

Inhalt

Vorbemerkung	V
--------------------	---

Einleitung

Die gesellschaftliche Bedeutung von Gesundheit, „Krankheit als Konflikt“ und Aufklärung	1
--	----------

Gesundheit – persönlich vs. gesellschaftlich 1 / und im Prozeß der instrumentellen Rationalisierung 2 / Prävention und soziale Kontrolle 2 / „Gesundheitsverhalten“ als typisierbares Konfliktelösen 3

Weshalb haben wir mit Arbeiterinnen und Arbeitern gesprochen? 3

Dort untersuchen, wo die soziale Kontrolle am stärksten 4 / und die Distanz zum medizinischen Versorgungssystem am größten ist 4 / Veränderungsperspektiven: persönliche *und* gesellschaftliche 5

Unser Forschungsverfahren – Erhebung und Auswertung 5

Forschungsdialog ist Intervention 5 / und reicht bis in die lebensgeschichtliche Konfliktdynamik 5 / Psychoanalytische Laienforscher können Alltagskompetenzen ausbauen 6 / Auswertung: Thematisierungspotentiale 7 / , die der These vom „Passivitätssyndrom“ widersprechen 8

Politische Implikationen der Methode 9

Forscher und Beforschte interpretieren gemeinsam Sinn 9 / , der potentiell offen – unendlich ist 9 / Sozialwissenschaftliche Empirie, die selber Moment des kommunikativen Verständigungsprozesses ist 10

Kurzzusammenfassung nach Kapiteln 10

1. Das Scheitern leib-seelischer Selbstaneignung, der Prozeß der Rationalisierung und unser Forschungsparadigma

<i>1.1 Der gewöhnliche gesellschaftliche Umgang mit Gesundheitsversorgungsproblemen und der Versuch, ihn gegen den Strich zu bürsten</i>	<i>12</i>
--	-----------

Der historischen Tendenz zur „verwalteten Politik“ 12 / entspricht im Gesundheitsbereich diejenige zur Somatisierung von Krankheit 13 / Neue Empirie – andere Konventionen 13 / Das Verhältnis Institution – Patient 14 / darf nicht als Einbahnstraße aufgefaßt werden 14 / : Notwendig ist eine „sprechende Medizin“ 15 / und Stützung der Selbstaneignung des Patienten 15 / Was macht Patienten passiv 16 / Forschung, die nicht Verhalten an Konventionen mißt 16 / , sondern die Artikulation der Beforschten befördert 17

