

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Philosophische Fakultät
Institut für Soziologie
Studienprojekt
Dozent: Dr. Jan Kruse
Sommersemester 2010

***Rekonstruktive Interviewanalyse im Rahmen
des Abschlussberichts für das
Studienprojekt:
“Krankheitserfahrungen.de (DIPEx)”***

Vorgelegt am 25. März 2010



5. Hochschulsemester
Hauptfach: B.A. Soziologie, 5. Fachsemester
Nebenfach: B.A. Psychologie, 5. Fachsemester
Hauptfach: B.Sc. Psychologie, 3. Fachsemester

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Bericht: Studienprojekt Sommersemester 2009.....	1
3. Theoretischer Hintergrund.....	5
4. Methode: Die Thematik im Rahmen der qualitativen Forschung.....	6
4.1 Zur Methodenwahl: Der integrative, texthermeneutische Analyseansatz.....	7
4.2 Zur Auswahl des Interviews und der Textstellen.....	8
5. Rekonstruktive Interviewanalyse.....	9
5.1 inhaltliche Segmentanalyse.....	10
5.2 mikrosprachliche Feinanalyse	11
5.2.1 Segment I.....	11
5.2.2 Segment II.....	14
5.3 Bündelung und Interpretation der Analyseergebnisse: zentrale Motive und Thematisierungs- regeln.....	16
6. Zusammenfassung und Ausblick.....	19
Literatur.....	21
Anhang.....	23
Interviewtranskripte	23
Ausarbeitung (DIPEX).....	24
Praktikumsbestätigung.....	24
Praktikumszeugnis.....	24

1. Einleitung

„Die Kranken verstehen die Gesunden nicht, wie umgekehrt die Gesunden nicht die Kranken und dieser Konflikt ist sehr oft ein tödlicher, dem letzten Endes der Kranke nicht gewachsen ist, aber auch naturgemäß nicht der Gesunde, der an einem solchen Konflikt schon oft krank geworden ist“ (Bernhard, 1997, S.76).

In seiner autobiografischen Erzählung von 1982 lässt Thomas Bernhard dem Leser diese subjektive und sehr drastisch formulierte Erkenntnis zuteil werden. Der bedeutende österreichische Schriftsteller litt an der chronischen Bindegewebserkrankung *Morbus Boeck*.

Ob und inwieweit eine chronische Erkrankung durch eine soziale und kommunikative Barriere den kranken Menschen gesellschaftlich marginalisieren kann, und wie diese Art der *Verdrängung* subjektiv empfunden und verbalisiert wird, soll Gegenstand dieser Arbeit sein. Eine rekonstruktive Analyse zweier Interviewpassagen wird von dem Erkenntnisinteresse und der Fragestellung geleitet sein, ob so etwas wie ein gesellschaftlicher *Status des Kranken* in den sozialen Erfahrungen chronischer Schmerzpatienten existiert, ob er von ihnen subjektiv als solcher erlebt und wahrgenommen und wie er versprachlicht wird. Zusätzlich soll an die Interviews die Fragestellung herangetragen werden, wie sich die Wahrnehmung der Rollenzuschreibung eines „Kranken“ auf die subjektive Selbst- und Fremdsicht auswirkt.

Dazu soll im Folgenden zunächst eine kurze Vorstellung des zugrunde liegenden Forschungsprojektes und seiner Ziele, sowie ein kurzer Überblick über die Tätigkeit innerhalb des Forschungspraktikums gegeben werden. Im darauf folgenden Teil wird eine kurze theoretische Einführung in die Thematik bezüglich der vorgestellten Fragestellung gegeben, um in einem nächsten Schritt einen methodischen Teil anzuschließen. Im fünften Kapitel wird sich schließlich der rekonstruktiven Interviewanalyse zugewandt, welche in einer Rückbindung an die theoriegeleiteten Analyseleitfragen und einer abschließenden Zusammenfassung enden wird.

2. Bericht: Studienprojekt Sommersemester 2009

Im Folgenden möchte ich die Tätigkeiten und Erfahrungen, die ich während meines Studienprojektes im fünften Fachsemester des Soziologiestudiums machen konnte, kurz dokumentieren und reflektieren. Das Studienprojekt, das sich über den Zeitraum des Sommersemesters 2009 bis zum Wintersemester 09/10 erstreckte, bestand in einem Forschungspraktikum innerhalb des Projektes: *Krankheitserfahrungen.de – Deutsche Version der webside DIPEX mit Aufbau der Module chroni-*

Abschlussbericht Studienprojekt

scher Schmerz und Diabetes. In dem Projektmodul „chronischer Schmerz“ geht es darum, Menschen mit chronischen Schmerzerkrankungen in offenen Interviews zu Wort kommen und über ihre Erfahrungen mit einem Leben mit chronischen Schmerzen berichten zu lassen. Zudem vermitteln sie persönliche Erfahrungen zu Therapien und Behandlung, Bewältigungs- und Unterstützungsmöglichkeiten. Die wissenschaftlich qualitativ aufgearbeiteten Interviews sollen durch eine Internet-Datenbank zugänglich sein, so dass Betroffene, Angehörige oder auch medizinisches Personal sich in Video, Schrift und Ton ein Bild von den persönlichen Erfahrungen dieser Menschen machen können. Die Vermittlung der Patientenerfahrungen durch ein kostenfreies Internetportal, zielt zudem darauf, emotionale Unterstützung und Einblick in die Bewältigungsmöglichkeiten anderer Betroffener zu ermöglichen, um die Autonomie und das Empowerment chronisch kranker Menschen zu fördern.

Der Aufbau der Webside erfolgt nach dem Vorbild- und in Kooperation mit DIPEX, einer Arbeitsgruppe der Universität Oxford. Dabei soll es vor allem darum gehen, neben der medizinischen Sichtweise auch dem psychischen Aspekt einer chronischen Krankheit, den persönlichen und sehr individuellen Lebenserfahrungen Raum und Aufmerksamkeit zu schenken. Träger des Projektes ist der gemeinsame Förderschwerpunkt der Deutschen Rentenversicherung, der Krankenkassen und des BMBF: Versorgungsnahe Forschung „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“. Die Projektleitung geht aus von dem Institut für Psychologie der Universität Freiburg und der Universität Göttingen unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Lucius-Hoene und Herr Prof. Dr. Ulrich Schwantes.

Die Praktikums­tätigkeit war auf zehn Stunden in der Woche festgelegt und vollzog sich in dem Zeitraum vom 20. April 2009 bis zum 20. September 2009, wobei eine vertragsungebundene Mitarbeit auf freiwilliger Basis folgte. Innerhalb dieses Zeitraums bin ich mit vielen unterschiedlichen Aspekten, Arbeitsschritten, Aufgabenbereichen und Tätigkeiten innerhalb des Projektes vertraut gemacht worden, so dass ich in ein breites Spektrum an Tätigkeitsbereichen Einblick gewinnen und mitarbeiten konnte. Die Praktikumswoche war wie folgt gegliedert: Montags, von acht bis zehn Uhr fand im Rahmen des Forschungsprojektes eine regelmäßige Codiersitzung mit dem gesamten Forschungsteam statt. Der Rest der Zeit wurde zur selbstständigen Arbeit an bestimmten Aufgaben bzw. nach Absprache und in Zusammenarbeit mit den ProjektmitarbeiterInnen genutzt. Die regelmäßige Codier- oder auch Analysesitzung diente der internen Abstimmung und Analyse- bzw. Codierarbeit mit der gesamten Arbeitsgruppe. In dieser Zeit wurden häufig ausgewählte inhaltliche Themenschwerpunkte innerhalb der Interviews herausgegriffen und besprochen. Dazu wurden ein-

Abschlussbericht Studienprojekt

zelne Interviewpassagen ausgewählt, die inhaltsanalytisch bearbeitet wurden, um die Themenvarianz eines bestimmten inhaltlichen Aspektes gewissermaßen *bottom-up* aus den Texten herauszufinden. Ein Beispiel hierfür ist der inhaltliche Aspekt der Berufstätigkeit bzw. der Berufsunfähigkeit in Bezug auf chronische Schmerzen.

