ZUR SOZIALEN UND KULTURELLEN BEDEUTUNG STIMMUNGSVERÄNDERNDER MEDIKAMENTE

ERFAHRUNGEN VON DEUTSCHEN HAUSARZTPATIENTEN, SPANISCHEN MIGRANTEN IN DEUTSCHLAND UND IM HERKUNFTSLAND LEBENDEN SPANIERN

Dissertation

zur Erlangung des sozialwissenschaftlichen Doktorgrades der

Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Göttingen

vorgelegt von

Anja Hernández

aus Barsinghausen

Göttingen 2012

1. Gutachter: Prof. Dr. Dr. Peter Alheit

2. Gutachter: Prof. Dr. Wolfgang Himmel

Tag der mündlichen Prüfung: 19. März 2012

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG 7

2 NATIONALER UND INTERNATIONALER STAND DER FORSCHUNG 10

2.1 MIGRATION IN DIE BUNDESREPUBLIK – ANWERBUNG VON GASTARBEITERN 10
2.1.1 DEFINITION VON MIGRATION 10
2.1.2 GESCHICHTE DER ARBEITSMIGRATION IN DEUTSCHLAND AB 1955 11
2.1.3 ZUWANDERUNG UND FORTZÜGE AB DEN 1970ER JAHREN 11
2.1.4 LEBENSSITUATION VON MIGRANTEN IN DEUTSCHLAND 12
2.1.5 MIGRANTINNEN 12
2.1.6 ALTERN IN DER MIGRATION 13
2.2 MIGRATION VON SPANIERN IN DIE BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND 13
2.2.1 PERSPEKTIVE DES ANWERBELANDES 13
2.2.2 PERSPEKTIVE DER ANGEWORBENEN 14
2.2.3 ERSTE „SESSHAFTWERDUNG“ SPANISCHER MIGRANTEN IN DEUTSCHLAND 15
2.2.4 SPANISCHE MIGRANTEN IN NIEDERSACHSEN 15
2.2.5 GERINGE RÜCKKEHR SPANISCHER MIGRANTEN 16
2.2.6 ABSCHIED VOM TRAUM DER RÜCKKEHR 17
2.2.7 GRÜNDE FÜR DIE RÜCKKEHR 17
2.3 PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN BEI MIGRANTEN 18
2.3.1 MIGRATION UND ÄRZTLICHE VERSORGUNG 18
2.3.2 URSACHEN VON ÄRZTLICHEN VERSTÄNDIGUNGSPROBLEMEN 19
2.3.3 KULTURELLE UND SPRACHLICHE BARRIEREN BEI DER ÄRZTLICHEN VERSORGUNG VON MIGRANTEN 20
2.4 DEPRESSIONEN UND MEDIKATION 21
2.4.1 INSTRUMENTE ZUR KLASSIFIKATION VON DEPRESSION 22
2.4.2 PRÄVALENZ VON DEPRESSION 22
2.4.3 ORTE DER PRIMÄRVERSORGUNG BEI PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN 23
2.4.4 MEDIKAMENTÖSE THERAPIE VON DEPRESSIONEN 23
2.4.5 VERORDNUNGEN VON PSYCHOPHARMAKA 25
2.4.6 HÄUFIGKEIT DER VERORDNUNG VON PSYCHOPHARMAKA 25
2.4.7 VORURTEILE GEGENÜBER STIMMUNGSVERÄNDERNDEN MEDIKAMENTEN 27
2.5 MIGRATIONSSPEZIFISCHE GESUNDHEITSFORSCHUNG IN DEUTSCHLAND 27
2.5.1 STUDIEN ÜBER DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG VON MIGRANTEN IN DEUTSCHLAND 29
2.5.2 MIGRATIONSSPEZIFISCHE STUDIEN ZU „SYMPTOMEN PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN“ 29
2.6 THEORETISCHE ABLEITUNG DER FRAGESTELLUNG 31

2.6.1 Symbolischer Interaktionismus ... 31
2.6.2 Die Verwendung des Begriffs „Karriere“ ... 32
2.6.3 Die Verwendung des Begriffs „Autonomie“ ... 36
2.6.4 Die Verwendung des Begriffs „Identität“ ... 37
2.6.5 Die Verwendung des Begriffs „Kultur“ ... 38
2.6.6 Die Verwendung des Begriffes „Laienperspektive“ ... 39
2.6.7 Erzählungen von Krankengeschichten ... 39

3 FRAGESTELLUNG UND ZIEL ... 41

4 METHODE ... 42

4.1 Methoden der Datenerhebung ... 45
4.1.1 Zirkulärer Forschungsablauf ... 46
4.1.2 Die Befragung spanischer Untersuchungsteilnehmer in Deutschland ... 46
4.1.3 Befragung deutscher Hausarztpatienten ... 48
4.1.4 Befragung spanischer Patienten in Spanien ... 49
4.2 Methoden der Datenauswertung ... 50
4.2.1 Vorgehen bei der Arbeit mit Atlas.ti V5.0©: ... 51
4.2.1.1 Der Kodierungsprozess ... 52
4.2.2 Inhaltlich-reduktive Methode ... 55
4.2.3 Grounded Theory ... 55
4.2.4 Ankerfallbeschreibungen ... 57
4.2.5 Meta-Ethnographie ... 58

5 ERGEBNISSE ... 63

5.1 Spanische Migranten in Deutschland ... 63
5.1.1 Karriere des Einnahmeverlaufs ... 64
5.1.2 Autonomie ... 93
5.1.2.1 Ankerfall I: Frau Moreno ... 95
5.1.2.2 Ankerfall II: Frau Café ... 107
5.1.2.3 Ankerfall III: Frau Naranjo ... 118
5.2 Prospektive Meta-Ethnographie: Erfahrungen von deutschen Hausarztpatienten, spanischen Migranten in Deutschland und im Herkunftsland lebenden Spaniern ... 130
5.2.1 Untersuchungsmaterial ... 132
5.2.2 Konzepte der Synthese ... 133
5.2.2.1 Mit der Erkrankung verbundene Einschränkungen ... 133
5.2.2.2 Reaktionen auf Einschränkungen – Ergreifen der Initiative ... 134

5.2.2.3 Behandlungsbeginn 136
5.2.2.4 Erfahrungen mit der Medikamenteneinnahme 139
5.2.2.5 Bewertung der Strategien zur Einnahme 143

6 DISKUSSION UND AUSBLICK 146

6.1 STÄRKEN UND SCHWÄCHEN 146
6.1.1 WAHL DER STICHPROBEN 146
6.2 BEWERTUNG DER METHODISCHEN UMSETZUNG 150
6.2.1 INTERPRETATIV-REDUKTIVE METHODE 150
6.2.2 GROUNDED THEORY 151
6.2.3 META-ETHNOGRAPHIE 151
6.2.4 KRITISCHE BILANZ DER METHODISCHEN GÜTE 156
6.3 ERGEBNIS- UND THEORIEDISKUSSION 157
6.3.1 KARRIERE UND KURZZUSAMMENFASSUNG DES ERGEBNISSES 157
6.3.1.1 Patientenkarriere und „moralischer Werdegang“ 161
6.3.2 AUTONOMIE IM LICHT DES ERGEBNISSES 166
6.3.2.1 Compliance und selbstregulatives Handeln 167
6.3.3 IDENTITÄT UND KURZZUSAMMENFASSUNG DES ERGEBNISSES 174
6.4 DEUTSCHE HAUSARZTPATIENTEN, SPANISCHE MIGRANTEN IN DEUTSCHLAND UND IM HERKUNFTSLAND LEBENDE SPANIER – LEBEN MIT STIMMUNGSVERÄNDERNDEN MEDIKAMENTEN 178
6.5 GESUNDHEITSSPEZIFISCHE MIGRATIONSFORSCHUNG – IMPLIKATIONEN FÜR DIE PRAXIS 181

7 ZUSAMMENFASSUNG **183**

8 LITERATURVERZEICHNIS **187**

9 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS **207**

10 TRANSKRIPTIONSNOTATIONEN **207**

11 ABBILDUNGSVERZEICHNIS **208**

12 TABELLENVERZEICHNIS **209**

ANHANG 210

ANMERKUNG

Zur besseren Lesbarkeit wird im Text die männliche Sprachform gewählt. Selbstverständlich sind, wenn nicht ausdrücklich anders erwähnt, beide Geschlechter gemeint.

Alle in der Arbeit vorkommenden Personen sind pseudonymisiert worden.

1 Einleitung

In den letzten Jahrzehnten ist Deutschland zu einem wichtigen Einwanderungsland geworden und muss sich somit auch mit Gesundheit und Krankheit von Migranten auseinandersetzen, also mit Aspekten, die durch den Migrationsprozess sowohl positiv als auch negativ beeinflusst worden sind. Im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen spanische Migranten, die stimmungsverändernde Medikamente einnehmen. Dabei geht es um die soziale und kulturelle Bedeutung, die diese Medikamente für diese Gruppe haben.

Die vorliegende Dissertation untersucht die Einstellung zur Einnahme stimmungsverändernder Medikamente aus der Patientenperspektive und dabei insbesondere die Erfahrungen von spanischen Migranten. Hiermit werden die Erfahrungen der in Deutschland lebenden spanischen Migranten mit denen von deutschen und spanischen Nutzern dieser Medikamente verglichen.

Gegenwärtig sind in Deutschland etwa 4 Millionen Menschen von Depressionen betroffen (http://www.kompetenznetz-depression.de/ Zugriff 04/2011). Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) weist darauf hin, dass Migranten etwa um 60% häufiger an Depressionen leiden und sich bei diesen zudem doppelt so viele somatoforme Störungen (körperliche Beschwerden, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen) finden als bei Menschen ohne Migrationshintergrund und die daher medizinisches Personal vor besondere Herausforderungen stellen (*BPtK*-Symposium im Rahmen der *Woche der Seelischen Gesundheit 2010*, Pressemitteilung vom 06.10.2010).

Depression ist als ein Syndrom definiert bzw. beschreibt einen ganzen Symptomkomplex, der aus einer Gruppe objektiv beschreibbarer und subjektiv erlebbarer Symptome besteht (Kleinman 1986; Sich et al. 1993). Die Re-Interpretation einer depressiven Störung durch Ärzte mittels der ihnen eigenen medizinischen Begrifflichkeit reflektiert vor allem die ärztliche Perspektive. Dies bildet aber nur ausschnittsweise ab, wie der Patient seinen Zustand erlebt. Beim therapeutischen Vorgehen können die Einstellungen von Arzt und Patient weit auseinanderklaffen, so dass es manchmal schwierig werden kann, einen therapeutischen Konsens zwischen Arzt und Patient zu erzielen (Britten 1997; Segal 2007). Dieser Umstand stellt sich noch komplexer dar, wenn der Patient einen anderen kulturellen, sozialen und sprachlichen Hintergrund aufweist als der behandelnde Arzt (Mewes et al. 2010, Abs. 19).

Die vorliegende Orientierungsstudie basiert auf der qualitativen Analyse von Interviews mit spanischen Migranten in Deutschland. Die doppelte Kontrastierung der Ergebnisse aus den Interviews mit den spanischen Migranten sowohl mit Interviews mit

deutschen als auch mit spanischen Patienten aus der jeweiligen Primärversorgung deckt zunächst spezifische Schwierigkeiten auf und lässt daran anschließend einen höheren Informationsgewinn bezüglich möglicher biographischer Ressourcen zu.

Es gibt zwar umfangreiche Literatur zur Depression und ihrer Behandlung, diese macht jedoch nur in einem geringen Maße die subjektiven Erfahrungen von Patienten, insbesondere solcher mit Migrationshintergrund, fassbar.

Die Untersuchung ist Teil des europaweiten Forschungsverbunds *EU-PoMMe*[1], das seit 2000 in dreizehn regionalen Forschergruppen die soziale Bedeutung stimmungsverändernder Medikamente untersucht. *EU-PoMMe* ist eine Arbeitsgruppe der *Drug Utilisation Research Group* (EuroDURG[2]) und kooperiert mit dem *WHO Regional Office* in Kopenhagen. Die *EU-PoMMe*-Arbeitsgruppe legt den Fokus der Untersuchung auf stimmungsverändernde Medikamente (Anxiolytika, Hypnotika und andere Psychostimulanzien). Grund dafür sind die großen Unterschiede im Versorgungsspektrum und Einnahmeverhalten zwischen den einzelnen europäischen Ländern, die passender durch lokale Traditionen und Eigenheiten beschrieben werden können. Die Informanten der Gesamtstudie wurden aus dem primären Gesundheitssektor rekrutiert. Neben den Interviews zum Gebrauch stimmungsverändernder Medikamente bei spanischen Migranten führte die deutsche Arbeitsgruppe überdies Interviews mit deutschen Hausarztpatienten durch. Der rege und vor allem kontinuierliche Austausch mit den Kooperationspartnern (jährliche Meetings und Chat-Konferenzen) hat die vorliegende Arbeit inspiriert und beeinflusst.

Das Verständnis des vielschichtigen Konstrukts "*Stimmung*" ist eine wichtige Voraussetzung für eine Kommunikation, die über den Verordnungsprozess von Medikamenten hinausgeht und die die Behandlung nicht auf die Medikamentenvergabe allein reduziert, so dass Medikamente nicht zur Ersatzkommunikation avancieren oder aus „irrationalen", ärztlicherseits unerkannt gebliebenen Motiven abgelehnt werden. Damit leistet diese Doktorarbeit einen wichtigen sozialpharmakologischen Beitrag zur Betreuung ausländischer Patienten mit psychischen Problemen. Ersatzkommunikation kann aus der Patientensicht bedeuten, den Arzt regelmäßig zu konsultieren und sich Medikamente verordnen zu lassen, aber nicht das Gespräch über die Erkrankung zu suchen, und aus der Sicht des Arztes, Medikamente zu verordnen ohne umfassende Kommunikation über Diagnose und Therapie, so dass Medikamente unter diesem Gesichtspunkt das Gespräch substituieren.

---

[1] The ***E**uropean **U**sers' **P**erspectives **o**n **M**ood-Modifying **M**edicines: Developing an Innovative Method to Understand and Inform Citizens* (EU-PoMMe)

[2] http://www.eurodurg.com/

Das Studiendesign der vorliegenden Untersuchung wurde seitens der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen im Vorfeld positiv bewertet. Das Design gewährleistete die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Die Rekrutierung der Interviewpartner erfolgte über niedergelassene Hausärzte in den Regionen Göttingen und Hannover sowie über die *CARITAS*-Beratungsstelle in Hannover. Aus praktischen und ethischen Erwägungen wurden die Befragungen der Patienten von den o.g. Institutionen abgekoppelt. Die Befragten erhielten ein Informationsblatt, in dem das Forschungsvorhaben in seinen zentralen Fragestellungen vorgestellt wurde (deutsche Version für Ärzte und spanische Version für Patienten, s. Anhang). Die Einverständniserklärung basierte auf Freiwilligkeit und konnte jederzeit zurückgenommen werden (*informed consent*, s. Anhang).

Ein weiterer Reiz dieser Arbeit besteht darin, dass die Autorin auch Daten zur Einstellung von Ärzten zur Verordnung von Antidepressiva erhoben und ausgewertet hat. Dadurch können Arzt- und Patienteninterviews optimal aufeinander bezogen werden (Kapmeyer et al. 2006).

Das Ziel der Auswertung lag darin, Daten zum subjektiven Bedeutungsgehalt stimmungsverändernder Medikamente dreier exemplarischer Bevölkerungsgruppen, die sich hinsichtlich Herkunft und momentanem Lebensmittelpunkt unterscheiden, miteinander in Beziehung zu setzen. Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen neben der Weiterentwicklung von Erklärungsmodellen zugleich dazu beitragen, dass sich Ärzte das Kranksein ihrer Patienten besser erschließen und ihre Arzneiverordnungen darauf abstimmen können.

In **Kapitel 2** wird der Stand der Forschung referiert. Die Forschungsfragen werden in **Kapitel 3** vorgestellt. Die Untersuchungsmethoden sind in **Kapitel 4** beschrieben. **Kapitel 5** enthält die Ergebnisse, **Kapitel 6** die Diskussion der Ergebnisse sowie des theoretischen Hintergrundes und **Kapitel 7** eine Zusammenfassung.

2 Nationaler und internationaler Stand der Forschung

2.1 Migration in die Bundesrepublik – Anwerbung von Gastarbeitern

2.1.1 Definition von Migration

Mit *Migration* wird nicht nur ein räumlicher Wechsel beschrieben, also eine Ortsveränderung, sondern damit einhergehend auch entscheidende soziale Einschnitte. Treibels Formulierung beschreibt dabei die Situation von Arbeitsmigranten recht präzise:

> Politische und moralische Vorstellungen und normative Erwartungen fließen in den Wanderungsprozess mit ein. Diejenigen, die sich mehr oder weniger freiwillig zur Wanderung entschließen, setzen sich einem großen Erwartungsdruck aus. Die Wanderung muss sich lohnen – für sie selbst und gegenüber dem Herkunftskontext. (Treibel 1990, S. 16)

Die Definitionen von *Migration* bzw. *Wanderung* (Übersicht bei Treibel 1990, S. 19) fokussieren mit unterschiedlichen Gewichten auf folgende Aspekte: (1) die Entfernung bzw. den Kontrast zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland, (2) den Wechsel von Gesellschaften und (3) die Dauer der Wanderung. Alle Definitionen beinhalten jedoch die Aspekte *Wechsel* und *Bewegung*. Noch stärker konkretisiert werden kann Migration unter räumlichen (Distanz der Wanderung) und zeitlichen (Dauer des Aufenthalts) Aspekten, wie auch im Hinblick auf die Ursachen der Migration (freiwillig oder erzwungen) und den Umfang (individuell oder in Gruppen) der Wanderung. In dieser Hinsicht bietet sich die Definition von Treibel an:

> Migration ist der auf Dauer angelegte bzw. dauerhaft werdende Wechsel in eine andere Gesellschaft bzw. in eine andere Region von einzelnen oder mehreren Menschen. So verstandene Migration setzt erwerbs-, familienbedingte, politische oder biographisch bedingte Wanderungsmotive und einen relativ dauerhaften Aufenthalt in der neuen Region oder Gesellschaft voraus; er schließt den mehr oder weniger kurzfristigen Aufenthalt zu touristischen Zwecken aus. (Treibel 1990, S. 21)

In die obige Definition eingeschlossen ist folglich auch die Situation der spanischen Arbeiter, die sich in den 1960er Jahren von der Bundesrepublik anwerben ließen, eine begrenzte Zeit zu bleiben, Geld zu verdienen und dann zurückzukehren. Auf Migranten aus dieser Gruppe von Zuwanderern der ersten Generation trifft - wenn überhaupt - nur der ambivalente Begriff des ‚*Gastarbeiters'* zu. Er beschreibt das Bild der Aufnahmegesellschaft von den Zuwandernden und dem nur zeitweiligen Charakter ihres Aufenthaltes (Treibel 1990, S. 16). Ricker formuliert die Bedeutung der Auswanderung für den Einzelnen wie folgt: *„[…] denn auszuwandern, sein Heimatland zu verlassen, bedeutet zumeist, mit einer neuen Sprache, einem anderen sozio-*

kulturellen Bezugsrahmen und damit verbunden mit anderen Wertvorstellungen, Erwartungshaltungen und Bedeutungszuschreibungen konfrontiert zu sein.“ (Ricker 2003, S. 53). Als Personen mit Migrationshintergrund werden auch diejenigen betrachtet, deren Eltern bzw. Elternteile in der Vergangenheit migriert sind.

2.1.2 Geschichte der Arbeitsmigration in Deutschland ab 1955

Ein erster Anwerbevertrag wurde 1955 mit Italien geschlossen; dafür ausschlaggebend waren lohn- und arbeitsmarktpolitische sowie unternehmerische Gründe. Grundlage für die vorübergehende Beschäftigung von ausländischen Arbeitskräften war das Rotations-Konzept (Oswald 2002), welches so unverblümt jedoch nur von Teilen der Wirtschaft und der CDU/CSU vertreten wurde. So erklärte etwa Hans Filbinger 1973, damals Ministerpräsident von Baden-Württemberg:

> Und da sind wir der Auffassung, das beste System mit den Gastarbeitern besteht darin, und zwar im beiderseitigem Interesse, dass nach einiger Zeit, vielleicht nach drei Jahren, die Gastarbeiter wieder nach Hause zurückkehren zu ihren Familien und, sofern sie die Familien dabei haben, sie mit nach Hause nehmen und dass sie dann ersetzt werden durch neue und junge Gastarbeiter, die dann zu uns kommen. (Zitiert nach: Cohn-Bendit 1993, S. 160; Thränhardt 1984).

Unternehmensführungen und Lobbyisten bestimmter Branchen hatten ein hohes Interesse an Arbeitskräften aus dem Ausland, so dass die ab Mitte der 1950er Jahre folgenden Anwerbevereinbarungen der Regierung auch durch sie initiiert wurden. Nach und nach ging die Initiative zur Wanderung auch auf die Migranten über, die selbst eigene Interessen und Bedürfnisse mit der Migration verbunden haben und deshalb als Akteure zu betrachten sind (Treibel 1990, S. 121).

2.1.3 Zuwanderung und Fortzüge ab den 1970er Jahren

Durch die Rezession 1966/67, die Ölkrise 1973 und die sich immer weiter verschlechternde Arbeitsmarktlage während der 1980er Jahre überwogen dann, teils auch mit Hilfe von finanziellen Rückkehranreizen, die Fortzüge. Von den zwischen 1960 und 1990 in die Bundesrepublik gezogenen 16 Millionen Ausländern haben 12 Millionen während desselben Zeitraums das Land wieder verlassen. Die beiden größten Einwanderergruppen stellen die Zuwanderer aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei dar. Unter den Migranten aus Portugal, Griechenland und Spanien finden sich verhältnismäßig viele Rückkehrer (Zentrum für Türkeistudien 1995).

Die Tabelle 1 stellt die ausländische Bevölkerung zahlenmäßig im Verhälnis zueinander dar.

Tabelle 1: Spanische Bevölkerung (z. Vgl. türkische und italienische Bevölkerung) in Deutschland nach Altersgruppen am 31.12. 2005[3]

Alter	0-18	18-40	40-60	> 60	gesamt
Spanien	7911	45 591	33 163	21 113	107 779
Italien	94 878	205 789	181 935	71 038	540 810
Türkei	492 122	751 209	373 955	212 189	1 764 041

2.1.4 Lebenssituation von Migranten in Deutschland

Die ausländischen Arbeitskräfte wurden in der Regel in die untersten Beschäftigungspositionen eingegliedert. Folgen waren u.a. gefährliche und harte Arbeitsbedingungen, nicht gewährleistete Sicherheit des Arbeitsplatzes, rechtliche und politische Benachteiligungen, Anpassungs- und Verständigungsschwierigkeiten, schlechte Wohnsituation, fehlender Familiennachzug, Freizeit- und Gesundheitsprobleme und später Schulprobleme der Kinder (Münz et al. 1999; Treibel 1990; Sawahn 1999; Riesgo 2003). Ein Kulturschock entstand vor allem dann, wenn durch die Migration die soziale Unterstützung durch die gewohnte Umgebung verlorengegangen war (soziale Isolation).

2.1.5 Migrantinnen

Ein weiterer Aspekt ist die Anwerbung von Frauen. In den meisten Veröffentlichungen wird immer nur von männlichen Gastarbeitern gesprochen, dabei wurden auf die gesamte Anwerbezeit (1955-1968) gerechnet 20% Frauen angeworben (Treibel 1990, S. 121). Ihre Erwerbsbereitschaft war ausgesprochen hoch, und ihre Erwerbsquote lag über eine längere Zeit sogar über der einheimischer Frauen (Apitzsch 1994; Hillmann 1996, Karrer et al. 1996). Am höchsten war der Frauenanteil bei den jugoslawischen, spanischen und griechischen Arbeitskräften (Treibel 1990, S. 122). Diese waren oft alleinstehend und hatten neben dem primären finanziellen Interesse auch den Wunsch nach Abwechselung und größerer Selbstständigkeit (Zentrum für Türkeistudien 1995). Viele Frauen entschlossen sich – trotz unsicherer Aufenthalts- und Arbeitsbedingungen in der Bundesrepublik – für die Migration, um beengten sozialen Verhältnissen zu entkommen (Hillmann 1996, S. 222).

---

[3] Persönlicher E-Mail Kontakt vom 20.09.2006 mit dem Statistischen Bundesamt; Excel-Datei: StatBundAuslaender: „*Ausländische Bevölkerung und in Deutschland geborene ausländische Bevölkerung am 31.12.2005 nach Staatsangehörigkeit und Altersgruppen*“.

2.1.6 Altern in der Migration

Die Unterteilung der verschiedenen Formen der Arbeitsmigration ist provisorisch. Denn die Motivation von Arbeitsmigranten lässt sich idealtypisch als zukunftsbezogen und materiell bezeichnen (Prestige, Verbesserung des Lebensstandards im Herkunftsland), so dass die Inkaufnahme ihres oft beschwerlichen Alltags in einem fremden Land vor allem durch die Orientierung auf in der Zukunft liegende Ziele einen Sinn gewinnt. Zu Beginn der Migration liegt damit ein positives Selbstkonzept und Vertrauen zugrunde, die durch Leistungen an das Herkunftsland erhalten werden. Betrachtet man diese lebenslange Fixierung auf ein Migrationsziel (Geld zu verdienen und alsbald zurückzukehren), wird interessant, was geschieht, wenn bilanzierend erkannt wird, dass dieses Ziel nicht erreicht wurde. Die Beschäftigung mit diesem Aspekt der Migrationsforschung wird immer notwendiger, denn 1995 waren nur 5,3 % der Ausländer in Deutschland älter als sechzig Jahre. Für 2030 wird nach einer Projektion durch Ulrich dieser Anteil bei mittlerer Zuwanderung auf 22,2 % geschätzt (Ulrich 1998, S. 25). Durch die Einführung von Integrations- bzw. Sprachkursen ab dem Jahr 2005 steht nun verstärkt die neue Generation von Einwanderern im Mittelpunkt, während die alternde Migrantengeneration aus den Augen verloren wird (Seifert 2000). Es ist davon auszugehen, dass die gesundheitlichen Probleme der älteren Migranten schwerwiegender sein dürften als die der Einheimischen (Mohammadzadeh 2005; Özcan & Seifert 2006). Dietzel-Papakyriakou (2005) weist darauf hin, dass diese Migrantengeneration auch hinsichtlich der gesundheitsrelevanten Aspekte ihrer Lebenssituationen untereinander weitaus heterogener ist (u.a. aufgrund ihrer Migrationsbiographie, dem kulturellen und Bildungshintergrund, der Wohnsituation, dem Zugang zu ethnischen sozialen Netzwerken und kulturellen Nischen). Trotz ihrer Schlechterstellung in vielen Lebenslagen wie Einkommen und Gesundheit sind sie besonders aufgrund ihrer sozialen Bindungen nicht unbedingt als isoliert oder gar hilflos zu betrachten (Schopf und Naegele 2005).

2.2 Migration von Spaniern in die Bundesrepublik Deutschland

2.2.1 Perspektive des Anwerbelandes

Nach Italien stellt Spanien die zweitälteste Gruppe von Einwanderern aus den „klassischen“ Einwanderungsländern Südeuropas. Das prosperierende Deutschland der fünfziger und sechziger Jahre benötigte vor allem Arbeitskräfte. Nach der Unterzeichnung des *Deutsch-Spanischen Abkommens über Soziale Sicherheit* 1959 und nach dem Abkommen über „*Wanderung, Anwerbung und Vermittelung spanischer Arbeitnehmer in die Bundesrepublik Deutschland*“ im Jahr 1960, die den Zustrom rechtlich regelten, stand der legalen Zuwanderung spanischer Arbeitskräfte nichts mehr im Wege (Herbert 2001).

Auf deutscher Seite war für die Einwanderung verantwortlich die Bundesanstalt für Arbeit und auf spanischer Seite das Spanische Auswanderungsinstitut. Im Rahmen der Anwerbevereinbarungen traf beispielsweise zwischen 1961-1967 wöchentlich ein Sonderzug mit Spaniern im Kölner Bahnhof Deutz ein, die von dort aus in alle Richtungen der Bundesrepublik verteilt wurden.

Nach wie vor bilden ältere Migranten und Migrantinnen aus den ehemaligen Anwerbestaaten die zahlenmäßig stärkste Gruppe: So waren 2004 etwa 37 % der Einwanderer aus dem ehemaligen Jugoslawien, knapp 20 % aus Spanien, etwa 16 % aus Griechenland, etwa je 10 % aus Portugal und der Türkei über 60 Jahre alt (Beauftragte der Bundesregierung für Migration 2005, S. 32).

Die Ergebnisse vieler Studien zur Migration beziehen sich fast ausschließlich auf türkische Migranten. Sie sind nicht vorbehaltlos auf spanische Migranten übertragbar, da es religiöse und soziokulturelle Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gibt und sie sich in ihrer Migrationsgeschichte unterscheiden.

Mit dem Ziel der Orientierungshilfe begann der Deutsche *CARITAS*-Verband 1961 mit der Errichtung eines bundesweiten kulturspezifischen Betreuungsnetzes für spanische Migranten. Seine Hauptaufgaben lagen in der Orientierungshilfe, einer Brückenfunktion zwischen Deutschen und Migranten, der Unterstützung und Beratung im Rechts- und Arbeitsplatzbereich sowie der psychosozialen Beratung und Vermittlung an andere Fachdienste. Die *CARITAS* unterhält 58 kulturspezifische Sozialdienste für Spanier, deren Mitarbeiter neben einigen Deutschen und Lateinamerikanern hauptsächlich selbst Spanier waren (65 %) (Bermejo 1999, S. 19).

2.2.2 Perspektive der Angeworbenen

Die meisten spanischen Migranten kamen aus den wirtschaftlich am wenigsten entwickelten Regionen Spaniens: *Andalusien*, *Galizien* und *Estremadura*, die Mehrheit stammte aus der ländlichen Bevölkerung und hatte ein niedriges Schul- und Bildungsniveau. In Spanien mussten sie sich vor der Auswanderung noch mehreren ärztlichen Untersuchungen unterziehen, die ihren körperlich gesunden Zustand bestätigten. Die Anlässe für die Auswanderung lagen vorwiegend in einem sicheren Arbeitsplatz und dem Wunsch, sich Ersparnisse zu schaffen. Die Hauptprobleme in dieser ersten Phase der Einwanderung waren soziale Isolation sowie fehlende Sprach- und Kulturkenntnisse.

Bis zur Ölkrise und der Verfügung des endgültigen Anwerbestopps 1973/74 stieg die Zahl der emigrierenden Spanier stetig an und nahm anschließend kontinuierlich ab.

Mitte der 1970er Jahre begann auch die Phase der Familienzusammenführung. Von 1974 bis heute wird ein stetiger Trend zur Rückkehr deutlich (Aguirre 1981, S. 185).

2.2.3 Erste „Sesshaftwerdung“ spanischer Migranten in Deutschland

Trotz der steigenden Tendenz zur Rückkehr wurden viele der hier gebliebenen Familien sesshaft. Wirtschaftliche Anzeichen waren höhere Investitionen in der Bundesrepublik Deutschland, größere und besser ausgestattete Wohnungen und das Anlegen von Ersparnissen, die zuvor ins Heimatland geschickt wurden. Anzeichen ideeller Natur für die Sesshaftwerdung sind die u.a. mit Unterstützung der über die *CARITAS* gegründeten spanischen Elternvereine. Ziel dieser Organisationen war die bessere Integration spanischer Kinder in deutschen Schulen und die Gewährleistung eines Komplementärunterrichts in Spanisch. Die Elternvereine treten als Partner gegenüber Behörden und Institutionen auf und stehen für eine Integration unter Bewahrung der eigenen Identität (Aguirre 1986, S. 245). Mit dem Beitritt Spaniens 1986 zur EU begann auch eine neue Phase in der Migrationsgeschichte der Spanier: Die Rechtssicherheit der in Deutschland lebenden Spanier stieg, was besonders wichtig in Bezug auf die über Jahre erworbenen Rentenansprüche ist.

2.2.4 Spanische Migranten in Niedersachsen

Das Land Niedersachsen hat in den fünfziger Jahren vergleichsweise viele spanische Arbeitsmigranten angeworben. 1965 lebten in Hannover 8700 spanische Staatsangehörige. In der Stadt und im Landkreis waren das seit 1960 vorwiegend Spanierinnen. Allein die Süßwarenfabrik *Bahlsen* beschäftigte mehr Spanierinnen als jedes andere deutsche Unternehmen (Sawahn 1999, S. 265). Sawahn, die mit Hilfe von Interviews mit spanischen Arbeiterinnen versucht hat, die Gastarbeiterzeit historisch zu erschließen, beschreibt u.a. das Leben der Migrantinnen und die Integrationsbemühungen sowohl der Fabrik als auch der Bevölkerung. Die für das Werk angeworbenen Spanierinnen kamen vorwiegend aus Valladolid, Palencia und Villarramiel im Norden Spaniens. Viele der jungen Frauen meldeten sich auf eine Stellenanzeige in der örtlichen Zeitung und verbanden damit die Hoffnung, ihren engen Familienverhältnissen und unbefriedigenden Arbeitsstellen zu entfliehen. Doch zuerst mussten sie sich gegen eine streng patriarchalische Gesellschaftsmoral durchsetzen und ihre Familien von dem Vorhaben überzeugen, nach Deutschland zu gehen und dort vergleichsweise viel Geld zu verdienen. Bekam eine Dorfschullehrerin in Spanien etwa 6,60 DM monatlich, so konnte sie als Fabrikarbeiterin in Deutschland etwa 350 DM monatlich verdienen (Sawahn 1999, S. 267). Durch eine besonders umfangreiche innerbetriebliche Fürsorge versuchte man den Spanierinnen das Einleben zu erleichtern. Dazu gehörten modern ausgestattete Wohnheime, Deutschkurse, Freizeitangebote, Dolmetscherdienste, aber auch die Möglichkeit für die deutschen Kol-

leginnen, ihrerseits Spanischkurse zu belegen. Auch konnten die spanischen Arbeiterinnen in der Werkszeitung „*Leibniz-Blätter*“ Artikel veröffentlichen, die dann ins Deutsche übersetzt wurden. Über Weihnachten und in den Sommerferien wurden erst Sonderzüge und später Busse nach Spanien organisiert (Sawahn 1999, S. 269)[4].

Es existieren auch Beispiele für einen weniger hilfsbereiten Umgang mit den Spaniereinnen als den im Bahlsenwerk skizzierten, wie das folgende es illustriert: Die Cuxhavener Fischindustrie warb 1961 eigenständig an der galizischen Küste (*Vilanova de Arousa*) Arbeitskräfte für den Fang und die Fischverarbeitung an. Hunderte von Spaniern und Spanierinnen migrierten nach Cuxhaven, um für kurze Zeit viel Geld zu verdienen und wieder nach Hause zurückzukehren. Untergebracht wurden sie in Schlafsälen im Dachgeschoss der Fischfabriken. Im Vergleich zum vorherigen Beispiel wurden die spanischen Migranten in Cuxhaven mit einer schlechteren Wohnsituation, härteren Arbeitsbedingungen und mangelnder Hygiene konfrontiert. Doch auch hier blieben viele länger als ursprünglich geplant. Noch heute hat fast jede Familie in *Arousa* verwandtschaftliche Beziehungen mit Cuxhaven[5].

2.2.5 Geringe Rückkehr spanischer Migranten

Irrtümlicherweise glaubte man sowohl auf der deutschen wie auf der spanischen Seite, dass die Migranten nach Ablauf weniger Jahre wieder endgültig zurückkehren würden, und nannte diese Form der Migration, die ursprünglich den Charakter einer kurzfristigen Wanderung hatte, auch „*Schwalbenmigration*“ (Mazza 2002, S. 58). Dass aber dieses Pendeln zwischen Aufnahme- und Herkunftsland zwanzig Jahre und mehr andauern würde, wurde zu diesem Zeitpunkt kaum erwartet. Sowohl auf deutscher als auch auf spanischer Seite existierten so gut wie keine Kenntnisse über die jeweils andere Kultur mit ihren Werten und Normen. Beiderseitige Unkenntnis in Verbindung mit der Vorstellung eines kurzen Aufenthaltes führte in der Folge auf beiden Seiten oft zu Abkapselung und Ausgrenzung. Interessant sind in diesem Zusammenhang zwei Befragungen des Deutschen *CARITAS*-Verbandes aus den Jahren 1967 und 1977: So lebten 1969, neun Jahre nach Anwerbebeginn, noch 59 % der befragten Spanier alleine und 38 % mit Angehörigen; zehn Jahre später lebten nur noch 25 % alleine und 75 % zusammen mit ihren Angehörigen. Etwa die Hälfte der Spanier, die 1984 in Deutschland lebten (159000 Personen), waren Arbeitnehmer (69000 Personen), der Rest waren Familienangehörige. Mit der ersten Generati-

---

[4] Gestützt wird dies durch Berichte und Erzählungen im persönlichen Gespräch der Autorin mit Zeitzeugen.

[5] Persönliche Kommunikation der Autorin mit dem Kulturzentrum in Cuxhaven.

on von spanischen Migranten ist eine zweite und mittlerweile auch schon dritte Generation herangewachsen (1984 waren 48,4% der in Deutschland lebenden Spanier jünger als 35 Jahre). Trotz eines starken Trends zur Rückkehr hat sich in den letzten Jahren ein beachtlicher Teil der spanischen Familien auf Dauer in der Bundesrepublik niedergelassen (Aguirre 1985, S. 173).

Die Tabelle 2 stellt die Zu- und Fortzüge spanischer Migranten dar.

Tabelle 2: Zu- und Fortzüge spanischer Migranten in bzw. aus der Bundesrepublik - Zeitreihe 1978-2001 (Quelle: Bundesamt für Statistik, Zentrum für Türkeistudien)

1978-2001	1980	1982	1984	1986	1988	1990	1992	1994	1996	1998	1999	2000	2001
Zuzüge	5.402	3.781	3.052	4.119	3.905	4.438	5.445	6.023	7.832	7.819	8.608	9.137	9.440
Fortzüge	10.001	10.392	9.195	6.547	6.007	6.111	6.503	7.626	8.215	8.848	9.660	9.370	9.632
Saldo	-4.599	-6.611	-6.143	-2.428	-2.102	-1.673	-1.058	-1.603	-383	-1.029	-1.052	-233	-192

2.2.6 Abschied vom Traum der Rückkehr

Nach 20 bis 30 Jahren Aufenthalt in Deutschland nehmen die verbliebenen Spanier allmählich Abschied von ihrem Traum von einer Rückkehr nach Spanien. Erst ausgestattet mit befristeten Anwerbeverträgen, um die persönliche und familiäre wirtschaftliche Situation im Heimatland zu verbessern, dann mit festen Arbeitsverträgen und eigener Familie im Aufnahmeland wurde die Rückkehrentscheidung immer weiter in die Zukunft verschoben. Aus der ersten Migrantengeneration sind viele als Großeltern immer noch in Deutschland. So geraten einige aus dem Kreis der älteren Migranten in eine wirtschaftlich, gesundheitlich und psychosozial schwieriger werdende Lebensphase. Dazu kommt, dass sich ein wesentliches Ziel der Migration – die wirtschaftlich verbesserte Rückkehr – nicht in der angestrebten Weise realisieren ließ. Der über die Erwerbstätigkeit hinausgehende Verbleib im Aufnahmeland war von den meisten nie in die Lebensplanung mit einbezogen worden, und der eigentliche Rückkehrzeitpunkt wurde immer wieder verschoben, ohne dass eine klare Zukunftsplanung stattfand (Perez-Moldes & Wietert-Wehkamp 1990). So planten etwa 44 % der Angehörigen der ersten Generation höchstens drei Jahre und 61 % höchstens fünf Jahre in Deutschland zu bleiben (Aguirre 1979).

2.2.7 Gründe für die Rückkehr

Die Motivationen für die Heimkehrer waren Folgen der Wirtschaftskrise in der Bundesrepublik Deutschland, eine Ermüdung nach jahrelangem Aufenthalt und die Hoff-

nung auf eine Veränderung der politischen Entwicklung im Heimatland einhergehend mit der Schaffung neuer Arbeitsplätze. Das Ende der Franco-Diktatur, das Einsetzen eines Demokratisierungsprozesses sowie der wirtschaftliche Aufschwung veranlassten zahlreiche Emigranten zur Rückkehr.

2.3 Psychische Erkrankungen bei Migranten

Etwa 18.6 % der deutschen Bevölkerung hatte 2005 einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2006). Dies lässt den Schluss zu, dass Migranten eine wichtige Patientengruppe in der Gesundheitsversorgung vertreten. Es ist noch nicht ausreichend geklärt, inwieweit Migration die Gesundheit beeinflusst, da die Ausgestaltung dieses Zusammenhanges sehr vielschichtig ist. Für den Bereich der psychischen Gesundheit von Migranten wird die bisherige Studienlage mehr als dürftig beschrieben (Brähler et al. 2010, Abs. 3).

Die Ursachen für die Zunahme psychischen Leidens bei Migranten liegen stärker noch als bei deutschen Patienten in der sozialen Unsicherheit, dem zunehmenden Arbeitslosigkeits- und Armutsrisiko, Diskriminierung, in innerfamiliären und Generationskonflikten und in der Rückkehrproblematik. Latent vorhandene Gefährdung der sozialen Sicherheit fördert ein Krankheit und ihre Symptome verbergendes Verhalten und kann zu einer verspäteten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen. Psychiater werden häufig erst bei schweren psychischen Leiden oder nach einer stationären Einweisung aufgesucht. Die Gründe dafür liegen unter anderem in der starken Stigmatisierung psychischen Leidens im eigenen kulturellen Krankheitsverständnis und somit im „*kulturellen Abstand der Migranten*“ zu professioneller psychischer Behandlung (Collatz 1998, S. 38). Zudem werden Konflikte und Leid häufig ganzheitlich körperbezogen erlebt und Beschwerden, auch wenn sie psychischer Natur sind, oft organbezogen präsentiert (z.B. Schmerzpatienten). Diese Migranten zugeschriebene Somatisierungsneigung hat aber oft auch eine schichtspezifische Dimension. So weisen Goldberg und Bridges darauf hin, dass ein niedriger sozialer Status oft mit körpernaher Symptomdarstellung einhergeht (Goldberg & Bridges 1988). Zudem bietet die Somatisierung Mitgliedern benachteiligter Gruppen die Möglichkeit, die bewusste Erfahrung von sozialer Kränkung auf die Körperebene zu verlagern, um so die Selbstachtung zu bewahren und auf die Unterstützung des medizinischen Systems zu hoffen (Leyer 1991).

2.3.1 Migration und ärztliche Versorgung

Hausärzte sind, gerade bei psychosozialen Problemen, häufig die erste Anlaufstelle für Migranten. Für Hausärzte bedeutet die Behandlung ausländischer Patienten meist einen höheren Zeitaufwand, verursacht durch Verständigungsschwierigkeiten

und die oft erforderliche tiefergehende Exploration der sozialen Lebensumstände, der kulturellen Wertsysteme und „*emotionalen Welten*“. Lutz argumentiert deshalb in ihrer Arbeit zu Depressionen, dass bei der ‚*Übersetzung'* von Gefühlswelten den sozialen und kulturellen Kontexten und dabei auch der Analyse der semantischen Netzwerke mehr Beachtung geschenkt werden sollte (Lutz 1985).

Ausländische Patienten konsultieren bevorzugt den Hausarzt als vertrauten Ansprechpartner. Im Vordergrund des Arztbesuches steht die ganzheitliche Präsentation körperlicher Symptome (Collatz 1998, S. 36). Hier entscheidet sich, ob medikamentös therapiert oder sozialtherapeutisch interveniert wird und ob psychische und soziale Leiden unter Umständen somatisiert werden. Für eine sachkundige Beratung und Behandlung betrachtet es Theilen als wünschenswert, dass Hausärzte wichtige Aspekte der sozialen Situation, des Migrationprozesses, des Wertesystems und der ethnomedizinischen Hintergründe von Migranten kennen, um sich so deren subjektives Kranksein zu erschließen (Theilen 1986).

2.3.2 Ursachen von ärztlichen Verständigungsproblemen

Für die zunehmende Zahl von Migranten fehlt es Ärzten und Pflegepersonal an Kenntnissen über deren spezielle gesundheitliche Probleme und an kommunikativen Fähigkeiten, diese im Lebenskontext zu explorieren und die therapeutische Entscheidung (z.B. für eine bestimmte Arzneiverordnung) daran zu orientieren. Sleath et al. zeigen in ihrer Studie, dass es verwandte Beispiele für eine uneinheitliche Wahrnehmung verschiedener Patientengruppen gibt (Sleath et al. 1998). So nehmen Ärzte in den USA die mentale Gesundheit von Amerikanern mit und ohne Migrationshintergrund unterschiedlich wahr und behandeln sie auch divergent. Die Autoren führen dies auf die unzureichenden Fähigkeiten der Ärzte zurück, emotionale Symptome und soziale Probleme ihrer Patienten zu ergründen und ihnen einen angemessenen Rahmen zur Besprechung zu bieten. Diese beschriebenen Probleme (z. B. in der Arzt-Patient-Kommunikation) gibt es aber nicht nur bei Migranten, sondern auch bei einheimischen Patienten aus sozialen Randschichten, deren Verhältnis zum Gesundheitssystem von sozialer und kultureller bzw. einer Machtdistanz geprägt sein kann (Cave et al.1995). So ist die Konsultation zwischen Patienten mit Migrationshintergrund und Arzt in Deutschland meist kürzer, und häufig erweist sich die Kommunikation als ergebnislos (Harmsen et al. 2003; Harmsen et al. 2006; Meeuwesen et al. 2006; Schouten & Meeuwesen 2005). Sprachbarrieren und Informationslücken sind gerade im medizinischen Bereich bedeutsam, wenn Ärzte und Patienten einen unterschiedlichen sozio-kulturellen Hintergrund aufweisen (Westermilies 2004), weil es um sehr persönliche Themen geht.

2.3.3 Kulturelle und sprachliche Barrieren bei der ärztlichen Versorgung von Migranten

Ein weiteres Problem in der psychiatrischen Diagnostik und Therapie stellen Verständigungsprobleme dar. Fällt es deutschen Patienten oft schon schwer, eine gemeinsame Sprache mit dem behandelnden Arzt zu finden, kommen bei ausländischen Patienten kulturelle Missverständnisse hinzu – gerade bei „*kulturell festgelegten Reaktionsformen innerhalb eines Deutungsschemas magischen Bewusstseins*“ (Berg 1998, S. 88). Dazu gehört die Art und Weise, Schmerzen oder Befindlichkeiten auszudrücken (Kielhorn 1998; Zarifoglu 1991; Zimmermann 1983, S. 1119ff). Hochschild betont in diesem Zusammenhang, dass mit Hilfe von Sprache emotionale Arbeit zwischen Menschen mit unterschiedlichem sozialen und kulturellen Hintergrund geleistet wird, wobei nicht vergessen werden darf, dass Sprache untrennbar mit den eigenen ethnotheoretischen Konzepten verbunden ist (Hochschild 1979). Kulturelle Missverständnisse finden häufig auf der Verstehensebene der Arzt-Patienten-Interaktion statt und können auch als Probleme in der semantischen Übertragung der ärztlichen Erklärungen auf die Patientenebene beschrieben werden: Unterschiedliche Vorstellungen bezüglich der Krankheitskausalitäten, den Krankheitssymptomen und den angemessenen Therapien, dem Erleben und dem Erleiden der Krankheit können zu erheblichen Vorurteilen und Konflikten auf beiden Seiten führen. Zudem bekommen ernste Erkrankungen vor dem Hintergrund belastender psychosozialer Lebensbedingungen eine andere Bedeutung als in gesicherten Verhältnissen.

Besonders kulturelle Missverständnisse, einhergehend mit Verständigungsschwierigkeiten (Fehlen sprachlicher und kultureller Kompetenz), führen laut Glier et al. häufig zu einem Abbruch ärztlicher therapeutischer Beziehungen. Die Abbruchquote liegt bei türkischen Migranten in „*monokulturellen therapeutischen Beziehungen*“ um 50 % niedriger als in „*bikulturellen Beziehungen*“ (Glier et al. 1998, S. 190). Da alternative Interventionsmöglichkeiten in der psychiatrischen Versorgung fehlen, besteht die Neigung zu einer Übermedikalisierung. Analgetika (Schmerzmittel), Sedativa und Tranquillizer (Beruhigungsmittel) sollen den Patienten einen vorübergehenden Abstand zu meist chronischen Belastungssituationen ermöglichen. Diese hohe Verschreibungsquote resultiert zum einen auf den vorhandenen sprachlichen Barrieren, die sämtliche entscheidenden Faktoren einer Psychotherapie von der exakten Diagnosestellung über den Beziehungsaufbau zum Therapeuten bis zur wirksam genutzen Therapiesitzung stark beeinträchtigen. Dies betrifft in erster Linie die Migranten der ersten Generation, von denen viele über so geringe Deutschkenntnisse verfügen, dass eine deutschsprachige Behandlung kaum durchführbar ist. Damit korrespondierend existiert im deutschen Gesundheitssystem eine Versorgungslücke bezüglich dieser großen Zuwanderergruppe, da der Bedarf an muttersprachlichen Therapeuten

kaum gedeckt ist und auch die Möglichkeit, Sprach- und Kulturvermittler in den Behandlungsprozess miteinzubeziehen, nur in unzureichendem Maße gegeben ist, da deren Einsatz sich auf wenige Modellprojekte erstreckt. Dieses Fehlen spezifischer Versorgungsmöglichkeiten übt einen negativen Einfluss auf die Dauer der Erkrankung und damit einhergehend z. B. auch die Komorbidität der Patienten aus, da die therapeutische Beziehung als unerlässlicher Wirkfaktor schwer herstellbar ist, wenn eine direkte Kommunikation zwischen Arzt und Patient nicht möglich ist.

Neben der sprachlichen Barriere spielen auch kulturelle Unterschiede eine bedeutsame Rolle in der psychotherapeutischen Versorgung. Dies betrifft einerseits Kommunikationsformen wie die gewählte Form des Hilfesuchverhaltens oder die Art und Weise, Beschwerden zu äußern, aber auch inhaltlich abweichende Krankheitsmodelle, unterschiedliche Wertvorstellungen und religiöse Besonderheiten (Brähler et al. 2010, Abs. 4). Obschon Kenntnisse über die spezifischen Besonderheiten des jeweiligen Migrationshintergrunds in Diagnostik und Therapie psychischer Störungen eine wichtige Bedingung darstellen, ist die Erforschung der psychischen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund auch heute noch unzureichend.

Mewes et al. kamen zu dem Schluss, dass sich bei den in ihrer Untersuchung befragten - eher gut integrierten Migranten – keine kulturellen Einflüsse auf die psychische Gesundheit und den Umgang mit verschiedenen Erkrankungen erkennen lassen (Mewes et al. 2010, Abs. 19).

2.4 Depressionen und Medikation

Depression beschreibt Gefühle der Niedergeschlagenheit bzw. einen Symptomkomplex, dessen Erscheinungsbild sich auf verschiedenen Ebenen des menschlichen Daseins, z.B. auf der emotionalen (Traurigkeit, Gefühl der Gefühllosigkeit), motivationalen (Entscheidungsunfähigkeit, Antriebsschwäche), kognitiven (Denkhemmung, Grübelneigung), vegetativ-physiologischen (Appetit- und Schlafstörungen) und auf der Verhaltensebene (apathisches oder auch rastloses Verhalten) manifestieren kann. Sie ist gekennzeichnet durch eine hohe Rezidivneigung und hohe Mortalität. Eine einheitliche Definition der Depression existiert nicht. Der Begriff Depression wird deshalb auf bestimmte psychische Zustände angewandt, die hinsichtlich Ursachen, Schweregrad und Verlauf der Erkrankung sehr unterschiedlich sein können. Häufig wird auch von „*Episoden*“ gespochen, um depressive Phasen von symptomfreien Intervallen abzugrenzen. In der Alltagssprache wird jemand als *depressiv* bezeichnet, der sich traurig und lustlos zeigt. Depression könnte als eine Zäsurkrankheit beschrieben werden, die einen Anfang und eine Ende besitzen kann, sich also quasi auf einer Zeitleiste befindet.

2.4.1 Instrumente zur Klassifikation von Depression

Das DSM IV[6] und die ICD-10[7] sind Instrumente zur Klassifikation der Depression (Saß 2003; Graubner 2006). Da die Ätiopathogenese multifaktoriell ist, wird im neuen ICD-10 weitgehend auf Annahmen zur Ätiologie verzichtet und rein beschreibend das psychopathologische Syndrom (z.B. depressive Episode), Schweregrad (z.B. leicht, mittel und schwer), Dauer und Verlauf (z.B. rezidivierend) benannt. Ziele der antidepressiven Therapie (medikamentöse und psychologische Therapieformen) sind die akute Linderung von Angst, Unruhe, Schlafstörungen, mittelfristige Besserung von Stimmung und Antrieb sowie des sozialen und beruflichen Funktionierens, der Lebensqualität, der Reduktion von Morbidität und Mortalität und der Verhinderung eines Rückfalls.

2.4.2 Prävalenz von Depression

Die Wahrscheinlichkeit, mindestens einmal im Leben an einem depressiven Syndrom zu erkranken, liegt bei 10-20 %, an einer schweren depressiven Episode zu leiden bei 5-10 %, bezogen auf Patienten der Primärversorgung (Geddes 2006; Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2006). Abgesehen von einer genetischen Prädisposition sind in den meisten Erkrankungsfällen (40-60 %) Triggermomente zu erkennen: kritische Lebensereignisse, höheres Lebensalter, Geschlecht u.a. (Geddes 2003). Eine unbehandelte Depression kann u.a. die Lebensqualität und Produktivität reduzieren (Rupp 1995). Bei Frauen kommt eine depressive Erkrankung häufiger vor als bei Männern, ebenso wie bei Personen aus sozial benachteiligten Gruppen (Ustün 1995).

Mit einer Prävalenzrate von 11,5% (Winter et al. 2000; Berardi et al. 2002) in der Allgemeinbevölkerung besitzen depressive Störungen in der hausärztlichen Versorgung eine hohe Relevanz. Depression ist weltweit eine der häufigsten Erkrankungen und manifestiert sich durch lang anhaltende Episoden, häufige Rezidive, einen oft chronischen Verlauf sowie psychosoziale und physische Beeinträchtigungen (*Hirschfeld et al.* 1997; MacDonald et al. 1996). Die hohen Kosten werden von Friemel et al. für Patienten in Deutschland auf 686 EUR im Jahr pro Patient geschätzt (Friemel et al. 2005; Stamm et al. 2010). Luppa et al. ermitteln in ihrer Übersichtsarbeit noch höhere Zahlen (Luppa et al. 2007). Frauen leiden doppelt so oft an Depressionen als Männer. Depressionen sind der viertgewichtigste Grund für Arbeitsunfähigkeit, und es wird erwartet, dass sie bis zum Jahre 2020 weltweit an die zweite Stelle der Gründe für Arbeitsunfähigkeit in der Welt rücken werden (Schulber & Katon 1992, S.

---

[6] *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.

[7] *International classification of disease*.

237; Murray 1997a; Sobocki 2006;). Sie zählen aufgrund der häufigen Arztkontakte zu den leistungsintensivsten Diagnosen in der Allgemeinpraxis (Kerek-Bodden et al. 2000; Matalon et al. 2002). Häufig sehen sich Hausärzte den sehr spezifischen und persönlichen Therapieerwartungen ihrer Patienten gegenüber. Zu den wichtigsten Behandlungsmöglichkeiten zählen die Therapie mit Antidepressiva, Unterstützung und abwartendes, aufmerksames Beobachten ebenso wie psychotherapeutische Verfahren und die Überweisung an Spezialisten (Culpepper 2006).

2.4.3 Orte der Primärversorgung bei psychischen Erkrankungen

Die Behandlung von Patienten mit psychogenen Erkrankungen liegt in Deutschland überwiegend beim Hausarzt. Er ist im medizinischen Versorgungssystem der erste Ansprechpartner für viele Patienten. Seine Diagnose hat einen weitreichenden Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung. Studien zeigen, dass Hausärzte, obwohl sie über intensive Kenntnisse der Lebenswelt ihrer Patienten verfügen, eine psychogene Erkrankung zu selten diagnostizieren (Kruse et al. 1999; Tress et al. 1999, S. 326), obwohl sich die Prozessqualität in den letzten Jahren verbessert hat.

2.4.4 Medikamentöse Therapie von Depressionen

Depressionen werden in der Regel medikamentös mit Antidepressiva, aber auch mittels psychotherapeutischer Verfahren behandelt. Inzwischen wird eine Kombination beider Therapieformen als am vorteilhaftesten für den Patienten bewertet. Antidepressiva sollen vornehmlich stimmungsaufhellend und –stabilisierend wirken, sowie Antrieb, vegetative Symptomatik und depressive Kognitionen beeinflussen (Maurer 1999). Man unterscheidet zwischen den klassischen trizyklischen Substanzen, den Monoaminoxidase-Hemmern und den in den letzten fünfzehn Jahren auf den Markt gekommenen Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (*selective serotonin reuptake inhibitors* = *SSRI*). Ferner gibt es noch Serotonin-Noradrenalin-Rückaufnahmeinhibitoren (*SNRI*), Noradrenalin-Rückaufnahmeinhibitoren (*NaRI*) sowie Lithiumpräparate. Dazu kommen noch pflanzliche Medikamente, am häufigsten Johanniskrautpräparate (*hypericum perforatum*). Antidepressiva werden in drei Wirkungskomponenten unterschieden, die jedoch für die einzelnen Substanzen verschieden stark ausgeprägt sein können: dämpfende, stimmungsaufhellende und aktivierende Wirkungen (Tabelle 3).

Tabelle 3: Antidepressiva

Substanzgruppe	Eigenschaften	Freiname
Trizyklische Antidepressiva	stimmungsaufhellend aufhellend/aktivierend dämpfend	Imipramin Desipramin Amitriptylin
Tetrazyklische Antidepressiva	stimmungsaufhellend stimmungsaufhellend	Maprotilin Mianserin
Selektive Serotonin-Reuptakehemmer (SSRI)	Alle SSRI: antriebssteigernd	Citalopram Fluoxetin Fluvaxamin Paroxetin Sertralin
Atypische Antidepressiva	sedierend antriebssteigernd antriebssteigernd	Trazodon Venlafaxin Viloxazin
Monoaminooxidase-(MAO-) Hemmer		Moclobemid Tranylcypromin
Pflanzliche Antidepressiva		Hypericum

Das Anwendungsspektrum von Psychopharmaka hat sich in den letzten Jahren erheblich erweitert. So werden Antidepressiva nicht nur bei depressiven Störungen, sondern auch bei Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, Essstörungen oder Schmerzsyndromen eingesetzt. Neuroleptika werden nicht ausschließlich für ihre Hauptindikationsgebiete der schizophrenen und manischen Psychosen eingesetzt, sondern finden besonders niedrig dosiert Verwendung als Tranquillantien (Fluspirilen 1,5 mg) Anwendung. Diese werden nun auch in Deutschland vermehrt für die Anwendung bei Depressionen und manischen Depressionen beworben (Lohse et al. 2010, S. 39). Aufgrund von Nebenwirkungen wie Spätdyskinesien wird die Verwendung niedrigdosierter Neuroleptika als Tranquillantien oder zur Überbrückung der Latenzzeit bis zum Einsetzen der gewünschten antidepressiven Wirkung von Antidepressiva kontrovers diskutiert (Kappler et al. 1994). Eine kritischere Einstellung der Ärzte gegenüber Benzodiazepinen erklärt vermutlich die nun seltenere Verordnung dieser injizierbaren Depotpräparate (Linden & Grothe 1993).

2.4.5 Verordnungen von Psychopharmaka

In Untersuchungen über das Einnahmeverhalten von Medikamenten hat man herausgefunden, dass Medikamente nicht nur die Funktion haben, Symptome zu reduzieren (biochemischer Effekt), sondern auch psychologische und soziale Wirkungen besitzen. So erhofft man sich bei der Einnahme von Psychostimulanzien u.U. aktivere Beziehungen zur Familie und zum sozialen Umfeld, d.h. den Erhalt oder eine qualitative Verbesserung von Beziehungen. Die Verordnung von stimmungsverändernden Medikamenten bei persönlichen Problemen birgt oft die Gefahr, dass dem Patienten ein Gefühl von „*Normalität*“ vermittelt wird bzw. er sich dieses aneignet, also die Vorstellung von einem Leben frei von Ängsten und Sorgen, geborgen in harmonischen Beziehungen, welches durch die Einnahme von stimmungsverändernden Medikamenten erhalten werden kann. Da die Einnahme persönliche emotionale Veränderungen zur Folge haben kann, hat sie somit auch Auswirkungen auf andere Personen. Diese Medikamente würden dann nicht nur für den persönlichen Nutzen, sondern auch für den Nutzen anderer eingenommen werden. Aus der Hoffnung auf Veränderungen im sozialen und psychologischen Bereich resultiert dann oft die Angst vor dem Absetzen der Medikamente und dem Ausbleiben positiver Effekte (Helman 1981). Persönliche und gruppenpsychologische Ereignisse prägen die subjektiven Erfahrungen desjenigen, der die Medikamente einnimmt. Einige Forscher sind der Ansicht, dass die Einnahme von stimmungsverändernden Medikamenten nicht als ein Einzelereignis betrachtet werden sollte, sondern über die gesamte Zeit der Einnahme hinweg auch als ein Bildungsprozess sozialer Beziehungen (Karp 1994, S. 27).

2.4.6 Häufigkeit der Verordnung von Psychopharmaka

Obwohl die Verordnungen von Psychopharmaka seit 1998 geringfügig zurückgegangen sind, hat ihr Umsatz deutlich zugenommen. Auch 2009 wurden wieder verstärkt die neueren teureren Antidepressiva verordnet. Betrachtet man den Gesamtmarkt im Langzeitverlauf, steht dem Rückgang von Tranquillantien ein kontinuierlicher Anstieg von Antidepressiva gegenüber. Gründe hierfür liegen u.a. in den Appellen an die Ärzteschaft, eine Benzodiazepinabhängigkeit zu beachten. Innerhalb der Gruppe der Antidepressiva ist der kontinuierliche Anstieg von Verordnungen für Serotonin-Wiederaufnahmehemmer bei gleich bleibenden Verordnungen von klassischen Antidepressiva bemerkenswert. Dies kann an einem veränderten bzw. erweiterten Indikationsspektrum liegen, Anstrengungen in der Verbesserung der Diagnostik im allgemeinmedizinischen Bereich oder an öffentlichkeitswirksamen Berichten über Serotonin-Wiederaufnahmehemmer als Lifestyle-Medikamente. Letzteres wurde zunächst vornehmlich für den US-amerikanischen Markt angenommen (Lohse et al. 2010;

Glaeske 2000; Kramer 1997). Für die Depression lässt sich dieser Zuwachs u.a. durch die Ausweitung des Indikationsspektrums sowie mit einer längeren Behandlungsdauer erklären. Darüber hinaus hat sich im primärärztlichen Bereich die Diagnostik verbessert (Kessler et al. 2005). Dabei müssen Depressionen nach den neueren Leitlinien der Fachgesellschaften nicht mehr notwendigerweise mit Antidepressiva behandelt werden, da es mittlerweile gut validierte Behandlungsoptionen gibt (Bschor et al. 2008). Nach Walsh et al. (2002) wird die Wirksamkeit von Antidepressiva im Vergleich zu Placebos bei einer Responsrate von 20% oftmals überschätzt. So haben sich die Verordnungen von Antidepressiva in den letzten fünfzehn Jahren mehr als verdreifacht (s. Abb. 1). Sowohl bei den SSRI als auch bei den Johanniskrautpräparaten scheint bei den Bewertungen ein *publication bias* zu bestehen, da ungünstige Risiko-Nutzen-Profile nicht veröffentlicht (Whittington et al. 2004) bzw. positive Daten bevorzugt publiziert wurden (Williams et al. 2000).

