

Psychotherapeutische Praxis als Quelle qualitativer sozialwissenschaftlicher Forschung

Klaus Leferink

[Forum Gemeindepsychologie, Jg. 13 (2008), Ausgabe 2]

Zusammenfassung

Die Möglichkeiten für niedergelassene Psychotherapeuten, eine aus ihrem Arbeitsfeld erwachsende sozialwissenschaftlich-psychologische Forschung zu initiieren, sind begrenzt: Die Gründe hierfür liegen in der vorherrschenden Forschungslandschaft und -philosophie ebenso wie in den begrenzten Ressourcen, v.a. aber in der Vielgestaltigkeit und Heterogenität der Lebenslagen und -probleme, mit denen die Therapeuten konfrontiert sind. Sie machen es schwierig, gemeinsame Nenner zu finden, die mehr als nur klinischer Natur sind.

Als eine Möglichkeit, qualitative Forschung zu betreiben, wird die Entwicklung einiger Kategorien vorgestellt, die basale Konstituenten des subjektiven Lebensgefühls der Klienten abbilden sollen. Diese Kategorien sind "Bleiben", "Warten" und "Aufheben". Die Passung dieser Kategorien zu verschiedenen Aspekten der sozialen Umwelt wird diskutiert. Weiterhin wird das Problem beschrieben, dass das offensichtliche Legitimitätsgefühl, das die Klienten mit diesen Kategorien verbinden, im Widerspruch zur Selbstbeschreibung der Gesellschaft als flexibel, mobil und dynamisch steht. Von daher gesehen wird als übergreifendes Thema qualitativer Forschung im Bereich der Psychotherapie die Identitätsentwicklung unter den Bedingungen einer ambivalenten Moderne vorgeschlagen.

Schlüsselwörter: Sozial-phänomenologischer Ansatz, Psychotherapieforschung, Qualitative Forschung

Summary

The opportunities for registered psychotherapists to initiate research in the social sciences and psychology outside their field are limited. The reasons for this lie in the dominant landscape and philosophy of research as well as in limited resources but above all in the diversity and heterogeneity of the living situations and problems with which therapists are confronted. These things make it difficult to find a common denominator of anything other than a clinical nature.

One opportunity to pursue qualitative research is to develop several categories intended to represent the fundamental constituents of clients' subjective attitude toward life. These ideas are: "remaining," "waiting," and "preserving" How these categories fit with various aspects of the social environment will be discussed. In addition, another problem to be addressed is the fact that the evident feelings of legitimization clients associate with these categories are in conflict with the society's self-description as flexible, mobile, and dynamic. Seen from this perspective, the overarching topic we are proposing for qualitative research in the field of the psychotherapy is identity development under the conditions of an ambivalent modernity.

Key words: Socio-Phenomenological Approach, Psychotherapy Research, Qualitative Research

Einleitung

Wer eine universitäre Ausbildung durchlaufen hat, wird in den meisten Fällen gelernt haben, "Forschung" und "Praxis" als zwei einander wesensfremde Bereiche aufzufassen, die jeweils nach eigenen Gesetzmäßigkeiten

funktionieren und sich nur ausnahmsweise berühren. Forschung wird assoziiert mit "Ergebnissen" und "Publikationen", "Projekten", "Drittmitteln", "Planungen" und vor allem mit einer Vielzahl methodischer Bedenken.

Die alternative Möglichkeit einer selbstinitiierten, direkt aus dem eigenen Lebens- und Arbeitszusammenhang erwachsenden und im Vergleich zur organisierten Forschung eher naiven low-budget-Forschung, die einfach aus der Neugier entspringt, Dinge um einen herum zu verstehen, gerät so aus dem Blick. Dabei steht diese Art von Forschung eigentlich am Anfang der Therapie: In der Entwicklung der psychotherapeutischen Schulen zeigt sich die Gemeinsamkeit, dass in der jeweiligen Gründergeneration noch eine Einheit von Forschung und Praxis als Ideal hochgehalten wird – der Therapeut als Wissenschaftler. Dies gilt übrigens gleichermaßen für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, wenn auch mit einem divergierendem Wissenschaftsverständnis. Dieser manchmal naive und methodisch noch wenig sophistische, dafür aber direkte und erkenntnisinteressierte Ansatz geht dann in der weiteren Entwicklung der nun zu einer "Schule" werdenden Therapieform in der Tendenz verloren. Spätere Generationen von Adepten treten in eine fertige Welt mit feststehenden Grundsätzen und einem ausgebildetem wissenschaftlich-bürokratischen Komplex ein, eine Welt, die scheinbar schon ewig existiert hat. Forschung findet immer mehr in Form von organisierten "Vorhaben" statt, die man beantragen oder bewilligen lassen muss.

Selbstbeforschung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten geschieht in der Regel in zwei Formen: (1) als *Basisdokumentation* der Patientin und Interventionen, um Klarheit darüber zu gewinnen, welche Menschen mit welchen Problemen man wie behandelt oder (2) als fallbezogene *Reflexion* bestimmter Patienten, bestimmter Probleme oder Techniken sowie als *Entdeckung* neuer Zusammenhänge. Beide Formen können sich als enorm wertvoll für den einzelnen Therapeuten oder die wissenschaftliche Gemeinschaft erweisen. Im vorliegenden Fall möchte ich einen weiteren Weg andeuten, den ich bereits in einem anderen Zusammenhang (Leferink, 1997a) skizziert habe: die sozial-phänomenologische Aufschlüsselung eines bestimmten *Lebensgefühls*. In der damaligen Untersuchung hieß es, mit Bezug auf chronisch psychisch Kranke, Ziel der Untersuchung sei "... die Entwicklung eines begrifflichen Systems, mit dem sich einige wesentliche Züge der subjektiven Lebenswirklichkeit chronisch psychisch Kranker darstellen lassen. Es geht gewissermaßen um basale Konstituenten, die das Gerüst eines Lebensgefühls ausmachen" (S. 90). Dieser Ansatz ist zugleich ein Plädoyer dafür, in der Forschung, die von der Therapie ausgeht, mehr zu sehen als nur selbstreferentielle Forschung – also *Therapieforschung*: Es kann sich daraus *genuin psychologische Forschung und Sozialforschung* entwickeln, Forschung mithin, die sich für das interessiert, was mit den Menschen in der Gesellschaft geschieht und sich in der Therapie in einer beredten Form niederschlägt. Therapeuten und Therapeutinnen befinden sich, was den Zugang zur gesellschaftlichen Wirklichkeit betrifft, in einer Position, die nur dem Beichtvater oder Hausarzt früherer Zeiten vergleichbar ist – an einem sozialen Ort, in dem ungeheuer viele Informationen vor allem subjektiver und privater und zugleich ganzheitlicher Natur zusammenfließen, Informationen, zu denen man mit anderen Methoden wie Beobachtung, Interviews oder Fragebögen meist nur einen oberflächlichen und zudem ein atomisiertes Bild der Wirklichkeit reproduzierenden Zugang hat.