1.2	<i>An welche Traditionen diese Untersuchung anknüpft</i>	18
	Psychoanalytische Hermeneutik als Sozialwissenschaft 18 / Psychoanalytische „Technik“ als Empirieform Kritischer Theorie 18 / Die Tradition der „Frankfurter Schule“ 19 / , ihre Weiterentwicklung 20 / Kritik der-Klinisierung der Psychoanalyse 23	
	Besonderheiten der Empirie 24 / Das Ding Krankheit ätiologisch in <i>Verhältnisse</i> auflösen 24	
1.3	<i>Der naturwissenschaftliche Griff nach dem menschlichen Organismus und die Notwendigkeit einer interaktionsorientierten Therapeutik</i> . . .	25
	Disziplinierung der Sinnlichkeit 25 / Der seelenlose Körper der Organmedizin 26 / Krankheit, Konflikt und die selbstzerstörerische Lösung: ein Fall 26 / Psychosomatische Medizin 28 / , aber nicht nur als Individualmedizin 28	
1.4	<i>Therapeutik als Politik I: Die medizinische Isolierung eines Konfliktsymptoms in individualisierter Natur und seine Rekonstruktion als Resultat von Beziehungsgeschehen</i>	30
	Die naturwissenschaftliche Medizin 30 / abstrahiert von lebendigen Menschen 30 / Die lebens- und gattungsgeschichtliche Dimension von Krankheit muß erarbeitet werden 30	
	Der passive Patient naturwissenschaftlicher Medizin 31 / realisiert „Krankheitsgewinn“ 32 / , der in der Konfliktverdeckung zu suchen ist 32 / Unheilvolle Koalition zwischen medizinischem und persönlichem Interesse an bloß körperlicher Krankheit 33 / Vier Abwehrfronten gegen eine soziopsychosomatische Medizin 33	
1.5	<i>Therapeutik als Politik II: Die Funktionalisierbarkeit naturwissenschaftlicher Medizin zu Herrschaftszwecken</i>	34
	Medizin als Instrument sozialer Kontrolle 34 / Gesundheit als Leistungsfähigkeit 34 / Krankenrolle funktionalistisch 36 / Die Medizin sichert der Gesellschaft die körperliche Leistungsfähigkeit 36 / unabhängig vom Menschen, der dieser Körper ist 37 / Historische Veränderung der sozialen Steuerung 37 / Steuerungsinstrument Medizin offenbart Widerspruch zur liberalen Ideologie 38 / Was man aus Parsons' Medizinsystemanalyse über unsere Gesellschaft lernen kann 39	
	Werden mehr soziale Konflikte in Form von Krankheit ausgetragen, 40 / hat das im jetzigen Versorgungssystem persönliche und gesellschaftliche Kosten zur Folge 41 / Parsons' Instrumentalisierung der Psychoanalyse 41 / Faktisch bleibt Krankheit eine Form von Protest 42 / Widerstandskoalitionen gegen eine soziopsychosomatische Medizin 44 / „Selbstbeteiligung“ 45	
2.	Die Methode der Untersuchung: Szenisches Verstehen als hermeneutische Empirie in den Sozialwissenschaften	
2.1	<i>Somato-psycho-sozialer Sinnzusammenhang</i>	46
	Körperliche Krankheit, subjektives Erleben und soziales Handeln als ein ganzheit-	

licher Sinnzusammenhang 46 / und kontextspezifische Bedeutungen von Krankheit 47 / lassen sich nur mit einer hermeneutischen Forschungsmethode erschließen 47

- 2.2 *Subjektivität und Intersubjektivität in der Sozialforschung: Handlungsforschung und hermeneutische Empirie* 48
- Positivismusstreit, Hermeneutikdebatte und Handlungsforschung 48 / eröffnen den Zugang zu latenten Bedeutungen und zu einer interaktiven Forschungspraxis 49 / Psychoanalyse als Modell 50
- 2.3 *Szenisches Verstehen als hermeneutische Empirie* 51
- Die „Szene“ ist in allen Interaktionen enthalten 52 / im Sinne der Verschränkung von Übertragungen und Gegenübertragungen 52 / Das gilt auch für die Forschungsinterpretation 53 / Hier provoziert das Ängste und ‚abwehrende‘ Methodologie 54 / , eröffnet aber auch Erkenntnischancen durch kreative Kontrolle der szenischen Effekte 55 / Sozialforschung kann versuchen, sich psychoanalytischer Methoden zu bedienen, z. B. des Erstinterviews 56 / Sein Spezifikum ist das ‚szenische Verstehen‘ 57 / , eine Spezialkompetenz des Analytikers, die der Sozialwissenschaftler nicht besitzt 58
- 2.4 *Verstehende Kompetenzen in Psychoanalyse und Sozialwissenschaft* 59
- Personenbezogene Kompetenzen und verstehensfördernde Verfahren 59 / Psychoanalytische Kompetenz 60 / Tiefenhermeneutisches Verstehen und seine psychischen Voraussetzungen 60 / Regressions- und Sublimierungsfähigkeiten als Ich-Leistungen 61 / Zusammenfassung der Kompetenzen 62 / Verstehende Kompetenzen von Sozialwissenschaftlern vermittelt Berufsmotivation und Ausbildung 63 / Vier Wege der Förderung ihrer Kompetenzen für szenisches Verstehen 64 / Supervision 66
3. **Das szenische Interview**
- 3.1 *Die Relevanz eines besonderen Gesprächsverfahrens* 68
- Methodologische Konsistenz von Datenerhebung, Forschungsansatz und Forschungsfrage 68 / , um brauchbare Daten über latente Beratungsbereitschaft zu gewinnen 69
- 3.2 *„Krankheit und Konflikt“ und die Schwierigkeit, darüber zu sprechen* 70
- Psychosomatik und Sprachverhalten. Konversion, „Alexithymie“ 71 / und „unergiebige Patienten“ 72
- 3.3 *Zwei vorliegende „sensible“ Gesprächsverfahren: das „offene“ und das „narrative“ Interview* 72
- Technik und Methodologie des offenen Interviews 72 / Technik und Methodologie des narrativen Interviews 74 / Einwände 75

