche Normalitätsvorstellungen eine Rolle spielen. So pathologisiert sie teilweise die Abweichung von gesellschaftlichen Standards und dient der gesellschaftlichen Disziplinierung (vgl. Walter 2020: 232). Ein Beispiel dafür ist die Kategorisierung von Homosexualität als psychische Erkrankung, die im Falle der WHO erst 1990 gestrichen wurde.

Auch meine Arbeit ist nicht frei von Differenzziehungen und Positionierungen. Für die Phänomene, denen ich mich nähere und die ich beschreibe, benutze ich Begriffe und erzeuge damit Wirklichkeit auch selbst (vgl. Demmer/Heinrich 2008: 182). Daher war es mir sehr wichtig, über meine verwendeten Begriffe und Kategorisierungen nachzudenken und sie zu hinterfragen. Ein Ziel dessen ist es, reifizierungssensibel zu forschen und zu schreiben. Mir solch reifizierende Prozesse bewusst zu machen ist dabei meines Erachtens nach ein wichtiger Schritt (vgl. Gildemeister/Wetterer 2012: 271).

Ich betrachte psychische Erkrankungen als eine Ausprägung der sozialen Kategorie mental dis*order, die ich mit dieser Bezeichnung auch selbst herstelle. Dennoch verwende ich den Begriff der psychischen Erkrankung und auch den der Depression, um potentielle Stigmatisierung dessen überhaupt erst fassen zu können. Das mache ich aus der Überzeugung heraus, dass Stigmatisierung einen wichtigen Aspekt im Erleben von Menschen mit psychischen Erkrankungen darstellt, dessen Thematisierung für sie einen positiven Effekt hat.

2.3 Stigma psychischer Erkrankung

In dieser Arbeit nehme ich eine poststrukturalistische Sichtweise ein, vor allem im Anschluss an Foucault und Butler. Diese verbinde ich mit den Konzepten von Stigmatisierung und denke sie zusammen. Meines Erachtens nach ist diese Verbindung trotz unterschiedlicher sozialtheoretischer Ausgangspunkte möglich und ich sehe die Möglichkeit, mit dem poststrukturellen Blick die Konzeptualisierung von Stigma zu bereichern. Immer wieder ergeben sich inhaltliche Bezüge, gerade zwischen den Ausführungen von Link und Phelan (2001; 2014) und denen

⁸ Diese Kategorie-Bezeichnung verwende ich anknüpfend an die Bezeichnung dis*ability für die Kategorie der Nicht*Behinderung, in der Behinderung und Nicht-Behinderung und alles, was nicht binär gefasst werden kann einen Platz findet und miteinander in Beziehung steht. Hier sind es entsprechend mental order und mental disorder und Zusätzliches.

Foucaults zu Vernunft und Irrsinn (1973; 2012). Die poststrukturelle Perspektive ermöglicht es, Adressierungen und Aufrufungen explizit in den Blick zu nehmen und somit Etikettierungen und deren Auswirkungen genauer zu untersuchen. Damit verbunden sind Subjektivationsprozesse, die auch bei Goffman zum Tragen kommen. Mit der Verbindung der Perspektiven kann ich somit strukturelle Aspekte noch expliziter herausstellen und mit einbeziehen.

Im Folgenden werde ich darauf eingehen, inwiefern psychische Erkrankungen ein Stigma darstellen können. Dazu werde ich, wie schon angedeutet, sowohl auf das Stigmakonzept von Link und Phelan (2001) als auch auf Ausführungen von Foucault (1973; 2012) eingehen.

Foucault beschreibt Vernunft als Grenzziehung zu einem Irrsinn, der erst dadurch hervorgebracht wird (vgl. Foucault 2012: 118). Die Schwelle zwischen beiden sieht er als sozial-, zeit- und kulturabhängige Variable (vgl. auch Walter 2020: 232), die verbunden ist mit Exklusionsritualen (vgl. Foucault 2012: 119).

„Diese Isolierungstaktiken bilden den Rahmen für die Wahrnehmung von Wahnsinn. Die Erkenntnis, die zu sagen erlaubt: dies ist ein Irrer, ist weder ein einfacher noch ein unmittelbarer Akt. Er beruht in der Tat auf einer Anzahl vorgängiger Operationen und vor allem auf dem Abstecken des sozialen Raums nach den jeweiligen Grenzlínen der Wertung und des Ausschlusses. Wenn der Arzt den Wahnsinn als ein Naturphänomen zu diagnostizieren glaubt, so ist es in Wirklichkeit das Vorhandensein dieser Schwelle, das ihm gestattet, auf Wahnsinn zu erkennen. Jede Kultur hat ihre besondere Schwelle, die sich analog zur Ausgestaltung dieser Kultur entwickelt“ (Foucault 2012: 119).

Er geht hier auf die Grenzziehungen zwischen gesellschaftlich konstruierter Normalität und Abweichung ein, die mit „positiven und negativen Wertungen, [. . .] Formen des Annehmens und Ablehnens“ (ebd.: 118) verbunden sind. Mit diesen Überlegungen können psychische Erkrankungen ein Stigma darstellen. Es handelt sich um eine quasi-natürlich wirkende Unterscheidung, die jedoch variabel und sozial konstruiert und aktiv als Etikett vergeben wird (vgl. erste Komponente des Stigmakonzepts von Link/Phelan 2001). Im Anschluss daran wird der ‚Irrsinn‘ mit einer Reihe negativer Eigenschaften und Wertungen verbunden (vgl. zweite Komponente) und führt zu einer grundlegenden Unterscheidung zweier Gruppen, der ‚Vernünftigen‘ und der ‚Wahnsinnigen‘. Foucault schreibt dazu:

„Dieses Verhältnis, das jede mögliche Psychologie philosophisch begründet, konnte nur zu einer bestimmten Zeit in der Geschichte unserer Kultur definiert werden: zu der Zeit nämlich, wo die große Konfrontierung der Vernunft mit der Unvernunft sich nicht länger in der Dimension der Freiheit abgespielt hat, wo die Vernunft für den Menschen aufgehört hat, eine Ethik zu sein, um statt dessen eine Natur zu werden.“ (Foucault 2012: 131)

Die Vernunft wurde zur Natur des Menschen und der ‚Irrsinn‘ in Abgrenzung dazu zu etwas Unmenschlichem. Personen mit psychischen Erkrankungen werden somit abgewertet und als nicht mehr ganz menschlich betrachtet (vgl. dritte Komponente). Sie verlieren ihren Status, werden häufig exkludiert und damit diskriminiert (vgl. ebd.: 119; vgl. vierte Komponente). Verbunden ist dieser Prozess mit machtvollen Diskursen und Praktiken, die beispielsweise zu institutionalisierter Exklusion führen (vgl. Voraussetzung von Machtstrukturen). Die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen zu betrachten ist ein Ansatzpunkt, diese als eingebettet in gesellschaftliche Prozesse zu untersuchen.

Stigmatisierung von Personen mit psychischen Erkrankungen hat – wenn der Blick auf die Einzelpersonen gerichtet wird – vielfältige Einflüsse auf die Lebensrealität. So führt sie häufig, wie von Foucault beschrieben, zu Exklusionen und Diskriminierungen wie beispielsweise Benachteiligungen am Arbeitsplatz oder bei der Wohnungssuche (vgl. Psota 2020: 19). Dazu kommen Auswirkungen auf die Behandlung und Genesung. Aus (unbewusster) Angst, stigmatisiert zu werden, wird häufig erst später oder gar nicht nach Hilfe gesucht und Krankheitsverläufe chronifizieren sich eher (vgl. ebd.: 14). Zudem werden „[k]rankheitsbedingte Verhaltensweisen wie sozialer Rückzug, Misstrauen und gesteigerte Empfindlichkeit [. . .] durch Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung noch bekräftigt“ (Von Kardoff 2010: 5). Das wiederum kann zum Verlust sozialer Netze und damit zu geringeren Ressourcen gegenüber Diskriminierungen führen (vgl. ebd.). Finzen bezeichnete das Stigma psychischer Erkrankungen aufgrund dieser Aspekte als „zweite Krankheit“ (2013: 28).

Das Erleben des Stigmas psychischer Erkrankung ist gekennzeichnet von Beschämung (vgl. Von Kardoff 2010: 6; Psota 2020: 28): „Stigma ist mehr als ein Vorurteil. Es ist Zuweisung – und Empfindung – von Scham, Schuld, Schimpf und Schande zugleich“ (Finzen 2010: 10). Dazu passt ursprüngliche Wortbedeutung von Stigma als Zeichen, das „etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers“ (Goffman 2020: 9) offenbart.

Stigmatisierung findet in klassifizierenden Zuordnungen zu einer bestimmten, mit negativen Eigenschaften beschriebenen Personenkategorie ihren Ursprung. Etikettierte Personen befinden sich „in dem Dilemma [. . .], die Zuschreibung zurückzuweisen, sie anzunehmen, sie in [ihr] Selbst zu integrieren oder sich dem betreffenden Umfeld zu entziehen“ (Von Kardoff 2010: 6). Die Zuschreibungen können als Adressierungen verstanden werden, als „konkrete, explizite, aber auch implizite Ansprachen von jemandem (als jemand)“ (Rose/Ricken 2018: 167). Vor

dem Hintergrund eines Subjektverständnisses, in dem diese nicht einfach existieren, sondern durch und mit unterschiedlichen sozialen Praktiken und Aufrufungen erst zu Subjekten werden und dazu gemacht werden, können solche Adressierungen als Subjektivationspraktiken angesehen werden (vgl. Rose/Ricken 2018: 160f.). Mit der Etikettierung einer psychischen Erkrankung⁹ gehen damit Folgen für die Subjektivation und die Identitätsentwicklung der Personen einher und gleichzeitig verstärken die Aufrufungen die Stigmatisierung (vgl. Von Kardoff 2010: 7). Es erscheint mir sehr spannend, Adressierungen an Menschen mit psychischen Erkrankungen vor dem Hintergrund von Stigmatisierung zu analysieren.

Die Forschungslage zu Stigmatisierung psychischer Erkrankungen ist überschaubar. Neben rein theoretischen Veröffentlichungen setzen empirische Studien häufig quantitativ an. Der Fokus liegt dabei meist auf den Einstellungen gegenüber Personen mit psychischen Erkrankungen (vgl. beispielsweise Stadler 2010, Conrad et al. 2010, Meyers et al. 2017, Zäske/Baumann/Gaebel 2005), auf Stigma Coping Strategien (vgl. beispielsweise Schulze/Janeiro/Kiss 2010) oder auf Interventionsansätzen zur Entstigmatisierung (siehe überblicksweise Gaebel/Ahrens/Schlamann 2010). Vereinzelt beschäftigen sich Studien mit Stigmatisierungserfahrungen, beispielsweise mithilfe von inhaltsanalytisch ausgewerteten Fokusgruppeninterviews (vgl. Schulze 2005). An diesem Punkt setzt die hier vorliegende Arbeit an. Mich interessiert, wie das Stigma von Menschen mit psychischen Erkrankungen erlebt wird. Dazu gehe ich qualitativ rekonstruktiv vor, um Gefühle wie Scham und Ängste rekonstruieren und analysieren zu können. Meinen Forschungsstil und Entscheidungen während des Prozesses lege ich ausführlich in den beiden nächsten Kapiteln dar.

⁹ Gleichzeitig kommt dabei das sogenannte Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma zum Tragen. Die Diagnose und damit die Etikettierung einer psychischen Erkrankung setzt Ressourcen frei, die ansonsten nicht zur Verfügung stünden (vgl. beispielsweise Kottmann/Miller 2017: 144f.).

Grounded Theory als Forschungsstil

Forschungen, die mit dem Stil der Grounded Theory¹⁰ arbeiten, haben zum Ziel, „brauchbare Theorien zu entwickeln, die in den Daten verankert sind“ (Corbin 2011: 180). Zurückgehend auf gemeinsame qualitative Forschungsarbeiten von Glaser und Strauss gibt es mittlerweile verschiedene Ausdifferenzierungen von Grounded Theory (auch GT), die vor allem auf unterschiedlichen Weiterentwicklungen der beiden Gründer beruhen. Ich beziehe mich in meiner Arbeit auf die Version von Anselm Strauss und deren Weiterentwicklungen¹¹. Relevant für mein Vorgehen sind vor allem auch die Ausführungen von Breuer und Muckel, die die (Selbst-) Reflexivität im Rahmen des Grounded Theory Ansatzes in den Mittelpunkt ihrer Ausführungen stellen (vgl. Breuer 2009; Breuer/Muckel 2016).

Die Grundzüge dieses Forschungsstils werde ich kurz beschreiben, um dann im Anschluss daran zu erläutern, warum ich mich dafür entschieden habe. Es folgen eine Einordnung der Chancen und Grenzen der Grounded Theory im Rahmen dieser Arbeit und forschungsethische Überlegungen.

2.4 Grundzüge Grounded Theory

Der Begriff Grounded Theory beschreibt gleichzeitig Prozess und Ergebnis eines Forschungsstils. In diesem Sinn führt problemlösendes Forschungshandeln dazu, dass „das theoretische Denken im Forschungsprozess aktiv an empirische Zusammenhänge rückgebunden wird“

¹⁰ Ich verwende hier bewusst den Begriff des Forschungsstils. GT ist ausdrücklich nicht als Methode im Sinne vorgegebener Handlungsanweisungen zu verstehen, sondern ein Forschungsstil, nach der Verfahrensvorschläge angepasst an die konkrete Forschung verwendet werden können (vgl. Strübing 2013: 112). Gleichzeitig stellt der Ansatz der GT auch keine Methodologie im Sinne „aufeinander abgestimmter und konsistenter theoretischer wie epistemologischer Aussagen“ (Reichert/Wilz 2016: 56) dar.

¹¹ Die Versionen der Grounded Theory von Glaser und Strauss sehe ich als grundsätzlich verschieden an. So liegen ihnen unterschiedliche methodologische und sozialtheoretische Positionen zugrunde, die sich auch in unterschiedlichen Verfahrensvorschlägen äußern (vgl. vertiefend Strübing 2011). Ich beziehe mich in dieser Arbeit auf die Ausführungen von Anselm Strauss und deren Weiterentwicklungen. Der ausschlaggebende Grund dieser Entscheidung ist der Induktivismus Glasers. Er postuliert, dass der Theoriebildung keine theoretische Prägung vorgehen sollte und hinterfragt dies nicht aus erkenntnislogischer Perspektive. Strübing schreibt dazu: „Es bedarf dazu immer schon kognitiver ‚Werkzeuge‘ die – mehr oder weniger stark, mehr oder weniger explizit – theoriegeladen sind. Die Selektivität unserer Wahrnehmung beim analytischen Zugriff auf die Daten, die sprachlichen Mittel zur vergleichenden Darstellung als relevant erachteter Eigenschaften der zu vergleichenden Indikatoren: All dies kommt ohne ein gewisses Maß an theoretischer Vorprägung nicht aus und steht somit der Idee *reiner* Emergenz von Konzepten aus Indikatoren-Vergleichen und von Theorie aus Empirie entgegen“ (Strübing 2011: 267; Herv. im Original). Auch deshalb ist es in meinen Augen sehr wichtig, eine reflexive Haltung einzunehmen.

(Strübing 2013: 112) und so eine gegenstandsbezogene Theorie entstehen kann. Nur aus dem Prozess heraus kann dieses Ergebnis angemessen verstanden werden (vgl. ebd.: 111). Dieser Forschungsstil beschreibt ein qualitativ rekonstruktives Vorgehen, mit dem Datenmaterial erhoben und analysiert wird. Im Forschungsprozess wird „eine **systematische** Reihe von **Verfahrenen** benutzt, um eine induktiv abgeleitete, gegenstandsverankerte **Theorie** über ein **Phänomen** zu **entwickeln**“ (Strauss/Corbin 1996: 8, Herv. im Original). Das Ziel ist damit „das Erstellen einer Theorie, die dem untersuchten Gegenstandsbereich gerecht wird und ihn erhellt“ (ebd.: 9). Dabei sollen die Verfahrensvorschläge auch dazu beitragen, dass die forschende Person ihre (unbewussten) Vorannahmen durchbricht und für Gegenstandsverankerung der entstehenden Theorie sorgen (vgl. ebd.: 39). Je nach Projekt können und müssen die Verfahrensvorschläge angepasst und verändert werden (vgl. Strübing 2013: 112).

Im Rahmen der Grounded Theory wird auf gegenstandsbezogene theoretische Vorannahmen verzichtet (vgl. ebd.). Das bedeutet nicht, dass die forschende Person ohne jegliches Fachwissen mit der Forschung beginnt, sondern dass dieses Wissen eine Neugierde dem Forschungsgegenstand gegenüber erzeugt (vgl. ebd.: 112f.). Überblicksartiges Vorwissen zum Forschungsstand des Phänomens und eine sozialtheoretische Perspektive sollten dem Forschungsprozess vorangehen¹², nicht aber konkrete, empirisch zu überprüfende Hypothesen.

Die Forschungslogik der Grounded Theory ist eine iterativ-zyklische (vgl. Strübing 2013: 128). Es gibt keine starre Abfolge von Fragestellung, Datenerhebung und Theoriebildung, sie passieren vielmehr gleichzeitig und wiederkehrend, greifen ineinander und wirken aufeinander ein (vgl. ebd.: 127f.). So wird auch „das Sampling sukzessive im Projektverlauf [durchgeführt] und seine Auswahlkriterien aus der entstehenden Theorie“ (ebd.: 116) gezogen. Diese Art des Samplings wird theoretisches Sampling genannt und stellt sicher, dass diejenigen Daten erhoben und analysiert werden, die am entsprechenden Punkt des Forschungsprozesses angemessen und relevant sind. Vor der Analyse ließe sich das nicht realisieren, würde es doch bedeuten, dass so schon Vorabannahmen und Vorabkriterien vorhanden wären, die die Analyse steuern (vgl. ebd.). Am Beginn des Prozesses steht damit eine noch recht offene Forschungsfrage, die im Laufe der Zeit immer mehr präzisiert wird, je nach dem, was in der Analyse relevant wird (vgl. ebd.:127).

¹² Erst mit diesem Vorwissen kann eine Forschungsfrage entwickelt werden (vgl. Strübing 2013: 114), die im Laufe des Prozesses immer weiter konkretisiert wird (vgl. Strauss/Corbin 1996: 23).

Die Grounded Theory legt sich nicht auf die Analyse eines bestimmten Datentyps fest, vielmehr werden während des Forschungsprozesses die Daten erhoben oder ermittelt, die an dem spezifischen Punkt interessant erscheinen. Dabei muss auf die verschiedenen Materialien analytisch teilweise unterschiedlich reagiert werden, sie können jedoch alle bei einer Forschung verwendet werden (vgl. ebd.: 126f.).

Eine Komponente im Forschungsprozess stellt die Kreativität der forschenden Personen dar. Diese ist nicht als komplette Freiheit angelegt, sondern wird als elementarer Bestandteil von qualitativer Forschung und als sozialer Prozess verstanden (vgl. Strübing 2013: 113). Strauss und Corbin schreiben dazu:

„Kreativität manifestiert sich in der Fähigkeit des Forschers, Kategorien treffend zu bezeichnen, seine Gedanken schweifen zu lassen, freie Assoziationen zu bilden, die für das Stellen anregender Fragen notwendig sind, und Vergleiche anzustellen, die zu neuen Entdeckungen führen. [. . .] Obwohl Kreativität zum Aufbau einer effektiven Theorie notwendig ist, muß der Forscher natürlich durch den gesamten Forschungsprozeß hindurch alle auf kreativem Weg gewonnenen Kategorien und Aussagen unermüdlich an den Daten validieren.“ (Strauss/Corbin 1996: 12)

Die mithilfe von Kreativität und den Verfahrensvorschlägen gewonnenen Kategorien und Theoriekonstrukte müssen also immer wieder mit dem Material abgeglichen und somit validiert werden. Das passiert vor allem auch durch die Zirkularität des Forschungsprozesses und wiederkehrende Vergleiche. Zudem spielt an dieser Stelle (Selbst-)Reflexivität eine große Rolle. Dabei geht es darum, „in systematischer Weise Gelegenheiten und Formen zu suchen und zu realisieren, in denen die Aufmerksamkeit auf Eigen-Effekte und Eigen-Resonanzen gerichtet wird“ (Breuer/Muckel 2016: 78). Durch unterschiedliche Praktiken kann das erreicht werden¹³. Gleichzeitig sind Forschende immer selbst Teil der Forschung in dem Sinn, dass sie in jedem Schritt des Prozesses als Personen involviert sind, die Einfluss auf das Forschungsfeld und die Theoriebildung haben und „die ihre Tätigkeit unter spezifischen persönlichen, sozialen, fachlichen, institutionellen, sub-/kulturellen, historischen Voraussetzungen und Konstellationen verrichten“ (Breuer/Muckel 2016: 68). Diese unvermeidbare Involviertheit nicht als Störungen des Forschungsprozesses, sondern im Gegenteil als relevant zur Erkenntnisgewinnung zu sehen ist ein grundlegender Aspekt der reflexiven Grounded Theory (vgl. ebd.). Ihre Bedeutung wird auch deutlich, wenn es um Relevanzsetzungen geht, die erst in Kombination mit einem spezifischen Forschungsinteresse auftreten. „Relevanz ist nicht im Material,

¹³ Zu (selbst-)reflexiven Praktiken im Rahmen des Forschungsprozesses siehe vertiefend beispielsweise Breuer/Muckel 2016 und in dieser Arbeit Kapitel 4 Forschungsentscheidungen.

sondern sie wird in der Beziehung zwischen Forscherin, Material und Forschungsfrage in kreativer Forschungsarbeit aktiv hergestellt“ (vgl. Strübing 2013: 115). Diese Grundlage von Theoriebildung wird erst durch die Involviertheit der forschenden Person möglich. Das „Bewusstsein für die Feinheiten in der Bedeutung der Daten“ (Strauss/Corbin 1996: 30), also die Fähigkeit, in den Daten relevante Punkte zu erkennen und ihnen durch die Analyse einen Sinn zu geben, wird als theoretische Sensibilität bezeichnet (vgl. ebd.: 30).

Die grundlegenden Analysewerkzeuge der Grounded Theory sind das Vergleichen und das Stellen von Fragen (vgl. Strauss/Corbin 1996: 44). Sie finden in unterschiedlichen Phasen und auf unterschiedlichen Ebenen Anwendung und tragen dazu bei, Konzepte und Kategorien herauszuarbeiten. Dabei werden zum einen Vergleichsfälle herangezogen, die dem zu analysierenden Materialstück in einer bestimmten Dimension möglichst ähnlich sind. Die Grundfrage dieser minimalen Kontrastierung lautet: „Was bleibt bei aller unvermeidlichen Variation in den Fällen dann doch konstant in Bezug auf das Phänomen, um dessen theoretische Konzeptionalisierung es jeweils geht“ (Strübing 2013: 115)? So kristallisieren sich verschiedene Eigenschaften und zudem Subkonzepte, diejenigen Variationen, die immer wieder auftauchen, heraus (vgl. ebd.). Bei einer maximalen Kontrastierung hingegen werden die Grenzen der Kategorien abgesteckt und geschaut, wo sie nicht mehr passen und was dazu den Ausschlag gibt. Dazu werden gezielt abweichende Fälle gesucht (vgl. ebd.).

Das Vorgehen an sich ist durch systematische Strategien gekennzeichnet, die unter dem Begriff des Kodierens zusammengefasst werden können (vgl. Strübing 2013: 118). „Kodieren stellt die Vorgehensweise dar, durch die die Daten aufgebrochen, konzeptualisiert und auf neue Art zusammengesetzt werden. Es ist der zentrale Prozeß, durch den aus Daten Theorien entwickelt werden“ (Strauss/Corbin 1996: 39). Dabei werden drei Haupttypen unterschieden: Das offene Kodieren, das axiale Kodieren und das selektive Kodieren. Sie sind während der Analyse nicht in einer starren Abfolge zu realisieren, sondern tauchen immer wieder auf. Im Modus des offenen Kodierens werden die Daten aufgebrochen, gründlich untersucht und Phänomene vorläufig benannt und kategorisiert (vgl. ebd.: 44). Dabei werden Textstücke meist kleinteilig im Sinne einer line-by-line-Analyse bearbeitet und so neue thematische Aspekte herausgestellt. Dieser Modus findet meist zu Beginn der Analyse beziehungsweise beim Herangehen an neu erhobene Daten Anwendung, kann aber auch verwendet werden, um beispielsweise besonders interessant scheinende oder problematische Textstellen genauer zu betrachten (vgl. Strübing 2013: 118). Beim axialen Kodieren werden die im Modus des offenen

Kodierens gewonnenen Kategorien durch das Erstellen von Verbindungen neu zusammengesetzt (vgl. Strauss/Corbin 1996: 75). Mithilfe des sogenannten Kodierparadigmas entsteht um die Achse einer zentralen Kategorie herum ein Netz von Subkategorien. Diese Kategorie wird dabei auf ihre Ursachen, ihren Kontext, ihre Bedingungen, die Strategien der Akteure und die Konsequenzen hin befragt (vgl. ebd.: 76). Während der Analyse wechselt die forschende Person zwischen den Modi des offenen und des axialen Kodierens (vgl. ebd.: 77). „Das axiale Kodieren zielt also auf erklärende Bedeutungsnetzwerke, die in der Lage sind, die jeweils fokussierte Kategorie möglichst umfassend zu erklären“ (Strübing 2013: 120). Dabei geht es noch nicht um die umfassende Beantwortung der Forschungsfrage, sondern um empirische Vorkommnisse und deren Abstraktion (vgl. ebd.: 121). Es entstehen mehrere Theorieminaturen, die nicht unbedingt aufeinander bezogen sind. Beim selektiven Kodieren wird schließlich eine Schlüsselkategorie identifiziert, anhand derer alle Kategorien und Konzepte nochmals umkodiert werden. So entsteht der Entwurf einer Theorie, die alle Kategorien enthält (vgl. Strübing 2013: 122). Damit werden die bisherigen Kategorien nicht ungültig, sondern neu justiert und in einen größeren Zusammenhang gestellt. Es entsteht eine in den Daten verankerte Theorie.

3.2 Entscheidung für die Grounded Theory als Forschungsstil

Mein Forschungsinteresse bezog sich zu Beginn des Prozesses auf das Stigmaerleben von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Spannend war dabei für mich von Anfang an die Frage nach dem subjektiven Erleben und dahingehend antizipierten Einflüssen. Die Forschungslage zu Stigmatisierung psychischer Erkrankung ist überschaubar und beschäftigt sich meist quantitativ mit Stigma Coping Strategien oder den Einstellungen Personen mit psychischen Erkrankungen gegenüber. Bezogen auf mein Interesse gibt es noch keine entwickelten Konzepte. Davon leitete sich für mich die Notwendigkeit ab, qualitativ an das Thema heranzugehen. Da Stigmaerleben schwer inhaltlich abgefragt werden kann und mich viel mehr interessiert, was hinter den Daten an sich liegt und wie sich das Erleben darin zeigt, war mir relativ schnell klar, dass ich qualitativ rekonstruktiv vorgehen werde. Die Grounded Theory hat eine Reihe von Vorteilen für mein Forschungsvorhaben, die ich hier kurz ausführen werde.

Der Ansatz der GT bietet die nötigen Voraussetzungen, offen an den Forschungsprozess heranzugehen und interessante Konzepte gegenstands begründet zu entdecken. Darunter fällt eine reflektierte Offenheit, in der Erkenntnisvoraussetzungen selbstkritisch betrachtet und so Präkonzepte und deren Auswirkungen auf den Forschungsprozess reflektiert werden können

(vgl. Breuer 2009: 29). Diese Offenheit kann dazu führen, empirisch bislang nicht erforschte Konzepte ausgehend vom erhobenen Datenmaterial erstmals zu entwickeln. Das ist ein Anliegen meiner Arbeit und deshalb bietet sich die Grounded Theory hier an.