Wieso existiert dann aber so wenig sozialwissenschaftliche Forschung, die von der Therapie ausgeht? Die Gründe hierfür sind vielfältig. Die Therapeutin / der Therapeut ist primär an der Person des Klienten und seinen Problemen interessiert. Sozialwissenschaftliche Generalisierungen gehören nicht zum "Arbeitsauftrag" und erscheinen für die Fragestellungen der Therapie zunächst einmal irrelevant. Die Therapeutin ist in gewisser Weise "zu nahe dran", sieht die Bäume, aber nicht den Wald. Je konkreter und differenzierter die Klientin wahrgenommen wird, umso schwieriger werden Generalisierungen. Vor allem aber geht die psychotherapeutische Problemlösung in eine andere Richtung als die wissenschaftliche.

Beispiel: Die Kassiererin in einem Discounter leidet unter Panikattacken. Ich erfahre aus ihren Erzählungen vieles über den Supermarkt, in dem sie arbeitet – Arbeitszeiten, Handlungsabläufe, Machtstrukturen, Selbstbeschreibungsformen, Bewusstseinsformen und psychische Konflikte der Mitarbeiter und Vorgesetzten.

Obwohl die Berichte der Patientin mehr oder weniger unabsichtlich ein differenziertes Bild des Marktes entstehen lassen, ist dieses für die therapeutische Problemlösung nicht unmittelbar entscheidend. Es sind nicht "die Arbeitsbedingungen", "der Stress", die die Panik erzeugen. Als entscheidend erweist sich vielmehr der Umstand, dass sich an diesem Ort eine Konstellation wiederholt, die die Patientin aus ihrer Familie kennt. Alle ihre Geschwister sind "Versager", die Patientin ist die einzige, die in der Lage ist, den Lebensunterhalt zu erwerben; aber die Mutter gibt ihre Zuwendung den Geschwistern und straft die Patientin durch Nichtachtung. Als die Patientin durch eine Erkrankung der Vorgesetzten selbst in die Rolle der Chefin kommt, wozu sie eigentlich aufgrund ihrer Fähigkeiten prädestiniert wäre, entsteht in ihr das Gefühl, dass sie sich etwas herausnimmt, was ihr nicht zusteht. Als Chefin droht sie die Zuwendung der Kolleginnen ("Geschwister") zu verlieren und plötzlich vollkommen alleine da zu stehen. Der Konflikt zwischen Wunsch nach einer Führungsposition und der Angst vor Liebesentzug und Alleinsein sind die Basis für die Entstehung der Panikattacken.

Das Beispiel deutet an, wie sozialwissenschaftliche Forschung und psychotherapeutische Problemlösung divergierende Wege einschlagen: Forschung ist erkenntnisgenerierend und verallgemeinernd, Therapie ist erkenntnis-anwendend und individualisierend. Wenn also doch Forschung aus diesem Bereich entstehen soll, wird man sich über die "geeignete Forschungsfrage" Gedanken machen müssen.

Der Bezirk

Aus dem Projekt psychosoziale Beratung der FU-Berlin, in dem der Autor einige Jahre mitgearbeitet hat, stammt die Idee einer "Stadtteildiagnostik", die leider nie realisiert wurde (J. Bergold, M. Zaumseil, persönliche Mitteilung). Diese Idee wird hier insofern aufgegriffen, als einige eher atmosphärische Aspekte des Stadtteils in Form bestimmter Indikatoren beschrieben und in Beziehung zum oben angesprochenen Lebensgefühl gesetzt werden. Dies ist ein anderer Ansatz als etwa eine epidemiologische, versorgungspolitische oder institutionsorientierte Analyse (welche Einrichtungen gibt es für wen mit welchen Problemen, wie kooperieren sie?). Es wird mit anderen Worten untersucht, wie bestimmte Grundzüge des subjektiven Lebensgefühls der Klienten sich mit den phänomenologischen Bedingungen des Milieus in Beziehung setzen. Zugegeben: Eine solche Untersuchung, die versucht ein "Gefühl" mit einer "Atmosphäre" zu korrelieren, hantiert mit einigermaßen diffusen Begrifflichkeiten. Dass sich diese dennoch auf durchaus reale Qualitäten beziehen, wird jeder bejahen können, der einmal eine andere Stadt besuchte und dort Gelegenheit hatte, eine andere Atmosphäre zu "schnuppern". Es ist diese Atmosphäre, nicht die unmittelbaren facts und figures, die bestimmt, wie er sich in seinem Fühlen und Denken auf die Stadt einlässt.

Tucholsky hat einmal gesagt, Berlin vereinige die Nachteile einer amerikanischen Großstadt mit den Nachteilen einer deutschen Provinzstadt. Vielleicht hat er dabei ganz besonders an den Bezirk Tempelhof gedacht, dem man nicht Unrecht tut, wenn man ihn als einen Bezirk charakterisiert, der eher unspektakulär ist und sozial und kulturell nicht zu den lebendigsten Berlins gezählt wird – gewissermaßen ein Innenstadtbezirk mit dem Charme eines Randbezirkes. Es gibt Karstadt, als Kristallisationspunkt des öffentlichen Lebens, es gibt die UFA-Fabrik und einen Flughafen, der allerdings für das Leben der meisten Menschen keine Rolle spielt. Vor allem in Alt-Tempelhof hat sich erstaunlich viel Altbausubstanz erhalten. Wenn man sich die Autos wegdenkt, fällt es leicht, sich eine Szene etwa aus den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts vorzustellen. Auf der Strasse sieht man tagsüber fast nur alte Menschen. Gegenüber von meiner Praxis befindet sich eine Art Sozialpalast, ein 12stöckiger Plattenbau-Riegel, in dem überwiegend Menschen mit Migrationshintergrund leben. Geht man ein paar hundert Meter weiter, begegnet man 1 -Läden wie McGeiz oder Rudis Resterampe. Dazwischen überall leerstehende Ladengeschäfte, Spielhallen, Nagel- und Bräunungsstudios oder Imbissbuden. Während in dieser Ecke Neuköllner Verhältnisse greifen, wird südlich des Ullsteinhauses (Marienfelde, Lichtenrade etc.) der Sozialindex wieder freundlicher und das Einkommen steigt. Noch weiter südlich finden sich ausgedehnte und wohlhabende Einfamilienhaus-Siedlungen. Tempelhof ist insgesamt geprägt von einer Mischung aus Mietshaus- und Einfamilienhaus-Siedlungen sowie

Industrie- und Grünflächen (Parkanlagen, Laubenkolonien). Der Bezirk wird zerschnitten durch die vierspurige B96, über die sich tagein tagaus ein nicht enden wollender Verkehr wälzt. Die Nebenstrassen sind ansonsten oft menschenleer. Aus dem Urlaub zurückgekehrt und noch den Eindruck einer asiatischen Großstadt im Hinterkopf kann man den Eindruck einer beinahe schon gespenstischen Ruhe haben man hört wenig Geräusche, kaum etwas bewegt sich.