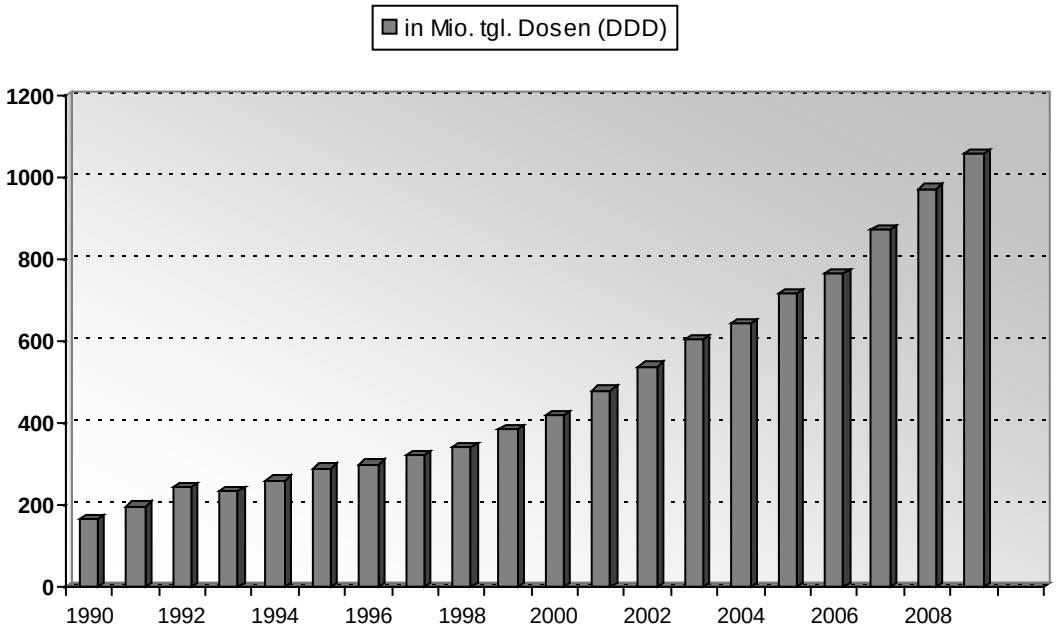


Abbildung 1: Verordnungen von Antidepressiva 1990 bis 2009 (Lohse 2001, S. 579, Lohse 2010, S. 800)

Auch ist im Vergleich zu den Vorjahren die Verordnung von Johanniskrautpräparaten erneut deutlich angestiegen und darf nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung) vom November 2003 für mittelschwere depressive Episoden verordnet werden (Lohse 2006 und 2010). In einer Metaanalyse kontrollierter Studien haben Linde et al. festgestellt, dass *hyperi-*

cum-Extrakte bei leichten bis mittelschweren Depressionen Placebos deutlich überlegen sind (Linde et al. 2005). Eine Bestätigung dieser Funde findet sich bei Philipp et al. (Philipp et al. 1999). Nach einem Einbruch bei den Verordnungen für Johanniskrautpräparate nehmen die Verordnungszahlen seit 2005 wieder kontinuierlich zu. Der kurzzeitige Rückgang der Verordnungen ist mit Berichten über eine Vielzahl von zum Teil lebensbedrohlichen Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten zu erklären (Lohse 2010).

Die zitierten Studien zeigen, wie vielschichtig die Faktoren sind, die das Verordnungsverhalten von Antidepressiva beeinflussen. Besonders Wahrnehmung, Erklärung und Präsentation von Befindlichkeitsstörungen oder „Stimmungen“ sind ausschlaggebend, aber auch Verhaltensweisen wie die Tendenz zur Somatisierung. Die Art und Weise, wie Patienten über Depressionen berichten, ist kulturspezifisch und beeinflusst das Verordnungsverhalten des Arztes genauso wie z.B. Geschlecht und Alter (Sclar et al. 1998).

2.4.7 Vorurteile gegenüber stimmungsverändernden Medikamenten

Vorurteile in der Allgemeinbevölkerung gegenüber stimmungsverändernden Medikamenten beziehen sich oft generell auf Risiken der Gruppe der Psychopharmaka, die der notwendigen Aufklärung über das Abhängigkeitspotential von Benzodiazepinen entstammen. So kamen auch Angermeyer et al. (Angermeyer et al. 1993) zu dem Schluss, dass psychotherapeutische Verfahren in der Behandlung der Depression aufgrund des schlechten Images der Beruhigungsmittel als sedierend und potenziell Abhängigkeit hervorrufend bei den Betroffenen weitaus beliebter sind als medikamentöse. Bermejo et al. fanden in ihrer Untersuchung zum Unterstützungsbedarf depressiver Patienten heraus, dass etwa die Hälfte der befragten Hausärzte die meisten Hindernisse in der tatsächlichen Betreuung des Patienten selbst sehen. Dies gilt sowohl für die Behandlung mit Antidepressiva als auch für die Akzeptanz der Diagnose (Bermejo et al. 2002, S. 610). Viele Patienten jedoch, die wegen einer chronischen Erkrankung Medikamente einnehmen, ziehen aktive Entscheidungen in ihrem Medikamentenmanagement vor und möchten nicht als passive Empfänger fungieren (Conrad 1985, S. 36; Britten 1994; Trostle 1988).

2.5 Migrationsspezifische Gesundheitsforschung in Deutschland

Erst seit der Anwerbung von Gastarbeitern tauchen Migranten im deutschen Gesundheitswesen als Akteure auf. Die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund weist aufgrund soziokultureller und sprachlicher Unterschiede Besonderheiten auf. So betonte Kraepplin schon vor rund hundert Jahren die große Bedeutung transkultureller Untersuchungen in der Psychiatrie (Kraepplin 1904). Später weist

Pfeiffer in seinen Arbeiten darauf hin, wie wichtig es ist, den kulturellen Kontext bei psychischen Störungen zu kennen (Pfeiffer 1992; Pfeiffer 1994). Der Begriff „*transkulturelle Psychiatrie*“ wird meist synonym für „*Vergleichende Psychiatrie*“, „*Ethnopsychiatrie*“ oder „*Migrationspsychiatrie*“ verwendet.

Migration kann sowohl einen Einfluss auf das Erkrankungsrisiko haben als auch darauf, eine adäquate Therapie zu erhalten. Das Erkrankungsrisiko hängt sowohl vom Minderheitenstatus ab als auch von der psychosozialen Belastung durch die Migration. Migranten leiden jedoch letztlich unter denselben Krankheiten wie Einheimische, lediglich ihr Zugang zum Gesundheitswesen kann immer noch als prekär beschrieben werden.

Während in den USA das Interesse an kulturübergreifenden Studien seit den 1960er Jahren wuchs - besonders unter dem Stichpunkt transkulturelle Psychiatrie - beschäftigten sich Untersuchungen zur Gesundheit von Migranten in Deutschland bis in die 1980er Jahre noch ausschließlich mit der Suche nach den Ursachen von höheren Morbiditäts- und Mortalitätsraten bei ausländischen Arbeitnehmern und ihren Familien. Kausale Zusammenhänge zwischen Migration, Geschlecht, Klasse und Herkunft standen im Vordergrund der Forschungen. Diese Studien waren meist quantitativ ausgerichtet und beschäftigen sich nur vereinzelt damit, wie sich die betroffene Person die Ursache ihrer Krankheit erklärt, sie interpretiert und ihr begegnet. Zudem fehlten Daten über Sozialisationsmuster und Persönlichkeitsstrukturen (Pfleiderer 1991, S. 107). Auch in Deutschland bleibt die migrantenspezifische Gesundheitsforschung zunächst eine Domäne der Psychiatrie. So fanden 1970 zwei Artikel zur transkulturellen Psychiatrie Eingang in das Handbuch der *Psychiatrie der Gegenwart*, während das im selben Jahr erschienene *Handbuch der Sozialmedizin* sich diesem Aspekt nicht widmete. In späteren Studien wurden der Kontext des Patienten, seine kulturspezifischen Konzepte und die Rolle von Symbolen beim Heilungsprozess zunehmend in den Vordergrund gerückt (Finkler 1985; Kleinman 1980; Zimmermann 1981). Die Wahrnehmung, Interpretation und Bewertung körperlicher und seelischer Symptome sind ebenso wie die Art und Weise, diese Symptome auszudrücken, durch kulturelle und soziale Faktoren geprägt (Kleinman 1977, S. 4; Kleinman et al. 1978). In den achtziger Jahren wurden sozio-kulturelle und psychologische Faktoren immer stärker in die medizinanthropologische Forschung integriert. So zeigt Leyer, wie soziokulturell produzierte Konflikte von Patienten somatisiert werden (Leyer 1991). In der von Kleinman mit herausgegebenen Anthologie „*Culture and Depression*“ wird die Beziehung zwischen Kultur und Depression untersucht (Kleinman 1985). Kulturelle Konzepte von Normalität und kognitive Überzeugungssysteme verschiedener Kulturen zeigen die Weite kulturspezifischer Gefühlsskalen. Kategorien von Normalität sind kulturell determiniert und dürfen nicht als absolut betrachtet werden. So

sind auch psychische Erkrankungen kulturell geprägt und nur in dem weitgespannten Rahmen des kulturellen Kontextes einer bestimmten Gesellschaft oder Gruppe interpretierbar und ihm zugehörig.

2.5.1 Studien über die Gesundheitsversorgung von Migranten in Deutschland

Es gibt nur wenige analytisch-epidemiologische Studien über Migranten und ihre Gesundheitsprobleme in Deutschland. Als Gründe dafür werden in erster Linie die hohe Mobilität und soziokulturelle Diversität dieser Gruppen angegeben. Oft werden sie aus diesen Studien sogar explizit ausgeschlossen. Zudem ist es schwierig, Menschen mit Migrationshintergrund zu identifizieren, weil die Datenlage in Deutschland dafür nicht ausreicht und eine Klassifikation in ethnische bzw. nationale Kategorien als äußerst problematisch angesehen werden muss. Amtliche Daten haben den Nachteil, dass hier nur nach Staatsangehörigkeit unterschieden wird und beispielsweise Eingebürgerte nicht identifiziert werden können (Zeeb 1999, S. 152; Zeeb 2006). Doch gerade für die hier vorliegende Fragestellung ist der Einfluss von Kultur, Herkunft und ethnischer Identität zentral, wenn nicht die Staatsbürgerschaft, sondern der Migrationshintergrund im Vordergrund steht. Untersuchungen zeigen, dass die Einbindung von Migranten in Studien häufig mit erhöhtem Aufwand einhergeht. Dies gilt sowohl für die Teilnehmergewinnung als auch für die Schaffung von Untersuchungsbedingungen, die Migranten eine Teilnehme an der Untersuchung ermöglichen (Schenk 2002; Allerbeck & Hoag 1985; Blohm & Diehl 2001). Schenk et al. weisen darauf hin, dass schon allein die Definition des Begriffs „*Migrant*“ schwierig ist und dass die geringen Teilnehmerzahlen Standards für eine migrantensensitive, epidemiologische Forschung notwendig machen (Schenk & Neuhauser 2005, S. 720). Auch werden kaum subjektive Gesundheitskonzepte zwischen Migranten und Personen, die im Herkunftsland bleiben, zum Vergleich herangezogen.

2.5.2 Migrationsspezifische Studien zu „Symptomen psychischer Erkrankungen“

Kirmayer und Young kommen in ihrer Untersuchung über Somatisierung und Kultur zu dem Schluss, dass körperliche Symptome in vielschichtigen Bedeutungssystemen lokalisiert sind und verschiedene psychologische und soziale Funktionen haben: als Hinweise auf Krankheits- bzw. Befindlichkeitssituation, symbolische Widerspiegelung eines intrapsychischen Konflikts, kulturell kodierter Ausdruck für Kummer, als Mittel zum Ausdruck sozialer Unzufriedenheit, als Mechanismus, sich wieder in die gewohnte Umgebung einzufügen (Kirmayer & Young 1998, S. 423). Die Unterschiede in der Somatisierung zwischen den untersuchten Gruppen liegen in der unterschiedlichen Art und Weise, Kummer auszudrücken, die in den verschiedenen ethnomedi-

zinischen Überzeugungssystemen und in der Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem verwurzelt ist. Die Studie von Sleath et al. verdeutlicht, dass fehlende Möglichkeiten zur Diskussion emotionaler Symptome und sozialer Probleme zu einer „*Unter-Verschreibung*“ von Medikamenten bei Patienten führen können, die nur zögerlich ihre Angstzustände oder Depressionen ausdrücken, oder zu einer „*Über-Verschreibung*“ bei Patienten, die nur sehr ungenau alternative Begründungen über die Ursache ihrer emotionalen Symptome liefern können (Sleath et.al. 1998). Marcos et al. untersuchten die medikamentöse Therapie depressiver Lateinamerikaner in den USA, die weitaus seltener Antidepressiva verschrieben bekamen als angloamerikanische Patienten. Die Autoren führen dies auf die vermehrten Klagen über körperlichen Schmerzen zurück, die den unerwünschten Wirkungen von Antidepressiva ähneln, so dass ihnen diese daher erst gar nicht weiter verordnet wurden (Marcos & Cancero 1982). In seiner Untersuchung über den Gesundheitszustand älterer Lateinamerikaner in den USA zeigt Bassford, dass Kummer oft über körperliche Symptome ausgedrückt wird (Bassford 1995). Traditionelle Werte wie Respekt, Familie und eine kollektivistische Lebensform (i.Ggs. zur individualistischen Lebensform) sind wichtige Faktoren, deren Wegfall oder Einschränkung zu „*Kummer*“ führen kann. Ein komplexes Wechselspiel zwischen dem Zugang zu Bildung, sprachlicher Akkulturation, einer prekären finanziellen Lage und sozialer Isolation scheint für psychischen Stress verantwortlich zu sein (Krause & Goldenhar 1992). Kultur hat damit einen starken Einfluss auf die Präsentation von Symptomen und die Einstellung zum Gesundheitsverhalten (Escobar 1995, S. 563; Payer 1988).

Glaesmer et al. (2009) untersuchten deutschlandweit verschiedene Migrantengruppen und zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund nicht empfänglicher für psychische Krankheiten sind als die einheimische Bevölkerung. Gleichwohl stellen bei diesen Gruppen diese Erkrankungen Ärzte und Patienten vor besondere Anforderungen bei der Behandlung. Wie eine Studie der Universität Hamburg ergab, gehen Menschen mit Migrationshintergrund, besonders der ersten Generation, bedeutend seltener zum Psychotherapeuten als Deutsche. Erstgenannte machen z. B.in Hamburg zwar ein Viertel der Bevölkerung aus, doch stellen sie nur 14 Prozent der Patienten in der ambulanten Psychotherapie. Benötigt werden besondere Informationen für Migranten, interkulturelle Kompetenz in medizinschen Berufen und Einrichtungen sowie Angebote an psychotherapeutischen Verfahren in der jeweiligen Muttersprache (vgl.: *BPtK*-Symposium im Rahmen der *Woche der Seelischen Gesundheit 2010*, Pressemitteilung vom 06.10.2010).

2.6 Theoretische Ableitung der Fragestellung

Um herauszufinden, was für die untersuchten Personen wichtig ist oder in welchen Sinnzusammenhängen sie sich befinden, hat sich die Analyse der sozialen Wirklichkeit als sehr ergiebig erwiesen und sich längst in den Sozialwissenschaften etabliert. Das Subjekt erschafft seine Welt jedoch nicht eigenmächtig, sondern interaktiv innerhalb sozialer, in modernen Gesellschaften zunehmend auch vielfältigerer Bezüge. Das Spektrum qualitativer Forschungsmethoden beinhaltet Zugangsweisen und Analyseverfahren, um die Integration der untersuchten Personen beispielsweise in ihren kulturellen oder professionellen Feldern zu betrachten.

Für das Verständnis der Ableitung der Fragestellung dieser Arbeit ist die Bedeutung der Theorie des „*Symbolischen Interaktionismus*“ wichtig.

2.6.1 Symbolischer Interaktionismus

Der Symbolische Interaktionismus geht in erster Linie auf Mead (Mead 1968) und auf einen seiner Schüler, Blumer (Blumer 1969) zurück. Der Symbolische Interaktionismus kann als eine Antwort auf die zu Beginn des 20. Jahrhunderts vorherrschenden sozialstrukturellen Theorien bewertet werden. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen eher die Interaktion zwischen den Individuen und weniger gesamtgesellschaftliche Prozesse. Die „*symbolische Interaktion*“ ist ein wechselseitiges, aufeinander bezogenes Verhalten unter Verwendung gemeinsamer Symbole. Mit Symbolen sind Gegenstände oder Handlungsvorgänge gemeint, die auf etwas anderes verweisen. Sie sind als Kulturprodukte zu verstehen, trotz unterschiedlicher Bedeutungsassoziationen oder historischen oder gesellschaftlichen Bedeutungszuordnungen, die von jedem Gesellschaftsmitglied erlernt und verstanden werden müssen. Für den symbolischen Interaktionismus zentral ist die Bedeutung, die Dingen zugewiesen wird. Möchte ein Wissenschaftler Handlungen von Menschen verstehen, muss er die Fähigkeit zur Rollenübernahme besitzen. Dieses „*in die Haut des Anderen Schlüpfen*“ ist ein zentraler Begriff des symbolischen Interaktionismus und setzt die Existenz mehrerer Wirklichkeiten voraus (Berger & Luckmann 2003). Für Blumer sind folgende drei Prämissen ausschlaggebend:

(1) *Human beings act toward things on the basis of the meanings that the things have for them.*

(2) *The meaning of things arises out of the social interaction between and among individuals.*

(3) *The meaning of things is handled in and modified through an interpretative process used by the person in dealing with the things he encounters* (Blumer 1969, S. 2).

Mead bezeichnete seine eigene Theorie als Sozialbehaviorismus. Diesem zufolge wird der Mensch als Produkt der biologischen Natur geschaffen und interagiert mit der Umwelt. Bei Mead ist für die Interaktion des Menschen mit der Umwelt der „*Geist*“ zentral, womit eine Fähigkeit gemeint ist, die darin besteht, dass der Mensch Symbole kreiert, die er sich zunutze macht. Dabei bildet das soziale Umfeld sowohl den Rahmen als auch den Anwendungsspielraum, in dem diese Fähigkeit wechselseitig entsteht, sich entfaltet und verändert. Sein Hauptaugenmerk legte Mead auf die Vorstellung, dass der Mensch seine Umwelt über symbolische Bedeutungen wahrnimmt. Im Gegensatz zur Tierwelt verfüge der Mensch über weitaus mehr Fähigkeiten. Diesen Gedanken entwickelte Mead in seiner anthropologischen Theorie der Kommunikation. Laut dieser ist der Mensch in der Lage, seine Welt durch sein Handeln zu beeinflussen, das Tier hingegen handelt nur instinktiv. Menschen sind demnach in der Lage, eine Geste einzuschätzen und zu interpretieren. Sie hinterfragen somit gewisse Situationen, um den Sinn der Geste zu deuten. Wird also der Sinn einer Situation durch einen Begriff ausgedrückt, können wir nach Mead von einem Symbol sprechen. Dieses Symbol ist demnach nicht situationsabhängig, sondern steht universell für eine situative Bedeutung (Mead 1968).

Im Sinne des Symbolischen Interaktionismus müssen die Bedeutungen von Objekten, Ereignissen und Situationen immerfort neu verhandelt und interpretiert werden. Hervorgehoben werden sollten zudem die Implikationen des Symbolischen Interaktionismus auf die Forschungspraxis: Zum einen Empathie, womit die Fähigkeit, sich in einen anderen Menschen hineinzuversetzen, gemeint ist, und zum anderen das Ernstnehmen des Handelnden, das vom Forscher verlangt, das aktive Handeln des Befragten sowohl achten als auch nachvollziehen zu können.

2.6.2 Die Verwendung des Begriffs „Karriere“

Den theoretischen Rahmen für die Untersuchung einer „Einnahmekarriere stimmungsverändernder Medikamente“ bildeten die „*Typenkonstruktionen von Patientenkarrieren*“ von Gerhardt (1984), das von Twaddle entwickelte Konzept von „*Krankheit als Karriere*“ (Twaddle 1977; 1979) und Goffmanns Konzept der „*Stigmatisierungskarriere*“ (Goffman 1975). Die Medizinsoziologie machte sich ab den 1950er Jahren den bisher für die Beschreibung von Berufs-, Sport- oder Bildungskarrieren verwendeten Karrierebegriff zu Nutze. Er dient der Erfassung und dem besseren Verständnis von Verläufen im medizinischen Bereich. Wie auch zuvor von Hughes in „*Men at Work*“ beschrieben, sollte die „*Verklammerung des Einzelnen mit institutionellen Strukturen*“ (Hughes 1958, S. 64) erfasst werden.

Zum Begriff „Patientenkarriere“ von Uta Gerhardt

Krankheitsverläufe werden in der medizinsoziologischen Literatur mit der Metapher der *Krankenkarriere* beschrieben. Menschen, die eine Situation erleben und gestalten, besitzen eine quasi-normative Vorstellung vom Verlauf der Situation. Aber im Unterschied zum idealisierten Muster des erwartbaren Ablaufs wird in Gerhardts, Twaddles und auch der vorliegenden Untersuchung ein tatsächlicher Verlauf als Karriere beschrieben. Gerhardt untersucht am Beispiel des chronischen Nierenversagens die Entwicklung einer Patientenkarriere, zu der sowohl die Neuordnung des eigenen Lebensverständnisses mit der Erkrankung als auch die Wiederbelebung von anerkannten gesellschaftlichen Sinnstrukturen gehören. Gerhardt bezeichnet das Konzept der Patientenkarriere als den Schnittpunkt zwischen der Verflechtung individueller Lebensgestaltung und gesellschaftlicher Strukturen. Um die Rationalität des hypothetischen Bezugspunkts der Patientenkarriere zu begründen, wählte Gerhardt den Grundbegriff *Überleben*. Dieser sollte das Ziel und den Zweck[8] von Handlungen und von Veränderungen im Leben der Patienten während der Krankenkarriere veranschaulichen. Gerhardt verdeutlichte, dass ein individuelles Geschehen wie die Patientenkarriere doch nicht so individuell ist, wenn in ihrer Typizität erkannt werden kann, welche einschränkenden oder förderlichen gesellschaftlichen Kräfte regulierend mitwirken. Als Beispiel gibt sie hier die Rehabilitation an (Gerhardt 1984, S.59-73).

Wird eine Situation reell erlebt und gestaltet, besitzen die Akteure bereits eine normierte Vorstellung vom hypothetischen Verlauf der Situation, nach Gerhardt (1984) ein idealisiertes Ablaufmuster oder *trajectory*, wie Glaser (1968) es beschreibt. Gerhardt verdeutlicht, dass im Unterschied zum idealisierten Muster des erwartbaren Ablaufs erst der tatsächliche Verlauf als Karriere beschrieben wird. Bezogen auf die Patientenkarriere bedeutet dies, dass Karriere und Verlaufskurve zwei gegensätzliche Aspekte im Krankheitsgeschehen darstellen: die Verlaufskurve bildet das idealisierte und in konkreten Situationen der Krankheitsbewältigung handlungsrelevante Orientierungsschema ab, während die Krankenkarriere den Verlauf darstellt, wie er sich in Wirklichkeit für den Kranken abspielt (Gerhardt 1986, S. 54/55). Schütze kritisiert 1981 in „*Prozeßstrukturen des Lebensablaufs*“, dass in der biographischen Krankheitsforschung dadurch das Handlungsmoment gegenüber dem Erleidensmoment überbewertet werde (Schütze 1981, S. 93). In der vorliegenden Untersuchung

---

[8] Gerhardt arbeitet terminologisch in Anlehnung an Max Weber, der den Begriff der „*Zweckrationalität*“ eingeführt hat, der die Beziehung zwischen dem Erwünschten/Erstebten und den zu seiner Erreichung eingesetzten Mitteln beschreibt. An ihm wird das Gefüge eines verstandesgemäßen Idealtypus deutlich, das die Funktion hat, „*am Zweckrationalen im Vergleich das Zweckirrationale zu erkennen*.“

stehen jedoch genau diese aktiven Handlungen und Strategien der Betroffenen im Umgang mit ihren Medikamenten im Vordergrund. Die mangelnde Konstanz des Außerkraftsetzens alltagsweltlicher Denkvoraussetzungen („*Ich kann immer wieder*“) macht „*den biographischen Verlauf bei Kranken zu einer durch sukzessive Kompetenzreduktion gekennzeichneten Verlaufskurve aus mehr oder weniger vorläufigen und hilflosen Handlungsversuchen*“ (Gerhardt 1984, S. 55).

Gerhardt schlägt vor, aufgrund des Zusammenwirkens (Duplizität) von Handeln und Erleiden beide analytisch auf einem Kontinuum anzuordnen, da während der Krankheitsgeschichte stattfindende Ereignisse beide Aspekte beinhalten können. Sinnzusammenhänge, die zuvor der gewohnten Lebensplanung dienten, bilden nach dem Krankheitsausbruch einen Gegenpol zum Handeln. Der Kranke setzt sich nun mit den Typisierungen auseinander, die sich ihm als projizierte Verlaufskurven darstellen (Gerhardt 1984, S. 57-59). Apitzsch (2000) weist auf Migration im Zusammenhang mit dem Verlaufskurvenpotential sowie dem Transformationsprozess hin und betont mit einem Verweis auf Riemann und Schütze (1991), dass beides Chancen für die Reorganisierung von Lebenssituationen bietet. Sind wie im vorliegenden Sample beschriebene Erleidensmomente vorhanden, muss der Einsatz von Medikamenten auch dahingehend diskutiert werden, ob dieser nicht gleichsam zu einer Medikalisierung von Sozialkonflikten führt (s. Kapitel 6.3.1). Dennoch dürfen diese Sozialkonflikte nicht ausschließlich unter der Kategorie „*Migration*“ verortet werden, sondern jenseits dieser Partikularisierung, damit ein Scheitern nicht von vornherein vorprogrammiert scheint. Darauf weisen auch Badawia et al. in ihrem „*Plädoyer für die Wahrnehmung und Anerkennung von individuellen Ressourcen einer jüngeren Generation mit Migrationshintergrund*“ (Badawia 2003, S. 8/9) hin. So soll in der vorliegenden Untersuchung die Problematik nicht als ein Minderheitenproblem (Migranten) wahrgenommen werden, sondern vielmehr sollen durch die Wahl der Methode der Meta-Ethnographie explizit subjektive Strategien und Verarbeitungsmöglichkeiten thematisiert werden, da Gruppen unterschiedlicher Herkunft bzw. unterschiedlicher Lebenslagen untersucht und zueinander in Beziehung gesetzt worden sind.

Zum Begriff „sickness career“ – „Krankheitskarriere“ von Andrew C. Twaddle

Twaddle stellt in seiner Untersuchung den Kranken in den Mittelpunkt. Ausgangspunkt sind hier die vom Kranken selbst initiierten Entscheidungsprozesse. Twaddle illustriert, dass ein Kranker nicht per se auch ein Patient sein muss. Zum Patienten wird der Kranke erst dann, wenn er sich und sein Leiden an den professionellen medizinischen Sektor übergeben hat (Twaddle 1979, S. 134). In dem 1977 erschienenen „*A sociology of health*“ führt er sein Modell weiter aus (Twaddle 1977).

Die Sozialisation zum Patienten ist jedoch ein weiter Weg und läuft nach Twaddle auf verschiedenen Stufen ab. Der Begriff „*Karriere*“ drückt aus, dass sich der Kranke von der „*Symptomwahrnehmung*“ bis zum „*Patient-Sein*“ schrittweise einem zunehmend strengeren System von Verhaltensreglementierungen übergibt. Zunächst entscheidet noch der Einzelne, ob er krank ist und wie stark er erkrankt ist. Auf dieser Stufe kann die Krankheit noch verleugnet oder bagatellisiert werden. Er könnte aber auch mit Selbstmedikation versuchen, sein Leiden zu behandeln. Ist die Abweichung von seinem Normalzustand jedoch zu groß, wird er evt. über die Veränderungen sprechen. Hier schaltet sich dann auf der nächsten Stufe das Laiensystem ein. Das geht unter Umständen einher mit unverbindlichen Ratschlägen oder auch dem sozialen Druck, sich einem Arzt vorzustellen. An diesem Punkt erst wird aus dem Kranken ein Patient, er tritt förmlich in eine fremde Kultur ein. Mit dem Eintritt in den medizinischen Bereich und den der Diagnose wird der Handlungs- und Entscheidungsspielraum für den Patienten enger. Die Sozialkontrolle wird größer und die Verhaltensanweisungen werden verbindlicher: die Krankheit wird organisiert.

Krankheit und Kranksein beinhaltet eine Veränderung der sozialen Identität. Betrachtet werden hier Verhalten beeinflussende soziale Prozesse. Der aktive Prozess des *decision making* kann zu einer Reihe von eigenständigen Identitäten führen, die am Ende eine individuelle Karriere bilden. Da auf jeder Karrierestufe/-kreuzung dem Betroffenen erneut Entscheidungen abverlangt werden, sind die so entstehenden Karrieremuster sehr vielfältig. Dem Karrierebegriff immanent ist das Konzept der Statuspassage, mit dem der Übergang von einer sozialen Identität zu einer anderen beschrieben wird. Die Gesamtmenge aller Statuspassagen ergäbe demzufolge eine Karriere. Als Beispiele zählen der Übergang von der Kindheit zur Jugend und ins Erwachsenenalter, Berufskarrieren oder der Studienbeginn (Friebertshäuser 1992). Roth zufolge kann jedes Ereignis als Karriere betrachtet werden, wenn folgende Kriterien erfüllt werden (Roth 1963, S. 94/95):

1. das Erleben/Erleiden über einen längeren Zeitraum,
2. das Vorhandensein von Wegweisern oder abgrenzbaren Etappen,
3. die Vorstellung eines zuvor definierten bzw. erkennbaren Zieles.

*Zum Begriff der „*Stigmatisierungskarriere*“ von Erving Goffman*

Vornehmlich in den Untersuchungen zu Patienten- und Krankenkarrieren aus den 1960er und 1970er Jahren wird von der Vorannahme ausgegangen, dass chronische Krankheiten fast zwangsläufig in soziale Isolation und Stigmatisierung führen, da sich die Wahlmöglichkeiten der Betroffenen im Krankheitsverlauf scheinbar einschränken. So spricht Goffman in „*Stigma*“ von „*passing*“, der fassadenhaften Normalisierung sowie von einem Identitätsverlust bzw. von beschädigter Identität (Goffman 1975, S.

18). Vorausgesetzt wird hier wie auch in anderen Werken die Teilung der Gesellschaft in Gesunde und Kranke, in Normale und Stigmatisierte. Die beschriebenen Minderheiten werden selten als aktiv handelnde Personen mit dem Potential zur aktiven Gestaltung der eigenen Therapie betrachtet.

Goffman wendet sich der Konstruktion einer „*Stigmatisierungskarriere*“ zu und beschreibt diese als einen moralischen Werdegang (engl.: *moral career*). Personen, die ein bestimmtes Stigma gemeinsam haben, tendieren dazu, ähnliche Lernerfahrungen zu machen und ähnlichen Veränderungen in der Selbstauffassung zu unterliegen. Diesen Sozialisationsprozess unterteilt er in verschiedene Phasen:

1. Betroffene lernen die Perspektive der sozialen Umwelt kennen („*normaler*“ Standpunkt) sowie eine hypothetische Vorstellung davon, wie es sein würde, ein bestimmtes Stigma zu haben.
2. Der Schutz vor der Umwelt durch den eigenen Nahbereich kann nicht dauerhaft aufrechterhalten werden. Der Betroffene lernt sowohl, ein bestimmtes Stigma zu haben, aber auch den Umgang mit den daraus entstehenden Konsequenzen.
3. Hierbei handelt es sich um Betroffene, die spät im Leben stigmatisiert werden bzw. erst spät erfahren, dass sie schon immer verrufen waren.

Die Aufeinanderfolge und das Ineinandergreifen der ersten beiden Anfangsphasen des moralisches Werdegangs formen Verhaltensmuster, die die Grundlage für die spätere Entwicklung bilden und die für den Stigmatisierten als ein Unterscheidungsmittel zwischen den verschiedenen moralischen Werdegängen dienen, d.h. es kann zu einer Differenz zwischen dem vermeintlich „*Normalen*“ und dem Betroffenen kommen, oft auch begleitet von bereits erfahrenem oder zumindest befürchteten Statusverlust und von Diskriminierung (Goffman 1975, S. 45-47).

2.6.3 Die Verwendung des Begriffs „Autonomie“

Mit „*Autonomie“* ist bei diesem Vorhaben in erster Linie der selbstbestimmte Umgang mit stimmungsverändernden Medikamenten gemeint, der aber auch immer in Bezug zur Erkrankung und der Lebenswelt der Befragten gesehen werden muss.

Zum Selbstmanagement der Depression gehören die Einbindung in gesundheitsförderliche Aktivitäten, die Interaktion mit medizinisch-therapeutischem Personal und die Übereinstimmung mit dem therapeutischem Regime, das Treffen von Entscheidungen bezüglich des eigenen Gesundheitszustandes aufgrund von Selbstbeobachtung und die Krankheitsbewältigung (Funktionieren in wichtigen Rollen, Beziehung zu anderen, Selbstachtung, emotionales Erleben) (Brown et al. 2001).

Selbstregulatives Verhalten

Mit dem Begriff *Selbstregulation* werden in der Psychologie diejenigen bewussten und unbewussten psychischen Vorgänge bezeichnet, mit denen Menschen ihre Emotionen, Impulse und Handlungen steuern. Selbstregulation umfasst die Fähigkeit, Anliegen durch zielbewusstes Handeln zu verwirklichen (z.B. Selbstwirksamkeit) sowie kurzfristige Befriedigungswünsche längerfristigen Zielen unterzuordnen (durch Selbstdisziplin, Selbstkontrolle). Breckler und Greenwald (1986; vgl. Herkner 1991, S. 377) haben vier Selbstkomponenten (diffuses, öffentliches, privates und kollektives Selbst) beschrieben, denen sie unterschiedliche Ziele zugeordnet haben, verbunden mit einer unterschiedlichen Bewertung des Selbstwertes. Das Erreichen des Zieles erhöht in jedem Fall den Selbstwert. Nicht erreichte Ziele mindern ihn.

2.6.4 Die Verwendung des Begriffs „Identität“

Die Begriffsbestimmung der Autonomie macht es notwendig, diese identitätstheoretisch zu kontextualisieren.

Die Ursprünge der sozialwissenschaftlichen Identitätsforschung gehen auf James (James 1890), Mead (Mead 1968) und Cooley (Cooley 1902) zurück. Anstatt Identität rein soziologisch oder psychologisch zu beschreiben, muss man vielmehr von der Frage ausgehen, wie Individuen trotz Vereinnahmung durch die Gesellschaft Individuen bleiben können (vgl. Frey & Haußer 1987, S. 5). Im Alltagsverständnis beschreibt Identität eine Wunscherfüllung und ist ein extrem vieldeutiger Begriff, der vielschichtige Bedeutungen aufweist und semantisch mit Glück und Gesundheit assoziiert ist, einen Autonomie- und Individualitätsbegriff, der Ganzheit in Verbindung mit Selbstverwirklichung, Echtheit und Sinnerfüllung umschreiben soll (Platta 1998, S. 50).

Das Thema *Identität* ist erst seit gut hundert Jahren für die verschiedenen wissenschaftlichen Fachdisziplinen überhaupt relevant und seitdem von vielen Wandlungsprozessen gekennzeichnet. Aufgrund der Schwierigkeit, den Begriff empirisch einzugrenzen und zu verifizieren, lassen sich die verschiedenen Interpretationsansätze sehr unterschiedlich lesen. Im Lateinischen bedeutet „*identitas“ ‚(Wesens-) Einheit*‘, zurückgeführt auf das lateinische Demonstrativpronomen *idem = ‚eben dasselbe‘*. Identität ist kein originär psychologischer Begriff, d.h. ausschließlich auf den Menschen bezogen, sondern er beschreibt „*Einheit*“ bzw. „*Ganzheit*“. Schon der US-Psychologe James (James 1890) schreibt dem Menschen die Fähigkeit zu, sich in Subjekt und Objekt aufzuspalten, also gleichzeitig zu existieren und sich dabei wahrzunehmen. Nach James resultiert das menschliche Bewusstsein aus Erfahrungen, welche man mit sich selbst im Umgang mit sozialen und sächlichen Gegenständen

macht. Frey und Haußer hingegen definieren Identität in ihrem Übersichtsartikel als eine Prozessvokabel und stellen die Erfahrung von Nicht-Identität an den Anfang der Erfahrung von Identität, also dem, was nicht identisch ist mit der eigenen Person (Frey & Haußer 1987, S. 11). Somit umschreibt der Begriff Identität keinen unveränderlichen Naturzustand, sondern die soziokulturelle Entwicklung des Individuums (Platta 1998, S. 59/60).

Es gibt keine allgemein akzeptierte Definition von Identität. Die Definitionen reichen von sozialer, öffentlicher, „*situierter*“ Identität, die einen von außen zugeschriebenen Merkmalskomplex von Rollenerwartungen und Eigenschaften beschreibt, der einem Individuum in einem sozialen System zugeschrieben wird, bis zu Identität als einem innerem Wandlungsprozess, der jedoch nicht unbedingt von außen wahrgenommen werden muss (Goffman 1963).

2.6.5 Die Verwendung des Begriffs „Kultur“

Der Begriff „*Kultur*“ besitzt aufgrund seiner Abstraktheit keine allgemein anerkannte Definition und ist ein hoch komplexer und dynamischer Begriff. „*Kultur*“ ist eines der sozialwissenschaftlichen Schlüsselkonzepte, welches derzeit immer mehr an Bedeutung in der Medizin bzw. generell den Gesundheitswissenschaften gewinnt. Der Begriff „*Kultur*“ beschreibt erlernte Bedeutungen und/oder Konzepte, die von Gruppen oder voneinander abgrenzbaren Sub-Gruppen geteilt und weitergegeben werden: ein System geteilter Symbole und Bedeutungen.

Jedoch kann eine vereinfachende und statische Sicht auf „*Kultur*“ und kulturelle Konzepte, die ja auch immer als interpretative Linse dienen, kulturelle Stereotype von Menschen und Kulturen provozieren, die zu Missverständnissen und interpretativen Fehldeutungen z.B. bei Ärzten führen können. Allzu schnell könnten so komplexe Beschwerdebilder – ohne Auffinden einer organischen Ursache – auf eine Somatisierungsstörung zurückgeführt werden. Gibt es im kulturellen Kontext des Erkrankten beispielsweise keine Trennung von Psyche und Körper, kann eine Rückführung der Beschwerden auf psychische Ursachen bei den Betroffenen schnell zu einer Stigmatisierung und damit zu Behandlungsverzicht führen (Topsever et al. 2006, S. 157). Aufgrund eines globalen demographischen Wandels durch die weltweite Migration leisten Ärzte auch immer häufiger Hilfe bei Menschen, die sie als kulturell oder sprachlich „*anders*“ als sich selbst wahrnehmen. Nach Good (1994) kann Krankheit nur im Rahmen der Kultur verstanden werden, in die sie eingebettet ist. „*Kultur*“ und Gesellschaft werden als voneinander untrennbar betrachtet. Es kann dann beispielsweise in der Gesundheitsversorgung weniger Gewicht auf die kulturellen Unterschiede gelegt werden, sondern auf die Kontexte, in denen Menschen miteinander interagieren. So beschreibt Ernst, dass Menschen mit anderem kulturellen Hinter-

grund Schmerz nicht unbedingt anders empfinden, aber möglicherweise auf eine andere Weise kommunizieren bzw. die Erfahrung gemacht haben, nur dann eine adäquate Schmerztherapie (d.h. dieselbe wie deutsche Patienten) zu bekommen, wenn sie sich auf eine „*ihrer Kultur*“ zugeschriebenen Art und Weise verhalten. Ignoriert man die Dynamik der „*Kultur*“, unterstellt man den Betreffenden, dass sie nicht in der Lage seien, sich zu verändern. Deshalb werden auch die Symptome von Depression von Betroffenen unterschiedlich wahrgenommen und interpretiert (Ernst 2000).

2.6.6 Die Verwendung des Begriffes „Laienperspektive“

Die Sicht der Befragten bzw. der Patienten, „*Laienperspektive*“ genannt, ist Grundlage dieser Arbeit. Die Interviewpartner werden als sozial und autonom betrachtet. Der Forschende eignet sich die Erfahrungen der Patienten an, bewertet sie und macht sie anderen zugänglich. Letztere interpretiert und abstrahiert er auf der Grundlage einer Rekonstruktion.

Die Laienperspektive erfasst die subjektiven Erfahrungen im Alltagsgeschehen der Befragten. Damit unterscheidet sie sich von der Experten- oder Professionellenperspektive im Gesundheitswesen, die sich an medizinischem oder epidemiologischem Wissen orientiert. Medizinische Forschung orientiert sich methodisch an deskriptiven, explorativen und in den meisten Fällen quantitativen Verfahren. Bei diesen Ansätzen dominiert die Expertenperspektive oft isoliert von den alltäglichen Erfahrungen, absichtlichen und ungewollten Handlungen der beforschten Subjekte.

2.6.7 Erzählungen von Krankengeschichten

Besonders im Fall von Krankheitsgeschichten, wie sie in der vorliegenden Arbeit untersucht werden, ist Biographisches und Soziokulturelles miteinander verwoben. (Kleinman 1988; Garro 1994). Die Neigung, Geschichten zu erzählen, ist ein kreativer Akt, ein Versuch, sich selbst neu zu erschaffen, der in einen kulturellen Kontext eingebunden ist. Die eigene (Kranken-) Geschichte kann im Erzählen neu gestaltet werden, um die eigene Identität zu erhalten bzw. zu bestätigen. Die Aussagen von Laien zu den Themen Gesundheit und Krankheit formen das Verständnis von Gesundheit und Krankheit und die Art und Weise, wie darüber gesprochen wird. Kulturelle Normen (Sprache, Symbole, Klischees etc.) beeinflussen, was wie gesagt wird. Dieses symbolische Repertoire ermöglicht ein Minimum an sozialer Integration. Der Erzählende konstruiert „*öffentliche Identität*“ durch die Art und Weise, wie er über den Umgang mit der Erkrankung spricht. Unter dem Druck der Erkrankung fühlen sich viele Betroffene dazu gedrängt, die eigene Geschichte neu zu gestalten, um ihre Identität als Gesunde zu erhalten bzw. weiterhin mit ihr übereinzustimmen. Die Reaktionen von Laien auf Krankheiten formen die kulturell zur Verfügung stehenden Kon-

zepte von Gesundheit und Krankheit; dies prägt wiederum die Erzählweise über die Krankheit betreffende Ereignisse. Der Handelnde wird in seine soziale Welt integriert, indem er sich durch den sprachlichen Ausdruck der Außenwelt präsentiert (Bury 2001, S. 273). Gleichzeitig bewertet er seine Beziehung zu sich selbst, seiner Erkrankung, seinem Körper und zu seiner Umwelt und wechselt zwischen der privaten und der öffentlichen Sphäre. Geschichten sind immer an jemanden gerichtet – ob anwesend oder nicht – und verfügen kraft dieses Adressatenbezuges prinzipiell über eine soziale Dimension (Frank 1995, S. 3). Sie vermögen es, Ressourcen des weiteren sozialen Umfeldes zu mobilisieren.

In Anlehnung an das Konzept Goffmans vom „*moralischen Werdegang*“ (Goffman 1975), Gerhardts Untersuchung zur „*Patientenkarriere*“ bei chronischen Erkrankungen (Gerhardt 1986) und Twaddles Entwurf der „*sickness career*“ (Twaddle 1977) werden in dieser Arbeit Einnahmekarrieren von Patienten, die stimmungsverändernde Medikamente verordnet bekommen, exemplarisch an deutschen Hausarztpatienten, spanischen Migranten in Deutschland und in Spanien lebenden Spaniern beschrieben. Die Konzepte „*Autonomie*“, „*selbstregulatives Verhalten*“ (Leventhal & Diefenbach 1992), „*erlernte Hilflosigkeit*“ (Seligmann 1999) sowie „*Identität und Wandel*“ sollen dieses Karrierekonzept ergänzen und an evidenten Schnittstellen Unterschiede und Gemeinsamkeiten im spezifischen Therapie- bzw. Medikamentenmanagement der drei Untersuchungsgruppen aufzeigen. Im Mittelpunkt der Untersuchung steht dabei immer die Gruppe der spanischen Migranten.

3 Fragestellung und Ziel

Aus sozialpharmakologischer Perspektive wird der Gebrauch von psychotropen Medikamenten bei deutschen Hausarztpatienten, spanischen Migranten in Deutschland und im Herkunftsland lebenden Spaniern untersucht. Im Mittelpunkt der Fragestellung steht die Einstellung von Patienten, die stimmungsverändernde Medikamente einnehmen, zum persönlichen Krankheitserleben. Untersucht werden die persönlichen Vorstellungen von den Krankheitsursachen, die durch den Migrationsprozess geprägt sein können, und deren Behandlungsmöglichkeiten. Neben Wissen und der Einstellung zu psychotropen Medikamenten wird nach der Erfahrung und dem Umgang mit unerwünschten Wirkungen der Medikamente gefragt.

Durch ein kontrastierend-fallvergleichendes Studiendesign werden die subjektiven Bedeutungen von „*mood*" (Laune – Befindlichkeit – Depression) und „*mood-modifying medicine*" (stimmungsverändernden Medikamenten) näher beschrieben. Aus der Patientenperspektive wird der Gebrauch, aber auch die Ablehnung von Psychopharmaka nachvollzogen.

Es wird vermutet, dass sich

- die Konstrukte deutscher und spanischer Patienten unterscheiden und
- die Konstrukte spanischer Patienten in Deutschland durch die Migration eine besondere Prägung erfahren haben und
- sich von denen spanischer Patienten in Spanien unterscheiden.

Im Rahmen des europäischen Forschungsprojektes *EU-PoMMe* besteht die Möglichkeit, in einem qualitativen ethnologischen Ansatz die subjektiven Krankheitsvorstellungen spanischer Patienten mit depressiven Störungen zu erheben. Ihre Krankheitsvorstellungen, ihr Verständnis von Medikamenten und ihr Einnahmeverhalten sollen sowohl mit spanischen Patienten in Spanien als auch mit deutschen Patienten in Deutschland verglichen werden. Untersucht werden das Wissen, die Erfahrungen und die Wahrnehmung stimmungsverändernder Medikamente aus Sicht der Patienten. Befragt werden spanische Migranten aus der Region Hannover in Niedersachsen, deutsche Hausarztpatienten aus der Region Göttingen und spanische Patienten der Primärversorgung Teneriffas.

Drei sich ergänzende Methoden werden verwendet:

- Interpretativ-reduktive Datenauswertung (für den inter- und intrakulturellen Vergleich)
- Grounded Theory (zum Verständnis der subjektiven Bedeutungen und Intentionen der Befragten)
- Meta-Ethnographie (zur Validierung der Auswertung)

4 Methode

In ihren Untersuchungen zum „*Umgang mit Krankheit in türkischen und deutschen Arbeitnehmerfamilien*" stießen Kroeger et al. (Kroeger et al. 1986) beim Einsatz von quantitativen Messinstrumenten zunächst nur auf häufige oder banale Krankheitsphänomene; erst qualitative Erhebungsmethoden deckten gravierende Krankheitsphänomene auf.

Nutzer stimmungsverändernder Medikamente wurden in einer nicht standardisierten Form befragt. Kapitel 4.1 bis 4.1.4 beschreiben die Rekrutierung der Befragten sowie die Vorbereitung und Durchführung der Interviews. Die Auswertungs- und Analyseverfahren werden in Kapitel 4.2 bis 4.2.5 dargestellt.

Kriterium für die Auswahl der Nutzer stimmungsverändernder Medikamente sind Medikamentengruppen, die Befragte mit dem Ziel benutzen, ihre Stimmung zu verändern oder eine Depression zu behandeln. Dazu gehören trizyklische Antidepressiva, SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitors*) und Johanniskraut (*hypericum perforatum*). Die Wirkstoffnamen und Wirkungsweise wurden bereits im Kap. 2.4 erläutert. Gefragt wurde nach dem Verhältnis der Patienten zu Medikamenten, dem ärztlichen Verordnungsverhalten und dem Informationsstand über Psychopharmaka.

Das empirische Material beruht auf drei voneinander unabhängigen Datenerhebungen:

(1) Interviews mit spanischen Migranten aus der Region Hannover, die sich in hausärztlicher Behandlung in Deutschland befinden und früher bzw. zum Zeitpunkt der Befragung stimmungsverändernde Medikamente einnahmen bzw. verordnet bekamen. Diese Interviews wurden von der Autorin mit Methoden der qualitativen Sozialforschung erhoben und ausgewertet und bilden gewissermaßen das „Herzstück" der Arbeit.

(2) Um die kulturell geprägten Besonderheiten in der Wahrnehmung, Bewertung und Erfahrung im Umgang mit stimmungsverändernden Medikamenten verstehen zu können, werden die Ergebnisse aus den Interviews mit den spanischen Migranten den Ergebnissen aus zwei parallelen Untersuchungen gegenübergestellt:

- Deutsche Hausarztpatienten aus Göttingen, die stimmungsverändernde Medikamente von ihrem Hausarzt verordnet bekommen
- Spanische Patienten aus der primärärztlichen Versorgung Teneriffas (Kanarische Inseln, Spanien), die stimmungsverändernde Medikamente verordnet bekommen.

Die beiden letztgenannten Gruppen von Interviews lagen bereits analysiert vor und werden den Interviews mit spanischen Migranten in Form der Meta-Ethnographie gegenübergestellt (s. Kap. 5.2).

Einladungs- und Informationsschreiben sowie der *informed consent* lagen sowohl auf Spanisch als auch auf Deutsch vor. Die Interviews mit den spanischen Migranten wurden von der Autorin auf Spanisch geführt und von einer Muttersprachlerin transkribiert. So konnte bereits im Vorfeld Vertrauen aufgebaut und möglichen Sprachbarrieren vorgebeugt werden. Mit einer Ausnahme wurden alle Interviews auf Spanisch durchgeführt. Bei der Verschriftlichung der Interviews konnte von einer hohen sprachlichen Sensibilität ausgegangen werden und auf Besonderheiten wie restringierte Kodes und schicht-, alters- oder bildungsspezifisches Vokabular und seine Konnotationen hingewiesen werden. Bernstein (1973) unterscheidet restringierte und elaborierte Kodes bzw. Sprechweisen, an denen man die soziokulturellen Bedingungen des Sprechenden erkennen solle. Ein restringierter Kode ermöglicht es dem Sprecher, mit wenigen Worten viel auszudrücken, und wird dort verwendet, wo es eine große Menge an geteiltem Wissen unter den Sprechern gibt. Darüber hinaus einigte man sich, zunächst die expliziten Inhalte (die wörtlichen) auszuwerten und weniger das implizit Gemeinte.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit ist der Methodenteil zur Datenerhebung dreigeteilt: Der erste Teil gilt der von mir erhobenen Stichprobe der Interviews mit den spanischen Migranten, im zweiten und dritten Teil werden die zwei zur Kontrastierung herangezogenen Stichproben dargestellt.

Abbildung 3 zeigt für die vorliegende Untersuchung die Rekrutierungwege sowie den chronologischen Ablauf.

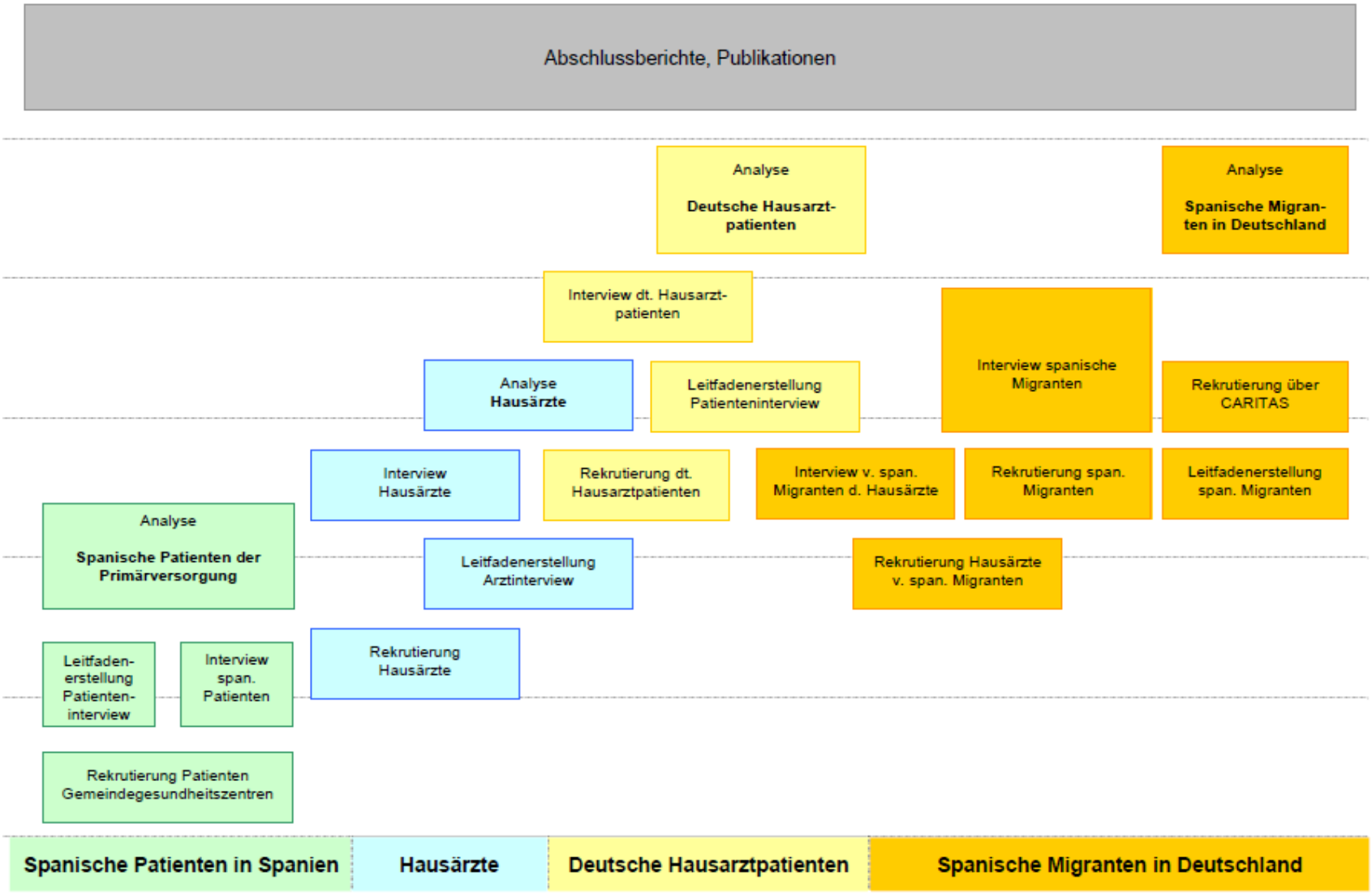


Abbildung 2: Rekrutierungswege

4.1 Methoden der Datenerhebung

Die befragten Personen sind deutsche Hausarztpatienten, spanische Arbeitsmigranten der ersten und zweiten Generation sowie im Herkunftsland lebende Spanier. Ausgeschlossen wurden Minderjährige, stationäre und suizidgefährdete Patienten.

Mit den Nutzern stimmungsverändernder Medikamente wurden semi-strukturierte, problemzentrierte Interviews mit einem hohen Anteil offener Fragen durchgeführt. Das Interview fokussiert eine bedeutsame Problemstellung und ihre theoretische Ausformulierung (Vorwissen des Forschenden). Durch die Problemzentrierung verschafft man den Untersuchten Ausdrucksmöglichkeiten, die es ihnen gestatten, systematisch „*über bestimmte Aspekte ihres eigenen Lebensprozesses (Selbstreflexion) und dessen Zusammenhang mit anderen, in Bezug auf das Thema, zentralen Personen und gesellschaftlichen Institutionen (Verhältnisreflexion) nachzudenken und diese entsprechend zu formulieren*“ (Witzel 1989, S. 232). Um einem möglichen Interessenkonflikt auf beiden Seiten vorzubeugen, wurden die Interviewpartner in allen drei Untersuchungsgruppen darauf hingewiesen, dass die Interviewenden keine Ärzte sind (Richards & Emslie 2000, Ogdan 1999). Mit Hilfe qualitativer Erhebungsmethoden konnten unterschiedliche individuelle und soziale Bedeutungen stimmungsverändernder Medikamente herausgearbeitet werden.

Das Instrumentarium des Interviewverfahrens besteht aus:

- offenen Leitfadeninterviews,
- der Aufzeichnung und
- dem Postskriptum.

Der Leitfaden dient lediglich der thematischen Organisation des Hintergrundwissens, da die Reihenfolge, in der bestimmte Themen angesprochen werden, vom Interviewten vorgegeben wird. Der Interviewer arbeitet die Forschungsfragen anhand des Leitfadens im Gedächtnis ab. Im Postskriptum werden die den Kontext und den Ablauf beeinflussenden Rahmenbedingungen des Interviews dargelegt, sowie vom Tonband nicht aufgezeichnete Ereignisse vor oder nach dem Interview notiert. Dies trägt dazu bei, einzelne Abschnitte des Gesprächs später besser zu verstehen und in das Gesamtbild der Problematik inhaltlich einzuordnen.

Die Auswahl der Stichproben hatte nicht das Ziel statistischer Repräsentativität; vielmehr stand die im Untersuchungsfeld vorhandene Heterogenität im Blickfeld.

4.1.1 Zirkulärer Forschungsablauf

Grundlegend für diese Arbeit ist ein zirkulärer Forschungsablauf, d.h. die verschiedenen Forschungsschritte werden mehrmals durchlaufen und bedingen einander. Somit konnten mit den Erfahrungen aus vorausgegangenen Interviews die Frage- und Interviewmodalitäten neubewertet und modifiziert werden. Abbildung 4 hebt diesen Prozess hervor:

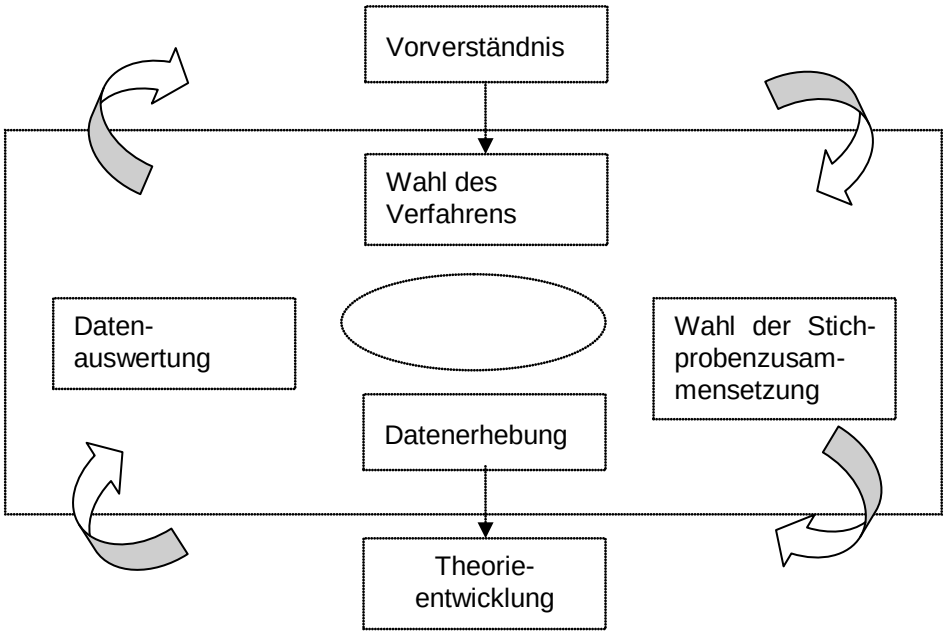


Abbildung 3: Zirkulärer Forschungsablauf (Witt 2001)

4.1.2 Die Befragung spanischer Untersuchungsteilnehmer in Deutschland

Die Autorin ist in einem Ort in Niedersachsen aufgewachsen, in dem bereits sehr früh spanische Migrantinnen und Migranten angeworben wurden, mit deren Kindern die Autorin gemeinsam die Grundschule besucht hat. So hatte die Autorin rund 15 Jahre später einen relativ offenen Zugang zum Untersuchungsfeld. In diesem Umfeld, wenn auch nicht mit bekannten Personen, hat die Autorin die ersten Interviews geführt und erste Konzepte und Kategorien entwickelt. Um die Teilnahmebereitschaft an dieser Studie zu erhöhen, wurden Einladungs- und Informationsschreiben zur Studie sowie die Einwilligungserklärungen ins Spanische übersetzt und Spanisch als Interviewsprache angeboten. In einem Fall nahm eine Befragte sogar an, dass die Interviewerin ebenfalls Migrantin sei und aus Italien stamme. Im Anschreiben wurde

eine möglichst einfache und unkomplizierte Ausdrucksweise gewählt und auf Fach- bzw. Fremdwörter verzichtet.

Nachdem abzusehen war, dass der Rücklauf von Einwilligungserklärungen spanischer Nutzer stimmungsverändernder Medikamente über die Hausarztpraxen eher gering ausfallen würde, bezog man die Beratungsstelle für spanische Mitbürger der *CARITAS* in Hannover in die Studie mit ein (September 2001 - Juni 2002). Nach einem längeren Telefonat besuchte die Autorin die Beratungsstelle und führte ein Gespräch zur Erläuterung des Vorhabens mit der die spanischen Migranten betreuenden Psychologin. Dem Besuch folgte ein Anschreiben, in dem die Inhalte der Studie zusammengefasst wurden und dem eine Mappe mit Einwilligungserklärungen beigelegt wurde. Die Kontakte mit den *CARITAS*-Beratungsstellen in zwei weiteren Städten erwiesen sich als nicht fruchtbar (Personalwechsel; fehlendes Interesse).

Mit den Untersuchungsteilnehmern wurde telefonisch ein Interviewtermin vereinbart, nachdem die Hausärzte bzw. die Psychologin der *CARITAS*-Beratungsstelle die Einwilligungserklärungen an die in Frage kommenden Spanier ausgehändigt und diese die Einwilligungserklärungen an die Abteilung Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen zurückgesandt hatten. Die meisten Interviews fanden bei den Befragten zu Hause statt. Drei Interviews fanden in den Räumen der *CARITAS*-Beratungsstelle statt: Ein Befragter war telefonisch nicht erreichbar und zog deshalb einen regulären Termin in der Beratungsstelle vor. Eine andere Befragte befand sich zum Zeitpunkt eines anderen Interviews gerade in der Beratungsstelle und stimmte spontan dem Gespräch zu. Mit einer dritten Befragten wurde ein Anschlusstermin an ein Beratungsgespräch vereinbart.