Mit der Grounded Theory sind weder Kulturtheorie noch die Art der Datenerhebung noch das genaue Vorgehen vorgegeben. Das schafft den Zwang einer eigenen Festlegung und vielfältige Überlegungen, führt aber im gleichen Zug dazu, dass Entscheidungen begründet und reflektiert erfolgen. Das Vorgehen wird an das Forschungsinteresse angepasst und nicht das Forschungsinteresse an eine Methode (vgl. Breuer/ Muckel 2016: 161). Diese Herangehensweise finde ich sehr fruchtbar für qualitative Forschung, da so ein Projekt in all seinen Bestandteilen durchdacht konzipiert und im Laufe des Prozesses immer wieder reflektiert werden muss.

Darüber hinaus bietet sich mit der Grounded Theory die Möglichkeit der ständigen (Selbst)Reflexion. Sei es die Auswahl der passenden Kulturtheorie oder der passenden Datenmaterialien oder das Hinterfragen eigener Konzepte und Vorannahmen – mit der GT müssen alle Schritte des Forschungsprozesses reflektiert werden. Die eigene Position und Involviertheit immer wieder kritisch zu befragen spielt meines Erachtens eine essenzielle Rolle in der Entwicklung und Validierung von Theorien. Nur so kann einer möglichen Reifizierung durch eigene, unhinterfragte Vorannahmen und Relevanzsetzungen entgegengetreten werden. Es führt nicht zwangsläufig dazu, nicht reifizierend zu forschen, schafft aber eine Sensibilität für ebendiese Prozesse und zwingt zu einer bewussten Festlegung und Darstellung der eigenen (Vor-)Annahmen. Durch die immer wiederkehrende Rückbindung an das Datenmaterial wird das zusätzlich ermöglicht.

Bezogen auf den konkreten Forschungsprozess bot mir die Grounded Theory die Möglichkeit, während des Prozesses an denjenigen Punkten die Analyse zu intensivieren, die Relevanz erlangen. Ich konnte mit einer relativ offenen Fragestellung beginnen und sie in Rückbindung an die entwickelten, vorläufigen Konzepte im Laufe der Zeit immer konkreter formulieren. Zudem konnte ich in die Analyse starten, ohne zu wissen, mit welchem Datenmaterial ich weiterarbeiten würde. So war ich nicht darauf festgelegt, beispielsweise nur Interviews oder nur Beobachtungen zu interpretieren. Das gab mir die Option, auf erste Erkenntnisse zu reagieren und mein Forschungsvorhaben daran anzupassen. Die Grounded Theory bot zudem die Möglichkeit, auch andere Analyseverfahren mit einzubeziehen und selbst gewählte Schwerpunkte

zu setzen. So zog ich beispielsweise, ansetzend an meinem poststrukturalistischen Grundverständnis, Punkte einer Adressierungsanalyse mit hinzu¹⁴.

Zudem hatte ich mit dem Forschungsstil der Grounded Theory vor dieser Arbeit noch nicht viel Kontakt, fand ihn aber, wenn ich von ihm gehört habe, immer wieder sehr interessant. Mit der Entscheidung für dieses Vorgehen verbunden war also auch eine gewisse Neugierde und die Annahme, einen Forschungsstil erst im Anwenden wirklich zu durchdringen und zu verstehen. Ein Anliegen dieser Arbeit ist es damit auch, dass ich meine Forschungskompetenz in Bezug auf die Grounded Theory weiter ausbaue. Corbin schreibt, sie sei sich sicher, dass es Strauss' Ziel gewesen sei, „Studierende zum Denken zu ermutigen. Er wollte Forschende mit einer Methodologie ausstatten, die sie befähigen sollte, etwas von der Komplexität und Vielfalt dieser Welt einzufangen“ (Corbin 2011: 179). In meinem Fall hat dieser Forschungsstil meine Neugierde verstärkt und mich tatsächlich zum Denken ermutigt. Ich habe den Grounded Theory Ansatz genauso wahrgenommen und habe Lust, noch weiter darin einzutauchen, mein Wissen und meine Forschungskompetenz noch auszubauen. Dieser Prozess ist mit der vorliegenden Arbeit also nicht abgeschlossen.

3.3 Möglichkeiten und Grenzen der Grounded Theory im Rahmen dieser Arbeit

Ich habe den in dieser Arbeit beschriebenen Forschungsprozess mit dem Wissen um eine begrenzte Zeit und einen begrenzten Umfang begonnen. Mein Anspruch war es deshalb nicht, eine dichte, gegenstandsbegründete Theorie zu entwickeln, sondern erste Kategorieskizzen entstehen zu lassen und eventuell mit dem Kodierparadigma des axialen Kodierens relevante Kategorien auszuarbeiten. Dass sich der Forschungsstil der Grounded Theory auch dazu eignet, beschreiben Strauss und Corbin (1996):

„Nicht jeder Anwender von Vorgehensweisen der Grounded Theory hat das Ziel, eine dicht konzeptualisierte Theorie oder überhaupt eine Theorie zu erstellen. Diese Vorgehensweisen werden oft benutzt für das was wir ‚konzeptionelles Ordnen‘ unterschiedlicher Art nennen (bzw. Erstellung eines Kategoriensystems – A. d. Ü.). (Strauss/Corbin 1996: 17).

Vor allem gegen Ende des Analyseprozesses hat sich in meinem Forschungsprozess jedoch eine Kategorie herauskristallisiert, die in allen anderen Kategorien relevant wird und somit

¹⁴ Siehe dazu genauer Kapitel 4.6 Beschreibungen von Selbsthilfegruppen und Kapitel 4.7 Datenauswahl und Analyse der Selbsthilfegruppenbeschreibungen.

eine Kernkategorie darstellen könnte. Dazu bin ich nicht Schritt für Schritt nach dem selektiven Kodieren vorgegangen, vielmehr hat sie sich mit der Zeit immer mehr aufgedrängt. Zudem habe ich in meinem Forschungsprozess keine theoretische Sättigung erreicht, es würden sich möglicherweise weitere relevante Kategorien finden lassen. Dementsprechend habe ich keine dichte, endgültige, gegenstandsverankerte Theorie geschaffen, sondern eher eine vorläufige, gegenstandsverankerte Theorieskizze inklusive einer Kernkategorie entstehen lassen. Diese noch weiter auszuarbeiten wäre sicherlich sehr spannend, hätte aber den Umfang dieser Arbeit gesprengt. Angesichts der Tatsache, dass es zum Stigmaerleben bei psychischen Erkrankungen bislang sehr wenige Forschungsarbeiten gibt, kann die vorliegende Theorieskizze meines Erachtens nach dennoch zur Schließung dieser Forschungslücke beitragen.

Die zyklische Forschungslogik habe ich als so relevant erachtet, dass ich sie auch in meinem Forschungsvorhaben umsetzen wollte. Daher habe ich nicht von Anfang an festgelegt, wann ich welche Daten erheben und analysieren werde, sondern im Prozess auf Relevanzsetzungen reagiert. Auf das theoretische Sampling und dessen Umsetzung und Grenzen im Rahmen dieser Arbeit gehe ich in Kapitel 4.3 Interviews genauer ein.

3.4 Forschungsethische Aspekte

Forschungsethische Aspekte waren ein Querschnittsthema über meine gesamte Forschung hinweg, von den ersten Überlegungen bis hin zum Schreiben dieser Arbeit. Eines meiner Ziele war neben dem Erkenntnisgewinn, „immer dann, wenn Forschungsbeziehungen eingegangen werden, jenseits des eigentlichen Forschungsziels das Wohl aller Beteiligten im Blick zu haben“ (Kiegelmann 2020: 5). Der aus meiner Sicht wichtigste Punkt in Bezug auf forschungsethische Überlegungen während des Prozesses ist das ständige Reflektieren, das im Forschungsstil der Grounded Theory schon angelegt ist. Diese Reflexivität stellt die Grundlage dar, mein eigenes Vorgehen und auch meine Erkenntnisse immer wieder kritisch in Bezug auf forschungsethische Aspekte zu befragen. Dazu kommen konkrete Vorgehensweisen, die dazu beitragen sollten, das Wohl und die Sicherheit aller beteiligten Personen zu gewährleisten.

Vor allem in Bezug auf die geführten Interview mit Menschen mit psychischen Erkrankungen sind die forschungsethischen Überlegungen relevant. Schon vor den Gesprächen habe ich mir dazu Gedanken gemacht, wie ich spontan auf Bedarfe reagiere. Ich habe Personen befragt, die sich nicht mehr in einer akuten Krisensituation befinden. Damit wollte ich sicherstellen, dass es für sie möglich ist, mit mir über ihre Erkrankung und ihren persönlichen Umgang damit

zu sprechen. Einen wichtigen Aspekt stellte die Freiwilligkeit dar. So habe ich, um Interviewpartner*innen zu finden, in meinem Bekanntenkreis gefragt, ob sie Bekannte haben, die in Frage kämen. Ich habe sie gebeten, gegebenenfalls meine Kontaktdaten weiterzugeben. Die Personen haben sich bei mir gemeldet, wenn sie sich vorstellen konnten, interviewt zu werden. Das war für mich ein passendes Vorgehen, um die Freiwilligkeit (vgl. Kiegelmann 2020: 7f.) sicherzustellen.

Zu Beginn der Befragung habe ich mit allen Beteiligten darüber gesprochen, dass sie jederzeit und ohne negative Konsequenzen die Befragung abbrechen, eine Frage nicht beantworten, oder eine Pause machen können. In meinem Leitfaden habe ich das folgendermaßen geschrieben: „Dabei gibt es keine falschen Antworten, es geht um Ihre persönliche Sichtweise und Ihre Erlebnisse. Wenn Sie etwas nicht beantworten wollen, ist das vollkommen okay, wir können das Interview auch jederzeit abbrechen, wenn Sie möchten“ (vgl. Leitfaden¹⁵). Zudem habe ich sie vorab darüber aufgeklärt, was mit dem Interview passiert, beispielsweise, wann ich die Aufzeichnung wieder lösche. Die Teilnehmenden bekamen von mir vor dem Interview die von mir unterschriebene informierte Einwilligung¹⁶ und konnten nach dem Interview unterschreiben, dass sie mit dem Vorgehen einverstanden sind. In der informierten Einwilligung wurden die genauen Bedingungen und Auswirkungen einer Teilnahme beschrieben (vgl. Friedrichs 2014: 81). Zudem wurde den Teilnehmenden zugesichert, ihre Einwilligung bis zur Abgabe meiner Masterarbeit wieder zurückziehen zu können.

Alle personenbezogenen Daten wurden in den Transkripten anonymisiert. Am Ende der Befragung stellte ich jeder teilnehmenden Person zudem die Frage, ob es zusätzliche Informationen gibt, die Rückschlüsse auf sie als Personen zulassen und anonymisierte diese entsprechend (vgl. Kiegelmann 2020: 9). Alle Kontaktdaten, Nachrichtenverläufe und E-Mails, durch die in Kontakt mit den befragten Personen war, habe ich nach den Interviews gelöscht, sodass keine Rückschlüsse auf die jeweiligen Personen gezogen werden können.

Den Leitfaden und auch die Nachfragen während den Interviews habe ich so gestaltet, dass sie sehr offen waren. So war zum einen Raum für Relevanzsetzungen der befragten Personen, zum anderen stellte ich keine Fragen, die beispielsweise Traumata triggern oder konkrete Themen ansprechen, über die die Person nicht sprechen will. So konnte ich ein Stück weit

¹⁵ Der Leitfaden befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

¹⁶ Die Einwilligung befindet sich auch im Anhang dieser Arbeit.

sicherstellen, dass die Befragten nur so weit in die Tiefe gehen, wie es für sie selbst in Ordnung ist. Aus diesem Grund habe ich zudem von tiefgehenden Nachfragen, beispielsweise bezüglich Kindheitserlebnissen, auch abgesehen.

Generell habe ich versucht, während der Befragungen möglichst sensibel zu sein, was das Befinden der Personen angeht. Dabei kam mir sicherlich zugute, dass ich Anfang des Jahres während eines dreimonatigen Praktikums in einer Psychiatrie mein Wissen um psychische Erkrankungen erweitern und vor allem meinen Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen reflektieren und weiterentwickeln konnte. Eine, auch in Bezug auf forschungsethische Aspekte relevante Frage gegen Ende des Interviews war die danach, wie es für die Person war, von mir interviewt zu werden. Sie diente zudem als Rückmeldung an mich selbst und somit auch als Sensibilisierung für die kommenden Interviews. Generell habe ich konkret nachgefragt, wenn ich mich nicht komplett sicher war, ob es einer Person gut ging. Das kam einmal vor, ich habe nach der Befragung in meinem Forschungstagebuch folgendes festgehalten:

„Während unseres Gesprächs im Anschluss war Tim anfangs sehr nachdenklich und äußerte, es sei komisch, sich wieder so zurück zu erinnern an die depressive Episode. Auf mein Nachfragen hin, ob er lieber nicht darüber sprechen wolle sagte er, er sei kein Problem und er würde gern weiter mit mir darüber sprechen. Am Ende des Gesprächs fragte ich ihn nochmal ganz konkret, wie es ihm ginge und ob er noch über etwas sprechen möchte. Er sagte, es ginge ihm sehr gut und er sei generell oft nachdenklich. Er meinte, er könne mittlerweile sehr offen über seine Erkrankung sprechen und das Interview sei kein Problem gewesen.“ (Memo EE 30. Juni 2021)

Dieses Nachfragen und die Sensibilität für das Befinden der anderen Person war mir sehr wichtig. In der Interaktion zwischen den Befragten und mir kam es relativ zwangsläufig zu Ungleichheiten, da ich von ihnen persönliche Informationen erfuhr und sie von mir nicht. Somit entstand ein Machtgefälle (vgl. Kiegelmann 2020: 14f.), das es noch viel wichtiger machte, sensibel zu sein, Rückfragen zu stellen und mein eigenes Verhalten und meine Fragen selbstkritisch zu beleuchten.

Während des gesamten Prozesses und in besonderem Maße während der Analyse war es aus forschungsethischer Sicht für mich vor allem relevant, nicht selbst zu stigmatisieren¹⁷. In

¹⁷ Damit verbunden waren verschiedene Aspekte, bei denen ich versucht habe, meine eigenen Gedanken und Ideen und mein Vorgehen dahingehend zu reflektieren, ob ich möglicherweise selbst stigmatisiere. In diesem Kontext stellte ich mir beispielsweise die folgenden Fragen und entschied mein Vorgehen danach: Welche Vorannahmen habe ich und wie beeinflussen sie den Forschungsprozess? Welche Vorstellungen von Normalität und Abweichung, von psychischer Erkrankung und Gesundheit habe ich und (wie) tauchen sie im Prozess auf? Welche Unterscheidungen mache ich und wo werte ich möglicherweise? Wie gehe ich mit auftretenden Hierarchien, beispielsweise bei der Durchführung der Interviews um? Welche Fragen stelle ich aus

dieser Hinsicht meine eigenen Gedanken und Relevanzsetzungen immer kritisch zu befragen war ein wichtiger Aspekt des Prozesses. Dazu beigetragen hat auch der Austausch mit meiner Forschungsgruppe und anderen Personen, die mich bei der Analyse zeitweise unterstützten. Dieser Austausch in einer Gruppe von Forschenden ist ein wichtiger Punkt im Arbeiten mit der Grounded Theory (vgl. Breuer 2009: 134f.). Wir trafen uns regelmäßig zu fünft, um über aktuelle Fragen zu sprechen und teilweise miteinander die Materialien zu analysieren.

4 Forschungsentscheidungen

Die reflexive Grundhaltung ist ein zentrales Merkmal des Arbeitens mit dem Forschungsstil der Grounded Theory. Das bedeutet unter anderem, bei allen Schritten des Forschungsprozesses Relevanzsetzungen und Entscheidungen zu hinterfragen und sie sich bewusst zu machen. In diesem Kapitel lege ich dar, warum ich mich an welcher Stelle im Forschungsprozess für welches Vorgehen entschieden habe und ihn so nachvollziehbar zu machen. Das wird umso relevanter, da mit dem Forschungsstil der Grounded Theory nicht das ganze Forschungsvorhaben vorab festgelegt ist, sondern im Prozess immer neue Entscheidungen vonnöten sind und diese reflektiert vollzogen werden sollten.

Während des Prozesses habe ich ein Forschungstagebuch geführt, in dem ich nicht nur Konzepte und Kategorien im Rahmen der Analyse notiert, sondern auch eigene Gedanken, unausgereifte und fragmentarische Konzepte, eigene Vorannahmen, interessante Literatur, persönliche Eindrücke von den Interviewpartner*innen, eigene Gedanken und Gefühle und vieles mehr größtenteils ausformuliert beschrieben habe. So kamen etwa 350 Seiten Notizen zusammen, von denen ich hier nur einen Bruchteil zeigen kann. Das Tagebuch dient(e) mir damit zum einen als Erinnerungsstütze und zum anderen als „ein Werkzeug, das den Forscher bzw. die Forscherin begleitend zum Arbeitsprozess dazu anhält, in systematischer Weise die Transaktionen zwischen Person, Thema, Forschungspartnern und -feld, Kontext etc. selbst-/reflexiv zu analysieren“ (Breuer 2009: 129). Es unterstützte mich darin, meinen selbstreflexiven Anspruch umzusetzen und mir meine Entscheidungen bewusst zu machen und sie zu hinterfragen.

welchen Gründen und inwiefern (re)produzieren sie Differenzen? Welche Relevanzen setze ich während der Analyse? Welche Begriffe wähle ich und welche verwerfe ich wieder?

Bei der Darstellung der Forschungsentscheidungen werde ich in diesem Kapitel scheinbar zeitlich chronologisch vorgehen, also mit der Themensuche starten und mit dem Schreiben dieser Masterarbeit enden. Während des Forschungsprozesses vollzogen sich die hier beschriebenen Schritte jedoch nicht strikt getrennt nacheinander, sondern griffen, der Logik des qualitativen Forschungsprozesses folgend, immer wieder ineinander und entwickelten sich im Austausch miteinander.

4.1 Ausgangspunkt der Analyse – vom Interesse an einem Thema hin zu einer weit gefassten Fragestellung

Der Weg von einem generellen Interesse an psychischen Erkrankungen und Stigmatisierung bis hin zu einer Fragestellung und einem umsetzbaren Forschungsinteresse war rückblickend der wohl herausforderndste Teil des gesamten Prozesses. Er nimmt darin eine zentrale Stellung ein, bestimmt er doch alles, was sich daran anschließt. Zudem sind damit auch eigene Präkonzepte vorhanden, die darzulegen mir im Sinne eines reflexiven Ansatzes der Grounded Theory sehr relevant erscheint (vgl. auch Breuer 2009: 130). Deshalb beschreibe ich hier kurz, wie genau es zu der Fragestellung vor der ersten Datenerhebung kam.

Ganz generell interessiere ich mich sehr für Prozesse sozialer Grenzziehungen, die als quasi-natürlich wahrgenommen werden und häufig zu Diskriminierungen einer als abweichend betrachteten Personengruppe führen. Während meines Bachelorstudiums der Sonderpädagogik habe ich dazu passend das Konzept der Stigmatisierung im Rahmen von Nicht*Behinderung kennengelernt.

Psychische Erkrankungen finde ich in dieser Hinsicht sehr spannend, da sie meinem Eindruck nach selten als sozial geschaffene Abweichung betrachtet, sondern vielmehr als individuelles Problem aufgefasst werden. Das erinnert(e) mich an andere soziale Kategorien, die mit Grenzziehungen verbunden sind, beispielsweise Nicht*Behinderung. Auch dort wird häufig die einzelne Person als verantwortlich angesehen und nicht die sozial festgelegten und veränderbaren Normalitätsvorstellungen. Durch Freund*innen, die selbst wegen psychischer Erkrankungen in Behandlung sind, wurde mein Interesse dafür noch verstärkt. Im Kontakt mit ihnen fiel mir auf, dass die Erkrankungen im Vergleich zu anderen Dingen erst sehr spät im Kennenlernprozess zur Sprache kamen, wenn schon ein recht großes Vertrauensverhältnis vorhanden war. Das deutete für mich auch auf ein mögliches Stigma hin. Während eines Praktikums in einer Psychiatrie kamen immer wieder Aspekte zur Sprache, die mich an Stigmatisierung

denken ließen. Diese verschiedenen Dinge führten dazu, dass ich begann, mich mit Stigmatisierung psychischer Erkrankungen auseinanderzusetzen und dahingehend ein Forschungsinteresse zu entwickeln.

In dem Themenfeld gibt es bislang relativ wenige Forschungsarbeiten, an die ich hätte anknüpfen können. Es ging und geht also darum, neue Konzepte zu entwickeln. Zu Beginn meiner Überlegungen hatte ich immer wieder eigene Hypothesen im Feld psychischer Erkrankung und Stigmatisierung im Kopf, die nicht unbedingt theoretisch begründet oder mit Forschung belegt waren. Ich will mich bei der Beschreibung an dieser Stelle daher ausdrücklich nicht auf empirische Tatsachen beziehen, vielmehr handelt es sich um Gedankenspiele, die mein Interesse gelenkt haben und in deren Richtung weiter geforscht werden könnte. So stellte ich beispielsweise Überlegungen zu den Auswirkungen des gesellschaftlich verankerten Mutterbilds auf das Stigma postpartaler Depressionen an. Meine Ideen gingen in die Richtung, dass das gesellschaftlich akzeptierte Bild einer ‚guten Mutter‘¹⁸ das einer bedingungslos liebenden aufopferungsbereiten Person ist, deren größtes Glück im Gebären und Aufziehen eines Kindes liegt. Postpartale Depressionen widersprechen diesem Bild. In meinen Überlegungen ging ich davon aus, dass diese gesellschaftlichen Erwartungen das Stigma postpartaler Depressionen verstärken und zudem dazu führen, dass sich Mütter in dieser Situation seltener professionelle Hilfe suchen und damit die psychische Erkrankung noch verstärkt wird. Es ging mir also um den Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Erwartungen und Stigmatisierung psychischer Erkrankung und deren Auswirkungen auf Krankheitsverläufe. Ich stellte damit Hypothesen auf, die zu prüfen wären. Diese Möglichkeit sah ich nicht im Rahmen meiner Masterarbeit, vor allem, da bislang noch sehr wenig empirische Forschung zu Stigmatisierung psychischer Erkrankung besteht. Es würde für ein solches Vorhaben an konkreten, quantitativ erhebbaren Konzepten fehlen. Zudem steht ein solches Vorgehen meinem Verständnis von Theorie, die sich auf der Basis empirischer Daten entwickelt und somit immer an die Daten rückgebunden wird, entgegen. Ich verwarf deshalb die Ansätze dieser Art und fokussierte mich darauf, eine Fragestellung zu finden, die so offen ist, dass ich vorab keine Erklärungsansätze oder Konzepte im Kopf habe, bei denen die Gefahr bestünde, sie lediglich zu überprüfen oder nur aufgrund meines Suchens in den Daten zu finden.

¹⁸ Hierbei möchte ich nicht außer Acht lassen, dass nicht nur Mütter* von postpartalen Depressionen betroffen sind und dass nicht nur Frauen* Kinder bekommen. Es handelt sich vielmehr um eine Wiedergabe von mir antizipierter gesellschaftlicher Diskurse, die ebendieses starre Bild einer ‚guten Mutter‘ beinhalten.

Ich war somit auf der Suche nach einer Fragestellung im Bereich der Stigmatisierung psychischer Erkrankung, bei der verschiedene Forschungsergebnisse passend und spannend wären. So kam ich zur Frage nach dem Stigmaerleben psychischer Erkrankungen. Diese war offen genug, um ohne konkrete Vorannahmen zu forschen und dennoch konkret genug, um einen Fokus zu haben. Zudem stellt sie ein Forschungsdesiderat dar, da das Stigmaerleben psychischer Erkrankungen bislang nicht qualitativ rekonstruktiv erhoben wurde, sondern der Fokus eher auf den stigmatisierenden Personen und auf quantitativen Erhebungen lag. Das Stigmaerleben als Thema bot sich auch an, um mit der Grounded Theory zu arbeiten. So entschied ich, bei Personen mit psychischen Erkrankungen selbst beginnen und auf deren Relevanzsetzungen und Perspektiven zu reagieren.

Mit der Entscheidung für den Fokus des subjektiven Stigmaerlebens verbunden war die Annahme, dass psychische Erkrankungen potentiell mit Stigmatisierungen verbunden sein können und Menschen mit psychischen Erkrankungen dieses Stigma erleben. Diesen Punkt stellte ich damit meinem Forschungs- und Analyseprozess voran und ging davon aus, dass das subjektive Stigmaerleben beispielsweise in Interviews relevant werden wird. Die Entscheidung für diese Vorannahme traf ich auf Grundlage vorliegender Literatur und Forschungsergebnisse im Themenfeld, die das Stigma psychische Erkrankungen herausstellen¹⁹.

Mit der Frage nach dem subjektiven Stigmaerleben psychischer Erkrankung als Fokus stieg ich in den Forschungsprozess ein. Im Laufe der Zeit wurde sie überarbeitet und konkretisiert. Dieses Vorgehen habe ich an den Vorschlag von Strauss und Corbin angelehnt:

„Die anfängliche Fragestellung ist ein Wegweiser, der den Forscher unmittelbar dazu anhält, einen ganz bestimmten Gegenstandsbereich, den Ort oder Platz, an dem Ereignisse stattfinden, Dokumente und das Handeln der Menschen zu untersuchen oder Informanten zu interviewen. Sie ermöglicht dem Forscher den Einstieg und hilft ihm oder ihr, während des gesamten Forschungsprojektes beim interessierenden Themenschwerpunkt zu bleiben. [. . .] Mit der Analyse der Daten, die mit der ersten Erhebung beginnt (das erste Interview oder die erste Beobachtung), beginnt auch der Prozeß des Verfeinerns und Spezifizierens der Fragestellung.“ (Strauss/Corbin 1996: 24)

Tatsächlich ergab sich mit der ersten Erhebung eine gründliche Überarbeitung und Verfeinerung der Forschungsfrage. Mein Forschungsinteresse bezog sich ab diesem Zeitpunkt auf die Frage, wodurch die interviewten Personen ihr Stigmaerleben beeinflusst sehen, was also in ihren Augen relevant ist für dieses Erleben und Einfluss darauf hat. Daraufhin überlegte ich mir, ob und wie ich den Leitfaden entsprechend überarbeiten sollte und kam zu dem Schluss,

¹⁹ Vgl. Kapitel 2.3 Stigma psychischer Erkrankung.

dass es zielführender ist, Antworten auf meine Forschungsfrage aus dem Material zu rekonstruieren und nicht konkreter nachzufragen. Im Laufe des Forschungsprozesses wurde die Fragestellung noch konkreter, da ich mich dazu entschied, nicht psychische Erkrankungen generell, sondern das Stigma von Depressionen in den Fokus zu rücken. Gegen Ende kam eine Kontextualisierung und damit verbunden ein wieder etwas offeneres Erkenntnisinteresse dazu. Damit wurde auch relevant, inwiefern Personen mit Depressionen auf eine bestimmte Art und Weise adressiert werden, die wiederum einen Einfluss auf das Stigmaerleben haben könnte, beziehungsweise inhaltlich auch hin den Interviews auftaucht.

4.2 Umgang mit Vorwissen und Literatur

Ähnlich wie die sich immer weiterentwickelnde Fragestellung nahmen auch das Literaturstudium und mein Vorwissen eine sich entwickelnde Rolle ein. Wie beschrieben hatte ich zu Beginn des Forschungsprozesses ein grundlegendes theoretisches Verständnis von Stigmatheorie und Stigma psychischer Erkrankungen. Es diente mir dazu, Desiderata ausfindig zu machen, einen konzeptuellen Rahmen für mein Forschungsvorhaben herzustellen und schuf ein grundlegendes Verständnis und Sensibilität für stigmatisierende Prozesse (vgl. Breuer 2009: 56).