3.4	<i>Das „szenische“ Interview und seine forschungspraktische Ausgestaltung</i>	76
	Vorgaben durch das Forschungsthema 76 / Teilthemen oder thematische Felder 77 / Offener Gesprächsbeginn und sekundäre Strukturierungsangebote 77 / Szenische Informationen ermöglichen und der Umgang damit 78 / Daten: Tonbandprotokoll, szenische Eindrücke und der ‚szenische‘ Kommentar 79	
3.5	<i>Psychoanalytisches Gespräch und Alltagskommunikation</i>	79
	Die Besonderheiten des psychoanalytischen Gesprächs 79 / insbesondere seine „Desozialisierung“ im Verhältnis zur Alltagskommunikation 80 / Psychoanalytisches und Forschungsgespräch 81	
3.6	<i>Strukturmerkmale und Interventionspraktiken</i>	81
	Drei Beziehungsebenen der psychoanalytischen Situation 82 / Psychoanalytische Interventionen 83 / Die Beziehungsebenen des Forschungsgesprächs: Vertrag, Bündnis 84 / und Szene 86 / Das Gestaltungsmittel der focussierten Assoziation und Erzählung 86 / Das Gestaltungsmittel der gleichschwebenden Aufmerksamkeit und thematische Strukturierung 87 / Die Interventionen im Forschungsgespräch 88 / Resümee der Kommunikations- und Beziehungsebenen 90	
3.7	<i>Schwierigkeiten mit dem szenischen Interview: Ängste der Forscher und ihre Abwehr durch typische Eigenheiten und Fehler</i>	92
	„Fehler“ und Angst 92 / Inkonsistente Forscherrolle 92 / Einebnung der Diskrepanzen zwischen Forscher und Beforschten 92 / Bildung einer Leidenskoalition gegen die schlechte Welt 93 / Rationalistische Kontrolle des Gesprächs 93 / Unterstellungen, Suggestionen und Projektionen 93 / Geschlechtsspezifische Abwehr- und Thematisierungskoalitionen 94 / Mehr Empathie beim Beforschten als beim Forscher 95	
4.	Auswertungsverfahren und Dateninterpretation	
4.1	<i>Hermeneutische Empirie</i>	96
	Verknüpfung von Texthermeneutik und intervenierender Forschung und die Frage der Geltungssicherung 96 / Rekurs auf zwei entfaltete Konzepte: Psychoanalyse und kommunikative Hermeneutik 97 / Situation oder Text als Objekt der Interpretation 98	
4.2	<i>Situationsdeutung und Textinterpretation als konkurrierende Modelle einer kommunikativen und dynamischen sozialwissenschaftlichen Hermeneutik</i>	99
	Textinterpretation: ‚objektive Hermeneutik‘ 99 / Grenze des Sprachverstehens an ‚verzerrter Kommunikation‘ und ‚Tiefenhermeneutik‘ 100 / Text versus ‚Teilhabe an der Szene‘ 101 / Gibt es überhaupt ‚verzerrte Texte‘? 102 / Angemessene	