Des Weiteren wurde in den Codiersitzungen mit dem Programm ATLAS.TI gearbeitet, einer qualitativen Daten-Analyse-Software. Die Arbeit mit ATLAS.TI in der Codiersitzung erfolgte, indem in der Diskussion mit dem gesamten Analyse-Team über bestimmte Interviews hinweg, und zu einem bestimmten Thema, konsensual, inhaltliche Codes und Kategorien entwickelt wurden, die später für die Grobkategorisierung weiterer Interviews dienen sollten. Dabei folgte die Kategorienbildung einer induktiven Vorgehensweise, bei welcher „der kategoriale Bezugsrahmen aus den Daten selbst konstruiert wurde“ (Kuckartz, U., 2005, S.61). Die methodische Vorgehensweise stand neben den Inhalten im Mittelpunkt der Arbeit und wurde immer wieder hinterfragt, reflektiert und evaluiert, was zu einem sehr bewussten Umgang mit den Daten führte. In späteren Arbeitsschritten wurde in den Codiersitzungen auch viel Organisatorisches über die Ausrichtung und den Aufbau der WeBSITE abgestimmt und koordiniert. Eine weitere Methode, die innerhalb der Codiersitzungen angewandt wurde, ist die des OSOPs (one single sheet of paper). Hierbei soll über alle Interviews des Moduls hinweg zusammengetragen werden, welche inhaltliche Themenvarianz es zu einem bestimmten Thema gibt, um in einem weiteren Schritt ein sogenanntes *Talking About* als einleitenden Text für ein Thema der WeBSITE zu verfassen. Als Vorarbeiten zu diesem *Talking About*, wurde also eine *kurze* Tabelle (OSOP), mit den verschiedenen Varianten zu einem Thema erstellt, und Unterschiede zwischen diesen Varianten herausgearbeitet. Beispielsweise sollte ein Text zu dem Thema „Arbeitsende“ verfasst werden. Subthemen, die hier auftauchen, sind beispielsweise die verschiedenen Varianten der Berufsaufgabe; Erzwungene Kündigung, selbst initiierte Kündigung, Erwerbsunfähigkeitsrente, die verschiedenen Formen die Kündigung aufzunehmen und zu bewältigen bzw. mit der Berufsunfähigkeit und den Vorurteilen, die damit einhergehen, umzugehen.

Meine Aufgaben, während der selbsttätigen Arbeitszeit, waren ebenfalls sehr vielfältig. So habe ich etwa acht Interviews mit Hilfe des Transkriptionsprogramms F4 vollständig transkribiert, schon bestehende Transkripte korrigiert und anonymisiert, verfasste Thementexte (*Talking About*) und Personenbeschreibungen (*My Story*) für die WeBSITE gegen gelesen und korrigiert, sowie Zuarbeiten für die konkrete Erstellung der WeBSITE erledigt. Eine weitere Aufgabe bestand in der Teilnahme und Assistenz bei Interviews. Ich hatte die Möglichkeit, bei drei Interviews assistierend dabei zu sein. Hierbei war ich vor allem für Kameraeinstellung und Tonaufnahmen verantwortlich. Eine zu-

Abschlussbericht Studienprojekt

sätzliche Aufgabe bestand in der Grobkategorisierung von bereits transkribierten Interviews mit dem Programm ATLAS.TI. Die Codierarbeit an dem Programm bestand in der Grobanalyse und Interpretation der Interviews. Dabei wurden die in der Codiersitzung gemeinsam erarbeiteten Kategorien und Codes inhaltlich den entsprechenden Stellen im Interviewtranskript zugeordnet. Des Weiteren habe ich mich mit einem Themenbereich der Interviews intensiver beschäftigt und hierzu eine Codiersitzung vorbereitet. Das bearbeitete Subthema wurde unter dem Themenbereich „neue Bedeutungsbereiche“ gefasst und umfasst das etwas abstrakte Themenfeld dessen, was durch die chronische Erkrankung als *Bereicherung* empfunden wird, bzw. was trotz vieler Verluste eventuell sogar als Gewinn angesehen werden kann. Nachdem ich verschiedene Varianten aus den einzelnen Interviews herausgearbeitet und erste Grobkategorien gebildet hatte, konnte das Thema in der Codiersitzung diskutiert werden. So konnten gemeinsam weitere Analyse-Kategorien zu diesem Themenkomplex entwickelt werden. Abschließend habe ich einen kurzen inhaltlichen Überblick über die Ergebnisse der Analysearbeit verfasst, den ich dem Bericht als Anhang beifügen werde. Eine weitere Aufgabe bestand in der Teilnahme, Protokollführung und Bewirtung zweier sogenannter „Expertenrunden“, bei denen jeweils 10 bis 15 Personen eingeladen wurden. Der Expertenkreis bestand aus Personen, die mit der Thematik „chronischer Schmerz“ privat oder beruflich und aus verschiedensten Perspektiven in Kontakt kommen oder gekommen sind. So beispielsweise ÄrztInnen und Pflegepersonal aus der Schmerzambulanz, AllgemeinmedizinerInnen, medizinisches Personal einer Schmerzklinik, PsychologInnen, TherapeutInnen mit oder ohne Themenschwerpunkt Schmerzbehandlung, SoziologInnen mit besonderen Kenntnissen in qualitativer Sozialforschung, SchmerzpatientInnen, Leitung von Selbsthilfegruppen, PhysiotherapeutInnen usw. Die Gäste sollten nach einer Vorstellung des aktuellen Standes des Projektes vor allem beurteilen, welche Personengruppen im Sample fehlen, um eine möglichst repräsentative Stichprobe zu schaffen. Unter Umständen konnten Hilfestellungen gegeben werden, um diese fehlenden Patientengruppen zu kontaktieren bzw. Kontakte aufzubauen. Des Weiteren sollte eine Einschätzung der Arbeit an sich vorgenommen werden, und Anregungen sowie Hilfestellung zur Optimierung der Arbeit, in inhaltlicher wie theoretischer Hinsicht, gegeben werden.

Insgesamt empfand ich die Arbeit im Forschungsprojekt als eine große Bereicherung. Das Studienprojekt ermöglichte mir einerseits sehr interessante und erfahrungsreiche Einblicke in die Arbeit eines qualitativen Forschungsprojektes, andererseits aber auch in die Thematik der Medizinsoziologie. Die Auseinandersetzung mit der speziellen Thematik der lebensweltlichen Erfahrungen chronischer Schmerzpatienten war – und ist – ebenfalls eine sehr bereichernde Erfahrung.

3. Theoretischer Hintergrund

Gesundheit wird im allgemeinen Sprachgebrauch gemeinhin mit der Abwesenheit von Krankheit assoziiert. Diese einseitige Definition ist wissenschaftlich inzwischen natürlich lange überholt, das Denken in den Gegensätzen „krank“ versus „gesund“ hält sich allerdings hartnäckig in unseren Köpfen. „In unserer Ideologie der Gegensätze und Abgrenzungen gibt es hier den Gesunden dort den Kranken.“ (Zapotoczky/Nutzinger, 1995, S.18). Durch diese scharfe Abgrenzung, gehört der Kranke plötzlich nicht mehr *dazu*, wird von der Gemeinschaft der Gesunden ausgeschlossen. Dabei scheint vor allem die Angst vor der gesellschaftlichen Diskriminierung groß zu sein (ebd.).

Erwin Goffman bezog sich auf den von Lemert 1951 in der „sozialen Pathologie“ formulierten Stigma-Ansatz und entwickelte ihn zu der Auffassung weiter, „dass die von außen erlebten Definitionen der eigenen Handlungschancen letztlich durchschlagend wirken, so dass der Kranke in einen Abseitsbereich der Gesellschaft gerät“ (Gerhardt, 1991, S, 86). Durch diesen Prozess entsteht ein sozialer *Status des Kranken*, womit die soziale Position innerhalb einer gesellschaftlichen Struktur, sowie die Einordnung in ein System sozialer Rangordnung verbunden ist.

„Für Die Krankenrolle als tendenziell alle anderen Rollen der Individuen modifizierende und negierende Statusrolle muss geklärt werden, in welcher Weise sich dieser Status in den Lebenszusammenhängen der kranken und auch nicht-kranken Gesellschaftsmitglieder verwirklicht“ (Gerhardt, 1991, S.11).

Talcott Parsons beschrieb die Krankenrolle als Substrat der Rechte und Pflichten, welche einen gesamtgesellschaftlichen Status des Kranken definieren, als konstitutives Element des sozialen Systems Medizin (Parsons, 1975). Wobei hier der Begriff der Rolle als „Typisierungsschema und Formelement“ zu verstehen ist, „mit deren Hilfe die Gesellschaftsmitglieder ihre soziale Wirklichkeit ordnend verstehen und handelnd gestalten“ (Gerhardt, 1991, S.11).

Chronische Schmerzen stellen dabei eines der größten Gesundheitsprobleme in westlichen Industrienationen dar (Kleinmann, 1988). Innerhalb der zeitgenössischen Gesellschaft, deren Umweltverbesserungen und Entwicklungen der Medizin zur starken Verringerung oder zum Verschwinden zahlreicher akuter Erkrankungen beigetragen haben, „sind chronischer Erkrankungen jene, die für den Soziologen als typisch gelten müssen.“ (Gerhardt, 1991, S. 12). Dieser Sachverhalt erfordert, „dass die Soziologie, die sich mit Lebensverläufen befasst, auch die Statusbiografien des [chronischen] Krankseins in ihr Untersuchungsfeld einbezieht,“ (Gerhardt, 1991, S. 60).