„es ist nicht notwendig, die gesamte Literatur im voraus durchzusehen (wie es häufig von Forschern mit Ausbildungen in anderen Ansätzen getan wird), denn wenn wir in unserer Analyse erfolgreich sind, werden neue Kategorien auftauchen, an die weder wir noch irgend jemand anders vorher gedacht haben. Wir wollen uns nicht so sehr in die Literatur vergraben, daß wir in unseren kreativen Bemühungen durch unsere Literaturkenntnis eingeschränkt oder sogar erstickt werden! Da das Entdecken unser Anliegen ist, müssen wir nicht im voraus alle Kategorien kennen, die für unsere Theorie relevant sind.“
(Strauss/Corbin 1996: 33)

Die Auseinandersetzung mit Fachliteratur bekam so während des Datenerhebungs- und Analyseprozesses einen eher begleitenden Charakter (vgl. Breuer 2009: 56). Der Fokus lag mehr auf der Auseinandersetzung mit dem erhobenen Material und der Rückbindung an das Material. Erst im späteren Verlauf des Forschungsprozesses habe ich Überlegungen angestellt, ob und wie meine Ergebnisse theoretisch eingebunden werden können und mich dazu wieder intensiver mit theoretischen Konzepten auseinandergesetzt und sie in Beziehung zu meiner Analyse gebracht.

Literatur zum Forschungsstil der Grounded Theory habe ich während des gesamten Prozesses immer wieder neu gelesen und durchgearbeitet. Sie leitete meinen Forschungsprozess und die Entwicklung der Kategorien.

4.3 Interviews

Nach der Festlegung meines Forschungsinteresses und des Forschungsstils begann ich zu überlegen, wie ich Erkenntnisse zum subjektiven Stigmaerleben erlangen könnte. Die Befragung von Personen mit psychischen Erkrankungen erschien mir dabei eine gute Möglichkeit, zumal in anderen Forschungsprojekten selten Personen mit psychischen Erkrankungen selbst interviewt wurden. Im Folgenden werde ich kurz darlegen, welche Entscheidungen und Relevanzsetzungen von meiner Seite aus während der Leitfadenkonstruktion, des Samplings, der Durchführung, der Transkription und der Analyse der Interviews getätigt wurden.

Leitfadenkonstruktion

Mit den Interviews wollte ich Textmaterial generieren, aus dem subjektives Stigmaerleben rekonstruiert werden kann, sofern es für die interviewten Personen relevant ist. Eine Voraussetzung dafür war die Entwicklung eines Leitfadens, mit dessen Hilfe ich entsprechendes Material generieren konnte. Bei der Fragenentwicklung waren die Anforderungen von Kruse (2016: 215f.) relevant.

Zu Beginn der Leitfadenkonstruktion hatte ich vor allem das paradigmatische Modell des axialen Kodierens (vgl. Strauss/Corbin 1996: 78ff.) im Hinterkopf und formulierte so Fragen nach den Ursachen, den Konsequenzen und den Strategien im Umgang mit der psychischen Erkrankung. Das führte dazu, dass die Interviewfragen sehr konkret waren und meinen Forschungsfragen ähnelten. Um einen Blick hinter die Daten werfen zu können und eher erzählgenerierende Fragen zu stellen, entwickelte ich den Leitfaden weiter. Zudem formulierte ich alltags-sprachlicher und fragte verstärkt nach konkreten Situationen. Die endgültigen Fragen waren dann sehr offen und gleichzeitig auf konkrete, zu erzählende Situationen ausgerichtet. So begann ich beispielsweise mit der Bitte, die persönliche Geschichte mit der/den psychischen Erkrankung(en) bis zum jetzigen Zeitpunkt zu erzählen. Es folgten Fragen zum persönlichen Umgang und zu Situationen, in denen die Erkrankung relevant für das Erleben und Verhalten der befragten Person wurde. Zum Abschluss des Interviews erkundigte ich mich danach, wie die Situation empfunden wurde.

Wichtig war mir bei den Formulierungen, nichts vorwegzunehmen oder vorauszusetzen. Zu allen Fragen notierte ich Aufrechterhaltungsfragen, die auch wieder recht offen formuliert waren (beispielsweise „Können Sie mir diesen Aspekt noch genauer beschreiben?“). Ich

überlegte mir, was an meinen Fragen eventuell zu Verständnisproblemen führen könnte und was genau ich dann auf Rückfragen antworten könnte, ohne die Antworten der interviewten Personen zu sehr zu lenken. Zudem dachte darüber nach, wie ich reagiere, wenn die Antwort auf eine spätere Frage schon vorweggenommen wird oder der Erzählfluss der interviewten Person schon zur darauffolgenden Frage überleitet. Auch diese Dinge habe ich im Leitfaden notiert. Darauf, was genau ich mit welcher Frage bezwecken wollte, werde ich an dieser Stelle nicht weiter eingehen, da es wahrscheinlich den Rahmen der Arbeit sprengen würde. Der verwendete Leitfaden befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

Nach den Interviews habe ich mir den Leitfaden jeweils nochmal vorgenommen und teilweise Kleinigkeiten geändert oder zusätzliche Nachfragen notiert. Im Großen und Ganzen ist er jedoch gleich geblieben, da ich den Eindruck hatte, aus den Antworten das subjektive Stigmaerleben rekonstruieren zu können.

Sampling

In der GT wird vorgeschlagen, das Sampling sukzessive im Verlauf des Forschungsprozesses zu vollziehen (vgl. Strübing 2013: 116). So kann sichergestellt werden, dass „jede Form einer Vorab-Festlegung des Samples der Untersuchung [ausgeschlossen wird,] denn eine solche müsste sich auf Kriterien beziehen, deren Angemessenheit und Relevanz noch völlig offen sind“ (ebd.)²⁰. Das sogenannte theoretische Sampling ist ein elementarer Bestandteil der zyklischen Forschungslogik und als Leitlinie zu verstehen (vgl. ebd.: 117). Wenn es aufgrund des Projektverlaufs oder beispielsweise zeitlicher Begrenzungen nicht möglich ist, das theoretische Sampling wie beschrieben durchzuführen, kann davon abgewichen werden. Wichtig ist dann, diese Abweichung zu begründen (vgl. ebd.).

In meinem Fall gab es vorab wenige Kriterien, wen ich interviewen wollte. Wichtig war mir nur, dass ich die Person nicht kenne, dass sie eigene Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen hat und die Befragung für sie möglich ist²¹. Eine Schwierigkeit stellte dar, dass es relativ schwer für mich als Außenstehende zu erkennen ist, wer Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen hat (verglichen beispielsweise mit der Befragung von Lehrkräften). Über eine

²⁰ So unterscheidet sich das theoretische Sampling grundlegend von Vorgehen, die theoriegeleitet sampeln und damit immer schon vorab Relevanzsetzungen vornehmen (vgl. Strübing 2013: 116).

²¹ Zu forschungsethischen Aspekten beim Sampling siehe Kapitel 3.4 Forschungsethische Aspekte.

Messenger-Gruppe mit etwa 20 Bekannten schickte ich eine kurze Nachricht, in der ich fragte, ob die Personen Menschen kennen, die ich eventuell interviewen könnte:

„Hallo zusammen :) Ich hab da mal ne Frage: Ich bin gerade dabei, meine Masterarbeit zu schreiben und führe dabei Interviews. Es geht um den persönlichen Umgang mit psychischen Erkrankungen. Ich bin noch auf der Suche nach Menschen, die ich befragen kann und dachte, ihr könnt mir vielleicht dabei helfen und kennt jemanden. Ich suche erwachsene Personen, die wegen einer psychischen Erkrankung in Therapie/Behandlung sind. Wichtig ist, dass ich sie nicht kenne. Am liebsten wäre es mir, ein persönliches Gespräch zu führen, digital wäre aber auch möglich. Es wird natürlich alles anonymisiert und es müssen keine Fragen beantwortet werden, die jemand nicht beantworten will. Falls ihr jemanden kennt, könnt ihr gern meine Kontaktdaten weitergeben. Das würde mir total helfen! Danke euch schonmal :)“ (EE).

Zudem sprach ich kurz mit meinen Mitbewohnerinnen darüber. Dabei und auch in der Nachricht habe ich bewusst nicht erwähnt, dass es mir um Stigmatisierungserfahrungen geht, da ich zum einen nicht den Fokus im Gespräch direkt darauf lenken wollte und auch nicht voraussetzen wollte, dass Stigmatisierung für die Personen relevant ist und zum anderen nicht voraussetzen wollte, dass die Personen den Begriff und seine Bedeutung kennen. Am darauffolgenden Tag hatten mir schon mehrere Personen geschrieben, die sich von mir interviewen lassen wollten.

Die vier Interviews führte ich dann innerhalb von etwa zehn Tagen. Das lag vor allem daran, dass sich die Personen direkt gemeldet hatten, was ich vorab nicht so erwartet hatte. Damit hatte ich zwischen den Interviews kurz Zeit zu reflektieren und den Leitfaden zu überdenken, aber nicht für eine komplette Analyse des Interviews. Um dennoch der Logik des theoretischen Samplings in den Grundzügen folgen zu können, orientierte ich mich an den Ausführungen von Kruse (2016: 191f.). Er beschreibt, dass ein Vorgehen angelehnt an die iterativ-zyklische Logik auch mit mehreren schnell nacheinander erhobenen Interviews möglich ist. Dazu wird nach der Erhebung erst ein Interview genauer betrachtet und daraufhin erst weiter nach passenden Vergleichsfällen gesucht (vgl. ebd.). „Insofern ist es bei dieser Strategie auch sinnvoll, mehr Interviews durchzuführen, als am Ende geplant ist auszuwerten. Damit ist der ‚Datenpool‘ für das rein analysebezogene ‘theoretical sampling‘ größer“ (vgl. Kruse 2016: 191). Was im Endeffekt relevant für die Analyse wird, ist so nicht automatisch durch die Auswahl der Interviewpartner*innen festgelegt.

Im Anschluss an die Interviews arbeitete ich mit Beschreibungen von Selbsthilfegruppen. Dabei war es für mich möglich, ein theoretisches Sampling durchzuführen, sowohl bezogen auf die Auswahl der Materialsorte der Selbsthilfegruppenbeschreibung als auch bei der Auswahl

der einzelnen analysierten Beschreibungen. Dort habe ich jeweils eine Beschreibung analysiert, immer auch in Rückbindung an die Ergebnisse der Interviewanalyse, und davon ausgehend weitere Daten gesucht.

Umsetzung / Relevanzen während der Durchführung der Interviews

„Qualitative Interviews werden geführt, um subjektive oder soziale Relevanzsysteme zu ergründen, die vielfältig sind und einem oftmals fremd und rätselhaft erscheinen“ (Kruse 2016: 187). Angelehnt an Mannheim (1980) beschreibt Kruse einen Interviewführungsansatz, den er deindexikalisiert nennt. Damit steht im Fokus, die verborgene, indexikalische Sinnhaftigkeit der Relevanzsysteme der Befragten zu begreifen (vgl. Kruse 2016: 187). Grundlegend dafür ist es, die eigenen Relevanzsysteme zurückzustellen und so einen entsprechenden Raum zu schaffen (vgl. ebd.), auf Seiten der befragenden Person wird es damit wichtig, aktiv zuzuhören (vgl. ebd.: 189). Ich bin Kruse folgend bei meiner Interviewführung vorgegangen. Er beschreibt einige konkrete Aspekte, die zu beachten dem Interview sehr zuträglich sind: Ein wichtiger Punkt ist der der Zeit. So habe ich versucht, immer lang genug abzuwarten, bis ich nachfragte oder eine neue Frage stellte. Das führte dazu, dass die befragten Personen häufig noch weitere Aspekte nannten oder zusätzliche Situationen schilderten und ich zeitgleich meine Gedanken ordnen konnte (vgl. ebd.: 188). Teilweise entstanden so Pausen von bis zu zwölf Sekunden, die jedoch im Gesprächsverlauf nicht unangenehm wirkten. Ein anderer wichtiger Punkt lag schon in der Gestaltung der Fragen, die ich bewusst nicht als Trichterfragen konzipierte, sodass genug Raum für Relevanzsetzungen blieb. Zudem stellte ich eher weniger, dafür aber sehr offene Fragen, die auf Erzählungen abzielten (vgl. ebd.). Ein sehr relevanter Punkt war zudem, sensibel zu sein für das Befinden meines Gegenübers²². Deshalb und auch, um die Relevanzsetzungen meiner Gesprächspartner*innen tatsächlich als gesprächsleitend zu betrachten, bin ich während der Interviews teilweise von meinem Leitfaden abgewichen. Ich hatte im Hinterkopf, welche Fragen ich mir vorgenommen hatte zu stellen und warum. Stellte sich jedoch während des Interviews heraus, dass diese Fragen schon an anderer Stelle beantwortet wurden oder für die interviewte Person andere Aspekte relevanter sind, wurden meine vorab formulierten Fragen weniger wichtig. So passte ich eher meinen Leitfaden an das Interview an als umgekehrt und betrachtete die Gesprächssituation als ausschlaggebend und den Leitfaden als Unterstützung und Hilfe zur Durchführung. Welche Fragen sich wie entwickelten

²² Siehe dazu genauer Kapitel 3.4 Forschungsethische Aspekte.

und teilweise veränderten reflektierte ich im Anschluss an die Interviews jeweils in meinem Forschungstagebuch.

Zudem beachtete ich während der Durchführung der Interviews noch weitere Aspekte der Gesprächsführung und des Gesprächsaufbaus. So war es mir beispielsweise wichtig, eine passende Sitzposition zu finden, in der wir nicht gegenüber saßen, um ein konfrontatives Erleben der Situation zu vermeiden, aber auch nicht nebeneinander, um gut miteinander ins Gespräch zu kommen. In allen vier Fällen fanden wir so eine Möglichkeit, über Eck im 90°-Winkel zu sitzen.

Die Interviews fanden an Orten statt, die die Interviewten selbst aussuchten, beispielsweise bei ihnen zu Hause oder an einem ihnen vertrauten Ort wie der Universität. Damit wollte ich ein sicheres Umfeld erreichen, in dem sie sich wohl fühlen und so eine Umgebung schaffen, die es möglich macht, auch über persönliche Dinge zu sprechen. Alle Gespräche fanden persönlich statt, um auf das Gegenüber eingehen zu können und besser zu merken, wie es der anderen Person geht. Auch den Zeitpunkt der Gespräche legten die Teilnehmenden selbst fest. Diese Dinge notierte ich wiederum in meinem Forschungstagebuch.

Die Interviews dauerten zwischen 21:50 Minuten und 55:35 Minuten zuzüglich der Zeit, in der wir uns passende Plätze suchten, im Anschluss über mein Forschungsprojekt sprachen und Ähnliches.

Transkription

Im Zuge der Transkription wird Gesprochenes in Geschriebenes überführt und somit dauerhaft verfügbar gemacht. Dabei findet keine originalgetreue Kopie des eigentlichen Gesprächs statt, sondern es wird „auf spezifische Weise eine Transformation der Daten“ (Langer 2013: 516) vollzogen und damit eine bestimmte Sicht auf Dinge erzeugt (vgl. ebd.). Viele Aspekte des Gesprächs bleiben dabei außen vor. Es wird anhand des Transkripts beispielsweise nicht deutlich, welche Gesichtsausdrücke die Personen hatten, welche Gestik sie beim Reden verwendeten, wie sie saßen oder ob sie sich gegenseitig Aufmerksamkeit signalisierten. Das Transkript kann als eine „spezifische wissenschaftliche Konstruktion“ (ebd.) angesehen werden, deren Zweck es ist, innerhalb der Forschung zur Analyse, als Referenztext und als zitierfähiger Beleg zu dienen.

Ausgangspunkt für meine Transkripte waren Audioaufnahmen der Interviews. Wie detailliert solche Aufnahmen transkribiert werden, hat Einfluss auf die Analysemöglichkeiten und ist deshalb vom Forschungsinteresse abhängig. Mir war es wichtig, Transkripte zur Verfügung zu haben, in denen auch Gesprächspausen, Betonungen, hörbare Atemgeräusche, langgezogene Silben und ähnliches vermerkt sind, um diese Aspekte in die Analyse mit einbeziehen zu können. Deshalb habe ich mich dafür entschieden, mit dem Gesprächsanalytischen Transkriptionssystem 2 (GAT2) Basistranskripte zu erstellen. Bei diesem System besteht die Möglichkeit eines erweiterten Feintranskripts für einzelne, in der Analyse relevante Stellen (vgl. Selting et al. 2009).

Ich habe Volltranskripte aller Interviews angefertigt, um so einen Ausgangspunkt für eine möglichst umfassende Analyse zu schaffen. Das Transkribieren an sich habe ich bereits als einen Prozess der Auseinandersetzung mit dem Material gesehen, mit dem eine Distanzierung und Reflexion des Gesprächs verbunden war (vgl. Langer 2013: 517). So sind erste interpretative Memos während des Transkriptionsprozesses beziehungsweise direkt im Anschluss daran entstanden.

4.4 Vorgehen während der Analyse der Interviews

Die Analyse der Interviews war durch das Stellen von Fragen und stetige Vergleiche gekennzeichnet²³. So entstanden nach und nach drei vorläufige Kategorien mit Subkategorien.

Begonnen habe ich mit der Analyse eines einzelnen Interviews, um an die iterativ-zyklische Forschungslogik der Grounded Theory anzuschließen²⁴. Die Wahl fiel dabei auf das Interview mit Lara, da es das erste war, das ich führte und damit auch das erste, das ich vollständig transkribiert hatte. Mit welchem Interview und welchem Abschnitt begonnen wird, ist im Sinne der Grounded Theory „im Grunde genommen völlig egal“ (Kruse 2016: 192). Anhand von inhaltlichen Kriterien eine Wahl zu treffen, würde entgegen der Logik sprechen, da damit bereits eine Interpretation der Sequenz verbunden wäre und so ein „Tor zu reifikationslogischen Erkenntnisdynamiken“ (vgl. ebd.: 194) geöffnet würde. Dies betrifft sowohl die Auswahl des ersten relevanten Interviews als auch der interpretierten Textstellen an sich. Begonnen habe ich damit, schnell und spontan durch das Material zu gehen (vgl. Charmaz 2006: 48). Auch wenn ich nicht anhand von vorab festgelegten Kategorien Textstellen auswählte, kann

²³ Siehe dazu genauer Kapitel 3.1 Grundzüge Grounded Theory.

²⁴ Siehe dazu genauer Kapitel 3.3 Möglichkeiten und Grenzen der Grounded Theory im Rahmen dieser Arbeit.

ich nicht ausschließen, dass die Auswahl an Stellen, die ich sehr genau untersuchte, auch geprägt waren von meinen Interessen und meinem Vorwissen zu stigmatisierenden Prozessen. Daher habe ich immer wieder versucht, mir diese bewusst zu machen. Ich habe vor allem diejenigen Textstellen genauer betrachtet, in denen von konkreten Situationen berichtet wurde oder in denen Gefühle und Empfindungen beschrieben wurden. Das sind Stellen, die sich sehr gut zur Analyse eigneten, erstgenannte, um Einstellungen und beschriebene Situationen rekonstruktiv zu betrachten und zweitgenannte, da es mir um das subjektive Erleben ging.

Durch die Analyse sehr vieler Textstellen und der Interviews im Gesamten blieben die ersten Analyseansätze nicht für sich alleinstehend. „Da im weiteren Verlauf der Forschung viele Datenausschnitte analysiert werden, ist die Auswahl des ersten Datenausschnittes für das offene Kodieren nicht entscheidend. Wichtig ist es anzufangen.“ (Breuer/Muckel 2016: 194). Durch die Fülle an analysierten Textstellen hoffe ich, die reifizierenden Prozesse möglichst gering gehalten zu haben, kann sie aber nicht ausschließen.

Ich begann mit der Analyse eines einzelnen Satzes, zu dem ich im Anschluss weitere Sätze hinzuzog: „Ausgangspunkt ist die Aussage ‚ich geh eigentlich i=ich geh halt grundsätzlich recht offen damit um‘ (16/10)“ (vgl. Memo EE, 06.07.21). Im Modus des offenen Kodierens analysierte ich die einzelnen Worte, tauschte sie durch ihre Gegenteile aus, brachte sie miteinander in Verbindung, befragte die Aussage auf unterschiedliche Art und Weise und zog erste Konzeptideen daraus. Im Anschluss begann ich damit, den Satz in seinen Kontext einzubetten und ihn mit anderen Sätzen zu vergleichen²⁵. Im Laufe der Analyse kam ich immer wieder auf das erste Interview zurück und sprang zwischen den Transkripten hin und her, vor allem durch das Anstellen von Vergleichen.

4.5 Konkretisierungen der Fragestellung

Zu Beginn der Analyse startete ich mit einem recht offenen Forschungsinteresse, dass das untersuchte Phänomen bestimmte (vgl. Strauss/Corbin 1996: 23). Es ging mir um das subjektive Stigmaerleben von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Diese Fragestellung wurde „im Verlauf des Forschungsprozesses immer mehr eingegrenzt und fokussiert, wenn Konzepte und ihre Beziehungen zueinander als relevant oder irrelevant erkannt“ (ebd.) wurden.

²⁵ Siehe dazu genauer Kapitel 3.1 Grundzüge Grounded Theory.

Im Laufe der Analyse stellte sich heraus, dass die interviewten Personen verschiedene Faktoren als relevant für ihr subjektives Stigmaerleben betrachten. Diesen Aspekt fand ich sehr interessant, vor allem da ich dahingehend noch keinerlei Forschungsarbeiten gefunden hatte und diese Faktoren möglicherweise einen Ansatzpunkt für Entstigmatisierungsansätze darstellen könnten. Deshalb fokussierte ich meine Fragestellung entsprechend: *Wodurch erleben Menschen mit psychischen Erkrankungen ihr Stigmaerleben beeinflusst?* Wichtig war mir dabei, dass ich nicht das Ziel verfolge, repräsentative Einflussfaktoren darzustellen, sondern einzelne, im subjektiven Erleben der befragten Personen relevante Dinge erstmals herauszustellen und zu konzeptualisieren. Meine entwickelten Kategorien haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

In der vergleichenden Analyse der Interviews hatte eines davon inhaltlich einen anderen Fokus als die anderen. Ich interviewte eine Person, deren psychische Erkrankung im Zeitraum ihrer Kindheit auftrat und die Stigmatisierungen daher vor allem in Bezug auf Erzählungen aus ihrer Kindheit erlebte. Dazu kam, dass bei den Befragten die Form der Erkrankung auch relevant zu sein schien. Die angesprochene Person hatte eine Angsterkrankung, während alle anderen (unter anderem) Erfahrungen mit unterschiedlichen Formen von Depressionen hatten. Kruse (2016: 191) folgend entschied ich mich daher dazu, das eine Interview nicht in die Kategorienbildung mit einzubeziehen. Der Fokus meiner Analyse spezifizierte sich damit auf das Erleben von Personen mit Depressionen. Die Fragestellung lautete daher: *Wodurch erleben Menschen mit Depressionen ihr Stigmaerleben beeinflusst?* Diese Fragestellung zog sich durch die Analyse der Interviews und beeinflusste die Analyse der Selbsthilfgruppenbeschreibungen. Dort wurde zusätzliche Aspekte relevant, die im folgenden Unterkapitel näher ausgeführt werden.

4.6 Beschreibungen von Selbsthilfgruppen

Um auf Relevanzsetzungen aus der Analyse eingehen zu können, legte ich nicht vorab fest, wann ich welche Erhebungen durchführen wollte. Zu Beginn des Forschungsprozesses hatte ich einige unterschiedliche Ideen, neben Interviews konnte ich mir vorstellen, Erfahrungsberichte, Blogs, Homepages oder Flyer von Psychiatrien, Ausschreibungen von Selbsthilfgruppen, Instagram-Profile, Filme oder andere möglicherweise interessante Daten zu analysieren. Während der Analyse der Interviews spezifizierte sich meine Fragestellung immer weiter. Zudem kristallisierten sich erste, vorläufige Kategorien wie Formen des Wissens oder die

Beziehung heraus, anhand derer ich mir überlegte, welche weitere Analyse spannend wäre. Sehr interessant fand ich die Frage, ob diese Kategorien und Einflüsse nur im Stigmaerleben der von mir Befragten auftauchen oder auch darüber hinaus. Daher tendierte ich zur Analyse von Daten, die auch Rückschlüsse auf das subjektive Stigmaerleben zulassen. In Bezug auf die Selbsthilfegruppenbeschreibungen fand ich zudem aufschlussreich, wie dort Personen angesprochen werden. Sie boten außerdem den Vorteil, dass ich mich damit auf eine spezifische Textsorte konzentrieren konnte, deren Analyse ich auch speziell auf das Stigma von Depressionen ausrichten konnte. In einem Memo vor Beginn des Analyseschritts habe ich es wie folgt beschrieben:

„Ich habe mich dafür entschieden, im nächsten Schritt Selbstbeschreibungen oder Informationsseiten von Selbsthilfegruppen zu analysieren. Das macht in meinen Augen aus mehreren Gründen Sinn: Mit den Interviews konnte ich Erkenntnisse zum subjektiven Stigmaerleben dreier Personen erlangen. Bei der Analyse von Selbsthilfegruppen kann ich diese Erkenntnisse eventuell kontextualisieren. Diese Gruppen werden von Menschen geführt und besucht, die eine psychische Erkrankung haben und für die der Besuch der Gruppen einen Mehrwert bietet. Die Beschreibungen sind folglich auch von Menschen, die psychische Erkrankungen haben, geschrieben. Es handelt sich also hier im weiteren Sinn auch um subjektive Erfahrungen, die jedoch mit einer größeren Zahl an Personen geteilt werden. Finden sich hier Überschneidungen zu meinen bisherigen Kategorien, könnte das bedeuten, dass diese Dinge auch über meine drei interviewten Personen hinaus Relevanz haben.“ (Memo EE 04.08.2021)

Interessant fand ich zudem das Verhältnis von Aufrufung und Selbstbeschreibung in den Ausschreibungen der Selbsthilfegruppen:

„Die Texte wurden geschrieben von Menschen mit Depressionen oder psychischen Erkrankungen und richten sich gleichzeitig an genau diese Personen, mit dem einzigen Unterschied, dass diese (noch) nicht in solch einer Selbsthilfegruppe sind. Die Schreibenden adressieren diese Personengruppe so, als wüssten sie, was von ihnen benötigt wird, was ihnen helfen würde. Personen, die daraufhin Teil der Selbsthilfegruppe werden, sind wiederum Teil der Gruppe, die die Selbstbeschreibung veröffentlicht (hat). Es handelt sich also um einen Prozess, in dem Personen Teil der beschriebenen Gruppe werden. Sowohl die Adressierenden als auch die Adressierten sind Personen mit Depressionen und ihre Rollen können sich verändern.“ (Memo EE 12.08.2021)

Wenn ich davon ausgehe, dass das Subjekt relational konstituiert wird, dass es „sich selbst von anderen her zu erlernen“ (Ricken 2013: 97) genötigt ist und so „die Spuren seiner Existenz immer außerhalb seiner selbst findet“ (Rose/Ricken 2018: 164), dann ist dieser Übergang, diese Adressierung als mögliches Mitglied einer sich selbst beschreibenden Gruppe extrem spannend. Aus diesem Grund entschied ich mich, die Analyse der Selbsthilfegruppenbeschreibungen vor dem Hintergrund einer Adressierungsanalyse zu vollziehen und so auch Subjektivationsprozesse in den Fokus zu rücken.

„[Dabei] werden gerade nicht bereits vermeintlich feststehende soziale Tatsachen identifiziert und benannt, sondern die – vermeintlich nachträglichen – Benennungs- und Identifizierungsvorgänge erweisen sich vielmehr als konstitutive Praktiken, die erzeugen, was sie lediglich zu etikettieren vorgeben.“ (ebd.: 164)

Mit einem solchen Ansatz gehe ich, Foucault und Butler folgend, davon aus, dass Subjektivation²⁶ bedeutet, zu einem Subjekt gemacht zu werden und sich selbst dazu zu machen. Das geschieht, indem „konkrete Andere der sozialen Welt bestimmte Subjektnormen aufrufen und ihr Gegenüber dazu auffordern, ein diesen Normen entsprechendes Subjektverständnis (von sich) zu entwickeln“ (ebd.: 163). Diese gegenseitigen Ansprachen von jemandem als jemand sind Adressierungen und stehen in diesem Ansatz im Fokus des Interesses (vgl. ebd.). Rose und Ricken folgern daraus, dass es analytisch wichtig ist, in einem ersten Schritt zu klären, wer von wem wie adressiert wird, in einem zweiten, zu wem durch wen diese Person so gemacht wird oder sich selbst macht und in einem dritten, die Re-Adressierung, also die Reaktion auf die Ansprache als jemand in den Fokus zu rücken (vgl. ebd.: 168).