	Kommunikation und abweichendes Verhalten 103 / Grenze der Textinterpretation 104	
4.3	<i>Die Operationalisierung des szenischen Verstehens in der empirischen Sozialforschung und die Integration von Szenen- und Textinterpretation</i>	105
	Tonbandprotokoll und Transkript als Datenträger 105 / Forscher- und Interpretiergemeinschaft in Psychoanalyse und Soziologie und Notwendigkeit institutionalisierter Selbstreflexion 107 / Fallinterpretation und Supervision 108	
4.4	<i>Die Interpretation der szenischen Daten</i>	108
	Gruppeninterpretation des Datenensembles 109 / zwecks Explikation latenter Beziehungs- und Konfliktmuster 109 / Referenzsysteme und deren Thematisierungspotentiale 110 / Thematisierung und Abwehr 111 / Coping und Abwehr als Differenzierung, um echte Thematisierungen bestimmen zu können 112	
4.5	<i>Einzel- und Gesamtauswertung: Fallinterpretation und Generalisierung durch Typenbildung</i>	113
	Die Ebenen der Einzelauswertung: 1. Themenkreise und Konflikte 114 / 2. Zentrale Konflikte 3. Krankheitsverständnis (explizit und szenisch) 4. Thematisierung – Abwehr, 114 / Beispiel einer Einzelfallinterpretation anhand eines ausgewählten Auswertungsprotokolls 115 / Generalisierung von Fallinterpretationen 123 / ist nicht statistisch, sondern nur sinnlogisch möglich 123 / Forschungspraktische Entwicklung eines Generalisierungsmodells durch Explikation einer latenten Typologie 124 / Psychoanalytische Entwicklungspsychologie, verstehen – der Zugang zum Unbewußten und Typen des Umgangs mit Krankheit und Konflikt 124	
5.	Typen von Krankheits- und Konfliktverhalten: Abwehr- und Thematisierungstendenzen	
5.1	<i>Die Sinnstruktur der Typen aus der Perspektive kommunikativer Konfliktbewältigungsstrategien</i>	126
	Der Typus als empirisch-theoretischer Sinnzusammenhang und die Frage der Thematisierungsfähigkeit 127 / Schwerpunkte der Typenrekonstruktion 127	
5.2	<i>Die Differenzierung der Typen</i>	128
	Typus und Objektbeziehung 128 / Die Typen(gruppen) als Zusammenfassungen unterscheidbarer Handlungs- und Erlebnisstrukturen 129	
5.2.1	Passivität	131
	Die Notwendigkeit der Problematisierung eines medizinsoziologischen Vorurteils 131	

Abhängig-diffuse Erwartungen 131

als Muster globaler Versorgungswünsche, passiver Unterwerfungsbereitschaft und projektiver Realitätswahrnehmung 132 / Chancen eines kommunikativen Zugangs 133 / Die symbiotischen Familienbeziehungen 134 / und die Funktion der Arbeit 135

Abhängig-strukturierte Erwartungen 135

Die angemessenere Wahrnehmung von Realität 135 / paart sich mit resignativen Vermeidungshaltungen 136 / Dem Objektivismus in den Krankheitsentstehungsmustern 138 / entspricht die implizite Beziehungsbedeutung des Sprechens 139 / Thematisierungspotentiale in den Wünschen nach Zuwendung und Verständnis 139 / Arbeit als Streßerfahrung 139 / und die Entlastungsmöglichkeiten im Familienmilieu 140 / Der Typus Passivität im Verhältnis zum medizinischen Versorgungssystem und die Chancen alternativer Angebote 141

5.2.2 Inszenierung 141

Die appellhafte Produktion von Krankheitssymptomen und das Unverständnis der Ärzte 141 / Die selbstzerstörerische Strapazierung des Körpers 142 / Die Anerkennung als Opfer 143 / Lebensgeschichte als Leidensgeschichte 144 / Die Funktion der Symptome im Familien- und Arbeitszusammenhang 144

5.2.3 Magie 145

Die Bedeutung magischen Denkens in der Ontogenese 145 / Krankheit und Beeinflussung 146 / Die apostolische Funktion des Arztes 146 / Ambivalenz des magischen Deutungsmusters im Hinblick auf die Thematisierung eines Beziehungsgeschehens 147 / Machtorientierung in der Alltagsbewältigung 148