Die Krankenrolle – als Sozialform – kann sich nur in der Biografie des kranken Individuums realisieren und nur in diesen Kategorien beschreiben lassen. Die Biografieforschung in der Medizinsoziologie hat diese Dimension des Krankheitserlebens bisher wenig berücksichtigt (ebd.). Aus die-

sem Grund erscheint es sinnvoll, die Frage der Krankenrolle durch eine beispielhafte Analyse zu thematisieren. Ziel dieser Arbeit ist es nun, zu prüfen, inwieweit chronischen SchmerzpatientInnen die soziale Zuschreibung einer solchen, theoretisch postulierten Statusrolle des Kranken als subjektive Realität erleben und wie diese empfunden und versprachlicht wird.

4. Methode: Die Thematik im Rahmen der qualitativen Forschung

Zur Datenerhebung wurden leitfadengestützte, teil-narrative Interviews verwendet, wobei der Leitfaden Themenschwerpunkte enthält, welche in seiner Konstruktion mit den theoretische Vorannahmen abgestimmt sind. In Bezug auf das vorgestellte Erkenntnisinteresse, ist das Ziel dieser qualitativen, hypothesengenerierenden Methode, keine standardisierten Antwortmöglichkeiten im Sinne quantitativer Fragebogenerhebungen vorzugeben, sondern die subjektiven Deutungen und Sinnzuschreibungen der interviewten Personen, zu rekonstruieren. Nach Lucius-Hoene ist das „narrative Interview zur bevorzugten Methode von biografisch orientierten und an subjektiven Erfahrungswelten interessierten“ (Lucius-Hoene/Deppermann, 2004, S.9) Forschungen geworden.

Die Interviews werden so geführt, dass die einzelnen Themenkomplexe des Leitfadens von dem bzw. der Interviewerin angesprochen werden, die freie Gesprächsform jedoch der interviewten Person die Möglichkeit gibt, sich ohne zeitliche bzw. inhaltliche Beschränkung zu den Fragen zu äußern und somit alles subjektiv Relevante und zusätzlich eigene Themendimensionen anzusprechen. Durch die offenen Fragen und eine selbstreflexiv suspensive Befragungshaltung wird der interviewten Person Raum zur Entfaltung ihres subjektiven Relevanzsystems und Zugang zur subjektiven und biografischen Selbstdeutung gegeben (Lucius-Hoene/Deppermann, 2004). Als Einstieg jedes Interviews in die persönliche Erzählung, wurde der subjektive Anfangspunkt der Erkrankung bzw. der Behandlung in Erinnerung gerufen, um von dort aus, im Gespräch, die Ereignissequenzen gemeinsam mit dem Interviewer zu verfolgen. Beispielhaft wurde hier die offene Frage einer Einstiegspassage aus einem Interview herausgegriffen: *„ja GU:t die frage wäre einfach=vielleicht fangen sie an zu erzÄH:len wie ihr leben so WA:R als sie zum ersten mal mit den schmerzen zu tun hatten=wie alles KAM wie es dann weiter ging, lassen sie sich ruhig zeit.“* (Transkript CS25, Basis).

Es wird vielfach bemängelt, dass in der Forschung und Behandlung chronisch kranker Menschen selten die persönliche Dimension des psychischen Leides und der emotionalen Bewältigung einer Krankheit Beachtung findet:

„Clinical and behavioral research [...] possess no category to describe suffering, no routine way of recording this most thickly human dimension of patients' and families' stories of experiencing illness“

Abschlussbericht Studienprojekt

(Kleinman, 1988, S. 28).

Besonders aus diesem Grund erscheint die Methode der qualitativen Interviewführung ein Gewinn zu sein, da sie den Blick öffnet, für die persönliche Sichtweise der chronisch Erkrankten auf ihr Leben mit Schmerzen. „Die Subjektorientierung als [...] methodischer Bezugsrahmen wird dabei in der qualitativen Forschung über chronische Erkrankungen vielfach mit einer Forschungsperspektive gleichgesetzt, die den Standpunkt des Patienten einnimmt“ (Gerhardt, 1991, S. 9). Nach Gerhardt 1991 ergibt sich, speziell bei diesem Thema „diese Form der Datenerhebung [...] aus der Bedeutung, die den lebensgeschichtlichen Erzählungen für die medizinisch-biografische Forschung beizumessen ist“ (Gerhardt, 1991, S. 32). Innerhalb der Interviews wird also eine Art Krankheitsbiografie entworfen, welche der Innenperspektive der Person entspricht. Das narrative Interview wird hierbei als eine sich im Gespräch „vollziehende Identitätskonstruktion verstanden, in der sich die autobiografische Darstellung von Identität mit der performativen und interaktiven Herstellung von Identität verbindet“ (Lucius-Hoene/Deppermann, 2004, S.10). Dabei stellt die autobiografische Erzählung ein „Medium der Selbstrepräsentation“ (Lucius-Hoene/Deppermann, 2004, S.10) dar, indem sie durch ihren zeitlich chronologischen Bezug, ein „narrativen Reflexionsmilieu“ (ebd.) schafft.

„Der angestrebte Erkenntnisgewinn bezieht sich also auf die aktuell vollzogene Identität der erzählenden Person im Hier und Jetzt des Interviews“ (ebd.). Diese ermöglicht einen eher induktiven und rekonstruktiven Zugang zu den subjektiven Identitäts- und Wirklichkeitskonstruktionen der befragten Person.

Die Interviews wurden nach Vereinbarung auf Tonband und Video aufgenommen und im Anschluss vollständig transkribiert.

4.1 Zur Methodenwahl: Der integrative, texthermeneutische Analyseansatz

Im Vordergrund qualitativer Forschung steht zunächst einmal der Grundgedanke, dass alle Wirklichkeit „sozial konstruierte Wirklichkeit“ ist (Kruse, 2008, S.10). Das heißt, dass die Wirklichkeit, die im sozialen Kontext entsteht, erst durch soziale Interaktionen, durch sprachliche und auch nicht-sprachliche Handlungen konstruiert wird (ebd.). Auf Grundlage dieser Annahme beruht qualitative Sozialforschung deshalb – wie oben bereits beschrieben – auf der Datenerhebung nicht-standardisierter Daten mit dem Ziel einer sinnverstehenden, interpretativen und rekonstruktiven Auswertung. Das wohl wichtigste Kriterium qualitativer Forschung ist hierbei das Herausarbeiten des *fremden* Relevanzsystems unseres Gegenüber, die Rekonstitution von Sinn innerhalb seiner bzw. ihrer sprachlichen Ausführungen (Helferich, 2005). Denn sozial konstruierte Wirklichkeit ist immer zu-

gleich kommunikative, versprachlichte Wirklichkeit (Kruse, 2008), die durch die Analyse eines Interviews herausgearbeitet werden kann. Hierbei ist auf das Grundprinzip der Offenheit hinzuweisen. Es ist unerlässlich, sich innerhalb der Analyse, gewissermaßen bottom-up, von dem Text leiten zu lassen, ohne die eigenen Vorannahmen in die Aussagen hinein zulegen (Deppermann, 2001). Um die Autonomie eines Textes zu gewährleisten, bedarf es allerdings methodischer Verfahrensregeln (Lucius-Hoene/Deppermann, 2004). Das integrative, textthermeneutische Analyseverfahren eignet sich für diesen Zweck sehr gut, da es eine besondere „methodische Sensibilisierung für sprachlich kommunikative Phänomene auf[weist]“ (Kruse, 2008, S.95). Die sprachliche Analyse basiert dabei auf Regeln der Sprachtheorie, der linguistischen Pragmatik und der kognitiven Linguistik (Lucius-Hoene/Deppermann, 2004). Dieser Ansatz erscheint mir persönlich in Bezug auf mein Forschungsvorhaben, die Rekonstruktion der zentralen Motive in Bezug auf die Rolle des Kranken in der Gesellschaft, sehr sinnvoll. Aufgrund seiner grundlegenden mikrosprachlichen Herangehensweise, vermag dieser Ansatz verschiedene Analyseperspektiven zu integrieren.