In meinem Fall legte ich den Fokus auf den ersten Schritt und untersuchte die Selbsthilfegruppenbeschreibungen dahingehend. Eine direkte Reaktion, also den dritten Schritt, konnte ich in meinem Fall nicht untersuchen, da ich nur die Texte an sich vorliegen hatte. Gleichzeitig wäre es sehr spannend, zu untersuchen, wie Personen auf solch eine Ausschreibung reagieren, wie sie beispielsweise die Gruppe kontaktieren. Den zweiten Analyseschritt, zu wem die Personen durch die Adressierungen gemacht werden oder sich selbst machen, konnte ich nur vergleichend mit den Interviews vollziehen, in denen ich analysierte, als wer sich die Personen selbst beschreiben. Gleichzeitig konnte hiermit eine Brücke zwischen den beiden Textarten geschlagen und sie miteinander in Verbindung gebracht werden. Im konkreten Fall der Selbsthilfegruppenausschreibungen konnte ich jedoch nur mutmaßen, zu wem genau die Personen dadurch gemacht werden. Da die Beschreibungen wahrscheinlich oft dazu führen, dass sich Personen der Gruppe anschließen, konnte ich dahingehend festhalten, dass sie so von den Personen in der Gruppe und von sich selbst zu einer Person der Gruppe gemacht werden und damit zu einer Person, zu der die Selbstbeschreibung passt, die also ähnliche Bedarfe und Möglichkeiten hat wie in den Beschreibungen skizziert.

²⁶ Ich verwende hier bewusst den Begriff der Subjektivation und nicht den der Subjektivierung, um an Foucault und Butler anzuschließen. Subjektivation verstehe ich als einen Prozess, in dem ein Subjekt-Sein erst sozial hervorgebracht wird (vgl. auch Ricken 2013: 2).

In meiner Arbeit habe ich eine Adressierungsanalyse damit nur angerissen und sie als Werkzeug verwendet. Sie war hier auf Selbsthilfgruppenbeschreibungen begrenzt, eine intensivere und breitere Auseinandersetzung mit der Adressierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wäre sehr spannend. In meiner Analyse finden sich dennoch erste Versuche einer Beschreibung der Subjektivierung als Person mit Depressionen.

4.7 Datenauswahl und Analyse der Selbsthilfgruppenbeschreibungen

Bei der Auswahl der analysierten Beschreibungen habe ich nur diejenigen beachtet, die Selbsthilfgruppen für Menschen mit Depressionen beschreiben, da ich meine Analyse auf diese Personengruppe beschränkt habe. Über eine Suche mit den Begriffen „Selbsthilfgruppe“ und „Depression“ bin ich auf eine Seite der Deutschen Depressionshilfe gestoßen, auf der einige Gruppen verlinkt sind. Ich habe mich dazu entschieden, nur konkrete Selbstbeschreibungen der Gruppen zu analysieren, um sie gut miteinander vergleichen zu können. Zur Auswahl bin ich die Städte durchgegangen und habe so Beschreibungen gefunden. Um der iterativ-zyklischen Logik zu folgen habe ich erst nur eine Beschreibung analysiert und im Anschluss weitere hinzugezogen. Eingeflossen sind schlussendlich fünf Selbsthilfgruppenbeschreibungen.

Leitend für die Analyse der Selbsthilfgruppen waren die Frage nach beschriebenem Stigmaerleben und Fragen der Adressierung der Lesenden: Wie werden sie durch die Beschreibungen angesprochen? Welche Bedarfe werden ihnen zugesprochen? Was wird für sie als hilfreich beschrieben?

Die Kategorien aus den Interviews dienten im späteren Verlauf der Analyse der Selbsthilfgruppenbeschreibungen als sensibilisierende Konzepte. So verwendete ich sie als „heuristische Werkzeuge“ (Kelle 2011: 251), die vor allem durch Vergleiche zu weiteren Erkenntnissen führten. Ich kontrastierte die Adressierungen aus den Beschreibungen mit dem Subjektverständnis und dem Stigmaerleben der interviewten Personen. Die Kategorien stellten also „Vorschläge dar, in welche Richtung gesucht werden soll“ (Blumer 1980: 148) und ließen aber gleichzeitig Raum für andere interessante Aspekte. Am Ende dieses zweiten Analyseschritts fügten sich tatsächlich die Kategorien nochmals neu zusammen und aus der Analyse der Selbsthilfgruppen heraus entstand die alles umspannende Kernkategorie der Diskriminierungserwartung. Damit verschränkten sich die Analyse der Interviews und die der Selbsthilfgruppenbeschreibungen miteinander und führten zu einer umfassenderen Beantwortung der Forschungsfrage. Es war mir so möglich, nicht nur die Kategorien der Interviewanalyse zu

kontextualisieren, sondern sie zudem weiterzuentwickeln und zusammenzubringen. Gleichzeitig sei an dieser Stelle angemerkt, dass es sich dabei nicht um zwei strikt voneinander getrennte Analyseschritte handelte, sondern die Interpretationen auch gleichzeitig und im Wechselspiel miteinander vollzogen wurden.

5 Analyse der Daten – hin zu den Ergebnissen der Arbeit

In diesem Kapitel stehen die Ergebnisse des Forschungsprozesses und der Weg dorthin im Fokus. Ich konnte drei Kategorien und eine sie umfassende Kernkategorie herausarbeiten, die Einfluss auf das Stigmaerleben von Personen mit psychischen Erkrankungen haben. Bei den drei Kategorien handelt es sich um die Kenntnis der Erkrankung(en)²⁷, das Soziale Umfeld²⁸ und das Selbstverständnis²⁹. Als zentrale Kernkategorie stellte sich die Diskriminierungserwartung heraus³⁰. Meine Kategorien erheben nicht den Anspruch der Vollständigkeit, ihre Konstruktion ist dicht verflochten mit meinem Analyseprozess und meinen Gedanken. Das Material hätte sicherlich auch in anderer Art und Weise bearbeitet werden können und dann möglicherweise zu anderen Ergebnissen geführt. Zudem könnte noch weiter analysiert werden, dann könnten sich die Kategorien auch nochmals ändern oder neu anordnen.

In diesem Kapitel werde ich auf die Analyse und die Kategorien näher eingehen. Ich stelle exemplarisch für jede der drei Kategorien die Entwicklung einer Subkategorie dar, um daran anschließend auf die jeweilige Hauptkategorie einzugehen und sie zu skizzieren. Im Anschluss daran folgt die Entwicklung und Beschreibung der Kernkategorie der Diskriminierungserwartung.

Bei der Darstellung der Subkategorien und der Analyse zeige ich vor allem entsprechende Memos aus dem Forschungsprozesses. Hier ist es relevant zu erwähnen, dass sich die (Sub)Kategorien nicht in einer klaren zeitlichen Abfolge entwickelten, sondern immer wieder Rückgriffe geschahen, Kategorien verändert und neu geordnet wurden und teilweise zwischenzeitlich nicht so klar voneinander getrennt waren. Zudem sind sie immer wieder miteinander verknüpft. Auch bietet sich hier nicht ausreichend Platz, alle Entwicklungen und Gedanken zu

²⁷ Siehe dazu vertiefend Kapitel 5.2 Kategorie Kenntnis der Erkrankung(en).

²⁸ Siehe dazu vertiefend Kapitel 5.4 Kategorie Soziales Umfeld.

²⁹ Siehe dazu vertiefend Kapitel 5.6 Kategorie Selbstverständnis.

³⁰ Siehe dazu vertiefend Kapitel 5.7 Diskriminierungserwartung als Kernkategorie.

beschreiben, es handelt sich also immer um eine Auswahl, die ich im Nachhinein getroffen habe. Dieses Kapitel stellt den Versuch dar, den Analyseprozess rückblickend nachvollziehbar zu machen.

5.1 Entwicklung Subkategorie „Hinter die Fassade schauen lassen“

Die Kategorie „Kenntnis der Erkrankung(en)“ bezieht sich auf Personen, mit denen die Interviewten in irgendeiner Weise Kontakt haben. Die Befragten schilderten, dass sie anderen Menschen häufig mit einer „Maske“ (vgl. Tim: 3.3) begegnen oder eine „Fassade“ (vgl. beispielsweise Felix: 37.22; Tim: 19.19) errichtet haben, hinter die zu schauen nicht jeder Person ermöglicht wird. Der Moment des „hinter die Fassade schauen Lassens“ kann als eine Strategie der Kategorie im Sinne des Kodierparadigmas gesehen werden. Es handelt sich dabei um einen Prozess, bei dem eine Person von der psychischen Erkrankung des Gegenübers erfährt. Wie diese Subkategorie entwickelt wurde, werde ich im Folgenden mithilfe der Memos aus der Analyse skizzieren. Dabei gehen in diesen Text immer wieder nur Ausschnitte aus den Memos mit ein, da die verschiedenen Kategorien auch im Wechselspiel miteinander und im Gegensatz zueinander entwickelt wurden und die Gedanken so nicht komplett voneinander getrennt werden können. Im Anschluss daran werde ich die gesamte Kategorie „Kenntnis der Erkrankung(en)“ kurz beschreiben.

Relevant wurde diese Subkategorie direkt zu Beginn der Interviewanalyse. Ich betrachtete die Aussage „*ich geh eigentlich i=ich geh halt grundsätzlich recht offen damit um*“ (Lara: 16,10). In meinem Memo schrieb ich dazu (unter anderem):

„Dabei fokussiere ich mich erstmal auf das Wort *offen*. Was wäre die Alternative? Zurückhaltend damit umgehen? Oder verschlossen?“

Womit sonst könnte offen umgegangen werden?

Sexualität; Behinderung; Krankheit; Schulleistungen; Geheimnisse; Fehler; kritisches Verhalten; Es sind alles Dinge, die nicht direkt ersichtlich oder erkennbar sind. Sie müssen offenbart werden, damit das Gegenüber davon weiß. Zudem sind es Dinge, die scheinbar erklärt werden müssen, die es benötigen, dass die Person in irgendeiner Weise aus sich herauskommt. Es sind Dinge, die von der Person selbst halbwegs verarbeitet sein müssen, damit die Reaktion anderer Menschen sie nicht komplett verunsichert oder verletzt, damit sie ihre eigene Integrität wahren kann. Es sind Dinge, die als etwas negativ Abweichendes angesehen werden können, die von Erwartungen abweichen können.

Warum ist es relevant, damit offen umzugehen? Was macht psychische Erkrankung zu einem Phänomen, das offen oder verschlossen behandelt werden kann?“ (Memo EE 06.07.21)

Die Formulierung des *offenen Umgangs* tauchte in den Interviews immer wieder auf und erregte so mein Interesse. Einen Satz davor sagte Lara im Interview: „*wildfremden personen würd ich das jetzt <<lachend> nicht auf die nase binden,> ((lacht))*“ (Lara: 16,6f.).

„Die Formulierung ‚*auf die nase binden*‘ finde ich sehr interessant.

Es ist ein Prozess, in dem sie selbst aktiv ist. Es ist also keine Interaktion, sondern eine Aktion von ihrer Seite aus.

Sie *bindet es auf die Nase*, es ist also dann dort, fest, es geht nicht von allein wieder weg.

Das Gesicht ist ein sehr intimer Teil des Körpers, die Nase gehört dazu. Möglicherweise verhindert das ins Gesicht Gebundene Funktionen des Gesichts. Es würde die Person also einschränken. Es könnte die Person auch verletzen, wenn ihr etwas so nahekommt und damit vielleicht auch nahe geht. Es könnte die Privatsphäre der Person verletzen.

Möglicherweise möchte sie genau das nicht tun, sie möchte es der fremden Person nicht zumuten. Sie sieht also ihre psychische Erkrankung als potenziell belastend, einschränkend für andere. Fremde Personen an ihrer psychischen Erkrankung und ihrem Erleben teilhaben zu lassen wäre eine Zumutung für diese Personen.“ (Memo EE 06.07.21)

Ein ähnliches Bild ruft ihre Äußerung „*also ich SPRINGE den leuten da nicht ins geSICHT-*“ (Lara: 22,16) hervor. Auch hier handelt es sich um einen aktiven Prozess von ihr, bei dem sie in das Gesicht der anderen Person eingreift und diese möglicherweise damit verletzt.

Dieser Moment der Informationsweitergabe, bei dem sie ihre Erkrankungen mit anderen Personen teilt, stellt die beschriebene Subkategorie dar. Er geschieht nicht direkt, wenn sie auf andere Personen trifft, sondern erfordert einige Bedingungen:

„*also spätestens zu dem zeitpunkt wo ich halt einfach merke-*

ich muss da jetzt irgendwie (-) einschränkungen machen; (22. 23-24)

Lara scheint ein Gespür zu haben für Situationen, in denen ihre Erkrankung zu Einschränkungen führt. Diese Einschränkungen könnten bei ihr selbst oder in der Beziehung oder im Umgang mit den Anderen stattfinden. Dass es diese Einschränkungen erst ab einem gewissen Punkt zu geben scheint (Zeit), weist darauf hin, dass es eher um die Beziehungsgestaltung geht. Wird die Beziehung enger, gibt es Einschränkungen aufgrund ihrer Erkrankungen. Das könnten beispielsweise Absagen von Vereinbarungen sein. Davor bestehen keine Einschränkungen. Die Beziehung ist eventuell zu oberflächlich oder nicht so relevant oder nur sehr flüchtig, sodass sie fast keine Zeit miteinander verbringen.“ (Memo EE 18.07.21).

Das hinter die Fassade schauen lassen kann auf unterschiedliche Art und Weise geschehen:

„*die meisten kennen mich ja auch schon so lange dass sie das halt auch-*

WISSEN mittlerweile einfach; (21, 22-23)

Das lange Kennen führt dazu, dass Lara den anderen gar nicht sagen muss, dass sie psychische Erkrankungen hat. Wissen die anderen das schon? Ist es tatsächlich allen klar? Drückt sie sich davor, es den anderen zu erzählen? Oder hätte sie es anderen Menschen früher nicht gesagt, hat jetzt aber realisiert, dass es sinnvoll ist, die anderen wissen davon, jetzt haben sie es aber auch irgendwie mitbekommen ihrer Ansicht nach?

[. . .]

Lara wiederholt sehr betont das WISSEN. Es scheint extrem wichtig zu sein. Hier könnte es sich, wie gerade schon angedeutet, auch um Erfahrungswissen, nicht nur um kognitiv weitergegebenes Wissen handeln. Das würde den Schluss zulassen, dass die Wissensübermittlung eher durch die Beziehungsgestaltung geschieht und sich im Laufe der Zeit entwickelt. Wissen könnte als eine Kategorie angesehen werden. Eine Eigenschaft wäre dann beispielsweise die Intensität. Wenn es sich nicht um ein einmaliges Ereignis handelt, sondern das Wissen im Laufe der Zeit zunimmt, verändert sich auch die Intensität. Eventuell wäre auch die Zeit, in der Lara jemanden kennt eine Kategorie oder eben eine Eigenschaft der Kategorie Wissen.

[. . .]

also es ist eigentlich nicht so dass man das erklären muss, (21,24)

Hier folgt eine klare Bestätigung meiner Lesart, dass es sich nicht um kognitiv weitergegebenes Wissen, sondern um Erfahrungswissen handelt. Lara muss es nicht erklären, sie sagt es nicht direkt. Die anderen Menschen um sie herum bekommen es irgendwann mit und wissen es dann. Es gibt also nicht die eine Informationsübermittlung, die mit einem kognitiven Aus-sich-herauskommen verbunden ist.

In Zeile 16 (*also klar die müssen halt WISSEN dass ich das ha:be,*) wird klar, dass sie weiß, dass die anderen davon wissen sollten, sie es ihnen sagen sollte. Hier wird deutlich, dass Lara sich genau das aber nicht traut und stattdessen darauf hofft, dass ihre Mitmenschen es mit der Zeit selbst herausfinden und dann halbwegs gut damit umgehen.

Es handelt sich hier um einen Rückzug, der möglicherweise mit Scham verbunden ist.

Aus ihrer Perspektive könnte es also folgendermaßen sein: Ich weiß, dass ich darüber reden sollte, aber ich schäme mich dafür, darüber zu sprechen.“ (Memo EE 16.07.21)

Es gibt unterschiedliche Arten, andere Personen hinter die eigene Fassade schauen zu lassen und ihnen die Information der eigenen psychischen Erkrankung zu übermitteln. Eine davon geschieht im Laufe des Kennenlernprozesses fast automatisch. Im Laufe der Zeit und verbunden mit der Intensität ihrer Beziehungen erfahren andere Personen immer mehr von ihr persönlich und damit auch von ihren Erkrankungen mit. Das geschieht im gemeinsamen Erleben und Miteinander, ich habe es hier als Erfahrungswissen bezeichnet. Eine zweite Art der Informationsweitergabe ist das aktive Sprechen darüber. Lara geht noch auf eine weitere Art ein:

„sAGE ich das,

aber-

(0,2) hh°ähm::

normalerweise also ich mein- ((blick auf linken unterarm))

wenn sommer ist sieht das eh jeder. (22.25-23.2)

In Zeile 26 (aber-) schränkt Lara den aktiven Prozess wieder ein. Es scheint sich um das gleiche Muster wie im vorherigen Abschnitt zu handeln. Lara denkt, sie sollte darüber sprechen, ist davon überzeugt, dass es gut wäre, auf andere Personen zuzugehen und mit ihnen zu sprechen. Gleichzeitig traut sie sich aus Scham nicht. Sie verschiebt die Informationsübermittlung so auf Erfahrungen, auf andere Dinge. In diesem Fall sind es die Narben an ihrem Arm. So findet eine Informationsübermittlung statt, ohne dass Lara ihre psychischen Erkrankungen selbst aktiv ansprechen muss.

Hier kommt noch ein weiterer Punkt, eine weitere mögliche Kategorie zum Tragen: Die Sichtbarkeit. Im Sommer sieht jeder Laras Narben, die Information über ihre psychischen Erkrankungen wird so übermittelt.

Sofort.

Also das ist halt-

Ähm (--) da dann wirklich ga=also es ist dann sowieso nicht ap=optional,

weil halt offensichtlich-

an den narben klar ist-

dass ich irgendwann mal probleme gehabt haben MUSS, (23.3-8)

Die Informationsübermittlung geschieht aus Laras Sicht sofort, es ist überhaupt nicht optional, sondern offensichtlich. Ist das tatsächlich so? Fallen jeder anderen Person die Narben auf? Oder eher Personen, die dafür sensibilisiert sind? Lara sagt, es sei nicht optional. Die Narben zu verstecken, ist damit keine Option für sie. Es ist nicht länger ihre persönliche Entscheidung, wer von ihren Problemen weiß, sondern offensichtlich. Die Sichtbarkeit wirkt sich also insofern auf die Informationsübermittlung aus, dass das verbale darüber sprechen wegfällt und es klar ersichtlich ist.

ähm:: (.)-

das stört mich eigentlich auch nicht,

also des ist auch nicht so dass ich jetzt-

(0,2)

ich kann mich jetzt eigentlich nicht-

also es kommt schon vor dass leute komisch reagieren- (23.9-14)

Hier folgt eine Beschreibung von Lara, wie es ihr mit dieser offensichtlichen Übermittlung der Information ihrer psychischen Erkrankungen geht. Einerseits scheint es sie nicht zu stören, sondern sogar Vorteile zu haben. Lara scheint sich gut mit der Situation arrangiert zu haben. Es nimmt ihr die Anstrengung, die Überwindung eines aktiven Akts. Sie selbst muss nicht von sich aus über ihre Erkrankungen sprechen, es ist klar ersichtlich. Damit fällt die Scham weg, anderen Personen davon zu erzählen.“ (Memo EE 18.07.21)

Durch direkte Sichtbarkeit wird die Information übertragen. Das könnte – rückgebunden an Goffman – als die „Misere der Diskreditierten“ (Goffman 2020: 12) gesehen werden.

Um direkt über die eigene Erkrankung zu sprechen, bedarf es einiger Bedingungen. Gerade kam schon die Art der Beziehung, deren Intensität und die Frage, ob es zu Einschränkungen kommt zur Sprache. Eine weitere Bedingung spricht Tim an:

*„und (.) es wurde faktisch die (.) NORM,
UMFUNKTS=also die norma war eine KOMplett andere-
(0.1)
*h mm an die man sich halten musste-
es war dann eher ein- (0.2)
naja nicht ne erZWUNGene öffnung aber-
(--) der soziale druck ging halt in die richtung-
dass man sich halt ÖFFnet,
und (-) das proBLEM angeht-
und NICHT-
dass man (.) diese fasSADE offen hält und weiter funktioniert-
(19.9-20)*

Hier geht Tim auf die Normalität ein, die sich von der im anderen Freundeskreis unterscheidet. Es scheint auch hier einen Verhaltenskodex zu geben. Dieser unterscheidet sich aber insofern von dem anderen, dass es nicht darum geht, zu funktionieren und zur Erreichung eines Ziels beizutragen, sondern darum, die eigenen persönlichen Probleme anzugehen und darüber zu sprechen. Die Fassade (vgl. Maske) und die Funktionstüchtigkeit sind hier nicht wichtig. Es geht um ihn als Person und darum, dass es ihm gut geht.“
(Memo EE 25.07.21)

Das aufrichtige Interesse an ihm als Person und das Gefühl, anderen Personen wichtig zu sein wird hier zu einem Faktor, der es ermöglicht, keine Fassade vor sich aufrecht erhalten zu müssen. Diese Punkte, das Interesse aneinander, die Möglichkeit der Wissensweitergabe, das Vertrauen ineinander, werden auch in den Beschreibungen der Selbsthilfegruppen relevant:

„Auch die Möglichkeit der Wissensweitergabe wird in den Beschreibungen aufgegriffen. Dadurch, dass in dem geschützten Rahmen keine Angst vor Herabwürdigung besteht, können die Gruppenmitglieder über sich, ihre Erkrankung und ihre Gefühle sprechen. Gleichzeitig erfahren sie dieses Vertrauen auch von anderen Personen ihnen gegenüber. In den Beschreibungen der Selbsthilfegruppen werden die Personen als solche adressiert, denen es hilft, sich mit anderen Betroffenen über die eigene Erkrankung und Bewältigungsmechanismen auszutauschen [. . .]

In dieser Beschreibung (Selbsthilfegruppe 4) werden im Anschluss an die Überschrift die Arbeitsschwerpunkte und Ziele stichpunktartig beschrieben. Auch hier geht es um persönlichen Austausch (*Wir tauschen uns aus*) und darum, Verständnis entgegen gebracht zu bekommen (*Du fühlst dich verstanden*). Es scheint auch hier einen geschützten Rahmen mit Menschen zu geben, die einander verstehen und sich respektieren (*Hier fühlst du dich angenommen, zu Hause. Die Gruppenmitglieder respektieren sich. Es wird dir zugehört.*

Du fühlst dich verstanden.). Die Gruppe kann also den geschützten sozialen Rahmen bilden, von dem die interviewten Personen alle berichten.“ (Memo EE 12.08.21)

In solch einem Umfeld über die eigene Erkrankung sprechen zu können, wird von den Befragten als sehr hilfreich und entspannt beschrieben. Tim beschreibt beispielsweise:

„ ähm-
(0.1)
und das war relativ- (0.1)
entSPANNT,
und wenn man da halt mal zehn minuten drüber geredet hat,
dann war das ein nettes ajo komm,
(.) jetzt ham=wa drüber geredet,
und jetzt machen wir weiter,
und dann funktioNIERT das auch;
(-) und das fand ich (.) erSTAUNlich krass;
(--) (19.21-31)

Tim beschreibt diese Situation als entspannt. In der Beschreibung der anderen Situation hat er häufig das Wort Druck verwendet. Es scheint hier also weniger oder gar keinen Druck auf ihn zu geben, sich entsprechend einer Norm zu verhalten und sich mit seinen Gefühlen und seinem Befinden hinter einer Maske oder einer Fassade zu verstecken. Im Gegenteil scheint es ihm sehr gut getan zu haben.“ (Memo EE 25.07.21)

Relevant bei der Übermittlung der Informationen über die eigene psychische Erkrankung kann auch die eigene Steuerung sein:

„also ich will da nicht unbedingt jetzt sofort jedes kind 'h heitstrauma
ausPACKEN- (29, 11-12)

[. . .]

Das Wort *ausPACKEN* ist auch interessant. Dinge, die ausgepackt werden, werden davor irgendwo hineingepackt. Sie hat es in sich drin und will es nicht unbedingt sofort auspacken. Anderen ihre Kindheitstraumata preisgeben wäre für sie emotional und körperlich sehr schwer für sie beziehungsweise gar nicht steuerbar (schon das daran denken löst heftige Reaktionen aus).

Die Frage nach einer guten Reaktion auf ihre psychischen Erkrankungen führt bei Lara dazu, dass sie sehr unter Stress steht, und ihr sehr negative, für sie nicht steuerbare Reaktionen in den Kopf kommen.

Sie selbst will die Informationen über ihre Erkrankungen und ihre Traumata steuern und ihre Antworten sollen stehen gelassen werden, es soll nicht nochmal nachgefragt werden.“ (Memo EE 15.07.21)

Diese Steuerbarkeit ist, wenn die Informationsweitergabe durch Sichtbarkeit geschieht, nicht unbedingt gegeben. Damit zusammen hängen die Konsequenzen, die auf solch ein hinter die Fassade schauen Lassen folgen können:

„Gleichzeitig erfährt Lara durch die Sichtbarkeit immer wieder komische Reaktionen. Sie selbst kann die Informationsweitergabe nicht steuern, es ist nicht ihre Entscheidung, wer davon erfährt. Durch die komischen Reaktionen könnte es sein, dass sie immer wieder mit ihren Erkrankungen in Situationen konfrontiert ist, in denen das für sie eigentlich nicht passt. Durch die komischen Reaktionen scheint sie verletzt zu werden. Die Sichtbarkeit führt also zu Verletzlichkeit. Auch hier werden Ambivalenzen sichtbar.“ (Memo EE 18.07.21)

Lara spricht von ihrem Wunsch, *„wenn das halt jemand gesagt hat dann anERKANNT [zu] werden“* (Lara: 36,11).

„Das Wissen um die psychische Erkrankung einer Person ist eine Voraussetzung für die Diskreditierung oder die Anerkennung. Diskreditierung bedeutet also, dass jemand davon weiß oder erzählt bekommt und es dann nicht anerkennt. Es ist ein aktiver Prozess der Person mit psychischer Erkrankung. Sie selbst sagt es, öffnet sich. Damit macht sie sich verletzlich und Anerkennung wäre in dieser Situation wichtig. Stattdessen wird sie häufig verletzt.“ (Memo EE 12.07.21)

„Hinter die Fassade schauen lassen“ kann zusammenfassend beschrieben werden als ein Moment oder ein Prozess, bei dem Personen mit psychischen Erkrankungen anderen Menschen Informationen über die eigene Erkrankung übermitteln. Dieser Prozess ist abhängig von der Art der Beziehung, dem Zeitpunkt und dem Vertrauensverhältnis. Er geschieht auf unterschiedliche Art, durch direkte Sichtbarkeit, durch Erfahrung oder durch direktes darüber Sprechen und ist damit mehr oder weniger steuerbar. Für die Personen, die hinter ihre Fassade schauen lassen, ist dieser Moment häufig verbunden mit Angst vor Diskriminierung und dem Wunsch nach Anerkennung.