Als Teil der Atmosphäre wird von den Patienten aber auch das Gefühl von Enge, Druck, von Kontrolle, von Aggressivität und Feindseligkeit beschrieben, als wenn von der Umwelt eine permanente Vorhaltung ausginge. Zugleich sind die Patienten häufig selbst diejenigen, die diese Qualitäten in ihrem Verhalten praktizieren, also selbst andere einengen, Vorwürfe machen, die "Einhaltung der Spielregeln" etwa im Straßenverkehr aktiv oder passiv aggressiv einfordern.

Die meisten Klienten (90%) stammen aus dem unmittelbaren Einzugsgebiet der Praxis, d.h. aus einem Bereich von rund zwei Kilometern um die Praxis herum; sie erreichen die Praxis über Ärzte oder Mundpropaganda. Die überregionalen Klienten kommen primär durch Vermittlung von Kollegen.

Tab. 1 (BPS: Borderline Persönlichkeitsstörung; NPS: narzisstische Persönlichkeitsstörung; HPS: Histrionische Persönlichkeitsstörung; Depr.: Depression)

	Migra.	Psychiat. Erfahrung	Bezirk	Beruf	Derzeit berufstätig	Störung (keine Diagnose)	Thema (Kurzbeschreibung)
1		+	Ja	Umschulung	-	Bul. + Alk.	Abgrenzung
2			Nein	Arzt	+	Depression NPS	Kampf
3		+	Ja	-	-	BPS	Kind, soziale Angst
4	Tü		Ja	Call-Center	+	Angst, Depr.	Abgrenzung
5		+	Ja	Student	-	BPS	Zwangsgedanken
6			Nein	Selbstständig	+	Angst	Freiheit/ Bindung
7	Tü		Ja	Jobs	+	Zwang, Sex.Probl.	Reinheit, Schmutz
8			Ja	Rentner	-	Hypoch., zwangh. Ps.	Sich absichern
9			Nein	Angestellte Notar	+	Soz. Angst	Hemmung
10	Pol		Ja	Gartenbau	+	Depr.-Wahn	Eifersucht, Misstrauen
11	Bel		Nein	-	-	HPS	Identität
12			Ja	Polizei	+	Schizo.PS	Identität
13			Ja	Harz IV	-	BPS	Ignoriert werden

Forum Gemeindepsychologie: fg-2-2008_02

14		+	Ja	Arzthelfer	+	Soziale Angst, Tourette	Beziehungen vermeiden
15			Nein	Uni-Angestellte	+	Depr.	Trennung verarbeiten
16			Ja	Lehrer	+	BPS	Nein-sagen
17			Nein	Hausverw. Angestellte	+	Depr.	Gefühle sind weg
18			Ja	Call-Center	+	Zwangh. Ps.	Rechthaben, Angst vor Kritik
19		+	Ja	Harz IV	-	NPS	Grandios sein, aber
20			Ja	Harz IV	-	Schizoide PS	Sich zu Tode rauchen
21	Sen.		Nein	Jobs	+	NPS	Identität
22	Jap.	+	Ja	Zeitweise, Übersetzung	-	Depr.	Druck, Ablehnung
23			Ja	Hauswart	+	Alk., Depr.	Nein-sagen
24	Bras.		Ja	Imbissbude	+	Depr.	Identität
25			Nein	Rentner	-	HPS	Sex, Lügen, Tod

Tabelle 1 zeigt eine Momentaufnahme (ein Blitzlicht) der Klienten, die zum Zeitpunkt der Abfassung des vorliegenden Textes regelmäßig die Praxis aufsuchten.

Wenn eine solche konkrete Auflistung der Patienten eines veranschaulicht – im Gegensatz zu einer statistisch aggregierten Tabelle – dann ist es die Heterogenität der Menschen, ihrer Probleme und ihrer sozialen Situation. Sie zeigt indirekt auch, wie vielgestaltig die Einblicke sind, die man in der Therapie in verschiedenartige Lebenswelten erhält: unterschiedliche kulturelle Herkunft, berufliche Tätigkeit, Ausbildung, Sprache, erst recht Biographie und Selbstkonzept. Sie deutet an, wie schwierig von daher gesehen jede (nicht-psychopathologische) Generalisierung ausfallen muss. Frau W. etwa ist in Brasilien aufgewachsen, hat studiert, einen Deutschen geheiratet und arbeitet nun in einer Imbissbude, die einem Araber gehört; an ihrem Schicksal kann man vieles über die Probleme und Chancen des Multikulturalismus lernen. Herr B. dagegen ist Arzt; über ihn gewinnt man Einblicke in die psychosoziale Subkultur und die Konflikte eines Krankenhauses, Konkurrenzkämpfe bei Forschungsprojekten etc.. Während Herr B. auf ca. 50 bis 60 Arbeitsstunden in der Woche kommt, arbeitet Herr S. überhaupt nicht, hat auch noch nie gearbeitet. Er engagiert sich in einer protestantischen Sekte. Jeder Klient eröffnet so auf seine Art einen Ausblick eine neue Facette der sozialen Wirklichkeit.

Die Klienten sind zu einem großen Teil nicht erwerbstätig, sei es weil sie noch nicht in das Berufssystem eingestiegen sind oder weil sie schon ausgestiegen sind, sei es weil sie auf unabsehbare Zeit krankgeschrieben sind oder in jahrelange Auseinandersetzungen mit Gerichten verstrickt sind. Viele besitzen angesichts ihrer sozialen und wirtschaftlichen Lage und ihres Lebensalters eine zumindest anfangs fragwürdige Therapiemotivation. Der Wunsch, psychisches Leiden zu reduzieren, ist bei ihnen vergesellschaftet mit einem Rentenbegehren, ist Teil einer Auseinandersetzung mit Familienangehörigen, Arbeitgebern, Gerichten oder Behörden, manche wollen auch nur beweisen, dass "selbst eine Therapie" ihnen nicht helfen kann.