4.2 Zur Auswahl des Interviews und der Textstellen

Im Folgenden sollen zwei Textpassagen aus zwei verschiedenen, im Forschungsprojekt durchgeführten, Interviews kontrastierend analysiert werden. Die Entscheidung für eine Analyse zweier repräsentativer Textausschnitte kommt durch die intensive Lektüre aller Textsegmente zustande, welche zu dem Analyse-Code „Schmerz und Gesellschaft“ im gesamten Interviewkorpus generiert wurden. Dabei wurde die beiden vorliegenden Textausschnitte, als die am besten geeigneten, zur Bearbeitung des vorgestellten Erkenntnisinteresses, identifiziert (Kuckartz, 2005). Die Zusammenstellung der beiden Textstellen gleicht dabei der „Konstruktion eines Modellfalls“ innerhalb einer typenbasierten Fallanalyse (Kuckartz, 2005, S.109). Dieses Verfahren löst sich bewusst vom Einzelfall und weist dadurch „eine gewisse Ähnlichkeiten mit der Weberschen Idealtypenbildung auf“ (ebd.). Wobei es hier methodisch darum geht, geeignete Textsegmente nach dem Kriterium der Plausibilität auszuwählen und fallübergreifend zu analysieren (Kuckartz, 2005). Eine längsschnittartige Feinanalyse weiterer Textsegmente ist im Rahmen dieser Arbeit aus Ressourcengründen leider nicht möglich.

Im folgenden soll eine kurze Charakterisierung beider Interviewfälle vorgenommen werden: Zum ersten Interview ist festzuhalten, dass es sich bei der interviewten Person um eine sechzig jährige Rückenschmerzpatientin handelt. Im Jahre 1994, vor sechzehn Jahren, begann ihre Wirbelsäulenerkrankung mit einer plötzlichen Lähmung des linken Beins und starken Schmerzen. Eine zusätzliche

Abschlussbericht Studienprojekt

seltene Erkrankung mit extremer Narbenwucherung (Arachnopathie) und die chronischen Schmerzen führen dazu, dass sich die Erzählerin nicht länger als zwanzig Minuten durchgehend oder insgesamt 4 Stunden am Tag aufrecht halten kann, und die übrige Zeit liegend verbringt. So wurde auch das vorliegende Interview liegend geführt. Sie ist verheiratet, lebt mit ihrem Ehemann zusammen und hat eine Tochter. Die Interviewpartnerin arbeitete vor ihrer Erkrankung, als Psychologin ihrerseits mit SchmerzpatientInnen. Ihre Erzählung kann demnach in zweierlei Hinsicht als eine Art Experteninterview verstanden werden, da die Interviewpartnerin sowohl die medizinisch professionelle Perspektive, als auch die Sichtweise einer Betroffenen einnimmt.

Zum zweiten Interviewfall kann zusammenfassend gesagt werden: Bei der Interviewperson handelt es sich um eine achtundvierzig jährige Patientin mit der seltenen Schmerzkrankung *Morbus Sudeck* (komplexes regionales Schmerzsyndrom). Seit einem Sturz leidet sie unter anhaltenden Schmerzen im rechten Arm. Die Interviewpartnerin arbeitet als Wirtin im Gastronomie- und Hotelbereich, ist verheiratet und hat eine Tochter. Vor allem durch die anfallende Arbeit im eigenen Gasthof, könne sie kaum Unterstützung aus ihrem direkten Umfeld erwarten. Bedingt durch die chronischen Schmerzen schildert die Interviewte, kaum noch arbeiten zu können. Besonders die Einnahme von Morphin empfinde die sie als hilfreich, da es neben der schmerzlindernden Wirkung, den Effekt habe, dass andere ihre Schmerzen als solche akzeptieren, wenn sie starke Medikamente zu sich nimmt.

Die ausgewählten Textpassagen sind inhaltlich auf den ersten Blick eher unterschiedlich akzentuiert, beziehen sich aber dennoch auf die gleiche Thematik. Sie erscheinen deshalb im Hinblick auf die Forschungsfragestellung aufschlussreich, da sich in ihnen die subjektiven Konzepte der „Krankenrolle“ sprachlich sehr stark verdichten. Ziel der Analyse ist es, zentrale Motive und subjektive Thematisierungsregeln aus dem Text herauszuarbeiten, um somit auf die subjektiven Konzepte der Rolle des Schmerz-Kranken in der Gesellschaft und die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf Selbst- und Fremdsicht zu schließen. Die Konsistenzregel verlangt, dass sich zentrale Motive und Thematisierungsregeln zusätzlich in dem gesamten Interview wiederfinden lassen, damit eine bestimmte Lesart als gültig betrachtet werden kann (Helferich, 2005, Lucius-Hoene/Deppermann, 2004). Um dieser Regel Rechnung zu tragen, werde ich die Analyseergebnisse an einigen weiteren Textstellen exemplarisch belegen.

5. Rekonstruktive Interviewanalyse

Im Folgenden sollen die beiden Textpassagen zunächst durch ein streng sequentielles Vorgehens, ei-

ner grobstrukturellen Analyse der inhaltlichen Teilsegmente unterzogen werden, um in einem weiteren Schritt eine mikrosprachliche Feinanalyse vorzunehmen. Die strikt sequenzanalytische Vorgehensweise – das heißt, Äußerungseinheit für Äußerungseinheit – ist deshalb nötig und sinnvoll, da subjektiver Sinn erst in der Interaktion, also im zeitlichen Verlauf des Gespräches entwickelt und produziert wird (Lucius-Hoene/Deppermann, 2004).

Innerhalb der Feinanalyse sollen zentrale Motive und Thematisierungsregeln in Bezug auf die interessierende Fragestellung aufgedeckt und sprachanalytisch herausgearbeitet werden. Die mikrosprachlichen Feinanalyse ist darauf ausgelegt, den subjektiven Sinngehalt des Gesagten herauszuarbeiten, indem davon ausgegangen wird, dass sprachliches Textmaterial, über seinen propositionalen Gehalt hinaus, innerhalb metasprachlicher Mittel, Bedeutung und subjektiven Sinn trägt.

5.1 inhaltliche Segmentanalyse

Die Textpassage I folgt auf die Frage der Interviewerin, was für Erfahrungen die Interviewpartnerin mit anderen in Bezug auf ihre Erkrankung gemacht hat, wie diese mit den Schmerzen umgehen, und was das für Auswirkungen hat (vgl. Z.1-5)¹.

Der erste Textausschnitt gliedert sich in fünf sehr kurze inhaltliche Teilsegmente. Das erste Teilsegment bildet eine abstract-ähnliche Zusammenfassung der Kernaussage, in der die Sprecherin auf zwei getrennte Welten von Kranken und Gesunden hinweist (Z. 14-16). In dem zweiten Teilsegment beschreibt die Sprecherin, worin die Unterschiede konkret bestehen, indem sie eine direkte Gegenüberstellung der Dinge schafft, die sich im Vergleich von *heute* und *früher* – vor dem Beginn der Erkrankung – in Bezug auf die Lebenswirklichkeit unterscheiden (Z. 16-19). In einem dritten Schritt evaluiert die Sprecherin diese Abgrenzung der Lebenswelten als Resultat der Gegebenheiten und nicht als bewusste oder gar böswillige Ausgrenzung (Z. 20-21), um im Voraus eine Verantwortungs- bzw. Schuldzuweisung auszuschließen. In einem vierten Segment beschreibt sie schließlich die Innensicht der „Kranken“ in dieser Situation (Z. 21-24). Innerhalb der Beschreibung der eigenen Erfahrungen, wechselt die Sprecherin dann im fünften inhaltlichen Teilsegment in die szenische Perspektive der Gesunden (Z. 24-31).

Die zweite ausgewählte Textpassage kann ebenfalls in sechs inhaltliche Segmente unterteilt werden. Um die Textstelle in den Kontext des Interviews einordnen zu können, ist zu sagen, dass die Ausführungen sich ebenfalls an der inhaltlichen Stelle im Interview finden, an der die subjektiven Er-

¹ Interviewtranskript: Siehe Anhang

Abschlussbericht Studienprojekt

fahrungen mit Mitmenschen rekapituliert werden. Das erste inhaltliche Teilsegment bildet eine einleitende Aussage zu den subjektiven Erfahrungen mit dem sozialen Umfeld. Diese besteht zunächst in der Evaluation des Umgangs der Mitmenschen mit Schmerzpatienten als „schlecht“ (Z. 15-16). In einem weiteren Segment wird diese Aussage explizit erläutert (Z. 16-20). Innerhalb des dritten Teilsegments beschreibt die Sprecherin, worin sich das Unverständnis der Mitmenschen konkret äußert; nämlich in der Konfrontation mit dem Vorurteil, nicht arbeiten zu wollen (Z. 20-21), um in einem vierten argumentativen Schritt, die Innensicht und Emotionen des Schmerzpatienten – in generalisierter Form – bezüglich der Konfrontation mit diesem Stigma zu beschreiben (Z. 21-23). Im fünften Teilsegment wechselt die Sprecherin von der allgemeinen Perspektive des Schmerzpatienten zu ihrer subjektiven Sichtweise, indem sie eine direkte Gegenüberstellung von früher und heute vornimmt, und die mit der Erkrankung verbundenen Veränderung erläutert (Z. 23-26). Im sechsten und letzten inhaltlichen Segment beschreibt die Sprecherin ihre Emotionen in Bezug auf diese Veränderungen und die damit einhergehende Konsequenz, nicht mehr arbeiten zu können. Am Ende des letzten Teilsegments wird zusätzlich der Umgang mit der Emotion Wut beschrieben (Z. 30-37).