Diese Aspekte tauchen in allen Interviews auf unterschiedliche Art und Weise auf. Der Prozess des hinter die Fassade blicken lassens wird für alle drei Befragten zu einem relevanten Punkt in der Beziehungsgestaltung mit vielfältigen Auswirkungen.

5.2 Kategorie Kenntnis der Erkrankung(en)

Hinter die Fassade schauen lassen kann als eine Strategie im Sinne des Kodierparadigmas in der Kategorie „Kenntnis der Erkrankung(en)“ betrachtet werden. Damit ist die Subkategorie eingebettet in ein Netz anderer Aspekte, die ich zusammengebracht habe. Ich werde an dieser Stelle kurz die gesamte Kategorie beschreiben³¹:

In die Kategorie „Kenntnis der Erkrankung(en)“ fallen diejenigen Aspekte, die damit zusammenhängen, wer warum wie und aus welchen Gründen von der psychischen Erkrankung einer

³¹ Die unterschiedlichen Subkategorien habe ich hier fett geschrieben.

Person Kenntnis hat und welche Auswirkungen damit verbunden sind. Dabei kann es um die **Person** selbst oder um andere Menschen gehen, die sie kennt oder auch nicht. Die **Art des Wissens** um die Erkrankung(en) kann unterschiedlich sein. Es kann theoretisches Wissen sein, das beispielsweise durch direktes Erzählen der Person weitergegeben wurde oder Erfahrungswissen in dem Sinn, dass im Kontakt mit der Person Verhaltensweisen vollzogen werden, die speziell auf diese Interaktion ausgelegt sind. Auch die **Intensität der Kenntnis** kann variieren. Meist führt sie über die Zeit zu einem immer tieferen Verständnis. Damit zusammen hängt auch die **Menge der Kenntnis**.

Ursachen für die Veränderung der Kenntnis der Erkrankung(en) können an verschiedenen Stellen liegen. Eine davon ist – wie auch schon im letzten Unterkapitel angesprochen – die **Einschränkung in der Beziehungsgestaltung**, die eine Erklärung fordert und so dazu führt, dass die Information der psychischen Erkrankung weitergegeben wird. Generell erscheint diese Erklärung des eigenen Verhaltens und Fühlens und damit verbunden auch der **Wunsch nach Anerkennung und Verständnis** ein wichtiger Grund zu sein, mit einer anderen Person über die eigene psychische Erkrankung zu sprechen. Ein weiterer Punkt ist der eines **Rechtfertigungsbedürfnisses**³². Es kann dazu führen, dass die Person von der eigenen Erkrankung, häufig auch in Kombination mit der genauen Diagnose, berichtet. Gleichzeitig ist es auch möglich, dass das Wissen über die Erkrankung(en) nicht zu einer Person gelangt. Das kann beispielsweise aus **Selbstschutz** des Menschen mit psychischer Erkrankung passieren oder weil dieser die Information bewusst steuert. Zudem kann es sein, dass die Person selbst wenig über (ihre) psychischen Erkrankungen weiß (**eigenes Wissen**).

Als Strategien der einzelnen Person mit psychischer Erkrankung konnte ich vor allem zwei unterschiedliche herausarbeiten. Eine davon ist die, eine **Maske** oder **Fassade** zu haben und aufrecht zu erhalten und wenn möglich niemanden von der Erkrankung wissen zu lassen, sie zu verstecken. Hier könnte im Anschluss an Goffman von einer diskreditierbaren Person gesprochen werden, die ständig aufpassen muss, was sie wem wann und wie erzählt und sagt und wie sie sich verhält, damit die Menschen um sie herum nicht von der Erkrankung erfahren. Die andere Strategie habe ich beschrieben³³, sie besteht darin, andere Menschen **hinter die**

³² Siehe dazu vertiefend Kapitel 5.5 Entwicklung Subkategorie „Rechtfertigungsbedürfnis“.

³³ Siehe dazu vertiefend Kapitel 5.1 Entwicklung Subkategorie „Hinter die Fassade schauen lassen“.

Fassade schauen zu lassen und ist verknüpft mit der Angst, diskriminiert zu werden. Alle interviewten Personen wenden beide Strategien in unterschiedlichen Kontexten an.

Mit hinein in die Auswahl und Umsetzung der Strategien spielen unterschiedliche Komponenten. Einige davon beziehen sich auf die Beziehung zu den anderen Personen³⁴. So spielen die **Intensität der Beziehung** und die **Zeit**, die eine Person gekannt wird, eine entscheidende Rolle. Ein **geschützter Rahmen** ist häufig eine Voraussetzung dafür, jemanden hinter die Fassade schauen zu lassen. Relevant wurde in den Interviews zudem die Frage nach der **Zumutbarkeit** der eigenen psychischen Erkrankung für andere Personen. Damit verbunden ist auch das **Selbstverständnis**³⁵, der eigene **emotionale Zustand** und das **eigene Wissen** über die psychische Erkrankung. In die Frage, welche Strategie angewendet wird, spielt zudem **die antizipierte Erwartung, deshalb diskriminiert zu werden** mit hinein. Das ist auch verbunden mit **Leistungserwartungen** an die Person, die sie eventuell aufgrund der Erkrankung nicht erfüllen kann. Ein weiterer Punkt ist die **Sichtbarkeit**. Ist die Erkrankung direkt ersichtlich, fallen die beiden Strategien an sich weg und es kommt direkt zu einer Kenntnis der Erkrankung(en).

Aus den Strategien können unterschiedliche Konsequenzen folgen. Aus der Kenntnis der Erkrankung(en) können sowohl Reaktionen wie **Verständnis** und **Anerkennung** folgen als auch **Herabwürdigungen** und **Diskriminierungen**. Andere Personen hinter die Fassade blicken zu lassen, kann zudem eine Möglichkeit der **Rechtfertigung** darstellen³⁶. Unabhängig davon, welche Strategie angewendet wird, kann die **Beziehung** dadurch **in ihrer Intensität und Nähe verändert** werden. Zudem führen beide zu einem **veränderten Umgang miteinander**.

Bezogen auf die Forschungsfrage kann die Kenntnis der Erkrankung(en) als relevant für das Stigmaerleben von Menschen mit Depressionen beschrieben werden. Je nachdem ob und in welcher Intensität die Person selbst und Andere um sie herum Kenntnis von der Erkrankung haben oder erlangen, verändert sich das Erleben der Erkrankung als Stigma. So wird es beispielsweise in einem geschützten Rahmen von Menschen, die der Person Verständnis entgegenbringen einerseits einfacher, ihnen von der Erkrankung zu erzählen, andererseits wird diese dann nicht so sehr als Stigma erlebt. Damit zusammen hängt die Frage danach, ob Diskriminierungen zu erwarten sind und wenn ja, auf welche Art und Weise³⁷.

³⁴ Siehe dazu vertiefend Kapitel 5.4 Soziales Umfeld.

³⁵ Siehe dazu vertiefend Kapitel 5.6 Kategorie Selbstverständnis.

³⁶ Siehe dazu vertiefend Kapitel 5.5 Entwicklung Subkategorie „Rechtfertigungsbedürfnis“.

³⁷ Siehe dazu vertiefend Kapitel 5.7 Diskriminierungserwartung als Kernkategorie.

5.3 Entwicklung Subkategorie „Umstrukturierung Freundeskreis“

Auch die Kategorie „Soziales Umfeld“ bezieht sich auf Menschen, mit denen die Person mit psychischer Erkrankung auf irgendeine Weise Kontakt hat. Ausschlaggebend für das Stigmaerleben werden hier die Beziehungsintensitäten und -qualitäten und die Möglichkeit des persönlichen Austauschs. Eine Strategie innerhalb dieser Kategorie stellt die Umstrukturierung des Freundeskreises dar. Deren Entwicklung werde ich an dieser Stelle anhand von Memos aus dem Analyseprozess nachvollziehbar machen. Im Anschluss daran werde ich die Kategorie des sozialen Umfelds genauer darstellen.

Alle Befragten berichteten davon, dass sich ihre Freundeskreise mit den Erkrankungen verändert haben und sie ihr Umfeld so umstrukturierten, dass ihnen jetzt Personen nahestehen, die für sie da sind und deren Verständnis und Unterstützung für die Erkrankungen gegeben sind.

Eine Voraussetzung für die Umstrukturierung des Freundeskreises ist, dass die Beziehung zwischen Personen sich verändern kann. Das kam zur Sprache, noch bevor sich die Subkategorie an sich herausstellte:

„In welchem Kontext begegnet man *wildfremden Personen*? Es sind Menschen, die man absolut nicht kennt, mit denen man nichts zu tun hat. Was passiert aber, wenn man sich mit ihnen bekannt macht, eventuell sogar eine Freundschaft entsteht? So würde sich der Umgang auch ändern und es könnte zur Offenheit kommen. Der Status einer anderen Person ist also veränderbar. Möglicherweise könnte er auch als prozesshaft beschrieben werden. Er ist nicht endgültig.“ (Memo EE 06.07.21)

Im Zuge der Wissensübergabe³⁸ kann sich die Beziehungsintensität zwischen Menschen vertiefen.

„die meisten kennen mich ja auch schon so lange dass sie das halt auch-
WISSEN mittlerweile einfach; (21, 22-23)

Die Zeit, die eine Person Lara kennt hat Auswirkungen auf deren Wissen über Laras Erkrankungen. Die meisten wissen es mittlerweile, früher wussten sie es also nicht. Möglicherweise erfahren sie es erst mit der Zeit, in der sie mit Lara Kontakt haben und sie so immer besser kennenlernen.“ (Memo EE 15.07.21)

Auch das führt dazu, dass sie sich gegenseitig besser und anders kennenlernen und somit das Miteinander verändert wird. Hier ging es um Personen, mit denen Lara auch jetzt noch Kontakt hat, die Teil ihres Freundeskreises sind. Von anderen Personen hingegen grenzt sie sich

³⁸ Siehe dazu vertiefend Kapitel 5.1 Entwicklung Subkategorie „Hinter die Fassade schauen lassen“.

aktiv ab und beginnt so, im Anschluss auf Reaktionen auf ihre psychischen Erkrankungen ihren Freundeskreis umzustrukturieren:

*„also es kommt schon vor dass leute komisch reagieren-
aber das sind normalerweise nicht die die-
mit denen ich viel zu tun hab;
das ist halt natürlich auch so geWOLLT, ((lacht)) (23.14-17)*

Wenn jemand komisch auf Laras Narben (oder auch auf ihre Erkrankungen?) reagiert, scheint es für sie eine Möglichkeit zu geben, sich gegen diese Person zu entscheiden und nicht mehr viel mit ihr zu tun zu haben. Das ist eine Vorgehensweise, die Lara aktiv und gewollt umsetzt. Die Entscheidung, mit wem Lara viel zu tun hat, hängt also auch davon ab, wie Menschen auf ihre psychischen Erkrankungen beziehungsweise, ob Menschen sie verletzen. Sie selbst entscheidet, wer wie viel mit ihr zu tun hat.

Das Lachen könnte als Hinweis darauf gesehen werden, dass es ihr peinlich ist, dass sie sich dafür schämt, auf diese Weise für sich selbst einzustehen und die Verantwortung dafür zu tragen. Warum schämt sie sich dafür? Möglicherweise hängt das zusammen mit dem Wissen, dass sie ‚anders‘ ist. Aus der Entscheidung, mit jemandem nichts zu tun haben zu wollen folgt für sie hier die Abgrenzung zu dieser Person, die Ausgrenzung aus ihrem nahen sozialen Umfeld. Gleichzeitig ist es ihr Selbstbild, ‚abweichend‘ zu sein, nicht ‚normal‘ und das scheint für sie sehr negativ zu sein. Wenn sie sich von Menschen abgrenzt, die scheinbar ‚normal‘ sind und sie aufgrund ihrer negativ abweichenden Erkrankungen komisch behandeln, grenzt sie sich also von dem ab, was sie als positive Normalität sieht. Damit schafft sie sich selbst das Problem, negativ abgegrenzt zu sein.

also ((lacht))

I: okay [also-]

*P: [wenn da] jemand irgendwie komisch drauf reagiert,
treff ich mich mit dem bestimmt nicht nochmal,
oder ähm-
(---) (23.18-23)*

Wenn es ihr mit jemandem nicht gut geht, verbringt sie möglichst wenig Zeit mit dieser Person, es handelt sich also um einen Selbstschutz.“ (Memo EE 18.07.21)

Lara grenzt sich von Menschen ab, die sie aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen diskriminieren und vertieft diejenigen Freundschaften, in denen die anderen von ihren Erkrankungen wissen und sie ihnen wichtig bleibt.

*„(---) u:nd und teilweise haben die ja auch selber ((lacht)) ä:hm-
psychische probleme; (21,25-26)*

Lara hat Freunde, die selbst psychische Erkrankungen haben. Das hat den Vorteil, dass sie nichts erklären muss. Sie sucht sich also Menschen, die ähnlich denken und handeln wie sie und so wissen sie voneinander und müssen nicht darüber sprechen. Aus ihrer Scham heraus sucht sie sich Menschen, die ihr gleichen und denen sie sich nicht erklären muss. In diesem Umfeld, in dem alle psychische Erkrankungen haben, gibt es eine andere

Normalität als außerhalb. Dort haben alle psychische Erkrankungen, deshalb muss sich innerhalb der Gruppe niemand dafür schämen. Es gibt also eine neue Realität ohne viele Berührungspunkte nach außen, innerhalb derer die Scham wegfällt. Es gibt eine Abgrenzung zur gesellschaftlichen Norm. Lara scheint darüber einerseits froh zu sein, andererseits scheint sie sich auch für ihre Gruppe zu schämen. Vielleicht entsteht noch mehr Scham dadurch, dass sie sich und ihre Peergroup als nicht ‚normal‘ sieht, sich aber in die Gruppe flüchtet und es ihr dort besser geht. Das würde bedeuten, dass sie immer im Hinterkopf hat, dass psychische Erkrankungen eigentlich negativ konnotiert seien und sie nicht zu den ‚normalen‘ Menschen gehöre. Ich muss hier so langsam im Konjunktiv schreiben, da es irgendwie grausam ist, das so zu schreiben. Meiner Ansicht nach ist es absolut nicht negativ oder unnormal, psychisch zu erkranken und ich würde mir so wünschen, dass es kein Grund ist für dieses krasse Stigmaerleben. Lara scheint sich dafür zu schämen, dass ihr Umfeld aus Menschen mit psychischen Erkrankungen besteht. Dafür spricht auch ihr Lachen, und das ähm und die Tatsache, dass es ihr sehr schwerzufallen scheint, psychische Probleme auszusprechen.

*also mein bester freund hat halt auch,
recht starke dissoziationen-
das ist eigentlich ganz ange <<lachend> NEHM-
weil man sich mit dem ganz gut austauschen kann,>
°hh ja.*

(0.3) (21.27-22.4)

Hier konkretisiert sie ihre Überlegungen und gibt ein Beispiel für eine Person aus ihrem nahen Umfeld, die auch psychisch erkrankt ist. Ihr bester Freund hat auch Dissoziationen und damit ein gleiches Krankheitsbild wie Lara. Das führt zu Identifikation, zu großer Nähe, dazu, sich nicht erklären zu müssen und sich verstanden zu fühlen, sich nicht unnormal oder anders zu fühlen. Wer anders ist als Andere, muss sich erklären oder rechtfertigen, mit ihrem besten Freund muss sie das nicht. Das passt zu den Überlegungen vorher.

Ihr Lachen in 22.1 ist ein Hinweis auf ihre Scham, auf Peinlichkeit. Es könnte ein Zeichen für Selbststigmatisierung sein. Es scheint für Lara eine Ambivalenz zu geben zwischen Scham/Peinlichkeit und dem, dass es angenehm ist und sie es genießt. Sie scheint sich hier in einem inneren Zwiespalt zu befinden. Einerseits genießt sie es, sich verstanden zu fühlen und nicht erklären zu müssen und gleichzeitig schämt sie sich für ihre psychische Erkrankung und dafür, dass ihr bester Freund eine psychische Erkrankung hat.

Der Austausch über die Erkrankung scheint für Lara sehr gewinnbringend zu sein. Mit ihrem besten Freund kann sie darüber sprechen. Wenn sie sich verstanden fühlt, kann Lara über ihre Erkrankung sprechen, ein gegenseitiger Austausch mit Personen mit ähnlichen Erkrankungen tut ihr gut. Das steht im Gegensatz zu anderen, nicht erkrankten Personen, mit denen sie nicht darüber spricht (vgl. 21.24).“ (Memo EE 15.07.21)

Auch Tim erzählt von einem ähnlichen Freundeskreis, der „Zuflucht der Kaputten“:

*„das war=n komplett anderer freundeskreis,
ähm:-
der sich (-) in erster linie so bisschen als-
zuflucht derkapUTTEN in anführungszeichen bezeichnet,
(--) ähm-*

*und da war=s halt (.) KOMPlett anders;
das war halt irgendso=n (.) abends,
ich weiß gar nicht mehr WAS wir gemacht haben,
(---) °h ähm-
wo ich dann auch-
ähnliche symptome hatte=grad;
also ich konnte einfach nicht mehr-
in diesem sozialen kontext (.) mitmachen,
(--) ähm- (18.14-31)*

Tim berichtet hier von einem Freundeskreis, der sich von dem davor beschriebenen unterscheidet. Es sind also andere Personen und eventuell auch andere Relevanzsetzungen im sozialen Miteinander. Der Freundeskreis bezeichnet sich als „Zuflucht der Kaputten“. Das passt extrem gut zu dem von Lara beschriebenen Freundeskreis mit Menschen, die psychische Erkrankungen haben. Bei Lara handelt es sich um einen Freundeskreis, in dem eine andere Normalität herrscht als außerhalb und der sich damit von der gesellschaftlichen Norm abgrenzt. Sich nicht erklären zu müssen, sich nicht unnormale oder anders zu fühlen, sondern verstanden, führt in Laras Fall zu Identifikation, zu einem Safe Space und zu der Möglichkeit eines persönlichen Austauschs. Gleichzeitig ist es bei Lara mit Ambivalenzen verbunden, sie scheint sich in einem Zwiespalt zu befinden, in dem Selbststigmatisierung eine große Rolle spielt.“ (Memo EE 25.07.21)

An dieser Stelle der Analyse dachte ich vorerst, dass die „Zuflucht der Kaputten“ eine gute Subkategorie sein könnte. Auch in Kombination mit der Analyse der Selbsthilfegruppen, aus denen solche Freundeskreise laut deren Beschreibung entstehen können, passte es so. Mich irritierte dann jedoch, dass im Interview mit Felix ein solcher Freundeskreis nicht zur Sprache kam, er aber dennoch vor einer Veränderung seines sozialen Umfelds berichtete:

„Sowohl bei Lara als auch bei Tim habe ich herausgestellt, dass sie einen Freundeskreis haben, in dem sie sich wohl fühlen. Ein ausschlaggebendes Kriterium dabei war bei beiden, dass die Personen um sie herum auch Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen haben. Das schafft für sie ein Vertrauensverhältnis und einen Raum, in dem sie sich gesehen fühlen, in dem die Möglichkeit eines persönlichen Austauschs gegeben ist und in dem sie sich mit den anderen Personen identifizieren können und sich dadurch verstanden fühlen. Diese Freundeskreise bieten für sie die Möglichkeit eines persönlichen Austauschs und führen dazu, dass die beiden sich nicht länger hinter ihrer „Maske“, ihrer „Fassade“ verstecken, sondern mit anderen Personen über ihr Befinden sprechen. Sie fühlen sich verstanden und als Person gesehen, deren Befinden relevant ist und die den anderen Personen wichtig ist. Bisher hatte ich die Tatsache, dass die Freund*innen selbst eine psychische Erkrankung haben als relevant betrachtet, damit diese „Zuflucht der Kaputten“, wie Tim sie nannte, in der Form existieren kann.“

Im Interview mit Felix kommt solch ein Freundeskreis nicht zur Sprache. Dennoch erzählt er von Personen, mit denen er sich wohl fühlt und bei denen Raum für ihn ist, über seine depressiven Episoden zu sprechen. Ähnlich wie bei Lara und Tim erzählt aber auch er, dass er seinen Freundeskreis mit der Erkrankung verändert hat. Eventuell ist damit gar nicht ausschlaggebend, dass die Freund*innen selbst psychische Erkrankungen haben, sondern die Tatsache, einen Raum zu haben, Menschen zu haben, bei denen sie sich so gesehen

und verstanden und wertgeschätzt fühlen, dass sie sich selbst öffnen können. Einen Raum, in dem sie keine Angst haben müssen, aufgrund ihrer Erkrankung Diskriminierungen zu erfahren. Das kann ein Freundeskreis mit Personen sein, die selbst psychische Erkrankungen erleben, möglicherweise erleichtert es den Weg, solche Beziehungen aufzubauen, ist aber keine zwingende Voraussetzung.

Felix sagt, er habe seinen Freundeskreis in den letzten Jahren umstrukturiert und jetzt drei Menschen, die *ihre Hände für ihn ins Feuer legen und umgekehrt* (42.25f.). Es gibt also eine gegenseitige Unterstützung, sie stehen füreinander ein. Sie würden einander verteidigen, sogar wenn sie selbst Schaden davontragen würden. Es ist also eine Beziehung, in der sie sich gegenseitig so gut kennen, dass sie füreinander eintreten und sich dabei durch nichts verunsichern lassen. Sie sind bedingungslos füreinander da und können auch über persönliche Dinge sprechen und sich dabei verletztlich machen (vgl. auch 42.10-13). Wenn Felix – beispielsweise aufgrund der Erkrankung – eine Vereinbarung absagt (vgl. Laras Absage), reagieren diese drei Personen auf eine bestimmte Art und Weise. Sie zeigen Verständnis und bieten ihm Unterstützung an und zeigen so, dass er als Person ihnen wichtig ist (vgl. 43. 9-14: (---) *das häufigste was kommt ist – okay, sach bescheid wenn du was brauchst*); Felix führt das auch darauf zurück, dass er seinen Freundeskreis umstrukturiert hat (*einfach (---) unter anderem weil ich (.) halt- ein=eine gewisse <<verstellt> freundeskreis- bekanttenkreishygiene betreibe,* > ((lacht)) 43.18-22). Möglicherweise sollte meine Subkategorie „Zuflucht der Kaputten“ verändert werden, da es sich bei solch einem sicheren Freundeskreis nicht zwingend um Personen handeln muss, die selbst psychisch erkrankt sind. Wichtiger scheint zu sein, Menschen zu finden, von denen mensch sich angenommen und wertgeschätzt fühlt, unabhängig von deren persönlichen (Nicht-)Erkrankungen. Ausschlaggebend könnte hier also tatsächlich die „Freundeskreishygiene“ sein.“ (Memo EE 06.08.21)

Ich veränderte also meine Subkategorie dahingehend, dass nicht die gemeinsame Erfahrung einer psychischen Erkrankung ausschlaggebend ist, sondern ein Freundeskreis, in dem sich die Personen als Mensch angenommen und wertgeschätzt fühlen. Das Teilen von Erfahrungen und Empfindungen mit psychischen Erkrankungen kann es erleichtern, sich gegenseitig anzuerkennen und wert zu schätzen, ist aber keine zwingende Voraussetzung. In den Selbsthilfegruppenbeschreibungen wird dieser Bedarf auch deutlich:

„Wir sprechen über sehr persönliche Dinge, möchten einander vertrauen und in diesem geschützten Rahmen frei reden können, in der Sicherheit, dass alles was wir miteinander besprechen von den Teilnehmern diskret behandelt wird.“ (Selbsthilfegruppe 2)

Hier wird dieser geschützte Rahmen, der sichere Raum, nochmals genauer beschrieben. Es ist ein Rahmen, in dem Vertrauen herrscht und in dem alle offen sprechen können und einander vertrauen. Es ist gleichzeitig ein abgeschlossener Raum, von dem aus nichts nach draußen dringt. Es ist also ein möglichst diskriminierungsfreier Raum. In diesem Satz steckt gleichzeitig eine Ansprache an Interessierte. Eine Anforderung an sie ist es, bei Teilnahme an der Gruppe diesen geschützten Rahmen zu beachten und keine persönlichen Informationen nach außen zu tragen. Das gibt den dort anwesenden Personen Sicherheit und damit die Möglichkeit, von sich zu erzählen und sich zu öffnen.“ (Memo EE 09.08.21)

„In den ersten beiden Beschreibungen der Selbsthilfegruppen konnte ich herausarbeiten, dass die Menschen mit Depressionen als Personen adressiert werden, die einen Unterstützungsbedarf haben. Sie werden adressiert als Personen, die einen geschützten Rahmen, eine Gemeinschaft brauchen, in dem sie Vertrauen aufbauen können und ein

gegenseitiges Verständnis vorhanden ist. Das tritt auch in den Selbstbeschreibungen der interviewten Personen auf. Auch sie erzählen, dass ihnen ein geschützter Rahmen, ein Freundeskreis frei von Diskriminierung hilft. Es wird hier also ein Bedarf beschrieben und gleichzeitig konstituiert, in dem sich innerhalb einer diskriminierenden Gesellschaft eine kleine soziale Gruppe findet, in der ein vor Diskriminierung geschützter Rahmen entsteht.“ (Memo EE 12.08.21)

Das ist einer der in den Beschreibungen angeführten Gründe für den Besuch einer Selbsthilfegruppe. Über diesen Rahmen hinaus kann solch eine Gruppe zudem den eigenen Freundeskreis verändern:

„Die Gruppe kann also den geschützten sozialen Rahmen bilden, von dem die interviewten Personen alle berichten. Gleichzeitig kann auch aus der Gruppe heraus ein solcher, freundschaftlicher, geschützter Rahmen entstehen (*Aus der Gruppe heraus entstehen Freundschaften* (Selbsthilfegruppe 4)). Die Lesenden werden adressiert als Personen, die einen solchen geschützten Raum brauchen.“ (Memo EE 13.08.21)

Eine wichtige Strategie innerhalb der Kategorie des sozialen Umfelds ist die Umstrukturierung des Freundeskreises. Sie führt dazu, dass es Personen gibt, die wertschätzen und anerkennen, wie es einer Person mit psychischen Erkrankungen geht. Das wiederum stellt eine große Unterstützung dar, da so über Persönliches gesprochen werden kann, verschiedene Umgangsformen abgeglichen werden können und das Stigmaerleben reduziert wird.

5.4 Kategorie Soziales Umfeld

In die Kategorie des Sozialen Umfelds fallen diejenigen Aspekte, die mit Beziehungsintensitäten und -qualitäten und der Möglichkeit des persönlichen Austauschs auch über die eigene Erkrankung und das eigene Befinden zusammenhängen.

Im sozialen Umfeld sind meist schon Personen vorhanden, wenn die Erkrankung auftaucht. Die eigene **Familie** konnte als Personenkreis herausgestellt werden, der nicht selbst gewählt wurde und mit dem es immer wieder zu Konflikten und zu Stigmaerleben kommt. Zudem gibt es meist einen **Freundes- oder Bekanntenkreis**, der **vor der Erkrankung** beispielsweise aufgrund ähnlicher Interessen, politischer Aktivitäten, durch das Studium, die Arbeit oder die Mitgliedschaft in einem (Sport)Verein entstand. Die **(Un)Zufriedenheit mit diesem sozialen Umfeld** auch während der Zeit mit einer Erkrankung hat Einfluss darauf, wie sich Beziehungen mit diesen Personen gestalten. Dazu kommt **Verhalten**, das durch die Erkrankung beeinflusst ist, beispielsweise sozialer Rückzug. Ursächlich für Veränderungen der Beziehungen ist häufig ein **fehlendes Passungsverhältnis zwischen dem bestehenden Bekanntenkreis und der eigenen Person und ihren Bedürfnissen** bis hin zu Diskriminierungen innerhalb des engsten Kreises an Menschen im eigenen Umfeld.