Themen der Interviews mit spanischen Untersuchungsteilnehmern in Deutschland

Die Nutzer stimmungsverändernder Medikamente wurden meist in ihren Privatwohnungen befragt. Nach der Pilotierung des Leitfadens an zwei Personen gestaltete die Autorin einige Fragen offener und weniger schematisch. Vor Beginn eines jeden Interviews wurde den Befragten das Ziel der Studie erklärt, „*mehr über die Rolle zu erfahren, die stimmungsverändernde Medikamente in ihrem alltäglichen Leben spielen*“. Dann wurde erläutert, dass sich das Interview grob in drei Themenbereiche aufteilt: den eigenen Gesundheitszustand und therapeutische Maßnahmen, das Verhältnis zu medizinischem Personal und die persönlichen soziodemographischen Daten. Zudem wurde die Erlaubnis eingeholt, ein Kassettenaufnahmegerät benutzen zu dürfen. Eine Interviewpartnerin verweigerte die Tonbandaufnahme; von diesem Gespräch liegt ein zusammenfassendes Protokoll vor. Die Interviewdauer betrug durchschnittlich 60 Minuten. Der Interviewleitfaden sprach die Haltung und Einstellung zu

stimmungsverändernden Medikamenten, das Einnahmeverhalten, das Verhältnis zu den behandelnden Ärzten/Therapeuten und die Migrationsgeschichte an.

Da das Gespräch entspannter verlief, wenn zuerst nach dem Beginn der Erkrankung bzw. der Stimmungsveränderung gefragt wurde und dann auf die Medikation übergeleitet wurde, änderte die Autorin nach zwei Interviews die Eingangsfrage. Bei den Interviews mit den zuvor befragten deutschen Patienten verhielt sich die Reaktion auf die Eingangsfrage übrigens entgegengesetzt zu der der spanischen Migranten.

I Konzepte spanischer Patienten von „*Gesundheit*", „*Stimmung*" und die Bedeutung stimmungsverändernder Medikamente; Erfahrung mit und Einstellung zu stimmungsverändernden Medikamenten; Ressourcen der Selbsthilfe und –medikation im Laiensystem

II Hausarzt-Patient-Beziehung

III Altern in der Migration

IV Rückkehrorientierung (ein großer Teil der Arbeitsmigranten zeichnet sich noch im Alter durch Mobilität und Transnationalität[9] aus; besonders in dieser Lebensphase kann das Wissen über die „*Stimmung*" für den behandelnden Arzt sehr wichtig sein).

Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und danach wortwörtlich transkribiert. Hierfür wurden die Transkriptionsregeln von Ricker (Ricker 2000) in abgewandelter Form angewandt. Nach jedem Interview wurden Feldnotizen über das *setting* und die Atmosphäre des Interviews aufgezeichnet (Kontaktprotokolle). Die auf Spanisch geführten Interviews wurden von einer Muttersprachlerin transkribiert. Alle Interviews wurden nach der Transkription nochmals abgehört und auf Fehler überprüft.

4.1.3 Befragung deutscher Hausarztpatienten

Vor der Durchführung der Studie mit deutschen Hausarztpatienten wurden für eine Doktorarbeit der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen (Meyer 2005) Interviews mit Hausärzten geführt (2000-2005). Auch diesen Ärzten wurden Einwilligungserklärungen ausgehändigt, mit der Bitte, sie an in Frage kommende Patienten weiterzureichen. Etwa zwei Wochen nach dem Interview des Doktoranden mit dem Hausarzt kamen die ersten Einwilligungserklärungen der Patienten zurück. Mit diesen Patienten wurden telefonisch Interviewtermine abgesprochen. Die meisten Interviews fanden in den Wohnungen der Befragten, lediglich eins in der Abteilung für Allgemeinmedizin, statt.

---

[9] Mit Transnationalität ist das Pendeln zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland gemeint.

Themen der Interviews mit deutschen Hausarztpatienten

Der Forschungsablauf in dieser Studie war ebenfalls zirkulär. So wurde beispielsweise die das Interview mit den deutschen Hausarztpatienten einleitende Frage nach drei Interviews ausgetauscht. In den ersten Interviews wurde das Gespräch mit Fragen über die Krankheit eingeleitet. Es zeigte sich aber, dass die Patienten zu Beginn des Interviews Probleme hatten, über ihre Erkrankung zu sprechen, wohingegen es ihnen leichter fiel, über das Medikament zu sprechen. So fiel das Interview in seiner ursprünglichen Abfolge zögerlich und unentspannt aus und verlief offener und flüssiger, als mit Fragen über das Medikament begonnen wurde.

I Hausarzt-Patient-Beziehung

II Krankheitskonzepte und Therapievorstellungen von Patienten

III Erfahrung mit und Einstellung zu stimmungsverändernden Medikamenten.

Die Interviews mit den deutschen Patienten wurden zu zwei Dritteln von einem Doktoranden der Abteilung Allgemeinmedizin, Herrn Christoph Meyer, und zu einem Drittel von der Autorin selbst, zugleich Betreuerin der Doktorarbeit von Christoph Meyer, geführt. Dieser überließ der Autorin seine Interviews zur weiteren Analyse.

4.1.4 Befragung spanischer Patienten in Spanien

Das spanische Gesundheitssystem basiert auf einer staatlichen Versicherung, die alle Bürger bzw. jeder, der spanischen Boden betritt, in Anspruch nehmen können. Für die meisten bedeutet das eine Kostenübernahme zwischen 40-60 % für Konsultationen, Verordnungen und Krankenhausaufenthalte. Für besonders Einkommensschwache ist eine vollständige Kostenübernahme bzw. andere ökonomische Unterstützung möglich. Bei chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes) werden die Medikamente mit einer nominalen Gebühr belegt. Jeder registrierte Arzt darf Medikamente verordnen. Darüber hinaus gibt es private Versicherungen, die die Differenzbeträge übernehmen bzw. die zusätzliche Angebote, aber auch Risiken abdecken. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, ausschließlich eine zuvor von der Krankenkasse festgelegte Gruppe von Ärzten zu konsultieren und damit günstigere Versicherungsbeiträge zu zahlen. Diese Form der zusätzlichen, privaten Krankenversicherung wird mehr und mehr üblich.

Die Interviews des spanischen Kooperationspartners auf Teneriffa wurden ebenfalls bei Patienten der primärärztlichen Versorgung erhoben (Patienten aus Gemeindegesundheitszentren): Ärzte gaben Patienten, die seit mehr als sechs Monaten stimmungsverändernde Medikamente verordnet bekamen, eine Einladung zur Studienteilnahme. Auch mit diesen Patienten wurde nach dem Einverständnis telefo-

nisch ein Gesprächstermin vereinbart. Obwohl den Interviewpartnern angeboten wurde, die Interviews zu Hause durchzuführen, fanden fast alle Gespräche in einem Gesundheitszentrum statt; unabhängig davon, ob die Befragung in ruralen oder urbanen Gebieten erfolgte. Für die Gespräche wurde entweder ein Konsultations- oder ein Aufenthaltsraum gewählt. Die Interviews wurden von einem Nicht-Mediziner und einer Ärztin, die jedoch ihre Profession nur auf direkte Nachfrage preisgab, durchgeführt.

Themen der Interviews mit spanischen Hausarztpatienten in Spanien

Die Befragung dieser Patienten führte eine spanische Arbeitsgruppe im Rahmen des *EU-PoMMe*-Projekts durch (1999-2010); die Interviews und ihre Auswertung wurden der Autorin von Vinita Mahtani Chugani zu Verfügung gestellt. Durch die regelmäßige Teilnahme an den Treffen der *EU-PoMMe* Kooperationspartner konnte eine weitestgehend einheitliche methodische Herangehensweise an die Interviewgestaltung (*setting* und Instrument) gewährleistet werden. Zudem fanden regelmäßig Konferenzen via Telfon und Internet (*chat*-Funktion) zwischen Vinita Mahtani Chugani und der Autorin statt, die über den Aspekt der Interviewgestaltung hinaus noch die Generierung von Kodes, Kategorien und Auswertungsstrategien zum Inhalt hatten.

I Erfahrung mit und Einstellung zu stimmungsverändernden Medikamenten

II Beziehung zu Ärzten und anderen Angehörigen des Gesundheitswesens

III Krankheitskonzepte und Therapievorstellungen von Patienten

IV Rolle des sozialen Umfeldes.

4.2 Methoden der Datenauswertung

Die unterschiedlichen individuellen und sozialen Bedeutungen stimmungsverändernder Medikamente wurden mit Hilfe der Auswertungs- und Analysemethoden der qualitativen Sozialforschung herausgearbeitet. Die zugrunde liegenden Konzepte wurden durch qualitative Interviews (Befragung und teilnehmende Beobachtung) und in der jeweiligen Muttersprache (deutsch oder spanisch) erhoben. Diese Bedeutungen können als Konstrukte verstanden werden - hier gedankliche Hilfskonstruktionen von Ereignissen oder Erscheinungen (Phänomenen) - die nicht unmittelbar beobachtbar sind, sondern nur aus anderen Geschehen erschlossen werden können.

Eine qualitative Befragung erlaubt die Kommunikation über Erkrankungen, die in Beziehung zu traditionellen Vorstellungen stehen oder in der Migration begründet sind. Das Ziel der Auswertung besteht darin, Daten zum subjektiven Bedeutungsgehalt stimmungsverändernder Medikamente dreier exemplarischer Bevölkerungsgruppen,

die sich hinsichtlich Herkunft und momentanem Lebensmittelpunkt unterscheiden, miteinander in Beziehung zu setzen. So können Gemeinsamkeiten und Unterschiede u.a. bezüglich der Einflüsse von Selbstregulationselementen auf die Medikation und bezüglich stimmungsbeeinflussender Faktoren der sozialen Umgebung (Ärzte, Familie etc.) herausgearbeitet werden. Die Befragung deutscher Patienten und spanischer Patienten in Spanien sichert einen für die Auswertung notwendigen und ausreichenden Kontrast der einzelnen Stichproben zueinander.

Obwohl das Merkmal der Schichtzugehörigkeit hinsichtlich der Wahrnehmung stimmungsverändernder Medikamente sicherlich nicht unterschätzt werden darf, war es für das *sampling*-Verfahren nicht primär maßgeblich und wurde auch für die Fragestellung nicht weiter untersucht. Schließlich garantiert ein repräsentatives Sample als solches nicht unbedingt auch Hinweise auf ein vielschichtiges Handlungsfeld.

Die Reliabilität der Auswertung wurde durch einen zweiten Auswerter und die Supervision sichergestellt. Die für die projektbezogene Dateneingabe und –auswertung notwendige apparative Ausstattung ist mit *Atlas.ti V5.0*© (Muhr 2004) als Programm zur Auswertung qualitativer Daten vorhanden. Dies sicherte die Übersichtlichkeit und damit die Qualität der Auswertung.

4.2.1 Vorgehen bei der Arbeit mit Atlas.ti V5.0©:

Atlas.ti V5.0© ist ein Softwareprogramm zur Unterstützung der qualitativen Analyse von verschriftlichten, graphischen, Audio- oder Videodaten. Mit dem Programm kann man qualitative Daten sortieren, verwalten und ihre Interpretation dirigieren. Auf der Textebene umfasst die Arbeit mit *Atlas.ti*© zuerst das Aufgliedern von Primärdokumenten in Zitate, das Hinzufügen von Kommentaren und das Kodieren ausgewählter Passagen. Das Vergleichen und Verknüpfen wichtiger Segmente führt dann zu einer Konzeptualisierungsphase, bei der die eigentliche Interpretationsarbeit stattfindet. Ideen können einem Kode oder Memo zugeordnet werden, dem selbst wieder andere, ähnliche Ideen oder Textpassagen zugeordnet sind. Alle relevanten Datensegmente und Notizen können schnell gefunden und ausgegeben werden. Über das reine Kodieren und Auffinden von Daten hinausgehend können durch die Netzwerk-Funktion bereits selektierte Passagen, Memos und Codes visuell miteinander in Beziehung gesetzt werden.

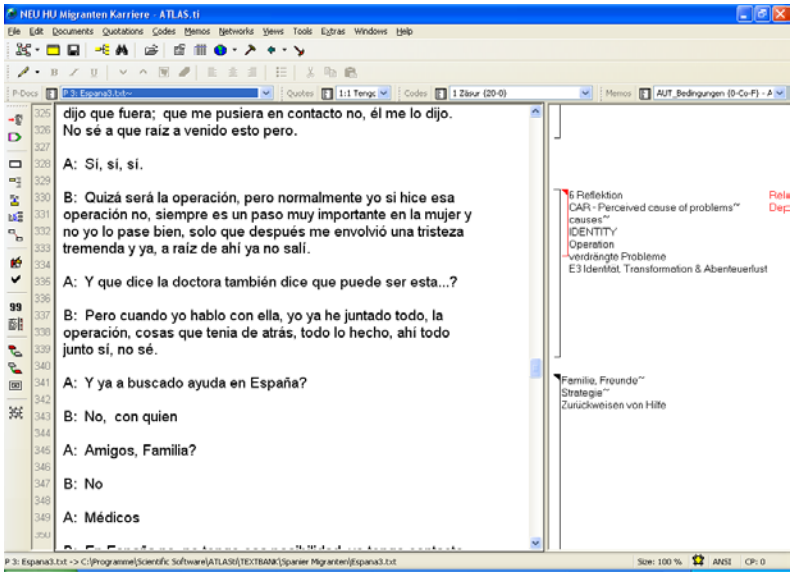


Abbildung 4: Atlas.ti V5.0©

4.2.1.1 Der Kodierungsprozess

Textsequenzen werden markiert und Kodenamen zugeordnet: Alle unter dem gleichen Kodenamen gespeicherten Textsequenzen lassen sich nun leicht auffinden und –listen (Retrieval-Funktion). Kodes werden definiert und kommentiert.

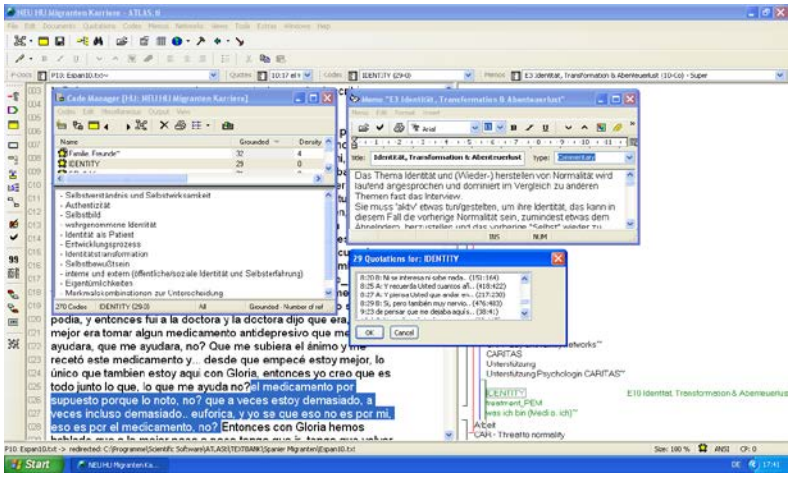


Abbildung 5: Definieren und Kommentieren von Kodes

Zudem bietet *Atlas.ti V5.0*© verschieden Funktionen an, mit denen die Kodes sortiert und in Gruppen zusammengefasst werden können.

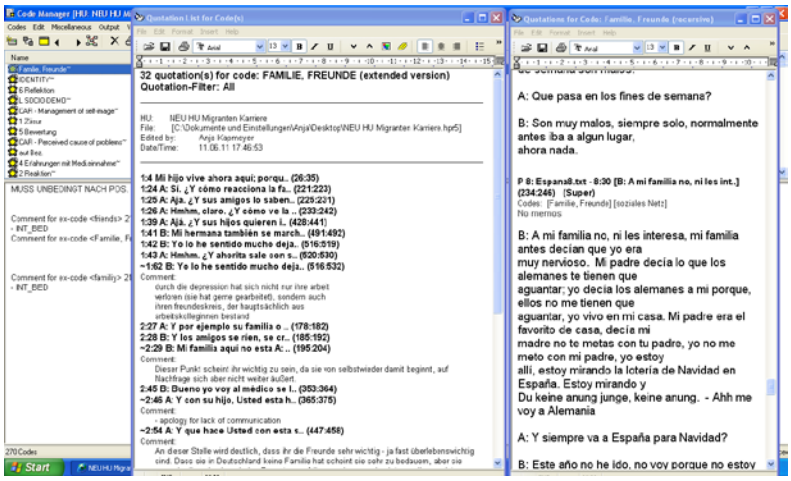


Abbildung 6: Sortierfunktion

Kategorien werden gebildet, indem Kodes gruppiert werden (z.B. mit dem „*Family Manager*“).

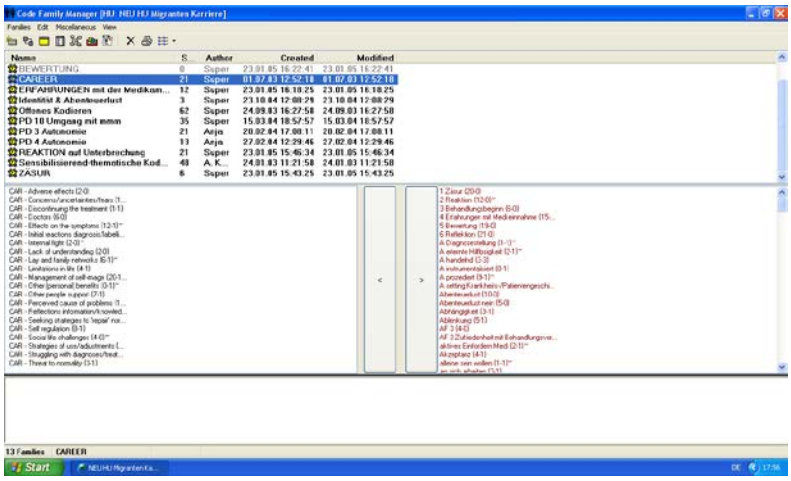


Abbildung 7: Gruppenbildung

Die Netzwerkfunktion ermöglicht es, Kodes, Memos und Zitate miteinander zu verknüpfen und dabei zu einer über eine bloße Indizierung von Zitaten hinausgehende Verwendung des „*systematischen In-Beziehung-Setzens von Begriffen*“ zu gelangen (Muhr 1996, S. 250).

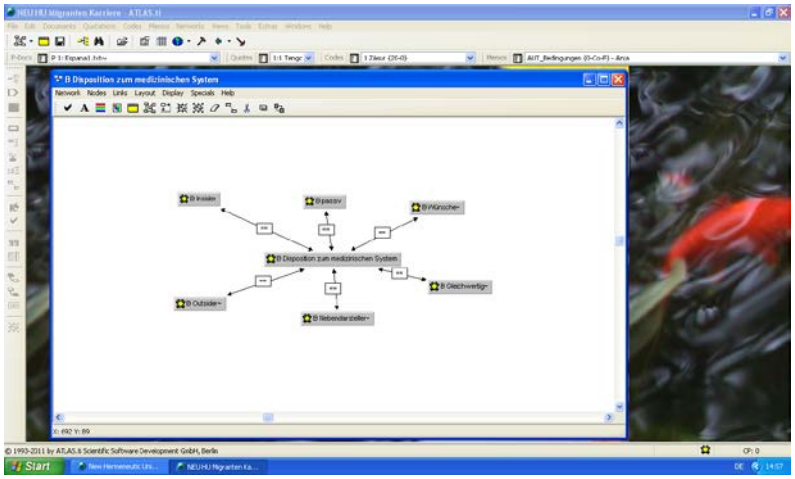


Abbildung 8: Netzwerke

Fortlaufend können Memos zu den Interviews und Kodes bzw. Kategorien geschrieben werden.

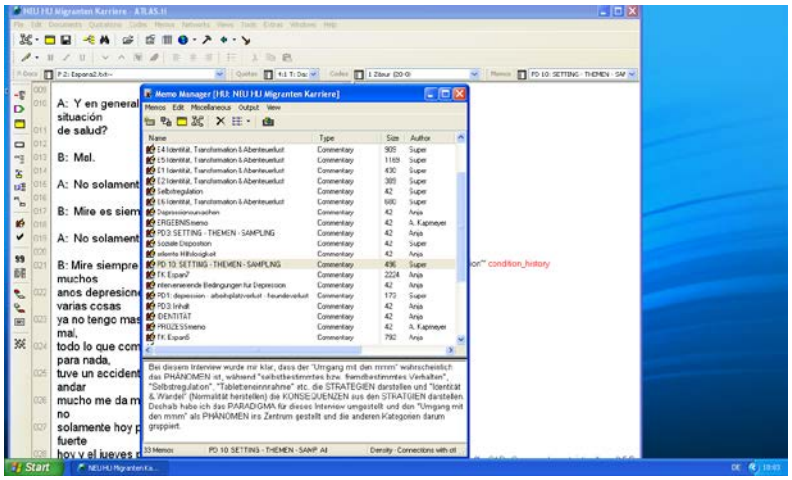


Abbildung 9: Definieren und Kommentieren in Memos

4.2.2 Interpretativ-reduktive Methode

Die interpretativ-reduktive Datenauswertung steht vermittelnd zwischen quantitativen und qualitativen Methoden. Sie ermöglicht eine systematische Aufbereitung und Zusammenfassung des Materials. Diese gestattet, das Interviewmaterial zu überblicken, Ergebnisse frühzeitig zu gewinnen und die Auswahl von Fallbeispielen zu erleichtern (Lamnek 1995). Diese Vorteile sind besonders bei den inter- und intrakulturellen Vergleichen wichtig, weil hier mit umfangreichem, zweisprachigem Textmaterial gearbeitet wird. Um sich für diese doch recht heterogenen Stichproben zu sensibilisieren und sich einen Zugang zu verschaffen, der über die der empirisch-quantitativen Sozialforschung zugrunde liegenden sozial-strukturellen Einflussgrößen hinausgeht, wurden die Interviews mit Hilfe der inhaltlich-reduktiven Methode hinsichtlich verschiedener Konzepte untersucht (s. Tab. 7, S. 64).

4.2.3 Grounded Theory

Die Motivation von Glaser und Strauss, ein neues Forschungsverfahren zu entwickeln, hing eng mit der Abspaltung von Theorie und Empirie in der soziologischen Forschung der 1950er und 1960er Jahre des 20. Jahrhunderts zusammen. Großtheorien wurden immer komplexer, entfernten sich weiter von der sozialen Wirklichkeit, und in der Forschungslandschaft etablierte sich eine Haltung, für die das Testen bzw. Prüfen von Hypothesen vorrangig wurden vor den sozialen Realitäten (Alheit 1999, S. 26; Flick 2005). In der *Grounded Theory* wird davon ausgegangen, dass die verschriftlichten Interviews in kommunikativer Absicht produziert wurden und sich auf Handlungszusammenhänge beziehen, die einen Ausschnitt aus der sozialen Wirklichkeit darstellen. In ihren Grundzügen sind in der Grounded Theory die Lehre des US-amerikanischen Pragmatismus und die soziologische Schule des symbolischen Interaktionismus wiederzufinden:

- Aufmerksamkeit für Teilbereiche der sozialen Wirklichkeit,
- Betonung von Prozessen und
- Integration von Erfahrungen der Forschenden.

Das von Strauss (1991) und Strauss und Corbin (1996) vorgeschlagene Kodierverfahren eröffnet deshalb bewusst eine undogmatische Handhabung (Alheit 1999).

In der vorliegenden Arbeit erfolgte die Auswertung aller Patientenbefragungen mit der Methode der *Grounded Theory* (Strauss und Corbin 1996). Ähnlichkeiten und Unterschiede im Datenmaterial sollten so sowohl fallübergreifend (Konzept zur Einnahmekarriere) als auch auf Einzelfallebene (Ankerfälle zur Autonomie) herausgearbeitet werden. Ähnliche Patientenfälle wurden zu Gruppen zusammengefasst und

von differenten Fällen getrennt. Nach einer ersten Voranalyse konnten so „*Vergleichsdimensionen*“ bzw. „*Kategorien*“ aus dem Material gefiltert werden, die eine Kontrastierung bzw. einen Vergleich überhaupt erst ermöglichen (Kelle & Kluge 1999). Im Forschungsansatz der *Grounded Theory* sind Untersuchungsplanung, -durchführung und -auswertung integriert. Dieser Prozessaspekt ist für die *Grounded Theory* besonders wichtig, wenn ein Phänomen auf einer Zeitachse betrachtet wird. Als hierfür geeignete theoretische Rahmenvorstellungen eignen sich Begriffe wie Phase, Stadien oder auch Karrierestufen.

Für die Auswertung der Interviews mit den spanischen Migranten wurde die Methode des thematischen Kodierens (Flick 1995) als eine Variante der *Grounded Theory* gewählt (s. Tabelle 4). Hierbei handelt es sich um ein mehrstufiges Verfahren, das für vergleichende Studien mit aus der Fragestellung abgeleiteten, vorab festgelegten Gruppen geeignet ist. Der Forschungsgegenstand ist hier die Verteilung von Perspektiven auf ein Phänomen oder einen Prozess. Die Stichprobenauswahl wird vorab festgelegt, ein theoretisches Sampling findet später innerhalb der Gruppen bei der Auswahl der konkreten Fälle statt. Die Samplingstrategien orientieren sich entweder am ‚maximalen‘ Vergleich (der Suche nach Kontrastfällen) oder dem ‚minimalen‘ Vergleich (der Suche nach möglichst ähnlichen Fällen). Differenzierungen werden hinsichtlich der zu analysierenden Schlüsselphänomene vorgenommen. Mit dem Vergleichen ist daher weniger die Suche nach identischen Inhalten gemeint, sondern vielmehr die Suche nach Ähnlichkeiten und Unterschieden.

Bei der Auswertung wird zunächst in einer Einzelfallanalyse jedes Interview kurz dargestellt. Jedem Einzeldokument wird ein Motto, das beispielsweise aus einer bestimmten Aussage besteht, zugewiesen. Die befragte Person wird in knappen Worten beschrieben und die im Interview angesprochenen zentralen Aspekte werden in prägnanter Form zusammengefasst. In einer vertiefenden Fallanalyse wird ein Kategoriensystem entwickelt, das aus inhaltlichen Konzepten/Kodes besteht, die sich unmittelbar auf das Interviewmaterial beziehen. Wie beim offenen Kodieren werden Ideen assoziativ gesammelt und in Memos zusammengefasst. Ziel ist hier, durch das so genannte „*Aufbrechen*“ der Daten neue Dimensionen in denselben zu entdecken. Daraus ergeben sich dann Hinweise auf Kategorien, die im weiteren Verlauf der Analyse in Relation zu anderen Kategorien gesetzt werden, die sich ebenfalls auf Teilaspekte sozialen Handelns (im Sinne der Fragestellung) beziehen (Strauss 1991). Anfangs haben diese Konzepte noch einen vorläufigen Charakter. Im nächsten Schritt werden diese Konzepte dann abstrakter und differenzierter und münden in thematische Bereiche bzw. Kategorien. An dieser Stelle wird dann im Sinne des Kodierparadigmas von Strauss nach Beziehungen zwischen einzelnen Kategorien gefragt. Die-

se nun bereits vorhandenen Kategorien, Dimensionen, Eigenschaften und Relationen werden dann neu gewichtet.

Tabelle 4: Thematisches Kodieren

Thematisches Kodieren:
1. Einzelfallanalyse a. Motto des Falls b. Knappe Personendarstellung c. Darstellung der im Interview angesprochenen zentralen Themen 2. Vertiefende Fallanalyse a. Entwicklung eines Kategoriensystems für den einzelnen Fall b. Generierung thematischer Bereiche und Kategorien 3. Erstellen einer thematischen Struktur aus den zuvor entwickelten Kategorien und thematischen Bereichen 4. Ergebnisdarstellung a. Auseinandersetzung mit dem Untersuchungsgegenstand b. Fall- und Gruppenvergleich c. Analyse der Perspektivenverteilung

In methodisch kontrollierter Weise können durch das thematische Kodieren die Interviewdaten verschiedener Personen mit dem Ziel verdichtet werden, sich auf das Wesentliche im Sinne der Fragestellung zu konzentrieren und sich abzeichnende Muster zu identifizieren.

Bei der Analyse der drei Stichproben bildet der Symbolische Interaktionismus die Grundlage. Alle Stichproben wurden mittels der Grounded Theory untersucht.

Es wurde deutlich, dass die Befragten in den Interviews nicht nur über ihre Erfahrungen mit stimmungsverändernden Medikamenten berichteten, sondern auch Teile ihrer Lebensgeschichten wiedergaben. Korrespondierend dazu wurde versucht, die für die Befragten bedeutsamen Phasen der unterschiedlichen Biographien sowie deren Bewertung in Einzelfallbeschreibungen/Kurzportraits zu verdichten und diese in Beziehung zur Einnahme der stimmungsverändernden Medikamenten zu setzen. Mittels dieser konnten verschiedene Stufen der Einnahmekarriere veranschaulicht werden (Taylor & Bogdan 1998).

4.2.4 Ankerfallbeschreibungen

Die Ankerfallbeschreibung besteht zunächst aus einem kurzen biographischen Portrait der befragten Person, welches sich aus dem zuvor geführten Interview ergibt. Daran anschließend werden pro theoretische Kategorie eine bis zwei Kernstellen aus

dem Interview zur Illustration angeführt. Am Schluss steht eine kurze interpretative Zusammenfassung des Falls und seiner Kernaussagen. Der Ankerfall repräsentiert einen Typus. Die biographische Erzählung wird einschließlich ihres Kontextes und ihrer Erzählweise als Ganzes betrachtet und ist somit weniger losgelöst von den erarbeiteten Kodes und Kategorien (Alheit et al. 1999).

In einer Tabelle werden die sogenannten Randfälle inhaltlich kurz zusammengefasst und mit dem Ankerfall gemeinsam dargestellt. Die Randfälle sind Interviews, die die Perspektiven des Ankerfall-Interviews um weitere Facetten bereichern können oder auch einen Gegenpol bieten. Eine ausführliche Darstellung findet sich dann in der Tabelle zu den Anker- und Randfällen im Anhang. Hier wird dann pro Kernkategorie ein Randfall zitiert und näher erläutert. Eine Kernkategorie ist das zentrale Phänomen, um das alle weiteren Kategorien angesiedelt sind. Es werden maximal verschiedene Fälle ausgesucht und analysiert, um eine detaillierte Beschreibung der Faktoren zu ermöglichen, die die Fälle miteinander teilen (Kelle & Kluge 1999).

Die Ankerfälle wurden unter dem Konzept zur „*Autonomie*“ (gr. *autónomos* = nach eigenen Gesetzen lebend, unabhängig, selbstständig) näher beleuchtet. Dieses unterliegt immer einer kulturellen Färbung. Was in einer Region, einer Kultur, einer Gemeinschaft oder Gesellschaft als autonom betrachtet wird, kann woanders der Inbegriff angepassten Verhaltens sein. Deshalb wird in dieser Untersuchung das Konzept „*Autonomie*“ entlang eines Kontinuums angelegt.

4.2.5 Meta-Ethnographie

Das Interesse an der Meta-Ethnographie, d.h. an der Synthese von Forschungsergebnissen ist in den letzten Jahren gestiegen. Eine Übersicht über etablierte Verfahren findet sich bei Weed (Weed 2005).

Die Meta-Ethnography teilt sich mit der Meta-Analyse lediglich die Vorsilbe. Die Meta-Analyse ist ein quantitativer, statistischer Ansatz, in dem die Ergebnisse verschiedener Studien als ein komplexer Datensatz betrachtet und in dem die Primärstudien zusammengefasst werden. In den Medizinwissenschaften stellt die Meta-Analyse aus mehreren möglichst randomisierten kontrollierten Studien den Goldstandard zur Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit dar.

Die Meta-Ethnographie hingegen meint ein qualitatives Daten-Auswertungsverfahren, in dem nicht die Primärdaten zur vergleichenden Analyse genutzt werden, sondern die Interpretationen der Interviews.

Begründung der Methodenwahl

Das Verfahren der Meta-Ethnographie von Noblit und Hare (Noblit & Hare 1988) ist das derzeit am besten entwickelte und beschriebene Verfahren zur Synthese qualitativer Daten und ist zudem von allen Verfahren dasjenige, das dem interpretativen Paradigma, aus dem sich der Großteil der qualitativen Forschung entwickelt hat, am nächsten kommt. Mit dem Verfahren der Meta-Ethnographie werden mehrere parallele Ethnographien zunächst interpretativ reduziert und analysiert. Erst dann werden die einzelnen Studien miteinander verglichen. Die Synthese mündet in einer ganzheitlichen Interpretation. Mit dem Ziel einer Verknüpfung wird jede Aussage hinterfragt und nach Analogien zwischen den einzelnen Begründungen gesucht. Diese Begründungen werden zwar reduziert, ihr Sinn jedoch mit Hilfe von Schlüsselbegriffen und Metaphern bewahrt. Diese wiederum werden dann, sich aufeinander beziehend, übertragen (Noblit & Hare 1988; Britten 2002).

Das Ziel einer Meta-Ethnographie liegt in der Synthese von Ergebnissen qualitativer Studien. In der Regel werden dazu bereits abgeschlossene und veröffentlichte Studien verwandt.

In der vorliegenden Untersuchung wurde eine modifizierte Form der Meta-Ethnographie versucht: Von drei Studien des *Eu-PoMMe*-Verbunds existierte das gesamte Interview- und Kodierungsmaterial zur Wahrnehmung stimmungsverändender Medikamente (zu den untersuchten Schlüsselphänomenen „*Karriere*“ und „*Autonomie*“). Gearbeitet wurde jedoch nur mit den Kodes, ihren Definitionen und den zur Illustration vorliegenden Textstellen. Die Originalinterviews wurden nur dann zu Rate gezogen, wenn Unklarheiten über die Bedeutung einer Kodierung bestanden.

Diese Form der „*prospective meta-ethnography*“ wurde bereits von einer *EU-PoMMe*-Arbeitsgruppe (an der die Autorin maßgeblich beteiligt ist) konzeptuell vorbereitet und wurde nun anhand des Materials dreier Untersuchungen getestet. Alle Kodes wurden mit ***O**ld* bzw. ***N**ew* gekennzeichnet, abhängig davon, ob sie bereits vor dem Arbeitstreffen zur Meta-Ethnographie bestanden oder erst danach, d.h. aufgrund dieses Treffens entstanden. Vorteilhaft war ferner, dass die Autoren der an der Synthese beteiligten Studien zur Bewertung herangezogen werden konnten. In einem frühen Stadium der Analyse wurden sowohl das theoretische Vorwissen der Autorin bzw. ihr individueller wissenschaftlicher Kontext als auch der an der Meta-Ethnography Beteiligten mit Hilfe von *reflexive accounts* explizit thematisiert. *Reflexive accounts* fördern ein methodisch kontrolliertes Vorgehen und können dann sinnvoll eingesetzt werden, wenn multi-nationale bzw. multi-disziplinäre Teams zusammenarbeiten (Barry 1999; Guba & Lincoln 1994).

Das Ziel der Auswertung mit der Meta-Ethnographie lag darin, Daten zum subjektiven Bedeutungsgehalt stimmungsverändernder Medikamente dreier exemplarischer Bevölkerungsgruppen, die sich hinsichtlich Herkunft und momentanem Lebensmittelpunkt unterscheiden, miteinander in Beziehung zu setzen. So konnten Gemeinsamkeiten und Unterschiede u.a. bezüglich der Einflüsse von Selbstregulationselementen auf die Medikation und stimmungsbeeinflussenden Faktoren der sozialen Umgebung (Ärzte, Familie etc.) herausgearbeitet werden.

Noblit und Hare haben einen siebenstufigen Prozess entwickelt (Tabelle 5), um eine Meta-Ethnographie vorzunehmen. Als Ethnographen waren sie daran interessiert, mit Metaphern zu arbeiten. Da jedoch dieses Verfahren nicht ausschließlich auf Ethnographien angewandt werden muss, wird der Begriff Meta-Ethnographie zwar im Sinne von Noblit und Hare benutzt, bezieht sich dabei aber weniger auf die metaphorische sondern vielmehr auf die konzeptuelle Ebene der Laienperspektive bei der Wahrnehmung stimmungsverändernder Medikamente.

Tabelle 5: Durch die Autorin modifiziertes Modell der Meta-Ethnographie

Noblit and Hare (1988)	**Umsetzung durch die Autorin**
1. Getting started	- Definition der Forschungsfrage - Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Datensätze
2. Deciding what is relevant to the initial interest	- Entscheidung für das Konzept der “Einnahmekarriere“ - Herausarbeiten eines thematischen Rahmens
3. Reading the studies	- Interpretatives Reduzieren und Analysieren der Studien bezüglich des Karriere- und Autonomiekonzeptes - Entwickeln von Schlüsselkkategorien und Metaphern, um den Bedeutungsgehalt zu bewahren
4. Determining how the studies are related	- Durchsuchen der Einzelstudien nach Analogien und Abweichungen
5. Translating the studies into one another	- Integrale Interpretation
6. Expressing the synthesis	- Ergebniskapitel – Berichterstellung - Publikation

Getting started

In einem ersten Schritt innerhalb der Meta-Ethnographie wird die Forschungsfrage, unter der die Synthese vorgenommen werden soll, klar umrissen: „*Aktiver Umgang mit stimmungsverändernden Medikamenten*“. Bei Treffen mit den *EU-PoMMe*-Kooperationspartnern kristallisierte sich heraus, dass es regionenübergreifend viele Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung dieser Medikamente gibt. Interessant für die vorliegende Untersuchung war nun zu prüfen, ob diese Vielzahl an Gemeinsamkeiten bestehen bleibt, wenn man sich den aktiven, d.h. oftmals von den ärztlichen Empfehlungen abweichenden autonomen Umgang mit stimmungsverändernden Medikamenten anschaut. Hierfür bot sich der Vergleich zwischen in Deutschland lebenden spanischen Migranten, deutschen Hausarztpatienten und in Spanien lebenden Nutzern stimmungsverändernder Medikamente an.

Deciding what is relevant to the initial interest

Beim Herausarbeiten des thematischen Rahmens stellte sich die Frage, auf welchen Anwendungsbereich sich die Synthese beziehen sollte. Für die vorliegende Orientierungsstudie sollten Studien aus dem gemeinsamen Verbundprojekt mit einer gleichlautenden Fragestellung, aber unterschiedlichen Stichproben eingeschlossen werden. Der Entschluss basierte auch auf dem Aspekt, Generalisationen über zu weit von einander entfernte Geltungsbereiche auszuschließen. Die eingeschlossenen Interviewstudien mit Nutzern stimmungsverändernder Medikamente beschäftigten sich mit der Wahrnehmung der Einnahme stimmungsverändernder Medikamente unter den Aspekten „*Karriere*“, „*Autonomie*“ (aktivem Handeln) und „*Identität*“ (Selbstwirksamkeit).

Reading the studies

Beim interpretativen Reduzieren und Analysieren werden zuerst die Konzepte und Kodierungen nebst den Zitaten sorgfältig gelesen und Hauptkonzepte/Schlüsselkategorien identifiziert. Eine detaillierte Beschreibung der Stichproben und des jeweiligen *settings* dienen als Kontext für die Interpretation der einzelnen Studien.

Determining how the studies are related

Bei der Suche nach Abweichungen und Analogien werden die Beziehungen der Konzepte zueinander berücksichtigt. Gesucht wurde nach gebräuchlichen und wiederholt auftretenden Konzepten. Die tabellarische Auflistung dieser Schlüsselkonzepte erleichterte den Vergleich.

Translating the studies into one another

Ineinander übersetzt werden bei der integralen Interpretation nicht die aus den einzelnen Studien stammenden Aussagen der Interviewpartner, sondern die Definitionen der zu vergleichenden Konzepte, die wiederum dem jeweiligen Datenmaterial entstammen. Sollte es zu einem Konzept keine relevanten Daten geben, wird die Zelle freigelassen. Dies ist jedoch nicht gleichbedeutend mit der Nicht-Existenz solch eines Konzeptes; es wurde in den Interviews lediglich nicht angesprochen bzw. von den Auswertern nicht als solches kodiert. Nachdem ein relevantes Konzept identifiziert wurde, wird geprüft, ob es auch dem Schlüsselkonzept entspricht. Diese Schlüsselkonzepte können einer Studie direkt entlehnt sein oder auch extern aus der Literatur stammen. Am Ende muss sichergestellt sein, dass jedes Konzept von dem jeweiligen Schlüsselkonzept eingerahmt wird.

Bei der Synthese werden Beziehungen zwischen den Studien etabliert. Auch wenn nicht immer jede Zelle gefüllt ist, bedeutet dies nicht, dass sich die Studien widersprechen, sondern lediglich, dass es nicht für jedes Konzept eine Entsprechung in den anderen Studien gibt. Aufgrund der Reziprozität der Beziehungen zueinander kann aus ihnen eine Argumentationslinie entwickelt werden. Aus den Interpretationen erster Ordnung, d.h. der Perspektive und Bedeutungszuweisung der Befragten, wurden beim Vergleich der Studien miteinander Interpretationen zweiter Ordnung geschaffen (Themen und Konzepte der Untersuchenden) (Schütz 1962, S. 49). Diese wiederum bilden die Bausteine für die Synthese, die als Interpretation dritter Ordnung konstruiert wird und die die Perspektiven und Interpretationen der Synthetisierenden (der Autorin) wiedergibt. An dortiger Stelle werden die Ergebnisse der Synthese an die Autoren der anderen beiden Studien zurückgemeldet.

Expressing the synthesis

Für die Berichterstattung kommen als Publikum niedergelassene Ärzte der Primärversorgung, Beratungsstellen für ausländische Mitbürger, aber auch Beratende im Gesundheitswesen, sowie qualitativ Forschende in Frage. Alle Interpretationen der dritten Ordnung stehen nun anderen Wissenschaftlern in der Form testbarer Hypothesen zu Verfügung.

5 Ergebnisse

Dem Ergebniskapitel vorangestellt wird eine kurze tabellarische Übersicht aller drei an der Studie beteiligten Stichproben (Tabelle 6). Daran anschließend werden die Ergebnisse aus der Stichprobe der spanischen Migranten zu den Bereichen Karriere und Autonomie vorgestellt (Kap. 5.1 und zugehörige Unterkapitel). Nachfolgend schließt sich die Globalauswertung der drei Stichproben an (prospektive Meta-Ethnographie; Kap. 5.2 und zugehörige Unterkapitel).

Tabelle 6: Soziodemographische Daten der drei Stichproben

	Deutsche Hausarztpatienten	**Spanische Migranten in Deutschland**	**Spanische Patienten in Spanien**
n	16	10	19
Alter ∅	51	49	53
Range	22-86	30-63	35-84
% Frauen	81%	80%	73,7%
Sozialstatus hoch:	13%	10%	12%
mittel:	63%	10%	47%
niedrig:	25%	80%	41%

5.1 Spanische Migranten in Deutschland

Es konnten zehn spanische Migranten zu einer Teilnahme an der Studie gewonnen werden; vier Gesprächspartner über ihre Hausärzte und sechs über die *CARITAS*-Beratungsstelle. Die Interviews (offene Fragen) fanden entweder in der Beratungsstelle (n=3) oder in den Privatwohnungen der Befragten statt (n=7). An der Studie nahmen acht Frauen und zwei Männer teil (Alter: <40 J.: 3; 40-60 J.: 5; >60 J.: 2); sieben Teilnehmer lebten in einer festen Partnerschaft, drei waren alleinstehend. Sieben Befragte kamen zwischen 1960 und 1973 (Anwerbestopp) in die Bundesrepublik, zwei wurden hier geboren und eine Teilnehmerin lebte zum Zeitpunkt der Befragung erst seit vier Jahren in Deutschland. Keiner der Befragten war zum Befragungszeitpunkt arbeitslos, zwei waren bereits in Rente, sieben arbeiteten als ungelernte Kräfte (z.B. Fabrikarbeiter) und eine Befragte war Lehrerin. Die Medikation der Befragten war sehr heterogen: so bekamen zwei Teilnehmer einen Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI), drei ein trizyklisches Antidepressivum (TCA) und vier Teilnehmer mehr als ein stimmungsveränderndes Medikament (SSRI + IMAP, TCA + IMAP, TCA + Neuroleptikum oder TCA + Benzodiazepam) verordnet.

Um in der weiteren Analyse diese doch unterschiedlichen Stichproben detaillierter beschreiben und im Prozess der Dateninterpretation sinnvoll einordnen zu können, wurden die Interviews mit den spanischen Migranten zuerst mittels der inhaltlich-reduktiven Methode vollständig hinsichtlich der folgenden Konzepte untersucht:

Tabelle 7: Konzepte zur näheren Stichprobenbeschreibung

Krankheits- /Patientengeschichte	Umgang mit Symptomen	Signifikante Personen
Disposition zum medizinischen System	Einstellung zum Körper	Sprache/Ausdruck
Widerstandspotential	Einstellung zur Therapie/Medikation	Migrationsgeschichte
Soziale Disposition	Sozio-Demographie	

Die in Tabelle 7 aufgelisteten Konzepte wurden später für die Einzelfalldarstellungen bei der Analyse der Ankerfälle (Kap. 5.1.2) verwendet. Bei den beiden anderen Untersuchungsgruppen wurden nur die Eingangserzählungen bzw. Kernstellen auf die oben genannten Konzepte hin beleuchtet. Diese Form der Charakterisierung ermöglicht nun eine erste sowohl fall- als auch stichprobenübergreifende Sensibilisierung für Gemeinsamkeiten und Unterschiede.

In der Untersuchungsgruppe war eine bestimmte Karriere im Verlauf der Einnahme erkennbar. Daraus entwickelte sich der thematische Bereich Karriere bei der Einnahme stimmungsverändernder Medikamente.

5.1.1 Karriere des Einnahmeverlaufs

Es wurde versucht, die Erfahrungen und Stationen einzelner Nutzer stimmungsverändernder Medikamente im Sinne eines Karrieremodells zu ordnen und zu strukturieren. Diese Ordnung soll den idealisierten Fall des Einnahmeverlaufs stimmungsverändernder Medikamente abbilden und ist deshalb als idealtypisch zu verstehen. Im Folgenden wird gezeigt, wie die Entwicklung eines Bewusstseins darüber, depressiv zu sein und sich für die Einnahme stimmungsverändernder Medikamente bzw. dagegen zu entscheiden, einem Muster folgen kann. So ist es möglich, die Erfahrungen mit der Einnahme stimmungsverändernder Medikamente in Karrieresequenzen aufzuzeigen.

Daran, wie detailliert Ereignisse in den Interviews beschrieben wurden, ist gegebenenfalls erkennbar, wie relevant ein Ereignis für den einzelnen Befragten war. Wird über bestimmte Geschehnisse jedoch gar nicht gesprochen – bewusst oder unbe-

wusst – steht es für eine Analyse nicht zur Verfügung. Dazu gehören selbstverständlich auch zwar relevante und sehr private Geschehnisse, die verschwiegen wurden. So ein Ereignis gehört damit zur Privatsphäre des Befragten. Der Grad der Detaillierung in der Beschreibung entspricht folglich der Relevanz des jeweiligen Ereignisses für den einzelnen Befragten. Die Karriere bei der Einnahme stimmungsverändernder Medikamente soll im Folgenden mit sechs Stufen näher beschrieben werden:

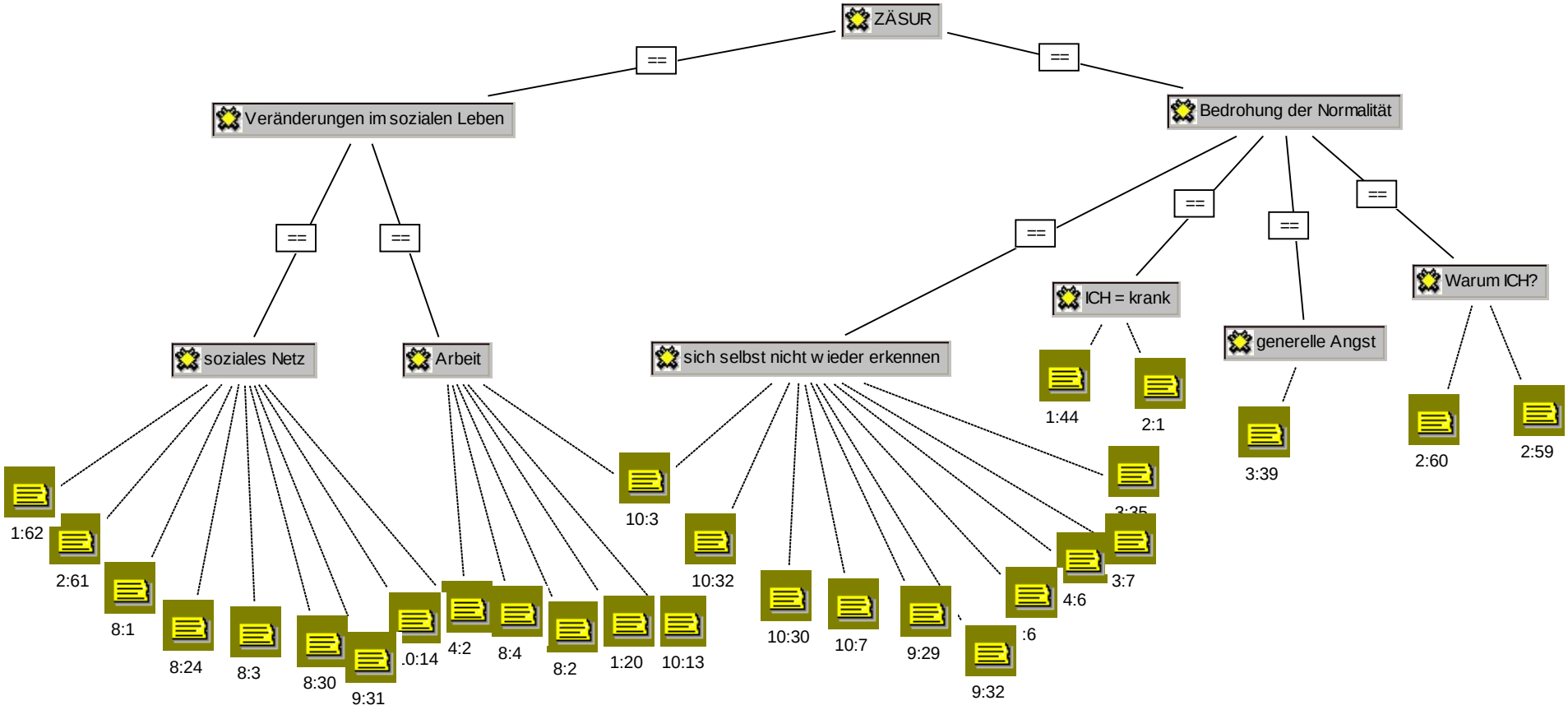
Tabelle 8: Ein Stufenmodell für den Bereich „*Karriere*“

Stufen	**Kurzcharakteristik**
1. Zäsur	Herausforderungen an das alltägliche Leben, verbunden mit Symptomen bzw. ihren Limitierungen.
2. Reaktion auf Unterbrechung und Hilfesuchen	Ein Prozess, der den Weg von der Zäsur bis zum Behandlungsbeginn beschreibt, mit dem u.a. die Inanspruchnahme externer Hilfsangebote gemeint sein kann.
3. Behandlungsbeginn	Konflikte, Widersprüche und emotionale Reaktionen, die mit Ratschlägen, Etikettierungen oder dem Beginn der Einnahme von Medikamenten verbunden sind.
4. Erste Medikamentenerfahrungen	Die Bandbreite von Medikamentenwirkungen– positive und negative - die von den Befragten erfahren werden.
5. Bewertung	Ein kontinuierlicher Prozess, in dem Nutzen und Risiken, Hoffnungen und Ängste, positive und negative Selbstbilder in Einklang gebracht werden und Entscheidungen über das weitere Behandlungsgeschehen getroffen, Medikamente abgesetzt oder weiter eingenommen werden.

Die aus den Interviews stammenden Zitate werden in den folgenden Kapiteln wie folgt dargestellt:

Am Anfang jedes Kapitels bietet die Netzwerkansicht einen Überblick über verwendete Kategorien und Unterkategorien sowie ihre Beziehungen zueinander. Zu Beginn erscheint die deutsche Übersetzung (Arial, Standard, 10 pt) und daran anschließend das spanische Original (Arial, Kursiv, 8 pt). Kursivierungen in der deutschen Übersetzung zeigen den Interviewer an, die Standardformatierung zeigt ihn im spanischen Original.

1. Zäsur


ZÄSUR
==
==
Veränderungen im sozialen Leben
Bedrohung der Normalität
==
==
==
==
==
soziales Netz
Arbeit
sich selbst nicht w ieder erkennen
ICH = krank
generelle Angst
Warum ICH?
1:44
2:1
3:39
2:60
2:59
1:62
2:61
8:1
8:24
8:3
8:30
9:31
.0:14
4:2
8:4
8:2
1:20
10:13
10:3
10:32
10:30
10:7
9:29
9:32
:6
4:6
3:7
3:35

Die Eingangsfrage zum Gespräch lautete: „*Könnten Sie bitte beschreiben, wie alles begann. Fangen Sie bitte mit dem Moment an, als Sie zum ersten Mal bemerkten, dass sich ihre Stimmung verändert hat*“. Die Befragten beschrieben zunächst einen Zeitraum, während dessen sie ihre Gefühle nicht genauer benennen und einordnen konnten. Sie berichteten von Veränderungen in ihrem sozialen Leben, die sich besonders deutlich in den Bereichen Arbeit und im Zusammenleben mit Freunden und Familie bemerkbar machten. Sie hätten den Alltag ihres bisherigen Lebens durch ihren Zustand, den sie sich anfangs nicht hätten erklären können, als bedroht empfunden.

Noch nicht benennbare Veränderungen

Vorher ging es mir besser, obwohl ich auch ein Problem hatte, ich habe viel getrunken. Doch ich war irgendwie depressiv. Ich trank viel und ich fühlte mich nie wohl. *Und Sie haben sich schon immer etwas depressiv gefühlt, oder […]?* Ich hatte schon immer irgend so was, viele Leute haben mir das gesagt. Viele sagen, dass ich traurig sei oder dass es mir gefalle, alleine zu sein. Aber [...]. P 8:13 (345:352)

B: Antes me encontraba mejor, pero también tenia un problema, que bebia mucho, pero algo tenia yo depresivo, bebia yo mucho y nunca estaba a gusto. Y eso fue siempre que Usted tenia algo depresivo o [...]? *Algo tenia yo siempre, mucha gente me lo ha dicho, mucha gente dice estas triste o te gusta estar siempre solo. Pero [...].*

Mitte letzten Jahres, im Jahr 2002, da fing es an, dass ich fühlte, dass alles sehr schwierig für mich war, das, was vorher ganz leicht war, war auf einmal ganz schwierig..., alles war so anstrengend... alles war so mühsam... und jedes Mal... wurde es schlimmer. P10:1 (7:10)

A mediados del año pasado, del ano 2002, pues empece a sentirme que todo era muy dificil para mi, lo que antes era muy facil, era todo muy dificil..., todo me costaba mucho trabajo... todo era muy pesado... y cada vez... fue peor.

Vor einem Jahr hat es begonnen, als ich fühlte, dass er [ihr Freund, Anm. d. Übers.] geht, nicht wahr, und dann begannen die Grübeleien. P 9:11 (125:127)

Un año antes ya empezaba yo a sentirme que él se iba a ir, no, ya le daba yo vueltas a eso.

Es gibt Bereiche, in denen diese Einschränkungen (auf sozialem, aber auch auf kognitivem Gebiet) ganz offensichtlich für die Befragten zu Tage treten, etwa wenn es darum geht, alltäglichen Verpflichtungen wie der Arbeit, dem Zusammensein mit Freunden oder den Anforderungen des Familienlebens nachzukommen.

Probleme bei der Arbeit / Probleme mit Freunden

Es ging mir schlecht, ich kam von der Arbeit und mir war übel. Ich weinte nur noch. Später sagte man mir dann, das seien Depressionen. P 1:20 (182:183)

B: Yo me encontraba mal, salí de trabajar y me mareaba, nada más hacía que llorar, luego ya me dijeron que eran depresiones.

Mama, ich kann nicht schlafen, ich fühle mich so total neben mir und ich habe keine Lust zur Arbeit zu gehen, ich habe keine Lust wegzugehen, ich bin so für nichts zu haben. Total desinteressiert an allem. Ich wollte nichts von meinen Freundinnen hören. Ich wollte nur allein sein. P 4:2 (25:29)

Ich habe noch Freunde von früher. Jetzt sehen sie mich nur an. Ich habe gemerkt, dass sie mit mir nicht mehr viel sprechen wollen… Verstehen Sie, jeder macht seinen eigenen Kram, sie lassen mich immer stehen, sagen „hallo“, und das war's. Früher hatte ich etwas an mir, nicht wahr, dass ich merkte, meine Freunde wollen mit mir nicht viel zu tun haben. Früher lernte mich jemand kennen und schon... aber jetzt ist's schlimmer, ich gehe aus und bin sofort nervös. P 8:1 (192:205)

Tengo amigos de antes. Ahora ya me ven, no. Yo me he dado cuenta que conmigo ya no quieren mucha conversación ... entiende, cada uno por su lado, siempre me dejan solo, hola, y nada mas. Antes tenia yo algo no, que yo notaba que los amigos conmigo no mucho no, antes, el que me conocia y ya ... pero ahora peor salgo y ya estoy nervioso.

Andere Befragte wiesen in diesem Zusammenhang auf psychische Dispositionen (psycho-somatische Erkrankungen) hin und dem ständigen Gefühl der Erschöpfung. Dazu beschrieben sie die Angst vor einem etwaigen bzw. nach dem realen Verlust des Arbeitsplatzes. Diese Angst vermag das Verhalten am Arbeitsplatz und gegenüber anderen Personen zu steuern.

Erschöpfung

Es ist mir egal, dass…, wissen Sie, ich habe nicht, nicht wahr, es ist nicht, dass ich nicht will. Ich will nicht nachdenken, nicht wahr, und genau deshalb geht's mir schlecht. Denn normalerweise sage ich, ich werde dies machen, ich werde dies in der Zukunft machen, dieses, dieses und mal sehen, ob es mir gelingt, wenn nicht auf diese Art und Weise…, <u>ich sage immer etwas Positives. Nie, nie sage ich etwas Negatives, nie, selbst wenn die Dinge schlecht laufen, suche ich immer einen Ausweg, nicht wahr? Aber jetzt nicht, ich habe zu nichts Lust, ich mag noch nicht einmal denken, so als gäbe es eine Grenze, die mich nicht weiter lässt</u>, alles ist mir irgendwie egal, nicht wahr, nicht wahr? P 3:35 (404:412)

Me da igual que ..., mire no tengo no, no es que no quiero, no quiero pensar, no, y por eso si que estoy mal, porque normalmente digo voy a hacer esto, voy a hacer esto en un futuro esto, esto, a ver si me sale bien, sino de esta manera..., siempre digo algo positivo, nunca nunca digo nada negativo, nunca, incluso cuando estaban mal las cosas, siempre busco una salida no, ahora no, no tengo ganas de nada, no quiero ni pensar, es como si tuviera un límite y dijera hasta aquí, me da igual, no, no.

Angst vor einem Arbeitsplatzverlust

Es begann 1999…, da fühlte ich mich schon ganz nervös, nicht wahr? Und den Anderen, dem Meister, dem Ingenieur, allen habe ich gesagt: Mach doch! Ganz nervös und der Lärm störte mich enorm, er schien mir doppelt so laut. Ich wusste nicht, dass der Lärm…, ich habe immer unter großem Lärm gearbeitet, ich war immer sehr nervös. Nervös und jetzt gab es hier schon 93 Dezibel, 93 Dezibel und schlecht, schlecht. Und dann, als sie mir kündigen wollten, vor einem Jahr, nicht wahr, habe ich sehr gelitten, weil ich nicht zum Arzt gehen wollte. Ich wollte nicht zum Arzt gehen, damit ich keine Krankschreibung bekomme, aber es ging mir immer sehr schlecht. Ich bin immer sehr nervös zur Arbeit gegangen, ganz schlecht. Aber am Ende schmissen sie mich raus; es fing '99 an, daran kann ich mich erinnern. P 8:4 (23:32)

Empezo en el año 1999..., ya yo me sentia muy nervioso no, y a la gente, al maestro, al ingeniero a todos les decia hazlo. Muy nervioso y el ruido lo sentia muy malo, doble. Yo no sabia que el ruido ... pues siempre he trabajado con mucho ruido, estaba muy nervioso siempre. Nervioso y ahora pues ya estaba por aquí 93 divelio, 93 divelio y mal mal, y ahora cuando me iban a dar el Kündigung un año no, yo he sufrido mucho porque yo no queria ir al medico. No queria ir al medico para no darme de baja pero estaba siempre muy mal, muy nervioso iba al trabajo muy mal. Pero al final me echaron; en el 99 empezo, yo me acuerdo.

Die meisten Lebensbereiche erscheinen den Befragten nach der Erkenntnis der sozialen und kognitiven Einschränkungen anders als vor der Erkrankung. Einige von ihnen haben ihre Erkrankung verinnerlicht und nehmen sich selbst in erster Linie als krank wahr und empfinden ihren Zustand fast als normal, andere begreifen die Veränderungen und das Gefühl, diesem Zustand ausgeliefert zu sein, als beunruhigend. Es fällt ihnen schwer, sich selbst wiederzuerkennen, sie möchten aber auch nicht von anderen als krank eingestuft werden.

Bedrohung der Normalität / ICH bin krank

Also, schon seit langem bin ich so krank. P 1:44 (112:112)

Pues hace ya mucho, que estoy así, enferma.

Wie würden Sie denn im Allgemeinen Ihren gesundheitlichen Zustand beschreiben oder benennen? Schlecht. Nicht nur diesen Monat. Schauen Sie, mir geht es immer so. P 2:1 (10:17)

Y en general como describe o nombre Usted su situación de salud? *Mal. No solamente es este mes. Mire es siempre*.

Sich nicht wiedererkennen

Aber vor allem das, dass ich zu nichts Lust hatte, und alles…, für alle Dinge, die ich normalerweise in kurzer Zeit erledige, benötigte ich nun viel Zeit. Es war alles…, nichts passte mir, alles, was so erledigt werden musste, war, ach, jetzt muss ich dies und das machen, Sachen, die ich immer gemacht habe, nicht wahr...? Und die Arbeit, ich war mit meiner Arbeit immer zufrieden und... und ich konnte nicht, ich konnte nicht, und so war's. P 10:32 (32:38)

Mas que nada eso, que no tenia ganas de hacer nada, y todo..., para hacer cosas que yo normalmente hago rapido tardaba mucho tiempo, era todo..., nada me gustaba, era todo lo que tenia que hacer era ay, ahora tengo que hacer esto, esto, cosas que siempre he hecho no...? Y el trabajo yo siempre estaba contenta con mi trabajo y.. y no podia, no podia y eso fue.

Angst vor Stigmatisierung

Ich muss dazu sagen, ich wollte auch nicht zu dem einem Arzt gehen, weil ich in dieser Zeit ja komische Sachen gedacht habe und wirklich komische Ängste hatte. Ich hatte Angst davor, dass man sagt, ich bin nicht normal. Ja, dass man mich abstempelt als dass ich nicht normal bin. Und da war die Angst auch da zum Arzt zu gehen. Damals. Da war ich ja auch 18 Jahre alt. P 4:6 (96:101)

Eine andere Befragte versteht nicht, was mit ihr ist bzw. warum gerade sie sich so krank fühlt, und verfällt bisweilen in einen Zustand der Schicksalsergebenheit.