Trotz der sehr unterschiedlichen Herangehensweise an die Frage des Umgang der Mitmenschen mit der Schmerzerkrankung, sind die beiden ausgewählten Textpassagen inhaltlich auffallend ähnlich gegliedert: Nachdem in beiden Textausschnitten zunächst eine allgemeine – weniger subjektive – Einschätzung zu der Situation der chronischen Schmerzpatienten in ihrer Lebenswelt geliefert wird (siehe Segmente 1 und 2), wechselt die Perspektive in einem nächsten Schritt zu einer Beschreibung der subjektiven Perspektive, welche in beiden Fällen (siehe Segmente 4) eher mit emotionsgeladener Semantik versprachlicht wird. Die letzten Segmente unterscheiden sich insoweit, dass Sprecherin I in die Perspektive der Gesunden einnimmt, während Sprecherin II innerhalb der Eigenperspektive verbleibt und eher den subjektiven Umgang und die Bewältigung der negativen Emotion erläutert.

5.2 mikrosprachliche Feinanalyse

5.2.1 Segment I

Innerhalb der mikrosprachlichen Feinanalyse kommt der Einstiegspassage eine besondere Bedeutung zu, „da sie eine verdichtende Kernpassage darstellt“ (Kruse, 2008, S. 89), in der in einer zusammenfassenden Weise, die Kernaussage der gesamten Passage abstrahiert dargestellt wird. Die erste abgeschlossene Sinnsequenz des Textausschnittes, fasst bereits in verdichteter Form die

Abschlussbericht Studienprojekt

Hauptaussage der gesamten Textpassage zusammen. Hier entwirft die interviewte Person das Bild, der von ihr empfundenen getrennten Lebenswelten von Kranken und Gesunden:

„(.) also (2) EIN aspekt (.) also der der Sicher=also weiß ich jetzt nicht=für chronische schmerzen ist das trifft wahrscheinlich zu=für JEde art von chronischer krankheit so doch die erfAHRung dass – gesunde und kranke doch in verschIEdenen welten leben“ (Z. 14-16).

Hier findet zum ersten Mal, die direkte Gegenüberstellung und damit Abgrenzung von *dem Kranken* und *dem Gesunden*, als gewissermaßen austauschbare Individuen mit dem Status oder auch Attribut der Krankheit bzw. der Gesundheit, statt. Die Wiederholung des Modalpartikels „doch“, deutet auf die subjektive Haltung der Sprecherin zur Satzaussage hin. Hierbei sind zwei verschiedene Lesarten denkbar, welche sich in ihrem Sinngehalt allerdings gegenseitig nicht widersprechen, sondern hypothetisch parallel nebeneinander stehen können. So ist zum einen denkbar, dass die Sprecherin mit dem Partikel „doch“ zum Ausdruck bringen will, dass sie bis zu einem bestimmten Zeitpunkt von etwas anderem überzeugt war. Die Krankheitserfahrung in ihrer zeitlichen Dimension, zeigt gewissermaßen, dass es *doch* anders ist, als zunächst angenommen. Eine andere Lesart wäre die Annahme, das Wort „doch“ als eine Art Rückversicherungspartikel zu verstehen. In diesem Fall, deutet es auf einen Versuch hin, die Bestätigung der Interviewerin zu erlangen, nach dem Motto: „Es ist *doch* so, das können Sie sich *doch* auch denken!“. Die anfängliche Unsicherheit in der Versprachlichung, welche sich in der „Unordnung der Erzählstruktur“ (Lucius-Hoene/Deppermann, 2004, S.72) zeigt, durch Reformulierungen, Pausen, Auslassungen, Unsicherheitsmarkierungen und Satzabbrüchen: „also der der Sicher=also weiß ich jetzt nicht= für [...]“, deutet auf einen „Ausdruck sprachlicher Suchbewegung und Formulierungsarbeit [und damit auf die] Erarbeitung von Standpunkten [hin]“ (ebd.).

Im Folgenden wird aufgelistet, welches die Bereiche sind, in denen sich die Wirklichkeit Kranker und Gesunder explizit unterscheiden. Dabei werden die lebensweltlich relevanten, aber dennoch abstrakten Konstrukte *Regeln*, *Maßstäbe* und *Schwerpunkte* genannt: „[...] einfach weil die regeln und die MAßstäbe - einfach Andere sind die schweERpunkte sind andere“ (Z. 16f.). Diese Aussage wird, gleich zweimal, mit der Selbstverständlichkeitsmarkierung „einfach“ verbunden, was der subjektiven Aussage größere Geltungskraft, und damit einen kollektivieren Charakter verleihen. In einem weiteren argumentativen Schritt stellt die Sprecherin die mit der Erkrankung entstanden Unterschiede zwischen den Lebenswelten, der „früher mehr oder weniger große überschneidungsmenge von gemeInsamem regeln und interessen und aktivitäten“ gegenüber, welche „zwangsläufig kIEIner [wird]“ (Z. 17-19). Die Einschränkungen, welche durch die Erkrankung

Abschlussbericht Studienprojekt

und den Schmerz erwachsen, beziehen sich hierbei vor allem auf Aktivitäten, die nicht mehr ausgeführt werden können, womit zwangsläufig eine Verschiebung der Interessen einhergeht. Auffällig ist, dass sich einzig das Wort „Regel“, sowohl in den Ausführungen über die entstandenen Unterschiede, als auch in Bezug auf die früheren Gemeinsamkeiten von Kranken und Gesunden auftaucht. Die Sprecherin scheint hier ihre eigene Lebenswelt als isolierte *Enklave* innerhalb einer, nach anderen Regeln verlaufenden, und von anderen Erfahrungen geprägten Welt der Gesunden zu evaluieren. Dabei scheinen Regeln gemeint zu sein, an die sich – ähnlich gesellschaftlichen Normen – alle Mitglieder einer Gesellschaft zu halten haben, die sich aber bezüglich der gesellschaftlichen Rolle oder Position zu ändern scheinen.

Die erwähnte Zwangsläufigkeit der Veränderung, sprachlich eingebettet in eine Passivkonstruktion, deutet auf eine empfundene passive Agency hin. Die subjektiv wahrgenommene Handlungs- und Wirkmächtigkeit (Lucius-Hoene/Deppermann, 2004), wird hier als sehr gering eingeschätzt. Inhaltlich gestützt wird diese Vermutung, durch die darauf folgende Satzpassage: „und das ist auch niemandes !SCHULD! und das !WILL! auch niemand so=weil das das hängt in der natur der situat!On einfach“ (Z. 20f.). In dieser Aussage kommt zum Ausdruck, dass es keine bewusste bzw. böswillige gesellschaftliche und lebensweltliche Ausgrenzung Kranker gibt, sondern dass diese gleichsam in der „natur der situation“ liegt und damit unveränderbar ist. Auch hier kommt die Machtlosigkeit, von einer unsichtbaren Handlungsmacht in eine gesellschaftliche Rolle gedrängt zu werden, deutlich zum Tragen. Durch die Darstellung, der passiven Agency, wird den Individuen selbst – sowohl den Gesunden, als auch den Kranken – ein Stück Handlungsverantwortung für die gesellschaftliche Position des Kranken genommen. Im folgenden Segment, wird die Konsequenz, welche sich aus den getrennten Lebenswelten für die Sprecherin ergeben versprachlicht:

„so dass also für den kranken einfach dadurch so ein stück innere EINSamkeit daraus erwächst=also unabhängig jetzt ob kontakte rein ÄUßerlich gesehen weiter aufrecht erhalten bleiben weil bestimmte erfahrungen kann man so auch gar nicht TEILen dann“ (Z. 21-24).

Als Resultat scheint sich eine Art unüberwindbare Fremdheit zwischen Kranken und Gesunden zu ergeben. Das Maß an Intersubjektivität, ein Teil der zuvor geteilten Lebenswelt verringert sich und die Folge ist „ein stück innere einsamkeit“ (Z. 21). Die Einsamkeit scheint sich demnach auf die Bereiche der Erkrankung zu beziehen, deren Erfahrungen man nicht mehr teilen kann. Nicht geteilt werden kann demnach eine bestimmte Perspektive auf die Welt. Es besteht kein gemeinsamer Wissenshorizont zwischen den Kommunikationspartnern. Sie besitzen in Bezug auf ihre Lebenssituation keinen gemeinsamen Erfahrungshintergrund im Sinne eines konjunktiven Wissens mehr (Kruse,

2008). Die Einsamkeit wird mit dem Attribut „innere“ belegt, denn rein äußerlich werden die Kontakte nicht abgebrochen (vgl. Z. 23). Dabei scheint die Einsamkeit hier aus der entstandenen Fremdheit zu erwachsen und drückt das Motiv des „Sich unverstanden fühlen“ im Kreise der Gesunden aus.