Es gibt eine flexible, räumlich mobile Teilgruppe von Klienten, die sich frei in der Stadt bewegen und denen es nicht auf eine regionale Bindung ankommt. Sie sind häufig besser gebildet und üben eine anspruchsvollere Berufstätigkeit aus. Sie erreichen die Praxis primär über die Vermittlung von Kollegen.

Eine andere, besonders charakteristische Teilgruppe der Klienten stammt aus dem näheren Umfeld der Praxis. Man könnte sie, leicht satirisch überspitzt, durch folgende Konstellation von Merkmalen charakterisieren: männlich, deutsch, manchmal leicht verwahrlost, Unterschicht (Fliesenleger, Gebäudereiniger etc.) bzw. Prekariat, seit Jahren arbeitslos und eigentlich nicht mehr vermittelbar, um die 50, Harz IV; klagt über Schmerzen, Lustlosigkeit, diffuse Ängste, Depressivität, Schlafstörungen, Unruhe. Ist verheiratet oder geschieden und hat evtl. Kinder. Keine sozialen Kontakte. Keine Interessen oder Hobbies. Kein Sex. Kein Sport. Geht früh schlafen, wacht früh auf. Keine nach außen dringende Subjektivität, keine entsprechende Sprache. Eine Emotionalität, die die Psychiater "flach" nennen. Unterdrückte Aggression und Wut. Existenz- und Lebensängste. Angst in Menschenmengen, vor der Ladenkasse, auf Ämtern. Alkohol, Fernsehen und Internet, die berühmten Leute, die einmal am Tag im Trainingsanzug die Wohnung verlassen um "einholen zu gehen".

Die geschilderten Merkmale bilden eine *sozialen Typus*. Die Klassifikation der Krankheiten zerlegt die Problematik dieser Menschen in die bekannten Teilbereiche: Angst, Depression, Erschöpfung, Abhängigkeit (Achse I) und tendenziell eine meist eher leichte Persönlichkeitsstörung (Achse II). Dieses "Syndrom" geht einher mit einer psychischen Verfassung, die sich durch Ängstlichkeit und Risikoarmut, Ärger und Ressentiment, Verbitterung und latente Aggressivität auszeichnet. Für den Therapeuten, bei dem diese Eindrucksqualitäten sich bündeln, entsteht so eine Atmosphäre von Stagnation, Unbeweglichkeit, mangelnder Offenheit.

Aus zahlreichen Patientenkontakten, subjektiven Schilderungen des Lebensalltags und Fallanalysen haben sich im Laufe der Jahre eine Reihe von Kategorien herausgeschält, die das Lebensgefühl der Klienten beschreiben. Drei dieser sozial-phänomenologischen Kategorien sollen im Folgenden vorgestellt werden.

Warten

Warten ist ein charakteristischer Aspekt des Lebensalltags, der mit einer bestimmten Art von Aktivität (bzw. Nicht-Aktivität), einer bestimmten Gefühlslage, einer bestimmten Anspannung und einer bestimmten Verteilung von Aufmerksamkeit einhergeht. Warten ist, anders als das *Erwarten* (so wie es Heidegger (1993) in 'Sein und Zeit' beschrieben hat) eher ein chronischer Lebensstil als eine abgegrenzte psychologische Bereitschaft. Während es beim *Erwarten* um die Realisierung einer spezifischen Möglichkeit in der Zukunft geht, geht es beim *Warten* um das *Warten selbst* – ein Zustand, der niemals aufhört. Die Betroffenen *warten*, ohne etwas vom Leben zu *erwarten*.

Man wartet auf einen Termin, man wartet auf den Bescheid der Bundesagentur für Arbeit, man wartet auf das Nachlassen der Krankheit, man wartet auf das Sozialgericht, man wartet auf eine Umschulung, eine Kur oder eine Reha-Maßnahme, und dann wartet man darauf, dass die Reha vorbei ist. Man wartet darauf, dass der Tag vorbei ist. Nachts wacht man um 3 Uhr auf und wartet darauf, dass es Morgen wird. Die Ehe oder Beziehung ist ruiniert, aber man trennt sich nicht und wartet. Während dessen vergeht Zeit.

Man wird älter, schwächer, unattraktiver. Man verliert Handlungsmöglichkeiten. Man wartet solange, bis man so tief in der Sackgasse ist, dass es nicht mehr weiter geht. Man bleibt in einer immer unhaltbareren Position so lange, bis man so krank, depressiv oder erschöpft wird, dass man erst recht nicht mehr raus kann. Ich zucke schon regelrecht zusammen, wenn ein Klient erklärt: "Ich muss erst mal ..." "Bevor ich nicht ..., kann ich nicht ...", ein konstruktiv klingende Bemerkung, die doch oft nur bedeutet, dass hier etwas "auf die lange Bank" geschoben werden wird – der eigentliche Beginn des eigentlichen Lebens wird so immer weiter nach hinten geschoben. Irgendwann ist dann der Zug abgefahren. Oder auch nicht. Schlimm ist, wenn alle Züge

abgefahren sind. Noch schlimmer ist, wenn *immer noch* einige Züge abfahrbereit im Bahnhof stehen, in die man immer noch einsteigen könnte. Denn in diesem Fall wird der Betroffene wieder mit seinen nicht-realisierten Leben konfrontiert, mit seiner eigenen *Unmöglichkeit*. In diesem Fall müssen alle intellektuellen Kräfte gebündelt werden, um Gründe zu finden, warum man diese Züge nicht besteigen sollte (... "Ich muss erst mal").

Herr K., Ende 50 und im Vorruhestand, verbringt sein Leben zu Hause oder in den Wartezimmern von Ärzten. Er ist überzeugt an einer Herzkrankheit zu leiden, hofft im Grunde seines Herzens auf eine Herzoperation, mit der auch nach außen hin die Ernsthaftigkeit seines Zustandes belegt wäre und vermeidet deshalb jegliche Aktivität. Er *wartet* geradezu darauf, dass sein Herz nicht mehr weiter schlägt, und die geschärfte Aufmerksamkeit dafür bringt ihn jede kleinste Abweichung der Herzaktivität zu Bewusstsein. In seinen Träumen sieht er sich immer wieder als Schüler; während alle anderen versetzt werden, durchläuft er wieder und wieder die gleiche Klasse. So hat er das Gefühl nicht älter zu werden und gleichzeitig das Gefühl bald sterben zu müssen – was fatal wäre, weil er doch mit seinem Leben noch gar nicht richtig angefangen hat.