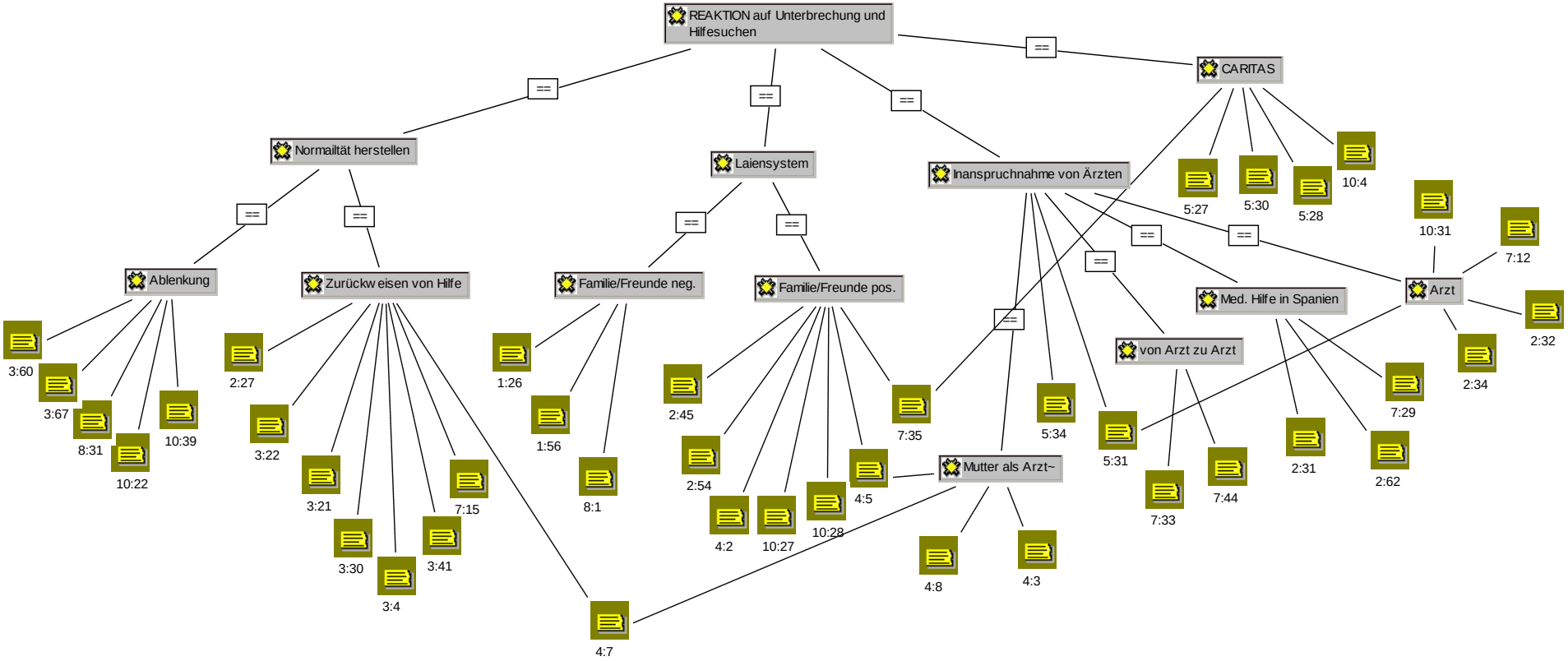
Warum ICH?

Ich flehe Gott an und frage ihn, warum? Ich weiß nicht warum, ich frage daher Gott, warum? Es gibt Leute, wohl in meinem Alter, und die haben keine Angst und denen geht es nicht so schlecht. Und ich kriege wirklich große Angst. Ich habe Angst vor dem Tod, verstehen Sie, und wenn mich das überkommt, glaube ich, dass ich sterbe, ich bekomme viel Angst und es geht mir schlechter, ich werde nervös, es geht mir schlechter und ich kann nicht mehr alleine im Haus bleiben und gehe auf die Straße, wenn es mir so schlecht geht. Und dann gibt es Leute, die, wenn sie krank werden, sich hinlegen und ruhig sind und die keine Angst bekommen. P 2:59 (429:431)

Yo es lo que le suplico a Dios que porque, yo no sé porque, le pregunto a Dios que porque. Hay personas a lo mejor la edad como a mí y no tienen miedo y no se ponen tan mala; y yo cojo mucho miedo y me creo. Yo tengo miedo a la muerte me comprende y cuándo me entra esto yo creo que me muero, cojo mucho miedo y me pongo peor, me pongo nerviosa, me pongo peor, no puedo estar en casa sola cuando me veo así tan mala me voy para la calle, y hay personas que se ponen enfermas, se acuestan y están quietecitas y no les da miedo.

Es kommt zu einem kritischen Augenblick, wenn der Erkrankte bemerkt, dass, obwohl Zeit vergangen ist und sich seine Lebensumstände geändert haben, das Stimmungsproblem immer noch besteht. Zuschreibungsprozesse an die jeweiligen belastenden Lebensumstände finden sich unter „*Reflexionen*“. An dieser Stelle wird eine erste Re-Definition dessen vorgenommen, was nicht stimmt. Der Betroffene reagiert auf sein Problem.

2. Reaktion auf Unterbrechung und Hilfesuchen



Nachdem die Betroffenen festgestellt haben, dass ihr Zustand unverändert ist, suchen sie nach einer Definition ihres Zustandes („*Bin ich krank*?“) und nach Maßnahmen, diesen zu verändern. Für die Befragten besteht nicht nur die Schwierigkeit, ihren Zustand zu verstehen und zu benennen, sondern auch darin, ihn mit anderen zu erörtern oder einen Schritt weiter zu gehen, Hilfe in Anspruch zu nehmen und die Erkrankung öffentlich zu machen.

Von hoher Bedeutung für die meisten Befragten waren die *Unterstützung durch Familienmitglieder und/oder Freunde*.

Positive Reaktionen von Familie/Freunden

Und wie geht Ihre Familie mit dieser Situation um? Gut. Gut... meine Mutter kann gut damit umgehen, denn sie sagt, dass ich an Weihnachten sehr schlecht aussah und dass sie nun sehr froh darüber ist, dass… dass ich etwas unternommen habe, dass man mir geholfen hat. Sie sagt nur, wegen der Tabletten, sie sagt, sei vorsichtig, dass Du jetzt keine Medikamente nimmst, oder solche Sachen… aber es ist die Angst. Sie sagt immer, das mit der Psychologin sei sehr gut, aber das mit den Tabletten gefalle ihr nicht besonders, nicht wahr? Wenn es denn geht, nimm sie lieber nicht mehr, sei vorsichtig, mache, was der Arzt dir sagt, aber die Tabletten…. […] Aber ansonsten, mein Vater spricht nie darüber, ich denke er weiß es schon, aber nie… P 10:28 (319:330)

Y cómo toma tu familia esta situación? *Bien. Bien ... mi madre muy bien, porque ya dice que ella me vio en navidades muy mal y que ella se alegra de que... de que yo haya hecho algo, de que me hayan ayudado. Lo único que dice, de las pastillas, dice ten cuidado que ahora no estés tomando droga, cosas de esas... pero es el miedo, ella siempre dice que lo de la psicóloga, muy bien, pero que lo de las pastillas, no le hacen mucha gracia, no? Cuando puedas pues, dejas de tomarlas, con cuidado tu haces, siempre lo que te diga el médico, pero las pastillas.... [...] Pero por lo demás, mi padre nunca habla de eso, yo creo que sí, lo sabe, pero nunca ....*

Die Wichtigkeit der Unterstützung durch Familie und/oder Freunde wurde bei einigen Befragten besonders durch die geäußerte Enttäuschung über fehlenden Beistand oder auch durch ein als zurücksetzend empfundenes Verhalten von Freunden deutlich.

Negative Reaktionen von Familienmitgliedern/Freunden

Ach, die kümmern sich um ihren eigenen Kram. Ansonsten interessiert sie nichts. Mein Bruder sagt ,,trink keinen Alkohol mehr“, und dann ich trinke nicht, aber fühle mich unverändert. Früher trank ich am Wochenende mit den Freunden und ich fühlte mich wohl, nicht wahr, aber heutzutage nicht mehr, ich gehe in kein spanisches Lokal mehr, spreche mit niemandem. Die Wochenenden sind schlimm. *Was passiert an den Wochenenden?* Sie sind ganz fürchterlich, immer alleine, früher bin ich in der Regel irgendwohin gegangen, jetzt nicht mehr. P 8:24 (328:337)

Ah, ellos estan en lo suyo. No les interesa nada mas. Mi hermano dice no bebas ya alcohol y no bebo y estoy igual. Antes bebia con los amigos el fin de semana y me encontraba a gusto no, pero ahora ya nada, no voy a ningun local Español, no hablo con la gente. Los fines de semana son malos. Que pasa en los fines de semana? *Son muy malos, siempre solo, normalmente antes iba a algun lugar, ahora nada.*

Und wie sieht die Familie diese Krankheit? Die Depression? Sie findet sie schlimm. Weil ich auch nur noch selten in den Urlaub fahren möchte. Meine Schwester…, wir haben eine Wohnung, und sie möchte, dass wir in die Ferien fahren. Aber ich mag nicht, weil ich im letzten Jahr, als ich im Urlaub war, das Haus nicht verlassen habe. Alles fiel mir herunter, ich konnte mich kaum auf den Beinen halten. *Ahmm.* Also, meine Schwester findet die Krankheit schlimm. P 1:26 (233:242)

¿Y cómo ve la familia esta enfermedad? *¿La depresión? Lo ve mal. Porque no quiero ir ya poco de vacaciones. Mi hermana..., tenemos un piso y quiere que vayamos de vacaciones, yo no quiero, porque el año pasado fui de vacaciones y no salí de casa. Toda me caía, no me tenía en pie.* Ahmm. *Mi hermana pues lo ve mal.*

In manchen Fällen waren aber auch Hilfsangebote von Freunden und/oder der Familie unerwünscht bzw. die eigene psycho-soziale Situation wurde versteckt bzw. bedeckt gehalten.

Zurückweisen von Hilfe

Klar, diese Freundin hat mir drei Telefonnummern gegeben, bei denen ich anrufen kann, aber ich will nicht hingehen, weil ich nicht kann... weder auf Deutsch noch auf Spanisch, und sie sagt, dass doch, aber plötzlich brauche ich dringend Hilfe, aber ich kann nicht alles herausbringen. P 3:4 (34:38)

Claro esta amiga me ha dado tres teléfonos para llamar, pero no quiero ir porque no puedo... en Alemán que en español no y ella dice que si, pero de repente yo necesito ayuda urgente pero no puedo sacar todo.

Andere Strategien, um die frühere Normalität wiederherzustellen, sind z.B. *Selbstdisziplin* - eine Form bewusster Selbstregulierung - oder auch Ablenkung durch die Beschäftigung mit anderen Dingen.[10]

Selbstdisziplin

Aber es hat keiner gemerkt. Auf der Arbeit nicht und ich bin ja weiter arbeiten gegangen und alles. Keiner hat was gemerkt. Ich habe nicht so diesen typischen Blick gehabt. Ich habe mich zusammengerissen. Ich wollte ja auch nicht, dass es keiner merkt. Nur zuhause habe ich mich gehen lassen und dann auch nur in der Gegenwart meiner Mutter. [...] wollte ich auch nicht, dass der [Vater] das merkt. Dieses Diszipliniertsein dann, das hat mir eigentlich geholfen. P 4:7 (258:272)

Ablenkung

Diese Tabletten helfen mir ein wenig dabei zu schlafen, sie machen mich ruhiger. Denn während des Tages fahre ich viel Fahrrad, den ganzen Tag, den ganzen Tag, und später in der Nacht… *Glauben Sie, dass das Radfahren gut für Sie ist?* Ja, Radfahren ja, weil, ich weiß nicht, ich mache Gymnastik, wenn mir etwas übel ist, muss ich mich manchmal festhalten. Ich fahre Rad. P 8:31 (213:220)

Las pastillas estas me valen un poquito para dormir, me ponen mas tranquilo. Porque yo por el día ando mucho en bicicleta, todo el día, todo el día, y despues por la noche .... Y piensa Usted que andar en bicicleta esta bien para Usted? *Si, bicicleta si, porque no se, hago gimnacia, cuando estoy un poco mareado, aveces me tengo que agarrar. Hago bicicleta.*

[10] Vgl.in den Ankerfallbeschreibungen S. 103/104 (P 3:22), S. 122 (P10:22), S.134, auf S. 135 (Tab. 14), S. 174.

Gerade jetzt, gerade jetzt befinde ich mich in einer Situation, in der ich kein Morgen sehe, das heißt es ist mir egal. Ich lebe heute und ein einfaches Jetzt. Wenn ich anfange zu grübeln, dann fange ich an zu malen oder mache Dinge, um nicht, nein, nein. Denn ich strenge mich an, ich sage dann nein, ich muss etwas unternehmen, nicht wahr, ich muss etwas unternehmen, weil das Medikament allein dir nicht helfen wird. P 3:67 (44:49)

Ahora mismo, ahora mismo estoy en una situación que no veo mañana, o sea me da igual, vivo hoy y un simple ahora, si he de pensar pues me pongo a pintar o hago cosas para no, no no. Porque yo me esfuerzo, digo pues, no, tengo que hacer algo no, tengo que hacer algo porque solamente el medicamento no te va a ayudar

Einige der Befragten beschreiben eine Karriere für einen Patienten mit Migrationshintergrund, die „*typisch*“ erscheinen mag (von Diagnostik zu Diagnostik, von einem Spezialisten zum anderen[11]). Einigen fehlt Klarheit über ihren Gesundheitszustand, andere scheinen solange abzuwarten, bis sie ihren Zustand nicht länger ertragen können, und suchen erst dann ärztliche oder psychologische Unterstützung. In einem Fall wurde speziell Hilfe in Spanien gesucht, was zeigt, dass auch die Alternative genutzt werden kann, in Spanien während eines Urlaubs – zufällig oder geplant (oft auch abhängig von der empfundenen Stärke der Erkrankung) – ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Von Arzt zu Arzt

Als sie mich entlassen haben, bin ich zum Hausarzt gegangen, weil ich Schmerzen hatte, man gab mir einige Tabletten, ich habe sie genommen, aber es änderte sich nichts. Und dann bin ich in ein anderes Krankenhaus gegangen, dort haben sie mir andere Tabletten gegeben, aber es ging mir wie zuvor, ich hatte Schmerzen. Danach ging ich dort weg, ging zum Hausarzt, und der schickte mich zum Orthopäden wegen des Rückens. Ich ging zum Orthopäden, und sie sagten mir, Ihre Wirbelsäule ist ein wenig strapaziert, verschlissen, aber das ist keine große Sache, und dann hat mir der Orthopäde ein Papier gegeben und ich bin zum Nervenarzt Dr. K. gegangen, der im Zentrum ist, da oben wenn man die Treppe hochgeht, wo rechts die Oper ist. Da bin ich dann hin und ich habe erst einen Termin hier bekommen und da noch einen. Als er mich sah, sagte er, setzen Sie sich. Es ist nicht nötig, dass Sie mir sagen, was Ihnen fehlt. P 7:33 (37:48)

Cuando me dieron el alta fui al médico de cabecera y me dolía, me dieron unas pastillas, yo me tomaba las pastillas pero era igual. Y después me marche a otro hospital, ahí me dieron otras pastillas pero yo seguía lo mismo, me dolía; después salí de ahí, fui al medico de cabecera y me mando ir al Ortopédico de la Columna. Fui al Ortopédico y me han dicho tiene usted la columna un poco gastada, desgastada, pero no es mucha cosa, y después me dio el papel el Ortopédico y me fui al médico de los nervios Dr. K. a que esta en el centro, arriba subiendo la escalera en donde esta la Opera a la derecha, fui allí me puso una audición aquí y otra por aquí, cuando me vio me dijo, sientese usted. No hace falta que me diga Usted lo que tiene.

[11] Dieser Aspekt der Verlaufskurve fällt unter den Begriff des *Diagnosemarathons* bzw. des *Doctor-shoppings*, s. S. 134 u. S. 159.

Suchen medizinischer Hilfe in Spanien

Mal sehen, ob es mir besser geht, ich gehe nach Spanien, um einen Arzt zu sehen... oder ich gehe kommenden Monat. [unverständlich] Nein, ich habe mich hier untersuchen lassen, ich war noch nie in Spanien, damit sie mich dort untersuchen, aber jetzt werde ich doch gehen. Ich habe einen Sohn, der Arzt ist und viele Freunde kennt, er kennt einen Freund, der eine Klinik hat, und ich werde mit meinem Sohn sprechen, dass er hingeht und schaut, damit ich Bescheid weiß. P 2:31

Voy a ver si me pongo mejor me voy a España a mirar a un Médico, o el mes que viene me voy. (unverständlich) No, me miraba aquí, nunca iba a España a mirarme, pero ahora si voy a ir. Yo tengo un Hijo que es Médico Científico y conoce muchos amigos, él conoce un amigo que tiene una clínica y voy a hablar con mi hijo que vaya y mire así me entiendo.

Arzt

Und dann bin ich zur Ärztin gegangen, und die Ärztin sagte, dass es, dass es das Beste wäre, irgendein Antidepressivum zu nehmen, damit es mir helfe, damit es mir helfe, nicht wahr? Dass es meine Stimmung heben solle, und sie hat mir dieses Medikament verschrieben und... seitdem ich damit angefangen habe, geht es mir besser. Aber ich bin hier auch bei Carina, daher glaube ich, dass es alles zusammen ist, was, was mir hilft, nicht wahr? [...] P 10:31 (20:31)

Y entonces fui a la doctora y la doctora dijo que era, lo mejor era tomar algun medicamento antidepresivo que me ayudara, que me ayudara, no? Que me subiera el ánimo y me recetó este medicamento y... desde que empecé estoy mejor, lo único que tambien estoy aqui con Carina, entonces yo creo que es todo junto lo que, lo que me ayuda no? (...)

Eine Frau berichtete ausdrücklich, sich an die eigene Mutter gewandt zu haben, anstatt nach medizinischer Hilfe zu suchen.

Mutter als Arzt

Und meine Mutter kannte das ja schon. Und da sagt sie: Du musst da durch. Du musst da durch. Ich bin nicht zum Arzt gegangen. Die Mutter war mein Arzt. Und wenn ich_ jedes Mal, wenn ich gesagt habe: Ich habe schon wieder nicht geschlafen, ich kann nicht arbeiten so. Da sagt sie: Und du kannst. Ja, und so hat sie mich eigentlich durch [...]. Wenn ich Ängste hatte, man hat da ja auch Ängste in der Depression, da konnte ich immer mit ihr darüber reden, und sie hat mich verstanden, weil sie ja selber diese Problematik hatte. Und das hat mich also_ ich wollte in dieser ganzen Zeit wollte ich auch nur mit ihr zusammen sein. P 4:3 (29:38)

Für viele ist die psychologische Beratungsstelle der *CARITAS* eine wichtige Anlaufstelle.

Psychologische Beratung

Und seit wann kennen Sie Frau G. bzw. diese Einrichtung [CARITAS]? Wir kennen uns seit vielen Jahren. Sie hat mir viel, viel geholfen. Und am Montag, habe ich ihr gesagt, schauen Sie, da habe ich frei. Und sie sagt, dann kommen Sie doch um halb elf. Es ist so, dass ich eine Liste der Tage habe, an denen ich kommen muss, und sie rechnet schon mit mir, und da sie mit mir rechnet, muss ich also hingehen. P 5:28 (484:492)

Y desde cuando conoce a la Sra. G. o a esta Institución? *Desde hace muchos años que nos conocemos, ella me ha ayudado mucho, mucho. Y el lunes le dije mire que tengo libre. Y ella dice pues vengase a las 10.30. Es que yo tengo una lista de los días que tengo que ir y ella ya cuenta conmigo y como ella cuenta conmigo pues tengo que ir.*

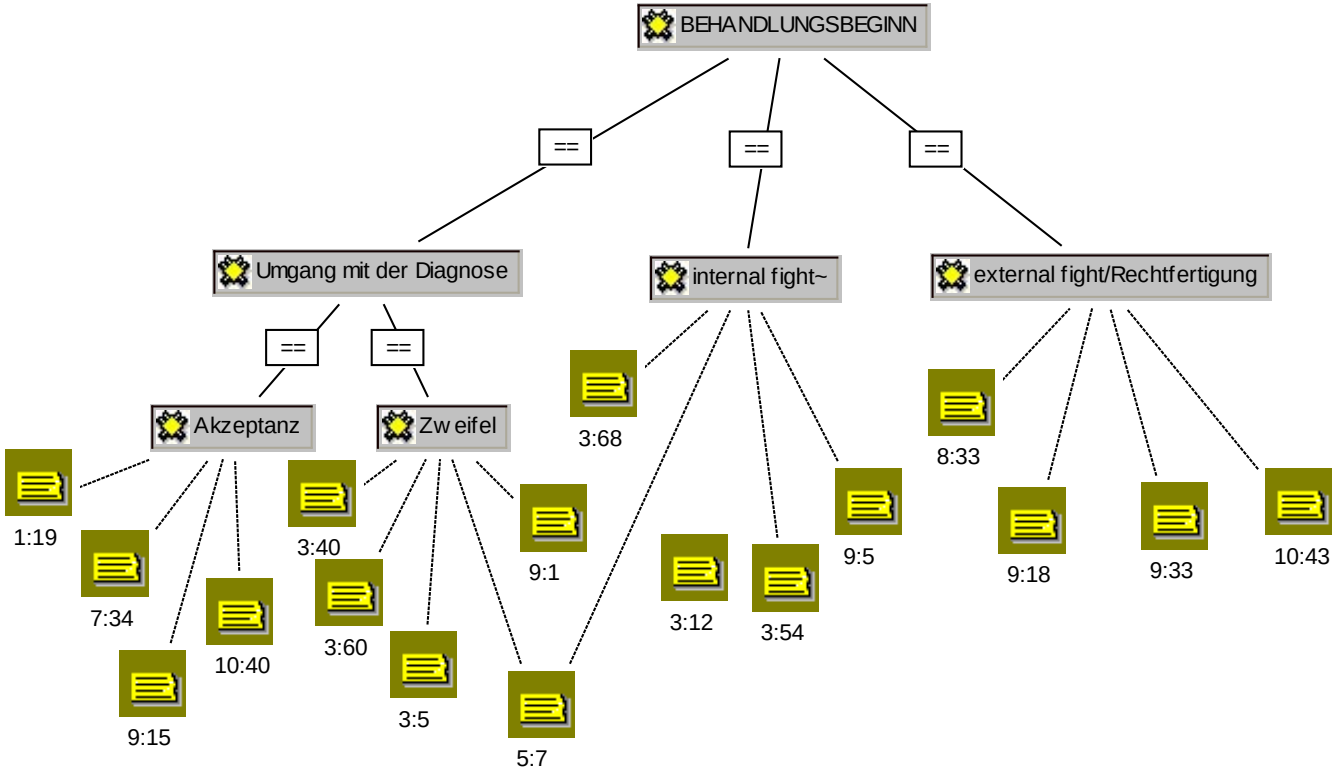
[…] und jetzt bin ich zu einer Dame gegangen, die hier oben wohnt, und habe erfahren, dass es bei der CARITAS eine Dame aus Südamerika gibt – bis dahin war ich noch nie bei der CARITAS gewesen, ich wusste nicht, wo das ist, sie hat mir die Adresse gegeben, und nun gehe ich schon seit zwei Tagen hin, Montag muss ich wieder hin und nichts weiter. P 7:35 (52:57)

[...] y ahora fui a donde una señora que vive aquí arriba y supe que hay una señora Sur Americana en CARITAS, yo hasta ahora a CARITAS yo había ido nunca, no sabia a donde era, me dio la dirección y ya llevo 2 días que voy, el lunes tengo que volver; y nada mas que eso.

Mit anderen über ihren psychischen Gesundheitszustand zu sprechen, war für viele der Befragten ein wichtiges Moment in den Interviews. Darüber hinaus impliziert die Suche nach Heilung bzw. Veränderung dieses Gefühlszustandes geradezu den Informationsaustausch mit anderen: z.B. der Familie, Freunden, Ärzten. Doch die Angst vor einer Stigmatisierung, aber auch die der Erkrankung anhaftende Unerklärbarkeit der innerpsychischen Erfahrung der Krankheit führen zu einer von den Befragten angesprochenen Sprachlosigkeit gegenüber ihrem sozialen Umfeld. Verschärfen sich diese Erfahrungen durch den Eindruck, dass den Patienten ihr Zustand immer schwieriger kontrollierbar zu sein scheint, markiert dies häufig den Zeitpunkt, zu dem medizinische Hilfe in Anspruch genommen und mit einer Therapie mit stimmungsverändernden Medikamenten begonnen wird.[12]

[12] Dieser Aspekt des Kontrollverlustes zusammen mit der Sprachlosigkeit markiert nicht unbedingt den Zeitpunkt der Inanspruchnahme, sondern u. U. eher den durch das persönliche Umfeld oder ärztliche Entscheidungen evozierten sozialen Druck und kann mit Sprach- oder auch Hilflosigkeit in Beziehung zu anderen Personen (medizinisches Personal) beschrieben werden (vgl. S. 159, Kap. 6.3.1).

3. Behandlungsbeginn



Die *Diagnose der Krankheit (labelling)* und der Beginn einer medikamentösen Therapie sind meist mit der Hoffnung auf baldige Genesung verbunden. So wurden die angebotenen Behandlungsoptionen fast immer angenommen oder zumindest mehr oder weniger akzeptiert. Doch es wurden auch Vorbehalte und Zweifel insbesondere gegenüber dem Einsatz stimmungsverändernder Medikamente geäußert. Beschrieben wurden jedoch nicht nur innere Konflikte, sondern auch Auseinandersetzungen mit der sozialen Umwelt. Dabei wurde jedoch nur in wenigen Fällen offen das Misstrauen gegenüber den behandelnden Ärzten ausgedrückt.

Akzeptanz

Sie gaben es mir in G., zwei Monate war ich dort eingewiesen, dort haben sie mir es gegeben. Vor sechs Jahren. Ich fühlte mich schlecht, ich kam von der Arbeit und mir war übel. Ich weinte nur noch. Später sagten sie mir dann, dass das Depressionen seien. *Und was sagt der Arzt…?* Er hat es mir nicht gesagt, ich nehme es [das Medikament, Anm. d. Übers.] immer noch. P 1:19 (172:173)

Me lo dieron en G. Estuve 2 meses ingresada ahí. Me lo dieron ahí. Hace 6 años. Yo me encontraba mal, salí de trabajar y me mareaba, nada más hacía que llorar, luego ya me dijeron que eran depresiones. ¿Y qué dice el médico ... *¿ No me lo ha dicho, yo sigo tomándolo [el medicamento].*

Zweifel

Die Medikamente richteten bei mir nichts aus, denn ich hatte immer noch dieselbe Sorge im Kopf. P 9:1 (4:5)

Las medicinas a mi no me hacian efecto, porque yo tenia siempre la misma preocupación en mi cabeza.

Gerade jetzt, gerade jetzt befinde ich mich in einer Situation. in der ich kein Morgen sehe, das heißt es ist mir egal. Ich lebe heute und ein einfaches Jetzt. Wenn ich anfange zu grübeln, dann fange ich an zu malen oder mache Dinge, um nicht, nein nein. Denn ich strenge mich an, ich sage dann nein, ich muss etwas unternehmen, nicht wahr, ich muss etwas unternehmen weil das Medikament allein dir nicht helfen wird. Aber nein, nein, ich sehe keine Zukunft, ich habe enorme Angst, jetzt habe ich Angst vor allem, vor allem, ich weiß nicht, was ich sagen soll… Ich spreche immer mit der Ärztin... P 3:60 (44:51)

Ahora mismo, ahora mismo estoy en una situación que no veo mañana, o sea me da igual, vivo hoy y un simple ahora, si he de pensar pues me pongo a pintar o hago cosas para no, no no. Porque yo me esfuerzo, digo pues, no, tengo que hacer algo, no, tengo que hacer algo porque solamente el medicamento no te va a ayudar, pero no, no, es que no miro el futuro, tengo muchisimo miedo, ahora le tengo miedo a todo, a todo, no sé que decir... yo estoy hablando con la doctora ...

Viele der Befragten bezweifelten, dass das Medikament allein die Probleme lösen würde (s. Bewertung). Frau Moreno (P 3:68) beispielsweise nahm ihre Medikamente regelmäßig ein, bemerkte aber keine Veränderungen an sich. Sie glaubte daher, dass man nach den Wurzeln eines Problems suchen, daran arbeiten und versuchen müsse, auf diese Weise das Problem zu lösen. Denn man wisse nie, wann und warum eine Depression komme bzw. der Geist sich verändere. Man müsse versuchen, in dieses Syndrom (Depression/Traurigkeit) einzudringen. Dennoch hoffte sie auf eine baldige Wirkung der Medikamente. Andere glaubten nicht, dass das Medikament ausreiche, um ihren Zustand wieder zu verändern/zu verbessern, und setzten auf alternative Heilmethoden wie z. B. *Qi Gong*, um den Heilungsprozess zu beschleunigen.

An sich arbeiten

Wenn du irgendetwas Starkes in dir drin hast, musst du daran arbeiten, um die Ursache zu suchen und das Problem zu lösen, denn das kann kommen, nie weiß man, warum eine Depression kommt, es kann auch sein, dass das Gehirn schon seit Jahren stehen geblieben ist, dann angefangen hat, zu arbeiten, und dann kommst du in dieses depressive und traurige Syndrom, ich weiß nicht. P 3:68 (119:124)

... cuando tienes algo fuerte adentro, hay que trabajarlo para buscar la raíz y solucionar el problema porque este puede venir, no se sabe nunca porque viene una depresión, incluso puede ser de años atrás que la mente se quedo, se ha puesto a trabajar y entras en este síndrome depresivo y de tristeza yo no sé.

Und er [der Arzt, Anm. d. Übers.] hat mir gesagt, dass er nicht glaubt, dass ich ohne das Medikament leben könnte, aber was ich tun könnte, wäre, anstatt so viele Medikamente zu nehmen, können Sie mit Hilfe... ich mache täglich Qi Gong, 29 Bewegungen, und ich stehe früh auf, um sie zu machen, und jetzt haben sie mir noch ein anderes gegeben, das sind 6 oder 9 Bewegungen. P 5:7 (111:116)

Y me ha dicho que él no cree que pueda vivir sin el medicamento que lo que puedo hacer que en vez de tomar tanto medicamento puede con la ayuda ... yo hago Qi Gong todos los días 29 movimientos y me levanto temprano para hacerlos y ahora me han dado otro que son 6 o 9 movimientos.

Einige Befragte mussten die Einnahme von stimmungsverändernden Medikamenten gegenüber ihrer Familie rechtfertigen.

Rechtfertigung

Als meine Familie [aus Spanien, Anm. d. Übers.] hierherkam, sahen sie meine Tabletten, sie haben mich zurechtgewiesen, sie fragten, weshalb ich diese Tabletten nehme, sie wollen nicht, dass ich Tabletten nehme, um einzuschlafen. Nein, wenn ich sie nicht nehme…, jetzt nehme ich nur diese… ich habe Angst, dass das Doxipin© meinem Herzen schaden wird. P 9:18 (243:269)

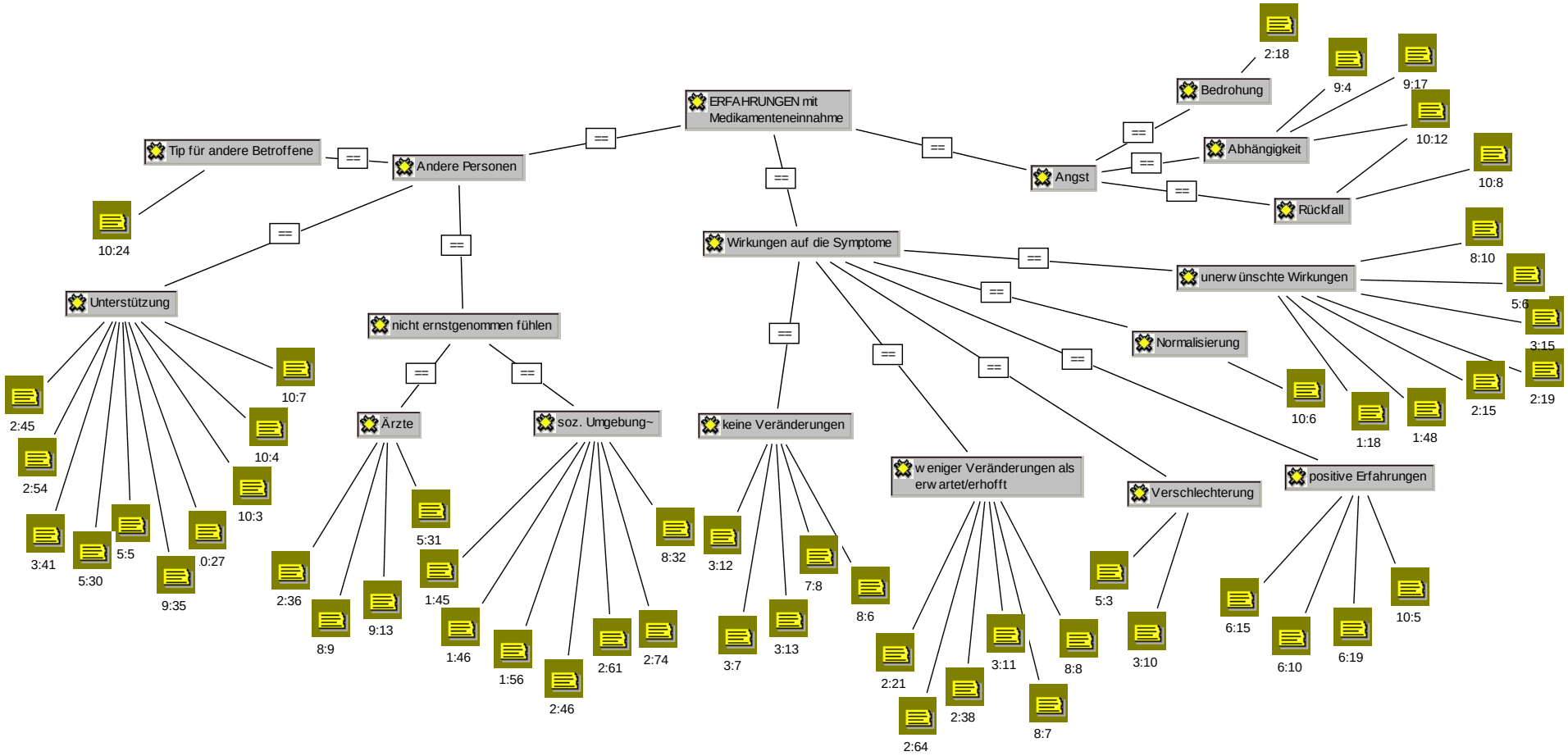
Mi familia cuando vino aquí, vieron mis pastillas, me regañaron, me dijeron que para que tomaba yo esas pastillas, no quieren que tome yo pastillas para dormir. No, si yo no las tomo..., ahora solo tomo estas... el Doxipin© me da miedo que me valla a hacer daño del corazón.

Sie [meine Mutter, Anm. d. Übers.] sagt nur, wegen der Tabletten, sie sagt, sei vorsichtig, dass du jetzt keine Medikamente nimmst, oder solche Sachen… aber es ist die Angst. Sie sagt immer, das mit der Psychologin sei sehr gut, aber das mit den Tabletten gefalle ihr nicht besonders, nicht wahr? Wenn es denn geht, nimm sie lieber nicht mehr, sei vorsichtig, mache, was der Arzt dir sagt, aber die Tabletten. P 10:43 (323:329)

Lo único que dice, de las pastillas, dice ten cuidado que ahora no estés tomando droga, cosas de esas... pero es el miedo, ella siempre dice que lo de la psicóloga, muy bien, pero que lo de las pastillas, no le hacen mucha gracia, no? Cuando puedas pues, dejas de tomarlas, con cuidado tu haces, siempre lo que te diga el médico, pero las pastillas.

Häufig wurde der Aspekt, überhaupt Medikamente nehmen zu müssen, als ein weiteres Indiz auf die Schwere des Problems gedeutet, das nicht allein gelöst werden könne. Zudem konkretisierte sich durch die Medikamenteneinnahme in der Wahrnehmung der Befragten ihr eigener Status als Patient.

4. Erfahrungen mit der Medikamenteneinnahme



Die Wahrnehmung der Befragten lässt sich für diesen Bereich der Einnahmekarriere auf drei größere Teilbereiche aufspalten: a) die *Wirkungen* des stimmungsverändernden Medikaments auf die Symptome, b) die *Interaktion* mit anderen Personen und c) die *Angst vor einem Kontrollverlust* durch das Medikament. Wenn die Befragten Bedenken gegenüber der Diagnose bzw. der Behandlung äußern, geht es häufig um unerwünschte oder nicht erwartete Effekte oder darum, dass die Nebenwirkungen zu stark sind. Einige wenden ein, dass Medikamente nicht die einzige Lösung darstellten, und es wird beklagt, dass weder die Diagnose noch die Behandlung als transparent und verständlich empfunden würden.

Bezüglich a) gibt es unter den Befragten ein breites Spektrum an Erfahrungswerten: So gibt es einige, die keine gravierenden Veränderungen durch das stimmungsverändernde Medikament bemerkt haben bzw. weitaus weniger, als sie erwartet /sich erhofft hatten. Bei der Bewertung der Medikamentenwirkung spielen auch die Faktoren Komorbidität und die Einnahme mehrerer Medikamente eine große Rolle, was die Differenzierung der Wirkungen voneinander bzw. ihrer unerwünschten Wirkungen erschwert. Allerdings existieren auch Berichte über eine direkte Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes, der unabhängig von unerwünschten Wirkungen des Medikaments beschrieben wird. Hauptsächlich wurden die unerwünschten Wirkungen genannt, die sich auch in den Beipackzetteln der jeweiligen Medikamente finden lassen. Andere Befragte beziehen die Medikamentenwirkung direkt auf ihre Rückkehr ins sogenannte „*normale*“ Leben, d.h. auf die Verrichtung ihrer alltäglichen Pflichten (reduzierter Druck und Nervosität).

Keine Veränderungen

Und die Tabletten, ja, ich nehme die Tabletten, aber sie richten bei mir nicht soviel aus. P 7:8 (57:58)

Y las pastillas, si estoy tomando las pastillas pero a mi no me hacen mucha cosa.

Denn jetzt geht es mir ganz schlecht, ganz schlecht, also ich will nicht leben, ich will nicht, ich will nicht, und das ist nicht normal. Ich bin normalerweise eine Person…, eine Kämpferin, die niemals aufgibt und… aber es fehlt mir die Kraft, ich will nicht, ich habe keine Kraft. Nein, ich kann allein so nicht weitermachen, ich fühle mich in ein tiefes Loch geworfen, sehen Sie, ohne Kraft, ich weiß nicht, die Medikamente scheinen nichts zu taugen. P 3:7 (57:62)

Que ahora estoy muy mal, muy mal, o sea no quiero vivir, no quiero no quiero, y esto no es normal, yo soy una persona normalmente... una luchadora nunca me doy por vencida y ... pero no tengo fuerzas es que no quiero no tengo fuerzas; no, yo sola no puedo seguir así; yo me siento que estoy muy hundida, no, sin fuerza, no sirven los medicamentos no sé.

Es ist so, dass mir die Tabletten nicht helfen. *Nein?* Nein, ich denke, ich persönlich denke nein, sie beinhalten wohl etwas, ich weiß nicht, was sie beinhalten, aber manchmal verändere ich mich dadurch nicht, ich nehme sie täglich ein, nicht wahr, und ich kann nicht sagen, dass sich meine Probleme gelöst haben, nein, ich glaube nicht. Wenn du irgendetwas Starkes in dir drin hast, musst du daran arbeiten, um die Ursache zu suchen und das Problem zu lösen, denn das kann kommen, nie weiß man, warum eine Depression kommt, es kann auch sein, dass das Gehirn schon seit Jahren stehen geblieben ist, dann angefangen hat, zu arbeiten, und dann kommst du in dieses depressive und traurige Syndrom, ich weiß nicht. P 3:12 (112:124)

Es que con las pastillas no me ayudo. No? *No, creo, yo personalmente creo que no, tendrán, no sé que contenido tendrán pero yo a veces no cambio, las estoy tomando todos los días no, y no puedo decir se me termino el problema, no, no creo; cuando tienes algo fuerte adentro, hay que trabajarlo para buscar la raíz y solucionar el problema porque este puede venir, no se sabe nunca porque viene una depresión, incluso puede ser de años atrás que la mente se quedo, se ha puesto a trabajar y entras en este síndrome depresivo y de tristeza yo no sé.*

Weniger Veränderungen als erwartet/erhofft

Ich nehme schon viele Jahre lang etwas für die Nerven, ich denke, das hat meine Leber zerstört. So viele Medikamente, aber irgendwie haben sie schon gegen die Depression geholfen, ich habe, ich erinnere mich nicht wie sie hießen, Sinorin, Sironino genommen, aber dann konnte ich sie nicht mehr [unverständlich, Anm. d. Übers.] kaufen, weil sie mir zu teuer wurden, drei Sorten Medikamente, und da ich viele davon nahm, später habe ich sie abgesetzt, weil sie mir schlecht bekamen, jedes Mal wurde die Depression schlimmer. Ich war ein bisschen ruhiger, aber ansonsten ging es mir schlecht, also habe ich damit aufgehört. Ich höre auch schlecht, mir geht es mies, den Knochen und allem geht's schlecht, allem geht's schlecht. P 2:64 (137:149)

Estuve muchos años tomando de los nervios, creo que eso me estropeo el hígado, tanto medicamento pero me hizo algo bien para la depresión claro, estuve tomando no me acuerdo como se llamaba sinorin, sironino, ya no podía (unverständlich) comprarlos porque me salía muy caro de tres clases las pastillas, tomando muchas, luego después me las fui quitando porque me iban mal, cada vez estaba peor la depresión estaba un poco mas calmada pero lo otro estaba mal, entonces las deje; yo tampoco oigo bien, estoy mal, huesos mal todo mal, todo mal.

Verschlechterung

Ich habe ihm davon erzählt, und er antwortete mir, dass ich zuviel von dem Maprotelin einnähme, das sei sehr anregend, verstehen Sie, das ist nichts für Sie, Aktivität, davon wird man sehr aktiv, und am nächsten Tag muss ich arbeiten gehen und habe nun Angst, habe Angst davor, nicht gut genug zu sein, schon wieder Angst.

Se lo conté a él y me ha dicho que el Maprotelin tomando mucho, da mucha agilidad, entiende, no para Usted, entiende, activo, da mucha actividad y después el día que tenía que ir a trabajar a la consulta, ya tenia miedo, tenia miedo si no lo hacia bien, ya tenia miedo P 5:3 (330:335)

Positive Erfahrungen mit der Medikamenteneinnahme

Seit drei Jahren bekommt sie zusätzlich alle zwei Wochen eine Injektion [Flutanol 2%, 0,5ml]. „*Para dar fuerza a la cabeza*." "*Damit der Kopf Kraft bekommt*". Sie schwört auf diese Spritze und möchte sie nicht missen. P 6:19 (71:74)

Normalisierung durch Medikamenteneinnahme

Alles normalisiert sich… also wenn du… zum Beispiel war ich am Anfang sehr, irgendwie sehr nervös, das habe ich bemerkt, ich war total künstlich, nicht wahr? So ein bisschen, als sei ich wie... ich weiß nicht, als ob ich nicht natürlich wäre, und jetzt scheint es manchmal, als sei es wieder so, wie ich immer gewesen bin, sozusagen dass ich weder... übermäßig fröhlich noch übermäßig traurig bin, nein, sondern eher so, wie ich bin, oder so, wie ich glaube immer gewesen zu sein, nicht wahr? Nicht so nervös noch so sehr traurig wie früher, sondern eher ein bisschen zwischen dem, wie ich immer war, wie ich immer gesprochen habe, wie ich mich immer verhalten habe. Denn anfangs war ich irgendwie künstlich. Ich wusste, dass es mir sehr schlecht ging, ich habe das Medikament genommen, und es ging mir gut, aber ich wusste, dass das…, ich habe immer sehr viel gegrübelt und jetzt nicht mehr, jetzt bin ich normal, das heißt wie immer, nicht? [...] Ich glaube auch, dass das Medikament vielleicht irgendwann…, dein Körper gewöhnt sich daran, und dann hat es auch nicht mehr eine so große Wirkung, nicht? Und dann, ab diesem Moment, glaube ich, kann man auch damit aufhören, nicht? Wenn ich merke, dass ich wieder bei Kräften bin, wenn ich sagen kann, okay, mir geht es gut, ich bin mir meiner sicher, und fertig...? Dann kann ich damit aufhören! P 10:6 (89:114)[13]

Normalizando todo… o sea que tú… por ejemplo, que al principio estaba muy, como muy nerviosa, como que notaba yo, que era totalmente artificial, no? Un poco, que era como... no sé, que no era natural y ahora, a veces, parece que ya es como yo siempre he sido, lo que es que sea ni... demasiado alegre, ni demasiado triste, no sino, mas parecido a como yo soy, o a como yo creo que siempre he sido, no? No tan nerviosa ni tampoco tan triste como antes, sino un poco mas entre medio lo que yo he sido siempre, como yo he hablado siempre, como yo me he comportado siempre, porque al principio era como algo artificial, yo sabía que yo estaba muy mal, me tomaba el medicamento, y estaba bien, pero yo sabia que eso..., yo siempre estaba pensando mucho, y ahora no, ahora estoy normal, o sea, como siempre, no? [Piensas en lo que tienes, en lo que no tienes que hacer, pero no estas dando vueltas en tu cabeza cosas que nunca... que no han pasado, que a lo mejor no van a pasar, que a lo mejor en este momento tu energia, es mejor que se concentre en otra cosa, no? En tus problemas, y eso es lo que yo creo que es esta normalizacion, no? El volver a llevar una vida, pues como siempre habia llevado, no siempre estar pensando... siempre estaba en un lugar, pero pensando en otra cosa, y asi... (...)] eso tambien creo, que a lo mejor el medicamento en algún momento..., tu cuerpo se acostumbra a él, y ya tampoco produce un cambio tan grande, no ? Y entonces en este momento creo que ya se podra dejar, no? Cuando yo ya me note con fuerzas, como para decir, bueno, me encuentro bien, estoy segura que es por mi, y ya...? Puedo dejarlo!

Unerwünschte Wirkungen

Diese, die Medikamente bewirken eigentlich nichts weiter, als dass ich dicker werde. P 1:48 (122:122)

Estos, los medicamentos no más hacen que engordarme.

Und andere, an die ich mich nicht erinnere, bekamen mir überhaupt nicht, diese Seronino oder Sinodin, ich erinnere mich nicht mehr, bekamen mir gar nicht schlecht, die bekamen mir ziemlich gut, aber die anderen haben mich umgebracht. P 2:15 (99:101)

Y otras que no me acuerdo me iban fatal, esa de seronino o sinodin es que no me acuerdo, esa no me iba mal del todo, esas me iban bastante bien, pero las otras me mataban.

Und so warte ich zwei Jahre lang, zwei Jahre, um zu sehen, ob es mir besser geht, und es geht mir nicht besser, verstehen Sie mich? Was soll ich machen – wenn ich mich nachts hinlege, dann denke ich daran, dass ich am nächsten Tag früh aufstehen muss, nicht? Ich werde nervös, ich öffne die Tür. Und wenn ich dann die Tabletten nehme, klingelt der Wecker, und manchmal höre ich ihn nicht oder ich mache den Wecker aus und schlafe noch weiter. P 8:10 (117:122)

Y espero así dos años, dos años a ver si me pongo bueno y no me pongo bueno, me entiende? Que hago - si me acuesto por la noche pues yo pienso que mañana tengo que madrugar no, me pongo nervioso, abro la puerta. Y luego cuando me tomo las pastillas suena el reloj y a veces no lo escucho o apago el reloj y me sigo otra vez durmiendo.

[13] Referenzzitat zu S. 161 „Normalisierung durch Medikamenteneinnahme“

Bezüglich b) fiel der Umgang mit Unterstützungsangeboten sehr heterogen aus: Einige der Befragten nutzten jegliche ihnen von Familie und Freunden angebotene Unterstützung und fragten diese wenn nötig nach. Andere gebrauchten diese Hilfe jedoch immer mit einem ambivalenten Gefühl, und andere wiederum lehnten jegliche Unterstützung durch andere ab. Eine Befragte erlaubte gar keine Unterstützung, sie fühlte sich eher verantwortlich für das Wohlbefinden ihrer Freunde und wollte für andere keine Belastung darstellen. Die *CARITAS* spielte speziell dann eine wichtige Rolle, wenn Familie oder Freunde nicht erreichbar waren. In einigen Fällen wohnte die restliche Familie in Spanien, oder ein großer Teil der spanischen Freunde war bereits wieder nach Spanien zurückgekehrt.

Unterstützung durch andere

Ich, wenn ich sehe, dass ich alleine bin… ich habe einen Freund, denn ich kann nicht alleine wohnen, nein, ich wohne mit einem Typen, und wenn ich merke, dass er nicht da ist, dass [unverständlich] er bei der Arbeit ist und ich sehe, dass ich allein bin, dann gehe ich nach draußen oder rufe irgendeine Freundin an, aber Freundinnen gibt es wenig, verstehen Sie. P 2:65 (450:457)

Yo cuando me veo que estoy sola... yo tengo un amigo porque yo no puedo estar sola viviendo no, vivo con un chico y cuando yo me veo que el no esta, que [unverständlich] esta trabajando y yo me veo así, yo salgo para afuera o llamo alguna amiga, pero amigas hay pocas, comprende.

Nein, sie fragen mich, was ist los mit dir, was hast du, nichts, nichts, ich bin ein bisschen müde, ich nehme zur Zeit ein Medikament, das ein bisschen stark ist, aber ich sage ihnen weder warum noch weshalb, sie finden mich seltsam, nicht wahr, was ist los mit dir? Ach nein, es ist, weil ich viele Probleme habe und meine Situation erfordert es eben, und sie beachten mich nicht. Nun, ich sage nichts, öffne mich ihnen nicht, besser so, nicht? Sie haben mit sich selbst genug zu tun, als dass ich... nein, ich mag das nicht, ich mag das nicht. P 3:41 (235:242)

No solo agarró los consejos, no no ellos me dicen que te pasa, que tienes, nada nada, estoy un poco cansada, me estoy tomando un medicamento un poco fuerte, pero no digo el porque ni el porque, me ven rara no, que te pasa? No, es que tengo muchos problemas y mi situación pues lo requiere y no me hacen caso, es que no digo, no me abro a ellos, mejor así, no, ellos tienen bastante con lo suyo para ir yo a... no, no me gusta, no me gusta.

Ah, im Juni ging es mir genauso wie hier, sehen Sie, meine Mutter, die Arme, ging ständig auf Toilette. Mein Sohn machte sich verrückt, mein Mann machte sich verrückt, sie riefen meinen Bruder an. Mein Bruder, der Arme, kam angerannt wie ein Irrer, um mich zu trösten. Er sagte, aber Schwester, ich liebe dich, ich liebe dich, und ich sagte zu ihm, also ich weiß nicht, es geht mir sehr schlecht, sehr schlecht. Sie haben mich gepackt und zur Notaufnahme eines Krankenhauses gebracht. Meine Schwester war die gesamte Zeit über bei mir. Sehen Sie, wenn es mir so dermaßen schlecht geht, also so schlecht, dann brauche ich einen Menschen, der mich versteht, der mich streichelt und der mir sagt, schau, es ist nichts, das wird gleich vorübergehen, es ist nur deshalb. Aber ich mag es nicht, wenn sie mir auch noch Sachen an den Kopf werfen: ‚Ah, du läufst rum wie eine Verrückte, gerade dir passieren solche Sachen', dadurch geht es mir noch schlechter. P 5:5 (725:739)

Ah en Junio me puse igual que aquí, mire, mi madre la pobrecita se iba a cada momento al baño. Este mi hijo se volvía loco, mi marido se volvía loco, llamaron a mi hermano. Mi hermano vino corriendo el pobrecito como un loco a consolarme, decía pero hermana, yo te quiero, yo te quiero y yo le decía pues yo no se, yo me encuentro muy mala, muy mala, me han cogido y llevado a urgencias a un hospital, mi hermana estuvo conmigo todo el tiempo. Es que mire, cuando yo me pongo tan mala, tan mala, lo que necesito es una persona que le comprenda, que le acaricie y que le diga mire esto no es nada, esto va a pasar ya, esto ha sido eso. Pero no quiero que encima me estén diciendo cosas. Ah que tu andas como una loca, te tienen que pasar estas cosas, eso a mi me pone peor todavía.

In Spanien habe ich meine gesamte Familie. Meine Familie, sie rufen mich jede Nacht an, weil sie fürchten, dass mir etwas zustoßen könnte. Und in dem Moment, wenn ich mit ihnen spreche in der Nacht, dann geht es mir gut. P 9:35 (69:71)

Yo en España tengo toda mi familia. Mi familia me llaman todas las noches por telefono porque no se fian de que me pase algo. Y yo el rato que hablo con ellos por la noche pues estoy bien.

Bezüglich c) ermöglichen stimmungsverändernde Medikamente vielen Befragten, erst einmal ein „*normales*“ Leben zu führen. Eine Belastung, wie sie beispielsweise durch ein Schuldeingeständnis, möglicherweise selbst für die Erkrankung verantwortlich zu sein, hervorgerufen würde, wird von den Betroffenen genommen, wenn sie die Depression nicht als ein persönliches Defizit, sondern als Krankheit betrachten. Informationen über die Erkrankung und professionelle Unterstützung (medizinisch und psychologisch) helfen, die Erkrankung aus einer anderen Perspektive heraus zu bewerten.

Sich ernst genommen fühlen

Auch denkst du nicht, du seiest, dass du, es geht dir schlecht, du denkst, es sei deine eigene Schuld, dass es mir jetzt so geht, das lässt dich jedes Mal verschlossener werden, immer mehr, es wird immer schlimmer, nicht wahr? Aber als, seitdem... ich es ausgesprochen habe, seitdem ich zum Arzt gehe, seitdem ich hier mit Carmen bin, ist... es anders, normal, nicht? Nichts kann eigentlich passieren, oder? P 10:7 (243:247)

Tampoco crees que seas, que tú, te encuentras mal, crees que es tu culpa, que yo estoy asi, eso cada vez, te hace cerrarte más, cada vez más, peor no ? Pero cuando, desde que... lo he dicho, desde que fui al médico, desde que estoy aqui con Carmen, esto... es diferente, normal no? Nada puede pasar, no?

Einige der Befragten berichteten, sich von ihren Verwandten und Freunden, aber auch von einigen Ärzten zwar mit ihrer Erkrankung, aber nicht als Person ernst genommen zu fühlen bzw. nicht richtig verstanden worden zu sein, auch wenn die Erkrankung „*Depression*“ als solche in der Gesellschaft durchaus mit Seriosität behandelt werde.

Die Krankheit mit dem Label *Depression* wird ernst genommen, zumindest vom Arzt; aber der Umgang des Erkrankten mit seinem Zustand bedarf dann doch häufiger einer Rechtfertigung, manchmal sogar nicht nur gegenüber dem sozialen Netz, sondern auch gegenüber dem Arzt. Das hat auch viel damit zu tun, wie die Selbstwahrnehmung und –bewertung der eigenen Wahrnehmung des Betroffenen aussieht. Das kann bedeuten, dass nach dem Lesen eines Artikels über Depression in einer Tageszeitung oder Zeitschrift die Bereitschaft steigt, der Aussage zuzustimmen, dass Depression eine ernstzunehmende Krankheit sei. Der Betroffene fühlt sich durch die theoretische Lektüre im Ernstnehmen seiner Krankheit bestärkt, zweifelt aber den-

noch in der Realität an der Behandlungswürdigkeit seines Zustandes. Bei der tatsächlichen Begegnung mit einer an Depression erkrankten Person kann jedoch ein Prozess beginnen, bei dem die Seriosität dieses Zustandes hinterfragt wird. Das Umfeld zeigt sich in der Theorie immer als recht tolerant, aber verunsichert in der direkten Konfrontation. Dies wiederum hemmt den offenen Umgang auf beiden Seiten, weil der Betroffene die Stigmatisierung vermeiden möchte und der Nicht-Betroffene vor seiner Unerfahrenheit zurückschreckt. Von den Betroffenen beider Seiten kann diese intra- und interperzeptionelle Bewertung als ambivalent empfunden werden und gestaltet den offenen Umgang mit einer Depression schwierig.[14]

Sich nicht ernst genommen fühlen

Und die Freunde lachen, sie denken, dass ich immer jammere, weil ich es so will, sie denken, es gehe mir schlecht, weil ich das so will, dass ich selbst daran schuld bin. P 2:61 (185:187)

Y los amigos se ríen, se creen que siempre estoy quejándome porque quiero, se creen que estoy mala porque quiero, que lo hago yo.

Sich (durch den Arzt) nicht ernst genommen fühlen

B: Er [der Arzt, Anm. d. Übers.] hat weder Interesse noch Ahnung von etwas, nimm Doxipin©, nimm das. Nein, sehen Sie, der Arzt untersucht mich nicht, der Hausarzt genauso, was soll ich tun? Der Arzt sagt nur geh' und alles ist gut, gut, eine Tablette und alles ist gut; Der Assistent studiert Medizin, ich studiere Medizin und bin schon Arzt. Wenn etwas kompliziert ist, interessieren sich die Ärzte nicht dafür, weil, weil die Krankenkasse sagt, dass kein Geld da ist. Sie haben mein Herz untersucht und der Arzt sagt: Du bist […], was willst du, das Herz kaputt auch kaputt - . P 8:9 (151:158)

B: Ni se interesa ni sabe nada (el medico), toma Doxipin©, toma esto. No mira, el medico, no me controla, el médico de cabecera igual, yo que hago. El médico solamente que valla y todo bien, bien, una tableta y todo bien; el aspirante estudia medicina, yo estudio medicina y ya soy medico, cuando hay una cosa complicada no le interesa a los medicos, porque, porque la Krankenkasse dice que no hay dinero; me miraron el corazon y dice el médico: Du bist [...], que quieres, el corazon kaputt auch kaputt - .

[14] Vgl. hierzu S. 163 (Kap. 6.3.1.2 Goffmann): Rechtfertigungsbedarf gibt es sowohl auf Seiten des Betroffenen, der nachvollziehen kann, wie das Umfeld reagieren könnte, weil er zu den „Spät-Stigmatisierten" gehört und bereits Erfahrungen mit der Wahrnehmung (seiner und die der Anderen) in Bezug auf psychische Erkrankungen gemacht hat und seitens des Umfeldes, welches sich in die Lage des Betroffenen hineinversetzten könnte.

Der Arzt sagt mir gar nichts, der Arzt... er sagte mir... ich bin zum Arzt gegangen und hab es ihm gesagt, und der Arzt, was glaubt er eigentlich, er gibt der Depression die ganze Schuld, aber es ist nicht nur die Depression, verstehen Sie mich? P 2:36 (276:279)

El Médico no me dice nada, el Médico... él me dijo... yo fue al Médico y se lo dije, y el médico que se cree que todo le hecha la culpa a la depresión y todo no es la depresión, me comprende.

Psychopharmaka werden vom Gros der Befragten als gefährlich eingeschätzt, beispielsweise als Bedrohung oder als möglicherweise abhängig machend. Sie werden von ihnen aber auch als nützliches Medium betrachtet, das den Heilungsprozess unterstützt. Geäußert wurden dann auch Ängste vor Abhängigkeit und einem möglichen Rückfall nach dem Absetzen des stimmungsverändernden Medikaments oder auch einem selbst initiierten Therapieabbruch. Eine Befragte empfand die Medikamente verbunden mit der Medizin im Allgemeinen als Bedrohung.[15]

Angst vor einem Rückfall

Genau, die Angst ist, mit dem Medikament aufzuhören und dass es dann wieder von vorne losgeht. Davor habe ich Angst.

Si, el miedo es ese que si dejo de tomar la pastilla, otra vez vuelva no? eses es el miedo... P 10:12 (208:209)

Angst vor Abhängigkeit

Tabletten zum Schlafen und für die Nerven zu nehmen, also das ist, als ob du – bei der Arbeit merkte ich, dass ich todmüde war, denn ich denke, dass du damit künstlich schläfst. Und es ist nicht gut, sich an diese Tabletten zu gewöhnen, ich habe sie lange genommen, jetzt, da ich den Infarkt hatte, habe ich große Angst bekommen. P 9:4 (231:235)

Es que tomando las pastillas para dormir y las de los nervios, pues, es que esto esta como si estuvieras - yo en el trabajo me notaba muerta de sueño porque con eso duermes artificial pienso yo. Y no es bueno acostumbrarse a esas pastillas, yo las tome mucho tiempo, ahora como me dio el infarto me dio mucho miedo.

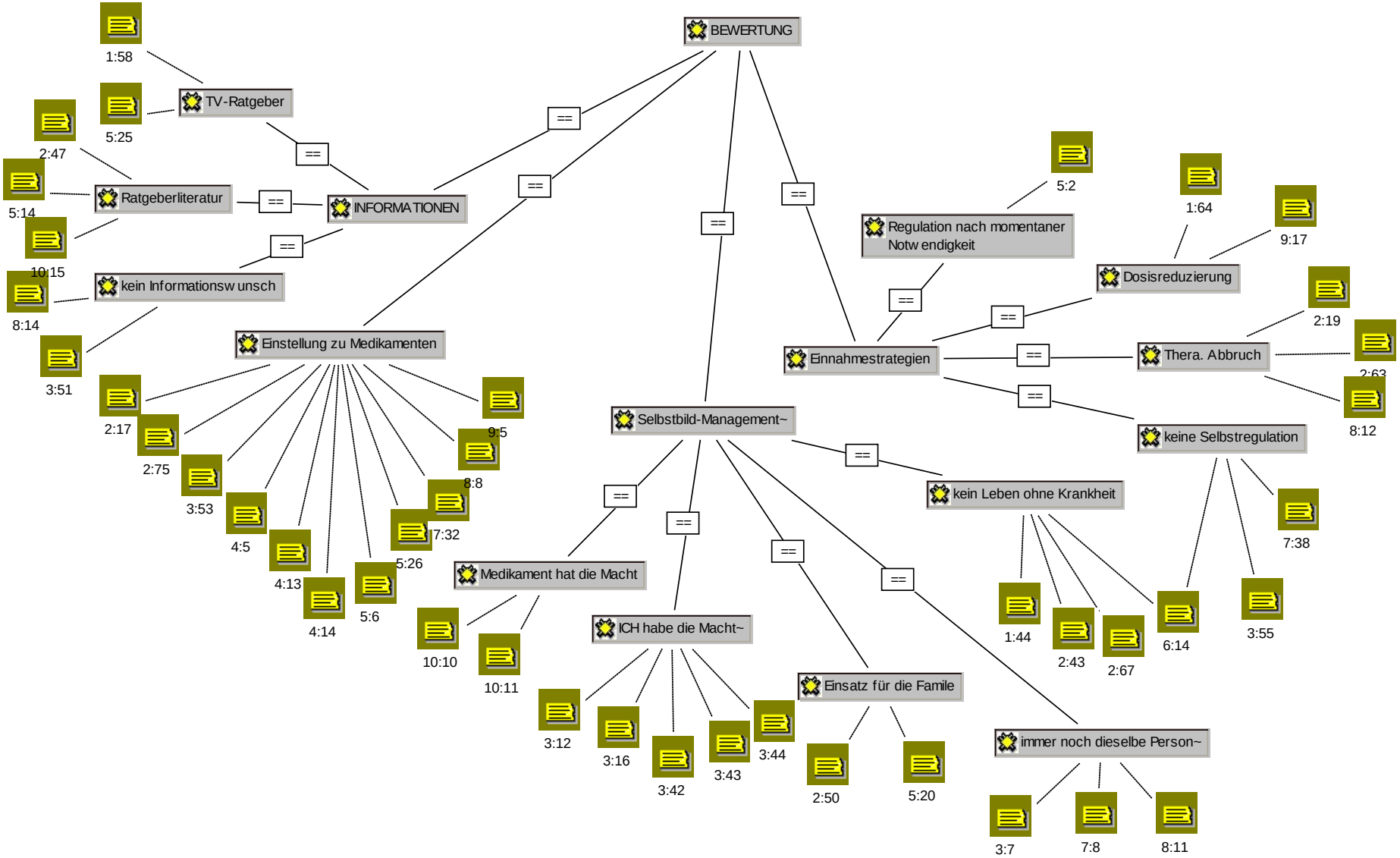
Bedrohung

Es ist so, dass sie [die Tabletten, Anm. d. Übers.] mir Schmerzen in der Leber verursacht haben, mit meiner Leber steht es auch nicht zum Besten, ich habe Ampullen, mit manchen Tabletten geht es mir sehr schlecht, sie greifen meinen Organismus an. P 2:18 (116:118)

Es que me daban dolores en el hígado, yo el hígado tampoco lo tengo bien, tengo ampollas, me pongo muy mal con algunas pastillas, me atacan el organismo.