Ich konnte verschiedene Strategien herausarbeiten, darauf zu reagieren. Alle interviewten Personen wenden mehrere davon an. Eine ist die schon beschriebene **Umstrukturierung des Freundeskreises**. Eine andere Möglichkeit ist es, das bestehende Umfeld für die eigene Erkrankung und die eigenen Bedarfe zu **sensibilisieren** und bei ihnen **Aufklärungsarbeit** zu leisten. Wieder eine andere Strategie stellt der Versuch dar, **sich an das soziale Umfeld anzupassen** und die psychische Erkrankung und eigene Bedürfnisse relativ wenig zu beachten. Eine letzte herausgearbeitete Strategie, die besonders in Bezug auf das familiäre Umfeld angewendet wird, ist die der **Abgrenzung** bis hin zum **Kontaktabbruch**.

Unterschiedliche Aspekte haben einen Einfluss darauf, welche der Strategien gewählt wird. Ausschlaggebend sind beispielsweise das **Wissen** und die **Sensibilität des Umfelds** für und die Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen. Handelt es sich um einen Kreis an Personen, die ein bestimmtes Verhalten erwarten und bei denen es eine Art **Verhaltenskodex** gibt, erschwert das die Sensibilisierung. Zudem beschrieben die Befragten eine **Verhaltenskontrolle** und **Rechtfertigungsdruck**³⁹. Auch die **Möglichkeit, andere Menschen kennenzulernen**, spielt eine Rolle.

Die Konsequenzen aus den Strategien unterscheiden sich voneinander. Nach der Umstrukturierung des Freundeskreises und nach der Sensibilisierung des Umfelds kann ein **geschützter Rahmen** entstanden sein, in dem Raum ist, die Fassade fallen zu lassen und über persönliche Dinge zu sprechen. Es kann jedoch auch zum **Scheitern** beispielsweise des Versuchs der Anpassung an das Umfeld und dadurch zu einer **Verschlimmerung der Erkrankung** und des Stigmaerlebens kommen. Auch der **soziale Rückzug**, der schon eine Ursache ist, kann aus der Strategie der Abgrenzung folgen. Zudem kann es zu **Grenzverletzungen** und **Diskriminierungen** kommen.

All diese Dinge sind eng mit dem Stigmaerleben der Personen mit Depressionen verknüpft. Beispielsweise erleben sie ihre Erkrankung in einem diskriminierungsarmen Umfeld weniger als Stigma als beim Versuch, sich selbst an die Umgebung anzupassen und dem Verhaltenskodex zu entsprechen.

³⁹ Siehe dazu vertiefend Kapitel 5.5 Entwicklung Subkategorie „Rechtfertigungsbedürfnis“.

5.5 Entwicklung Subkategorie „Rechtfertigungsbedürfnis“

Die dritte Kategorie habe ich Selbstverständnis genannt. Das Rechtfertigungsbedürfnis stellt in ihrem Rahmen eine Konsequenz dar. Es tauchte an allen Stellen des Analyseprozesses auf, in besonderem Maß bezogen auf das Interview mit Lara.

„In Laras Interview taucht die Frage nach der Schuld im Zusammenhang mit dem Stigmaerleben auf. Sie beschreibt, sich nicht schämen zu brauchen, da sie nichts für die Erkrankungen könne, da es nicht ihr Fehler sei. Aus diesem Grund gehe sie offen mit der Erkrankung um.

Sie beschreibt, dass sie und auch andere keine Schuld an der psychischen Erkrankung haben. In Abgrenzung dazu – das könnte als Vergleich herangezogen werden – grenzt sie sich aber auch von einem bestimmten Umgang von erkrankten Menschen ab, die dann doch ein wenig ‚selbst schuld‘ seien.

Bei meinem Spaziergang kam mir in den Kopf, dass Schuld auch im Zusammenhang mit Selbstverantwortung stehen könnte. Also à la „wenn deine Krankheit selbstverschuldet ist, schäm dich bitte; wenn du nichts dafür kannst, dann streng dich wenigstens an.“ Dass es quasi einen begründeten Auslöser von außen braucht, damit die Erkrankung akzeptiert wird und die Person sich nicht schämen muss.“ (Memo EE 25.06.21)

Immer wieder kam es in Sequenzen bei Laras Interview zu Rechtfertigungen und zu der Beschreibung ihrer Rechtfertigungen im Alltag. Eine beispielhafte, lang analysierte Sequenz füge ich hier zu besseren Veranschaulichung ein.

„h ICH hab da jetzt noch den- ((lacht))

(0.2)

Ambivalenten luxus:-

Dass es halt bei mir so schwe::r is::,

und halt auch-

behÖRDLICH festgestellt-

diagnostiziert, (Lara 36.12-18)

Sie fährt fort mit „(--)*dass bei mir halt keiner sa:gen kann,*“ (36,19). Das Absprechen ist unmöglich, keiner kann ihr die Erkrankung absprechen. Warum sollte das jemand tun? Ist es eher die Regel, psychische Erkrankungen abgesprochen zu bekommen als anerkannt zu werden?

36,20: „*dass ich (0.1) jetzt keinen GRUND hätte deswegen- (.)*“ Es braucht einen Grund, eine Rechtfertigung. Es scheint also ein Misstrauen gegenüber der Validität zu geben. Eine psychische Erkrankung, die nicht behördlich festgestellt (vgl. 36.17) ist, kann abgesprochen werden. Es besteht also ein Rechtfertigungsdruck, ein Misstrauen, Aberkennung/Verkennung/Diskreditierung psychischer Erkrankungen. Möglicherweise sind das Aspekte, die auch in anderen Fällen relevant sind.

Lara fährt fort mit der Beschreibung etwas konkreterer Dinge: „*heute nicht zu kÖNNen oder (--)*“ (36,21). Die Betonung liegt hier klar auf dem Wort können. Es handelt sich nicht um eine Entscheidung, um wollen, sondern um eine Krankheit und damit um einen validen Grund, der unvermeidbar ist. Die nächste Äußerung „*irgendwas nicht MACHen zu wollen-*“ (36,22) unterstreicht das Misstrauen, die Unterstellung, man wolle nicht, obwohl man nicht kann. Daran anschließend leitet Lara erneut eine Begründung ein: „*(.) weil ähm-(0.2)*“ (36,23). Damit rechtfertigt sie sich erneut. Diese Rechtfertigungen scheinen für sie extrem relevant zu sein, sowohl in dem, was sie aus ihrem Leben und von ihrem Umgang erzählt, als auch in unserem Gespräch.

Lara fährt fort mit ihrer Begründung: „*mir <<lacht> niemand- h°> °hh*“ (36,24). Sie rechtfertigt sich hier erneut. Darin zeigt sich möglicherweise Angst, verurteilt zu werden. Angst, nicht anerkannt zu werden. Angst, sich rechtfertigen zu müssen. Das wird unterstrichen durch ihr Lachen und das Wort *niemand*. Es ist absolut unmöglich, ihr die Erkrankung und den Grund beispielsweise für ihr Nicht-Können abzusprechen. Zusätzlich unterstrichen wird es durch das ein und ausatmen. Sie wird emotional, scheint diese Situation zu kennen. Es ist ihr wohl wirklich wichtig, dass ihr ihre Erkrankung mit all ihren Folgen nicht abgesprochen wird und so rechtfertigt sie sich dafür wiederholt und präventiv. Gleichzeitig kann es ihr rein sachlich nicht aberkannt werden, da es ja behördlich festgestellt ist. Daraus schließe ich, dass Lara Misstrauen und Verkennung erfährt, sachlich dann dagegen argumentieren kann, aber dennoch davon verletzt wird. Sie muss sich rechtfertigen und rechtfertigt sich aus der Angst, nicht anerkannt und verletzt zu werden, schon präventiv.

Sie ist sehr fixiert darauf, dass sie einen validen Grund hat, Leistungen etc. nicht zu bringen, die sie eigentlich bringen wollen würde, aufgrund ihrer Erkrankung aber nicht bringen kann. Sie wünscht sich die Anerkennung, dass die Leistungen aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen nicht erbringbar sind (vgl. 36,11). Damit ist Lara auch sehr fixiert darauf, dass nicht erbrachte Leistungen einen am besten behördlich festgestellten Grund brauchen.

Es folgt die Äußerung „*dass d=dass diese übergriffe in der kindheit-*“ (36,25). Hier verliert Lara den Faden, setzt mehrfach an und führt den Satz grammatikalisch gesehen nicht weiter, sondern setzt neu an. Sie rechtfertigt sich hier und führt, zusätzlich zur behördlichen Feststellung eine Begründung/Rechtfertigung an. Eventuell tut sie das mir gegenüber. Ihr Stottern zu Beginn der Äußerung kann als Hinweis darauf gelesen werden, dass es für sie schwer ist, davon zu sprechen. Ob es schwer ist, die Übergriffe zu thematisieren oder sich zu rechtfertigen, oder beides, kann ich nicht erkennen. Die Rechtfertigung scheint ihr in jedem Fall schwer zu fallen und dennoch für sie sehr wichtig zu sein.

Sie fährt fort mit „*dass das halt meine schuld war.*“ (36,26). Es entlasten sie nicht nur die psychische Erkrankung an sich und die behördliche Feststellung, sondern zusätzlich auch, dass die Übergriffe nicht ihre Schuld sind. Warum muss sie überhaupt entlastet werden und sich daher rechtfertigen? Es scheint immer eine Begründung für fehlende Leistungen etc. zu brauchen. Die Schuld scheint hier wichtig zu sein. Wer keine Schuld trägt, muss so wie er*sie ist, anerkannt werden. Was ist mit den Personen, die schuldig sind? Müssen sie nicht anerkannt werden? Warum ist die Frage nach der Schuld für Lara so relevant?

Zusammengefasst scheint es für Lara immer einen Rechtfertigungsdruck zu geben. Sie wünscht sich Anerkennung, momentan ist jedoch eher Misstrauen und Diskreditierung die Regel. Es scheint unausweichlich und sehr wichtig zu sein, Rechtfertigungen für sich,

das eigene Verhalten, die psychische Erkrankung und die Gründe dafür zu liefern. Wichtig scheint zudem die Frage nach der Schuld zu sein.“ (Memo EE 12.07.21)

Diese Rechtfertigungen ziehen sich durch die Befragung. In den anderen Interviews und den Selbsthilfegruppenbeschreibungen taucht der Rechtfertigungsdruck nicht so explizit auf, tritt aber dennoch immer wieder verknüpft mit anderen Aspekten auf, wie hier im Interview mit Tim. Er beschreibt dabei eine Situation, in der weder er noch die Personen um ihn herum wussten, dass er sich gerade in einer depressiven Episode befand.

„P: also-
man MÖCHte ja;
man KANN aber nicht und-
das ist ja das große proBLEM an der ganzen geschichte,
und wenn das nicht akzeptiert wird-
dass des nicht GEHT,
und man kann das ja auch nicht einfach- (--)
in dem moment ÄUSsern;
weil man-
vorthérapeutisch (-) ja auch nicht unbedingt das geFÜHL dafür hat-
dass das halt jetzt nicht,
(0.2) °hh am UNWIL:en liegt,
sondern halt an (.) einer unMÖGlichKEIT und=ähm-
(0.1)
das war dann sehr verWIRREND-
weil es für mich einfach eine- (.)
ich WILL aber ich KANN NICHT,
und (.) dann kommt druck und repression,
dann hast du keine ahnung mehr was überhaupt die sache ist,
(-) und dann war meine reaktion ahja gut,
dann verschwind ich;
(-) so da=dann geh ich jetzt nach hau::se-
leg mich hin,
und ähm-
(0.2)
bleib halt LIEGen. ((lacht)) (16.21-17.15)

Es ist für ihn nicht möglich, das sozial erwünschte Verhalten zu zeigen. Deshalb zieht er sich zurück und verschwindet aus der Situation, es folgt ein sozialer Rückzug.

Verglichen mit Laras Interview, in dem sie immer wieder dazu kommt, sich zu rechtfertigen und Rechtfertigungsdruck zu verspüren etc. zeigt dieser Textabschnitt große inhaltliche Bezüge. Tim hat keine Rechtfertigung, den sozialen Normen nicht zu entsprechen, er selbst weiß nicht genau, was eigentlich los ist und bekommt soziale Repressionen zu spüren. Die Akzeptanz für sein Verhalten fehlt, weder er selbst noch die Personen um ihn herum wissen, was eigentlich los ist und wie sie sich so verhalten können, dass es allen gut geht.“ (Memo EE 24.07.21)

Tim fehlte hier die Erklärung für sein Empfinden und Verhalten und das war verbunden mit enormem Druck, zu funktionieren und sich ansonsten mit einem validen Grund zu rechtfertigen. Dieser fehlte ihm zu dem Zeitpunkt. Auch bei Felix wird relevant, was als valider Grund angesehen wird, sich in einer bestimmten Art und Weise zu verhalten. Dabei kommt vor allem auch das Selbstbild, das Selbstverständnis zum Tragen, das ich als Kategorie herausgestellt habe, von der das Rechtfertigungsbedürfnis eine Konsequenz sein kann.

„äh hhh° (0.1)

natürlich auch im universitären Kontext mal,

(0.1) wenn man eine Abgabe verpennt hat-

dass man das <<leise> dann (-) mal (-) vor (-) gescho:ben (--) hat?>

((lacht laut)) hh°(33.9-13)

Felix beschreibt hier, dass er die Depression bei Abgaben „vorgeschoben“ hat. Er spricht dabei sehr langsam und leise und macht vor den Silben jeweils eine Pause. Es wirkt fast so als würde er meine Reaktion abwarten. Dafür würde auch die extreme Hebung, das Fragende am Ende passen. Im Anschluss daran lacht er laut möglicherweise ist es ihm in diesem Moment sehr unangenehm, das preiszugeben. Die Depression scheint hier in seiner Wahrnehmung kein valider Grund zu sein, die Abgabe zu verzögern. Er sieht sich selbst nicht als Person, die wegen der Depression oder weil sie es verpennt hat, eine Abgabe verzögert. Für ihn selbst wäre es unpassend, seine Depression als Grund für eine Abgabeverzögerung anzugeben.

<<lachend> aber wie gesagt=so=w->

meine große Angst war immer,

dass ich-

(0.1) die Depression halt wirklich vorschie:be, (33.14-17)

Er beschreibt hier seine Angst, Dinge nicht zu schaffen und dann die Depression als Grund vorzuschieben. Es scheint so, als seien damit Dinge gemeint, die er auch unabhängig von der Depression nicht geschafft hätte. Es könnte aber auch sein, dass er selbst die Depression nicht als validen Grund sieht, etwas nicht zu schaffen, sondern in seinem Selbstverständnis eine Person ist, die Dinge schafft und Erfolg hat. Dann könnte dieser Abschnitt so gelesen werden, dass er es sich selbst nicht eingestehen möchte, aufgrund der Depression Dinge nicht zu schaffen, weil das seinem Selbstverständnis widerspräche. Spannend ist auch, dass er hier sagt, es sei seine große Angst. Es scheint für ihn extrem verwerflich zu sein, die Depression als Grund für eine Verzögerung von Abgaben oder Ähnlichem anzugeben. Warum ist das eine so große Angst von ihm? Sieht er sich selbst anders und das würde nicht zu seinem Selbstverständnis passen?

was-

(--) *ich f=ich glaub des war ein,
 oder zwei,
 mal-
 (--) *was dann auch nur so war-
 ja sorry?
 ich schicks dann morgen;
 also-
 es war jetzt nie:::,
 (.) können sie mir bitte drei vier monate mehr aufschub geben-
 oder sonstiges,
 (--) *(33.18-34.2)***

Hier berichtet Felix doch von Situationen, in denen er mit der Begründung seiner Depression doch einen Aufschub bei Abgaben bekommen hat. Er macht hier zusätzlich eine zeitliche Unterscheidung auf: Es war nur ein Tag Verzögerung und nicht mehrere Monate. Welchen Unterschied macht das? Ist eine kürzere Zeit für ihn weniger schlimm?

*das hab ich wegen=m krebs bekommen,
 (0.1)
 ja=da warn alle überrascht dass ich nach; (--)
 drei monaten nach der chemo dann doch alle=a=meine abgaben-
 <<lachend> fertig hatte,>
 °h ähm-
 (0.2)
 ja, (34.3-10)*

Hier kommt eine weitere Vergleichsdimension zum Vorschein. Aufgrund der Krebstherapie hat Felix mehrere Monate Aufschub für seine Abgaben bekommen. Das scheint für ihn jedoch nicht diese *große Angst* ausgelöst zu haben, *der Krebs zu werden* (vgl. 18.22f.: *mei=meine größte angst war immer, (---) dass ICH (--) *die krankheit werde**;). Es scheint für ihn also einen Unterschied zu geben zwischen einer Depression und einer Krebserkrankung als Grund für verzögerte Abgaben. Er beschreibt hier, dass alle anderen *überrascht* gewesen seien, dass er die Abgaben doch so schnell erledigen konnte. Es wirkt, als sei er darauf stolz, als passe das zu seinem Selbstverständnis.

Er scheint sich als Person zu sehen, die Dinge schafft, die erfolgreich ist. Die Krebserkrankung war für ihn ein valider Grund, etwas nicht beziehungsweise nur verspätet zu schaffen, die Depression ist das nicht. Sie wird hier zu seiner großen Angst. Möglicherweise ist es eine Angst, die darin besteht, nicht so erfolgreich zu sein, Dinge nicht zu schaffen, weniger leistungsfähig zu sein.“ (Memo EE 11.08.21)

Die Befragten befinden sich in Situationen, in denen sie sich rechtfertigen, wenn sie sich anders verhalten als es ihrem Selbstbild entsprechen würde. Wenn sie Fristen nicht einhalten oder Verabredungen absagen rechtfertigen sie sich und brauchen diese Rechtfertigungen auch sich selbst gegenüber, um sich selbst nicht schuldig zu fühlen.

„In der Subkategorie Schuld/Rechtfertigungsdruck der Kategorie Selbstverständnis habe ich bis lang vor allem den Eindruck gewonnen, dass es für das Stigmaerleben der Befragten relevant ist, dass sie selbst nicht an ihren Erkrankungen schuld sind und dass sie immer wieder das Bedürfnis haben, sich zu rechtfertigen, beziehungsweise von außen so hinterfragt werden, dass sie das tun müssen.

Ich habe festgestellt, dass alle drei diesen Rechtfertigungsdruck verspüren und teilweise die Akzeptanz für ihr Verhalten komplett fehlt. Als Konsequenz daraus folgt entweder ein sozialer Rückzug oder die Rechtfertigung, das Beharren auf eigener Unschuld. Ich hatte festgehalten, dass vor allem das soziale Umfeld Druck ausübt, sich in einer bestimmten Art und Weise zu verhalten (vgl. Memo EE 24.07.21). Gleichzeitig sind es auch die Befragten selbst, die diesen sozialen Normen entsprechen wollen und sich schon vorauseilend von sich aus (vgl. Lara) rechtfertigen. Tim sagt im Interview zum Verhalten, das von außen gewünscht wird: „ich WILL aber ich KANN NICHT,“ (17.6). Er selbst will den sozialen Normen entsprechen und sich so verhalten, dass es passt. Sich einzugestehen, dass er dem nicht entspricht scheint ein sehr großer und schwerer Schritt zu sein. Selbst die Diagnose Depression scheint als ein etwas akzeptierter Grund, aber nicht als ausreichend akzeptierter Grund für ihn (vgl. 17.1). Es fällt ihm trotz dieser Diagnose extrem schwer, sich selbst einzugestehen, weniger leistungsfähig zu sein und den antizipierten sozialen Normen nicht zu entsprechen. Das wurde bei ihm durch den sozialen Druck von außen zusätzlich extrem verstärkt (vgl. Memo EE 25.07.21).

Auch Felix geht es ähnlich: Er beschreibt es als seine größte Angst, seine Depression vorzuschieben und nichts anderes mehr zu sein. Er sieht sich selbst als Person, die leistungsfähig ist und Dinge schafft. Dazu passt bei ihm – wie bei Tim – die Depression nicht, da eine ihrer Auswirkungen bei beiden ist, weniger leistungsfähig zu sein, weniger zu schaffen. Es widerspricht Felix und Tims Selbstverständnis als leistungsfähige Personen.

In Laras Interview wurde der Rechtfertigungsdruck am deutlichsten, zudem immer wieder die Abgrenzung von einer möglichen Schuld. Sie rechtfertigt sich auch mir gegenüber immer und immer wieder (vgl. Memo EE 12.07.21). Auch ihr Selbstverständnis beinhaltet, dass sie leistungsfähig ist. Wenn die drei das in einer Situation nicht sind, brauchen sie als Rechtfertigung – sich selbst gegenüber und nach außen – einen validen Grund und möchten dafür keine Schuld tragen. So können sie ihre psychischen Erkrankungen in ihr Selbstverständnis integrieren.

Bei allen dreien ist also ein Selbstverständnis als leistungsfähige Personen vorhanden, das durch die Depression durcheinandergeworfen wurde. Mit der psychischen Erkrankung sind sie nicht mehr in dem Maße leistungsfähig, wie es ihr Selbstverständnis eigentlich fordert. Das führt dazu, dass es für alle drei extrem schwer wird, sich die Krankheit und damit die verminderte Leistungsfähigkeit einzugestehen und sie zu akzeptieren. Noch schwerer wird es, anderen Menschen davon zu erzählen, weil sie selbst es möglicherweise als Makel begreifen. Möglicherweise erwarten sie, dass ihr soziales Umfeld auch das Bild einer leistungsfähigen Person von ihnen hat. Sich selbst einzugestehen, es nicht in dem gewünschten Maß zu sein tut schon sehr weh, anderen Personen gegenüber ist in ihrer Erwartung möglicherweise auch schlimm oder sogar noch schlimmer, würde es für sie doch die Möglichkeit mit sich bringen, deshalb Diskriminierung und Abwertung von außen zu erfahren. So kommt es zu Rechtfertigungen, die Unschuld wird zur Entschuldigung. Die Depression an sich scheint fast schon als selbstverschuldet angesehen zu werden, sodass sie keine Entschuldigung für geringere Leistungsfähigkeit sein kann.“ (Memo EE 11.08.21)

Dass sich die Personen mit Depressionen als nicht mehr ihrem Selbstverständnis entsprechend sehen, taucht auch in den Beschreibungen der Selbsthilfegruppen auf:

„Die Lesenden werden teilweise adressiert als Personen, die durch die Depressionen nicht mehr sie selbst sind, deren Selbstverständnis durch die Depression nicht mehr erfüllt wird („wir möchten [. . .] wieder wir selbst sein“ (Selbsthilfegruppe 3))“ (Memo EE 16.08.21).

Den Rechtfertigungsdruck verstehe ich als eine aus dem fehlenden Passungsverhältnis zwischen eigenem Anspruch, eigenem Selbstverständnis und dem eigenen Verhalten, den eigenen Emotionen und der eigenen Leistungsfähigkeit resultierende Subkategorie. Sie unterstützt dabei, das eigene Verhalten ins Selbstbild zu integrieren und damit (auch nach außen) umgehen zu können.

5.6 Kategorie Selbstverständnis

Mehr als bei den anderen beispielhaft dargestellten Analysen wurde im letzten Unterkapitel auch schon die Kategorie, die die Subkategorie umfasst, mit skizziert und ihre Merkmale angedeutet. Das liegt daran, dass das Selbstverständnis an sich mit dem Rechtfertigungsbedürfnis eng verknüpft ist. An dieser Stelle möchte ich die Kategorie nochmals in ihrer Gesamtheit beschreiben.

Diese Kategorie umfasst diejenigen Aspekte, die mit dem Verständnis der eigenen Person zu tun haben, die also das Selbstbild betreffen. Es geht darum, ob und in welcher Art und Weise die psychische Erkrankung in dieses Selbstverständnis integriert wird und welche Konsequenzen sich daraus ergeben können.

Ursächlich für diese **Integration** ist das **(Nicht)Wissen** der psychischen Erkrankung. Je nachdem gestaltet sich der Prozess unterschiedlich. Zudem ist es zu einem großen Teil davon abhängig, welches Selbstbild die Person ohne Einbezug der Depression von sich hat. Strategien, mit der psychischen Erkrankung umzugehen gibt es unterschiedliche. Eine davon ist die **Abgrenzung** und der Versuch, die Depression von sich zu schieben, zu verdrängen. Es kann zudem zu **Selbstabwertung** kommen, die bis hin zur Suizidalität führen kann⁴⁰. Eine andere Strategie ist die **Veränderung des eigenen Selbstverständnisses** dahingehend, dass die psychische Erkrankung Teil dessen wird. Damit zusammenhängen kann auch das Bilden eines Umfelds, in dem psychische Erkrankungen selbstverständlich sind. Eine weitere Strategie stellt der **soziale Rückzug** dar, der in dem Fall stark mit Schamgefühlen verbunden ist.

Auf die Wahl der Strategien und deren Umsetzung wirken unterschiedliche Faktoren ein. Eine davon ist das **Selbstbild** an sich und die **Angst, Schwäche zu zeigen** und sich verletzlich zu

⁴⁰ Auch dieser Punkt wurde allen Interviews relevant.

machen. Dazu kommen häufig **Verhaltenserwartungen** und die **Bewertung des Verhaltens von außen**, denen die Personen gerecht werden wollen. Die Interviewten berichteten zudem von **Leistungsdruck**, der einen großen Einfluss darauf hat, welches Selbstverständnis sie entwickelten.

Daraus kann ein **Vermeiden sozialer Kontakte** folgen. Es kann sein, dass die psychische Erkrankung erfolgreich in das Selbstbild der Personen integriert wird. Gleichzeitig können die Strategien aber auch dazu führen, dass **Schuldgefühle** und **Scham** auftreten. Daraus folgt immer wieder ein **Rechtfertigungsbedürfnis**⁴¹. Häufig verstehen sich die Personen selbst nicht mehr oder wünschen sich, anders zu sein als sie sind. Das kann bis hin zum Selbsthass führen. Eng mit diesen Konsequenzen verbunden ist das Erleben der Erkrankung als negative Abweichung und als Stigma und die Angst, aufgrund dessen diskriminiert zu werden.

5.7 Diskriminierungserwartung als Kernkategorie

Die einzelnen Kategorien überschneiden sich immer wieder und greifen ineinander. Sie sind analytisch entstanden und nicht vollständig voneinander trennbar. Das, was sie verbindet, ist vor allem die Kernkategorie der Diskriminierungserwartung. Diese kristallisierte sich im Laufe der Analyse, vor allem gegen Ende, als ich die Beschreibungen der Selbsthilfegruppen genauer betrachtete, immer weiter heraus. In diesem Kapitel werde ich die Kernkategorie und ihre Entwicklung beschreiben.

Bei der Analyse der Interviews wurde die Erwartung von Diskriminierung immer wieder relevant⁴². So schrieb ich beispielsweise in einem Memo, das sich auf die Äußerung „*oder irgendjemandes voyeurISMUS zu befriedigen;*“ (Lara 29.13) bezog:

„Es scheint Personen zu geben, die sie aufgrund ihrer Traumata und/oder ihrer psychischen Erkrankung extrem herabwürdigen und damit das eigene Bedürfnis von Befriedigung, von Aufwertung, stillen. Der Umgang mit ihr dient dann allein dem Zweck, sich selbst besser zu fühlen und hat Lara als Person, als Mensch, als Subjekt gar nicht im Blick. Sie wird zum reinen Objekt der Lust, der Befriedigung, der Abwertung. Es hängt zusammen mit extremer Macht, mit Ausnutzung, mit Entwürdigung. [. . .]

Könnte eventuell die Angst vor solch einer Reaktion relevant sein für das Stigmaerleben? Die Befürchtung solch einer Herabwürdigung und Beschämung?“ (Memo EE 15.07.21)

⁴¹ Siehe dazu vertiefend Kapitel 5.5 Entwicklung Subkategorie „Rechtfertigungsbedürfnis“.

⁴² Siehe dazu auch vertiefend die beschriebenen Subkategorien, Kapitel 5.1 bis 5.6.