Das, was die Existenzphilosophen und Phänomenologen als Zeithorizont des Daseins bezeichnen, eine bestimmte Form des Gegenwarts-, Vergangenheits- und Zukunftsbezugs, hat sich bei den Klienten in Warten aufgelöst. Die Situation, in der man so wartend lebt, ist nicht die Situation, in der man eigentlich lebt, sondern eine, die man, während man in ihr ist, dauernd verlassen möchte, also eine uneigentliche Lebenssituation. Der soziale Ort, an dem das Warten bevorzugt stattfindet, ist das Wartezimmer des Arztes oder der Wartebereich im Amt. Psychologisch geht das Wartezimmerlebensgefühl mit innerer Unruhe und Anspannung, der Unfähigkeit, sich auf etwas zu konzentrieren, der Fixierung des Blicks auf den Wartenummernanzeiger einher. Warten heißt, sein Leben auf eine unkontrollierbare Zukunft hin zu entwerfen und sich zur Untätigkeit in der Gegenwart zu verurteilen. Deshalb ist schon das Sitzen im Wartezimmer des Arztes kein angenehmes Erlebnis. Warten ist verbunden mit Unruhe, Nervosität, Orientierung der Aufmerksamkeit auf ein Ereignis, das irgendwann kommen wird (man wird aufgerufen). Wer wartet, kann nicht handeln. Er kann auch nicht weg gehen. (Deshalb die therapeutische Übung: Versuche einmal, im Wartezimmer "eigentlich zu sein").

Es gibt, neben den alltäglichen Wartesituationen auch solche, die traumatischen Charakter haben – aus denen man schlecht rauskommt, weil man "in der Falle ist": an der Supermarktkasse, im Stau, in der Menschenmenge, die einen blockiert. In diesen Situationen kann man nicht bleiben, man will sofort raus und wird panisch.

Bleiben

Im 19. Jahrhundert assoziierte man – unter dem Eindruck der enormen sozialen Umwälzungen, Landflucht, Migration, Industrialisierung – die großen Städte mit Entwurzelung, Mobilität und Freiheit. Was nun an den Tempelhofer KlientInnen (natürlich mit Ausnahme der MigrantInnen) auffällt, ist eine erstaunlich geringe räumliche Mobilität und Flexibilität. Viele KlientInnen sind selten aus Berlin herausgekommen oder haben oft seit Jahrzehnten ihren Stadtteil nicht mehr verlassen. Die wenigsten waren schon einmal im Ausland, und wenn, dann in den üblichen Touristenhochburgen, nur ganz wenige sind schon einmal auf eigene Faust losgefahren, um sich die Welt anzusehen. Ein beachtlicher Anteil der KlientInnen hat nie im Leben eine eigene Wohnung gesucht und bezogen. Der junge Erwachsene, dem es dank großer Anstrengung gelungen ist, sich eine eigene Wohnung zu organisieren, wird doch dafür sorgen, dass diese nicht zu weit von der der Eltern entfernt liegt, der Möglichkeit nach fußläufig, am besten im gleichen Haus oder gegenüber auf der gleichen Etage.

Ebenso unveränderlich wie die Wohnungen sind die Wege. Eine Klientin hatte seit Jahrzehnten ihre feste Laufstrecke von der Wohnung zur Arbeit und zurück; sie hatte in der ganzen Zeit die darum herum liegenden

Strassen nie kennen gelernt. Wie manche andere hatte sie nie im Leben alleine ein Café oder Restaurant aufgesucht oder eine Buchhandlung betreten.

Freie Bewegung durch den Raum wird oft mit Angst assoziiert, Dableiben mit Sicherheit. Wer sich aus dem magischen Kreis, der die eigene Wohnung umgibt, hinausbewegt, erleidet Symptome: Außerhalb der Sicherheitszone kann er nicht mehr essen, nicht mehr schlafen, er verliert das Ticket und vergisst die Geheimzahl der Bankkarte. Er bekommt die Panik. "Bitte holt mich hier raus!"

Milos Forman, der Regisseur u.a. von "Einer flog über das Kuckucksnest", prägte mit Blick auf die rückwärtsgewandten Tendenzen in den postkommunistischen Staaten des ehemaligen Ostblocks das Wort, die Menschen müssten sich entscheiden, ob sie "im Zoo" oder "im Dschungel" leben wollten (2006). Im Zoo erleiden sie das entwürdigende Dasein eines Haustieres, im Dschungel leben sie frei, wild und gefährlich, werden aber evtl. vom nächstbesten Raubtier verschlungen oder von einer Krankheit dahingerafft. Die Betroffenen, die ich schildere, klagen, um diese Metapher aufzugreifen, über die entwürdigenden und entmündigenden Bedingungen ihres behinderten Daseins, weigern sich aber andererseits das Risiko einer freien oder zumindest freieren Existenz einzugehen. Doch "weigern" im letzten Satz ist eigentlich der falsche Ausdruck. Wenn wir die subjektive Wirklichkeit der Betroffenen voraussetzen, müsste es heißen: "*Es ist unmöglich*". So werden in diesen Menschen beide Prinzipien auf die Spitze getrieben, das Gefühl maximaler Unfreiheit mit dem Gefühl maximaler Lebensangst.

Das "Festhängen" im Bezirk, in der Wohnung ist keine Sache von Heimatgefühlen oder regionaler Verbundenheit. Die Betroffenen sind vielmehr sozial entwurzelt, nicht eingebunden in lokale Netzwerke, abgekoppelt von der Tradition. Wenn sie also "da" bleiben, so ist "da" kein Ort.

Aufheben Festhalten

Neben dem Zeitbezug ("Warten") und dem Raumbezug ("Bleiben") ist der Objektbezug der dritte Pfeiler des Lebensgefühls. Objektbezug meint hier nicht nur, wie in der psychoanalytischen Tradition, die Beziehung zu Menschen (oder ihren inneren Repräsentanzen), sondern tatsächlich auch den Bezug zu Dingen. Ich habe a.a.O. (Leferink, 2008) zu zeigen versucht, dass die autonomen Anteile eines Objektes, seine Freiheit gewissermaßen, für ein Subjekt, das sich in seinem Identitätsgefühl unsicher ist, potentiell bedrohlich und irritierend sind, so dass sich das unsichere Subjekt Objekte sucht, bei denen diese autonomen Aspekte handhabbar oder schlicht nicht vorhanden sind. Ein Hund oder eine Katze sind weniger autonom als ein Mensch. Wer sich unsicher ist, wird sich eher mit Haustieren umgeben als mit Menschen Beziehungen einzugehen. Die Versammlung von zahlreichen Tieren in der Wohnung – sechs Katzen, drei Meerschweinchen, Kaninchen, Schlangen sind keine Seltenheit – gehört als Phänomen in diesen Zusammenhang, wenn es eher auf die *Quantität* (zahlreiche Katzen) als auf die Qualität einer Beziehung ankommt. Die Tiere sind in diesem Fall nicht selten *zufällig* aufgegriffen worden, in einem schlechten Zustand und erfahren meist keine besondere Zuwendung des Besitzers. Tiere bergen allerdings immer noch das Risiko, dass sie krank werden oder sterben können, was bedeutet, dass der Besitzer nicht nur keine absolute Kontrolle über sie hat, sondern durch ihren Verlust auch in eine Krise gestürzt werden kann.