[15] Referenz zu „Bedrohung durch die Welt der Medizin“ auf S. 163 und „Abwehr gegenüber Medikamenten“ auf S. 174.

5. Bewertung


BEWERTUNG
TV-Ratgeber
1:58
5:25
2:47
Ratgeberliteratur
5:14
10:15
kein Informationsw unsch
8:14
3:51
INFORMATIONEN
Einstellung zu Medikamenten
2:17
2:75
3:53
4:5
4:13
4:14
5:6
5:26
7:32
8:8
9:5
Selbstbild-Management~
Medikament hat die Macht
10:10
10:11
ICH habe die Macht~
3:12
3:16
3:42
3:43
3:44
Einsatz für die Famile
2:50
5:20
Regulation nach momentaner Notw endigkeit
5:2
Einnahmestrategien
Dosisreduzierung
1:64
9:17
Thera. Abbruch
2:19
2:63
8:12
keine Selbstregulation
7:38
3:55
6:14
kein Leben ohne Krankheit
1:44
2:43
2:67
immer noch dieselbe Person~
3:7
7:8
8:11
==

Bei der Bewertung des Alltags mit stimmungsverändernden Medikamenten spielt neben den unterschiedlichen Einnahmestrategien, auf die im folgenden Kapitel 5.1.2 „*Autonomie*“ noch eingegangen wird, verstärkt das Management des eigenen Selbstbildes eine große Rolle in den Interviews. Untersucht man die allgemeinen Einstellungen zu Medikamenten, werden überwiegend negative Aspekte genannt, die interessanterweise häufig im Zusammenhang mit der Arzt-Patient-Beziehung stehen.

Einstellung zu Medikamenten

Gut, wenn mir der Arzt gesagt hätte, Sie haben dieses, dann wäre ich zufriedener gewesen, wenn er mir sagt, Sie haben diese Erkrankung, dann muss ich mich um diese Krankheit kümmern, indem ich die Tabletten nehme, aber wenn sie mir nicht sagen, was ich habe. Nun, wenn ich diese Tabletten nehme, gut, dann nehme ich diese oder ich kann auch jene nehmen, weil ich nicht weiß, was es ist. P 7:32 (215:220) *Bueno, si el medico me hubiera dicho Usted tiene esto, entonces yo hubiera estado mas conforme, si el me dice Usted tiene esta enfermedad, pues yo tengo que cuidar esta enfermedad tomando las pastillas; pero si no me dicen lo que tengo. Pues si me tomo estas pastillas bien, me tomo estas o me puedo tomar aquellas porque no se lo que es.*
Sehr schlecht, einige sind manchmal gut, andere sind schlecht, aber mir haben sie immer Pillen gegeben, die ich nicht einnehmen konnte. P 2:17 (111:112) *Muy mal, a veces unas son buenas, otras son malas, pero a mí me daban siempre pastillas que no las podía tomar.*

Einige der Befragten konnten sich ein Leben ohne die Krankheit oder auch ohne das stimmungsverändernde Medikament gar nicht mehr vorstellen. Das Medikament wurde als ein „Muss“ betrachtet, es fungierte als ein Schutzschild oder eine Brücke zwischen Krankheit und Wohlbefinden. Andere wiederum beschrieben, dass so eine Veränderung der Persönlichkeit von der Person selbst kommen und nicht durch ein Medikament hervorgerufen werden sollte. Diese Veränderung resultiert u. U. in einem inneren Kampf, wenn das Wunschbild und die Realität auseinanderfallen und nicht mehr miteinander übereinstimmen, so dass es für die Betroffenen schwierig wird, zwischen der „*wirklichen*“ Persönlichkeit und der durch das stimmungsverändernde Medikament modifizierten Person zu unterscheiden.

Kein Leben ohne Krankheit

Also, schon seit langem geht es mir so, bin ich krank. P 1:44 (112:112) *Pues hace ya mucho, que estoy así, enferma.*
Schon seit vielen Jahren habe ich überhaupt keine Moral mehr, verstehen Sie. P 2:67 (568:569) *Hace muchos años, yo no tengo moral ninguna, comprende.*

Einsatz für die Familie

[...] Natürlich weiß ich, dass das Medikament, das sie mir verordnet haben, einerseits gut und andererseits schlecht ist, aber die Angst ist sehr groß, denn schauen Sie, wenn ich dieses Medikament einnehme, weiß ich, dass es mir schlecht geht. Das heißt ich verbittere meinen Mann, meinen Sohn und mich selbst, und dann mache ich alles noch schlimmer, weil ich nicht nur mich selber verbittere, sondern ich verbittere alle Personen, die um mich herum sind. Weil ich schlechte Laune hatte, wollte ich nicht mit ihnen sprechen. Es störte mich, mit ihnen zu reden und ich musste mich entscheiden, entweder dieses Medikament zu nehmen - oder immer zu knurren, und ich versuche, es so wenig wie möglich zu nehmen. P 5:20 (700:714)

[...] Claro yo se que este medicamento que me dieron es bueno para unas cosas y esta perjudicando otras cosas, pero el miedo es muy grande porque mire, si yo tomo este medicamento yo se que estoy mal. O sea amargo a mi marido , a mi hijo y me amargo yo misma y enseguida lo hago peor todavía, porque no me amargo sola, sino que amargo a todas las personas que están cerca de mi. Porque yo llegaba a tomar la leche, no quería hablar con ellos. Me molestaba hablarle, y yo tuve que distinguir una cosa, o tomar ese medicamento - o estar siempre gruñendo y yo procuro tomarlo lo menos posible.

Es wird einerseits der Wunsch beschrieben, die Dosis zu verändern oder sie bereits verändert zu haben, andererseits aber auch die Überzeugung ausgedrückt, dass eine Dosisveränderung nicht indiziert sei, weil zwischen Patient und Arzt ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis bestehe. Die Befragten befanden sich hinsichtlich der verschiedenen *Einnahmestrategien* auf einem Kontinuum, das von der Dosisreduzierung bis zur Aufbewahrung oder auch Rückgabe der Medikamente reichte.

Dosisreduzierung

Natürlich würde es mir gefallen, die Dosis ein bisschen zu verändern, dass sie mir ein paar Tabletten erlassen würden. P1:47 (197:198)

Ya me gustaría, regular un poco la dosis, que me quitarían un poco las tabletas.

Solian©, das kann ich sagen, und er hat mir die Hunderter-Packung aufgeschrieben, aber in der Apotheke haben sie diese nicht, und er hat mir gesagt, Sie müssen zwei davon nehmen, aber bis jetzt nehme ich nur eine. Denn ich möchte sehen... mal sehen, wie es wirkt, verstehen Sie? Ich nehme zurzeit eine, das sind 50, und 25 die andere, das macht 75. So sind das 75. 25 Maprotelin© und 50 Solian©, und wenn ich merke, dass es nicht funktioniert – denn das merke ich sofort. Wenn es mir schlecht geht, dann nehme ich anstatt 25 noch mal 25 und anstatt 50 nehme ich 100. P 5:2 (68:76)

Solian©, lo puedo decir y el me ha escrito el 100 pero en la farmacia no tienen este, y me ha dicho tiene que tomarse dos pero yo ahora estoy tomando solamente uno. Porque quiero ver... a ver como reacciona entiende? Estoy tomando una que son 50 y 25 el otro, son 75. Así que son 75. 25 de Maprotelin© y 50 de Solian©, y cuando me veo que la cosa no va - porque yo lo noto enseguida. Cuando me voy a encontrar mala, pues en vez de tomar 25 me tomo otros 25, en vez de tomar 50 me tomo 100.

Therapieabbruch

Ja, ich habe es genommen, aber dann nicht mehr, weil es mir nicht gut geht. P 8:12 (131:132)

Si, lo he tomado pero después ya no lo tomé más porque no me siento bien.

Momentan nehme ich gar keine. Vorher... ich erinnere mich nicht, wie sie hießen, weil ich schlecht Deutsch verstehe. Einige hatte ich hier, aber ich habe sie weg... sie zur Apotheke gebracht, die, die schlecht waren, habe ich zurück zur Apotheke gebracht, aber es ist doch Seronino oder Sinodin. P 2:63 (88:95)

Ahora no estoy tomando ninguna. Antes... yo no me acuerdo como se llamaban porque yo no entiendo bien el Alemán. Algunas las tenia por ahí pero las eche al...las lleve a la farmacia, las que estaban mal las llevaba a la farmacia de vuelta, pero es Seronino o Sinodin.

Keine Selbstregulation

Nein. Sie [die Hausärztin, Anm. d. Übers.] verschreibt mir immer das Beste, nicht wahr? Ein anderer Arzt vielleicht, aber diese Ärztin nicht, sie sucht immer nach dem Besten, immer. Und in der Tat hätte sie mir Medikamente verordnen können und mich stehen lassen können. Sie hat mir drei Telefonnummern gegeben, damit ich mich sofort mit Psychiatern und Psychologen in Verbindung setze, nicht war? Was ich weiß, ist, was sie betrifft... andere Ärzte, keine Ahnung, aber was sie betrifft. Sie macht das Beste, sie experimentiert nicht, ja, nehmen Sie das und mal sehen, wie es wirkt, nicht wahr? P 3:46 (187:193)

No. Ella siempre me manda lo mejor, no. Si fuera otro Doctor pero esta doctora no, siempre busca lo mejor, siempre, y de hecho me puede haber mandado medicamento y haberme dejado, me ha dado tres teléfonos para que yo me ponga en contacto enseguida con Psiquiatras y Psicólogos, no. Yo que sé, que por ella... otros médicos, no lo se, pero por ella. Ella hace lo mejor, no experimenta, si tome esto a ver que tal, no.

In diesen ganzen 7 Jahren hat sie die Tabletten nicht einmal vergessen einzunehmen. Sie liegen immer auf dem Fensterbrett in der Küche. Sie hat auch nie daran gedacht, sie einmal nicht zu nehmen oder die Dosis zu verändern. Sie hat zuviel Angst davor, dass sich die Situation verändert; die Tabletten geben ihr Sicherheit. P 6:14 (51:57)

Die Schlüsselkategorie „*Einholen von Informationen*“ beschreibt eine Bandbreite, die vom selbstständigen Einholen von Informationen bis zur vollständigen Zurückweisung von Information jeglicher Art reicht.

TV-Ratgeber

Gut. Und wenn Sie mehr über die Medikamente oder über die Depression erfahren möchten, woher bekommen Sie diese Informationen? Über die Depression? Wie ich mich informiere? *Hmhm.* Nun, ich höre, was sie im Fernsehen darüber zeigen. Man erfährt etwas über Menschen, die Depressionen haben. *Das sind dann so Ratschläge?* Ja. *Und auch z.B. aus Büchern oder Tageszeitungen?* Nein. P 1:58 (344:360)

Bien. ¿Y si quiere saber más sobre los medicamentos o sobre la depresión, de dónde obtiene usted la información? *¿De la depresión, de dónde tengo la información?* Hmhm. *Bueno oigo en la televisión que dan. Saber de gentes que tienen depresiones.* ¿Estos son los consejos? *Sí.* ¿Y también por ejemplo de libros, diarios? *No.*

Ratgeberliteratur

Nur, indem ich die Ärzte besuche, und ich lese viele Bücher über Medizin, ich lese unheimlich gerne, es gefällt mir, zu erfahren, wie dies oder jenes zustande kommt, das gefällt mir sehr. P 5:14 (694:696)

Visitando los médicos solamente y leo muchos libros de medicina, a mi me encanta leer, me gusta enterarme porque se produce esto y eso, eso a mi me gusta mucho.

Kein Informationswunsch

Nein, Informationen... ich allein, ich weiß, wie ich damit umgehen muss, ich will von niemandem Informationen. Viele Leute bringen den Apparat hierher, ich weiß das. Aber das Fahrrad… ich gehe spazieren, ich laufe, ein wenig, nicht viel, denn die Leute reden und mein Ohr macht bum, bum. Ich gucke ein wenig fern, um zu sehen was so los ist, die Ärzte sagen, keine Operation. P 8:14 (358:362)

No, la información... yo solo, yo se como tengo que llevar esto, no quiero información de nadie. Mucha gente lleva el aparato aquí, yo se eso. Pero la bicicleta... me voy de paseo, corro, poquito pero no mucho, porque la gente habla y me hace el oido bom,bom. La televisión miro un poquito a ver que pasa, los medicos dicen que keine operación.

5.1.2 Autonomie

Mit *Autonomie* ist in der vorliegenden Untersuchung in erster Linie der selbstbestimmte Umgang mit stimmungsverändernden Medikamenten gemeint, der aber immer in Bezug zur jeweiligen Phase der Erkrankung und der Lebenswelt des Befragten gesehen werden muss.

Während der Datenerhebung stellte sich heraus, dass die Befragten umfangreichere Abschnitte ihrer Lebensgeschichte erzählten. Bei der Auswertung wurde verstärkt auf besonders kritische Phasen einer Lebensgeschichte sowie auf die Definitionen und Perspektiven bzw. auf den jeweiligen Blick auf die persönliche Geschichte geachtet. Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, mit der Erkrankung und ihrer medikamentösen Therapie umzugehen. Anhand der Ankerfälle wird nun an ausgewählten Beispielen dargestellt, welche Umgangsweisen von den Befragten gewählt wurden[16]. Der Schwerpunkt liegt – wie häufig auch bereits von den Interviewpartnern vorgegeben – auf der Medikation und dem Verhältnis zu den behandelnden Ärzten.

Mit Hilfe der entwickelten Kategorien für den Bereich „*Autonomie*“ konnten Begriffe zur Abbildung der Ankerfälle ausgearbeitet werden (Tabelle 9).

---

[16] An dieser Stelle soll auf das Thema Relevanz verwiesen werden, um zu berücksichtigen, dass nur erzählt wurde was a) in dem Moment für den Befragten relevant war und b) akzeptiert werden muss, dass dies ein durchaus bewusstes Vorgehen des Befragten sein kann und c) dass dies sein gutes Recht war (vgl. S. 65).

Tabelle 9: Kategorien für den Bereich „*Autonomie*“ (AF=Ankerfall)

Beschreibung	Kurzcharakteristik	Kategorien
Selbstregulierendes Verhalten/Individuelle Einnahmestrategien	Notwendiger adaptiver Prozess, um mit stimmungsverändernden Medikamenten zurechtzukommen	**Selbstregulation (AF2)** **Aktives Handeln (AF1)**
Selbstkontrolle/Kontrollverlust	Beeinflussung durch etwas außerhalb des eigenen Kontrollbereichs	**Machterhalt (AF1)**
Verfügbarkeit	Das stimmungsverändernde Medikament muss griffbereit sein, auch wenn es nicht eingenommen wird	**Verfügbarkeit (AF2)**
Abhängigkeit	Dosisveränderung zum Schutz vor Abhängigkeit. Angst vor Abhängigkeit	**Zerrissenheit (AF3)**
Wiedererlangungen der Selbstbestimmtheit	Entwicklung der individuellen Medikamentengeschichte von der Angst oder dem Gefühl des Autonomieverlusts hin zu einem eher selbstbestimmten Leben	**Normalisierung (AF 3)** **Beziehung zu anderen Menschen (AF1)**
Therapeutenwahl	Individuelle Positionierung Kriterien der Arztwahl	**Arztwahlkriterien (AF1)** **Beziehung zu Ärzten (AF1)**

Die Ankerfallbeschreibung besteht aus einem kurzen biographischen Portrait der befragten Person. Dabei werden pro theoretische Kategorie ein bis zwei Kernstellen aus dem Interview zur Illustration angeführt. Am Schluss steht eine kurze interpretative Zusammenfassung des Falls und seiner Kernaussagen.

Solche Kurzbiographien wurden für alle Befragten erstellt, um bedeutsame Merkmale in Bezug auf ihre Einnahmekarriere herauszuarbeiten und um diese in Beziehung zum „*Handelnden, wie er sich selbst sieht*“ zu setzen (Giddens 1984:110).

Daran anschließend werden in einer Tabelle die sogenannten Randfälle inhaltlich kurz zusammengefasst und mit dem Ankerfall gemeinsam dargestellt. Eine ausführliche Darstellung findet sich dann in der Tabelle zu den Anker- und Randfällen im Anhang. Hier wird dann pro Kernkategorie ein Randfall zitiert und näher erläutert.

5.1.2.1 Ankerfall I: Frau Moreno

„Probleme an der Wurzel packen“

Kurzportrait. Zum Zeitpunkt des Interviews ist Frau Moreno 34 Jahre alt. Bis zum Alter von 8-9 Jahren wuchs sie in Deutschland auf, danach besuchte sie nach der Trennung ihrer Eltern bis zum Alter von 18 Jahren ein Internat in Spanien. Sowohl an der dortigen Schule als auch im Land selbst gefiel es ihr überhaupt nicht. Ihr Vater wohnte weiterhin in Deutschland, heute hat sie jedoch keinen bzw. wenig Kontakt zu ihm. Von ihrer Mutter nimmt sie an, dass diese sich in Spanien aufhält. Ihre Eltern hatten sich getrennt, als sie etwa 8-9 Jahre alt war. Zu ihren Geschwistern ist der Kontakt eher sporadisch. Mit 18 Jahren unternahm sie ihren ersten Besuch Deutschlands seit ihrer Kindheit, um ihren Vater zu treffen, der zu diesem Zeitpunkt bereits eine neue Familie gegründet hatte. Sie kehrte nach Spanien zurück und kam dann mit 24 Jahren nach Deutschland in die Stadt, in der sie bereits in ihrer Kindheit lebte, zurück, wo sie sich bis heute aufhält.

Einen direkten Zusammenhang zwischen der Migration und der Depression sieht sie nicht: Jeder Mensch sei anfällig und verwundbar, aber trotzdem könne er fröhlich sein. Sie sei nach Deutschland (zurück)gekommen, weil sie es gewollt habe, und war auch zum Zeitpunkt der ersten Rückkehr davon ausgegangen, dass der Aufenthalt in Deutschland für immer sei. Nun werde sie aber doch endgültig nach Spanien zurückkehren, was ihr Angst bereite. Wo sie später wohne, sei ihr egal, denn wichtig für sie seien ihre Familie und die Menschen, mit denen sie zu tun habe. Sie möge Spanien genauso wie Deutschland, aber der dafür erforderliche Umzug mache ihr Angst.

Zuhause in der Familie werde Spanisch gesprochen, auch immer vor dem Hintergrund einer möglichen Re-Migration. Das solle den Kindern das Einleben erleichtern und ein Zugehörigkeitsgefühl zu Spanien schaffen. Zusätzlich hält sie sich ein Hintertürchen offen und plant, ihre Kinder zunächst auf eine private deutsche Schule zu schicken, um später – falls notwendig – leichter nach Deutschland zurückkehren zu können, sollten sie in Spanien nicht Fuß fassen.

Über mögliche Zukunftspläne möge sie gar nicht nachdenken, das sei das eigentlich Schlimme an ihrer Situation. Denn normalerweise mache sie viele Pläne für die Zukunft, die sie auch möglichst umzusetzen versuche, sie beschreibt sich als eine immer positiv eingestellte Frau, die nie Negatives äußere. Auch wenn es schlecht für sie ausgesehen habe, habe sie immer nach einem Ausweg gesucht. Doch nun

scheine durch ihre Depression eine Grenze erreicht worden zu sein, die sie nicht überwinden könne.

Frau Moreno befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews in einem Zustand nach einer Operation, mit dem die depressive Phase zusammenfällt. Nach der Operation, die sie als schweren Einschnitt für eine Frau im Allgemeinen und für sich im Besonderen bewertet, fühle sie sich von einer Traurigkeit gefangen gehalten, deren Wurzeln nicht verschwänden.

In Spanien habe sie aufgrund fehlender Möglichkeiten noch nicht nach medizinischer Hilfe gesucht. Dies sei bereits ihre zweite Depression; die erste habe sie jedoch als weniger schlimm empfunden.

Kernstellen. In den nun folgenden Schlüsselpassagen wird der Ankerfall ausführlich vorgestellt, und es werden die zentralen theoretischen Kategorien herausgearbeitet, um festzustellen, ob und in welcher Weise Autonomie vorliegt.

I Machterhalt

Frau Moreno empfindet ihren momentanen Zustand als nicht akzeptabel, denn sie selbst bezeichnet sich eigentlich als eine „*Kämpfernatur*“. Doch jetzt fehle ihr zu allem die Kraft; sie sei am Boden zerstört und merke, dass ihr die Medikamente nichts nützten. Ohne diese komme sie momentan jedoch auch nicht weiter.

Bruch - enttäuschte Erwartungen - keine Veränderungen

Denn jetzt geht es mir ganz schlecht, ganz schlecht, also ich will nicht leben, ich will nicht, ich will nicht, und das ist nicht normal. Ich bin normalerweise eine Person…, eine Kämpferin, die niemals aufgibt und …aber es fehlt mir die Kraft, ich will nicht, ich habe keine Kraft. Nein, ich kann allein so nicht weitermachen, ich fühle mich in ein tiefes Loch geworfen, sehen Sie, ohne Kraft, ich weiß nicht, die Medikamente scheinen nichts zu taugen. P 3:7 (57:62)

Que ahora estoy muy mal, muy mal, o sea no quiero vivir, no quiero no quiero, y esto no es normal, yo soy una persona normalmente una luchadora nunca me doy por vencida y ... pero no tengo fuerzas, es que no quiero, no tengo fuerzas; no, yo sola no puedo seguir así; yo me siento que estoy muy hundida no, sin fuerza, no sirven los medicamentos no sé.

Von den stimmungsverändernden Medikamenten nimmt sie lediglich die unerwünschten Nebenwirkungen wahr (verstärktes Schlafbedürfnis und Hunger), ansonsten sei sie ebenso antriebsarm wie zuvor ohne Medikamente. Die Medikamente bedeuten für sie daher weniger einen Fortschritt, vielmehr hat sie das Gefühl, wieder zurückgeworfen zu werden.

enttäuschte Erwartungen - keine Veränderungen

Und jetzt schlafe ich gut, aber sie [die Medikamente] machen mich hungrig, das habe ich allerdings bemerkt. Ich habe ein Gefühl von Hunger und Müdigkeit. Ich konnte nicht schlafen. Aber sonst nichts. *Und das ist sehr schlimm?* Ja, aber für mich ist es normal, mir geht's wie immer. *Und Ihre Stimmung?* Immer dieselbe, dieselbe, ach ich weiß nicht, ich stehe auf und sage okay, jetzt muss ich dieses erledigen, muss jenes machen, und oft mache ich gar nichts. Heute ja, heute habe ich einfach etwas gemacht, nicht wahr, aber es ist nicht wegen der Tropfen, denn ich brauche… denn ich habe das Gefühl, dass es nicht vorangeht, dass…P 3:9 (85:99)

Y ahora duermo bien, pero me dan hambre, eso si que lo he notado, me da una sensación de hambre y dormir, yo no podía dormir. Pero nada más. Y eso es una desgracia? *Si, pero para mí es normal, estoy igual.* Y su animo? *Igual, igual o no sé, es que me levanto y digo bueno, ahora tengo que hacer esto, tengo que hacer lo otro y muchas veces no hago nada, hoy si, hoy me ha dado por hacer no, pero no es por las gotas porque yo necesito... porque siento que me voy para atrás, que...*

Sie kommt mehrmals darauf zurück, dass die Medikamente ihre Probleme nicht für sie lösten, das empfände sie auch als unnatürlich (eine Tablette einzunehmen und die Probleme dadurch verschwinden zu lassen).

Selbstbildmanagement

[...] aber bei mir hat das Medikament nicht gewirkt, ich glaube nicht, denn ich glaube nicht an das Medikament, das deine Probleme in Ordnung bringt, dass ich eine Tablette nehme und dann keine Probleme mehr habe, nein, das ist nicht normal. P 3:16 (148:151)

[...] pero a mi el medicamento no me hizo nada, no creo, es que yo no creo en el medicamento que te arregle los problemas, me tomo una pastilla y yo no tengo problemas, no no es normal.

Das macht für sie die Depression auch schwer mit einer anderen Erkrankung vergleichbar.

Bewertung und Einstellung zu Medikamenten

Mensch, das hängt von den Medikamenten ab. Hast du z.B. Schmerzen, nun ja, dann nimmst du eine Tablette gegen diese Schmerzen, und es geht dir besser. Aber gegen die Depression, die Depression ist kein Schmerz, okay, sie ist ein Schmerz aber eher ein Seelenschmerz, keiner des Gefühls, ich glaube, dass es dafür keine Medikamente gibt, die Depression an sich, ich weiß nicht, in welcher Form sie wohl im Körper ist, keine Ahnung. P 3:53 (155:161)

Hombre, depende que medicamentos, por ejemplo cuando tienes un dolor, pues si, te tomas una pastilla contra ese dolor y te alivia, pero ante la depresión, es que la depresión no es un dolor, bueno es un dolor, pero mas bien es un dolor de alma, no de sentimiento yo creo que para eso no hay medicamentos, en si la depresión yo no se en que factor estará en el cuerpo, no se.

Für den Anfang der Erkrankung betrachtet sie die Medikamente noch als hilfreich, weil sie den Geist, die Person, die Seele ruhig stellten. Dies erscheine zunächst einmal als gut, doch wenn der Geist einige Tage nicht arbeite, dann sei er wie eingeschläfert. Die eigentliche Hilfe durch das stimmungsverändernde Medikament erscheint ihr unter diesem Gesichtspunkt wie eine Täuschung. Frau Moreno schildert, das stimmungsverändernde Medikament hätte sie dumm gemacht, weil sie dadurch aufgehört habe zu denken.

an sich arbeiten – innerer Kampf

[...], ich habe gerade angefangen, und die anderen, muss ich Ihnen sagen, waren sehr stark, und die Wahrheit ist, dass sie dir anfangs helfen, weil du …es ist dir egal, d.h., du begreifst das Problem nicht so ganz, nicht wahr, dein Gemüt, deine Person, dein Verstand will nicht arbeiten; einerseits ist das in Ordnung, d.h. ich finde es gut, weil dein Verstand ein paar Tage nicht arbeitet, so als würde er schlafen, nicht wahr, und du spürst, dass es dir hilft. Ich zumindest fühlte mich dadurch einige Tage wie benommen. P 3:54 (161:168)

[...], yo acabo de empezar y las otras ya le digo eran muy fuertes y la verdad es que al principio te ayudan porque estas... te da igual, o sea no asimilas tanto el problema no, tu animo, tu persona, tu mente no quiere trabajar; por una parte esta bien, o sea lo encuentro bien porque es un par de días de que tu mente no trabaja, esta como adormecida no, y puedes sentir que te ayuda, a mi por lo menos un par de días me dejo atontada.

Sie wolle diesen Zustand langsam wieder verlassen, müsse dabei aber vorsichtig sein. Sie vergleicht ihn mit einer Erkältung: ein Rückfall sei meist schlimmer.

Rückfall

Nun, ich musste ganz alleine Schritt für Schritt da herauskommen, und ich glaube, dass ich es noch nicht geschafft habe, falls nicht, ist es für gewöhnlich wie ein Schnupfen, wenn du dich nicht gut um ihn kümmerst, wird es bei einem Rückfall noch schlimmer sein. P 3:45 (176:178)

Pues sola tuve que salir poco a poco, y yo creo que aún no he salido, si no suele ser como un constipado, si no te lo cuidas bien a la recaída es peor.

II Aktives Handeln

Um sich in dieser ihr aussichtslos bzw. perspektivlos erscheinenden Zeit abzulenken, wendet sie sich Mal- und Bastelarbeiten zu, um nicht nachdenken zu müssen. Sie beschreibt das Gefühl, unbedingt etwas tun zu müssen, da das Medikament alleine nicht ausreiche.

Ablenkung - A handelnd – Zweifel

Gerade jetzt, gerade jetzt befinde ich mich in einer Situation, in der ich kein Morgen sehe, das heißt es ist mir egal. Ich lebe heute und ein einfaches Jetzt. Wenn ich anfange zu grübeln, dann fange ich an zu malen oder mache Dinge, um nicht, nein nein. Denn ich strenge mich an, ich sage dann nein, ich muss etwas unternehmen, nicht wahr, ich muss etwas unternehmen, weil das Medikament allein dir nicht helfen wird. Aber nein, nein, ich sehe keine Zukunft, ich habe enorme Angst, jetzt habe ich Angst vor allem, vor allem, ich weiß nicht, was ich sagen soll… Ich spreche immer mit der Ärztin... P 3:60 (44:51)

Ahora mismo, ahora mismo estoy en una situación que no veo mañana, o sea me da igual, vivo hoy y un simple ahora, si he de pensar pues me pongo a pintar o hago cosas para no, no no. Porque yo me esfuerzo, digo pues, no, tengo que hacer algo no, tengo que hacer algo porque solamente el medicamento no te va a ayudar, pero no, no, es que no miro el futuro, tengo muchisimo miedo, ahora le tengo miedo a todo, a todo, no sé que decir... yo estoy hablando con la doctora ...

Obwohl sie ihre Medikamente regelmäßig einnähme, bemerke sie keine Veränderungen an sich. Sie ist der Meinung, dass man, wenn man etwas Schwerwiegendes tief im Inneren habe, nach den Wurzeln suchen, daran arbeiten und so versuchen müsse, das Problem zu lösen. Denn man wisse nie, wann und warum eine Depression komme bzw. der Geist sich verändere. Man müsse versuchen, in dieses Syndrom (Depression/Traurigkeit) einzudringen. Trotz dieser resignativen Gedanken hoffe sie auf eine baldige Wirkung der Medikamente.

An sich arbeiten - ICH habe die Macht - keine Veränderungen - reflexives Problemlösungsverhalten

Es ist so, dass mir die Tabletten nicht helfen. *Nein?* Nein, ich denke, ich persönlich denke nein, sie beinhalten wohl etwas, ich weiß nicht, was sie beinhalten, aber manchmal verändere ich mich dadurch nicht, ich nehme sie täglich ein, nicht wahr, und ich kann nicht sagen, dass sich meine Probleme gelöst haben, nein, ich glaube nicht. Wenn du irgendetwas Starkes in dir drin hast, musst du daran arbeiten, um die Ursache zu suchen und das Problem zu lösen, denn das kann kommen, nie weiß man, warum eine Depression kommt, es kann auch sein, dass das Gehirn schon seit Jahren stehen geblieben ist, dann angefangen hat zu arbeiten, und dann kommst du in dieses depressive und traurige Syndrom, ich weiß nicht. P 3:12 (112:124)

Es que con las pastillas no me ayudo. No? *No, creo, yo personalmente creo que no, tendrán, no sé que contenido tendrán pero yo aveces no cambio, las estoy tomando todos los días no, y no puedo decir se me termino el problema, no, no creo; cuando tienes algo fuerte adentro, hay que trabajarlo para buscar la raíz y solucionar el problema porque este puede venir, no se sabe nunca porque viene una depresión, incluso puede ser de años atrás que la mente se quedo, se ha puesto a trabajar y entras en este síndrome depresivo y de tristeza yo no sé.*

Interessant ist in diesem Zusammenhang der Aspekt selbstregulativen Verhaltens. Frau Moreno, die den stimmungsverändernden Medikamenten gegenüber sehr kritisch eingestellt ist, reguliert deren Dosis nicht selbst. Sie vertraut auf die Verordnung und die Ratschläge bezüglich der Einnahmemodalitäten ihrer Hausärztin, die ihr ihrer Meinung nach nicht nur das Beste verordnet, sondern sie zusätzlich öfter telefonisch daran erinnert, sich überdies um psychotherapeutische Unterstützung zu kümmern. Eine andere Lesart für fehlendes selbstregulierendes Verhalten könnte durch fehlendes Vertrauen in ein Medikament begründet werden, dessen Dosis deshalb nicht reguliert wird, weil man Angst vor noch unerwünschteren Effekten hat.

keine Selbstregulation – Beziehung zum Hausarzt

Nein. Sie (die Hausärztin) verschreibt mir immer das Beste, nicht wahr? Ein anderer Arzt vielleicht, aber diese Ärztin nicht, sie sucht immer nach dem Besten, immer. Und in der Tat hätte sie mir Medikamente schicken können und mich stehen lassen können. Sie hat mir drei Telefonnummern gegeben, damit ich mich sofort mit Psychiatern und Psychologen in Verbindung setze, nicht war? Was ich weiß, ist, was sie betrifft... andere Ärzte, keine Ahnung, aber was sie betrifft. Sie macht das Beste, sie experimentiert nicht, ja, nehmen Sie das und mal sehen, wie es wirkt, nicht wahr? *Und Sie verändern auch mal die Dosis?* Die Dosis? *Die Dosis.* Wie verändern? *Nun, ja, es gibt Leute, die sich sagen, nun gut, ich nehme dieses Medikament nun schon eine Weile, und jetzt werde ich mal meine Dosis verändern.* Nein, das darf man nicht machen! Das erste Medikament zum Beispiel, das ich nehmen musste, waren drei Tabletten, die ich aber anfangs drittelte, weil sie sehr stark waren; das blieb mir überlassen. Oder zu diesen Tropfen sagte meine Ärztin beispielsweise: in den ersten Tagen nur 20 Tropfen, nicht 15 und später 20, du wirst schon selber sehen. Nein, ich darf nicht selber anfangen und sagen, so jetzt nehme ich 30. Ich denke nicht, dass man das machen darf. Ich warte immer ab. Wenn es mir nicht gut geht, könnte ich die Dosis erhöhen. Aber ich bin jemand, der so was nicht tun könnte, es könnte mich schließlich schädigen.

P 3:55 (187:216)

No. Ella siempre me manda lo mejor, no. Si fuera otro Doctor pero esta doctora no, siempre busca lo mejor, siempre, y de hecho me puede haber mandado medicamento y haberme dejado, me ha dado tres teléfonos para que yo me ponga en contacto enseguida con Psiquiatras y Psicólogos, no, yo que sé que por ella... otros médicos, no lo se, pero por ella. Ella hace lo mejor no experimenta, si tome esto a ver que tal, no. Y Usted arregla, puede arreglar la dosis? *La dosis?* La dosis. *Cómo arreglar?* No hay personas que dicen bueno, yo estoy tomando este medicamento durante un tiempo y ahorita voy a arreglar mi dosis. *No eso no se puede hacer, por ejemplo el primer medicamento que yo tuve eran tres pastillas pero tenia que dividirla en tres partes al principio porque eran muy fuertes, me lo puedo medicar o hacerlo como yo quiera, por ejemplo estas gotas me dijo la doctora: al principio un par de días 20 gotas, no 15 al siguiente 20 y de ahí tu vas viendo no, pero no puedo coger y decir yo sola 30 ahora no, no pienso yo que no se puede hacer, yo siempre espero, no si me va bien, si no me hacen nada puede ser sube la dosis, pero creo que una persona así yo no podría hacer eso, se puede perjudicar.*

Die Medikamente, die sie gegen ihre letzte Depression vier Jahre zuvor bekommen hatte, seien zwar viel stärker gewesen, hätten sie dafür aber auch aus der Depression herausgebracht. Deshalb überlege sie, ihre Ärztin nach diesen stärkeren Tabletten zu fragen.

aktives Einfordern von Medikamenten - Aushandlungsprozesse

Und die Tropfen, gut, sie lassen mich einfach gut schlafen, und das ist alles, ich habe bemerkt, dass ich davon Hunger bekomme, das schon; Vorher, vor vier Jahren habe ich andere Antidepressiva genommen, die waren sehr stark, aber zumindest habe ich es geschafft, aus dieser Depression herauszukommen. Ich weiß nicht, ob ich sie wieder bestellen soll, sie sind eben sehr stark. P 3:11 (103:107)

Y las gotas bueno, no mas que me hacen dormir bien y ya esta, me dan hambre eso sí, lo he notado; yo anteriormente hace cuatro años tome otras antidepresivas, eran muy fuertes, pero por lo menos llegue a salir de aquella depresión, no sé si volver a pedirlas, es que son muy fuertes.

III Beziehung zum Hausarzt

Sie gehe, seitdem sie wieder in Deutschland sei, zur selben Allgemeinärztin, die auch gleichzeitig die Ärztin ihrer Kinder sei. Manchmal habe sie Probleme mit der Sprache, da es im Spanischen Ausdrücke gebe, die sie im Deutschen nicht kenne bzw. für die es für sie keine Entsprechung gebe. Sie schätze ihre Hausärztin sehr und vertraue ihr Vieles an. Sie sei für sie Psychologin, Psychiaterin und Vertrauensärztin in einem; sie fühle sich von ihr verstanden, auch wenn ihr selbst manchmal die richtigen Worte fehlten.

Beziehung zum Hausarzt

A: Und Sie gehen immer zum selben Hausarzt? B: Immer. *A: Und seit wann?* B: Seitdem ich hier in Deutschland bin. Seit '89 bin ich beim selben Arzt, weil meine Kinder auch dorthin gehen und, das sage ich Ihnen, die Ärztin ist, außer dass sie Ärztin ist, auch Mensch, nicht wahr? Denn es gibt Ärzte, die nicht ins Schwarze treffen, nicht wahr? Sie ist eben außerdem noch Mensch! Ich verstelle mich z.B. immer, ich sage, ich habe dieses Problem, das vielleicht nichts zur Sache tut, nicht wahr. Sie hat mir gesagt gut, dies, dies, jenes. Mit meiner Tochter habe ich dieses Problem, was soll ich tun, und sie hat mir sehr gut getan. Abgesehen davon, dass sie Ärztin ist, ist sie ein Mensch, der mir viel geholfen hat. Neulich hatte ich ein Gespräch mit ihr, in dem ich ihr meine Situation erklärte, und ich sage Ihnen, sie ist besser als eine Psychiaterin, denn sie hat bei mir ins Schwarze getroffen…
P 3:23 (244:261)

A: Y siempre va al mismo Médico Familiar? *B: Siempre.* A: Y desde cuando? *B: Desde que estoy aquí en Alemania, desde el '89 estoy con el mismo médico, porque mis hijos también van ahí, y es que ya le digo la doctora a parte de ser médico es persona no, porque hay médicos que le pasa no punto, no, es que aparte es persona, por ejemplo yo vivo disfrazada, yo digo tengo este problema que a lo mejor no tiene nada que ver no, ella me ha dicho bueno esto, esto, lo otro, con mi hija tengo este problema, que hago y ella me ha dado muy bien, a parte de médico es una persona que a mi me ha ayudado mucho, el otro día tuve una conversación con ella explicándole mi situación y le digo que es mejor que un Psiquiatra, porque es que me dio en el punto donde ....*

Ich spreche immer mit der Ärztin… denn abgesehen davon, dass sie Ärztin ist, ist sie für mich ein großartiger Mensch, ich erzähle ihr alles, wirklich, ich glaube, sie ist meine Psychologin, meine Psychiaterin, meine Ärztin, sie ist wirklich alles, alles, und sie versteht mich. Mir fehlen viele Wörter, aber sie versteht mich. P 3:6 (51:56)

Yo estoy hablando con la doctora ... porque a parte de doctora es una gran persona para mí, yo le cuento todo, bueno yo creo que es mi Psicóloga, mi Psiquiatra, mi doctora, es todo de verdad es todo y ella me entiende, muchas palabras me faltan pero ella me entiende.

Über ihre Depressionen und deren Behandlungsmöglichkeiten spricht sie außer mit ihrer Hausärztin mit niemandem. Es gehe ihr bereits so schlecht, dass sie keine zusätzlichen Informationen (Bücher/Medien) benötige.

Resignation - kein Informationswunsch

Nein, ich habe sie erlebt, und da ich sie gespürt habe, will ich keine zusätzliche Information, ich kenne die Symptome und was mit einem passiert und wo es hinführen kann, so wie es bei mir geschehen ist, nicht wahr? Ich brauche von niemandem Informationen über sie. (Unterbrechung). Wie ich Ihnen sagte, ich brauche keine Information über die Depression, ich weiß, wo sie hinführen kann. P 3:51 (369:375)

No, yo la he vivido y como la he sentido, no quiero mas información, sé los síntomas y lo que te pasa y hasta donde puedes llegar como a mí me ha pasado, no; Yo no necesito que nadie me informe sobre ella. (Interrupción). Como le decía, no necesito información sobre la depresión, sé hasta donde se puede llegar.

In Spanien ist sie drei Jahre zu einer Psychiaterin gegangen. Dies half ihr erheblich weiter, da sie zu dem Zeitpunkt (mit Ausnahme von Schlafmitteln) keine Medikamente einzunehmen brauchte. Hier in Deutschland war sie vor drei Jahren bei einem Psychiater, mit dessen „*Gefühlskälte*“ sie jedoch nicht zurechtgekommen sei. Letztes Jahr, als es ihr bereits wieder schlechter ging, war sie gemeinsam mit ihren Kindern bei einem Psychiater.

Beziehung zu Psychiatern

Nein, nein, als ich jung war, bin ich in Spanien drei Jahre zu einer Psychiaterin gegangen, und sie hat mir wirklich ziemlich geholfen, denn ich nahm keine Medikamente, okay, ab und zu zur Beruhigung, denn ich war ständig ziemlich nervös, und ab und zu gab sie mir etwas zum Schlafen und so, sonst nichts. Und hier, ich glaube vor vier Jahren, wenn ich mich nicht irre, oder ich glaube vor drei, drei Jahren, bin ich einmal hin und dann nicht mehr. *A: Nein?* B: Nein, denn als ich mit diesem Menschen zu tun hatte… ich glaube, dass es ihnen auch trotz Medikament sehr schlecht geht, sehr schlecht, das, was sie brauchen, ist, ich weiß nicht, wie ich es Ihnen erklären soll, du brauchst so dringend Hilfe, dass du hoffst, dass diese Person… dann aber eine riesige Kälte, so wie er mit mir sprach und alles. Ich bin, ich bin nicht mehr zu ihm hingegangen; und vor einem Jahr, als ich Dummheiten gemacht habe, bin ich mit meinen Kindern zu einem hingegangen. A: *Und wie war's?* B: Sehr gut, denn Tatsache ist, dass ich mich geöffnet habe, nicht wahr, und also habe ich ihm alles erzählt, was ich durchmachte, ja, ich habe außerdem sogar ziemlich viel geweint. Und in der zweiten Sitzung sagte er mir, dass er mich, nun gut, an den Tagen, an denen er mich untersucht hatte, sagte er, ich sei eine Person, die sich schnell öffnet und er wollte mir die Frage stellen, warum ich es getan hatte. Nun gut, darauf sagte ich ihm, schauen Sie, ich gehe morgen fort, ich kenne Sie nicht und ich werde Sie nicht

mehr sehen. (Unterbrechung). Und ich habe ihm alles erzählt und er sagte mir, dass ich bitte hingehen sollte, dass ich, wenn ich käme und gerade keine Depression durchmachte, er sagte, dass ich hingehen sollte, dass ich mich melden sollte, nicht wahr, das hat er mir gesagt. Ich weiß nicht, wie das gekommen ist, aber…

P 3:58 (295:326)

No, no, cuando era joven vi tres años a un psiquiatra en España y si me ayudo bastante porque no tuve medicamento, bueno de vez en cuando para tranquilizarme porque solo pasaba bastante nerviosa y de vez en cuando me daba para dormir y eso, nada mas. Y aquí hace creo que cuatro años si no me equivoco o tres, tres años creo, fui una vez, y no fui más. A: No? *B: No, porque cuando tuve con esas personas... yo pienso aun con el medicamento están muy mal, muy mal, lo que necesitan es, no se como explicarle, necesitas una ayuda tan grande que esperas que esa persona... entonces pues un frío tremendo, de la forma en que me hablo y todo. No fui, no fui a verlo mas; y hace un año cuando hice locuras, con mis hijos fui a uno.* A: Y como fue? *B: Muy bien, porque la verdad es que me abrí, no, y entonces pues le comente todo lo que yo pasaba, bueno incluso hasta llore bastante, y la segunda sección me dijo que me había, bueno, los días que me había examinado, dijo que yo era una persona que me abriera fácilmente, y quería hacerme una pregunta, que porque lo había hecho, bueno entonces yo le dije, mire yo mañana me voy, yo a usted no le conozco y no le voy a ver mas. (Interrupción). Y yo le conté todo y me dijo que por favor que fuera, que cuando viniera, y no estaba pasando por una depresión, me dijo que fuera; que me pusiera en contacto no, él me lo dijo. No sé a que raíz a venido esto, pero....*

IV Beziehung zu anderen Menschen

Frau Moreno lebt mit ihren Kindern alleine. Sie möchte nicht, dass die Kinder mitbekommen, dass sie depressiv ist, und versucht, sich deshalb so gut und so oft es geht zurückzuziehen. Doch die Kinder merken, dass sie verändert und auch oft traurig ist. Auch vor ihren Freunden versucht sie ihren Zustand zu verbergen; sie möchte sie mit ihren Problemen nicht belasten.

Familie, Freunde

Ja, und Ihre Familie, wie sieht Ihre Familie Ihre Situation? Es klappt sehr gut, ich sage nur deshalb sehr gut, weil ich, wenn meine Kinder zu Hause sind, darauf achte, dass sie mich nicht so sehen, nicht wahr. Es ist nicht so, dass ich immer so gewesen bin, ich will nicht, dass sie mitbekommen, wie ich mich fühle. *Aber wissen sie von Ihrem Zustand?* Sie wissen, dass ich seltsam bin, dass ich manchmal traurig bin, aber… P 3:21 (218:226)

Sí. Y su familia, como ve su familia su situación? *Me llevo muy bien, solo digo muy bien porque cuando mis hijos están en casa, suelo que no me vean no, no es que yo siempre he sido así, no me gusta que vean lo que yo siento.* Y saben de su situación? *Saben que estoy rara, que a veces estoy triste pero...*

Sie ist sich darüber im Klaren, dass sie Hilfe benötigt, weist die Angebote ihrer Freundin jedoch zurück und lässt fremde Hilfe nicht zu. Sie besteht darauf, selbst die Ursachen ihrer Depression bekämpfen zu können. Eher noch bietet sie anderen ihre Hilfe an.

Familie, Freunde - Zurückweisen von Hilfe

Und Ihre Freunde und Kolleginnen? Ja, aber sie merken das nicht, ich bin jemand, der nicht so seltsam ist, als dass sie das merken würden. *Und geben Sie ihnen Ratschläge oder ähnliches?* Nein, ich nehme nur die Ratschläge an, nicht wahr? Nein, sie fragen mich, was ist los mit Dir, was hast Du,

nichts, nichts, ich bin ein bisschen müde, ich nehme zur Zeit ein Medikament, das ein bisschen stark ist, aber ich sage ihnen weder warum noch weshalb, sie finden mich seltsam, nicht wahr, was ist los mit dir? Ach nein, es ist, weil ich viele Probleme habe und meine Situation erfordert es eben und sie beachten mich nicht. Nun, ich sage nichts, öffne mich ihnen nicht, besser so, nicht? Sie haben mit sich selbst genug zu tun, als dass ich... nein, ich mag das nicht, ich mag das nicht. P 3:22 (228:242)

Y sus amigos y compañeras? *Si, pero no lo notan, es que yo soy una persona que no es raro que lo noten.* Y dan consejos o algo así? *No, solo agarro los consejos, no no ellos me dicen que te pasa, que tienes, nada nada, estoy un poco cansada, me estoy tomando un medicamento un poco fuerte, pero no digo el porque ni el porque, me ven rara no, que te pasa? No, es que tengo muchos problemas y mi situación, pues lo requiere y no me hacen caso, es que no digo, no me abro a ellos, mejor así, no, ellos tienen bastante con lo suyo para ir, yo a... no, no me gusta, no me gusta.*

Zusammenfassung

Das Thema Identität und (Wieder-) herstellen von Normalität wird von den Patienten häufig wiederholt und dominiert im Vergleich zu anderen Themen das Interview. Die Patientin muss „*aktiv*“ etwas tun / gestalten, um ihre Identität, das kann in diesem Fall die vorherige Normalität sein, wiederherzustellen[17] und das vorherige "*Selbst*" wieder zu spüren. Ihr schlechter Zustand ist Antrieb für die Frage nach ihrer tatsächlichen Persönlichkeit ("*Wer bin ich eigentlich?*"). Das stimmungsverändernde Medikament wird nicht als das Vehikel wahrgenommen, mit dem ein anderer - besserer - Zustand hergestellt werden kann. Erwartet wird dies von dem Medikament jedoch schon. Der Wunsch nach Veränderung wird explizit geäußert, da sich aber nichts verändert, erscheinen die stimmungsverändernde Medikamente als das falsche Mittel und die Arbeit an "*sich selbst*" - an der Wurzel des Problems - als der richtigere Weg. Weil die Depression ein Seelenschmerz sei, gebe es dagegen keine Medikamente. Die stimmungsverändernden Medikamente ermöglichten lediglich eine Auszeit für den Körper. Sie achtet grundsätzlich darauf, nach außen als stabil zu erscheinen, statt anders als sonst, krank oder labil/schwach. Da sie glaubt, ihr Leben, ihre Probleme nicht im Griff zu haben, äußert sie Versagensgefühle. Sie ist davon überzeugt, dass Probleme abgearbeitet werden müssen, wie z. B. die für ihre Begriffe nicht geglückte, zumindest psychisch nicht überwundene Operation. Es erscheint, als kämpfe sie gegen ihr Selbst, das sie so, wie es sich jetzt darstellt, nicht annehmen kann, da es sie in ihrem Handeln einschränkt. Sie sucht nach Mitteln, ihr altes Bild von sich selbst zu erhalten.

---

[17] Vgl. S. 134.

Kernkategorien: Folgende Kategorien wurden aus dem Interview mit Frau Moreno entwickelt:

(1) Machterhalt

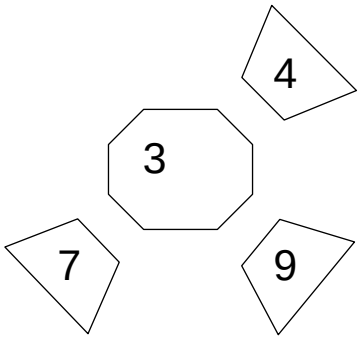
(2) Aktives Handeln

(3) Beziehung zum Hausarzt

(4) Beziehung zu anderen Menschen

In der ersten Spalte der folgenden Tabelle 10 finden sich die im Interviewmaterial von Frau Moreno identifizierten Kernkategorien. Für die Minimalvergleiche wurden die Interviews mit Frau Azul, Herrn Verde und Frau Amarillo herangezogen. Kurze, inhaltliche Zusammenfassungen zu den Kernkategorien für die jeweiligen Interviews finden sich in den weiteren drei Spalten. Dabei wurden die konkreten inhaltlichen Schwerpunkte farblich hervorgehoben.

Das Interviewmaterial zu den drei Randfällen, bezogen auf die Kernkategorien, wird in Tabelle 20 im Anhang vorgestellt.



Für Herrn Verde scheint Heilung eher vom Arzt als vom Medikament bestimmt zu sein (das Medikament erscheint fast zweitrangig).

Abbildung 10: Ankerfall nebst Randfällen zu: dem stimmungsverändernden Medikament wenig Macht/Wirkung beimessen.

Tabelle 10: Inhaltliche Zusammenfassung der Randfälle (Ankerfall I)

Frau Moreno	Frau Azul Espan_4	Herr Verde Espan_7	Frau Amarillo Espan_9
I Machterhalt, Angst vor Macht-, bzw. Kontrollverlust	Sie bezeichnet sich als Kämpfernatur und möchte die Kontrolle über ihren Zustand nicht an ein stimmungsveränderndes Medikament abgeben. Retrospektiv (20 Jahre später) hat sich ihre Einstellung geändert, so dass sie sich aus heutiger Sicht u.U. doch Medikamente vom Arzt verordnen lassen würde.		Sie nimmt das stimmungsverändernde Medikament mit vielen Vorbehalten und hat Angst, die Kontrolle über das stimmungsverändernde Medikament und über sich zu verlieren und abhängig zu werden. Ausdrücklich verzichtet sie deshalb auf Schlafmittel, die sie zuvor noch eingenommen hat.
II Aktives Handeln	Sie hatte sich geweigert, stimmungsverändernde Medikamente einzunehmen oder überhaupt einen Arzt aufzusuchen. Mit viel Selbstdisziplin und Unterstützung durch ihre Mutter hat sie die Depression überwunden.	Er grenzt sich gegenüber Ärzten ab, von denen er sich nicht ausreichend informiert fühlt. Es kommt dabei auch zu Meinungsverschiedenheiten.	Sie wechselt ihren Arzt, nachdem dieser keinen Dolmetscher/Übersetzer bei der Konsultation zugelassen hat.
III Beziehung zum Hausarzt	Die enge/starke Beziehung zur Mutter scheint die Arzt-Patient-Beziehung zu substituieren. s. II	Eine gute Arzt-Patient-Beziehung ist ihm so wichtig, dass er dafür auch den Arzt wechselt. Eine Beziehung, in der er sich ausreichend informiert und ernst genommen fühlt, ist ihm wichtiger als das stimmungsverändernde Medikament Heilung scheint eher vom Arzt als vom Medikament bestimmt zu sein; letzteres erscheint fast zweitrangig.	s. II
IV Beziehung zu anderen	Die sehr enge Beziehung zu ihrer Mutter ersetzte ihr fast Arzt und Medikament. Der Kontakt zu anderen spielt zumindest im Interview keine Rolle.	Die Beziehung zu anderen (Familie, Freunde) spielt in dem Interview kaum eine Rolle.	Ihr ist die Unterstützung durch ihre in Spanien lebende Familie sehr wichtig, zu der sie fast täglich telefonisch Kontakt hat. Die Familie ist den stimmungsverändernden Medikamenten gegenüber kritisch eingestellt.

5.1.2.2 Ankerfall II: Frau Café

Die Wirkung des stimmungsverändernden Medikaments selbst bestimmen können

Kurzportrait. Zum Zeitpunkt des Interview ist Frau Café 55 Jahre alt. Sie stammt aus Nordwestspanien und kam 1965 mit 19 Jahren alleine und mit dem Ziel, Geld zu verdienen und unabhängig von ihren Eltern zu leben, nach Deutschland. Eigentlich wollte sie Nonne werden (Nonne sein = Loslösung vom Elternhaus), was die Eltern jedoch nicht erlaubten und weswegen sie sie von der Klosterschule nahmen. Dann bot sich eine Tante an, ihr eine Stelle als Sprechstundenhilfe zu verschaffen. Die Eltern waren wiederum dagegen, da der Arzt alleinstehend war. Mit der Volljährigkeit entschied sie sich gegen den Willen ihrer Eltern dazu, nach Deutschland zu kommen. Zuerst arbeitete sie in einer Fabrik in einem norddeutschen Mittelgebirge. Sie wohnte in einem Arbeiterinnenwohnheim, in dem es neben der Verpflegung auch extra einen Übersetzer für die spanischen Arbeiterinnen gab. Das Leben dort genoss sie sehr und beschreibt diese Zeit als „*die beste in ihrem Leben*“. Sie lebt mit ihrem Mann und ihrem erwachsenem Sohn in einer gepflegten Altbauwohnung.

Frau Café arbeitet jetzt als „*Mädchen für alles*“ (als ungelernte Kraft) in einer Praxis für Körperpflege. Sie berichtet von Problemen bei der Arbeit, da sie immer alle Aufgaben hundertprozentig erledigen möchte und sich dabei selbst sehr unter Druck setzt. Dafür wird sie mittlerweile von ihrer Chefin kritisiert, weil sie ihr sehr nervös und unstet erscheint.

Zu der Psychologin der *CARITAS* unterhält sie eine sehr enge Beziehung. Zusätzlich zu den Terminen in der Beratungsstelle wird sie von ihr zu problematischen Arztbesuchen begleitet, durch Hausbesuche unterstützt und in ihrem Verhältnis zum mittlerweile volljährigen Sohn beraten.

Ihre ersten Erfahrungen mit stimmungsverändernden Medikamenten hat sie bereits fünf Jahre zuvor gemacht. Ihr Sohn war mit dem Vater in den Ferien in Spanien. Sie war allein. In der Neujahrsnacht begannen einer Panikattacke ähnelnde Symptome, sie fand jedoch erst am darauf folgenden Tag medizinische Hilfe in einem Krankenhaus. Einige Tage später überwies man sie in eine psychosomatische Klinik. Während der neun Wochen, die sie dort blieb, wurden jegliche Psychopharmaka abgesetzt. Ihr wiederholtes Einfordern von Medikamenten blieb ohne Erfolg. Sehr unzufrieden mit dieser Situation ließ sie sich nach der Entlassung von ihrem Hausarzt er-

neut stimmungsverändernde Medikamente verordnen. Bei dieser Verordnung blieb es bis zum Zeitpunkt des Interviews.

Sie schaut sich regelmäßig Gesundheitssendungen im Fernsehen an und ist über ihre Erkrankung und die Medikation sehr gut informiert.

Als Ursache ihrer Depression nennt sie den Tod des Vaters in Spanien. Gerne hätte sie ihren Vater beim Sterben begleitet, doch stattdessen war es ihr leider nur möglich, überstürzt zur Beerdigung anzureisen. Jetzt bedrückt sie die Sorge, dass sie möglicherweise ihrer Mutter vor deren Tod ebenfalls nicht mehr begegnen könnte. Dem Tod des Vaters und der Beziehung zu ihrer Familie in Spanien wird in dem Interview viel Raum gegeben. Ähnlich wie in den unter Ankerfall I beschriebenen Interviews ist auch hier der Beziehungsaspekt zu den behandelnden Ärzten zentral.

Kernstellen. In den nun folgenden Schlüsselpassagen wird der Ankerfall ausführlich vorgestellt, und es werden die zentralen theoretischen Kategorien zur Autonomie herausgearbeitet.

(1) Selbstregulation

Frau Café zeigt „Mut zum Experiment“ und nimmt die Regulation der Dosis selbst in die Hand. Sie probiert aus, welche Menge ihr in welcher Kombination mit anderen Präparaten gut tut. Obwohl sie zwei Tabletten nehmen soll, nimmt sie i. d. R. nur eine. Geht es ihr nicht so gut, nimmt sie hingegen zwei Tabletten und wartet ihre Reaktion ab.

Dosisregulation - Einnahmestrategien - Regulation nach momentaner Notwendigkeit

---

Solian©, das kann ich sagen, und er hat mir die Hunderter-Packung aufgeschrieben, aber in der Apotheke haben sie diese nicht, und er hat mir gesagt, Sie müssen zwei davon nehmen, aber bis jetzt nehme ich nur eine. Denn ich möchte sehen... mal sehen wie es wirkt, verstehen Sie? Ich nehme zurzeit eine, das sind 50, und 25 die andere, das macht 75. So sind das 75. 25 Maprotelin© und 50 Solian©, und wenn ich merke, dass es nicht funktioniert – denn das merke ich sofort. Wenn es mir schlecht geht, dann nehme ich anstatt 25 noch mal 25 und anstatt 50 nehme ich 100. P 5:2 (68:76)

Solian©, lo puedo decir y el me ha escrito el 100 pero en la farmacia no tienen este, y me ha dicho tiene que tomarse dos pero yo ahora estoy tomando solamente uno. Porque quiero ver... a ver como reacciona entiende?Estoy tomando una que son 50 y 25 el otro, son 75. Así que son 75. 25 de Maprotelin© y 50 de Solian©, y cuando me veo que la cosa no va - porque yo lo noto enseguida. Cuando me voy a encontrar mala, pues en vez de tomar 25 me tomo otros 25, en vez de tomar 50 me tomo 100.

Sie teilt ihrem Arzt mit, dass sie selbstständig die Dosis verändert. Dieser scheint mit ihrer Entscheidung einverstanden zu sein, bittet sie aber darum, sich regelmäßig von ihm untersuchen zu lassen.

Dosisregulation - Beziehung zum Hausarzt

Nein, Nebenwirkungen habe ich nicht, aber es hat mir nichts gebracht. Verstehen Sie mich, da sie bei mir nichts ausrichteten, nahm ich drei Johanniskraut und eine Maprotelin©. Das waren täglich vier Tabletten. Und jetzt nehme ich tagsüber gar keine, nur in der Nacht, und das sage ich Ihnen. Dr. P. will mich jeden Monat sehen, damit er weiß, ob die Menge, die er mir verordnet hat, in Ordnung ist, ob es zu viel oder zu wenig ist oder wie es nun ist. P 5:16 (389:395)

No, efectos secundarios no tengo, pero no me hacia nada. Me entiende, como no me hacia nada yo me estaba metiendo 3 Johanniskraut y 1 Maprotelin©. Era 4 tabletas diarias. Y ahora no me tomo ninguna de día, solamente de noche y ya le digo. El Dr. P.quiere verme todos los meses para él saber si esta bien la cantidad que me ha dado o es mucho, es poco o como es.

Und Dr. E. hat entschieden, mir drei mehr zu geben, drei Packungen mehr von Maprotelin©, nachdem er mich untersucht hat und ich ihm gesagt habe: Dr. E., schauen Sie, ich bin ganz rot, also hat er mir sie auf zwei reduziert, zwei Packungen, und so war das für dreieinhalb Jahre, und danach, da hat er mir gesagt: „Meine Dame, Sie haben es geschafft, Ihnen geht es besser.“. P 5:33 (313:319)

Y el Dr. E. ha decidido darme 3 mas, 3 botes mas de Maprotelin©, después que me ha visto, que lo le he dicho: Dr. E. mire que estoy muy roja, pues me lo rebajo a 2, 2 botes y he estado así por 3 ½ años y después cuando me ha dicho Señora Usted ha rellenado esto, usted se encuentra mejor.

Für ihre Depression bzw. ihren Gesundheitszustand möchte sie alleine verantwortlich sein und niemanden damit belasten. Eine Möglichkeit, diese Verantwortung zu übernehmen, sieht sie darin, weniger stimmungsverändernde Medikamente einzunehmen und damit aktiv etwas für eine Zustandsverbesserung zu tun. Sie möchte auch nicht mit anderen darüber sprechen und hat ihr Befinden mittlerweile als gegeben akzeptiert. Die Reduzierung der Dosis geht für sie einher mit der Verringerung ihrer Krankheit bzw. mit der Einstellung „*je kränker jemand ist – desto mehr Medikamente muss er nehmen*“. Denn weil sie darauf angewiesen ist, stimmungsverändernde Medikamente zu nehmen, weiß sie, dass sie krank ist, dass sie eine Depression hat.