Im nächsten inhaltlichen Teilsegment wechselt die Perspektive der Sprecherin vom Kranken zum Gesunden, nachdem in einer Überleitung darauf hingewiesen wird, dass man nicht erwarten kann, bestimmte Erfahrungen zu teilen: „kann man auch nicht erwAR:ten weil ja einfach der gesunde mensch in einem völlig anderen rhythmus auch lebt dann ne-“ (Z. 24-25). Die Verwendung Idefinitpronomens „man“ verleiht der Aussage dabei allgemeingültige Geltungskraft. Die Schwierigkeit, welche für die Gesunden aus dem Zusammenleben mit einem chronisch kranken Menschen erwachsen, kämen vor allem durch die „!DAU!ernde konfrontation [...] mit einer krankheit oder mit schmerz“ (Z. 28-29), zustande. Die ständige, nicht abreißen wollende Auseinandersetzung mit der Andersartigkeit des kranken Menschen, wird von der Sprecherin „für viele gesunde“ als „schwie:rig“ erlebt. Aus der Perspektive des Gesunden entwirft die Sprecherin dann in einer Art szenischem Präsens folgendes Bild des chronischen Schmerzpatienten: „er sTlrbt nicht=er wird aber auch nicht gesund“ (Z. 27-28). Die andersartige Rolle bleibt bestehen und muss – von beiden Seiten – bewältigt werden.

5.2.2 Segment II

Auch innerhalb der zweiten Textstelle, bildet die Eingangspassage eine zusammenfassende Aussage dessen, worauf sich die Sprecherin im Folgenden beziehen wird: „die Mltmenschen gehen halt (.) mit schmerzpatienten sehr schlecht um allgemein“ (Z. 15-16). Die verallgemeinernde Formulierung aus der Außenperspektive erweckt den Eindruck, dass keine subjektive Sichtweise, sondern eine unbestreitbare Tatsache dargelegt werden soll. Sprachlich kommt dieser Eindruck durch die Verwendung des Abtönungspartikels „halt“ und die Vermeidung von Personalpronomina zustande. Es folgt eine direkt angebundene Erklärung dieser Aussage, die mit der adversativen Konjunktion „aber“ eingeleitet wird. Diese Formulierung verweist auf ein konzessives Zugeständnis und nimmt damit die Schärfe der vorher getroffenen Anschuldigung aus der Aussage:

„aber weil sie einfach-sie verstEHen s nicht, die menschen verstEHen !NUR! das was sie kennen, krebs diabetes (.) was es noch alles gibt ne (.) herzkrankheit und so=das verstEHen sie ALLE und für DAS haben sie- hat auch JEder verstÄndnis ja (.) nur für einen schMERzpatient hat KEINER verständignis“ (Z. 16-19).

Abschlussbericht Studienprojekt

Ähnlich, wie in Textpassage I, wird hier die Problematik zwischen sozialer Umwelt und Schmerzpatient als ein Nicht-Verstehen-Können, vor allem von Seiten der Mitmenschen, vermittelt. Eine weitere Parallele zeigt sich in der Verwendung der Selbstverständlichkeitsmarkierung „einfach“. Auch die verallgemeinernde Formulierung wie „die Menschen“ verweisen auf die Absicht, der Aussage eine kollektive Geltungskraft zu verleihen (alle Menschen, die nicht betroffen sind). Damit wird ebenfalls eine Trennung und direkte Gegenüberstellung von Schmerzkranken und allen anderen Menschen vorgenommen. Im Gegensatz zu der ersten Textpassage, wird hier kein Verständnis für das Nicht-Verstehen-Können der gesunden Mitmenschen aufgebracht, sondern im Kontrast dazu, eher ein Vorwurf erhoben. Während von der Sprecherin I, die Problematik auf alle chronisch kranken Menschen ausgeweitet wird, kann man innerhalb der zweiten Passage davon sprechen, dass die Rolle des *Unverstandenen*, explizit von Schmerzpatienten eingenommen wird, während andere chronische Krankheiten davon ausgeschlossen werden: „krebs diabetes (.) was es noch alles gibt ne (.) herzkrankeheit und so=das verstEHen sie ALLE und für DAS haben sie- hat auch JEder verstÄndnis ja (.) NUR für einen schMERzpatient hat KEINER verständnis“ (Z. 17-19). Das anaphorische Personalpronomen „sie“ meint hierbei die soziale Gruppe der Gesunden. Durch die Gegenüberstellung des Indefinitpronomens „alle“ mit dem Modaladverb „nur“, welches zusätzlich emphatisch durch eine Betonung hervorgehoben ist, wird hier nochmals auf eine kollektive Verallgemeinerung der Aussage, und deren Totalitäts-Charakter für die Sprecherin verwiesen. Im folgenden Textsegment wechselt die Textart in den szenischen Präsens aus der Perspektive des Gesunden: „der macht ja bloß so der hat keine lust zum arbeiten“ (Z. 20-21). Der sprachliche Wechsel in den szenischen Präsens hat hier den Effekt der Hervorhebung und Veranschaulichung des Vorurteils, mit welchem sich die Sprecherin konfrontiert sieht. Zunächst wechselt die Sprecherin im folgenden wieder in die Perspektive der chronisch Kranken und beschreibt in verallgemeinernder Form die emotionale Reaktion auf die soziale Diskriminierung:

„DAS kriegst zu hören und das verletzt uns ALLE=an und für sich=jetzt nicht bloß MICH (2) ich denk die anderen schmerzpatienten genauso (.) weil wir würden gern ALLE arbeiten aber es !GEHT! Nicht=“ (Z. 20-22).

Der Gebrauch des Pronomens *du* („das kriegst [du] zu hören“) verschiebt das deiktische Zentrum auf die ZuhörerIn, welche dadurch aufgefordert wird, das Dargestellte so zu verstehen, als sei es ihr selbst widerfahren, um sich emotional in die Position des chronisch Schmerzkranken hinein versetzen zu können. Denkbar ist auch diese Redewendung „als unpersönliche, beide Beteiligten einschließende Instanz des verallgemeinerten Anderen“ zu verstehen (Lucius-Hoene/Deppermann, S.

260). Die subjektive Erklärung für die emotionale „Verletzung“, wie es von der Sprecherin formuliert wird, ist der in kollektiver Form ausgedrückte Wunsch, arbeiten zu wollen. Hier wird allerdings zum ersten Mal eine Äußerung der Unsicherheit in Bezug auf die Verallgemeinerung auf die Gruppe der Schmerzpatienten vorgenommen („ich denk die anderen schmerzpatienten genauso“, Z. 21). Die Berufsunfähigkeit wird hierbei als etwas definiert, was einen Menschen in seinem gesellschaftlichen Wert herabzusetzen scheint. Darauf sei hier allerdings nur am Rande verwiesen, da sich an diesen Aspekt eine weitere Analyse anschließen soll.

Im nächsten sprachlichen Schritt beschreibt die Interviewte schließlich den Grund für die Arbeitsunfähigkeit, indem sie eine direkte sprachliche Gegenüberstellung von „früher“ (Z. 23) und „heute“ (Z. 24) vornimmt. Damit drückt sie die aus der Erkrankung resultierenden empfundenen Veränderungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit aus:

„aber es !GEHT! nicht=ich kanns von der konzentration nicht=einmal mehr=früher konnte ich einen tisch mit zehn personen locker aufnehmen ge mit umbestellungen mit allem=hat alles (.) funktioniert HEUT zwei getränke muss ich an der kasse stehen und überlegen MENSCH was kriE:gen die jetzt wieder, (lachen)“ (Z. 22-25).

Innerhalb des letzten Absatzes des Textsegmentes, geht die Sprecherin aus der subjektiven Innensicht-Perspektive auf ihre persönlichen Gefühle in Bezug auf die empfundene Arbeitsunfähigkeit ein:

„nee das ist=und das macht einen wütend [...] und diese WU:T bei mir sitzt sie da also in der ma gegend ne, und da sitzt sie dann und dann rumort es, und dann merk ich entweder du gEH:st jetzt oder du schreist da drin gleich wie blöd=und dann sag ich auch immer ich GEH jetzt da muss ich gehen=weil ich halt das nicht aus“ (Z. 29-36).

Durch den Wechsel in den szenischen Präsens und die Verwendung der Personalpronomen „ich“ und „mir“ wird hier zum ersten mal eine eindeutige Innenperspektive von der Sprecherin eingenommen. Die Wut wird dabei personifizierend dargestellt („da sitzt sie dann“, Z. 32), als ob sie in animistischer Manier Bewusstsein und einen eigenen Willen besitzen würde.