Erst bei Dingen ist er auf der sicheren Seite. Ein verbreitetes, aber bisher noch wenig untersuchtes Phänomen in der Klinischen Psychologie ist das exzessive Sammeln und Aufbewahren von Alltagsdingen wie Zeitungen, Plastikbechern, Dichtungsringen, Streichholzschachteln u.v.a. Das Endresultat eines solchen "Sammeltriebes", die oft vollständige Vermüllung der Wohnung, ist an sich kein Gegenstand der Psychotherapie, sondern der Wohnungs-, Gesundheits- und Sozialämter. Die Betroffenen suchen wegen anderer Probleme – Depression, Angst oder Mobbing – die Therapie auf, nicht jedoch wegen ihrer "Sammelleidenschaft". Der eigentliche Gebrauch des Dings, sozusagen "das Leben", wird "aufgehoben" und auf später "aufgeschoben". Auch ein moderneres Phänomen wie der massenhafte Download von MP3-Musikdateien, die man dann gar nicht mehr

hört, sondern dauerhaft speichert, fällt in diesen Phänomenbereich.

Es gehört zum "Vermüllungsyndrom" (Dettmering & Pastenaci, 2004) dazu, dass (a) die Dinge nicht gebraucht, verarbeitet oder konsumiert, sondern nur aufbewahrt werden mit der Option, sie "evtl. später einmal" zu gebrauchen, weiterhin (b), dass der Besitzer auf jeden Versuch, die Dinge zu entsorgen oder die Wohnung frei davon zu bekommen, mit Panik oder heftigem Widerstand reagiert. Diese letzteren Phänomene können dadurch erklärt werden, dass die Objekte für den Betroffenen als Identitätszeichen fungieren, indem sie ihm seine Wertlosigkeit und Nichtigkeit *und zugleich* seinen absoluten Wert spiegeln (Leferink, 2007).

Es sind vor allem Läden wie "McGeiz", "1 " oder "Rudis Reste Rampe", die Menschen mit diesem Problem anziehen und in gewisser Weise auch ihre Pathologie "bedienen". Viele meiner Klienten vertreiben sich hier die Wartezeit bis zur Therapiestunde. Es kommt vor, dass jemand 10 bis 20 Euro für Dinge ausgegeben hat, in Bezug auf die vor Betreten des Geschäfts kein wahrnehmbares Bedürfnis bestanden hatte ("eine Zehner-Packung Zahnstocher Schnäppchen!"). Der Erwerb derartiger Produkte mag von einem übergeordneten Standpunkt aus als "unvernünftig" erscheinen in der subjektiven Lebenswirklichkeit der Klienten macht er dennoch einen Sinn. Das Gefühl der persönlichen Wertlosigkeit, über das die Klienten klagen, verbindet sich mit den gekauften Billigprodukten zu einem ambivalenten Gesamtkomplex von Lebensgefühl "Billigkeit", gleichzeitig aber auch, qua seiner Masse, "Reichtum". Aus dem Eindruck, dass alles "billig" oder, wie im Internet, sogar "umsonst" ist, erwächst leicht das Gefühl, dass im doppelten Sinne "alles umsonst ist".

Der Mangel

Warten, Bleiben, Bewahren sind wohlgermerkt nicht die eigentlichen Probleme der Klienten, sondern Verhaltenskomplexe, die sich im Zuge der Verarbeitung der Probleme und ihrer Abgleichung mit der sozialen Umwelt herausgebildet haben. Was die eigentlichen Probleme sind, kann hier nur angedeutet werden und ist auch keine Neuigkeit: Bei den Betroffenen handelt es sich in der übergroßen Mehrzahl um Kinder, die, aus welchen Gründen auch immer, nicht gewollt waren, nicht willkommen waren, ignoriert und allein gelassen oder bestimmten "Projekten" der Eltern radikal unterworfen worden waren. Einen Hauptgrund spielt dabei die Präokkupation der Eltern durch Angst, Alkohol oder Drogen, durch ehrgeizige Projekte oder narzisstische Größenphantasien, für deren Ansprüche die Kinder funktionalisiert und manipuliert wurden. Diese Erfahrung des Mangels, der Ausbeutung und des Missbrauchs erzeugen fatalerweise bei den Kindern eine enge, scheinbar unauflösbare Bindung ("sonst habe ich ja nichts"), die von der *Hoffnung* auf ein "Doch-noch" getragen wird. In jeder der Kategorien steckt auf eine gewisse Art eine Verweigerung gegen die Aufgabe dieser Hoffnung.

Kennzeichnend für das Lebensgefühl bleibt der chronische und umfassende *Mangel*. Obwohl dies nicht eigentlich ein materieller Mangel ist, kleidet er sich oft in Gestalt eines solchen: Es gehört beispielsweise zu den Standard-Argumenten, die eigene Untätigkeit, das ewige Aufschieben von Veränderung auf materielle Umstände zurück zu führen: "Ich kann nicht aus dem Haus gehen, weil ich kein Geld habe". "Es macht keinen Sinn, nach einer Freundin zuzusuchen, weil ich mir ein Auto nicht leisten kann." (Und immer wieder: "Euro ist Teuro." was übersetzt bedeutet: Mein Leben kann ich mir nicht leisten, mein Nicht-Leben ist legitim, denn das Leben ist zu teuer ...)

Anders als in einer "Kunst des stilvollen Verarmens" (Schönburg, 2005), dem der Autor als Motto voranstellt, man solle sich im Leben zeitig an Verluste gewöhnen, geht den Klienten die Fähigkeit ab, ihre Situation relativer materieller Armut produktiv zu gestalten und ästhetisch zu stilisieren. Die Fähigkeit, in einem Sinne positiv arm zu sein, setzt ein Selbst voraus, das sich gerade nicht als "mangelhaft" und "arm" erlebt und das eine ausgeprägte Fähigkeit besitzt, soziale Angriffe und Abwertungen abzuwehren.