Noch klarer stellte sich die Kategorie im Zusammenspiel mit den Beschreibungen der Selbsthilfegruppen heraus:

„Es scheint ein Raum des Austauschs zu sein, in dem die Angst vor Diskriminierung aufgrund der Depression zumindest nicht in dem Ausmaß vorhanden ist, dass Personen verschweigen, wie es ihnen geht.“ (Memo EE 04.08.21, bezogen auf Analyse der Selbsthilfegruppenbeschreibung 1)

Diese Besonderheit des diskriminierungsarmen oder -freien Raums der Selbsthilfegruppen kommt in allen Beschreibungen zum Tragen und erweckte so meine besondere Aufmerksamkeit. Sie wird als der ausschlaggebende Faktor dargestellt, weshalb der Besuch solch einer Gruppe eine Hilfe darstellt. Die Lesenden werden dort immer wieder „adressiert als Personen mit einer Krankheit, die potentiell zu Diskriminierung führt“ (Memo EE 12.08.21). Zusammenfassend schrieb ich zu diesem Punkt:

„Die Selbsthilfegruppen beschreiben sich selbst als diskriminierungsarme Orte, in denen beispielsweise ein geschützter Rahmen vorhanden ist oder die Personen von den Erkrankungen der anderen wissen. Sie werden so als Orte beschrieben, in denen die Erwartung von oder die Angst vor Diskriminierung relativ gering ist und die deshalb für die Teilnehmenden eine Unterstützung darstellen. Sie weisen so auch darauf hin, dass die Diskriminierungserwartung und damit die Stigmatisierung für Personen mit Depressionen eine extreme Belastung darstellt und es so zu einem großen Stigmaerleben kommt, dass das Leben mit Depressionen noch zusätzlich sehr erschwert. Die Bezeichnung des Stigmas als zweite Krankheit (Asmus Finzen) erscheint mir hier sehr passend.“ (Memo EE 16.08.21)

Der Wunsch, nicht diskriminiert zu werden stellte sich immer wieder heraus. So äußerte Felix in seinem Interview auf die Frage nach einer hypothetischen Idealumgebung: „(-) <<leicht verstellt> wie ein mensch behandelt werden;> (0.2)“ (Felix 57.1-3). Diese Äußerung analysierte ich gegen Ende des Prozesses ein zweites Mal, auch um sie mit den herausgearbeiteten Ergebnissen der Selbsthilfegruppenbeschreibungen zu vergleichen. In meinem Memo dazu schrieb ich:

„Bevor Felix seinen Wunsch ausspricht, *wie ein mensch behandelt zu werden*, macht er noch eine Pause. Zusätzlich verstellt er seine Stimme hier wieder leicht. Das passiert meist – wie die Analyse bis jetzt gezeigt hat – wenn er verletzt ist oder von etwas ungerne erzählen möchte, oder wenn er von konkreten Situationen erzählt und dabei Menschen nachmacht. In Kombination mit den vorigen Überlegungen ist es meine Lesart, dass es Felix in diesem Moment schwerfällt, darüber zu sprechen, weil es etwas ist, dass ihn verletzt oder verletzlich macht.

Sehr interessant ist die Aussage „*wie ein mensch behandelt werden*“. Das ist es, was Felix sich wünscht. Wird er also momentan aufgrund seiner Depressionen nicht *wie ein mensch behandelt*? Wie wird er dann behandelt? Was genau bedeutet es, (nicht) *wie ein Mensch behandelt zu werden*? Ist seine Depression ausschlaggebend dafür, dass er nicht wie ein Mensch behandelt wird? Wie genau passiert das? Hat er Angst davor, nicht wie ein Mensch behandelt zu werden? Erwartet er es aktuell vielleicht sogar?

Diese Aussage erinnert mich sehr an das Stigma-Konzept, sowohl von Goffman als auch von Link und Phelan. Bei Link und Phelan (2001) heißt es, Personen würden ausgehend von einem Merkmal, einer Eigenschaft als grundlegend unterscheidbar angesehen und daraufhin teilweise entmenschlicht. Sie werden also nicht mehr wie ein Mensch behandelt. Sie werden abgewertet und diskriminiert, sowohl strukturell als auch auf persönlicher Ebene. Felix beschreibt in diesem Satz genau das. Er scheint diese Diskriminierung wahrzunehmen.

Möglicherweise könnte das all meine Kategorien verbinden und dabei auch Scham und Ambivalenzen mit einbeziehen. Egal ob es um die Beziehung zu anderen Personen, um das Wissen und den Prozess der Wissensübermittlung, um das Selbstbild oder auch um Scham und Ambivalenzen im Umgang mit der Depression geht – immer spielt die Erwartung oder die Angst, deshalb diskriminiert zu werden, eine Rolle. Deshalb schämen sie sich, deshalb ist es solch ein großer Schritt, anderen Menschen von der Depression zu erzählen, deshalb braucht es ein stabiles soziales Umfeld, in dem sich die Personen verstanden und gut aufgehoben fühlen. Die Kernkategorie in meiner Analyse könnte die Angst vor oder die Erwartung von Diskriminierung sein.“ (Memo 09.08.21)

In der erneuten Durcharbeitung meiner Kategorien in Rückbindung an das Material wurde so die Diskriminierungserwartung zum ausschlaggebenden Faktor im Stigmaerleben. Je größer sie ist, desto mehr oder intensiver wird die Erkrankung als Stigma erlebt und umso wichtiger werden diskriminierungsarme Räume für die Personen mit Depressionen. Da dies an allen Punkten der Analyse relevant wurde, stellte ich die Diskriminierungserwartung als Kernkategorie heraus. Immer wieder kamen bei der Analyse auch Ambivalenzen zum Tragen, beispielsweise bei der Informationsübermittlung der eigenen Erkrankung. Auch diese Aspekte lassen sich mit der Diskriminierungserwartung erklären. Diese Erwartung ist verbunden mit einer ständigen Unsicherheit, ob sie so eintritt wie gedacht. Wenn beispielsweise Lara von Ambivalenzen berichtet, wenn es um das Sprechen über ihre psychischen Erkrankungen geht, kann das aus der Diskriminierungserwartung resultieren.

6 Beantwortung der Fragestellung und Ausblick

Dieses Kapitel schließt die vorliegende Arbeit ab. Ich beantworte im ersten Schritt kurz zusammengefasst die Fragestellung, um die Ergebnisse im Anschluss theoretisch einzubinden. Die Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit und damit zusammenhängende Anschlussperspektiven werden am Ende des Kapitels beleuchtet.

6.1 Beantwortung der Fragestellung

Im Zentrum meines Forschungsinteresses stand die Frage, wodurch Personen mit Depressionen ihr Stigmaerleben beeinflusst erleben. Im Laufe des Prozesses konnte ich mehrere Kategorien herausarbeiten, die eine Antwort darstellen können. An dieser Stelle werde ich sie nur kurz skizzieren, eine genauere Beschreibung findet sich in Kapitel 5 Analyse der Daten – hin zu den Ergebnissen der Arbeit. Alle Kategorien überschneiden sich an bestimmten Stellen und hängen miteinander zusammen. Die klare Trennung ist also eine rein analytische, die ein besseres Verständnis schaffen soll.

Die Kategorie *Kenntnis der Erkrankung(en)*⁴³ umfasst diejenigen Aspekte, bei denen es darum geht, wer wann aus welchen Gründen und durch welche Strategien von der psychischen Erkrankung beziehungsweise Depression einer Person weiß und damit verbundene Konsequenzen und Handlungsstrategien. Verschiedene Aspekte, beispielsweise die Art oder die Intensität des Wissens, können variieren und sich verändern. Damit zusammen hängen das Erleben und die Art und Weise des Erlebens der Depression als Stigma. Je nachdem, wer wann was über die Erkrankung einer Person (nicht) weiß, wird sie mehr oder weniger als Stigma erlebt.

Die Kategorie *Soziales Umfeld*⁴⁴ bezieht sich auf Beziehungsintensitäten und -qualitäten, mit denen auch die Möglichkeiten des Austauschs über die eigene Erkrankung zusammenhängen. Je nach sozialem Umfeld wird die Depression mehr oder weniger als Stigma erlebt, abhängig vor allem auch davon, welche Erwartungen und Anforderungen an die Person gestellt und welches Verständnis ihr entgegengebracht wird. In einem diskriminierungsarmen Umfeld wird die Erkrankung um einiges weniger als Stigma empfunden. Da sich die Personen in

⁴³ Siehe dazu vertiefend Kapitel 5.2 Kategorie Kenntnis der Erkrankung(en)

⁴⁴ Siehe dazu vertiefend Kapitel 5.4 Kategorie Soziales Umfeld.

verschiedenen Kontexten bewegen, machen sie unterschiedliche Erfahrungen bezogen auf ihr Stigmaerleben.

Die Kategorie des *Selbstverständnisses*⁴⁵ beschreibt diejenigen Aspekte, die mit der Vorstellung der eigenen Person und dem Einfluss der Depression darauf zu tun haben. Es geht also darum, welches Selbstbild die Person hat und wie die Erkrankung darin integriert wird. Damit kann das Erleben der Erkrankung oder auch der eigenen Person als negativ abweichend verbunden sein.

Als Kernkategorie konnte ich die *Diskriminierungserwartung*⁴⁶ herausstellen. Sie verbindet die drei Hauptkategorien und wird zum ausschlaggebenden Punkt im Stigmaerleben. Die Erwartung beziehungsweise die Angst, diskriminiert zu werden, führt zu ständiger Unsicherheit. Je eher Diskriminierungen erwartet werden, umso mehr wird die psychische Erkrankung als Stigma erlebt. Dabei handelt es sich nicht nur um einzelne, persönliche Diskriminierungserwartungen aufgrund zufällig erlebter Diskriminierungen. Vielmehr sind diese Erwartungen Ausdruck gesellschaftlicher Diskriminierungs- und Unterdrückungsformen, die im Handeln einzelner Personen zutage treten und zu verändertem Verhalten und Erleben führen.

6.2 Theoretische Einbindung

Die Ergebnisse meiner Analysen in Form der herausgestellten Kategorien lassen sich in unterschiedlicher Art und Weise in verschiedene Theorien einbinden. Da ich mich in dieser Arbeit vor allem auf Konzepte von Stigma und Stigmatisierung und poststrukturalistische Ansätze zu Kategorisierungen im Rahmen von mental dis*order und Adressierungen bezogen habe, werde ich meine Ergebnisse an dieser Stelle theoretisch daran rückbinden. Weitere Anschlussmöglichkeiten über diese Ansätze hinaus und offene Fragen finden sich daran anschließend im Kapitel 6.4 Anschlussmöglichkeiten an die Arbeit.

Stigmaerleben und Techniken des Stigmamanagements

Die herausgearbeiteten Kategorien lassen sich an das Stigma-Konzept von Goffman (2020) rückbinden. So erachte ich beispielsweise die Kategorie Kenntnis der Erkrankung(en) und dabei in besonderem Maße die beschriebene Subkategorie „Hinter die Fassade schauen lassen“

⁴⁵ Siehe dazu vertiefend Kapitel 5.6 Kategorie Selbstverständnis.

⁴⁶ Siehe dazu vertiefend Kapitel 5.7 Diskriminierungserwartung als Kernkategorie.

als relevant im Kontext der Unterscheidung von diskreditierten und diskreditierbaren Personen (vgl. Goffman 2020: 56ff.). Die drei Hauptkategorien werden dabei vor allem in Bezug auf den Umgang mit dem Stigma Depression, die Techniken des Stigmamanagements, thematisiert. So misst Goffman beispielsweise der Informationskontrolle eine entscheidende Rolle bei (vgl. ebd.: 166ff.). Bezogen auf die Kategorie des Sozialen Umfelds stellt er dessen Bedeutung für das Stigmamanagement heraus. Er schreibt, es gebe meist teilnehmende Andere im Umfeld,

„die bereit sind, sich seinen Standpunkt in der Welt zu eigen zu machen und mit ihm das Gefühl zu teilen, daß es trotz allen Anscheins und obwohl es selbst an sich zweifelt, menschlich und ‚essentiell‘ normal ist“ (ebd.: 30f.).

Hier kommt zudem schon die Kategorie des Selbstverständnisses mit zum Tragen, wenn Goffman Selbstzweifel anspricht. Vor allem die Zuschreibung als psychisch krank, die ich auch als Subjektivationspraktik betrachte, hängt eng mit dem Bild der eigenen Person zusammen. Das Individuum kann diese Zuschreibung als für sie selbst passend annehmen und in ihr Selbstbild integrieren oder sich dem zuschreibenden Umfeld entziehen (vgl. Von Kardoff 2010: 6). Die Art des Umgangs damit wiederum hat Einfluss auf die Erkrankung selbst: „Die Art, wie ein Kranker seine Krankheit annimmt oder ablehnt, wie er sie interpretiert und ihren absurdesten Formen Bedeutung gibt – all dies stellt eine wesentliche Dimension der Krankheit dar“ (Foucault 2012: 75).

All diese Punkte sind bislang vor allem bezogen auf das Stigmamanagement herausgearbeitet worden⁴⁷. Hier stellt sich mir im Anschluss an meine Analyse die Frage, warum die entsprechenden Techniken des Stigmamanagements psychischer Erkrankung entstehen und wie beschrieben vollzogen werden. Mit meiner Analyse konnte ich herausstellen, dass das Stigmaerleben für die Personen einen wichtigen Teil der Erkrankung darstellt und ihre Handlungen beeinflusst. So trägt es dazu bei, wie mit dem Stigma umgegangen ist, welche Stigma Coping Strategien angewandt werden. Die in der Literatur beschriebenen Techniken des Stigmamanagements folgen also mit aus dem Stigmaerleben und dem häufig damit verbundenen Leidensdruck. Die in meiner Analyse aufgetauchten Kategorien passen aus diesem Grund mit von Goffman und anderen Personen beschriebenen Strategien des Stigmamanagements zusammen. Ich fasse sie als eine Vorbedingung auf. In meiner Analyse ging es um Faktoren, die das

⁴⁷ Die Ausführungen von Foucault beziehen sich nicht direkt auf Stigma, sondern in einem weiter gefassten Rahmen auf das Auftreten von psychischen Erkrankungen und ihr Verhältnis zu psychischer Gesundheit.

Stigmaerleben bei Depressionen beeinflussen. Über das Erleben hinaus und durch das Erleben hindurch haben sie in Rückbindung an die beschriebenen theoretischen Ausführungen auch Einfluss auf das Stigmamanagement. Meine Kategorien wurden aus dem Material heraus entwickelt und nicht im Wechselspiel mit schon herausgestellten Coping Strategien. Dass beides gemeinsam betrachtet so gut ineinandergreift, zeigt meines Erachtens nach eine grundlegende Validität und Anschlussfähigkeit meiner Ergebnisse auf.

Kernkategorie Diskriminierungserwartung

Diskriminierungserwartungen durchziehen alle Kategorien meiner Analyse, daher habe ich sie als mögliche Kernkategorie herausgestellt, die das Stigmaerleben umspannt und beeinflusst. Zudem könnte sie auch als mögliche Schnittstelle zwischen den herausgestellten Hauptkategorien und den Techniken des Stigmamanagements angesehen werden. So könnte der Wunsch nach geringerer Diskriminierung oder auch die Einschätzung, ob weniger Diskriminierung möglich ist, ausschlaggebend sein für die Art und Weise, wie ein Mensch mit seinem*ihrem Stigma umgeht.

Die Kernkategorie lässt sich außerdem direkt an das Stigma-Konzept von Link und Phelan anschließen: So stellt Diskriminierung eine der Komponenten deren Stigma-Konzepts dar (Link/Phelan 2001: 372) und ist damit eine Voraussetzung für Stigmatisierung. Dass Diskriminierung dabei als Teil von Stigmatisierung auch eine Voraussetzung ist, kann als Hinweis darauf gelesen werden, dass ich in meiner Analyse die Thematik der Stigmatisierung getroffen habe und meine Ergebnisse dem Forschungsinteresse entsprechen. Somit wäre es ein Hinweis auf die Validität der Erkenntnisse. In diesem Sinne würde die Kernkategorie eher als eine dahinterliegende Kategorie betrachtet werden, die das Auftreten der anderen Aspekte verstärkt. Gleichzeitig habe ich genau nach den Aspekten gefragt, die im Stigmaerleben relevant werden. Es konnte herausgestellt werden, dass gerade die Erwartung von Diskriminierungen auf das Stigmaerleben einwirkt und damit eine entscheidende Rolle spielt. Wenn im Sinne von Link und Phelan (2001) bei Stigmatisierung die Diskriminierung ausschlaggebend ist, so kann mit meiner Analyse ergänzend festgestellt werden, dass im subjektiven Stigmaerleben die Diskriminierungserwartung relevant wird.

Link und Phelan arbeiten 2014 heraus, dass die Diskriminierungsmechanismen bei Stigmatisierungen eine entscheidende Rolle einnehmen (Link/Phelan 2014: 3). Unter dem Konzept

„Stigma Power“ (ebd.) beschreiben sie, dass Stigmaprozesse den Interessen von Stigmatisierenden dienen und viele der Stigma Coping Strategien auch zu deren Zielen führen (vgl. ebd.: 2). Link und Phelan beschreiben Prozesse, die Teil eines sozialen Systems sind und den Interessen der Stigmatisierenden dienen⁴⁸, indem sie unter für selbstverständlich gehaltenen kulturellen Umständen verborgen sind (vgl. ebd.: 1f.). Sie stellen vier unterschiedliche Diskriminierungsmechanismen heraus: Die direkte Diskriminierung von Person zu Person (vgl. ebd.: 3) ist die offensichtlichste Form, die daher nicht breit eingesetzt wird. Die strukturelle Diskriminierung (vgl. ebd.: 4) geschieht über sozialpolitische Entscheidungen, Gesetze und institutionelle Praktiken. Die Interaktionsdiskriminierung (vgl. ebd.) entsteht durch Erwartungen, die in Interaktionen hervorgerufen und im Kontakt mit einer stigmatisierten Person nicht erfüllt werden. Es entsteht so ein Interaktionsmuster, das bei Wiederholungen zum Ausschluss und zu einem niedrigeren sozialen Status der stigmatisierten Person führt (vgl. ebd.). Die letzte beschriebene Diskriminierungsform konzentriert sich auf die stigmatisierte Person selbst. Allein das Vorhandensein kultureller Stereotypen schadet ihnen, selbst wenn keine direkte Diskriminierung vorliegt, da die Personen davon wissen und mit den Stereotypen umgehen müssen (vgl. ebd.). An dieser Stelle werden (implizite) Adressierungen und damit Subjektivationen relevant, die ich auch in meiner Analyse untersucht habe.

Meine herausgestellte Kernkategorie der Diskriminierungserwartung fügt sich in diese Diskriminierungsmechanismen ein. Personen mit psychischen Erkrankungen sind von allen beschriebenen Formen betroffen und erleben diese immer wieder. So kommt es dazu, dass sie Diskriminierungen schon erwarten, je nach Situation und Umfeld in unterschiedlicher Art und Weise. Das hat Auswirkungen auf das Stigmaerleben der Personen. Je nachdem, wie viele und welche Diskriminierungen sie erwarten, erleben sie ihre psychische Erkrankung mehr oder weniger als Stigma. Vor allem die letzte beschriebene Diskriminierungsform wird Teil des Stigmaerlebens, da sie durch die stigmatisierte Person selbst aufgrund ihres Wissens um Stereotype und Erwartungen zutage tritt⁴⁹. Diese Form der Diskriminierung ist vor allem deshalb so

⁴⁸ Die Soziologen unterscheiden in Bezug auf die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen drei grundlegend verschiedene Ziele: Als Hauptgrund nennen sie den Versuch, Verhalten, das gegen Regeln und Normen verstößt zu ändern, um die Personen in der Gruppe zu halten (keep people in) (vgl. Link/Phelan 2014: 5). Gleichzeitig kann es sich um eine Strategie handeln, Menschen fernzuhalten (keep people away). Das geschieht vor allem dann, wenn die Bemühungen, „people in“ zu halten scheitern. So wird nicht-normalatives Verhalten vermieden (vgl. ebd.). Das dritte Ziel kann es sein, Menschen nieder zu halten (keep people down). Das ist einfacher, wenn sie relativ machtlos sind, was bei psychischen Erkrankungen häufig der Fall ist (vgl. ebd.).

⁴⁹ Ansatzpunkte zur Entstigmatisierung müssten damit auch an den vorhandenen, gesellschaftlichen Stereotypen und Erwartungen ansetzen.

erfolgreich, weil sich kein*e bestimmt*e Täter*in identifizieren lässt, sie aber dennoch im Verborgenen wirkt und nicht als Diskriminierung erkannt wird (vgl. ebd.: 4).

Damit zusammen hängt auch das Konzept des Ableism. Anknüpfend an die Begriffe des Rassismus, Klassismus und Sexismus wird mit diesem Begriff ein gesellschaftliches Verhältnis aufgezeigt, „die hierarchische Bewertung von Menschen anhand angenommener, zugeschriebener oder tatsächlicher Fähigkeiten“ (Köbsell 2015: 21). So wird die Frage nach der Leistungsfähigkeit ins Zentrum des Interesses gerückt, aufgrund derer nicht nur Personen mit Behinderungen, sondern auch Personen mit psychischen Erkrankungen diskriminiert werden können. Betroffen von ableistischen Denkmustern sind alle Personen⁵⁰, wenngleich diejenigen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen die negativen Auswirkungen dessen durch Formen von Diskriminierung direkt zu spüren bekommen (vgl. Maskos 2010: o. S.).

Die Diskriminierungen und die Diskriminierungserwartung werden erst möglich durch die Grenzziehung zwischen psychischer Erkrankung und psychischer Gesundheit⁵¹. Die quasi-natürlich wirkende soziale Unterscheidung ist die Voraussetzung für Diskriminierungen, die Diskriminierungserwartung und das Stigmaerleben (vgl. Foucault 2012: 118ff.). Auch Goffman schreibt: „Der Stigmatisierte und der Normale sind Teile voneinander“ (Goffman 2020: 167; vgl. auch FN 3 in dieser Arbeit).

6.3 Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit

Diese Masterarbeit hat einen begrenzten Umfang und wurde in einem begrenzten Zeitraum geschrieben. Das führt dazu, dass in dieser Arbeit nicht alle möglicherweise relevanten Aspekte zur Sprache kamen und auch die Methode nicht in Gänze umgesetzt werden konnte. So war es beispielsweise nie geplant, eine theoretische Sättigung zu erreichen und auch die Zahl der empirischen Erhebungen und Analyseschleifen beschränkt sich auf vier Interviews und fünf Selbsthilfegruppenbeschreibungen. Auch bietet das Material sicherlich die Möglichkeit, noch viele weitere interessante Aspekte zu rekonstruieren, die in dieser Arbeit nicht relevant wurden. Die Grenzen der Grounded Theory im Rahmen des hier beschriebenen Forschungsprozesses habe ich in Kapitel 3.3 (Möglichkeiten und Grenzen der Grounded Theory im

⁵⁰ Aus diesem Grund verwende ich in dieser Arbeit nicht den Begriff der Betroffenen für Personen mit psychischen Erkrankungen. Ich gehe vielmehr davon aus, dass die Kategorie mental dis*order alle Personen auf unterschiedliche Art und Weise betrifft.

⁵¹ Siehe dazu vertiefend Kapitel 2.3 Stigma psychischer Erkrankung.

Rahmen dieser Arbeit) aufgezeigt und werde daher an dieser Stelle nicht mehr genauer darauf eingehen. Ich habe keine umfassende Theorie geschaffen, sondern vielmehr eine mögliche, die momentanen theoretischen Diskussionen um Stigma psychischer Erkrankung ergänzende, Theorieskizze geschaffen. Sie trägt dennoch dazu bei, das Stigmaerleben in den Fokus zu rücken und so auch dazu, das Forschungsdesiderat in dem Bereich ein Stück weit zu schließen. Die herausgearbeiteten Kategorien sehe ich als relevant an, vor allem, da sie qualitativ rekonstruktiv erarbeitet wurden und das verwendete Material im Zusammenspiel mit Personen mit psychischen Erkrankungen entstand. Einen solchen Zugang im Themenfeld der Stigmatisierung psychischer Erkrankung habe ich bislang nicht an anderer Stelle finden können. Die Kategorien können meines Erachtens nach auch hilfreich im Hinblick auf Ableitungen zu Entstigmatisierungsmaßnahmen oder auf mögliche Techniken des Stigma-Managements sein.

Für mich persönlich bedeutete diese Arbeit auch eine intensive Auseinandersetzung und Einarbeitung in den Forschungsstil der Grounded Theory. Sie hat mein Interesse und meine Begeisterung dafür verstärkt und ich habe Lust, mich noch weiter mit diesem fruchtbaren Ansatz zu beschäftigen und mit ihm zu arbeiten. Bezogen darauf, aber auch bezogen auf die inhaltliche Auseinandersetzung habe ich momentan das Gefühl, dass diese Arbeit nicht das Ende eines Prozesses, sondern vielmehr eine Etappe auf meinem ganz persönlichen Weg ist. Mögliche theoretische und empirische Anschlüsse werde ich auch deshalb im letzten Unterkapitel skizzieren.

6.4 Anschlussmöglichkeiten an die Arbeit

Im Anschluss an diese Arbeit ergeben sich vielfältige weitere Forschungsperspektiven und Fragestellungen. Sowohl bezogen auf theoretische Ausführungen als auch auf mögliche weitere empirische Forschungsarbeiten ergeben sich Anschlussmöglichkeiten. An dieser Stelle möchte ich einige Möglichkeiten kurz aufzeigen und damit diese Arbeit abschließen.

In meinem Forschungsprozess habe ich den Fokus auf das Stigmaerleben bei Depressionen und erlebte Einflussfaktoren darauf gelegt. Es wäre sicherlich möglich, mit dem vorhandenen Material, aber auch mit weiter erhobenem Material diesen Forschungsprozess weiterzuführen. So könnten eventuell neue oder andere Kategorien relevant werden oder sich der Fokus nochmal verschieben. Zudem ist es denkbar, auch eine Ausweitung auf andere psychische Erkrankungen vorzunehmen und eventuell – falls es im Material relevant werden sollte – durch Vergleiche und Kontrastierungen Unterschiede und Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten.

Möglicherweise würden sich so auch weitere, übergeordnete Kategorien finden, die das Stigmaerleben beeinflussen (könnten). Auch der Zusammenhang mit Techniken des Stigmanagements, wie in Kapitel 6.2 Theoretische Einbindung angedeutet, könnte interessant sein. Spannend stelle ich es mir auch vor, weitere Perspektiven mit einzubeziehen, beispielsweise von Freund*innen, Familienmitgliedern, Therapeut*innen oder auf den ersten Blick unbeteiligten Personen. In diesem Zusammenhang würde sich auch wieder ein Fokus auf Adressierungen anbieten. Interessant, wenn auch schwer umzusetzen, erscheinen mir in diesem Zusammenhang auch Beobachtungen.

Es erscheint mir zudem möglich, auch andere theoretische Perspektiven mit einzubeziehen und beispielsweise das Krankheitsbild der Depression und dessen Verhältnis zu Stigmaprozessen genauer zu untersuchen. So ist ein Symptom von Depressivität eine negative Einstellung zum eigenen Selbst, die mit Schuldgefühlen einhergeht (vgl. Fritzsche 2020: 87). Damit stellt sich die Frage, inwiefern das Schuld- und eventuell auch das Schamerleben Ausdruck des Stigmaerlebens oder der Erkrankung an sich sind und ob diese Grenze überhaupt gezogen werden kann.

Die Thematik der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen könnte auch mit anderen Fragestellungen und Methoden untersucht werden. So wäre beispielsweise eine quantitative Studie zum Stigmaerleben denkbar. Das würde jedoch auch eine veränderte Perspektive auf Theoriebildung und Forschung mit sich bringen.