Selbstbildmanagement – Probleme mit der Diagnose – Einsatz für die Familie

[...] Natürlich weiß ich, dass das Medikament, das sie mir verordnet haben, einerseits gut und andererseits schlecht ist, aber die Angst ist sehr groß, denn schauen Sie, wenn ich dieses Medikament einnehme, weiß ich, dass es mir schlecht geht. Das heißt, ich verbittere meinen Mann, meinen Sohn und mich selbst und dann mache ich alles noch schlimmer, weil ich nicht nur mich selber verbittere, sondern ich verbittere alle Personen, die um mich herum sind. Weil ich schlechte Laune hatte, wollte ich nicht mit ihnen sprechen. Es störte mich, mit ihnen zu reden, und ich musste mich entscheiden, entweder dieses Medikament zu nehmen - oder immer zu knurren, und ich versuche, es so wenig wie möglich zu nehmen.

P 5:20 (704:714)

(...) Claro yo se que este medicamento que me dieron es bueno para unas cosas y esta perjudicando otras cosas, pero el miedo es muy grande porque mire, si yo tomo este medicamento yo se que estoy mal. O sea amargo a mi marido, a mi hijo y me amargo yo misma y enseguida lo hago peor todavía, porque no me amargo sola, sino que amargo a todas las personas que están cerca de mi. porque yo llegaba a tomar la leche, no quería hablar con ellos. Me molestaba hablarle, y yo tuve que distinguir una cosa, o tomar ese medicamento - o estar siempre gruñendo y yo procuro tomarlo lo menos posible.

(2) Arztwahlkriterien

Nachdem sie verzweifelt einmal versucht hatte, in mehreren Krankenhäusern und bei niedergelassenen Ärzten, die sie kannte, akut Hilfe gegen ihre Panikattacke zu bekommen, gab man ihr in einem Krankenhaus erst einmal eine Beruhigungsspritze. Dies reichte ihr nicht aus, und sie versuchte, auf eigene Faust ein Medikament verordnet zu bekommen. Inzwischen hatte man ihr bereits ein trizyklisches Antidepressivum gegeben. Sie verband damit keine positiven Erinnerungen und betonte, dadurch stark zugenommen zu haben.

Probleme mit der Behandlung - unerwünschte Wirkungen

Mein Magen hat sich zusammengezogen, und sofort rufe ich bei der psychosomatischen Klinik an, ich rufe dort an, und währenddessen haben sie mir Aponal© gegeben, dieses Aponal© ist total schlecht, okay, schlechter als die, die ich gerade nehme, und die sind schlecht, aber jenes hat mich fast auf 72 Kilos gebracht.

P 5:6 (256:260)

Se me cerro el estomago y enseguida llamo a la Psychosomatische Klinik, llamo allí y mientras me han dado Aponal©, ese Aponal© es malisimo, bueno peor que los que estoy tomando y estos son malos, pero ese me puso casi con 72 kilos.

Autonomie in der Beziehung zum Arzt

Ja, ich habe gesagt, dass ich wollte, dass sie mir bitte eins geben sollten, nicht? Ja, ich habe es genommen, ich habe das Aponal© genommen, das sie mir im Krankenhaus verschrieben hatten, aber sie bewahrten es für mich auf, mir haben sie es nicht gegeben, mir gaben sie es nicht. Und eines Tages bin ich zum Stationsarzt gegangen, denn der Stationsarzt, es waren zwei Ärzte aber ich hatte einen, einer war für mich da und für mehrere Personen, wir hatten nicht alle den gleichen. Und ich bin zu einem gegangen, der so dumm war, dass ich nicht weiß, wie er dort hingekommen ist, wirklich, und ich bin mit ihm zusammen hin, und er sagte mir, dass es ihm leid tut, aber dass er es mir nicht geben würde. Er hat es mir nicht gegeben, und mir ging es schlecht, sehr schlecht, sie haben es mir nicht gegeben. Im Zeitraum von neun Wochen haben sie mir nichts gegeben.

P 5:1 (279:290)

Si, yo he dicho que quería, por favor que me dieran uno, no, si yo lleve, yo lleve el Aponal© que me habían recetado en el hospital, pero me lo tenían ellos, a mi no me lo han dado, pero no me lo daban y un día he ido al Médico de estación, porque el médico de estación eran dos médicos, pero yo tenia uno, uno era para mi y para varias personas, no teníamos todos el mismo. Y he ido donde uno que era mas tonto que no se como estaba allí, de verdad y he ido junto con el y me dijo que lo siente, pero que no me lo daba, no me lo daba y yo me encontraba mala, malísima, no me lo han dado. En el tiempo de nueve semanas no me han dado nada.

Nach einer Meinungsverschiedenheit mit ihrem Arzt wechselte sie zu einem anderen. Obwohl sie mit diesem auch nicht gleich zurechtkam, blieb sie dann doch bei ihm, weil der Arzt sie direkt auf ihre offensichtliche Unzufriedenheit angesprochen hatte. Er schlug ihr vor, dass sie sich Zeit lassen solle, um sich an ihn zu gewöhnen. An

folgendem Textbeispiel wird die Entwicklung[18] zu einem neuen, selbstbewussten und forderndem Selbstverständnis als Patientin besonders deutlich.

Beziehung zum Hausarzt

Aber der erste war unhöflich und ernst zu mir. Und er war unhöflich zu mir. Also wollte ich zu einem wechseln…, aber dieser hat viele Apparate und der andere nicht, aber trotzdem habe ich gewechselt. Ich hatte schon mit der Krankenschwester gesprochen und alles und sie sagte zu mir, Sie müssen nichts machen, wir machen das, wir fordern die Daten an und fertig. Eines Tages bin ich hingegangen, und ich weiß nicht, was ich ihn gefragt habe, ich weiß nicht, was Dr. G. ihm gesagt hat, er sagt, ich bin nicht der Dr. E., jetzt bestimme ich! Also, ich habe ihn böse angeschaut und gesagt, hierher komme ich nicht wieder. An einem anderen Tag bin ich hingegangen, weil dieser Arzt im Urlaub war und nicht da war, und ich bin hingegangen, weil ich hinmusste, weil ich kein Medikament hatte. Er sagt also zu mir gut, Frau G., Sie und ich, warum verstehen wir uns nicht so gut? Und ich weiß nicht, warum er sagt, es ist, weil ich neu bin und Dr. E. und ich natürlich unterschiedlich sind, ich bin eher modern und dies und das, aber warum sollten wir uns nicht gut verstehen, und da fing er langsam an, mir zu gefallen. Und ich bin bei ihm geblieben, aber wenn er das nicht gesagt hätte, wäre ich nicht mehr zu ihm gegangen, weil er sehr unhöflich zu mir war und das mit einem ziemlich langen Gesicht – schließlich kam er mit der gleichen Masche wie das Krankenhaus, denn Sie wissen, dass die Ärzte im Krankenhaus selten freundlich sind, und sie gehen in eine Sprechstunde, und anstatt, dass sie Patienten hinzugewinnen, verlieren sie sie, denn er hat mir gesagt, sollen die Patienten des Dr. G. doch bei mir bleiben, und ich habe darüber nachgedacht, nicht mehr zu ihm zu gehen, denn ich erzählte ihm bereits nichts mehr. Denn da er mir so antwortete, habe ich ihm also nichts mehr erzählt. Und außerdem missverstehen wir uns, ich bin ein bisschen moderner, aber wir werden uns doch nicht schlecht verstehen! Und schon bin ich bei ihm geblieben. Und jetzt schon, jetzt erzähle ich ihm doch die Dinge und habe inzwischen keine Angst mehr vor ihm. Wenn ein Arzt…, man spricht mit ihm, und er unterbricht das Gespräch und lässt mich es ihm nicht erklären, dann sage ich gleich nichts mehr. Denn wenn ich hierher komme, um ihm dies zu erklären, dann deshalb, weil es wichtig für mich ist. Du bist ein Arzt, und wenn mir ein Arm weh tut, dann sage ich, dass mir der Arm hier weh tut und dass mir diese Hand hier weh tut, aber wenn du mich nicht behandelst, dann komme ich nicht mehr, denn für so was bezahle ich meine Versicherung, und jetzt verstehen wir uns schon ein bisschen besser.

P 5:18 (651:689)

Pero el primero me daba malas contestaciones muy seriote. Y me daba malas contestaciones. Pues me iba a cambiar a uno... pero este tiene muchos aparatos y el otro no tiene, pero aun así, yo me cambiaba, ya había hablado con la enfermera y todo y me dijo Usted no tiene que hacer nada, lo hacemos nosotros, nosotros pedimos los datos y se acabo, un día he ido y no se que le he preguntado yo, no se que le ha dicho el Dr. G. dice, yo no soy el Dr. E. ahora soy yo quien manda, pues yo me le quede mirando como a la leche y dije yo aquí no vuelvo mas, otro día he ido porque este doctor estaba de vacaciones y no estaba y me he ido porque tenia que ir, porque no tenia medicamento, pues me dice bueno, Sra. G. Usted y yo, como que no nos entendemos muy bien y yo no se porque dice, es porque yo soy nuevo y claro el Dr. E. y yo soy de otra manera, yo soy mas a lo moderno y esto y lo otro, pero porque no nos vamos a llevar bien y ya me fue cayendo así. Y me he quedado con él, pero si el no dice eso, yo no hubiera ido mas con el porque me contestaba muy mal, y con una cara así bien larga - en fin que el venia con la misma manera del hospital, porque Usted sabe que los médicos en el hospital poco le enseñan el diente y vienen a una consulta que en vez de ganarse pacientes los pierden porque el me ha dicho a mi que se queden los pacientes del Dr. G. conmigo y yo tenia pensado dejarlo porque yo ya no le decía nada, porque como me contestaba así pues yo no le decía nada ya. Y después parece que tenemos un mal entendimiento, yo soy un poco mas moderno pero no nos vamos a llevar mal y ya me quede con el. Y ahora si, ahora ya le digo las cosas y ya no le tengo miedo. Cuando un medico... uno le habla y le corta la conversación y no me deja aclararle pues ya no digo nada. Porque si yo vengo aquí a aclararle esto es porque lo necesito, tu eres un medico y si a mi me duele un brazo yo digo que me duele este brazo aquí y que me duele esta mano aquí, pero si tu no me atiendes pues yo no vengo mas, porque para eso pago mi seguro, y ahora ya nos entendemos un poco mejor.

[18] Derartige Entwicklungen werden in Kap. **6.3.2** als Autonomieverhalten interpretiert und als maßgeblich für die Förderung der Selbstwirksamkeit von Patienten, die durch die Vermehrung interner Kontrollüberzeugungen positiv beeinflusst wird, betrachtet, vgl. S. 166.

Frau Café unterscheidet sehr klar die Zuständigkeiten und Kompetenzen ihrer Ärzte. Der Hausarzt sei nicht für ihr seelisches Wohlergehen und die Verordnung stimmungsverändernder Medikamente zuständig. Dies wiederum entspricht auch der Einstellung ihres Hausarztes, der die Behandlung ihrer Depression sofort an Spezialisten delegiert hat. Als Hausarzt hat sie einen Internisten gewählt, der sich in erster Linie für die Behandlung körperlicher Beschwerden verantwortlich fühlt. Unterstützt wird diese Grenzziehung auch durch ihre Psychiater, die ihrer Patientin zu verstehen geben, dass sie sich zur Behandlung mit den stimmungsverändernden Medikamenten verpflichtet fühlen.

Rolle des Hausarztes – Rolle des Psychiaters

Dieser Arzt ist Allgemeinarzt, oder…? Er ist weder Neurologe noch Psychiater, er ist Allgemeinarzt, nicht wahr? Denn ich habe meinen eigenen,

und das einzige, was er sagt, ist: Meine Dame, ich kann Ihnen nichts verschreiben, ich habe keine Ahnung von diesen Dingen. Mein Arzt konnte mir noch nie helfen. Er sagte lediglich: gut, ich gebe Ihnen Johanniskraut…, probieren Sie es, und ich habe Dr. G. gesagt…, und er hat mir gesagt, gut, denn wir werden es versuchen, aber Sie müssen das Maprotelin© ebenfalls nehmen, und ich habe gesehen, dass es bei mir nicht wirkte. Denn das Johanniskraut ist nur wie ein Beruhigungsmittel. Es ist nur ein Beruhigungsmittel, es ist nichts für die Dinge, die mir passieren. Dann sagte Dr. K. zu mir, nehmen Sie das nicht, er sagte, nehmen Sie das nicht, denn was Sie gerade tun, ist, dass Sie Medikamente unüberlegt nehmen, und nehmen Sie dieses, weil dieses Sie ein bisschen erleichtern wird. Und ich sagte zu ihm, oh je, ich habe gelesen, was das drin ist. Und er sagt zu mir, natürlich, alle Medikamente sind schrecklich. *Und mit wem sprechen Sie über Ihren Gesundheitszustand, nur mit Dr. K. oder auch mit Ihrem Allgemeinarzt?* Nein, der Allgemeinarzt nicht, ich gehe tatsächlich wegen anderer Dinge hin, aber deshalb nicht. Denn er will nicht, er sagt, dass er mir bei diesem Thema nicht helfen kann, dass es dafür Ärzte gibt, die genau auf diese Dinge spezialisiert sind. Denn Dr. K. ist Spezialist für Psychosomatik, Nerven und für alles. Und der Hausarzt ist noch jung, und er sagte mir, dass er davon keine Ahnung hat, dass er Arzt, Internist, Allgemeinarzt ist, aber er sagt, dass von anderen Dingen, nein. Er sagt zu mir, das Beste für Sie ist, wenn Sie sich dafür einen passenden Arzt suchen, und dass ich mit ihm sprechen sollte, und natürlich sagte Dr. E. mir, ich solle nicht so oft zu ihm zur Kontrolle gehen, die Ärzte, diese Ärzte gäben viele Medikamente. Aber Dr. K. hat mit wenig angefangen, und er sagt, dass er so mit mir weitermachen wird; er sagt, kommen Sie jeden Monat, er sagt mir, ob es so gut ist oder ob es so nicht gut ist, denn es gibt Ärzte, die einem auf ein Mal einen Haufen Medikamente verschreiben, und er nicht, er macht langsam.

P 5:29 (397:436)

Este Dr. es Médico General o…? *No es Neurólogo Psiquiatra, Médico General no? Porque yo tengo el mío y lo único que me dice: Señora, yo no le puedo recetar, yo no tengo ni idea de esas cosas. Nunca me ha podido ayudar mi médico. Lo único que me ha dicho: bueno yo le doy Johanniskraut, pruebe Usted y yo le he dicho al Dr. G.... y el me ha dicho, bueno porque vamos a probar, pero tiene que tomar el Maprotelin© también y veía yo que no me hacia nada. Porque la Johanniskraut es como un tranquilizante solamente. Eso es un tranquilizante solamente, no es para las cosas que me pasan a mi. Enseguida el Dr. K. me dijo no, eso no lo tome, dijo eso no lo tome porque lo que esta haciendo es tomando medicamentos tontamente y tome este porque este le va a aliviar un poquito mas. Y yo le dije uhh, yo he leido lo que hay alli. Y me dice claro todos los medicamentos son terribles.* Y con quien esta hablando Usted sobre su situación de salud, solamente con el Dr. K. o también con su médico general? *No el médico general no, yo si voy por otras cosas pero por eso no. Porque el no quiere, el dice que el no puede ayudarme sobre ese tema, que para eso hay médicos especializados ya en esas cosas. Porque el Dr. K. es especialista en Psicosomatis, en nervios y en todo. Y el médico de cabecera es un joven todavía y me dijo que el no tiene idea de esas cosas, que el es médico, es internista, es médico general, pero de otras cosas dice que no. El me dice lo mejor para Usted es que se busque un médico adecuado para eso y que valla a hablar con él, y claro el Dr. E. me decía que no valla mucho a control de el, los médicos dan mucho medicamento, estos médicos. Pero el Dr. K.mpezó con poquito y dice que me va manteniendo así; dice venga usted todos los mese, me dice si esta bien así o no esta bien así, porque hay médicos que le meten al momento un montón de medicamentos. Y el no. El va despacio.*

Nachdem sie Erfahrungen mit den unterschiedlichen Kommunikationsstilen von Ärzten gesammelt hat, bevorzugt sie die klare Kommunikation mit ihrem neuen Arzt. Sie tritt nun nicht mehr als Bittstellerin, sondern als Fordernde auf.

(3) Information

TV-Ratgeber
Wenn “Visite” [ein Gesundheitsformat] kommt, gefällt mir Fernsehen sehr. Das schaue ich immer gern, es gefällt mir, weil ich dort viele Dinge lerne, und sie haben Leute, die anrufen sollen; Fragen, Antworten und so, das gefällt mir sehr. P 5:25 (700:707) *La televisión me gusta mucho cuando hay “Visita”. Eso me gusta siempre verlo, me gusta porque ahí aprendo muchas cosas y tiene gente que le llame por teléfono; preguntas, respuestas y eso, eso a mi me gusta mucho.*
Ratgeberliteratur
Nur, indem ich die Ärzte besuche, und ich lese viele Bücher über Medizin, ich lese unheimlich gerne, es gefällt mir, zu erfahren, wie dies oder jenes zustande kommt, das gefällt mir sehr. P 5:14 (694:696) *Visitando los médicos solamente y leo muchos libros de medicina, a mi me encanta leer, me gusta enterarme porque se produce esto y eso, eso a mi me gusta mucho.*

Zusammenfassung:

Frau Café braucht die stimmungsverändernden Medikamente, um sich vor Panikattacken zu schützen; ohne die Medikamente fühlt sie sich hilflos. Ihr Autonomiepotential wird beim Einfordern der Medikamente und in der Selbstregulation, die sie ihren Ärzten gegenüber selbstbewusst vertritt, aber auch im eigenständigen Aneignen von Informationen, deutlich. Informierte Patienten tendieren dazu, die Dosis selbst zu regulieren.

Die Kenntnis und Reflexion über die klar differenzierten Zuständigkeiten der verschiedenen Ärzte sind auch in diesem Interview zentral (Beziehungsaspekte). Erst im Verlauf des Interviews kristallisiert sich heraus, welche Funktionen die unterschiedlichen Ärzte für Frau Café haben. Sie berichtet davon, dass nicht nur ihre Einstellung den Medikamenten gegenüber selbstbestimmter, sondern auch ihr Verhalten den Ärzten gegenüber zunehmend fordernder geworden sei. Die stetige Rücksprache mit

ihren Ärzten sowie deren Bereitschaft, ihre Fragen zu beantworten, ermöglichen Frau Café das kontrollierte Regulieren des Medikamentes.

Wenn sie ihre stimmungsverändernden Medikamente nicht einnehme, spüre sie nach kurzer Zeit die Symptome einer Panikattacke. Die Medikamente schützten sie davor, sich sterbenselend zu fühlen. Hier stelle sie sich die Frage: „*Wer bin ich? Wer möchte ich sein? Die Frau mit den stimmungsverändernden Medikamenten oder die ohne Medikamente?*“ Nach Meinung des Arztes könne sie nicht ohne stimmungsverändernde Medikamente leben. Um ihr dennoch die Kontrolle über sich zu ermöglichen, befürwortet der Arzt die Regulation der Dosis, bittet sie jedoch, sich in regelmäßigen Abständen von ihm untersuchen zu lassen und ihm eine Rückmeldung zu geben. Sie glaube, ohne die stimmungsverändernden Medikamente ihren Persönlichkeitsstatus nicht erhalten bzw. ihre zwischenmenschlichen Beziehungen nicht auf dem bisherigen Niveau pflegen zu können.[19]

Frau Café hat sich zu einer selbstbestimmten Person im Umgang mit und mit Hilfe der stimmungsverändernden Medikamente entwickelt.

Kernkategorien: Folgende Kategorien wurden aus dem Interview mit Frau Café entwickelt:

(1) Selbstregulation

(2) Arztwahlkriterien

(3) Information

[19] Vgl. Wiederherstellung von Handeln, S. 161

In der ersten Spalte der folgenden Tabelle 11 finden sich die im Interviewmaterial von Frau Café identifizierten Kernkategorien. Für die Minimalvergleiche wurden die Interviews mit Frau Menta, Frau Gris und Herrn Rojo herangezogen. Kurze inhaltliche Zusammenfassungen zu den Kernkategorien für die jeweiligen Interviews finden sich in den weiteren drei Spalten. Dabei wurden die konkreten inhaltlichen Schwerpunkte hervorgehoben.

Das Interviewmaterial zu den drei Randfällen wird bezogen auf die Kernkategorien, die in Tabelle 21 im Anhang vorgestellt werden.

Ankerfall II:

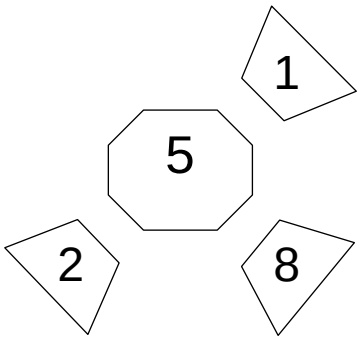


Abbildung 11: Ankerfall nebst Randfällen zu: Die Wirkung des stimmungsverändernden Medikaments selbst kontrollieren können (selbstregulatives Verhalten.)

Tabelle 11: Inhaltliche Zusammenfassung der Randfälle (Ankerfall II)

Frau Café	Frau Menta	Frau Gris	Herr Rojo
I Selbstregulation	Sie verändert die Dosis selbst, berichtet ihrem Arzt jedoch nicht davon. Sie weiß nicht, ob und was diese Dosisveränderung bei ihr bewirkt (positiv oder negativ). Ferner nimmt sie ohne Wissen des Arztes ein stimmungsveränderndes Medikament weiterhin ein, obwohl ihr bereits ein anderes verordnet wurde.	Die ihr verordneten Medikamente bekommen ihr nicht besonders gut; es geht ihr immer schlechter. So hat sie die Antidepressiva zurück zur Apotheke gebracht, obwohl ihr diese Sorte i. Ggs. zu den vorherigen gut bekam. Medikamente unterteilt sie in „*gute und schlechte Medikamente*“. Manchmal sind die Nebenwirkungen so schlimm, dass sie Spritzen braucht, damit es ihr besser geht (aus dem Kontext u.U. IMAP). Dabei ist jedoch unklar, welches Medikament diese hervorruft. Sie empfindet die Medikamente als schädigend, als griffen sie ihren Körper/ Organismus an. Sie ist jetzt an einem Punkt angelangt, an dem sie keine Medikamente mehr nehmen möchte.	Er hat zwischenzeitlich aufgehört, das stimmungsverändernde Medikament zu nehmen bzw. scheint das Medikament nur zeitweise einzunehmen. Denn es stellt ihn lediglich ruhig, er kann aber nicht schlafen, wenn er müde ist, und wird morgens nicht wach. Er fühlt sich lediglich weniger nervös. Aber Ähnliches bewirkt auch das tägliche Radfahren bei ihm: er kommt auf andere Gedanken und ist weniger nervös.
II Arztwahlkriterien	In der Klink hat sie zum ersten Mal stimmungsverändernde Medikamente bekommen. Der Arzt erklärte ihr daraufhin, sie hätte Depressionen. Mehr Information scheint sie über die Erkrankung, die Therapiemöglichkeiten und die Prognose von den behandelnden Ärzten nicht zu bekommen.	Sie wechselt öfter ihre Ärzte, war schon bei einigen Spezialisten; aber alle enttäuschen ihre Erwartungen an eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes. Frau Gris hat das Vertrauen zu ihren Ärzten verloren, sie unterstellt ihnen, ihr die falschen bzw. schlecht dosierte Medikamente zu verordnen und sie (bzw. ihren Zustand) nicht zu verstehen. Als Außenseiterin steht sie ihnen jedoch machtlos gegenüber. Kommt die Sprache auf die Spritzen gegen die Depression (IMAP©), wird ihr Widerstandspotential deutlich; in dieser Situa-	Herr Rojo fühlt sich von seinen Ärzten nicht ernstgenommen. Seine Enttäuschung und Verzweiflung drückt er zwar aus, z.B. durch Ärztewechsel, aber er bewirkt dadurch nichts. Da auch seine Kuranträge nicht bewilligt werden, fühlt er sich sowohl von den Ärzten als auch der Krankenkasse im Stich gelassen. Lediglich der Nervenarzt wird von ihm als angemessen eingeschätzt, da er sich ihm erklärt und ihn auch bei der Bewilligung seiner Kur unterstützt hat. Er ist somit auch der einzige Arzt, von dem er sich ernstgenommen

			tion setzt sie sich selbstbewusst mit dem Arzt auseinander, wenn sie ihm erklärt, dass sie diese Spritzen bereits über einen viel zu langen Zeitraum bekommt. Doch der Arzt erwidert, die Spritzen würden sie lediglich beruhigen, und das sei so in Ordnung. Ihr Sohn, selber Arzt, hat keine Zeit, sich um sie zu kümmern oder mit ihr zu telefonieren. In ihrer auswegslosen Situation hofft sie mit Unterstützung ihres Sohnes (er ist in Spanien Arzt) auf medizinische Hilfe in Spanien. Aber auch hier scheint sie nicht bestimmend, d.h. die Hauptdarstellerin zu sein.	fühlt.
III	**Information**	Möchte sie mehr erfahren, sieht sie sich Gesundheitssendungen auf dem spanischen Fernsehkanal an.	Informationen über ihre Krankheit(en) bekommt sie von den Ärzten und dem spanischen Fernsehkanal.	Herr Rojo verweigert explizit Informationen über seinen Zustand und sieht beispielsweise auch sehr wenig fern.

5.1.2.3 Ankerfall III: Frau Naranjo

„Das bin eigentlich nicht ich, das ist das Medikament“
Das stimmungsverändernde Medikament bestimmt – gewollt - über den Nutzer.

Kurzportrait. Als Frau Naranjo interviewt wurde, war sie Anfang Dreißig. Sie war ledig, hatte sich aber erst vor kurzem von ihrem Freund getrennt. Sie wurde in einer Großstadt in Ostspanien geboren und kam nach ihrem Abitur und einer Ausbildung mit Ende Zwanzig alleine, jedoch auf Anraten einer guten Freundin, die bereits in Deutschland lebte. Hier hatte sie auf einer großen Ausstellung gearbeitet und Deutsch gelernt. Sie blieb, um als Sprachlehrerin an Schulen und der Universität zu arbeiten und sich in diesem Bereich weiter zu profilieren und zu qualifizieren. Jedes Mal, wenn sie einen bestimmten Kurs unterrichten musste, traten bei ihr körperliche Beschwerden auf. Ihre Hausärztin schrieb sie daraufhin krank. Nachdem sich dies gehäuft und die Ärztin bereits öfter mit ihr über diese Situation gesprochen hatte, empfahl sie ihr, ihr Leben zu überdenken und herauszufinden, was diese Beschwerden auslöse, beispielsweise auch mit psychologischer Unterstützung. Im Interview schilderte sie die Probleme, die sie mit den Schülern eines Sprachkurses hat. Ihre Depression brachte sie mit diesen Schwierigkeiten in Verbindung, kam aber auch auf die Probleme in der Beziehung zu ihrem derzeitigen Freund zu sprechen. Sie schrieb ihre Depression diesen beiden Umständen zu, wobei sie sich fragte, ob das eine das andere bedinge oder ob es sich um ein eher zufälliges Zusammentreffen von Problemen handle. Ihre Hausärztin hat sie aufgesucht, nachdem sich diese Probleme auch körperlich bemerkbar machten und auch nach einem Besuch ihrer Familie in Spanien nicht verschwanden. Außer mit der Ärztin sprach sie noch mit ganz engen Freunden und ihrer Mutter über die Depression. Die Ärztin empfahl ihr, sich neben den Medikamenten eine Psychologin zu suchen. Nachdem ihr die Ärztin die Einnahme eines stimmungsverändernden Medikaments empfohlen hatte, setzt sie dieses fast gezielt dazu ein, um eine Rückkehr ins alte Leben herbeizuführen.

Kernstellen. In den nun folgenden Schlüsselpassagen werden der Ankerfall ausführlich vorgestellt und die zentralen theoretischen Kategorien zur Autonomie herausgearbeitet.

(1) Normalisierung

Das Herstellen von Normalität nahm im Interview von Frau Naranjo großen Raum ein. Sie habe bemerkt, dass bei ihr das stimmungsverändernde Medikament überhaupt erst einen Normalisierungsprozess eingeleitet habe, den sie recht anschaulich beschreibt. Frau Naranjo ging zu ihrer Hausärztin, weil sich ihr Zustand - unabhängig davon, ob sie sich bei ihrer Familie in Spanien oder in Deutschland aufhielt - nicht verbesserte. Sie schilderte ihre berufliche Situation und bekam daraufhin ein stimmungsveränderndes Medikament verordnet. Recht schnell verspürte sie eine deutliche Verbesserung. Gleichzeitig befolgte sie den Rat ihrer Ärztin und besuchte eine Psychologin. Diese „*Tandembehandlung*“ bewertete sie als äußerst hilfreich, besonders, da sie die Psychologin in ihrem persönlichen Therapiemanagement bestärkte, nämlich erst abzuwarten und die langfristig gewünschte Dosisreduzierung nur in Absprache mit der Ärztin vorzunehmen.

aktives Einfordern von Medikamenten - Therapeutenwahl

Aber dann, im Sommer ging es mir ein bisschen besser. Im August war ich in Spanien, ich war zufriedener, war bei meiner Familie, schön! Dann kehrte ich hierher zurück, und es ging mir wiederum schlecht, alles war ganz schlecht, und an Weihnachten, bereits in schlechtem Zustand, war ich in Spanien, aber es ging mir ebenfalls schlecht, und ich hatte zu nichts Lust, ich wollte nur schlafen. Wenn ich die Möglichkeit zum Schlafen hatte, konnte ich manchmal nicht schlafen, der Hunger verging mir, ich aß nicht und darauf bin ich zu… einer Ärztin, und sie sagte mir, dass… gut, und bei der Arbeit hatte ich auch Probleme, denn ich fühlte mich nicht in der Lage, meine Arbeit zu tun. Ich bin Lehrerin, und ich konnte nicht, d.h. ich konnte nicht, und daraufhin bin ich zur Ärztin gegangen, und die Ärztin sagte, dass es, dass es das Beste wäre, irgendein Antidepressivum zu nehmen, damit es mir helfe, damit es mir helfe, nicht wahr? Dass es meine Stimmung heben solle, und sie hat mir dieses Medikament verschrieben und... seitdem ich damit angefangen habe, geht es mir besser. Aber ich bin hier auch mit Carina, daher glaube ich, dass es alles zusammen ist, was, was mir hilft, nicht wahr? Das Medikament natürlich, weil ich das merke, nicht wahr? Denn manchmal bin ich zu, manchmal sogar zu… euphorisch, und ich weiß, dass das nicht meinetwegen ist, das ist wegen des Medikaments, nicht wahr?

P10:41 (10:28)

Pero después en verano estuve un poco mejor, en agosto estuve en Espana, estuve mas contenta, estuve con mi familia, bien, despues volvi aqui y fue otra vez mal, todo muy mal y en navidades, ya muy mal, estuve en Espana, pero también estaba mal y no tenia ganas de hacer nada, solo queria dormir, cuando podia dormir a veces no podia dormir, se me quito el hambre, no comia y entonces fui a la ... una doctora y ella me dijo que ... bueno y yo, en el trabajo también tenia problemas, porque no me sentia capaz de hacer mi trabajo, yo soy profesora y no podia o sea no podia, y entonces fui a la doctora y la doctora dijo que era, lo mejor era tomar algun medicamento antidepresivo que me ayudara, que me ayudara, no? Que me subiera el ánimo y me recetó este medicamento y... desde que empecé estoy mejor, lo único que tambien estoy aqui con Carina, entonces yo creo que es todo junto lo que, lo que me ayuda no? El medicamento por supuesto porque lo noto, no? Que a veces estoy demasiado, a veces incluso demasiado... euforica, y yo se que eso no es por mi, eso es por el medicamento, no?

Die Entscheidung, ein Antidepressivum einzunehmen, wurde in dem Moment gefällt, als sie merkte, dass sie nicht mehr weiterkam. Das Medikament gab ihr - indirekt - Kraft bzw. Handlungsfähigkeit zurück.

Selbstbildmanagement- Normalität – Medikament oder ICH?

Also die Tatsache, dass..., Hauptsache, ein sehr glückliches oder normales Leben führen…, ein normales, nicht wahr? Ohne dir große Probleme zu machen. Wenn du arbeiten musst, arbeitest du; wenn du mit Leuten zusammensein musst, bist du mit Leuten zusammen; dies zu sehen, es ist alles sehr kompliziert, dies zu sehen, alles, denn ich habe schon gesehen, dass ich alleine nicht… nicht konnte, dass es mir egal war, ob es Tabletten waren, es war mir egal, aber dass ich etwas, dass ich etwas tun musste, und ich alleine konnte es nicht, d.h., wenn ich dachte „Ach, das muss ich tun!“, dann konnte ich nicht. Ich glaube, was das betrifft, war das Medikament sehr gut, weil… dich die Kräfte verlassen, aber indirekt, nicht wahr? Es ist wegen des Medikaments, aber du hast diese Kraft, um etwas zu machen, denn vorher wolltest du es machen, aber… genau, ich konnte nicht. Du merkst dann erst in dem Moment, da siehst du, dass du nicht, dass du nicht kannst, du allein nicht, du kannst nicht. Es gibt einen Moment, an dem du weitermachen kannst, aber du siehst, dass es jedes Mal schlimmer ist, schlimmer, schlimmer. Ich ging…, ich war in einem – ich war immer sauer, ich machte mir Sorgen, nichts machte mir Spaß, nichts freute mich, ich konnte mich auf nichts konzentrieren, und jetzt… also, und das mit dem Medikament, es ist Folgendes, du fühlst dich wieder fähig, Dinge zu tun, und das ist das Gute.

P 10:11 (389:406)

Pues eso que..., con tal de llevar una vida muy felíz o normal... normal, no? Sin hacerte mucho atado. Tienes que trabajar, trabajas; tienes que estar con gente, estás con gente, a verlo, eso, es a verlo, todo muy complicado, todo hasta que ya vi, que yo sola no... no podía, que me daba igual que si fueran pastillas, me daba igual, pero que algo, que yo tenía que hacer algo y yo sola no podía, o sea, que yo pensando "Ah! !Tengo que hacer esto!". no podía, yo creo <u>que ahí fue muy bueno el medicamento, porque... te salen las fuerzas a ti, pero indirectamente, no? Es por el medicamento, pero tú tienes esas fuerzas para hacer algo, que antes querías hacerlo, pero ... eso, no podía</u>. <u>Entonces solo identificas en el momento, que ves que no, que no puedes, tu sólo no, no puedes, hay un tiempo que tu puedes seguir</u>, pero ves que cada vez es peor, peor, peor. Yo me iba... estaba en un - siempre estaba enfadada, estaba preocupada, no me divertía con nada, no disfrutaba de nada, no me concentraba en nada y ahora... pues, y eso con el medicamento, lo que pasa es eso, que te sientes capaz otra vez, de hacer cosas y eso es lo bueno.

Frau Naranjo hatte für sich die Kombination aus der Hausärztin, der Therapie mit einem stimmungsverändernden Medikament und einer spanisch sprechenden Psychologin der *CARITAS* entschieden. Letzteres stellt ein niedrigschwelliges Angebot dar, welches u.U. deshalb eine hohe Akzeptanz erfährt, weil es nicht ausschließlich psychotherapeutisch bzw. psychologisch orientiert ist, weswegen es als stigmatisierend empfunden werden könnte, sondern stark sozial- und familienberatend arbeitet. Sie sprach mehrmals an, dass ihr diese Kombination gut tue. Wichtig schien ihr dabei auch zu sein, dass sie in der Psychologin ein Gegenstück zur Hausärztin hatte, weil sie mit ihr das weitere Vorgehen bezüglich einer Dosisveränderung bzw. eines Absetzens des Antidepressivums besprechen konnte. Sie bekam Unterstützung von der Psychologin, mit ihrer Hausärztin über eine Verringerung der Dosis zu sprechen. Ähnlich wie Frau Moreno (Ankerfall I) hatte auch sie einen guten Draht zu ihrer Hausärztin. Sie hatte zwei Personen aus dem professionellen medizinischen Sektor an ihrer Seite, mit denen sie die für sie und ihre momentane Situation relevanten Dinge besprechen konnte.

Bedrohung der Normalität - psychologische Unterstützung – Wunsch nach Dosisveränderung

Dann haben wir mit Carina geredet, dass ich vielleicht allmählich hingehen muss, wieder zur Ärztin hinmuss, damit sie mir sagt, wie ich die Dosis verändern muss, nicht wahr? Vielleicht muss ich zumindest hin. So… ungefähr… ist alles passiert. [lachend] Aber vor allem das, dass ich zu nichts Lust hatte, und alles…, für alle Dinge, die ich normalerweise in kurzer Zeit erledige, benötigte ich nun viel Zeit. Es war alles…, nichts passte mir, alles, was so erledigt werden musste, war, ach, jetzt muss ich dies und das machen, Sachen, die ich immer gemacht habe, nicht wahr...? Und die Arbeit, ich war mit meiner Arbeit immer zufrieden und... und ich konnte nicht, ich konnte nicht, und so war's.

P10:3 (28:38)

Entonces con Carina hemos hablado que a lo mejor poco a poco tengo que ir, tengo que volver a la doctora, para que ella me diga como tengo que ir cambiando la dosis, no? A lo mejor tengo que ir al menos. Fue...mas o menos... como paso todo, no? [lachend] Mas que nada eso, que no tenia ganas de hacer nada, y todo ..., para hacer cosas que yo normalmente hago rapido tardaba mucho tiempo, era todo ..., nada me gustaba, era todo lo que tenia que hacer era ay, ahora tengo que hacer esto, esto, cosas que siempre he hecho no...? Y el trabajo yo siempre estaba contenta con mi trabajo y... y no podia, no podia y eso fue.

Sie hatte sich ausdrücklich für eine Spanisch sprechende Psychologin entschieden und sogar das Konsulat eingeschaltet, um an die Adresse einer Spanisch sprechenden Psychologin zu gelangen. In Deutschland scheint es für sie zunächst relevant zu sein, einen ihre Muttersprache sprechenden Psychologen zu finden, in Spanien hingegen sind nicht Verständigungsprobleme hinderlich, sondern u.U. Schwierigkeiten, sich in einer Psychotherapie zu öffnen, ohne auf Sprachbarrieren verweisen zu können. Die Konsultation eines Psychologen scheint in Spanien stärker stigmatisiert zu sein, als es von Frau Naranjo hier in Deutschland empfunden wurde.

Information – Rolle des Psychologen

Gut, das, was ich hier gemacht habe, ist, dass ich, z.B., um mit Carina Kontakt aufzunehmen, dass ich beim Konsulat angerufen habe, und dort haben sie mir ihre Telefonnummer gegeben, hier beim Konsulat ist alles sehr einfach [(lachend)], denn sie helfen dir immer bei allem, sie helfen dir immer bei allem, nicht wahr? Bei diesem bis zur Steuererklärung […], bei allem [lachend], und in Spanien, nun ja, du kannst zu deinem Arzt gehen, und dann kannst du auch zum Psychologen gehen, es ist auch nicht so schwierig. Nur dass, vielleicht in der Situation hier, das alles ist wie […], es ist dein Leben, aber es ist auch nichts Unbekanntes, obwohl ich schon lange hier bin, im Gegensatz dazu ist es dort wie… es ist schwieriger, …nicht wahr? Irgendwie… wenngleich das Problem hier vor allem darin bestand; das Wichtige war, einen Psychologen zu finden, der Spanisch sprach, nicht wahr? Denn es ist nie dasselbe. Auch deshalb habe ich beim Konsulat angerufen, nicht wahr? Damit… ob sie die Nummer von irgendeinem Psychologen hätten, der Spanisch spricht. In Spanien wäre das kein Problem, nicht wahr?

P 10:29 (356:370)

Bueno yo aquí, lo que hice, fue llamar a, por ejemplo, para contactar con Carina, fue llamar al consulado, y alli me dieron su telefono, aquí es todo muy fácil con el consulado [lachend], porque siempre te ayudan con todo, siempre ayudan con todo, no? Desde esto hasta Steuererklärung [...] con todo [lachend], y en Espana pues si, puedes ir a tu médico, y después puedes ir tambien al psicologo, tampoco es tan difícil, lo único que, quizás en la situación aqui, que es todo como [...] es tu vida, pero tampoco es algo desconocido, a pesar de que llevo mucho tiempo aquí, en cambio allí, es como .... es más difícil, ...no ? De alguna manera... aunque aquí el problema era sobretodo, lo importante era encontrar un psicólogo que hablara espanol, no? Porque nunca es lo mismo. Por eso también llamé al consulado, no? Para que... si ellos sabían el número de algún psicólogo que hablara espanol, en Espana, eso no sería un problema no?

Frau Naranjo probierte, im persönlichen Bereich ihren Alltag zu verändern (Sport, Ernährung, Beziehung zum Freund), nahm die stimmungsverändernden Medikamente relativ bewusst ein, um eine Normalität wiederherzustellen, beschäftigte sich mit Ratgeberliteratur und versuchte, die Einnahme der Medikamente nicht zu vergessen. Ihre eigenen Anstrengungen nahmen in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle ein. Frau Naranjo veränderte tatsächlich ihren Alltag und trieb nun regelmäßig Sport. Sie fühlte sich dadurch besser, schlief besser, schätzte die kontinuierliche psychologische Betreuung bei der *CARITAS* und fühlte sich gekräftigt.

Aktiv handeln – Selbsthilfe – Selbstwahrnehmung - auf sich selbst achten

Jetzt gut, jetzt ja, ziemlich gut. Ich treibe jetzt auch ein wenig Sport, was ich früher nicht getan habe, aber Carina hat mir das gesagt. Jetzt macht sie Sport! Alle Welt sagt mir das auch. Auch die Ärztin hat mir gesagt, ich solle zusätzlich Sport treiben, dann könne ich nachts besser schlafen. Ich könnte auch Schwimmen gehen, klar, als wäre es ein Job, gehst du zum Schwimmen, danach bist du müde und schläfst viel besser. Und ich fühle mich besser, denn es gab eine Zeit, da konnte ich nicht…. Jetzt habe ich zugenommen, ich habe nochmals zugenommen, ich war noch nie schlank, in letzter Zeit war ich ziemlich schlank, und jetzt nicht mehr. Jetzt sehe ich wieder kräftiger aus, nicht wahr? Ich sehe besser aus, vor allem das, ich hatte keinen Hunger, und ich habe immer schon viel gegessen, und ich sah das Essen und... ich konnte nicht essen. Ich musste mich hinsetzen, um etwas zu essen, denn ich wusste, dass ich essen musste, denn sonst… ich hatte auch keinen Hunger, und mir passierte Folgendes, dass es mir manchmal, da ich nicht… das passierte mir, bevor ich anfing, hierher zu kommen und so, dass es mir, da ich sehr wenig aß, manchmal schwindlig wurde oder dass ich einen niedrigen Blutdruck hatte. Aber jetzt nicht, jetzt nie mehr, das ist mir nie mehr passiert,… normalerweise war es morgens…, wenn ich aufstand. Und alles drehte sich bei mir, oder ich musste mich setzen… jetzt nicht,… das jetzt nicht mehr.

P10:22 (170:188)

Ahora bien, ahora si, bastante bien, tambien estoy haciendo un poco de desporte, que antes no hacía desporte, pero Carina me dijo eso. Ahora hace desporte! Tambien todo el mundo me lo dice, tambien la doctora me dijo que también hiciera desporte, que asi podría dormir mejor, por la noche, tambien podria nadar, claro como trabajo vas a nadar, estas cansada despues y duermes mucho mejor, y me siento mejor, porque hubo un tiempo que no podia..., ahora he subido de peso, subi otra vez, yo nunca he sido delgada, ultimamente estaba bastante delgada y ahora no, ahora me noto otra vez con mas fuerza no? Me noto mejor, sobretodo eso, no tenia hambre, y yo siempre he comido mucho, y yo veia la comida, y.. no podia comer, tenia que sentarme a comer, porque sabia que tenia que comer, que sino...tampoco tenia hambre, y lo que me pasaba era que a veces, como no... eso me pasó antes de empezar a venir aqui y todo, que como comia muy poco a veces me mareaba o tenia la tension baja, pero ahora no, ahora ya nunca, nunca mas me pasó eso, ...normalmente era por las mananas... que me levantaba. Y todo me daba vueltas, o me tenia que sentar... ahora no, ...eso ya no.

Frau Naranjo näherte sich schrittweise ihrer Krankheit: So gehörte ein besonderer Umgang mit Ratgeberliteratur zum individuellen Krankheitsmanagement. Sie las Ratgeber häppchenweise, um sich so nach und nach dem persönlichen Problem zu nähern, es zu identifizieren und Interesse an ihm zu entwickeln. Erst durch die Behandlung der Depression erlangte sie Kapazitäten, um ein Interesse an ihrem Zustand und den Veränderungsmöglichkeiten zu entwickeln bzw. überhaupt erst Informationen einzuholen.

Ratgeberliteratur

Auch, das kann auch sein..., es gibt z.B. ein Buch, das mir Carina empfohlen hat, das ich lese, einfach

so, in aller Ruhe, nicht wahr? Ich lese es nicht wie ein normales Buch, alles auf einmal, sondern eben ein bisschen an einem Tag, noch ein bisschen an einem anderen Tag, das einzige auch, dass… ich glaube, dass das schon, mit den Büchern und allem ist … wenn du schon… wenn du schon in Behandlung bist, am Anfang wirst du es nicht ganz schaffen, es ist andersherum, also wenn du schon… hier mit Carina bist […], dann hast du tatsächlich schon Interesse, denn dann weißt du schon, dass du ein Problem hast. Aber vorher nicht, vorher bist du selbst nicht fähig, zu erkennen, was mit dir los ist, du denkst weder an Pfunde noch an sonst etwas und danach, wenn du dich schon…

P10:15 (374:384)

Tambien, tambien, puede ser... por ejemplo hay un libro que me recomendó Carina que lo leo, asi, tranquilamente, no ? No lo leo como un libro normal, todo de seguido, sino pues un poquito un día, otro poquito otro día, tambien lo único que ... yo creo que eso es ya, con los libros y todo...cuando ya estas... cuando ya te estas tratando, al principio no vas a hundirlo, es al revez, cuando ya pues... estas aqui con Carina [...] ya entonces si tienes interés, porque entonces ya sabes que tienes un problema, pero antes, no, antes tu mismo no eres capaz de identificar lo que te pasa, ni piensas en libras ni piensas en nada, y después cuando ya te...

(2) Zerrissenheit

Da Frau Naranjo nicht wahrhaben wollte, dass alles so problemlos verlief, begann sie, an der Einnahme zu zweifeln und befürchtete eine mögliche Abhängigkeit. Hin- und hergerissen ist sie zwischen der Medikamenteneinnahme und der Angst vor Abhängigkeit und einem Verschlechtern ihres Zustandes (Rückkehr der Depression) bei einem Absetzen des Medikaments. Sie entschied sich, das stimmungsverändernde Medikament weiterhin einzunehmen.

Innerer Kampf

[...] dass ich wie manchmal ein bisschen nervös bin, d.h. mehr, als normal ist. Aber ansonsten später, wenn [...] und jetzt habe ich natürlich Angst, mit dem Medikament aufzuhören, weil man ja denkt, dass es dir vielleicht, wenn du es nicht mehr nimmst, schlecht gehen wird, nicht wahr? Aber die Ärztin sagte mir, dass es überhaupt nicht süchtig macht, das heißt, dass es nicht… dass es dich nicht abhängig macht, sondern dass du es einnehmen kannst und aufhören kannst, es einzunehmen, und das sei gar kein Problem. Aber klar, jetzt will ich auch gar nicht damit aufhören, es zu nehmen, nicht wahr? Sie sagte mir, ich müsse es zumindest sechs Monate lang einnehmen... Es ist auch immer die Angst, dass... dass es mir nur des Medikaments wegen gerade so gut geht, nicht? Was mir auch Angst macht…, aber nun, wir werden sehen, was passiert.

P10:34 (54:66)

(...) que estoy como a veces un poco nerviosa, o sea mas de lo normal, pero por lo demás después si [...] y ahora claro me da miedo de dejar el medicamento, porque uno piensa que a lo mejor si no lo tomas otra vez, vas a estar mal, no? Pero la doctora me dijo, que eso no crea ningún hábito, o sea que no es... no te hace dependiente, sino que te lo puedes tomar y puedes dejar de tomarlo y no es ningún problema, pero claro.. yo no quiero ahora mismo dejar de tomarlo no? ella me dijo que por lo menos tenía que estar seis meses tomándolo.... Siempre también es el miedo de que.. de que todo lo bien que estoy ahora, sólo sea por el medicamento, no? lo que también me da miedo..., pero entonces vamos a ver que pasa.

Beziehung zum Hausarzt

Ja, die Angst ist die, dass es, wenn ich aufhöre, die Tablette zu nehmen [lachend], wiederkommt, nicht wahr? Das ist die Angst… *Und hast Du darüber mit Deiner Ärztin gesprochen?* Worüber? Über die Angst? Nein, denn sie... sie sagt, dass dadurch nicht... dass nichts passiert.

P 10:23 (208:214)

Si, el miedo es ese que si dejo de tomar la pastilla [lachend], otra vez vuelva no? Ese es el miedo.. Y hablaste sobre esto con tu doctora? *De que? Del miedo? No, porque ella... ella dice, que eso no crea... que no pasa nada.*

Zu Beginn der Einnahme fühlte sie sich nervös und irgendwie künstlich (nicht authentisch), aber dann erschien es ihr, als wäre sie schon immer so gewesen: weder besonders fröhlich, noch besonders traurig, vielmehr so, wie sie glaubte früher gewesen zu sein. Sie verbrauche ihre Energie nicht mehr in sinnlosen Grübeleien. Irgendwann gewöhnte sich ihr Körper an das stimmungsverändernde Medikament, und das „normale“ Leben kehrte zurück.

Angst vor Abhängigkeit – Normalität - Medikament oder ICH?

Alles normalisiert sich … also wenn du … zum Beispiel war ich am Anfang sehr, irgendwie sehr nervös, das habe ich bemerkt, ich war total künstlich, nicht wahr? So ein bisschen, als sei ich wie ... ich weiß nicht, als ob ich nicht natürlich wäre, und jetzt scheint es manchmal, als sei es wieder, wie ich immer gewesen bin, sozusagen dass ich weder... übermäßig fröhlich noch übermäßig traurig bin, nein, sondern eher so, wie ich bin oder so, wie ich glaube immer gewesen zu sein, nicht wahr? Nicht so nervös noch so sehr traurig wie früher, sondern eher ein bisschen zwischen dem, wie ich immer war, wie ich immer gesprochen habe, wie ich mich immer verhalten habe. Denn anfangs war ich irgendwie künstlich. Ich wusste, dass es mir sehr schlecht ging, ich habe das Medikament genommen, und es ging mir gut, aber ich wusste, dass das…, ich habe immer sehr viel gegrübelt und jetzt nicht mehr, jetzt bin ich normal, das heißt wie immer, nicht? [...] Ich glaube auch, dass das Medikament vielleicht irgendwann…, dein Körper gewöhnt sich daran, und dann hat es auch nicht mehr eine so große Wirkung, nicht? Und dann, ab diesem Moment, glaube ich, kann man auch damit aufhören, nicht? Wenn ich merke, dass ich wieder bei Kräften bin, wenn ich sagen kann, okay, mir geht es gut, ich bin mir meiner sicher, und fertig...? Dann kann ich damit aufhören! P10:6 (89:114)

Normalizando todo... o sea que tú... por ejemplo, que al principio estaba muy, como muy nerviosa, como que notaba yo, que era totalmente artificial, no? Un poco, que era como.. no sé, que no era natural y ahora, a veces, parece que ya es como yo siempre he sido, lo que es que sea ni... demasiado alegre, ni demasiado triste, no sino, mas parecido a como yo soy, o a como yo creo que siempre he sido, no? No tan nerviosa ni tampoco tan triste como antes, sino un poco mas entre medio lo que yo he sido siempre, como yo he hablado siempre, como yo me he comportado siempre, porque al principio era como algo artificial, yo sabía que yo estaba muy mal, me tomaba el medicamento, y estaba bien, pero yo sabia que eso..., yo siempre estaba pensando mucho, y ahora no, ahora estoy normal, o sea, como siempre, no? Piensas en lo que tienes, en lo que no tienes que hacer, pero no estas dando vueltas en tu cabeza cosas que nunca... que no han pasado, que a lo mejor no van a pasar, que a lo mejor en este momento tu energia, es mejor que se concentre en otra cosa, no? En tus problemas, y eso es lo que yo creo que es esta normalizacion, no? El volver a llevar una vida, pues como siempre habia llevado, no siempre estar pensando.. siempre estaba en un lugar, pero pensando en otra cosa, y asi... [...] eso tambien creo, que a lo mejor el medicamento en algún momento..., tu cuerpo se acostumbra a él, y ya tampoco produce un cambio tan grande, no ? Y entonces en este momento creo que ya se podra dejar, no? Cuando yo ya me note con fuerzas, como para decir, bueno, me encuentro bien, estoy segura que es por mi, y ya...? Puedo dejarlo!

Trotzdem hatte sie sich eine Perspektive geschaffen, das Medikament eines Tages abzusetzen bzw. seine Dosis nach unten zu verändern, wenn die für sie nötigen Voraussetzungen dafür geschaffen seien: Stabilisierung ihres Zustandes, das Gefühl von Sicherheit und das Einverständnis ihrer Hausärztin. Das Erreichen dieser Voraussetzungen markiert den Moment, den sie für eine Reduktion der Dosis ins Auge gefasst hatte.

Unsicherheiten – Selbstbildmanagement - Wunsch nach Dosisveränderung

Also... die Angst ist, dass... ich weiß nicht, ob es real ist, nicht wahr? Ich weiß, dass das Medikament hilft, natürlich, nicht wahr? Denn es bewirkt, dass dein Körper aktiver ist, dass er – es ist, wie wenn man Alkohol trinkt, nicht wahr? Dass diese – es hat so eine Wirkung, na ja egal, aber eine rein positi-

ve Wirkung, nicht wahr? Die hat das Medikament, also besteht die Angst darin…, daran zu denken dass, wenn du das Medikament absetzt, dir wieder die Energie fehlt, nicht wahr? Dass wieder alles nur vorübergehend ist, dass das Vertrauen in dich selbst fehlt, nicht wahr? Dass du sagen kannst „Nein, das ist schon in Ordnung“ und… es muss so sein, aber jetzt gleich kann ich nicht, momentan nehme ich lieber das Medikament, bis ich sehe, dass alles ein bisschen sicherer ist, bis es mir ein bisschen besser geht und ich es sagen kann, „alles in Ordnung“, nicht wahr? Auch mit der Ärztin, auch die Ärztin muss sagen… wie viel Zeit, nicht wahr? Ich muss es nehmen, aber darin besteht die Angst, dass alles wieder schwierig wird, dass dir nichts passt, dass… du zu nichts Lust hast.

P10:10 (70:84)

Pues... el miedo es que... no sé si es real, no? Yo se que el medicamento ayuda, claro no, porque hace que tu cuerpo esté mas activo, esté mas - es como cuando uno bebe alcohol, no? Que esta - tiene una reaccion asi, pues igual, pero sólo una reaccion positiva no? Es la que tiene el medicamento, entonces el miedo es... pensar que si dejas de tomar el medicamento te van a faltar otra vez las energias no? Que otra vez todo va a ser prestado, que falta la confianza en ti mismo, no? Que tu digas "No, esto ya esta bien" y... tiene que ser asi, pero ahora mismo no puedo, ahora mismo prefiero tomar el medicamento hasta que yo lo vea todo un poco mas seguro, hasta que yo me encuentre un poco mejor y sea capaz de decirlo yo "ya esta," no? También con la doctora, la doctora también tiene que decir... cuánto tiempo, no? Lo tengo que tomar, pero el miedo es eso, que de nuevo todo sea dificil, que no te guste nada, que... no tener ganas de nada.

Die gut funktionierende Beziehung zu ihrer Hausärztin ermöglichte es ihr, selbstbestimmt zu agieren. Im folgenden Zitat beschreibt sie, wie sie sich den perfekten Zeitpunkt vorstellt, um das Medikament abzusetzen, und führt aus, wann genau ihr Kriterium der Zustandsstabilisierung erreicht ist: Wenn sich ihr Leben wieder genauso anfühle wie vor der Depression, dann sollte es für den Körper kaum einen Unterschied machen, wenn er das Medikament nicht mehr bekomme.

Rolle des Hausarztes

Zu dem der Ärztin? Zu dem der diensttuenden, ja. Okay, sie ist sehr nett, sie ist sehr… man kann mit ihr sehr gut reden, ich bin zufrieden, dafür, was ich von anderen Ärzten gehört habe, die sehr schnell machen, die nicht wollen, dass… […] und sie nicht, sie spricht mit – z.B. mit mir hat sie in Ruhe gesprochen. Immer wenn Sie etwas brauchen, können Sie kommen…, sie war immer sehr nett. Ich bin sehr zufrieden. *Und was ist das Wichtigste […] an dieser Beziehung?* Also mir…, das Wichtigste ist, dass sie…, sie behandelt dich… sehr… wie…, es ist nicht die typische Beziehung zu einem Arzt, nicht wahr? Sie hört zu,… sie lässt dich reden und sie macht mit dir alles ganz natürlich, sie wundert sich nicht, sie sagt nicht… […] sie ist sehr natürlich, sehr ruhig und scheint dich sehr gut zu verstehen. Vielleicht ist es nicht so, nicht wahr? Aber sie macht… sie versteht dich, sie hört dir zu, das ist das Beste an ihr… denn es gibt andere, die dir sagen würden, ach, was für eine Dummheit, ertrage es einfach! Und sie nicht.

P 10:25 (274:290)

A la de la doctora? *De la de turno, si. Bien, ella es muy amable, es muy... se puede hablar muy bien con ella, estoy contenta, por lo que he escuchado de otros médicos que son muy rápidos, que no quieren... [...] y ella no, ella habla con - por ejemplo conmigo, ella habló tranquilamente, siempre si Usted necesita algo, puede venir..., siempre fue muy amable. Yo estoy muy contenta.* Y qué es lo más importante [...] en esta relación? *Pues, a mi ..., lo más importante es que ella..., te trata... muy ...como..., no es la relación típica del doctor, no... ella escucha,.... te deja hablar, y te hace todo como muy natural, no se extrana, no dice... [...] ella es muy natural, muy tranquila, y parece que te comprende muy bien. A lo mejor no es así, no? Pero ella hace... ella te comprende, ella te escucha, es lo mejor, que tiene ella... porque hay otros que te dirián, hay que tontería, aguántate no? Y ella no.*

Rekurrierend auf ihre Erfahrungen mit dem Medikament bevorzugte sie den Zustand mit den stimmungsverändernden Medikamenten gegenüber dem Leben, das sie seit ihrer Erkrankung ohne das Medikament geführt hat.

Normalität - Medikament oder ICH?

Und dass es nicht – und dass ich es vorziehe… trotzdem wird es Leute geben, die denken könnten, ich sei schwach gewesen, dass ich nicht normal sei, weil ich… es ist mir lieber, dass es mir so, wie es mir jetzt geht, als wie es mir vorher ging. Mir sind sowohl Medikamente als auch ein Psychologe egal, es soll mir lieber so gehen, als wie es mir vorher ging.

P 10:42 (422:426)

Y que no es - y que yo prefiero... aunque haya gente que pueda pensar que yo fui débil, que yo no soy normal, porque voy... prefiero estar como estoy ahora, a como estaba antes. Me da igual medicamento, que un psicólogo, yo prefiero estar así, que como estaba antes.

Zusammenfassung:

Frau Naranjo kam alleine nach Deutschland: erst um die Sprache zu lernen, dann um auf einer großen Ausstellung zu arbeiten; jetzt ist sie Lehrerin an einer Schule und möchte sich in diesem Bereich weiter qualifizieren. Sie ist pragmatisch und sucht sich Hilfe, wenn sie welche benötigt. Sie merkt aber auch an, dass sie viel zu lange gebraucht habe, bis sie sich an ihre Hausärztin und an die Psychologin der *CARITAS* gewandt hat. Sie ist auf gar keinen Fall als fatalistisch oder schicksalsergeben einzuschätzen, sondern eher als eine pragmatische und gezielt handelnde Frau. Erst durch Gespräche mit ihrer Hausärztin und der Psychologin erkennt sie, dass nicht sie Schuld an ihrem Zustand hat.

Frau Naranjo beschreibt deutlich eine Identitätsveränderung, die von ihr explizit befürwortet und gewünscht wird. So sagt sie z.B. über diese Veränderung "*Das bin ich nicht.*“ Dennoch hat sie Angst, dass die Identitätstransformation nur vom stimmungsverändernden Medikament gesteuert werde und nach dem Absetzen der alte Zustand zurückkehren könnte. Mit dem stimmungsverändernden Medikament hat sie das Gefühl, wieder so zu sein, wie sie früher war. Früher hat sie ihrer Meinung nach zuviel Energie mit Grübeln verschwendet. Sie möchte lieber mit dem stimmungsverändernden Medikament leben - auch wenn sie plant, es irgendwann einmal abzusetzen - als wieder zu ihrem früheren Zustand zurückzukehren. Diesen Prozess kann man auch als einen Normalisierungsprozess beschreiben. Die Wiederherstellung ihres alten psycho-sozialen Zustandes mittels des stimmungsverändernden Medika-

ments ist momentan ihr primäres Ziel.[20] Dabei ist die Angst vor einer möglichen Abhängigkeit von dem Medikament immer präsent. Diese Angst würde dann bei einem Rezidiv nach dem Absetzen des stimmungsverändernden Medikaments offensichtlich werden, bzw. ihr würde bewusst werden, dass womöglich nicht sie aus sich heraus es schafft, die Depression zu bekämpfen, sondern dass sie dazu die Hilfe eines Medikaments benötigt. Wenn sie den Wunsch hat, die Dosis zu verändern, dann bespricht sie diesen mit ihrer Ärztin bzw. wahrscheinlich noch vorher mit ihrer Psychologin.

Besonders auffällig war an diesem Interview die ausgesprochen reflektierte Argumentation der Befragten.

In der ersten Spalte der folgenden Tabelle 12 finden sich die im Interviewmaterial von Frau Naranjo identifizierten Kernkategorien. Für die Minimalvergleiche wurden die Interviews mit Frau Lilac, Frau Azul und Frau Gris herangezogen. Kurze, inhaltliche Zusammenfassungen zu den Kernkategorien für die jeweiligen Interviews finden sich in den weiteren drei Spalten.

Das Interviewmaterial zu den drei Randfällen wird bezogen auf die Kernkategorien in der Tabelle 22 im Anhang vorgestellt.

---

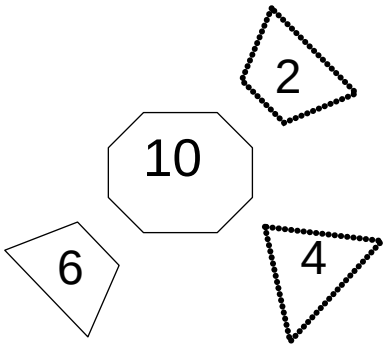
[20] Vgl. Ankerfall II, S. 114

Kernkategorien: Folgende Kategorien wurden aus dem Interview mit Frau Naranjo entwickelt:

(1) Normalisierung

(2) Zerrissenheit

Ankerfall III:



Generell wahrgenommene Fremdbestimmung durch Medikamente/ „Welt der Medizin“.

Kontrast: Fremdbestimmung durch ein stimmungsveränderndes Medikament explizit nicht zulassen!

Abbildung 12: Ankerfall und Randfälle zu: Das stimmungsverändernde Medikament bestimmt über den Nutzer. Eine Fremdbestimmung durch das Medikament wird zugelassen.