Das Mangelgefühl, von dem hier die Rede ist, wird als psychologischer Mangel am sichtbarsten, wenn "Wünsche in Erfüllung gehen" und materielle Mangelzustände keine Rolle mehr spielen. Dann wird offenkundig, dass es sich im Grunde um einen Mangel an Selbst-Sein handelt – das Bewusstsein einer persönlichen Unvollständigkeit, eines Nicht-Genügens, das Angst erzeugt und mit dem man nicht gerne konfrontiert werden will. Dies zeigt sich besonders deutlich im Falle der Vermüllung: Jedes neue Item der Sammlung von Dingen symbolisiert gleichzeitig den Mangel (an Sicherheit, an Autonomie) und wird als Mittel aufgefasst, ihn zu verringern. Das Angebot einer Entmüllung der Wohnung bedeutet deshalb, dass das aufgesparte Leben mit einem Schlag vernichtet, jegliche Hoffnung auf ein "doch noch" dahin wäre.

Diskussion: Therapie im Spannungsfeld von traditionaler Gesellschaft und Moderne

Die Methode der Untersuchung bestand darin, wiederkehrende Muster von Argumenten und Selbstbeschreibungen zu Typen bzw. Kategorien zu verdichten und Hypothesen über ihren Zusammenhang mit anderen Kategorien zu formulieren.

Die Liste der herausgearbeiteten Kategorien – Warten, Bleiben, Festhalten – beansprucht keine Vollständigkeit; sie ist zudem durch die persönliche Sichtweise des Autors gefiltert und akzentuiert worden.

Bei den Kategorien handelt es sich um phänomenologische Kategorien, die einen eigentümlich *intermediären Charakter* haben: Indem sie das Lebensgefühl psychotherapeutischer Klienten beschreiben, verbinden sie Aspekte des pathologischen Lebensstils mit generellen atmosphärischen Qualitäten der sozialen Umgebung.

Jede der Kategorien beinhaltet auf ihre Weise eine Verbindung disparater Momente, eine innere Unruhe oder Spannung:

- Das Warten: die Gleichzeitigkeit von Untätigkeit und Aufregung ("kann nicht ruhig sitzen bleiben, springe gleich wieder auf, um irgend etwas zu tun");
- Das Aufheben: Die Gleichzeitigkeit von "viel haben" und "arm sein" (Masse und Unwert);
- Das Bleiben: Die Gleichzeitigkeit von Heimatlos-sein und Entwurzelt-sein mit Verbunden- im Sinne von Verhaftet-sein.

Die Kategorien sind in keiner Weise spezifisch für die besprochene Region. Hans Castorp auf seinem Zauberberg lässt sich damit ebenso gut fassen wie Herr S. in Tempelhof. Der Zusammenhang mit der Region muss deshalb nach Art einer Aktualisierung aufgefasst werden. Der Ort macht sich in einer Weise geltend, die ich *atmosphärische Präsenz* nenne, also ein i.w.S. ästhetisches Phänomen.

Die Kategorien reflektieren ein Passungsverhältnis zwischen individuellen Problemlagen und kulturellen Angeboten. Ja, man kann weiter gehen: Indirekt wirft die Untersuchung die Frage auf, in welcher Weise bestimmte Aspekte von Pathologie durch die soziale Umgebung gewissermaßen "gedeckt" werden. Die Frage so gestellt, versuche ich, wie in früheren Texten (1997b), psychische Krankheit nicht als *Abweichung*, sondern als *Bestandteil* der sozialen Ordnung zu beschreiben – wie nämlich in der Art und Weise, in der psychische Krankheit sich manifestiert, sich auch Gesellschaft zeigt. Das untergründige Einverständnis manifestiert sich im unterschweligen *Legitimitätscharakter* der Selbstinterpretation. Historische wie auch Querschnittsanalysen deuten darauf hin, dass Betroffene in ihrem Lebensgefühl einem Selbstverständnis folgen, das die Kultur als Angebot bereit hält. Sie folgen damit einem Prinzip, das Shorter (1994) schon bei der Hysterie im 19. Jahrhundert ausgemacht hat: "Urmatrix aller Symptomgestaltung sind die kulturellen Normen für 'Legitimität' und 'Illegitimität'." (S. 168). Die Klienten versuchen an legitimen Problemen zu leiden; sie fühlen sich mit ihrem Lebensgefühl – Warten, Sicherheit, Immobilität, Festhalten, Aufheben

nicht im Gegensatz, sondern eher im Einklang mit der umgebenden sozialen Umwelt – so wie ein hypochondrischer Mensch sich im Einklang mit einer Umwelt fühlen kann, in der fortlaufend vor Gesundheitsgefahren etc. gewarnt wird.

Die soziale Umwelt geht mit diesen Kategorien auf verschiedene Weise Verbindungen ein. Das, was den Bezirk erkennbar macht – seine atmosphärische Präsenz in Form von die Architektur und Geographie, die Wege, die Öffentlichkeit, bestimmte Einrichtungen – geht eine Verbindung ein mit dem, was den Bezirk beliebig macht: die Gemeinplätze der Sprache, die typischen Bilder, die Discounter. Jede der Kategorien hat ihre eigene typische Lokalität. Das Warten: die Wartezone der Behörden, des Arbeitsamtes, der Ärzte; das Festhalten und Bewahren: die vermeintlichen Geiz-Läden, Sonder- und Sparangebote; das Bleiben: die eigene Wohnung und die festgelegten Wege. Parks, Straßencafés oder Kneipen gehören sicherlich nicht zu den bevorzugten Orten der Klienten, ebenso wenig "transitorische Orte" wie U-Bahnstationen, eher schon Orte, an denen man sich "uneigentlich" aufhält wie Baumärkte oder Möbelhäuser.

Die Kategorien verraten in ihrem generellen Tenor einen *konservativen, antimodernen* Charakter. Die Klienten greifen hierin Klagen auf, die allgemein in der Gesellschaft über den Modernisierungsprozess geführt werden. Das Selbstbeschreibungsangebot der Kultur, demzufolge wir in einer schnelllebigen, hektischen, hohe Anforderungen an Flexibilität und Mobilität stellenden, kurz sehr "stressigen" Zeit leben (vgl. Sennett, 2000), wird beantwortet durch das legitime Gefühl der Erschöpfung – "mir ist alles zuviel" auch wenn dieses Gefühl durch das konkrete Leben der Betroffenen, das eher durch ein Zu-Wenig charakterisiert ist, in keiner Weise gedeckt ist. Dies erscheint mir als der zentrale Widerspruch auf der Selbstbeschreibungsebene: Eine soziale Welt, in der sich letztlich recht wenig bewegt, beschreibt sich als ungeheuer bewegt und aufgeregt, und sanktioniert auf diese Weise die Erschöpfung.