5.2.4 Kontrolle 148

Korrespondenz zum medizinischen Versorgungssystem 148 / Drei unterscheidbare Beziehungs-Sinnstrukturen 149

Verleugnung 149

Selbstkontrolle und Affektarmut im Verhältnis zu Krankheit und Körperlichkeit 149 / Die Bedeutung der Notfallphantasie 151 / Angst vor Geständnis und Entblößung führt zu Vermeidungshaltungen 152 / auch im Umgang mit Familienkonflikten 152 / , korrespondiert mit den Anforderungen des Arbeitslebens 153

Chronifizierung 153

Das Konfliktmuster der Abspaltung in ein Dauersymptom 153 / wird durch die herkömmliche Medizin stabilisiert 154 / Die Grenzen lebensgeschichtlicher Reflexion 155 / Arbeit als stete Quelle von Belastung 156 / und die Funktion eines chronischen Symptoms im Rahmen der Familie 157

Delegation 157

Selbstkontrolle als Kontrolle des hilflosen Beziehungspartners 157 / Sprechen als Machtausübung 159 / Die strukturelle Labilisierung dieses Konfliktmusters durch den Symptomträger 159

5.2.5 Sachorientierung 159

Rationalisierung des mit Krankheit verbundenen Konflikterlebens 160 / korrespondiert mit einer Facharztorientierung 160 / Vorherrschen sachlich differenzier-

6.3	<i>Veränderungschancen</i>	191
	Was eine typisierende Darstellung notwendigerweise unterschlägt und woran noch gerade anzuknüpfen wäre 191	
7.	Strukturelle Mängel medizinischer Versorgung Vorschläge zur Veränderung	
7.1	<i>„Unheilvolle Koalitionen“ gegen Verbesserungen der Gesundheitsver- sorgung</i>	193
	Persönlicher und institutionalisierter Widerstand verbünden sich gegen „Krank- heit als Konflikt“ 193	
7.2	<i>Zahlenmaterial und seine Logik</i>	195
	Zahlen über Krankheit meinen das „Ding“ Krankheit 195 / Prozeß der Rationali- sierung fördert Krankwerden und Krankbleiben 196 / Verschärfung sozialer Kon- trolle 199 / repolitisiert ‚staatsbürgerlichen Privatismus‘ 199 / Psychosomatische Medizin ernstgenommen wirkt politisch ins ätiologische Feld zurück 200	
7.3	<i>Sozialmedizin und die persönliche Dimension von Krankheit</i>	201
	Deutsche sozialmedizinische Tradition 201 / wird verschüttet 201 / Die histori- sche Subjektivitätsform erfordert jenseits der Sozialmedizin eine psychosomati- sche Medizin 202 / , die die persönliche Verarbeitung objektiver Gegebenheiten argumentiert 202 / Sozial- und Arbeitsmedizin keine Alternative zur psychosoma- tischen Medizin 203 / Wer verfügt wozu über den Erkenntnisgewinn psychosoma- tischer Medizin? 204	
7.4	<i>Den Wirkungssinn der medizinischen Versorgung verändern – die wis- senschaftlich exkommunizierte individuelle Subjektivität wieder für die Heilkunde mobilisieren</i>	205
	Subjektiver Sinn und gesellschaftlicher Zweck von Gesundheit 205 / „Selbstbe- teiligung“ 205 / , deren institutionalisierte Grenzen 206 / Soziale Orte fürs Reden über Krankheit 207 / , psychosoziale Beratung schaffen 208 / Medizin wirft Pro- blempatienten hinaus 209 / Erkranken als Resultat eines Zielsetzungskonflikts 210 / Eine andere „medizinische Praxis“ ist notwendig 210 / , aber auch nur eine Chance 210 / Weiß der Arzt von seiner sozialen Kontrollfunktion? 210	
	Literatur	212