Tabelle 12: Inhaltliche Zusammenfassung der Randfälle (Ankerfall III)

Frau Naranjo	Frau Lilac	Frau Azul	Frau Gris
I Normalisierung	Aus Angst vor Veränderung nimmt sie ihre Tabletten regelmäßig ein. Die Tabletten geben ihr Sicherheit. Zusätzlich erhält sie ein niedrig dosiertes Neuroleptikum als Injektion. Da sie sich von dem Medikament mehr Energie verspricht, möchte sie darauf nicht verzichten. Selbstregulatives Verhalten oder gar ein Ende der Therapie kämen für sie nicht in Frage.	Frau Azul hat ihre Depression völlig ohne medikamentöse Unterstützung durchgestanden. Sie ist stolz darauf, so diszipliniert gewesen zu sein, dass niemand die Depression bemerkt habe. Normal zu sein, d.h. nicht abweichend oder krank, stand für sie immer an erster Stelle.	„*Krank zu sein*“ scheint ihr Normalzustand zu sein; dafür macht sie auch die unzähligen Medikamente verantwortlich, die sie einnehmen muss und die eine Bedrohung für sie darstellen.
II Zerrissenheit	Da sie die medikamentöse Therapie überhaupt nicht in Frage stellt und psychotherapeutische Verfahren ablehnt, sind für sie Zweifel an der Therapie nicht relevant.	Ihr ist bewusst, dass ihre Strategie sehr individuell ist, um mit einer Depression fertig zu werden, doch eine Fremdbestimmung durch ein stimmungsverändernndes Medikament lässt sie nicht zu. Im Nachhinein würde sie in einer vergleichbaren Situation auf jeden Fall einen Arzt aufsuchen und auch Medikamente einnehmen, obwohl sie sich über die möglichen inneren Konflikte, die dies mit sich brächte, im Klaren ist.	Sie empfindet sich generell durch Medikamente bzw. die “*Welt der Medizin*“ fremdbestimmt und reagiert auf dieses Gefühl sehr emotional. Anstatt sich nur mental damit auseinanderzusetzen, bringt sie die stimmungsverändernden Medikamente zurück zur Apotheke, obwohl sie sie sogar recht gut vertragen hat. Diese Reaktion mag die Antwort auf ihr lebensbestimmendes Gefühl der Angst und des Ausgeliefertseins zu sein.

5.2 Prospektive Meta-Ethnographie: Erfahrungen von deutschen Hausarztpatienten, spanischen Migranten in Deutschland und im Herkunftsland lebenden Spaniern

Es liegen Interviewstudien zum subjektiven Bedeutungsgehalt stimmungsverändernder Medikamente bei drei exemplarischen Bevölkerungsgruppen vor, die sich hinsichtlich Herkunft und momentanem Lebensmittelpunkt unterscheiden. Diese drei Studien kommen bei der Analyse der „*Einnahmekarriere*“ stimmungsverändernder Medikamente zu Ergebnissen, die sich nur in Nuancen voneinander unterscheiden (zur genaueren Beschreibung der Konzepte zur „*Einnahmekarriere*“ der vorliegenden Untersuchung s. Kapitel 5.1.1). Betrachtet man jedoch die Einflüsse von Selbstregulationselementen auf die Medikation und beeinflussende Faktoren der sozialen Umgebung (Ärzte, Familie etc.) näher (zur genaueren Beschreibung der Konzepte zur „*Autonomie*“ der vorliegenden Untersuchung s. Kapitel 5.1.2), werden die unterschiedlichen Umgangsweisen mit den Medikamenten augenscheinlich. Auch auf diese wird im Weiteren eingegangen.

In der vorliegenden Untersuchung wurde eine modifizierte Form der Meta-Ethnographie versucht, in der mit den komprimierten Interpretationen und nicht mit abgeschlossenen Forschungsarbeiten gearbeitet wurde. Die Synthese (Meta-Ethnographie) wird nun mit Hilfe der Konzepte zur „*Einnahmekarriere*“ und ihrer Ursprünge in den drei Untersuchungen präsentiert.

Verwendete Studien

Grundlage für die Meta-Ethnographie sind drei Untersuchungen, deren Inhalte im Folgenden nochmals kurz vorgestellt werden.

1) A. Hernández *(2011). Zur sozialen und kulturellen Bedeutung stimmungsverändernder Medikamente. Erfahrungen von deutschen Hausarztpatienten, spanischen Migranten in Deutschland und im Herkunftsland lebenden Spaniern.* Dissertation. Georg-August-Universität Göttingen.

Kapitel 4.1.2 beschreibt die Datengewinnung. In Kapitel 5.1 werden die soziodemographischen Daten dieser Untersuchungsgruppe vorgestellt.

Die Studie skizziert die wesentlichsten Komponenten eines Karrieremodells für die Wahrnehmung stimmungsverändernder Medikamente und differenziert diese in Sequenzen von Karrierestufen. Einige dieser Sequenzen sind durch autonome Entscheidungsprozesse gekennzeichnet. Mit Hilfe von Ankerfällen werden die von den Befragten gewählten Umgangsweisen mit den stimmungsverändernden Medikamenten dargestellt, und es wird auf Wandlungsprozesse hingewiesen.

2) *C. Meyer (2005). Stimmungsverändernde Medikamente aus Sicht von Arzt und Patient.* Dissertation. Georg-August-Universität Göttingen.

Die Datengewinnung wird in Kapitel 4.1.3 beschrieben.

Wie bereits in Kap. 4.1.3 dargelegt, wurden von 2000-2002 mehrere Hausärzte interviewt. Untersucht wurden das Verordnungs- und Einnahmeverhalten von stimmungsverändernden Medikamenten aus der Perspektive von Hausärzten und deutschen Patienten. Jeder dieser Ärzte bekam fünf Einwilligungserklärungen, die an für Patienteninterviews infragekommende Personen weitergegeben werden sollten. Es liegen Interviews mit 17 Patienten vor, der überwiegende Anteil waren Frauen (81,3%). Das Alter der Interviewten lag zwischen 22 und 86 Jahren und betrug im Durchschnitt 51,4 Jahre (eine Übersicht findet sich in Tab. 6). Keiner der Befragten hat sich zum Zeitpunkt der Befragung als arbeitslos beschrieben, acht arbeiteten in Ausbildungsberufen, fünf waren bereits in Rente, drei arbeiteten als ungelernte Kräfte und eine Teilnehmerin war Studentin. Die Verordnungen der Befragten waren sehr uneinheitlich: es bekamen neun Teilnehmer ein SSRI, vier Hypericum, jeweils ein Teilnehmer ein TCA bzw. Benzodiazepam und zwei Teilnehmer mehr als ein stimmungsveränderndes Medikament (SSRI + Benzodiazepam, TCA + Benzodiazepam).

In der Studie wurden die Ängste vor einer Persönlichkeitsveränderung, Kontrollverlust und Abhängigkeit, die bei der Wahrnehmung und Bewertung stimmungsverändernder Medikamente bestimmend sein können, herausgearbeitet. Dabei wurde ein Zusammenhang hergestellt zwischen einer genauen Beobachtung der Medikamentenwirkung und selbstregulativem Verhalten, das für Patienten ein wichtiges Instrument darstellen kann, um ihr stimmungsveränderndes Medikament zu akzeptieren. So können unerfüllte Erwartungen an die Wirkung eines Medikaments im Therapieverlauf zu einer Regulation der Dosis führen.

3) V. Mahtani Chugani. 2010. *Estudio cualitativo sobre la percepción del beneficio y del riesgo de ansiolíticos y antidepresivos en los usuarios.* Tesis Doctoral del Departamento de Medicina Interna, Dermatología y Psiquiatría. Unveröffentlichte Dissertation. University of La Laguna, Teneriffa, Spanien.

Das Kapitel 4.1.4 beschreibt die Datengewinnung.

Auf Teneriffa wurden zwischen 1999 – 2002 insgesamt 19 Interviews mit fünf spanischen Männern und 14 spanischen Frauen durchgeführt (s. Tab. 6). Acht der Interviews fanden in ländlichen Gebieten, die restlichen im städtischen Einzugsbereich der Gesundheitszentren statt. Die Informanten wurden von ihren Hausärzten auf die

Teilnahme angesprochen. Das Alter der Interviewten lag zwischen 35 und 84 Jahren. Die Medikation der befragten Patienten war verhältnismäßig heterogen: jeweils drei Befragte erhielten ein SSRI bzw. ein Benzodiazepam, ein Teilnehmer erhielt ein nicht näher beschriebenes Präparat, elf bekamen mehr als ein stimmungsveränderndes Medikament: sieben kombinierten SSRI + Benzodiazepam und drei Teilnehmer erhielten Benzodiazepam + ein weiteres, Benzodiazepam + MAO + ein weiteres, SSRI + Hyperikum, zu zwei Teilnehmern wurden diesbezüglich keine Angaben gemacht.

In der Studie wurden Faktoren identifiziert, die den Einnahmeverlauf charakterisieren. Ein besonderes Augenmerk lag auf der Analyse interner und externer Faktoren, mit denen die Befragten Nutzen und Risiko der Einahme stimmungsverändernder Medikamente bewerten. Diese Form der Risikoanalyse geschah besonders in Bezug auf die Einflüsse des sozialen Netzes.

5.2.1 Untersuchungsmaterial

Das für die Meta-Ethnographie verwendete Untersuchungsmaterial bestand aus dem gesamten Interview- und Kodierungsmaterial der zuvor vorgestellten drei Untersuchungen zur Wahrnehmung stimmungsverändernder Medikamente. Alle drei Studien untersuchten u.a. die Phänomene „*Karriere*“ und „*Autonomie*“ (zum methodischen Vorgehen s. Kap. 4.2.5). In den nachfolgenden Tabellen werden die für die drei Studien identifizierten Hauptkonzepte sowie ihre Unterkategorien vorgestellt. Gibt es zu einem Konzept auch in den anderen Untersuchungsgruppen relevante Daten, wurde ein „*Häkchen*“ gesetzt. Wurden die Daten nicht aufgefunden, wurde die Zelle freigelassen, was lediglich bedeutet, dass das Konzept während des Interviews nicht thematisiert wurde, jedoch nicht, dass es im Leben des Interviewten nicht vorhanden war. Die Zelle kann aber auch mit einem weiteren entsprechenden Konzept gefüllt werden.

5.2.2 Konzepte der Synthese

5.2.2.1 Mit der Erkrankung verbundene Einschränkungen

Mit der Erkrankung verbundene Einschränkungen sind solche, die auftreten, bevor eine Behandlung beginnt. Die Einschränkungen können als Anlass dienen, nach Hilfe zu suchen. Betrachtet wird hier die Zeitspanne zwischen dem Auftreten der Symptome und dem Behandlungsbeginn.

Die Befragten aller drei Gruppen äußerten sich über eine Vielzahl von Symptomen, Beeinträchtigungen und Gesundheitsproblemen, die besonders ihr Sozial- und Arbeitsleben beeinflussten (s. Tab. 13). In den Interviews mit den spanischen Migranten fiel auf, dass der Bereich Arbeit noch stärker zum Alltagsleben gezählt und weniger vom Privatleben abgegrenzt wurde. Das Erfüllen der anscheinend von außen auferlegten Rollenerwartungen war für viele befragte Migranten im Arbeits- wie im Privatleben wichtig. Dabei mag auch die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes von Bedeutung sein, die das Verhalten bei der Arbeit und gegenüber anderen Personen im Allgemeinen beeinflusst[21].

Tabelle 13: Reaktionen auf mit der Erkrankung verbundene Einschränkungen

Deutsche Hausarztpatienten	Spanische Migranten	Spanische Hausarztpatienten
	EINSCHRÄNKUNGEN	
✓	Psychische und physische Symptome	✓
✓	Schwierigkeiten bei der Arbeit	✓
✓A	Einschränkungen sozialer Beziehungen	✓
✓	Isolation	✓
Nichtbewältigung alltäglicher Anforderungen	✓ hier: noch stärker Bezug auf die Arbeit bzw. auf von außen auferlegte Rollenerwartungen	✓
✓	„Ausgebrannt“Sein	✓
---	Unvermögen, Krankheit zu verstehen	✓

[21] Mögliche biographische Ressourcen der spanischen Einwanderer werden in Kap. **6.5.1** erörtert. Exemplarisch für die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes ist die Aufzeichnung von P 8:4 auf S. 69 und von P 5:3 auf S. 82.

5.2.2.2 Reaktionen auf Einschränkungen – Ergreifen der Initiative

Beeinträchtigen die Symptome das alltägliche Leben der Patienten, suchen viele auf verschiedenste Weise nach Hilfe, um diese Situation zu verändern.

Im Laufe der Interviews mit allen drei Gruppen wurde immer wieder von Strategien berichtet, die die Normalität wiederherstellen sollten (s. Tab. 14)[22]. Vollkommen gegensätzliche Strategien können für die unterschiedlichsten Personen funktionieren: So kompensieren die einen die Veränderungen durch Arbeit oder Sport bzw. disziplinieren sich selbst insoweit, dass kein Außenstehender von ihrem Zustand etwas mitbekommt. Eine Befragte äußerte sich folgendermaßen: „*meine Mutter war mein Arzt*“.[23] Ein anderer Teilnehmer verlässt sich auf seine eigene Stärke und seinen Willen. Berichtet wird aber auch davon, sich krankzumelden und/oder sich mit Alkohol oder Schlaftabletten zurückzuziehen. Andere setzen sich wenig mit ihren Mitmenschen auseinander, ziehen sich in einen Schonraum zurück und warten so lange ab, bis ihr Zustand für sie nicht mehr tragbar erscheint, erst dann suchen sie nach ärztlicher und/oder psychologischer Unterstützung. Aber auch die Selbstmedikation mit Johanniskraut oder der Besuch von Gesundheitskursen (z.B. Reiki, QiGong) spielt im Vorfeld eine wichtige Rolle.[24]

Für die Mehrzahl der Befragten war die Unterstützung durch Außenstehende wichtig. Dies waren in erster Linie Familienmitglieder und/oder Freunde. Hier entschied sich, wer wirklich zu einem hielt (Trennung in richtige und falsche Freunde). Einige ließen aber extra ihre Familie/Freunde nicht so nah an sich heran und wiesen Hilfsangebote zurück bzw. nahmen diese nicht in Anspruch. In der Gruppe der deutschen Hausarztpatienten war die Suche nach Gleichgesinnten in den Interviews relevant, während in der Gruppe der spanischen Migranten die psychologische Beratungsstelle der *CARITAS* - auch im Sinne eines Familienersatzes - eine herausragende Rolle spielte. Die Entscheidung, einen Arzt zu Rate zu ziehen, kann unterschiedliche Gründe haben: An erster Stelle steht das Vertrauen in den Arzt, seine Funktion als Zuhörer und Ratgeber, aber genannt wurden auch schlicht Hilflosigkeit und ein Impuls, etwas verändern zu wollen. Einige Befragte schildern Patientenkarrieren, in denen sie von Arzt zu Arzt, von Diagnostik zu Diagnostik geschickt werden, aber auch das *doctor-shopping* war in diesem Zusammenhang von nicht unerheblicher Relevanz. Doctor-shopping, also die Konsultation mehrerer Ärzte ähnlicher Fachrichtun-

---

[22] Strategien zur Wiederherstellung von Normalität finden sich auf S. 73, S. 103/104, S. 122 sowie in Tab. 14.

[23] Vgl. Referenz P 4:3 auf S. 75.

[24] Patienten erhoffen sich vom Rückzug in einen Schonraum ein Erreichen von Normalität; das Nichterreichen dieser Hoffnung wird durch einen Strategiewechsel beantwortet, nämlich das Suchen nach ärztlicher oder psychologischer Unterstützung.

gen, tritt bei psychischen Erkrankungen relativ häufig auf.[25] Es kann aber auch schwierig sein, sich einem Arzt anzuvertrauen; z.B. wenn man sich nicht ernst genommen fühlt oder Angst davor hat, von dem Arzt als „*nicht normal*“ bewertet zu werden.

Tabelle 14: Reaktionen auf Einschränkungen - Ergreifen der Initiative (ein in zwei Richtungen gewandter Pfeil weist auf Gegensätzliches hin).

Deutsche Hausarztpatienten	Spanische Migranten	Spanische Hausarztpatienten
	Herstellen von Normalität	
✓ Arbeit, Sport	Disziplin	✓
Vernunft, eigener Wille	an sich arbeiten	✓
---	Fatalismus	✓ *suffer in silence*
	Alternative Heilverfahren	
?	---	Heilpraktiker, Schamane
Hypericum	?	✓
?	Alkohol	?
?	QiGong	Reiki
	Kontakte zum Laiensystem	
Suche nach Gleichgesinnten	Unterstützung durch *CARITAS* oder Familie	Familie/Freunde
✓	Abgrenzungsverhalten gegenüber Familie/Freunden	✓
	Inanspruchnahme des professionellen Gesundheitssektors	
✓	med. & psych. Unterstützung	✓
✓	✓ Arzt als Informationsquelle	*Informer*
		Heiler
		Mediator
✓	✓	*doctor shopping*

[25] Zum Zusammenhang zwischen dem Doctor-shopping und der wahrgenommenen Mündigkeit s. S. 159.

5.2.2.3 Behandlungsbeginn

Die Diagnose und der Beginn einer Therapie führten bei vielen Befragten der drei Untersuchungsgruppen zu verschiedenen Konflikten und emotionalen Reaktionen, die mit Ratschlägen, Etikettierungen und/oder dem Beginn der Einnahme von stimmungsverändernden Medikamenten verbunden waren (s. Tab. 15). Hatten die Befragten einmal ihre Diagnose erfahren, variierten die Gefühle zwischen Erleichterung, dass die Beschwerden nicht eingebildet waren, es also eine medizinische Erklärung dafür gab, und der bezüglich der Prognose, etwas dagegen unternehmen zu können, empfundenen Entlastung: Einige fühlten sich durch die Diagnose befreit und waren froh darüber, etwas tun zu können. Bei anderen hingegen führte die Diagnosestellung zu einer Abwehrhaltung gegenüber den Therapiemöglichkeiten oder zu Reaktionen wie Verdrängung, indem sie nicht wahrhaben wollten, dass sie eine Depression hatten. Andere hingegen belastete, dass sie ihre Probleme nun nicht selbst, d.h. ohne Medikamente, lösen konnten. In diesen Zusammenhang fällt auch die häufig genannte Angst vor Abhängigkeit. Bezogen auf die Interaktion mit dem sozialen Umfeld birgt der Behandlungsbeginn noch ein zusätzliches Konfliktpotential: So schämten sich einige bzw. befürchteten eine Stigmatisierung durch ihre Mitmenschen[26]. Viele merkten, dass sie die verordneten Medikamente nun tatsächlich benötigten, um ihr alltägliches Leben zu bewältigen. Einige der interviewten Patienten entwickelten deshalb Schuldgefühle gegenüber der Erkenntnis, während der Dauer der Einnahme tatsächlich physisch und psychisch auf die Einnahme der Medikamente angewiesen zu sein. Es gibt aber auch eine eher passive, hinnehmende Haltung der Diagnose und der medikamentösen Therapie gegenüber: In diesem Fall werden weder eine starke Abwehrhaltung gezeigt noch hohe Erwartungen an die Medikation gestellt; Hoffnungen oder Ängste werden nicht artikuliert. Demgegenüber stehen Versagensgefühle, die entstehen, wenn das Leben anscheinend nur mit Tabletten zu meistern ist.

Richtet man bei der Analyse der Reaktionen auf den Beginn der Behandlung den Fokus neben dem Medikament auch auf die Ärzte, treten zwei Hauptaspekte zutage: Zum einen werden diese nicht selten in erster Linie als Verordnende von Medikamenten betrachtet und insofern vor allem als Menschen, die die Macht darüber besitzen, Medikamente zu verschreiben oder ebendiese vorzuenthalten. Zum anderen macht gerade seine Funktion als Zuhörer den Arzt so wichtig für viele Befragte. Das Zusammenspiel beider Aspekte könnte erklären, warum das jeweilige Arzt-Patienten-

---

[26] Referenzzitat zur Angst vor Stigmatisierung bzw. zur Nichtkonsultation von Ärzten aufgrund dieser Angst findet sich auf S. 70, P 4:6.

Verhältnis als so ambivalent wahrgenommen wird. Möglicherweise bedingt dieser erlebte Widerspruch die geschilderten Konflikte in der Beziehung zum Arzt.

Tabelle 15: Behandlungsbeginn

Deutsche Hausarztpatienten	Spanische Migranten	Spanische Hausarztpatienten
	ERSTE REAKTIONEN AUF DIAGNOSE	
Zurückweisen der Diagnose	✓	✓
✓	✓	Erleichterung
Medikament als Strohhalm	aktives Akzeptieren	✓
✓	passives Akzeptieren	✓
Abneigung gegen Medikament	✓	✓
Informationssuche	✓	✓
	AUSEINANDERSETZUNG MIT SICH SELBST	
✓	Keine Problemlösung durch Medikamente	✓
neg. Einstellung ggü. Medikamenten	✓	✓
✓	✓	Schuldgefühl, Psychopharmaka nehmen zu müssen
	Versagensgefühle	
	ABGRENZUNGEN VON ANDEREN	
	Arzt verordnet „nur“ – Wunsch nach mehr Zuwendung	Verordnender
✓	Patient fühlt sich nicht ausreichend informiert	✓
---	Beziehung zum Arzt wichtiger als Medikamente Zuhörer	✓
✓	Familie/Freunde	Stigma

Verantwortung übernehmen

Die Diagnosestellung führt in den meisten Fällen zu einer Auseinandersetzung mit der Einnahme der stimmungsverändernden Medikamente als Therapiemöglichkeit und schließlich -wirklichkeit. Mit dem Herausbilden verschiedener Strategien lässt sich die Einnahme näher beschreiben (s. Tab. 16).

Der Hausarzt wird in den meisten Fällen bei Problemen mit der Medikation oder der Erkrankung als erster Ansprechpartner aufgesucht. Es finden sich in allen drei Stichproben Erfahrungen mit der Einnahme verschiedener stimmungsverändernder Medikamente (nicht-verschreibungspflichtige und verschreibungspflichtige). Unter Umständen gehört das *drug shopping* auch zu dem Prozess, die Diagnose und das Me-

dikament zu akzeptieren. Dazu kommt, dass nicht jedes Medikament sofort anschlägt. Für viele Patienten fällt in diese Phase auch der Zeitpunkt, sich aktiv mit der Erkrankung und ihrer Behandlung auseinanderzusetzen: es wird in verschiedenen Medien nach Informationen gesucht, aber auch der Arzt mit der Erwartung nach Information konsultiert. Diese Erwartung wird aus der Patientenperspektive nicht immer erfüllt.

Die Einsicht in die begrenzten Möglichkeiten des Arztes ist umso größer, je besser über die Krankheit und ihre Behandlung informiert und der Nutzen hervorgehoben wurde. Auch ein zuerst experimenteller Umgang mit dem Medikament kann die Akzeptanz erhöhen, wenn Misserfolge und Nutzen dadurch erlebbar wurden. Oft sehen die Patienten keinen anderen Ausweg, als die stimmungsverändernden Medikamente über den vorgesehenen Zeitraum hinaus einzunehmen, weil sich noch keine zufriedenstellende Besserung eingestellt hat (hier oft mit Medikamentenwechsel verbunden).

Um Konflikten oder Rechtfertigungen aus dem Weg zu gehen, wird die Einnahme des psychotropen Medikaments oft verschwiegen. Die Einnahme des Medikaments nach Anweisung des Arztes kann interne und externe Konflikte zumindest abmildern, weil die Verantwortung über das Gelingen der Therapie dem Arzt zugewiesen wird. Dies kann dem Patienten in erster Linie eine Form von Sicherheit bzw. Beruhigung verschaffen. Manchmal reicht es aus, das Medikament einfach nur bei sich / zur Hand zu haben, um die Symptome unter Kontrolle zu halten (eher bei Angst- und Panikstörungen verbreitet). So ist das Medikament im Notfall parat bzw. es kann auf die bestehende Dosierung hinzudosiert werden. Es wird als normal oder auch als Bereicherung betrachtet, ein stimmungsveränderndes Medikament einzunehmen, so wie auch viele andere Krankheiten medikamentös behandelt werden. Andere stellen fest, dass sie es satt haben, auf Medikamente angewiesen zu sein, und so sollen mit der Verringerung der Dosis auch Risiken und Nebenwirkungen minimiert werden. Eine Form der (Selbst)-Kontrolle mit dem Ziel der langfristigen Verringerung scheint ein wichtiger stabilisierender Faktor zu sein, da eine als selbst kontrolliert erlebte Dosisreduktion das Autonomieempfinden der Patienten stärkt.

Tabelle 16: Verantwortung übernehmen

Deutsche Hausarztpatienten	Spanische Migranten	Spanische Hausarztpatienten
	UMGANG MIT DER MEDIKATION	
---	keine Medikamente	---
vom Nutzen überzeugt	✓	*Assuming*
✓	keine andere Wahl	Resignation
✓	Geheimnis	Verstecken
✓	✓	Gehorsam
✓	---	in Reichweite
✓	✓	eine Krankheit wie jede andere
---	✓ (wenig differenzierte) Einnahme verschiedener Psychopharmaka	*drug shopping*
✓	✓	Reduktion der Dosis

5.2.2.4 Erfahrungen mit der Medikamenteneinnahme

Die von den Nutzern erfahrenen Wirkungen des stimmungsverändernden Medikaments können auch als bio-psycho-soziale Medikamentenwirkungen beschrieben werden, denn sie strahlen auf das soziale (Familie, Freunde), psychologische (Gedanken, Gefühle) und biologische (Stoffwechsel, zentrales Nervensystem) System aus (s. Tab. 17).

Einige der Befragten beschrieben eine Vielzahl positiver Medikamentenwirkungen. Sie berichteten, dass sie wieder in der Lage seien, ihre Zeit mit anderen Menschen zu verbringen und ein annährend normales Alltagsleben zu führen, andere berichteten von einer vollständigen Heilung. Die Medikamente wurden von einigen Nutzern in euphorischen Worten beschrieben. Andere merkten an, wie unterstützend es für sie sei, das Medikament für den Notfall immer dabeizuhaben. Sie fühlten sich dadurch sicherer. Bei anderen führte es zu einer veränderten Sicht auf ihre Lebensumstände, beispielsweise lernten manche, ihr Leben realistischer bzw. differenzierter einzuschätzen. Von einigen wurde Zufriedenheit mit der symptomatischen Behandlung ihres Gesundheitszustandes geschildert, andere hingegen erwarteten mehr von der Behandlung und zeigten sich darüber enttäuscht, dass die Ursachen ihres Leidens noch unverändert waren. Für andere wiederum war die Vorstellung, dass durch die Medikamente ein bio-chemisches Gleichgewicht wiederhergestellt worden sei, wichtig. Positiv bewertet wurde die Erfahrung, dass es nun verstärkt möglich sei, wieder am sozialen Leben teilzunehmen und sich generell ausgeglichener zu fühlen. Die

Medikamente wurden metaphorisch sowohl als „*Krücke*“ oder „*Schutzschild*“, aber auch ganz konkret als Problemlöser beschrieben.

Der Umstand, Medikamente verordnet zu bekommen, die die eigene Stimmung und damit auch die Persönlichkeit beeinflussen, führte bei einigen Befragten zu Konflikten mit sich selbst. Korrespondierend damit bestand bei ihnen eine unspezifische Abneigung den Medikamenten gegenüber. Erst durch die Tatsache, dass Tabletten eingenommen werden mussten, wurde den Befragten bewusst, dass sie krank waren. Sie bemerkten, dass die eigenen Gefühle durch die Einnahme psychotroper Medikamente beeinflusst wurden und sie diese und somit sich selbst zum Teil als unecht einstuften. In diesem Fall wurde die eigene Person als außerhalb dieses Prozesses stehend betrachtet und den Medikamenten eine kontrollierende Funktion zugeschrieben. Diese Vorstellung, nicht normal zu sein, weil man mental ohne Medikamente nicht richtig funktioniere, war einigen unangenehm oder peinlich. Einfacher war es, sich dieses Problem mit einem bio-chemischen Ungleichgewicht zu erklären, das durch die Medikamente wieder in Ordnung gebracht wurde, anstatt sie einem mental-emotionalem oder andersartigen Defizit zuzuschreiben. Es werden auch Versagensgefühle beschrieben, weil stimmungsverändernde Medikamente eingenommen werden müssen. Man wehrt sich dagegen, sie einnehmen zu müssen bzw. dagegen, überhaupt krank zu sein.

Von den Befragten wurde in etwa das in den Beipackzetteln der Medikamente aufgeführte Spektrum an unerwünschten Wirkungen beschrieben. Einige verspürten gar keine Nebenwirkungen oder waren davon überzeugt, dass es bei dem richtigen Medikament auch keine unerwünschten Wirkungen gäbe. Ein Interviewpartner, der ohne Medikation sehr stark gelitten hatte, konnte nun die Nebenwirkungen als nachrangig erleben. Bei einigen Befragten war es uneindeutig, ob die Nebenwirkungen den psychotropen Medikamenten, der Co-Medikation oder Co-Morbidität zuzuordnen waren. Besonders bei der Gruppe der Migranten erschien es häufig schwierig, die Wirkungen unterschiedlicher Medikamente voneinander abzuzgrenzen, da den Befragten der Grund für die Einnahme, d.h. die Diagnose, gar nicht bewusst war. Die Nebenwirkungen wurden von einigen als extrem belastend beschrieben. Wurde darauf ärztlicherseits nicht ausreichend eingegangen, führte das bei einigen Befragten zu einem Arztwechsel. Das Thema Abhängigkeit wurde von mehreren Perspektiven aus betrachtet. Häufig angesprochen wurde eine Form psychischer Abhängigkeit bzw. Gewohnheit und die Angst vor einem Rückfall, wenn das Medikament abgesetzt werden würde. In diese Richtung gehen auch Aussagen über ein Gefühl des Unwohlseins, wenn das Haus, ohne die Medikamente dabei zu haben, verlassen wurde. Die Angst vor Abhängigkeit mag auch ein Grund für ein vorsichtiges Herunterdosieren sein.

Viele berichteten davon, dass die Erkrankung und die Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme zur besseren Alltagsbewältigung und zur Rückkehr in das verlorene seelische Gleichgewicht ihnen die Unterstützung durch Familie und Freunde als neue Erfahrung gebracht habe. Auch sind andere Menschen eher dazu in der Lage, den Betroffenen Veränderung in ihrem Verhalten zurückzuspiegeln. Gespräche und Erfahrungsaustausch waren für viele sehr hilfreich. Im Fall der Spanier in Deutschland, die weniger familiäre Bindungen aufwiesen, spielte hier die psychologische Beratung durch die *CARITAS* ein große Rolle und wurde für einige, besonders aufgrund der Hausbesuche, fast ein Familienersatz. Andere hingegen hatten Angst vor den Reaktionen und hatten der Familie und den Freunden nichts von ihren Problemen erzählt. Angebotene Unterstützung wurde zurückgewiesen, auch mit dem Wunsch, das Leben der anderen nicht belasten zu wollen bzw. am Ende doch alleine zu sein, weil man als „*nicht normal*“ eingestuft werde. Auch gingen sie dadurch Kommentaren, z.B. zur Einnahme von Psychopharmaka oder der Höhe der Dosis, grundsätzlich aus dem Weg.

Tabelle 17: Positive und negative Erfahrungen mit der Medikamenteneinnahme

Deutsche Hausarztpatienten		Spanische Migranten		Spanische Hausarztpatienten	
positive Erfahrungen	**negative Erfahrungen**	**positive Erfahrungen**	**negative Erfahrungen**	**positive Erfahrungen**	**negative Erfahrungen**
Behandlung von Symptomen		Behandlung von Symptomen		Behandlung von Symptomen	
		zurück ins bio-chem. Gleichgewicht	kein Effekt bzw. weniger als erwartet	Heilung	kein Effekt
Stabilität / Krücke, Schutz	Abhängigkeit - physisch - psychisch - zu viele Medikamente/zu lange Einnahme - Gewohnheit	Krücke, Schutz	Abhängigkeit - physisch - Gewohnheit	Problemlöser	Abhängigkeit - physisch - psychisch - Toleranz - Gewohnheit
Normalität wiederherstellen		Normalität wiederherstellen		Normalität wiederherstellen	
Klarheit				andere Sicht auf das Leben	
positive Haltung	nur oberflächliche Veränderung	Veränderung des Lebens		Veränderung des Lebens	
Soziabilität					
Greifbarkeit ausreichend				Greifbarkeit ausreichend	Rückfall befürchtet
Überbewertung Medikament		Veränderung medikamentennicht persönlichkeitsabhängig		sehr pos. Bewertung Medikament („*santo prozac*©“)	
das richtige Medikament hat keine Nebenwirkungen	„typische“ Nebenwirkungen		„typische“ Nebenwirkungen		„typische“ Nebenwirkungen
wenn Leiden stark, Nebenwirkungen eher zweitrangig					
	Scham		Scham		Scham
	Stigma		Stigma		Stigma
	Angst vor Vorurteilen		Tabu		Tabu
Unterstützung durch Andere		Unterstützung durch Andere/*CARITAS*	Unterstützung unerwünscht	Unterstützung durch Andere	keine Unterstützung
Kommunikation möglich			durch andere nicht ernst genommen fühlen	Vorteile des Krankseins nutzen (z.B. Krankschreibungen)	

5.2.2.5 Bewertung der Strategien zur Einnahme

Einige Befragte, die bereits über einen langen Zeitraum hinweg stimmungsverändernde Medikamente eingenommen hatten, begannen im Laufe dieser Zeit auch über ihre Zukunft nachzudenken. So gingen manche davon aus, diese Medikamente für immer oder zumindest noch für eine sehr lange Zeit einnehmen zu müssen, andere hofften genau das Gegenteil. Doch nicht alle Befragten hatten für die nahe Zukunft den Wunsch aufzuhören. Bei einer positiven Einstellung gegenüber der Medikation war der Anreiz geringer. Andere standen ihrer Behandlung eher resigniert gegenüber.

Einnahmestrategien

Die Prämissen, unter denen die stimmungsverändernden Medikamente eingenommen werden, variieren (s. Tab. 18). Einige Befragte schließen die Regulation der Dosis für sich grundsätzlich aus. Die Verordnung habe sich bewährt, Patienten berichten von der regelmäßigen Einnahme und halten sich an die vom Arzt vorgegebene Dosierung. Man hat sich an die Einnahme der Medikamente gewöhnt, fühlt sich nun eher in der Lage, herausfordernde Situationen zu bewältigen, und empfindet den eigenen Handlungsspielraum als ausgeweiteter. Der gesundheitliche Zustand hat sich gebessert, und wenn auch ursächlich keine Probleme gelöst werden, so wird doch der Alltag als einfacher zu meistern empfunden. Die Verantwortung für die Medikamenteneinnahme wurde an den Arzt übergeben, ein Leben ganz ohne die stimmungsverändernden Medikamente ist zum Zeitpunkt der Befragung für einige der Interviewten nur schwer vorstellbar. Es wird aber auch von einer eher resignierten Einnahme oder Angst vor einem möglichen Rückfall berichtet. Auch der von manchen Befragten wahrgenommene „*Vorher-Nachher-Effekt*“ lässt den Wunsch nach einem Ende der Therapie in den Hintergrund rücken, eher noch wird eine Reduktion der Dosis als erster Schritt in Richtung Therapierende in Erwägung gezogen. Die Bandbreite der Strategien zur Dosisregulation ist relativ hoch. Sie reicht vom vorsichtigen Herunterdosieren, z.B. verbunden mit der Hoffnung auf weniger unerwünschte Wirkungen, über ein gezieltes Aussetzen der Medikation bei Alkoholgenuss (Feierlichkeiten) bis zum radikalen Therapieabbruch, beispielsweise verknüpft mit der Rückgabe des Medikaments an die Apotheke oder die Vernichtung des Medikaments. Aber auch von einer Erhöhung der Dosis, gleichsam um die Wirkung des Medikaments zu steigern, wird berichtet. Ein Experimentieren mit der Dosis wird relativ häufig angesprochen. Die befragten Nutzer nehmen das Medikament gezielt ein paar Tage ein bzw. setzen es aus. Gründe dafür können die Furcht vor Nebenwirkungen sein oder der Wunsch, die individuelle Dosis und optimale Tageszeit für die Einnahme zu ermitteln. Es wird aber auch abhängig von der momentanen Gemütslage bzw.

von bevorstehenden Ereignissen die Dosis nach unten oder oben angepasst. Auch von einer Dosisregulation in Absprache mit dem Arzt wurde gesprochen.

Tabelle 18: Einnahmestrategien

Deutsche Hausarztpatienten	Spanische Migranten	Spanische Hausarztpatienten
	KEINE DOSISREGULATION	
gutes Medikament	✓	an Medikament/Einnahme gewöhnt
Arzt bestimmt die Dosis	✓	✓
	Leben ohne Medikament schwer vorstellbar	resignierte Einnahme
✓	regelmäßige Einnahme	✓
	DOSISREGULATION	
✓ sparsamer Gebrauch	Reduktion	✓
Dosiserhöhung		✓
Experimentieren	✓	✓
Therapieabbruch	✓ Rückgabe an Apotheke	✓ Vernichtung des Medikaments

Mögliche Gründe der Depression

Während der Interviews wurden aus der Perspektive der Befragten auch häufig die möglichen Ursachen für die Erkrankung angesprochen. Einige stellten an sich selbst hohe Erwartungen, die dann schwer zu erreichen waren: Selbst zugeschriebene persönliche Dispositionen stehen im Vordergrund, die sie empfänglich für eine Depression machten. Dazu zählten sie Eigenschaften wie Schwäche, Nervosität oder Empfindsamkeit. Aber auch externe Gründe bzw. Anlässe wie Verlust, Trauer, Operationen oder familiäre Probleme zählten zu den genannten Ursachen.

Interessanterweise gingen die Meinungen über den Nutzen von Information und Wissen zur Depression und ihrer Behandlung stark auseinander. Einige der interviewten Patienten machten deutlich, dass sie keine zusätzlichen Informationen mehr benötigten: entweder weil sie meinten, bereits genug zu wissen, oder weil sie ihrem Arzt ausreichend vertrauten. Befragte, die sich nur ungern mit sich selbst auseinandersetzten, verzichteten ebenfalls auf zu viele Informationen, um sich nicht mit der Schwere ihres Problems zu konfrontieren. Andere wiederum wünschten sich viele Informationen, um alle therapeutischen Möglichkeiten zu kennen und ihre Auswahl nutzen zu können. Sie sahen so aber auch, dass sie nicht alleine mit ihrem Problem waren. Das gab ihnen Sicherheit und reduzierte Ängste. Diese Nutzung von Informa-

tionen motivierte einige Befragte dazu, sich vermehrt auch auf sich selbst zu verlassen anstatt nur auf den behandelnden Arzt.

Die Einstellung zu und das Erleben von stimmungsverändernden Medikamenten scheint sich im Laufe der Behandlung zu verändern. Während der Beginn häufig von Ängsten und Hemmungen geprägt ist, beschreiben und erleben Patienten den weiteren Verlauf der Behandlung oft als einen Prozess der Veränderung und des Wandels. Besonders selbstregulierendes Verhalten im Falle stimmungsverändernder Medikamente scheint essentiell für viele Patienten zu sein. Dies könnte als ein notwendiger adaptiver Prozess beschrieben werden, um mit diesen Medikamenten zurechtzukommen. Und sofern ein von den Patienten wahrgenommener Autonomieverlust wenn nicht als womöglich mitauslösend, so doch zumindest als Begleitsymptom des Komplexes „*Depression*“ betrachtet werden kann, liegt in dem Einüben der Kontrolle über die eigene medikamentöse Behandlung auch ein Potential, einen Linderungs- oder Heilungsprozess in Gang zu setzen bzw. diesen wenigstens zu unterstützen.

Als Nutzer stimmungsverändernder Medikamente durchliefen die Befragten verschiedene Stufen einer Einnahmekarriere. Es wurde untersucht, inwieweit die eigene Selbstwahrnehmung der Patienten mit diesen Änderungen in ihrem Denken und Fühlen korrespondiert.

6 Diskussion und Ausblick

Im folgenden Kapitel werden zunächst das Design (**Kapitel 6.1**) und danach die methodische Umsetzung der vorliegenden Untersuchung (**Kapitel 6.2**) einer kritischen Würdigung unterzogen. Im **Kapitel 6.3** werden die einzelnen Ergebnisse sowie ihr theoretischer Hintergrund diskutiert. Die Wahrnehmung stimmungsverändernder Medikamente aus Sicht der Befragten sowie die daraus folgenden Implikationen für die hausärztliche Praxis sind Thema des **Kapitels 6.4**.

Für die vorliegende Untersuchung wurde ein subjektiver Forschungsansatz gewählt, um entscheidende Aspekte für die Wahrnehmung stimmungsverändernder Medikamente bei deutschen Hausarztpatienten, spanischen Migranten in Deutschland und im Herkunftsland lebenden Spaniern zu untersuchen. Die folgenden Ausführungen dienen dazu, die in Kapitel 5 dargestellten Ergebnisse zu bewerten.

6.1 Stärken und Schwächen

6.1.1 Wahl der Stichproben

Ziel der Analyse war die Erschließung analytischer Kategorien sozialer Phänomene und nicht statistische Repräsentativität (Malterud 2001; Mays & Pope 2000). Der vorliegende Datenbestand ist sehr komplex und basiert auf Interviews mit Teilnehmern, die ihren Lebensmittelpunkt in verschiedenen europäischen Ländern haben. Das Gesundheitsproblem und seine Behandlung wurden von den Befragten auf unterschiedliche Art und Weise dargestellt, so dass ein facettenreiches Spektrum an Vorstellungen gewonnen werden konnte. Obwohl alle drei Einzelstudien eine vergleichsweise geringe Stichprobengröße aufweisen, erlaubte die Qualität der Datenmenge mit Hilfe der Meta-Ethnographie dennoch die Bildung analytischer Kategorien. So ist es gelungen, die Stichproben zusammenzuführen. Bei der Befragung einer vergleichsweise homogenen Stichprobe kann zunächst die Stichprobe auf zwölf Personen beschränkt werden. Guest et al. haben festgestellt, dass damit alle wichtigen Kodes in einem zu erforschenden Gebiet repräsentiert sind und sich darüber auch die relevanten Themen erschließen. Sie ließen offen, ob Einstellungen und Erfahrungen von mehreren Gruppen kontrastiert werden sollten (Guest et al. 2006, S. 74).

Das Sample

Das Sample der spanischen Migranten weist einen deutlich höheren Anteil von Teilnehmern mit einem niedrigeren sozialen Status auf als die beiden anderen Samples. Bei der Auswahl der Studienteilnehmer konnte die Schichtzugehörigkeit nicht beeinflusst werden, da sich die Autorin hier auf die Zuweisungen der Ärzte bzw. der *CARITAS*-Mitarbeiter verlassen musste. Die fehlende Möglichkeit für die Forschenden, ihre Interviewpartner selbst auszusuchen, lässt die Anzahl der tatsächlich zu rekrutierenden Teilnehmer nur begrenzt rekonstruieren. Ferner gehören Migranten zu den unteren Einkommensgruppen, was mit niedrigerem sozialem Status verbunden ist. Dies gilt besonders für die Migranten der ersten und zweiten Generation.

In allen drei Samples waren die Forschenden abhängig von den Zuweisungen der Ärzte. Auch waren nicht alle zu Studienbeginn an die Ärzte und die Psychologin der *CARITAS* verteilten *informed consent*-Bögen an die zu Befragenden ausgehändigt worden. Die Anzahl der tatsächlich zur Studienteilnahme eingeladenen Befragten lässt sich nur eingeschränkt nachvollziehen. So enthält das Sample Befragte, die den Untersuchenden von den verschiedenen Ärzten, der *CARITAS* oder im Falle der spanischen Patienten von Gesundheitszentren zugewiesen worden waren. Aufgrund dieses systematischen Samplings war eine gezielte Erhebung weiterer, noch differenzierterer Daten zur Überprüfung der entwickelten Kategorien aus forschungspragmatischen Gründen eingeschränkt (Truschkat et al. 2005, Abs. 22, 38).

Silagy und Carson (1989) fanden keine grundsätzlichen Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern an allgemeinmedizinischen Studien. Dennoch spricht die Teilnahme an der Studie primär für eine aufgeschlossene Haltung. Hier ist ein Selektionsbias zu vermuten, da nicht auszuschließen ist, dass die Ärzte und auch die Mitarbeiter der *CARITAS* vornehmlich Personen angesprochen haben, die ihrem Empfinden nach als Interviewpartner in Frage kamen. Das konnten etwa Personen sein, zu denen sie ein gutes Verhältnis hatten, die sie als therapiewillig einstuften, die sie als gefestigt betrachteten oder die sich gut ausdrücken konnten. Aber auch Personen, mit denen sie sich durch die Auseinandersetzung mit dem Thema neue therapeutische Möglichkeiten erhofften, weil ihre eigene Beziehung zu dem Patienten als festgefahren empfunden wurde, wurden als potentielle Teilnehmer angesprochen. Diesen Schluss legen sowohl die ebenfalls von der Autorin durchgeführten Interviews mit Hausärzten als auch Nachfragen bei Ärzten und der Psychologin der *CARITAS* nahe. Mewes et al. sind in ihrer Untersuchung zu somatoformen Störungen bei Migranten unterschiedlicher Herkunft zu dem Schluss gekommen, dass es beim Einschluss der Befragten einen Bias in Richtung gut integrierter Migranten gab, die sich weniger von den Vergleichsgruppen unterschieden. Damit erklärten sie sich

die unerwartet geringen Unterschiede im Hinblick auf Krankheitskonzepte und das Copingverhalten (Mewes et al. 2010, Abs. 17).

Der Rekrutierungsort

Sicherlich hatte auch die Wahl des Rekrutierungsortes Einfluss auf die Ergebnisse, d.h. sie wären voraussichtlich weniger arzt- und psychologielastig, wenn zusätzlich an weiteren Orten, wie z. B. mit Flyern in Apotheken, über Zeitungsannoncen oder im Fall der spanischen Migranten in der spanischen Schule, in Gemeindezentren oder spanischen Clubs potentielle Interviewpartner angesprochen worden wären. Diese Beschränkung ist auf alle drei Stichproben, deutsche Hausarztpatienten, spanische Migranten in Deutschland und im Herkunftsland lebende Spanier, übertragbar und zeigt zudem, dass empirische Forschung oftmals durch organisatorische, forschungs- und zeitökonomische sowie finanzielle Rahmenbedingungen limitiert ist.

Die Transkription

Bereits im Einladungs- und Informationsschreiben an die Untersuchungsteilnehmer wurde auf Fach- und Fremdwörter verzichtet, um einer Mittelschichtszentrierung seitens der zu Interviewenden im Vorfeld zu begegnen. Gleiches gilt für die Durchführung der Interviews. Auch bei der späteren Transkription der Texte wurde auf die Verwendung von restringierten Kodes hingewiesen. Letzteres wurde mit den transkribierenden Muttersprachlerinnen kontinuierlich abgeglichen. Darüber hinaus einigte man sich darauf, zunächst die expliziten Inhalte (die wörtlichen) auszuwerten und weniger das implizit Gemeinte.

Die Datenlage

Die vorliegende Untersuchung basiert auf Daten dreier exemplarischer Bevölkerungsgruppen, die sich hinsichtlich Herkunft und momentanem Lebensmittelpunkt unterscheiden. Diese Daten zum subjektiven Bedeutungsgehalt stimmungsverändernder Medikamente wurden mittels der Meta-Ethnographie bezüglich der Aspekte des Umgangs mit den Einschränkungen durch die Erkrankung, der Übernahme von Verantwortung zu Behandlungsbeginn, den Erfahrungen und Strategien mit der Einnahme stimmungsverändernder Medikamente im Hinblick auf selbstregulatives Verhalten (aktives Handeln in Bezug auf die Medikamente, medizinisches Personal und Laien) miteinander in Beziehung gesetzt. Es kann angenommen werden, dass die geringen Unterschiede zwischen den drei Stichproben sowohl auf die Art der Erkrankung zurückgeführt werden können als auch europaübergreifend auf ähnliche oder zumindest vergleichbare Therapiekonzepte und Zugänge zu denselben Medikamentenwirkstoffen. Ziel des *EU-PoMMe*-Projektes war 1998 ein europaweites Mapping

der Verordnung stimmungsverändernder Medikamente, der Art ihres Gebrauchs sowie der entsprechenden Patientenperspektive, weil zum damaligen Zeitpunkt noch von größeren Unterschieden zwischen den einzelnen Regionen ausgegangen worden war. Im Laufe der vergangenen zehn Jahre haben sich jedoch vermehrt Gemeinsamkeiten hinsichtlich des Umgangs der Nutzer dieser Medikamente herauskristallisiert (Stevenson und Knudsen 2008; Malpass et al. 2009; Britten et al. 2010). In ihrer Untersuchung bewerten Glaesmer et al. (2009) die Empfänglichkeit von Migranten für psychische Erkrankungen als ähnlich wie für Einheimische. Unterschiede gibt es zwar im Gesundheits- und Krankeitsverhalten, welches sich jedoch für Migranten mit traumatischen Erfahrungen, wie z.B. für Flüchtlinge, als weitaus gravierender darstellt als für gut integrierte Migrantengruppen, wie die Gruppe der spanischen Migranten in Deutschland (Thränhardt 2005).

Desiderate für die zukünftige Forschung

Für weitere Forschungsvorhaben wäre somit der Einschluss größerer und insbesondere auch heterogener Stichproben wünschenswert (Mewes et al. 2010) sowie eine Erweiterung der Stichprobe um eine ebenfalls den drei Bevölkerungsgruppen entstammende Kontrollgruppe von Nicht-Anwendern stimmungsverändernder Medikamente, die sich beispielsweise einer psychotherapeutischen Behandlung aufgrund der Diagnose „*Depression*“ unterzogen haben. Interessant wäre in diesem Zusammenhang auch die Analyse von Rollen, Rollenverhalten und –erwartungen sowohl von seiten der Nutzer von stimmungsverändernden Medikamenten als auch von seiten der Ärzte und Therapeuten sowie nahestehender Personen. Studien zum Gebrauch von Benzodiazepinen betonen die Auswirkungen von traumatischen Kindheitserlebnissen auf den Langzeitgebrauch von Benzodiazepinen (Skinhoj et al. 2001). Auch generell gäbe bei der Untersuchung der Patientenperspektive bei Nutzern stimmungsverändernder Medikamente (SSRI u.a.) ein noch stärker biographischer Ansatz sicherlich Einblick in die vielschichtigen Ursachen der Art des Gebrauchs, da in der vorliegenden Untersuchung der biographische Anfang der Erzählung meist beim Beginn der Einnahme der stimmungsverändernden Medikamente liegt.

Fokus der Befragung

Der Fokus dieser Befragung liegt vornehmlich auf den Medikamenten; daher beschreibt diese Doktorarbeit verstärkt die Einnahmekarriere von stimmungsverändernden Medikamenten und damit im Zusammenhang stehende Konzepte von Selbstverständnis und Selbstwirksamkeit (Identität) und dem „*handelnden Selbst*“ (Autonomie). Auch werden Zusammenhänge hergestellt zwischen der Medikamen-

tenwirkung und selbstregulativem Verhalten, welches die Akzeptanz eines stimmungsverändernden Medikaments erhöhen kann.

Subjektiver Forschungsansatz

Für die vorliegende Untersuchung wurde eine kulturanthropologische bzw. ethnographische Herangehensweise gewählt, die die Wahrnehmung der sozialen und kulturellen Umgebung auch verbunden mit spezifischen Verhaltensstilen und Fragen zur Identitätsentwicklung im Verlauf der Migration in den Mittelpunkt stellt (Cropley 1994). Denn wichtige Faktoren sind hier der subjektive Einfluss auf die eigene gesundheitliche Situation, Ethnizität oder die Rückkehrorientierung (Dietzel-Papakyriakou 1993).

Während eines Interviews konnten nicht alle Themen des Leitfadens angesprochen werden. Die Offenheit der Gesprächssituation sollte nicht gefährdet und den Gesprächspartnern die Gelegenheit gegeben werden, selbstständig thematische Schwerpunkte zu setzen und die für sie relevanten Themen anzusprechen. Aus Respekt vor den Gesprächspartnern wurde auf einzelnen Punkten des Leitfadens nicht insistiert, da es sich um sehr sensible persönliche Thematiken handelte. Gerade dieser offene, aber zurückhaltende Kommunikationsstil schien für diese Gruppe von Interviewpartnern essentiell gewesen zu sein, um ihre persönlichen Akzente im Gesprächsverlauf setzen zu können. Dadurch wurde zwar eine gezielte Datenerhebung erschwert, die jedoch nicht primär angestrebt war, da einige Befragte ihrem inneren Antrieb folgend auf andere Gebiete abschweiften.

6.2 Bewertung der methodischen Umsetzung

6.2.1 Interpretativ-reduktive Methode

Die Verwendung der interpretativ-reduktive Methode (s. **Kapitel 4.2.2**) hat sich besonders bei der Bearbeitung des spanischen Interviewmaterials als sehr hilfreich für die Sensibilisierung hinsichtlich potentieller thematischer Bereiche herausgestellt (Konzepte zur näheren Stichprobenbeschreibung finden sich in Tab. 7). Nach dem Aufbrechen der Texte hinsichtlich interessanter Phänomene entstand ein Überblick über die Konzepte, die die Phänomene „*Verlauf der Einnahmekarriere stimmungsverändernder Medikamente*“ und „*Autonomie im Umgang mit stimmungsverändernden Medikamenten*“ näher beschreiben. Es entstand eine Liste von Kodes zuzüglich der Kommentare zur Erläuterung der Kodes. Diese Beschreibungen thematischer Bereiche fanden beispielsweise Verwendung bei der Erstellung der biographischen Kurzportraits. Aber auch für die Bearbeitung der bereits kodierten Interviews mit deutschen Hausarztpatienten und spanischen Patienten im Herkunftsland bietet diese Methode die Möglichkeit, sich einen Überblick zu verschaffen.

Dieser Ansatz ist weniger darauf ausgelegt, neue Theorien zu entwickeln, sondern vielmehr darauf, die Befragten und ihr Umfeld in ihrer eigenen Begrifflichkeit zu verstehen.

6.2.2 Grounded Theory

Die Verständigung mit der europäischen Arbeitsgruppe (*EU-PoMMe)* auf einen einheitlichen Fokus der in den diversen Regionen durchgeführten Studien sowie darüber hinaus auf einen gemeinsamen methodischen Ansatz – die *Grounded Theory* - hat sich bereits während der Planungsphase dieser Arbeit bewährt. So konnten auf dieser Grundlage gemeinsame Ansätze für die Studiendurchführung und – auswertung erarbeitet werden.

Die *Grounded Theory* als Methode zur vertieften Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Phänomenen, im vorliegenden Fall mit der Wahrnehmung stimmungsverändernder Medikamente, und mit der Analyse eines Prozesses, hier die Entwicklung einer Einnahmekarriere stimmungsverändernder Medikamente, hat sich für die verfügbaren Daten als vorteilhaft erwiesen. Dies gilt besonders im Hinblick auf die Variante des thematischen Kodierens (s. **Kapitel 4.2.3**), welche für die vorliegende Arbeit gewählt wurde. Diese ermöglichte sowohl eine fallübergeifende Analyse als auch die Einzelfallanalyse. Zudem konnten in dem sprachlich sehr umfangreichen Material mittels der aus immer differenzierter werdenden Konzepten entwickelten thematischen Bereiche sich abzeichnende Muster entschlüsselt werden.

6.2.3 Meta-Ethnographie

Die Meta-Ethnographie dient als Rahmen zur Verknüpfung der Ergebnisse der vorliegenden drei Stichproben. Dieser Abgleich zwischen den aus drei unterschiedlichen Kontexten stammenden Studien unterstützt die Entdeckung von Gemeinsamkeiten. Da es viele Gemeinsamkeiten zwischen den einzelnen Stichproben gab, konnte die Meta-Ethnographie als Instrument zur Messung der Güte zeigen, dass das mit der Fragestellung beschriebene Problem in all seinen Facetten hinreichend beleuchtet worden ist. Die in der Meta-Ethnographie analysierte Stichprobe basiert auf qualitativen Interviews mit insgesamt 45 Gesprächspartnern zwischen 22 und 86 Jahren und einem Frauenanteil von 78%. Üblicherweise werden für eine Meta-Ethnographie Artikel aus wissenschaftlichen Journals ausgewertet.

Schütz nutzt in seiner Beschreibung der „*Lebenswelt*“ zwei Konstruktionen zur Beschreibung des Alltags und der Welt der Wissenschaft (s. Kap. **4.2.5** Meta-Ethnographie). Die „*Konstruktion erster Ordnung*“ beschreibt die Alltagswelt und basiert auf einem sozial vorstrukturierten Wissensvorrat (Schütz & Luckmann 1979, S.

30). Bezogen auf die Einnahme stimmungsverändernder Medikamente unterliegt dieser einer subjektiven Sinnstruktur und ist kontextuell an bestimmte Erfahrungen und Handlungen des Einzelnen gebunden (Schütz 1962, S. 49). In der „*Konstruktion zweiter Ordnung*“ wird der „*subjektive Sinn menschlichen Handelns erfasst*“ als eine übergeordnete theoretische Bewertung durch den (Sozial-) Wissenschaftler, im Gegensatz zu der ungekünstelten Handlung des Befragten. Schütz sucht mittels dieses Modells „*in objektiver Weise den subjektiven Sinn menschlichen Handelns*“ zu erfassen (Schütz 1962, S. 49). Die Ergebnisse der Meta-Ethnographie sind in dieser Hinsicht als Konstruktionen dritter Ordnung zu beurteilen. Britten et al. weisen in ihrem 2002 erschienenen Artikel auf den übergeordneten Wert dieser Konstruktionen dritter Ordnung hin:

> It is these third-order interpretations that justify the claim that meta ethnography achieves more than a traditional literature review, but in relation to a more focused question. They represent a conceptual developemant that constitutes a fresh contribution to the literature (Britten et al. 2002, S. 214).

Die Herausforderung der vorliegenden Arbeit lag jedoch darin, einen modifizierten Ansatz auszuprobieren, bei dem nicht mit den bereits abgeschlossenen und publizierten Forschungsergebnissen gearbeitet wird, sondern mit den lediglich kondensierten Interpretationen. Sie ist insofern bewältigt, als dass gezeigt werden konnte, dass auch mit Interpretationen zweiter Ordnung mittels einer Meta-Ethnographie Gemeinsamkeiten und Unterscheide der verschieden Stichproben aufgezeigt werden konnten, ohne Einbußen bei der Datenqualität in Kauf nehmen zu müssen. Dazu hat sich die Parallelität der Forschungsvorhaben in dem *EU-PoMMe*-Projekt und der vorliegenden Qualifizierungsarbeit angeboten, fungiert doch die hier vorgestellte prospektive Meta-Ethnographie als Pilotstudie für die mit der europäischen Arbeitsgruppe geplante Studie.

Diese Methode wird prospektive Meta-Ethnographie genannt, weil sie für den prospektiven und gemeinsamen Gebrauch durch Forschergruppen konzipiert ist, die an verschiedenen Studienorten gemeinsamen mit einem Protokoll arbeiten. Die Methode kann angewendet werden, wenn Studienteams von Anbeginn einer Studie zusammenarbeiten. Prospektive Meta-Ethnographie ist eine schrittweise sich wiederholende (iterative) Methode, die einen steten Vergleich der in den einzelnen Studienteams entwickelten Konzepte beinhaltet. Weil Schlüsselkonzepte identifiziert und verglichen werden, erfordert die Methode keine Übersetzung ganzer Befragungen in eine gemeinsame Sprache.

Zudem stellte sich in der Zusammenarbeit mit der europäischen Arbeitsgruppe heraus, dass die „*theoretische Sättigung*“ der Stichproben anhand der Meta-Ethnographie überprüft werden konnte: „*Sättigung heißt, dass keine zusätzlichen Daten mehr gefunden werden können, mit deren Hilfe der Soziologe weitere Eigenschaften der Kategorie entwickeln kann. Sobald er sieht, dass die Beispiele sich wiederholen, wird er davon ausgehen können, dass eine Kategoerie gesättigt ist.*“ (Glaser & Strauss 1998, S. 69). Die Konzepte der verschiedenen Untersuchungen der europäischen Arbeitsgruppe wurden kontinuierlich miteinander verglichen, bis sich herausstellte, dass keine neuen Konzepte hinzukommen. Zu den in den Interviews angesprochenen Themen konnten dadurch unterschiedliche Spielarten von Darstellungen festgehalten werden, die zwar das Bedürfnis nach Sättigung, nicht aber das nach Repräsentativität zufriedenstellen.

Ähnlich wie in der nach bewährtem Muster durchgeführten Meta-Ethnographie von Malpass et al. (2009) konnte auch in der vorliegenden Untersuchung gezeigt werden, dass die Erfahrungen von Patienten mit stimmungsverändernden Medikamenten von ihrer Einbindung in den therapeutischen Entscheidungsprozess abhängig sind, aber auch von ihren Vorerfahrungen mit Entscheidungsprozessen und der Verfolgung ihrer Interessen im Allgemeinen nicht nur in gesundheitsbezogenen Fragestellungen. Letzteres macht das Beispiel der spanischen Migranten und ihrer biographischen Ressourcen deutlich, welche im Rahmen eines Entscheidungs-Monitorings aktiviert werden könnten. Auch Britten et al. (2010) betonen in ihrer Meta-Ethnographie über die Abneigung gegenüber stimmungsverändernden Medikamenten das Potential aktiver Einflußnahme auf den Entscheidungsprozess im Zusammenhang mit individuellen Bewertungsprozessen über die Medikamente.

Gerade durch den Quellenvergleich lässt sich das Material der drei Stichproben in der Meta-Ethnographie neu interpretieren und bleibt durch die Gegenüberstellung aussagekräftig. Mithilfe des interkulturellen Vergleichs kann abgeschätzt werden, welche migrationsbedingten oder kulturspezifischen Gesundheitsressourcen bei spanischen Migranten und Patienten in Deutschland und Spanien vorhanden sind bzw. welche Gemeinsamkeiten bestehen:

- Die Bedeutung der Bewahrung von Kontrolle und des Ausdrucks der Eigenständigkeit für die Befragten und wie diese durch die Nicht-Einhaltung medizinischer Verordnungen zum Ausdruck gebracht wird.
- Das als Karriereverlauf beschreibbare Durchleben einer Erkrankung durch den Befragten und wie dies die Sichtweise auf Medikamente verändern kann.

- Innere Konflikte beim Anwender bezüglich der Frage, ob Medikamente eher als hilfreich oder hinderlich empfunden werden.
- Die Bedeutung von Stigmata bei psychischen Erkrankungen und wie Patienten/Nutzer psychotroper Medikamente hierauf reagieren.
- Die Möglichkeit von sowohl positiven als auch negativen Beziehungen zu medizinischem Personal bzw. die Ambivalenz derselben.

Die vorliegende Arbeit basiert auf den Ergebnissen dreier Einzelstudien, deren Relevanz noch in anderen Kontexten durchleuchtet werden sollte.

Tabelle 19: Darstellung der Stufen der klassischen Einnahmekarriere und Zuordnung der möglichen Autonomieentwicklung im Kontext der Behandlung.