5.3 Bündelung und Interpretation der Analyseergebnisse: zentrale Motive und Thematisierungsregeln

Im Folgenden werde ich zunächst versuchen, die Gemeinsamkeiten der Motive und die Kontraste in der sprachlichen Thematisierung zwischen den beiden Textstellen herauszuarbeiten, um in einem weiteren Schritt eine Interpretation der der Analyseergebnisse vorzunehmen.

Abschlussbericht Studienprojekt

Zusammenfassend ist zu sagen, dass sich die beiden Textpassagen trotz ihrer sehr unterschiedlichen sprachlichen und inhaltlichen Herangehensweise an die Interviewerfrage erstaunlich ähneln. Von beiden interviewten Personen wird das Verhältnis zu den Mitmenschen aufgrund eines Unverständnisses für die Situation des Kranken als problematisch eingeschätzt. In beiden Textstellen findet sich – vor allem sprachlich – eine eindeutige Trennung zwischen der Gruppe der Gesunden und der Kranken. Während in Textstelle I „jede Art von chronischer Krankheit“ (Z. 15) gemeint ist, werden in der zweiten Textstelle „die Menschen“ explizit dem „Schmerzkranken“ gegenüber gestellt und die Gruppe der Kranken damit eingegrenzt. Eine weitere auffällige Gemeinsamkeit findet sich zusätzlich in der Gegenüberstellung von *früher* und *heute* zur Beschreibung der stattgefunden Veränderung und dem damit verbundenen Status der *Andersartigkeit*.

Während von der Sprecherin II sprachlich eine klare Schuld- und Verantwortungszuweisung vertreten wird („die Mitmenschen gehen halt (.) mit schmerzpatienten sehr schlecht um allgemein“, Z.15-16), wird innerhalb des ersten Interviews eine klare Zurückweisung einer menschlichen Verantwortung vorgenommen („das ist auch niemandes !SCHULD! und das !WILL! auch niemand so“, Z.20). Hier bleibt die Agency oder Wirkmächtigkeit passiv, von der Situation ausgehend beschrieben, während sie im ersten Fall sprachlich aktiv von den Mitmenschen ausgeht.

Zentrale Motive in beiden Interviews sind also demnach zum einen die Trennung und damit Ausgrenzung des Kranken aus der Gruppe der Gesunden. Man kann also davon ausgehen, dass von beiden befragten Personen eine gesonderte soziale Rolle des Kranken wahrgenommen wird. Die gesellschaftliche Ausgrenzung wird in beiden Fällen beschrieben, als ein „Sich unverstanden Fühlen“ durch die für den Gesunden fremde Situation der chronischen Krankheit bzw. des chronischen Schmerzes. Innerhalb der ersten Textstelle wird das Unverständnis des Gesunden durch das symbolische Bild der zwei Welten und den nicht geteilten Erfahrungshorizont versprachlicht. In der zweiten Textstelle wird ebenfalls auf die unbekannte und damit ungeteilte Krankheitserfahrung hingewiesen: „die menschen verstEHen !NUR! das was sie kennen, krebs diabetes (.)“ (Z.16-17). Das Unbekannte, hier das Erleben der chronischen Schmerzerfahrung, führt in Abhängigkeit der unterschiedlichen biografischen Erfahrung zu abweichenden Deutungsmustern der Welt (Schneider, 2004). Aus Sicht der Psychosomatischen Anthropologie heißt Schmerzen haben: „Durch den Schmerz in einer Situation leben. Dies prägt die Beziehungen, Einstellungen, Handlungen, ist keine isolierte Tatsache „in“ oder „an“ einem Individuum, sondern eine Dimension des interpersonellen Feldes“ (Frick, 2009, S. 151). So beschreiben beide Interviewpartnerinnen die Konsequenzen, welche sich durch die Erfahrungen in diesem interpersonellen Feld ergeben, aus unter-

Abschlussbericht Studienprojekt

schiedlichen Perspektiven; Zum einen als „innere Einsamkeit“, zum anderen als Wut auf gesellschaftliche Vorurteile dem bzw. der Kranken gegenüber.

Der Kondensierungszwang innerhalb eines Interviews, zwingt die interviewte Person zu bestimmten subjektiven Relevanzsetzungen innerhalb ihrer sprachlichen Ausführungen (Neises, et a., 2005). Diese Relevanzsetzungen fallen in beiden Interviewpassagen unterschiedlich aus. Während in Passage I der Hauptaspekt auf den getrennten Lebenswelten und der Andersartigkeit der sinnverstehenden Deutungen innerhalb dieser Welten liegt, wird in Passage II vor allem, das aus dem Unverständnis der Mitmenschen erwachsende Vorurteil betont. Zu bedenken ist hierbei, dass beide Sprecherinnen aufgrund ihrer unterschiedlichen biografischen Erfahrungen und der sehr verschiedenen Diagnosen eine sehr unterschiedliche Perspektiven auf das Problem einnehmen. Für die selbstständige Gastronomin ist die Arbeitsunfähigkeit biografisch eventuell als eine größere Hürde anzusehen, als für die Akademikerin.

Wie kann man nun aber den Prozess beschreiben, der dem chronisch kranken Menschen eine eigene soziale Rolle, mit spezifischen „Regeln“, wie es von Sprecherin I formuliert wird, zuschreibt? Talcott Parsons formulierte in seiner Konzeptualisierung der Krankenrolle (*Social Systems*) eine Erklärung hierfür: Innerhalb eines funktionierenden Gesellschaftssystems, werde an jedes Individuum die Anforderung gestellt, „im Rahmen vorgegebener beruflicher und sozialer Rollen und unter Konkurrenzbedingungen einen Beitrag zum Funktionieren des gesellschaftlichen Systems zu erbringen. Der gesellschaftliche Wert eines Individuums werde in heutigen Gesellschaften nach verwertbaren Leistungen bestimmt“ (Hurrelmann, 1992, S.67). Hiernach würde der soziale Wert eines chronisch kranken Menschen zwangsläufig herabgesetzt werden, was sich sowohl in der Beschreibung der gesellschaftlichen Diskriminierung, als auch in der Wut auf die eigene Arbeitsunfähigkeit in Interview II zeigt. „Normale soziale Rollen, kann der einzelne im Falle einer Erkrankung vor allem auch deshalb nicht ausfüllen, weil er [...] wegen Schmerzen und Behinderung, die seine Aufmerksamkeit weitgehend absorbieren, [...] die kognitiven bzw. mentalen Voraussetzungen für einen reziproken Austausch mit anderen im Alltag nicht (mehr) erfüllt.“ (Parsons, 1978, S. 67).

Durch die Berufsunfähigkeit, welche empfindlich mit der Identität eines Menschen in der heutigen Gesellschaft verknüpft ist, werden die Verbindungen zerrissen, „die eine Eingliederung in die Gesellschaft und damit die Existenz ermöglichen. [So kommt] der Krankheit die Bedeutung eines sozialen Ausschlusses [zu]. Sie isoliert den Kranken von der Welt und von den Mitmenschen und schließt ihn in einer Einsamkeit ein, die sich nicht teilen lässt“ (Herzlich/ Pierret, 1991, S. 215). Diese Erkenntnis, zu der Herzlich und Pierret in ihren qualitativen Studien mit kranken Menschen

Abschlussbericht Studienprojekt

kommen, ähnelt sowohl im Wortlaut, als auch im Inhalt den geschilderten Erfahrungen der Schmerzpatienten in dieser Studie.

„Erzählungen spielen auch für den Aufbau und die Vermittlung von Selbst- und Fremdbildern eine wichtige Rolle“ (Neises et al., 2000, S. 78). Wie also wirken sich die Erfahrungen der chronischen Schmerzerkrankung auf Selbst- und Fremdsicht in Bezug auf die Zuschreibung einer gesellschaftlichen Krankenrolle aus? Vor allem die Theorie des Symbolischen Interaktionismus setzt sich mit der Wechselwirkung von Selbstdefinition und gesellschaftlicher, teilweise stigmatisierender Fremddefinition auseinander (Hurrelmann, 1992). Man kann davon ausgehen, dass die gesellschaftliche Rollenzuschreibung Auswirkungen auf die subjektive Selbstsicht hat, indem die von außen kommende Fremdsicht gewissermaßen internalisiert wird. „Die Definition eines Menschen als *krank* [...] stellt immer auch eine Aussonderung und soziale Zurückweisung dar“ (Hurrelmann, 1992, S. 69). Diese Zurückweisung wird zu einem gewissen Teil integraler Bestandteil des subjektiven Selbstbildes. An den untersuchten Interviewpassagen ist dies zum einen in der beschriebenen inneren Einsamkeit und scheinbar akzeptierten Andersartigkeit, zum anderen in der eigenen Wut auf die eigene Arbeitsunfähigkeit und eingeschränkte Leistungsfähigkeit als Reaktion auf das gesellschaftliche Vorurteil, nicht arbeiten zu wollen, zu erkennen.