Theoretisch besonders interessant finde ich die Grenzziehungen zwischen gesund und krank und die Bedingungen ihres Auftauchens. Daher wäre eine Vertiefung des poststrukturalistischen Ansatzes sehr spannend, angefangen bei Foucaults Ausführungen⁵². Auch die Frage nach Entstigmatisierungsansätzen erscheint mir im Rahmen dieser Arbeit und darüber hinaus sehr relevant. Eine Möglichkeit könnte sein, an der Grenzziehung zwischen krank und gesund anzusetzen und sich den sozialen Stereotypen zu widmen, die erst zu Stigmatisierungen führen:

„Aber vielleicht ist eben damit eines der Paradoxe der Geisteskrankheit berührt, das neue Formen der Analyse notwendig macht: wenn die Subjektivität des Wahnsinnigen gleichzeitig eine Berufung zur Welt und eine Verfallenheit an die Welt ist, muß da nicht die Welt selbst über das Geheimnis ihres rätselhaften Status befragt werden? Liegt nicht in der Krankheit ein ganzer Knoten von Bedeutungen, der aus dem Umkreis, in dem sie

⁵² Siehe auch Kapitel 2.3 Stigma psychischer Erkrankungen.

aufgetreten ist, herstammt – und zuvörderst die einfache Tatsache, daß sie in diesem Umkreis als Krankheit abgegrenzt wird?“ (Foucault 2012: 90)

Diese Prozesse genauer zu betrachten und zu erforschen, erscheint mir sehr spannend und auch im Anschluss an diese Arbeit sehr wichtig. Erste Ansätze dazu existieren bezogen auf psychische Erkrankungen schon, auch bezogen auf Depressionen. Diese könnten in Zusammenhang gebracht werden mit meinen Ergebnissen oder es könnte mit ihnen im Wechselspiel eine theoretische Einbettung und Präzisierung meiner Kategorien erfolgen. Auch das hätte den Rahmen dieser Arbeit gesprengt, wäre anschließend an sie aber denkbar.

Alain Ehrenbergs Analyse „Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart“ (2004) ist ein solcher theoretischer Ansatz. Der Soziologe stellt Depressionen in Zusammenhang mit Ansprüchen wie Selbstverwirklichung und Eigenverantwortung unserer Gesellschaft und rückt soziale Beziehungen ins Zentrum der Gesundheit (vgl. Ehrenberg 2015: 22). „Der fähige Mensch ist keine Gegebenheit, er ist Ausdruck eines Systems sozialer Beziehungen – eines gesellschaftlichen Geistes –, in dem Entscheidungskraft, persönliche Initiative, Teamfähigkeit, Fähigkeit zur Selbstveränderung die ihn durchziehenden Erwartungen sind“ (ebd.: 17). Auch Ulrich Bröckling stellt eine ähnliche gesellschaftliche Maxime heraus, wenn er vom „unternehmerischen Selbst“ (2007) schreibt. Er stellt ähnliche Anforderungen wie Ehrenberg heraus, die auf Selbstoptimierung zielen. Das Scheitern daran kann (mit Ehrenberg) als ausschlaggebend oder zumindest als Faktor für das Auftreten von Depressionen und anderen Erkrankungen gesehen werden. In diesem Kontext erscheint ein möglicher Zusammenhang zu meinen entwickelten Kategorien sehr spannend, fokussieren sie doch teilweise auch das soziale Umfeld, das Selbstverständnis und im Rahmen der Diskriminierungserwartung auch gesellschaftliche Erwartungen und Ansprüche. Diese weiter auszuarbeiten wäre eine Anschlussmöglichkeit an die vorliegende Arbeit. Interessant wäre dabei auch, inwiefern genau das (un)bewusste Wissen um diese Anforderungen zu Diskriminierungserwartungen und einem veränderten Selbstverständnis und damit zu erlebter Stigmatisierung führen.

Äußerst spannend fände ich auch die Frage, inwiefern diese Maxime des unternehmerischen, sich optimierenden Selbst konstituierend für die Grenzziehung zwischen ‚normal‘ und ‚Irrsinn‘ im Sinne Foucaults angesehen werden kann. Damit zusammen hängt meines Erachtens nach auch die Individualisierung psychischer Erkrankungen an sich. So wird der Blick von gesellschaftlichen Faktoren und sozialen Grenzziehungen hin zur Einzelperson gelenkt und damit Diskriminierungen unterschiedlicher Art möglich. Eine These wäre, dass diese

Individualisierung dazu führt, dass auch Entstigmatisierungsvorhaben und die Genesung erschwert oder gar verhindert werden.

Das übergeordnete Ziel dieser Arbeit und kommender Forschungsarbeit ist es und sollte es sein, zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen beizutragen. Ein Weg dorthin ist die Thematisierung des Stigmas und die Aufarbeitung von dem ersten Blick verborgener Prozessen. Ein zweiter, hier (noch) nicht vollzogener Schritt müsste die Ableitung Stigma reduzierender Maßnahmen und Ansätze sein. Das sollte bei kommenden Forschungsarbeiten immer mit im Blick behalten oder sogar in den Fokus gerückt werden. Auch die Evaluation bestehender Ansätze und ein Abgleich dessen mit (neuen) Forschungserkenntnissen könnte fruchtbar sein. Bei allen Beschäftigungen mit psychischen Erkrankungen und Stigmatisierungen ist es dabei von großer Bedeutung, mögliche Reifizierungen mitzudenken und Selbstreflexion als Anspruch an sich selbst und die eigene Forschung setzen. Extrem relevant ist zudem, Diskriminierungen und Stigmatisierungen nicht als individuelle Ereignisse zu betrachten, sondern immer als eingebettet in gesellschaftliche Machtstrukturen, die im Erleben und Handeln Einzelner zutage treten.

7 Literatur

- American Psychiatric Association (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5® (DSM-V)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Blumer, H. (1980). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall.
- Breuer, F. & Muckel, P. (2016). Reflexive Grounded Theory. Die Fokussierung von Subjektivität, Selbstreflexivität und Kreativität des/der Forschenden. In: Equit, C. & Hohage, C. (Hrsg.). *Handbuch Grounded Theory. Von der Methodologie zur Forschungspraxis*. (S. 67 – 85). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Breuer, F. (2009). *Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bröckling, U. (2007). *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A practical Guide Trough Qualitative Analysis*. London: Sage.
- Corbin, J. (2011). Eine analytische Reise unternehmen. In: Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.). *Grounded Theory Reader. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Demmer, C. & Heinrich, M. (2018). Doing rekonstruktive Inklusionsforschung? Zu den Schwierigkeiten, methodisch aufgeklärt innerhalb eines normativ aufgeladenen Forschungsfelds zu agieren. In: Heinrich, M. & Wernet, A. (Hrsg.). *Rekonstruktive Bildungsforschung*. (S. 177-190). Bielefeld: Springer.
- Ehrenberg, A. (2015). *Das erschöpfte Selbst. Depressionen und Gesellschaft in der Gegenwart*. Frankfurt am Main: Campus.
- Ehrenberg, A. (2004). *Das erschöpfte Selbst. Depressionen und Gesellschaft in der Gegenwart*. Frankfurt am Main: Campus.
- Finzen, A. (2013). *Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Finzen, A. (2010). Die Krankheit verstecken. Stigma und Stigmabewältigung bei psychischen Störungen. In: *Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie 4/2010*. (S. 8 – 11). Abgerufen am 05.07.2021 von https://www.kerbe.info/wp-content/uploads/2010/10/Kerbe_4_2010.pdf
- Friedrichs, J. (2014). Forschungsethik. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. (S. 81-91). Wiesbaden: Springer.
- Fritzsche, K. (2020). Depressive Störungen. In: Fritzsche, K. & Wirsching, M. (Hrsg.). *Basiswissen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. (S. 85 – 100). Berlin: Springer.
- Foucault, M. (2012). *Psychologie und Geisteskrankheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1973). *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gaebel, W. & Ahrens, W. & Schlamann, P. (2010). *Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus*

- Forschung und Praxis*. Berlin: Aktionsbündnis Seelische Gesundheit. Abgerufen am 05.07.2021 von <http://seelichegesundheits.net/wp-content/uploads/2021/06/strategiepapier-2372010.pdf>.
- Gaebel W. & Zäske H. & Baumann A. (2005). Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Erkrankter als Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: *Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland*. (S. 21 – 26). Berlin/ Heidelberg: Springer.
- Gildemeister, R. & Wetterer, A. (2012). Wie Geschlechter gemacht werden. Die soziale Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit und ihre Reifizierung in der Frauenforschung. In: Bergmann, F. & Schößler, F. & Schreck, B. (Hrsg.). *Gender Studies*. (S. 261-274). Bielefeld: transcript.
- Goffman, E. (2020). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Jacobi, F. & Höfler, M. & Strehle, J. et al (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). In: *Nervenarzt* 87. (S. 88–90). Berlin/Heidelberg: Springer. Abgerufen am 13.05.2021 von <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7>
- Jacobi, F. & Höfler, M. & Strehle, J. et al (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: *Nervenarzt* 85. (S. 77–87). Berlin/Heidelberg: Springer. Abgerufen am 13.05.2021 von <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>.
- Katajala-Peltomaa, S. & Niiranen, S. (2016). *Mental (dis)order in later Medieval Europe*. Leiden: Brill.
- Kelle, U. (2011). „Emergence“ oder „Forcing“? Einige methodologische Überlegungen zu einem zentralen Problem der Grounded-Theory. In: Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.). *Grounded Theory Reader*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.
- Kiegelmann M. (2020) Forschungsethik. In: Mey G. & Mruck K. (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer Reference Psychologie. Abgerufen am 13.05.2021 von https://doi.org/10.1007/978-3-658-18387-5_28-2.
- Köbsell, S. (2015). Ableism. Neue Qualität oder ‚alter Wein‘ in neuen Schläuchen? In: Attia, I. & Köbsell, S. & Nivedita, P. (Hrsg.). *Dominanzkultur reloaded: neue Texte zu gesellschaftlichen Machtverhältnissen und ihren Wechselwirkungen*. (S. 21 – 34). Bielefeld: transcript.
- Kottmann, B. & Miller, S. (2017). Selektion inklusive?! Widersprüche bei der Umsetzung von Inklusion in der Schule. In: Burger, T. & Miceli, N. (Hrsg.) *Empirische Forschung im Kontext Schule. Einführung in theoretische Aspekte und methodische Zugänge*. (S. 141-160). Wiesbaden: Springer VS.
- Kruse, J. (2016). Grounded Theory und Kybernetik 2. Ordnungen (II) am Beispiel der Interviewforschung: Reflexiv-prozessuale Erkenntnisgewinnung in der qualitativen Interviewforschung. In: Equit, C. & Hohage, C. (Hrsg.). *Handbuch Grounded Theory. Von der Methodologie zur Forschungspraxis*. (S. 180-200). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

- Langer, A. (2013). Transkribieren – Grundlagen und Regeln. In: Friebertshäuser, B. & Langer, A. & Prengel, A. (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. (S. 515 – 528). Weinheim/Basel: Beltz/Juventa.
- Lemert, E. (1975). Der Begriff der sekundären Devianz. In: Lüderssen, K. & Sack, F. (Hrsg.). *Seminar. Abweichendes Verhalten. Die selektiven Normen der Gesellschaft*. (S. 433 – 476). Frankfurt: Suhrkamp.
- Link, B. & Phelan, J. (2014). *Stigma Power*. Abgerufen am 16.04.2021 von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4451051/>.
- Link, B. & Phelan, J. (2001). *Conceptualizing Stigma*. *Annual Review of Sociology*. Abgerufen am 16.08.2019 von: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.soc.27.1.363>.
- Link, B. & Phelan, C. (1999) Labeling an stigma. In: Aneshensel, C. & Phelan, C. (Hrsg.). *The Handbook of the Sociology of Mental Health*. (S. 525 - 541). New York: Plenum.
- Mannheim, K. (1980). *Strukturen des Denkens*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Maskos, R. (2010). *Was heißt Ablism? Überlegungen zu Behinderung und bürgerlicher Gesellschaft*. Abgerufen am 16.09.2021 von <https://arranca.org/archive?path=%2F43%2Fwas-heisst-ableism>
- Meyers et al. (2017). Stigmatisierung psychischer Erkrankung unter Schülern. In: *Nervenarzt 2017*. (S. 1266 – 1272). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Psota, G. (2020). *Psyche und Stigma. Psychische Erkrankungen und Vorurteile*. Wien: Picus Verlag.
- Reichertz, J. & Wilz, S. (2016). Welche Erkenntnistheorie liegt der GT zugrunde? In: In: Equit, C. & Hohage, C. (Hrsg.). *Handbuch Grounded Theory. Von der Methodologie zur Forschungspraxis*. (S. 48 - 66). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Ricken, N. (2013). Anerkennung als Adressierung. Über die Bedeutung von Anerkennung für Subjektivationsprozesse. In: Alkemeyer, T. & Budde, G. & Freist, D. (Hrsg.). *Selbst-Bildungen. Soziale und kulturelle Praktiken der Subjektivierung*. (S. 69 – 99). Bielefeld: transcript.
- Rose, N. & Ricken, N. (2018). Interaktionsanalyse als Adressierungsanalyse – eine Perspektive der Subjektivationsforschung. In: Heinrich, M. & Wernet, A. (Hrsg.). *Rekonstruktive Bildungsforschung*. (S. 159-175). Wiesbaden: Springer.
- Schulze, B. & Janeiro, M. & Kiss, H. (2010). Das kommt ganz darauf an... Strategien zur Stigmabewältigung von Menschen mit Schizophrenie und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 58 (4)*. (S. 275-285). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Schulze, B. (2005). Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen und Angehörigen: Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews. In: Gäbel, W. & Möller, H.-J. & Rössler, W. (Hrsg.). *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. (S. 122-144). Stuttgart: Kohlhammer.
- Selting et al (2009). Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion. Ausgabe 10*. (S. 353 – 402). Abgerufen am 25. Juni 2021 von

- <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahU-KEwiBzqWlmZXyAhWGya-QKHU93Ak8QFjAAegQIBRAD&url=http%3A%2F%2Fwww.gespraechsforschung-ozs.de%2Fheft2009%2Fpx-gat2.pdf&usg=AOvVaw3nh8EBOCZ0XoDwoqgtMVai>
- Stadler, A. M. (2010). Einstellungen und Soziale Distanz gegenüber psychisch Kranken: Positive Wirkung sozialer Kontakte im Umfeld einer gemeindepsychiatrischen Tagesstätte im Vergleich zu einer Kontrollregion. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 4/10. (S. 265 – 274). Bern: Hogrefe.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Strübing, J. (2013). *Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung*. Berlin/Boston: DeGruyter.
- Strübing, J. (2011). Zwei Varianten von Grounded Theory? Zu den methodologischen und methodischen Differenzen zwischen Barney Glaser und Anselm Strauss. In: Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.). *Grounded Theory Reader. 2.*, aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.
- Von Kardoff, E. (2010). Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion psychisch kranker Menschen. Soziologische Anmerkungen zu einer ärgerlichen gesellschaftlichen Tatsache und einem fortlaufenden Skandal. In: *Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie* 4/2010. (S. 8 – 11). Abgerufen am 05.07.2021 von https://www.kerbe.info/wp-content/uploads/2010/10/Kerbe_4_2010.pdf
- Walter, H. (2020). Natur, Diagnose und Klassifikation psychischer Erkrankung. In: Roth, G. & Heinz, A. & Walter, H. (Hrsg.). *Psychoneurowissenschaften*. (S. 231-254). Berlin: Springer Spektrum.
- Wright, B. (1960). *Physical Disability. A Psychological Approach*. New York: Harper & Row.

8 Anhang

8.1 Leitfaden Interviews

Hallo! Vielen Dank, dass ich Sie heute befragen darf und Sie mich an Ihren Gedanken teilhaben lassen. Ich werde Ihnen recht offene Fragen zu Ihrem Umgang mit Ihrer psychischen Erkrankung stellen. Es interessiert mich, was Sie erlebt haben und was Sie bewegt. Dabei gibt es keine falschen Antworten, es geht um Ihre persönliche Sichtweise und Ihre Erlebnisse. Wenn Sie etwas nicht beantworten wollen, ist das vollkommen okay, wir können das Interview auch jederzeit abbrechen, wenn Sie möchten.

Vorab habe ich eine Frage an Sie: Gerade habe ich von Ihrem Umgang mit der psychischen Erkrankung gesprochen. Passt das für Sie, oder finden Sie eine andere Bezeichnung zutreffender? (Bei anderer Bezeichnung: In den Fragen anpassen)

Zuerst möchte ich Sie bitten, mir mal Ihre ganz persönliche Geschichte mit der psychischen Erkrankung zu erzählen.

Rückfrage: Von wann bis wann? → Vom Beginn bis jetzt

Aufrechterhaltungsfragen:

Wie kam es dazu, dass ...?

Erzählen Sie doch nochmal genauer, ...

Wie ging es weiter?

Wie ging es Ihnen damit?

...

Falls in der Erzählung direkt übergeleitet wird zum aktuellen Alltag: Können Sie mir das genauer erzählen? / Sie haben ja gerade erzählt, dass (paraphrasieren). Können Sie mir das noch genauer erzählen / an einem Beispiel verdeutlichen / ...? → Dann evtl. nächste Frage weglassen

Inwiefern spielt Ihre psychische Erkrankung in Ihrem Alltag eine Rolle?

Rückfrage: Was genau meinen Sie mit Alltag? → Ganz generell, alles, was Sie so erleben.

Aufrechterhaltungsfragen:

Können Sie mir das an einem Beispiel verdeutlichen?

Beschreiben Sie mir diesen Aspekt bitte noch genauer.

...

Mich interessiert, wie Sie mit Ihrer Erkrankung umgehen. Erinnern Sie sich an Situationen, Begegnungen, Ereignisse, bei der Ihre psychische Erkrankung Einfluss auf Sie, Ihr Erleben oder Ihr Verhalten hatte? Erzählen Sie mal...

Aufrechterhaltungsfragen:

Gibt es ähnliche Situationen, in denen sie sich anders verhalten haben / etwas Ähnliches anders erlebt haben?

Was hätte Ihren Umgang damit verändern können?

Wie geht es Ihnen in solch einer Situation?

Was denken Sie denn, hat dieser Umgang Auswirkungen auf Ihr soziales Umfeld? Verdeutlichen Sie das gegebenenfalls gern auch an der Situation, die Sie gerade beschrieben haben.

Haben Sie noch weitere Beispiele?

...

Ich würde gern besser verstehen, welche Rolle das soziale Umfeld in Ihrem Krankheitserleben spielt. Welche Erfahrungen haben Sie da schon gesammelt?

Rückfrage: Wie meinen Sie das? / Wen meinen Sie mit dem sozialen Umfeld? → Also, wenn Sie mit anderen Menschen zusammen sind oder auf andere Menschen treffen, wie ist das dann für Sie? / wie erleben Sie das?

Rückfrage: Was meinen Sie mit Krankheitserleben? → Wie es für Sie ist, wie es sich anfühlt, was Sie so machen, wie Sie eine Situation erleben

Aufrechterhaltungsfragen:

Können Sie mir diesen Aspekt noch genauer beschreiben?

Haben Sie dafür ein Beispiel?

Erzählen Sie doch mal genauer...

...

Evtl.: Gibt es Situationen, in denen es für Sie anders war? / Menschen, mit denen es sich für Sie anders anfühlt? Erzählen Sie mal...

Falls in der Erzählung schon eine Situation zur Sprache kommt, in der es der befragten Person im sozialen Miteinander nicht so gut ging → genauer darauf eingehen, konkret Rückfragen, die folgende Frage dafür weglassen (die Aufrechterhaltungsfragen aber stellen)

Alternativ, falls es passt (wenn es um das soziale Miteinander geht): Können Sie mir da eine Situation schildern, in der es Ihnen nicht so gut ging?

Ich möchte Sie bitten, mir eine Situation zu schildern, in der es Ihnen im sozialen Miteinander nicht so gut ging.

Rückfrage: Was meinen Sie mit „nicht gut ging“? → Eine Situation, in der Sie sich unwohl gefühlt haben. / Vielleicht gibt es eine Situation, in der Sie sich im Kontakt mit anderen Menschen nicht wohl gefühlt haben und dabei Ihre psychische Erkrankung eine Rolle gespielt hat.

Rückfrage: Was meinen Sie mit sozialem Miteinander? → Wenn Sie so mit anderen Menschen zusammen sind.

Wenn von einer Situation erzählt wird, in der das soziale Miteinander gar nicht relevant war → Erinnern Sie sich auch an eine Situation, in der Sie sich mit anderen Menschen unwohl gefühlt haben?

Aufrechterhaltungsfragen (hier viele stellen, womöglich kommt Stigmaerleben zur Sprache)

Wie haben Sie sich in dieser Situation gefühlt?

Warum haben Sie so gehandelt?

Was hat das mit Ihnen gemacht?

Wie ging es weiter?

Was haben Sie dann gemacht?

Wie kam es dazu, dass ...?

Erzählen Sie doch mal genauer, ...

Kennen Sie dieses Gefühl aus anderen Situationen? / Erleben Sie das öfter?

Was würden Sie sagen, gibt es etwas, was Ihnen in dieser Situation geholfen hätte?

Können Sie mir noch eine andere Situation erzählen, in der es Ihnen nicht so gut ging?

Evtl.: Können Sie mir eine Situation schildern, in der es Ihnen im sozialen Miteinander sehr gut ging?

...

Wenn Sie sich ein Umfeld vorstellen, in dem sie möglichst gut mit der Erkrankung umgehen können – wie würde das aussehen?

Rückfrage: Wie meinen Sie das? → Wenn Sie sich etwas wünschen könnten, wie Ihre Umgebung ist, was wäre das? / Was würde Ihnen guttun, um gesund zu werden? / Was bräuchte es, damit es Ihnen mit Ihrer psychischen Erkrankung besser geht?

Können Sie mir das an einem Beispiel verdeutlichen?

Erzählen Sie doch mal genauer, ...

...

Gibt es von Ihrer Seite aus etwas, was Sie gern noch sagen möchten? Haben wir ein für Sie relevantes Thema noch nicht angesprochen?

Denken Sie dabei an eine konkrete Situation? Falls ja: Können Sie mir diese Situation beschreiben?

Können Sie mir das an einem Beispiel verdeutlichen?

Erzählen Sie doch mal genauer, ...

...

Wie war es für Sie, von mir interviewt zu werden?

Rückfrage: Wie meinen Sie das? → Was hat für Sie gut gepasst und was hätten Sie sich eventuell anders gewünscht? / Wie ging es Ihnen während des Interviews?

Evtl.: Welche Gedanken haben Sie sich vor dem Interview gemacht / welche Erwartungen hatten Sie? Wie geht es Ihnen jetzt?

Erzählen Sie doch mal genauer, ...

...

Herzlichen Dank für Ihre Offenheit!

Aufrechterhaltungsfragen (generell)

Beschreiben Sie mir diesen Aspekt bitte noch genauer.

Erzählen Sie doch mal genauer, ...

Gibt es noch etwas, das sie hinzufügen möchten?

Wie ging es weiter?

Was hätte Ihren Umgang damit verändern können?

Wie kam es dazu, dass ...?

Können Sie mir das an einem Beispiel verdeutlichen?

Fällt Ihnen dazu noch ein anderes Beispiel ein?

8.2 Einwilligung zur Befragung

Ich informiere Sie über das Vorgehen des Forschungsprojekts, damit Sie freiwillig einwilligen können, von mir befragt zu werden. Die Verantwortung für das Interview liegt bei mir, Elena Erstling. Ich werde die erhobenen Daten allein für wissenschaftliche Zwecke verwenden, die Durchführung des Projekts geschieht auf Grundlage der Datenschutzverordnung der Europäischen Union. Alle Beteiligten (Elena Erstling und beispielsweise betreuende Dozentinnen, die das Transkript im Rahmen der Arbeit lesen können) unterliegen der Schweigepflicht. Bei Fragen stehe ich jederzeit zur Verfügung (Erstlinge@ph-heidelberg.de).

Ich werde Ihnen während des Interviews offene Fragen zu Ihrem Umgang mit Ihrer psychischen Erkrankung stellen. Sie können das Interview jederzeit unterbrechen oder abbrechen, dafür müssen Sie keine Gründe angeben. Daraus erwachsen Ihnen keine Nachteile. Wenn Sie einzelne Fragen nicht beantworten möchten, können wir diese überspringen. Ihre Einwilligung ist freiwillig und Sie können sie bis zur Beendigung meiner Masterarbeit (voraussichtlich Ende September 2021) wieder zurückziehen.

Damit Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können, sichere Ich Ihnen folgendes Vorgehen zu:

Mit Ihrer Einwilligung nehme ich das Gespräch digital auf und tippe es im Anschluss ab. Die Audiodatei wird dann umgehend gelöscht. Wenn Sie möchten, können Sie die Abschrift erhalten.

Das Transkript werde ich soweit wie möglich anonymisieren. Ich verändere alle Namen, Ortsbezeichnungen und persönliche Angaben wie beispielsweise Ihren Beruf. Falls es besondere Informationen gibt, von denen Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können, können Sie mir das am Ende des Interviews mitteilen und ich werde die entsprechende Information dann auch anonymisieren. Das Datenmaterial wird ausschließlich für Forschungszwecke verwendet.

Ihre Kontaktdaten und unsere Kontaktaufnahme werde ich nach Vollendung der Masterarbeit löschen. Es existiert dann nur noch das anonymisierte Transkript des Interviews. Ihre unterschriebene Einwilligung wird an einem gesonderten, nur für mich zugänglichen Ort aufbewahrt. Sie dient ausschließlich dazu, nachweisen zu können, dass Sie mit der Befragung einverstanden waren. Mit Ihrem Interview kann die Einverständniserklärung nach Löschung der Audioaufnahme nicht mehr in Verbindung gebracht werden.

Ich bin unter den beschriebenen Bedingungen mit der Befragung und der Nutzung des Interviews für wissenschaftliche Zwecke einverstanden:

Datum, Ort, Unterschrift der befragten Person

Ich sichere Ihnen das beschriebene Vorgehen zu:

Datum, Ort, Unterschrift Elena Erstling

8.3 Verzeichnis Selbsthilfegruppenbeschreibungen

Im Folgenden liste ich die in die Analyse einbezogenen Selbsthilfegruppenbeschreibungen mit zugehöriger URL auf:

Selbsthil- [1

---](https://studium.ruhr-uni-bochum.de/de/selbsthilfegruppe-fuer-menschen-
fegruppe mit-depressionen; zuletzt aufgerufen am 24.09.2021</p></div><div data-bbox=)

Selbsthil- [2

---](https://www.selbsthilfe-rlp.de/kiss-pfalz/selbsthilfegruppe/gemein-
fegruppe sam_aus_der_krise_depression_angsterkrankung_und_andere_psychi-
sche_erkrankungen_pirmasens; zuletzt aufgerufen am 24.09.2021</p></div><div data-bbox=)

Selbsthil- [3

---](https://www.selbsthilfe-rlp.de/kiss-pfalz/selbsthilfegruppe/depression_edes-
fegruppe heim; zuletzt aufgerufen am 24.09.2021</p></div><div data-bbox=)

Selbsthil- [4

---](https://www.selbsthilfe-rlp.de/sekis-trier/selbsthilfegruppe/Licht-
fegruppe blick_SHG_bei_Angst_und_Depressionen_Kusel; zuletzt aufgerufen am
24.09.2021</p></div><div data-bbox=)

Selbsthil- [5](https://bochumer-buendnis-depression.de/daten/cnt/doc/Selbsthilfe-
fegruppe gruppe%20Depr._Erich-Bruehmann-Haus.pdf; zuletzt aufgerufen am
24.09.2021</p></div><div data-bbox=)

9 Eidesstattliche Erklärung

9.1 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, alle wörtlich oder sinngemäß übernommenen Textstellen als solche kenntlich gemacht und dieselbe Arbeit oder wesentliche Teile nicht bereits anderweitig als Prüfungsleistung verwendet habe.

Elena Erstling

Heidelberg, den 28. September 2021

9.2 Bestätigung der Teilnahme am Begleitseminar

Hiermit versichere ich, dass ich im Sommersemester 2021 an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg das Begleitseminar zur Masterarbeit im Studiengang Bildungswissenschaften (Profilmodul 4; Umfang 2 CP; 2 SWS) besucht habe. Das entsprechende Formular wird urlaubsbedingt nachgereicht oder digital angehängt.

Elena Erstling

Heidelberg, den 28. September 2021