Die Selbstinterpretation der Moderne, zumal der Berliner Moderne, als hektisch, bewegt und mobil, unterschlägt die Stabilitäten und Gewissheiten der Gegenwart. Die Tempelhofer Klienten können auf eine außergewöhnlich lange Phase von Stabilität und Sicherheit zurückblicken, allzumal dann, wenn sie oder schon ihre Eltern bei Einrichtungen wie etwa den Berliner Verkehrsbetrieben beschäftigt waren. Sie wohnen häufig seit Jahrzehnten in den gleichen Wohnungen, oft ganz in der Nähe ihrer Eltern, kennen seit Jahrzehnten die gleichen Ärzte, die gleichen Wege, die gleichen Gebäude etc. Diese ausgesprochene Stabilität fühlt sich jedoch subjektiv gerade nicht stabil an; sie geht einher mit einer zunehmenden Lebensangst. Die aktuelle Bedrohung wird atmosphärisch empfunden und von den Klienten mit der Bedrohung ihres persönlichen Stabilitätsgefühls assoziiert.

Wenn die Kategorien einen antimodernen Charakter aufweisen, so sind sie doch andererseits auf ihre Weise auch nicht traditionell. Die Klienten *bleiben* ja zwar, aber ohne einen Bezug zum Ort zu haben; sie heben Gegenstände auf, aber solche, die keinen Wert haben und austauschbar sind; sie verfügen über Zeit, aber diese Zeit ist uneigentlich (man "hat" sie nicht wirklich), immer schon verbraucht und ohne Zukunft. Während Dableiben, Aufheben und Zeithaben mit der traditionellen Kultur assoziiert werden, gelten Entwurzelung, Entwertung und Virtualisierung als Merkmale der Moderne. Was wir vorfinden, ist also eine Art ausgehöhlte Traditionalität.

Die so skizzierte Situation berührt auch das Selbstverständnis des Therapeuten oder der Therapeutin. Wer einer therapeutischen Philosophie folgt, wonach Handlungsfähigkeit, Auseinandersetzung mit Konflikten, Kreativität und Experimente gesundheitsförderlich, Vermeidung und ängstlicher Rückzug eher schädlich und angstfördernd sind (siehe etwa Kanfer et al., 2006), wird sich angesichts der geschilderten konservativen Haltungen unfreiwillig in die Rolle eines Modernisierungsapologeten versetzt sehen, der von den Klienten Qualitäten (Risikobereitschaft, Mobilität und Flexibilität) verlangt, die der gesellschaftlich adaptierten Lehrmeinung zufolge doch "nachweislich" Stress verursachen. Der Therapeut ist also gehalten eine Rhetorik zu entfalten, die den Klienten bzw. die Klientin aktiviert und mobilisiert und ihr Warten beendet (Vorschläge ebenfalls in Kanfer et al.) Damit ist unweigerlich ein Konfliktfeld zwischen Klienten und Therapeutin

aufgestellt, das sich evtl. in "Widerständen" und "Gegenübertragungen" manifestiert.

Wenn man, wie oben gefordert, Therapie als Quelle von Sozialforschung begreift (und nicht nur als klinische oder Therapieforschung), dann bedarf es eines theoretischen Orientierungsrahmens, der trotz der Heterogenität der Lebensentwürfe, -stile und -probleme eine Generalisierung zulässt, die trotz ihrer Allgemeinheit auch für den Einzelnen persönliche Relevanz hat. Anhand der hier herausgearbeiteten Kategorien und ihres ambivalenten Charakters lassen sich die Umrisse eines erweiterten Forschungsthemas erkennen, das, wie ich meine, weitere Aufmerksamkeit und Forschung verdient: Die Identitätsbildung und veränderung unter den Bedingungen einer ambivalenten Modernisierung.

Literatur

Dettmering, P. & Pastenaci, R. (2004). Das Vermüllungssyndrom. Theorie und Praxis, 4. Aufl. Frankfurt a. M.: Fischer.

Forman, Milos (2006). Milos Forman im Interview. Goya und die Gerechtigkeit. URL: Fluter.de <http://film.fluter.de/de/188/film/5557/?tpl=86>. [Zugriff: 8.9.2008].

Heidegger, M. (1993). Sein und Zeit. 17. Aufl. Tübingen: Max Niemeyer.

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). Selbstmanagement-Therapie. 4. Auflage. Berlin: Springer.

Leferink, K. (1997a). Die Alltäglichkeit des Wahnsinns – Der Lebensalltag chronisch psychisch kranker Menschen in einer sich wandelnden Kultur. In M. Zaumseil & K. Leferink (Hrsg.), Schizophrenie in der Moderne - Modernisierung der Schizophrenie. Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt (S. 82-144). Bonn: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrieverlag.

Leferink, K. (1997b). Die Person und ihre Krankheit. "Mangelnde Einsicht" als Identitätsstrategie bei Menschen mit chronischer Schizophrenie. In M. Angermeyer & M. Zaumseil (Hrsg.), Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins (S. 206-261). Bonn: Edition Narrenschiff im Psychiatrieverlag.

Leferink, K. (2007). Der einsame Toaster - Zur Semiotik der Identität. In M. Heinze, D. Quadflieg & M. Bührig (Hrsg.), Utopie Heimat. Psychiatrische und kulturphilosophische Zugänge (S. 33-58). Berlin: Parados.

Leferink, K. (2008). Der Spiegel und die Frage der Identität. Berlin: Parados (im Druck).

Schönburg, A. v. (2005). Die Kunst des stilvollen Verarmens: Wie man ohne Geld reich wird. 10. Aufl., Berlin: Rowohlt.

Sennett, R. (2000). Der flexible Mensch. München: btb Verlag.

Shorter, E. (1994). Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.

Autor

Dr. phil. **Klaus Leferink**, Dipl.-Psych.

Giesebrechtstr. 19

D-10629 Berlin

 praxis@bitte-keinen-spam-klaus-leferink.de

Klaus Leferink, Dipl.-Psych., Dr. phil., geboren 1957, arbeitet seit 1999 als niedergelassener Psychotherapeut in Berlin. Die Arbeits- und Interessenschwerpunkte liegen neben sozialwissenschaftlichen Theorien psychischer Probleme in den Bereichen Kulturpsychologie und Psycho-Semiotik.