6. Zusammenfassung und Ausblick

Durch die erfolgte Kontrastierung und Gegenüberstellung zweier repräsentativer Textsegmente konnte deutlich gemacht werden, welche Auswirkungen die Krankheitserfahrung chronischer Schmerzen auf die gesellschaftliche und sozialräumliche Positionierung eines Individuums und damit auf seine Identitätskonstruktion hat. Es konnte gezeigt werden, dass aus der sozialräumlichen Verortung heraus, Identität konstruiert wird (Lucius-Hoene, 2002). Zusätzlich wurde herausgearbeitet, wie eine mögliche Zuschreibung der gesellschaftlichen Krankenrolle sprachlich thematisiert und verarbeitet wird.

Besonders auffällig ist dabei die klare Abgrenzung zwischen *Kranken* und *Gesunden* und damit die sprachliche Konstruktion zweier sozialer Gruppen, welche in beiden Interviews hohe Relevanz markieren. Das herausgearbeitete zentrale Motiv der kommunikativen Barriere des Gegenseitigen Verstehens, im Sinne geteilter Wissens- und Erfahrungshorizonte scheint in Bezug auf die Erfahrung der gesellschaftlichen Rollenzuschreibung, besonders wichtig zu sein.

E. Goffman (1963) geht darauf ein, dass sich mit der Diagnose einer chronischen Krankheit „auch

Abschlussbericht Studienprojekt

die persönliche und soziale Identität eines Betroffenen [...] verändert, und zwar entsprechend dem Stigma, das die Kranken zu einer minderwertigen Statusgruppe gehören lässt“ (Gerhardt, 1991, S.147). In vielen weiteren Interviews tauchen ähnlich, wie im zweiten bearbeiteten Textabschnitt, Aussagen zur Stigmatisierung chronischer Schmerzpatienten auf, die sich vor allem darauf beziehen, dass durch die Berufsunfähigkeit kein *Beitrag zur Gesellschaft* mehr geleistet werden kann. Dieser Vorwurf zeigt sich sowohl als eine Art internalisierte Norm, in Form von Selbstvorwürfen, schlechtem Gewissen und Äußerungen von Scham und Peinlichkeit:

„ich hab halt immer das gefühl gehabt dadurch dass ich halt so lange schon zu hause bin - komm ich mir irgendwie ja ist halt teilweise peinlich - was was denken die leute jetzt ne du bist die ganze zeit zu hause arbeitest nicht“ (Transkript CS09, Basis 10:95),

„was bin ich jetzt, bin ich jetzt n krüppel, oder bin ich jetzt komplett unfähig, überhaupt noch irgend was für die gesellschaft beizutragen“ (Transkript CS25, Basis, 22:44)

Als auch in Bezug auf direkte Konfrontationen mit gesellschaftlichen Stigmatisierungen und Vorwürfen: „wenn jemand sagt also das ist n fauler sack der hat kein bock zum arbeiten ne“ (Transkript CS09, Basis, 10:98),

„[...] und auf der anderen seite steht natürlich halt auch gleich wieder- ja teilweise eben wie gesagt die öffentlichkeit oder von wegen ja du bist doch noch so jung du kannst doch jetzt nicht der- dein lebtage in anführungszeichen jetzt schon in rente sein du musst doch wieder schaffen du musst doch wieder was machen“ (Transkript CS05, Basis 6:115).

Aufgrund der großen Relevanz und Problematik, welche von dieser Thematik für die SchmerzpatientInnen auszugehen scheint, erscheint es sinnvoll, eine Längsschnittanalyse über viele Interviews des Moduls *Chronischer Schmerz* hinweg, anzuschließen. Dieses Vorhaben würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, gibt aber eine Anregungen zu weiterführenden Fragestellungen.

„If you miss being understood by layman, and fail to put your hearers in
this condition, you will miss reality“ (Hippocrates²)

² Kleinmann, 1988

Literatur

Bernhard, T. (1982): Wittgensteins Neffe. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Deppermann, A. (2001): Gespräche analysieren. Opladen: Leske und Budrich.

Frick, E. (2009): Psychosomatische Anthropologie: Ein Lehr- und Arbeitsbuch für Unterricht und Studium. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart.

Gerhardt, U. (1991): Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie: Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Goffman, E. (1968): Stigma. Frankfurt: Suhrkamp.

Helferich, C. (2005): Qualität qualitativer Daten- Manual zur Durchführung qualitativer Einzelinterviews. Wiesbaden: VS-Verlag.

Herzlich, C., Pierrett, J. (1991): Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden. München: Beck.

Hurrelmann, K., (1992): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Juventa: München.

Kleinman, A. (1988): The Illness Narratives; Suffering, Healing, and the Human Condition. New York: Basic Books.

Kruse, J. (2008): Reader, Einführung in die qualitative Interviewforschung. Freiburg (Bezug über: <http://www.soziologie.uni-freiburg.de/kruse>).

Kuckartz, U., (2005): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden: VS-Verlag.

Lucius-Hoene, G., Deppermann, A. (2004): Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. (2.Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.

Neises, M., Dietz, S. (Hrsg.) (2000): Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde. Stuttgart/New York: Thieme.

Parsons, T. (1975): The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. *Milbank Memorial*

Abschlussbericht Studienprojekt

Fund, Health and Society. 53: 257-278.

Parsons, T. (1978): Health and Disease: A Sociological and Action Perspective In: Parsons, T. (1978): Action Theory and the Human Condition: London: Macmillan.

Schneider, W. L. (2004): Grundlagen der soziologischen Theorie. Sinnverstehen und Intersubjektivität- Hermeneutik, funktionale Analyse, Konversationsanalyse und Systemtheorie. Wiesbaden: VS Verlag.

Zapotoczky, H. G., Nutzinger, D. (1995) (2. Aufl.): Psychologie am Krankenbett. Die seelische Not von Kranken und Betreuern. Weinheim: Psychologie Verlag Union.

Anhang

Interviewtranskripte

Passage I

Selected Quotation

HU: CSAktuell
File: [M:\Projekte\DIPEX\ATLAS.TI\CS-AtlasSarah\CSAktuell.hpr6]
Edited by: GUEST
Date/Time: 01.03.10 15:38:02

P 2: CS01Basis.rtf - 2:90 [nee ich meinte jetzt noch so a..] (136:149) (Super)

Codes: [U 01 FREUNDE UND BEKANNTE] [U 02 SCHMERZ IN DER GESELLSCHAFT]

No memos

NEE ich meinte jetzt noch so auch die erfahrung mit Anderen also wie gehen andere mit deiner erkrankung um (.) was gibt es so auch vielleicht für auswirkungen auf partner familie=was hast du DA für erfahrungen gemacht wie Andere mit den schmerzen umgehen

also jetzt so im freundes und bekanntenkreis ja

mhm

dann ne ja

ja

(.) also (2) EIN aspekt (.) also der der Sicher=also weiß ich jetzt nicht=für chronische schmerzen ist das trifft wahrscheinlich zu=für JEde art von chronischer krankheit so doch die erfAhrung dass - gesunde und kranke doch in verschIEdenen welten leben einfach weil die regeln und die MAßstäbe - einfach Andere sind die schwerpunkte sind andere und die früher mehr oder weniger grosse überschneidungsmenge von gemEinsamen regeln und interessen und aktivitäten die wird zwangsläufig klEIner - und das ist auch niemandes !SCHULD! und das !WILL! auch niemand so=weil das das hängt in der natur der situatIon einfach - so dass also für den kranken einfach dadurch so ein stück innere EINsamkeit daraus erwächst=also unabhängig jetzt ob kontakte rein ÄU-ßerlich gesehen weiter aufrecht erhalten bleiben weil bestimmte erfahrungen kann man so auch gar nicht TEILen dann - kann man auch nicht erwAR:ten weil ja einfach der gesunde mensch in einem völlig anderen rhytmus auch lebt dann ne - und - und eben der chronisch kranke oder der jetzt in dem fall der chronisch schmerzkranke - er stirbt nicht=er wird aber auch nicht gesund und das ist für viele gesunde ist es schon ein bisschen schwie:rig gegen diese DAUERnde konfrontation jetzt irgendwie mit - mit einer krankheit oder mit schmerz - und das hört nicht AUF das das ist schon schwierig für einige - und die reaktion darauf ist dann schon UNterschiedlich

Ausarbeitung (DIPEX)

Praktikumsbestätigung

Praktikumszeugnis