Idealtypischer Einnahmeverlauf	Autonomie
1. Zäsur: Herausforderungen an das alltägliche Leben, assoziiert mit Symptomen bzw. Beschränkungen.	
2. Reaktion auf Unterbrechung und Hilfesuchen: Ein Prozess, der den Weg von der Zäsur bis zum Behandlungsbeginn beschreibt, mit dem u.a. die Inanspruchnahme externer Hilfsangebote gemeint sein kann.	Initiative ergreifen • Kontakte zum Laiensystem • Inanspruchnahme des professionellen Gesundheitssystems • Selbstdisziplin
3. Behandlungsbeginn: Konflikte, Widersprüche und emotionale Reaktionen, die mit Ratschlägen, Etikettierungen oder dem Beginn der Einnahme von Medikamenten verbunden sind.	Die Verantwortung für sich selbst und die Behandlung übernehmen • Bei Problemen mit der Medikation ärztlichen Rat suchen • Versagensgefühle • auch ohne Medikamente die Erkrankung bewältigen
4. Erfahrungen mit der Medikamenteneinnahme: Die Bandbreite von Medikamentenwirkungen – positive und negative - die von den Befragten erfahren werden.	Aktiv mit der Medikation etwas bewirken • Änderung des Einnahmeverhaltens • Behandlungsabbruch • Kontrolle
5. Bewertung: Ein kontinuierlicher Prozess, in dem Nutzen und Risiken, Hoffnungen und Ängste, positive und negative Selbstbilder in Einklang gebracht werden und Entscheidungen über das weitere Behandlungsgeschehen getroffen werden, Medikamente abgesetzt oder weiter eingenommen werden.	Bewertung der Therapie • Selbstbildmanagement: „*das Medikament oder ICH*“ • Das Medikament als “*Heftpflaster*”, bis die Krise vorüber ist • selbstregulatives Verhalten • Der Patient als Experte

Beziehungsaspekte bei der Bewertung der Autonomie

Arzt-Patient-Beziehung:

Beziehung zum Hausarzt (die Güte dieser Beziehung beeinflusst die Einstellung zur Therapie ebenso wie den Grad der Autonomie, „*decision making process*“)

Identität

Reflexionen über die Vergangenheit: Erzählungen über das Leben vor der Erkrankung, Ursachen der Probleme, Erfahrungen mit der Behandlung, die Rückkehr in die „Normalität“ oder das Erlangen einer „*neuen Normalität*“. mögl. Typen – Muster • Zurückstellen eigener Bedürfnisse • Angepasstheit • reflexiver Umgang mit den eigenen Erlebnissen	• Autonomie als eine Kategorie von Identität (Autonomieverlust; Angst vor Autonomieverlust; realer Verlust der Autonomie; Autonomiegewinn) • Autonomie als eine Kategorie von aktivem Handeln (selbstregulatives Verhalten verbunden mit positiven Erfahrungen; Angst vor selbstregulativem Verhalten) • Stimmungsverändernde Medikamente als Vehikel zur Korrektur/Reparatur (Ich-Transformation, Entwicklung von Adaptionsstrategien/Persönlichkeitsveränderung)

6.2.4 Kritische Bilanz der methodischen Güte

Die vorliegende Arbeit wurde unter Berücksichtigung der Gütekriterien qualitativer Forschung, wie sie von Steinke (1999) formuliert wurden, konzipiert. Dazu gehören zunächst die Beschreibung der verschiedenen Stichproben und ihr gesamter Erhebungskontext (**Kapitel 4.1**). Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit von Prozess und Auswertung wurde durch die Dokumentation der Auswertung mittels der Analysesoftware *Atlas.ti V5.0*© sowie dem kontinuierlichen Dialog mit der europäischen Arbeitsgruppe, den an der prospektiven Meta-Ethnographie Beteiligten sowie der Forschungswerkstatt des Pädagogischen Seminars in Göttingen unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. Peter Alheit gesichert.

Die Angemessenheit des Forschungsprozesses wird von Steinke (1999) als weiteres Gütekriterium angeführt. Bereits in **Kapitel 4.2** wurde die Wahl der Untersuchungsmethoden ausführlich begründet und dargestellt. Die deskriptive Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung, die überwiegend unbekannten Merkmale des Untersuchungsgegenstandes, namentlich migrationsbedingte oder kulturspezifische Gesundheitsressourcen, sowie die implizierten sozio-kulturellen Faktoren gelten als gemeinläufig gültige Indikatoren für ein qualitatives Untersuchungsdesign. Mit der prospektiven Meta-Ethnographie wurde eine etablierte Methode gegenstandsangemessen modifiziert und auf das Datenmaterial angewandt.

Das *theoretische Sampling* wurde als Samplingverfahren gewählt, wobei das Phänomen der „*Einnahmekarriere*“ durch ein Sampling maximaler Variation abgebildet wurde, um Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung stimmungsverändernder Medikamente zu erfassen und herauszuarbeiten. Durch die Bildung eines gezielt heterogenen Samples sollte ein großer Anteil der Varianten zwischen den Interviewpartnern und Kategorien abgedeckt werden (Patton 1990). Für das Phänomen der „*Autonomie*“ wurden drei Untergruppen gebildet, die im weiteren Verlauf der Auswertung näher erschlossen wurden.

Die Untersuchung eröffnet eine neue Perspektive – nämlich die der Nutzer stimmungsverändernder Medikamente – auf den Untersuchungsgegenstand. Mittels der Verknüpfung dreier Stichproben aus unterschiedlichen Untersuchungskontexten können die Phänomene „*Verlauf der Einnahmekarriere stimmungsverändernder Medikamente*“ und „*Autonomie im Umgang mit stimmungsverändernden Medikamenten*“ facettenreich abgebildet und interpretiert werden.

6.3 Ergebnis- und Theoriediskussion

6.3.1 Karriere und Kurzzusammenfassung des Ergebnisses

Karriere als angemessene Beschreibungsmetapher für den Krankheitsverlauf

Zentrales Ergebnis und Organisationselement für die Darstellung ist das Konzept „*Karriere*“, in dem sich die weiteren Konzepte „*Autonomie*“ und „*Identität*“ ansiedeln lassen (vgl. Tab. 19), wenn hier der Begriff „*Autonomie*“ als aktives Handeln in Bezug auf die Medikamenteneinnahme und auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient verstanden wird und wenn der Begriff „*Identität*“ im Sinne von Selbstwirksamkeit und dem Herstellen eines Erlebens von Authentizität aus eigener Kraft[27] verwendet wird. „*Selbstwirksamkeit*“ bezeichnet die Möglichkeit, aus eigenem Antrieb bzw. mittels eigener Fähigkeiten Handlungen selbstständig ausführen zu können. Krankheitsverläufe werden in der medizinsoziologischen Literatur oft mit der Metapher der Krankenkarriere beschrieben. Aus den wesentlichen Komponenten eines Karrieremodells für die Wahrnehmung stimmungsverändernder Medikamente lassen sich Sequenzen von Karrierestufen differenzieren. Diese Ordnung soll den idealisierten Fall des Einnahmeverlaufs stimmungsverändernder Medikamente abbilden und wäre deshalb als idealtypisch zu verstehen (Gerhardt 1986, S. 159; Gerhardt 2001, S. 384). Besonderes Augenmerk liegt hierbei auf individuellen Entscheidungsprozessen, die auf bestimmten Stufen des Karrierekonzepts von den Befragten initiiert werden (Twaddle 1979, S. 132). In der Realität und auch dem empirischen Material zu entnehmen verlaufen solche Karrieren vielfältiger und unregelmäßiger, d.h. Karrierestufen können zusammenfallen, übersprungen oder mehrmals durchlaufen werden. Zu bestimmten Zeitpunkten werden von den Erkrankten Entscheidungen getroffen, die den Übergang zwischen den einzelnen Karrierestufen beeinflussen (das Verbleiben auf der Ausgangsstufe, der Übergang zu einer fortgeschrittenen Stufe oder die Rückkehr auf eine vorherige Stufe). Die Ereignisse oder Prozesse, die so eine Entscheidung herbeiführen, können sehr unterschiedlich sein, nicht alle sind für die betroffene Person gleichermaßen steuerbar. Sie können von den Leistungen der Person selber abhängen (*selbstregulatives Verhalten, Eigeninitiative, Berücksichtigung alternativer Ange-*

---

[27] Das Gegenteil hierzu besteht in der Vorstellung, jegliches Handeln würde durch die Manipulation durch äußere Einflüsse bestimmt. Ebenso wie das Erleben von Autonomie ist im Kontext psychotherapeutischer Interventionen auch das Thema der Manipulation von hoher Relevanz, da Ärzte, Verwandte, Freunde und das Arbeitsumfeld jeweils auf ihre Weise bestrebt sind, Einfluss auf von der Krankheit betroffene Personen zu nehmen, und Letztere sich vor derartigen manipulativen Tendenzen kaum schützen können. Dies kann auch aus Sicht der Patienten erwünschte Seiten haben, einem positiven Krankheitsverlauf aber auch im Wege stehen.

bote) oder von den Handlungen anderer einflussreicherer Personen oder Institutionen. Die in dieser Arbeit entwickelten Konzepte machen die Angemessenheit von „*Karriere*“ als Beschreibungsform für derartige Prozesse sichtbar.

Veränderung und Intervention

Ab einem bestimmten Zeitpunkt kommen die Befragten zu dem Schluss, dass ihr Zustand, ihr „*Seelenschmerz*“, wie Frau Moreno es beschreibt, auffällig oder nicht normal ist, und dass der Grad ihres Leidens möglicherweise **medizinischer Interventionen** bedarf, weil sie sich selbst in der Veränderung nicht wiedererkennen und sich Einschränkungen im privaten und beruflichen Sektor gegenübersehen. Nun wird nach Gründen und Erklärungen für diese Veränderungen gesucht, es werden eventuell Gespräche mit anderen Menschen geführt, und es wird darüber nachgedacht, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.[28]

In den Interviews mit den deutschen Hausarztpatienten sowie den Spaniern aus Teneriffa fanden sich mehrere Hinweise auf **Selbstmedikation** (z.B. Johanniskraut, Baldrian), während in den Interviews mit den spanischen Migranten dieser Aspekt nicht zur Sprache kam und auch auf Nachfrage nicht erörtert wurde. Hier tritt ein Unterschied im aktiven Handeln (**Autonomie**) zutage: Die migrierten Spanier verhalten sich insbesondere in Bezug auf Alternativtherapien und zum Teil auch bei der Modifikation der Dosis weniger autonom als die befragten Hausarztpatienten in Deutschland und Spanien. Dieser Unterschied kann von den Unterschieden im sozialen Status, im Bildungsgrad der Stichproben (der Bildungsgrad der Stichprobe der spanischen Migranten war im Gegensatz zu den beiden anderen Stichproben niedriger) und in der Sprachkompetenz begründet sein. Der von seiten der Ärzte, der Gesellschaft und spezifisch der Gruppe, der sich die Betroffenen zugehörig fühlen möchten, an diese gerichtete Anspruch einer bewussten, selbstreflektierten Selbstregulation von Medikamenten ist bedingt durch das Sample zunächst als mittelschichtszentriert zu betrachten. Allerdings ist es auch möglich, Informationen aus seiner unmittelbaren Community oder aus dem Fernsehen zu beziehen, ohne selbst lesen zu können. Insofern kann auch ein Analphabet oder eine Person mit niedrigem Bildungsgrad selbstregulativ handeln, z.B. generell eine Abneigung gegenüber Medikamenten empfinden und sie daraufhin nicht einnehmen, weniger oder bei großem Zutrauen in jedwede Medikation mehr als verordnet einnehmen.

---

[28] Vgl. Twaddle 1977, S. 127: Entscheidung Hilfe in Anspruch zu nehmen - Inanspruchnahme des Laiensystems – Selbstmedikation – Übergabe der Krankheit an den professionellen Sektor.

Beziehungen zu Anderen

Über ihren Gesundheitszustand mit anderen zu sprechen war für viele der Befragten ein wichtiges Moment in den Interviews. Auch ist dieser private bzw. öffentliche Aspekt zentral für den Umgang mit dem eigenen Selbstbild. Darüber hinaus umfasst die Suche nach Veränderung dieses Gefühlszustandes geradezu den **Informationsaustausch** mit anderen. Doch die Angst vor Stigmatisierung, aber auch die der Erkrankung anhaftende Unerklärbarkeit der im Inneren angesiedelten Erfahrung bewirken bei den Befragten häufig eine Form von Sprachlosigkeit, die jedoch bisweilen von ihnen selbst thematisiert wird.[29] Obwohl von den Befragten Ereignisse genannt wurden, die als ursächlich für eine Depression (Triggermomente) betrachtet werden, verschiebt sich in diesem Stadium die Aufmerksamkeit von einer extern zu einer intern angesiedelten Ursache (Karasz 2005).

Da ihnen ihr Zustand als immer schwieriger zu kontrollieren scheint, ist dies der Zeitpunkt, zu dem medizinischer Hilfe in Anspruch genommen und mit einer Therapie mit stimmungsverändernden Medikamenten begonnen wird. Im Zuge dessen erhielten die interviewten Patienten von ihrem Arzt die offizielle Diagnose „*Depression*“, was konsequenterweise mal mehr, mal weniger explizit zu einer Neudefinition ihrer Situation und ihrer Identität als Patient führte.

Das Zusammensein mit Anderen wird im Laufe der Behandlung wieder wichtiger, auch wenn eine direkte Unterstützung aufgrund der Erkrankung nicht von allen gewünscht wird. Als gute Alternative konnte sich die *CARITAS*-Beratungsstelle bei einigen spanischen Migranten etablieren. Das soziale Leben verbessert sich aber nicht bei allen, sondern wird oftmals als statisch erlebt. Durch mangelnde Eigeninitiative geraten die Patienten im Laufe der Zeit in die soziale Isolation. Diese Veränderungen können selbst initiiert sein oder auch von außen kommen.

Mündigkeit

Der Aspekt des „*Diagnosemarathon*“ bzw. des „*doctor-shopping*“[30] ist bei allen drei untersuchten Gruppen unter Beachtung des Bildungshintergrundes interessant. Nicht nur der Bildungs- oder der soziale Hintergrund spielen in diesem sicherlich nicht repräsentativen Sample eine bedeutende Rolle, sondern auch weitaus individuellere Gründe, wie der Grad der sich selbst zugetrauten **Mündigkeit**; gemeint ist damit, inwieweit die eigenen Interessen und Bedürfnisse von den Befragten selbst wahrge-

---

[29] Das Phänomen der Sprachlosigkeit wird auch in Kap. **5.1.1**, S. 76, besprochen und findet sich auch verstreut in einzelnen Interviews.

[30] Vgl. das Gesprächsprotokoll von P 7:33 (37:48) auf S. 74.

nommen werden und inwiefern selbige sich später als handlungsrelevant herausstellen.

Schließlich geht es auf der therapeutischen Seite nicht lediglich darum, das Richtige zu diagnostizieren, sondern auch um die Art, die jeweilige Diagnose in einer Weise zu kommunizieren, die dem Erkrankten plausibel und damit für sich persönlich annehmbar erscheint. Es darf aber auch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass viele Patienten zunächst häufiger den Arzt aus Vergleichsgründen wechseln, bis sie sich mit der Diagnose anfreunden können. So wurden die Behandlungsvorschläge der Ärzte meist von den Patienten akzeptiert, was jedoch nicht damit gleichzusetzen ist, dass Selbstzweifel und Konflikte mit sich selbst und anderen damit automatisch ausgeschlossen sind. Selten wurde dies jedoch offen und direkt kommuniziert. So kann davon ausgegangen werden, dass die Behandlung faktisch zu einer endgültigen Benennung der Erkrankung führt. Denn letztlich wird etwas behandelt, das auch einen Namen besitzt. Die Erfahrungen der Betroffenen beziehen sich auf drei Hauptaspekte des Therapiegeschehens: 1) Medikamentenwirkungen, 2) Kontrolle bzw. Kontrollverlust sowie 3) mögliche Interaktionen mit Anderen.

In Bezug auf den **Informationserwerb** gilt, dass das selbstständige Einholen von Informationen über die Erkrankung und ihre Therapie für die Mehrheit der Befragten sehr wichtig ist. Wird die Belastung durch die Krankheit jedoch als zu stark empfunden, besteht die Tendenz, Informationsmöglichkeiten nicht zu nutzen bzw. bereits erworbenes Wissen über Unterstützungsangebote wie beispielsweise Selbsthilfegruppen oder über alternative Therapieangebote wie Einrichtungen der Familienhilfe (*CARITAS* etc.) zu verdrängen. Ein derartiges Verhalten erfordert in dieser Hinsicht- eine kognitive Auseinandersetzung mit der Diagnose. Somit wäre Autonomie auch mit Informationserwerb (Recherche) und Wissensverwaltung positiv korreliert, bedingt durch ein proaktives Auswahlverhalten. Dies wiederum impliziert den hohen Wert derartiger Angebote für den Verlauf von Patientenkarrieren in dieser Zielgruppe.

Wahrgenommene Wirkungen der Medikamente

Geschildert wird von den Patienten eine große Bandbreite von unerwünschten Medikamentenwirkungen. Wichtiger jedoch scheint ihnen der Grad der seit der Beeinflussung durch das Medikament erlebten Veränderung zu sein: je positiver die Veränderung wahrgenommen wird, desto eher ist man im Sinne eines Kosten-Nutzen-Kalküls dazu bereit, dafür Nebenwirkungen in Kauf zu nehmen. Die kritische Betrachtung von stimmungsverändernden Medikamenten zieht sich durch viele Interviews; besonders präsent ist die Angst vor Abhängigkeit und einem damit verbundenen **Kontrollverlust**.

Besonders bei längerer Krankheit, verbunden mit der Einnahme stimmungsverändernder Medikamente, ist es für einige Nutzer schwierig, sich ein Leben so ganz ohne diese Medikamente vorzustellen. Sie haben ihren Platz inzwischen als Mittler zwischen Krankheit und Persönlichkeit gefunden. Nahezu alle Befragte denken von Zeit zu Zeit daran, die Dosis zu verändern, doch nicht jeder setzt diesen Wunsch in die Tat um, und für einige kommt diese Option überhaupt nicht in Frage.

Aber nicht nur unerwünschte Medikamentennebenwirkungen führen zu einer negativen Bewertung der Therapie, oft wird hier auch der Zusammenhang mit der Arzt-Patient-Beziehung genannt. Wird diese als negativ erlebt, kann die Motivation sinken, das Medikament weiterhin einzunehmen, was generell zu einer negativen Bewertung stimmungsverändernder Medikamente führen kann. Wird die **Arzt-Patient-Beziehung** emotional und professionell als inkompetent oder defizitär erlebt, kann diese, in Anbetracht seiner psychischen Verfassung, vom Patienten mit Versagensgefühlen belegt werden, die dann im Weiteren zu *non-compliance* und/oder einem Therapieabbruch führen könnten. Das Ziel einer *concordance* erscheint in der zuvor beschriebenen Arzt-Patient-Beziehung als weit entfernt.[31]

6.3.1.1 Patientenkarriere und „moralischer Werdegang“

Es finden sich in Gerhardts Beschreibung der Patientenkarriere (Gerhardt 1986; Gerhardt 1984) auch die von der Autorin beschriebenen Charakteristiken der Einnahmekarriere wieder: (1) Zäsur, (2) Behandlungsbeginn, (3) erste Erfahrungen mit stimmungsverändernden Medikamenten, (4) Bewertung der Behandlung (Resümee). Durch die Wiederherstellung jener Sinnstrukturen, die für „gesund“ Gebliebene als soziale Umgebung und jene institutionalisierten Strukturen bindend seien (z. B. Familienangehörige, Berufstätige, Vereinsmitglieder), trete so etwas wie ein **Normalisierungsprozess** ein. In diesem Moment schlage das Element des Erleidens, welches zum Krankheits- bzw. Behandlungsbeginn relevant war, dann in eine Wiederherstellung von Handeln um, wenn Sinnzusammenhänge aus der Vorerkrankungszeit wieder in die gegenwärtige Lebenszeit eindrängen. Beides, sowohl die Neuordnung des eigenen Lebensverständnisses mit der Erkrankung (Erleiden) als auch die Wiederbelebung der anerkannten gesellschaftlichen Sinnstrukturen, gehöre zur Patientenkarriere (Gerhardt 1984, S. 59).[32]

Der Wegfall einer Funktionseinschränkung durch den längeren Gebrauch von stimmungsverändernden Medikamenten vermittelt ein Gefühl von Normalität bzw. wie-

---

[31] Vgl. S. 137, Tab. 15

[32] Vgl. Ankerfall II, S. 114

dererlangter Normalität[33]. Dieses Gefühl wiedererlangter Normalität kann mit einer Infragestellung der eigenen **Authentizität** einhergehen[34], da Medikamente von vielen Menschen als etwas Unnatürliches empfunden werden (Stevenson 2004), nicht nur als körperliche Bedrohung[35], sondern darüber hinaus als Gefährdung des eigenen Selbst[36]. Die Befragten waren unsicher, ob sie selbst es seien, die agierten und/oder etwas fühlten oder ob ihr Tun und/oder Fühlen lediglich von den Medikamenten getriggert werde. Nach längerem Gebrauch stellte sich wieder das Gefühl ein, Kontrolle über das eigene Leben erlangt zu haben. Malpass et al. (2009) betonen in ihrer Synthese, dass sich nicht für alle Patienten die Frage nach einem Einnahmestopp bzw. der Inbetrachtziehung dieser Möglichkeit überhaupt gestellt habe. Denn die weitere Einnahme der Medikamente ist mit der Erwartung verbunden, die Rückkehr der Symptome zu verhindern, während ein Einnahmestopp zu einer erneuten Konfrontation mit der Erkrankung führen kann. Die Angst vor der Konfrontation ist eher in dem Sample der spanischen Migranten zu finden. Dies lässt sich u.U. auf ein geringeres Selbstbewusstsein und fehlendes Zutrauen in die eigenen Handlungskompetenzen sowie auf die geringere Informiertheit dieser Gruppe zurückführen, da sich ein größerer Teil des Samples auch in seinen übrigen Lebenslagen an einem Punkt genereller Unsicherheit befindet (Alter, Arbeitsplatzunsicherheit im Alter, bevorstehende Verrentung, die wieder aktuelle Rückkehrfrage), aber keinenfalls als hilflos angesehen werden sollte, wie auch Schopf und Naegle in ihrer Übersichtsarbeit erörtern (Schopf & Naegle 2005). Malpass et al. beschreiben diesen Zwiespalt als „*a tension between ‚feeling well' and ‚being well' or a difference between symptoms 'being controlled' and 'feeling in control' of symptoms.*" (Malpass et al. 2009, S. 164).

Nach Gerhardt ist eine Patientenkarriere meist auf einen Endpunkt hin ausgerichtet und die Aufeinanderfolge der Karrieremomente organisiert (1986, S. 61). Roth (1963) spricht in „*Timetables*" ebenfalls von End- bzw. Referenzpunkten, an denen sich die Betroffenen orientierten. Auch in dem dieser Arbeit zugrundeliegenden Sample betrachten sich die Interviewten nur als vorübergehend erkrankt und erwarten Heilung bzw. die Rückkehr ihrer vorherigen Persönlichkeit oder den Erwerb bzw. Erhalt einer (ins Positive) veränderten Persönlichkeit.

---

[33] Vgl. das Referenzzitat von P 10:6 auf S. 83.

[34] Beschrieben auch damit „sich unecht" zu fühlen, vgl. S. 140

[35] Befürchtungen zu gesundheitsschädigenden Auswirkungen finden sich in P 2:18 auf S. 87.

[36] Beschrieben wurden auch nicht-medikamentöse Strategien zur Wiedererlangung der Normalität (vgl. Referenzzitat auf S. 73).

Die Phasen einer Karriere sind reversibel, d.h. sie folgen ohne vorher festgesetzte Struktur aufeinander. Aus dem vorliegenden Datenmaterial können sich Regelmäßigkeiten ergeben, die so genannte Verlaufstypen konstituieren, welche dann aber nicht als quasi-normative Verlaufskurve postuliert werden können, da Stufen wiederholt durchlaufen oder auch übergangen werden können. So begreift Goffman daher den Karrierebegriff vielmehr als einen zyklischen Prozess und weniger als einen zielgerichteten Ablauf (1975, S. 45).

Nach Goffman gibt die Gesellschaft vor, welches Verhalten als akzeptabel und normal für ihre Mitglieder zu gelten hat. Diese Vorannahmen werden dann in normative Erwartungen umgewandelt. Die Befragten sind sich dieser normativen Erwartungen und der angenommenen Diskrepanz zu ihrem Verhalten und Empfinden nicht bewusst. Die stimmungsverändernden Medikamente können einen Versuch darstellen, dieses Defizit auszugleichen, indem deren Nutzer das von ihnen Erwartete tun. Die Risiken der Statusgefährdung – körperlich, beruflich, familiär – schlagen sich in den Handlungsschemata der Individuen insofern nieder, als dass viele von ihnen bereits eine idealisierte negative Verlaufskurve im Kopf haben, die sie nach Möglichkeit vermeiden wollen. Deutlich wird dies durch ein Konfliktpotential, welches besonders zu Behandlungsbeginn erwartet wird. Betroffene haben sowohl Angst davor, dass ihr Zustand unverändert bleibt, aber auch davor, Hilfe in Anspruch zu nehmen und sich Verwandten und Freunden zu offenbaren. Goffman hat diesen Sozialisationsprozess in verschiedene Phasen unterteilt. Er beschreibt, dass die stigmatisierte Person den Standpunkt des Normalen kennenlernt und diesen in sich aufnimmt wie überdies auch den Identitätsglauben der weiteren Gesellschaft sowie eine allgemeine Vorstellung davon, wie es wäre, ein bestimmtes Stigma zu haben (hypothetisches Stigma). Hypothetisch ist dieses Stigma insofern, als dass vor dem eigenen begrenzten Erfahrungs- und Wissenshintergrund die möglichen Konsequenzen der jeweiligen Stigmatisierung kraft der eigenen Fähigkeit zur empathischen Perspektivübernahme nur vorgestellt werden können, vom Individuum aber noch nicht erfahren worden sind. Eine Person lernt sowohl, ein bestimmtes Stigma zu haben, aber auch im Detail die Konsequenz davon, es zu besitzen (Goffman 1975, S. 45).

Zu jedem Zeitpunkt der Patientenkarriere, aber besonders zu den Wendepunkten der Übergänge zwischen den Phasen bei den Subkarrieren *Behandlung*, *Beruf* und *Familie* ist soziales Handeln im Sinne eines aktiven Eingreifens in die Umwelt (*Coping*) aufzufinden (Gerhardt 1986, S. 61). Auch für Goffman (1973) steht die Doppelseitigkeit des Karrierebegriffes im Vordergrund: innere Vorgänge wie Selbstbild und wahrgenommene Identität im Gegensatz zu offiziell zugänglichen institutionellen Komplexen wie offizielle Stellung, rechtliche Beziehung und Lebensstil. Das Karrierekonzept erlaubt somit auch für die Einnahmekarriere stimmungsverändernder Medikamente

ein kontinuierliches Wechseln zwischen dem Persönlichen und dem Öffentlichen, zwischen dem Selbst und seinem Umfeld (Gerhardt 1986, S. 60). Personen, die ein bestimmtes Stigma gemeinsam haben, tendieren dazu, ähnliche Erfahrungen zu machen und ähnlichen Veränderungen in der Selbstauffassung zu unterliegen. Goffman nennt dies „*moralischer Werdegang*“ (engl.: *moral career*). Daraus folgt, dass die Aufeinanderfolge und das Ineinandergreifen dieser beiden Anfangsphasen des moralischen Werdegangs Verhaltensmuster formen, die die Grundlage für die spätere Entwicklung bilden und die für den Stigmatisierten als ein Unterscheidungsmittel zwischen den verschiedenen moralischen Werdegängen dienen (Goffman 1975, S. 45).

Für die Auswertung der von der Autorin untersuchten Interviews ist nur das dritte Sozialisierungsmuster der vier von Goffman vorgeschlagenen Muster relevant. Als Beispiel dient jemand, „*der spät im Leben stigmatisiert wird, oder der spät im Leben erfährt, dass er schon immer diskreditierbar gewesen ist*“ (Goffman 1975, S.47). Im ersten Beispiel muss die Vergangenheit nicht radikal reorganisiert werden, während eine Person mit einem spät erworbenen Stigma bereits ein hinreichendes Zuschreibungswissen über so genannte „*normale*“ und über „*stigmatisierte*“ Menschen erworben hat, lange bevor sie sich selbst als unzulänglich betrachten musste. Goffman vermutet, dass ihr besonderes Problem die **Neuidentifizierung** sein wird, verbunden mit einer möglichen Missbilligung der eigenen Person, also auch ein **Authentizitätsproblem**. Ein Lebensereignis kann Doppeltes für den moralischen Werdegang bringen: einmal unmittelbare objektive Gründe für einen aktuellen Wendepunkt und später ein Mittel zur Begründung einer gegenwärtig eingenommenen Position. Rückblickend kann die stigmatisierte Person Erfahrungen aussondern und retrospektiv bearbeiten, um zu erkennen oder zu benennen, wie es zu den jetzt vorherrschenden Ansichten und Praktiken gekommen sein könnte, die sie jetzt in Bezug auf sich selbst und auf die *Normalen* besitzt und ausübt (Goffman 1975, S. 53). Patienten haben bereits bestimmte, vorgefasste Meinungen über die Depression als Erkrankung und über Depressive bzw. psychisch Kranke, bevor sie mit der Diagnose *Depression* konfrontiert werden. Sie befürchten u.U. bereits im Vorfeld Abhängigkeit und einen Kontrollverlust sowie die Vorstellung, dass das Medikament Einfluss auf ihr Leben nimmt.

Die Entwicklung eines Konzeptes des Selbst stellt einen sozialen Prozess dar, basierend auf persönlichem Erleben, Gedanken, Gefühlen und Verhalten in Bezug auf das Selbst ebenso wie in Bezug auf die Bewertung der Gedanken, Gefühlen und des Verhaltens durch andere Menschen/die signifikanten Anderen.

Bereits Skinhoj et al. (2001) konstatieren in ihrer Arbeit zum Langzeitgebrauch von Benzodiazepinen, dass nach einer Zustandsbesserung durch die Medikamente deren Nutzer eine neue bzw. eine andere Identität zu haben schienen. Auch Knudsen

at al. (2002) beschreiben einen Zuwachs an Selbstbewusstsein, ein positiveres Selbstkonzept und das Gefühl der befragten Nutzerinnen von SSRIs „*näher bei sich zu sein*“.

Karp (1993) untersuchte die symbolischen Bedeutungen, die Nutzer trizyklischen Antidepressiva zuschrieben. Auch er erkannte, dass sich diese Bedeutungen im Laufe der Zeit wandelten. Er beschreibt diese Veränderungen als Sozialisationsprozess mit expliziten Auswirkungen auf die Selbstdefinition der Nutzer und benennt vier Stadien: „*overcoming resistance to take medicines*“, „*trial commitment*“, „*conversion*“ und „*disenchantment with the medicine as a solution to problems*“ (Karp 1993, Abs. 87). Darüber hinaus verwandele die Diagnose *Depression* ein emotionales Problem in eine Krankheit, die eine bio-chemische Ursache haben könnte. Dieser Umstand könnte einige Befragte dazu bringen, sich als Opfer bio-chemischer Vorgänge zu betrachten, ohne persönliche Verantwortung tragen zu müssen. Sinngemäß können sie sich somit von der Schuld befreit fühlen.

Roth postuliert in „*Timetables*“, dass Patienten sehr wohl durch „*Aushandlungs- und Überredungstaktiken*“ Einfluss auf die unterschiedlichen Gesundungsphasen, auf Handlungseinschränkungen durch ärztliche Anweisungen und letztlich auch auf eine Entlassung aus dem Krankenhaus hätten. Die Dauer und die Art der Behandlung unterlägen demnach nicht ausschließlich normativ den Ärzten oder medizinischen Leitlinien (Roth 1963, S.110). Auch Davis (1963) trifft in seiner Untersuchung von Familien mit an Polio erkrankten Kindern auf Strategien, wie sie sich auch im Sample der vorliegenden Untersuchung finden, die zur Anwendung kommen, wenn Patienten ausdrücklich eine Veränderung der Dosis bei ihrem Arzt ansprechen oder auch eigenmächtig eine Dosisveränderung vornehmen.[37] Das Einüben der Kontrolle über das Medikament kann als Karriereschritt in Richtung Linderung/Heilung bewertet werden. Das Konzept der „Karriere“ dient somit als Raum, in dem sich die weiteren Konzepte „*Autonomie*“ und „*Identität*“ ansiedeln lassen.

Bei den Interviews wurde deutlich, wie stark eine Vorstellung vom „*Selbst*“ ähnlich der von Giddens (1984) als „*autolectic self*“ beschriebenen in den Befragten verankert ist. Diese Vorstellung erlaubt zusammen mit dem hier ausgearbeiteten Konzept der Einnahmekarriere die Analyse von im Therapieverlauf entstandenen Veränderungen des Selbstkonzeptes.

---

[37] Vgl. Referenzzitat S. 110, P 5:1

6.3.2 Autonomie im Licht des Ergebnisses

Das Konzept von „*Autonomie*“ (gr. *autónomos* = nach eigenen Gesetzen lebend, unabhängig, selbstständig) unterliegt immer einer kulturellen Färbung. Was in einer Region, einer Kultur, einer Gemeinschaft oder Gesellschaft als autonom betrachtet wird, kann woanders der Inbegriff angepassten Verhaltens sein. Deshalb wird in dieser Studie zum einen das Konzept „*Autonomie*“ entlang eines Kontinuums angelegt und zum anderen untersucht, wie dieses Konzept sich für jeden einzelnen innerhalb dieses Kontinuums verschiebt. Im Zusammenhang mit der Medikation kann mit „*Autonomie*“ (‚eigenständiges Handeln‘) gemeint sein, dass beispielsweise die Dosis eigenmächtig angepasst, die Medikation eigenständig verändert (Dosisregulation, selbstregulatives Verhalten) und bestimmte Tabletten oder eine Therapie beim Arzt eingefordert bzw. nachgefragt werden. Im Einnahmeverhalten spiegeln sich auch immer die unterschiedlichen Selbsterfahrungen mit Medikamenten wider. Besonders das Bedürfnis, die Medikamenteneinnahme kontrollieren zu können, und die Angst vor einer möglichen Abhängigkeit von dem stimmungsverändernden Medikament beeinflussen die Einnahmestrategien. Autonomie kann sich auch in Beziehungen zu anderen Menschen ausdrücken. In der vorliegenden Untersuchung sind das hauptsächlich Familienangehörige, Freunde, Bekannte sowie Ärzte und (Psycho-) Therapeuten. Dies geschieht u.a. durch Abgrenzung von anderen, ihren Einstellungen und Meinungen (Beziehung zum sozialen Netz, zum Hausarzt etc.). Ob jemand beispielsweise einer eigenmächtigen Regulation der Medikamentendosis bejahend oder eher ablehnend gegenübersteht, wie er seine eigene Laienposition der Expertenposition des Arztes/Therapeuten gegenüberstellt oder wovon seine Therapeutenwahl geleitet wird, spiegelt seine Beziehung zum Arzt/Therapeuten wider.[38] Gleichzeitig wird das Maß an Freiheit deutlich, das sich jemand zutraut. Ebenso spiegelt sich im Ausprobieren von Medikamenten das Vertrauen bzw. Misstrauen gegenüber dem Arzt wider. Ein weiterer wichtiger Punkt ist das Herstellen von Normalität u.a. auch durch die Einnahme stimmungsverändernder Medikamente[39] und der damit verbundenen Angst, dieser Autonomie durch das Absetzen der Medikamente wieder beraubt zu werden.

Sowohl die Medien als auch das soziale Netz üben einen großen Einfluss auf den Bewertungsprozess bei der Einnahme stimmungsverändernder Medikamente aus und beeinflussen ebenfalls die Entscheidungsfindung bei der Einnahme psychotroper Medikamente zur Behandlung der Depression. Die Nutzer stimmungsverändernder

---

[38] Vg. Referenzzitat P 5:1 auf S. 110 und P 5:18 auf S. 111.

[39] Vgl. Referenzzitat P 10:6 auf S. 83.

Medikamente tragen in der Regel ihre eigenen Kämpfe mit sich selbst aus, wenn es darum geht, Entscheidungen für oder gegen die Einnahme zu treffen. Ärzte sollten sich dieser Schwierigkeiten bzw. Gewissenskonflikte bewusst sein, um bei der *compliance* auftretende Probleme ihrer Patienten besser zu verstehen.[40]

6.3.2.1 Compliance und selbstregulatives Handeln

Im medizinischen Sektor beschreibt *Compliance* das Maß, in dem der Patient den Anweisungen des Arztes folgt. *Non-Compliance* bedeutet, dass der Einfluss des Arztes auf den Patienten so gering ist, dass seinen Anordnungen nicht oder kaum gefolgt wird. Beim weiteren therapeutischen Vorgehen können die Einstellungen von Arzt und Patient weit auseinanderklaffen, so dass eine *Compliance* – mitnichten eine *Concordance*, sofern von einem partnerschaftlichen therapeutischen Beziehungskonzept ausgegangen wird[41]– zwischen Arzt und Patient in einem solchen Fall nicht erzielt werden kann. Kelman (1958) unterscheidet drei Arten von sozialer Einflussnahme auf Einstellungsänderungen: äußerliche Zustimmung ohne echte Meinungsäußerung (*Compliance*), Internalisierung und Identifizierung. In der Therapie mit Antidepressiva ist *Compliance* ein wichtiges Thema. Klinische Studien zeigen, dass etwa 30 % - 60 % der Patienten ihre Antidepressiva nicht so einnehmen wie vom Arzt verordnet (Gasquet 2001; Demyttenaere und Haddad 2000). Himmel et al. (2004) sprechen in diesem Zusammenhang von Patienten als Experten sowohl für ihr alltägliches Leben als auch für medizinische Entscheidungen und verweisen auf einen langfristig angelegten klinischen Managementplan, der neben weiteren Komponenten die aktive Teilhabe des Patienten am therapeutischen Regime und das *shared-decision-making* beinhaltet. Die Rolle des Arztes ist die eines Beraters und Experten in medizinischen Sachfragen und Fähigkeiten. Kernstück der *Concordance* ist hingegen der Patient als Entscheidender und der Arzt als Strukturierender (Vermiere et al. 2001). Murray et al. konnten zeigen, dass sich das ursprüngliche, aus der Notfallmedizin stammende Modell des *shared decision making* (Charles et al. 1997) auch in der Praxis niedergelassener Ärzte bewährt hat (Murray et al. 2006). Stevenson et al. bewerten die Umsetzung theoretischen Wissens in die hausärztliche Praxis weitaus kritischer (Stevenson et al. 2000; Stevenson 2003). Im Zuge der Einnahme von Medikamenten bei chronischen Erkrankungen nimmt die *Compliance* meist im Verlauf der Behandlung ab. Eine gute *Compliance* zu Behandlungsbeginn ist jedoch ein guter Prädiktor für gute *Compliance* im Langzeitverlauf. Ist der Behandlungsbeginn

---

[40] Vgl. Autonomiekonflikt aufgrund von Zweifeln an Medikamentenwirkungen, S. 136

[41] Bei der Concordance geht es um gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse zwischen Arzt und Patient, wie folgende Definition zeigt: „… *a new model of shared decision-making between physicians and patients based on a partnership of equals. "Concordance" is meant to make obsolete the notion of "compliance," in which patients are seen as, ideally, following doctors' orders*." (Segal *2007).*

noch von Skepsis gegenüber dem Medikament geprägt, so wäre eine Reaktion darauf der Behandlungsabbruch. Wird das Medikament auch weiterhin eingenommen, so gestaltet sich diese mittlere Phase eher locker im Umgang mit dem Medikament, welches „auch mal vergessen wird“. Der Langzeitnutzer ist mit dem Medikament vertraut und beginnt häufig damit, die Dosis selbst zu variieren (Demyttenaere 1997, S. 386; Agras 1989, S. 259). Oftmals wird mittels einer „*vielfache[n] Reduktion von Krankheit auf objektivierbare Fakten*“ (Habermann 1993, S. 104/105) gleichzeitig die Verständnisproblematik zwischen Arzt und Patient aufgezeigt (vgl. Ritenbaugh 1982).

Im Falle von Vertrauen zum behandelnden Arzt ist eine hohe Compliance zu Therapiebeginn hilfreich für die Akzeptanz der Therapieform, wenn die ursprünglich verordnete Dosis zunächst auf ein stabiles Einnahmeverhalten trifft. Denkbar ist aber auch der Fall, dass der Arzt von Anfang an dem Patienten vorschlägt, selbst zu experimentieren. In dieser Situation wäre das Einnahmeverhalten von Anfang an selbstregulativ, jedoch in Übereinstimmung mit dem verschreibenden Arzt. Die in der vorliegenden Studie untersuchten Fälle legen nahe, dass langfristig gesehen ein dauerhaft stabiles Einnahmeverhalten den Autonomieaspekt des Patienten nicht unterstützt. Im Falle niedriger Compliance ist anzunehmen, dass bei mangelndem Vertrauen gegenüber dem Therapiepersonal ein baldiges Autonomieverhalten bezüglich der Einnahme zu Tage tritt. Ist hingegen Vertrauen vorhanden, lässt sich ein baldiges Autonomieverhalten bezüglich der Einnahme im Rahmen des gewährleisteten Vertrauens vermuten, denn ein Selbstverständnis als Experte gebietet dem Patienten kein exaktes Befolgen der Verordnung. Psychische Abhängigkeit von einem psychotropen Medikament bedeutet einen Autonomieverlust, andererseits kann eine Spontandosis während einer Panikattacke auch ein Autonomieerlebnis vermitteln.[42] Die Non-Compliance kann also als ein Bestandteil individueller Coping-Strategien verstanden werden (Pound et al. 2005). Non-Compliance wird dann gefährlich, wenn Medikamente in gesundheitsgefährdender Weise kombiniert oder deren Dosis gefährlich erhöht wird. Ein Variieren der Dosis im Rahmen des Möglichen scheint jedoch produktiv zu sein.

Interessant ist die im Vorfeld dieser Untersuchung erfolgte qualitative Studie zu den Strategien von Ärzten bei der Verordnung von Antidepressiva. Es konnte gezeigt werden, dass einige von den Ärzten beschriebene Strategien im Verordnungsgeschehen von stimmunsverändernden Medikamenten nicht immer so offensichtlich sind, wie sie scheinen: So geben Ärzte gelegentlich dem Druck ihrer Patienten nach einer bestimmten medikamentösen Therapie zunächst nach; um weiterhin als Exper-

---

[42] Vgl. S. 142 Tab. 16 „Greifbarkeit ausreichend“: Die Möglichkeit das Medikament spontan einsetzten zu können vermittelt Sicherheit.

te in der Beziehung zu dem Patienten fungieren zu können, wird dem Patienten der „aktive“ Part im Entscheidungsprozess überlassen. Dies geschieht auch vor dem Hintergrund, dass der Patient zukünftig die ärztliche Kompetenz nicht in Frage stellen soll. Ärzte sehen sich oftmals der schwierigen Aufgabe gegenüber, Patienten für die Einnahme von Antidepressiva motivieren zu müssen, da ihre Einnahme in der Anfangsphase oftmals von unerwünschten Wirkungen begleitet wird. Das mag der Grund dafür sein, manchmal zu eher unorthodoxen Methoden zu greifen (Kapmeyer et al. 2006).

Aber nicht alle Patienten mögen gleichermaßen in die Entscheidungsprozesse involviert werden (Cox et al. 2007). Dies trifft nach Knudsen et al. (2002) besonders auf Menschen zu, die stimmungsverändernde Medikamente einnehmen. Gründe hierfür können u.a. mangelndes Selbstbewusstsein oder sozialer Rückzug sein.

Kontrollüberzeugungen

Unter Kontrollüberzeugung versteht man die Einstellung, die eigene Lage beeinflussen zu können bzw. im Gegensatz dazu das Gefühl zu haben, ihr ausgeliefert zu sein, persönliche Ziele umsetzen zu können bzw. hilflos zu sein (Rotter 1982, S. 392; Janssen 2001). Rotter hat dieses Konzept innerhalb seiner sozialen Lerntheorie erarbeitet (Rotter 1966).

Dabei kommt es zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls im Falle einer positiven Bewertung der eigenen Kontrollüberzeugungen; bei einer negativen Bewertung derselben wird der empfundene Selbstwert beeinträchtigt. Eine Person ist demzufolge entweder external oder internal kontrolliert (Frey & Haußer 1987).

Bei external kontrollierten Personen heißt dies, dass wichtige Lebensereignisse durch äußere Faktoren beeinflusst werden. Dies können externe Autoritäten wie Ärzte, Therapeuten, Familienmitglieder oder Freunde sein. Beispielhaft aus dem vorliegenden Sample ist eine spanische Migrantin mittleren Alters, welche akribisch an der Einnahme der stimmungsverändernden Medikamente festhält, die ihr anscheinend größtmögliche Sicherheit geben. Sie hat Angst davor, ihre durch die stimmungsverändernden Medikamente erlangte „neue“ Persönlichkeit bzw. ihren momentan zufriedenstellenden Gesundheitszustand zu verlieren. Allerdings lässt sich bei ihr Abenteuerlust als Ressource erahnen: Als Nachzüglerin kam sie alleine aus ärmlichen Verhältnissen in Spanien nach Deutschland, wohin ihre Freundinnen bereits vor ihr migriert waren. Ihre Freundinnen hatten sich um ihre Arbeitspapiere gekümmert und sie zunächst bei sich aufgenommen. Ihren Mann lernte sie erst in Deutschland kennen. Dies deutet auf eine individuelle Ressource hin, die einen Gegensatz zu ihrer externalen Kontrolliertheit zeigt. Über das Zurückgreifen auf diese Ressource im ärzt-

lich-therapeutischen Gespräch könnte ihre Selbstwirksamkeit wieder stärker betont werden.

Doch nicht nur die Kontrolle durch „*powerful others*“, auch die Kontrolle durch die Abhängigkeit vom Zufall macht das Individuum fatalistisch, d.h. external kontrolliert. Levenson (1972) unterscheidet deshalb auch zwischen sozialer und fatalistischer Externalität. Die Anpassung an die Krankheit beinhaltet sowohl emotionale als auch kognitive Elemente.

Ist eine Person davon überzeugt, über einen gewissen Bereich selbst Kontrolle zu haben, spricht man von **internaler Kontrollüberzeugung**. Dies bedeutet, der Auffassung zu sein, wichtige Lebensereignisse durch das eigene Verhalten zu beeinflussen. In Bezug auf Krankheit bedeutet dies in erster Linie die konkrete Auseinandersetzung mit der Erkrankung und den selbst zu steuernden Umgang mit ihr. Darunter fällt auch der Erwerb eines breiteren Wissens über gesundheitsrelevante Themen, Sensibilität für Gesundheitsempfehlungen und in Konsequenz dazu gesundheitsförderliches Verhalten. Im vorliegenden Sample repräsentieren dies insbesondere Personen, die ihren Arzt oder Therapeuten sehr bewusst wählen und sich über deren Empfehlungen hinaus selbstständig mit Informationen versorgen sowie unter Umständen auch die Angebote von Selbsthilfeeinrichtungen wahrnehmen. Unter diesem Aspekt der Selbstständigkeit ist der Schritt zum selbstregulativen Umgang mit stimmungsverändernden Medikamenten nicht weit. Es bleibt im Zusammenhang mit der vorliegenden Stichprobe die Frage offen, ob zur Verhinderung eines externen Konfliktes ein interner in Kauf genommen wird.

Selbstbildmanagement

Neben den unterschiedlichen Einnahmestrategien spielt das Management des eigenen Selbstbildes eine große Rolle in den Interviews. Oft werden im Zusammenhang mit der Arzt-Patient-Beziehung überwiegend negative Aspekte genannt, wenn es um die allgemeinen Einstellungen zu Medikamenten geht. Besonders bei external kontrollierten Patienten könnte ein Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen vermutet werden: Kürzere Ausbildungszeiten und niedriger sozialen Status sind zutreffend für einen großen Anteil innerhalb der Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund. Als Erklärungsansatz dient, dass in sozialen Randschichten in geringerem Maße an das eigenständige Erreichen von Zielen geglaubt werde. Es wäre jedoch eine falsche Vorannahme, Migranten handelten im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund weniger selbstbestimmt, weil sie unter Umständen auf den ersten Blick autoritäts- oder arztgläubiger erschienen. Selbstregulation findet sich jedoch sowohl im Sample der deutschen Hausarztpatienten als auch in der Gruppe der spanischen Patienten auf Teneriffa vermehrt

bei informierten Patienten.[43] Es kann angenommen werden, dass Patienten die Dosis nur dann regulieren, wenn sie der Wirkweise der Medikamente vertrauen bzw. wenn sie eine bestimmte Vorstellung von der Wirkweise haben.

Das Vertrauen kann aber auch mit der erfahrenen Arztbeziehung oder mit der jeweiligen Überzeugungskraft der Therapieerklärung korreliert sein (der Arzt hat plausibel gemacht, dass man im Rahmen x die Dosis regulieren darf, so dass man schon vor der ersten Erfahrung mit der Wirkung des Medikaments bereit ist, die Dosis ab und an zu verändern) oder mit einem Misstrauen in die Arztempfehlung in Verbindung mit dem Vorsatz, die passende Dosis durch Experimentieren selbst zu ermitteln.

Dennoch muss selbstregulatives Verhalten nicht immer ein bewusster Prozess sein. Schaut man sich die Gruppe der deutschen Hausarztpatienten genauer an, treten als weitere Gründe auch Fehlinformation, Desinteresse bzw. Resignation zum Vorschein. Wäre denn auch das Vergessen der Einnahme als ein selbstregulativer Prozess zu werten? Selbstregulatives Verhalten scheint für viele Patienten essentiell wichtig und häufig entscheidend für einen weiteren positiven Therapieverlauf oder gar Anlass zu einer positiven Wendung zu sein. Derlei Beobachtungen legen den Schluss nahe, eine Empfehlung an die behandelnden Ärzte zu richten, die besagt, dass dieses Verhalten nicht notwendigerweise als Therapieverweigerung oder Kritik an der Therapieentscheidung der Ärzte zu bewerten sei, sondern unter bestimmten Voraussetzungen als ein notwendiger adaptiver Prozess.

Die **Hilflosigkeitsforschung** hat mittlerweile die Relation zwischen generalisiertem Kontrollverlust und negativem Selbstwertgefühl belegt (Abramson 1978; Seligman 1999). Frey und Haußer definieren Identität demzufolge

> als Entwicklungsergebnis und zugleich als Entwicklungsbedingung – erst eine solche konzeptuelle Sichtweise schafft Raum für ein initiatives als Ergänzung zu einem rein reaktiven Subjektmodell [...]. Dem Subjekt kommt die Aufgabe zu, sein Selbstkonzept, sein Selbstwertgefühl und seine Kontrollüberzeugung miteinander in Beziehung zu setzen. Dabei kann es zu Stimmigkeiten wie auch zu Widersprüchen und Spannungen kommen. Zum Beispiel können alte Vorstellungen einer Person über sie selbst zusammenbrechen, das Selbstwertgefühl kann in Frage gestellt und neue Entschlüsse und Interventionspläne zur Herstellung von Kontrolle können gefasst werden (1987, S. 21).

---

[43] Verweis auf Ankerfall II: Selbstregulation bei informierten Patienten: Erfahrung befähigt zur Selbstregulation, Vertrauen in die Wirkweise befähigt zur Selbstregulation.

Seligman beschreibt in seinem Modell der erlernten Hilflosigkeit zunächst, dass die Unkontrollierbarkeit einer Situation bei einer Person Frustration verursachen kann. Wird diese weiterhin erlebt, weicht diese Erfahrung langfristig der Hilflosigkeit. Nach Seligman führt eine Kontrolle von traumatischen Bedingungen zu einer Reduktion von durch diese ausgelöster Furcht. Ist die betreffende Person aber noch unsicher, ob sie das Trauma überhaupt kontrollieren kann, wird die Furcht zunächst noch dazu benötigt, nach einer wirksamen Reaktion auf das Trauma zu suchen. Bleibt diese aus, wird die Furcht nicht länger aufrechterhalten, und die Depression setzt ein (Seligman 1999, S. 51). Wird davon ausgegangen, dass eine an Depression erkrankte Person zunächst einen Kontrollverlust über ihre Situation erlebt, ist ein Zuwachs an Kontrolle, beispielsweise durch einen selbstregulativen Umgang mit einem stimmungsverändernden Medikament, für diese Person gleichzeitig ein Schritt weg von der erlebten Hilflosigkeit hin zu einem autonomen und selbstwirksamen Handeln. Diese erlebte Kompetenz dient also dazu, Hilflosigkeit und damit auch Furcht und Depression zu vermeiden (Seligman 1999, S. 52).

Rät man Patienten nun zu einem selbstbestimmten Umgang mit ihren stimmungsverändernden Medikamenten, kann diese erlebte Kompetenz neben den erwünschten Wirkungen des Medikamentes zu einer weiteren Reduktion der Symptome führen und darüber hinaus Mechanismen und Bewältigungsstrategien für den Nutzer eröffnen, also Perspektiven aufzeigen, wie aktives, selbstwirksames Handeln neben oder anstatt der Einnahme stimmungsverändernder Medikamente langfristig zu einer Besserung der Symptome einer Depression führen kann.

Die Medikamenteneinnahme versetzt den Nutzer zunächst wieder in die Lage, aktiv am alltäglichen Leben teilzuhaben und in ihm zu agieren; eine Position also, die er zu Beginn der Erkrankung nicht einnehmen konnte („*innere Lähmung*“, soziale Isolation)[44]. Das Erkennen der eigenen Kompetenz kann eine Wandlung der negativen kognitiven Einstellung zur Folge haben. Dies mag der Grund dafür sein, warum viele Befragte die Wandlung hin zu einer „*neuen*“ Identität bzw. die Rückkehr der „*alten*“ als etwas so Besonderes und Erstrebenswertes beschrieben haben, weil dieses Erlebnis gleichzeitig als positiver Verstärker diente. Das Absetzen der Medikation kann u.U. mit dem Verlust dieses positiven Verstärkers und der ebenfalls als neu erlebten Kompetenz/Selbstwirksamkeit erlebt werden.

Im besonderen Fall einiger der spanischen Migranten könnte beispielsweise das Wissen um die biographischen Ressourcen genutzt werden, um an Zeiten (und Kräfte/Energien) anzuknüpfen, als sie Entscheidungsprozesse aktiv gestaltet haben (Bei-

---

[44] Zum Thema „*Lähmung*“ vgl. die Darstellung im Interview auf S. 68, P 3:35, und auf S. 69, P 10:32.

spiel Migration junger Spanierinnen nach Deutschland, um der sozialen und familiären Enge zu entkommen). Das Sprechen über diese Prozesse - die Erinnerung an sie, die Auseinandersetzung mit ihnen - kann ein Leuchten in die Augen der Befragten zaubern. Der Fortgang aus Spanien war nun nicht nur von (Vor-) Freude oder purer Abenteuerlust begleitet, sondern vielmehr verbunden mit Ängsten vor dem Neuen und Unbekannten, dem Verlust des Vertrauten, von Familie und Freunden. Aber die Erinnerung daran, dies ‚geschafft', diese Ängste bewältigt zu haben und auch die Wertschätzung des Zuhörer zu spüren, könnte wiederum Kraft spenden, solch einen mutigen Schritt zur Bewältigung eines Problems erneut zu wagen.

Die Beobachtung, dass die eigenen Handlungen die Erfahrung von Kompetenz kontrollieren können (Seligman 1999, S. 95), kann im Zusammenhang mit selbstregulativem Verhalten und der Einnahme stimmungsverändernder Medikamente als eine Strategie bewertet werden, die eigene Kompetenz wiederherzustellen, d.h. die eigenen Handlungen wieder kontrollieren zu können, und damit auch einen Versuch darstellen, wieder eins mit sich zu sein, d.h. authentisch zu sein.

Das Konzept der erlernten Hilflosigkeit erscheint hilfreich als ein global anwendbares Modell zur Beschreibung von Bewältigungsprozessen in kritischen Lebensphasen. Seligmans Theorie der erlernten Hilflosigkeit, entstanden aus tierexperimentellen Studien, fand Eingang in die Entwicklungs- und Sozialpsychologie sowie die klinische und pädagogische Psychologie (Seligman 1999, S. 211).

Bei den Befragten der vorliegenden Erhebung stechen sowohl eine Abwehrhaltung gegenüber Medikamenten (vgl. Britten et al. 2010) als auch die Angst vor einem möglichen Macht- bzw. Kontrollverlust ins Auge. Das Beispiel Frau Morenos verdeutlicht, dass bei ihr die Einnahme der Medikamente verweigert oder zumindest kritisch bewertet wird, um die Macht über sich selbst nicht an ein Medikament zu verlieren. Sicherlich spielt hierbei auch die Frage der Kontrollierbarkeit einer Erkrankung per se eine Rolle.

Einige der beschriebenen Sequenzen sind durch besonders reflektierte autonome Entscheidungsprozesse ohne sprunghaftes Verhalten gekennzeichnet. Bestimmte Ereignisse werden zu kritischen „*identity markers*", die nach Karp (1996) einen Wandel im Selbstbild der Befragten reflektieren. Strauss (1992) beschreibt diese Momente einer Karriere als „*turning points*" der Identität, weil an dieser Stelle eine Re-Definition dessen vorgenommen werde, was man gewesen sei, gegenwärtig sei und in Zukunft sein werde. Auf diesen letzten Aspekt geht das Kapitel 6.3.3 detaillierter ein.

6.3.3 Identität und Kurzzusammenfassung des Ergebnisses

Zu Beginn der Erkrankung erleben viele Befragte einen „*gefühlten Identitätsverlust*“, sie nehmen sich krankheitsbedingt anders wahr als zuvor und fragen sich sowohl nach externen als auch internen Ursachen.

Reagiert wird auf die mit der Krankheit verbundenen Einschränkungen. Zu diesem Zeitpunkt ist auch die Fremdwahrnehmung durch signifikante Andere (z.B. Familie, Freunde) als Instrument der Selbsteinschätzung wichtig und liefert einen Referenzpunkt bezüglich der Überlegung, ob anderweitig Hilfe in Anspruch genommen werden muss. Zudem konnten unterschiedliche Strategien ermittelt werden, die dazu beitragen, „*den alten Zustand*“ wiederherzustellen.

Von hoher Präsenz ist die Angst vor einer möglichen Stigmatisierung durch andere Mitmenschen[45], sowie einer Selbst-Stigmatisierung durch das Bewusstsein, etwas so Persönliches wie die eigene Stimmung durch ein Medikament regulieren zu lassen, um wieder am alltäglichen Leben teilnehmen zu können. Von den Befragten wurde hier kein Unterschied in der Bewertung pflanzlicher und chemischer Antidepressiva gemacht. Einige kommen nun an einen Punkt, an dem sie sich fragen, ob sie noch sie selbst sind bzw. wie umfangreich die Rolle ist, die das stimmungsverändernde Medikament mittlerweile in ihrem Leben spielt[46], was die Frage nach dem Leben ohne die Unterstützung durch das Medikament antizipiert.

Die Befragten befürchten durch die langfristige Einnahme psychotroper Medikamente eine Bedrohung ihrer Authentizität. Der Versuch einer aktiven Lebensgestaltung – ein Sich-unabhängig-Machen von dem stimmungsverändernden Medikament – kann als eine Strategie zur Bewahrung der Authentizität bewertet werden. Auch das eigenverantwortliche Regulieren der Dosis trägt zur Unterstützung der eigenen Selbstwirksamkeit bei[47] und beeinflusst damit die positive Wahrnehmung der Situation.

Darüber hinaus zeigte sich, dass schlichtweg die Einnahme eines stimmungsverändernden Medikamentes, verbunden mit der Akzeptanz, dass in dem besonderen Fall der depressiven Erkrankung ein medikamentöses Vehikel benötigt wird, um die Stimmung/das Wohlbefinden zu verbessern, dazu führt, dass sich derjenige trotz der Medikation wieder authentisch fühlen kann. Doch auch dieser Prozess ist mit der

---

[45] Zur Angst vor einer möglichen Stigmatisierung vgl. S. 70, P 4:6.

[46] Vgl. die Metaphern „Krücke“ und „Schutz(schild)“ auf S. 140 und S. 142, Tab. 17.

[47] Siehe hierzu die Darstellung von Ankerfall II.

Frage nach der Ursache für diese Veränderung verbunden, ob also das Medikament oder der Nutzer hierfür den Ausschlag geben[48].

In der zeitgenössischen Forschung gibt es einen Kontrast in der Identitätsdiskussion. Bei dem Sozialwissenschaftler Lohauß bleibt der Entwicklungscharakter erhalten, wenn er von dem „*Entwurf eines Menschbildes, das erst noch verwirklicht werden muss*“ und nicht gleichsam naturgegeben ist, schreibt. Mit der Vorstellung von Identität wird ein „*Ich-Ideal*“ ausgedrückt, das als Zielvorstellung bestmöglich in der Zukunft erreicht werden kann (Lohauß 1995 zit. in Platta 1998, S. 63). Für Haußer und Frey ist die „*terminologische Trennung zwischen ‚öffentlicher' oder ‚sozialer Identität' im Sinne der Identifizierung einer Person durch Andere (Außenperspektive) und Identität als Selbst-Erfahrung (Innenperspektive)*“ entscheidend bei der Diskussion um Identität als Beziehungsbegriff zwischen Umwelt und Ich. Demzufolge können Menschen ihr Leben selbst gestalten in Abhängigkeit von einem doppelten Außenaspekt: (1) Der Mensch ist nicht nur, was er ist, sondern auch, was er macht bzw. zu machen vermag. (2) Der Mensch ist nicht nur Subjekt seiner selbst, sondern wird als Objekt von anderen wahrgenommen (Haußer 1995, S. 38; Platta 1998, S. 64/65).

Meist wird Identität als eine entwicklungspsychologisch definierte Aufgabe verstanden: neue Erfahrungen werden in den Bestand alter Erfahrungen aufgenommen, ohne das Gefühl persönlicher Kontinuität und Konsistenz zu verlieren. Identität kann somit erreicht und auch wieder verloren werden (Frey & Haußer 1987, S. 7).

Das beschreibt die Wirkung auf die sogenannten „spät Stigmatisierten“, Nutzern stimmungsveränderneder Medikamente mit den bereits vorhandenen (gesellschaftlichen) Vorstellungen von ihrem Stigma recht gut. Diese wären demzufolge fast gezwungen, eine neue Identität oder zumindest ihre alte wieder zu erlangen. Dies kann auf unterschiedlichen Wegen erreicht werden: z.B. durch diszipliniertes an-sich-Arbeiten, durch die Einnahme stimmungsverändernder Medikamente (mehr oder minder selbst kontrolliert) oder über verhaltenstherapeutische Verfahren.

Persönliche Identität unterliegt ständigem Wandel, sie ist ein Zustand, der von der Person in bewusster Selbstreflexion immer wieder hergestellt bzw. erarbeit werden muss. Selbstverständlich ist sich eine Person nicht ständig über den Zustand ihrer Identität bewusst. Befindet sie sich jedoch in einer sogenannten „*identitätskritischen Lebenslage*“, stellt sich die Frage nach dem „*Wer bin ich?*“ und den damit einhergehenden Problemen mit der subjektiven Identitätsherstellung unter Umständen schon. Frey und Haußer verstehen unter „*identitätskritischen Lebenslagen*“ […] *eine relativ*

---

[48] Siehe hierzu die Darstellung von Ankerfall III.

andauernde bzw. wiederkehrende Situation, in der die Identität einer Person in Frage steht. Das kann kürzer und weniger bedeutsam sein (z.B. eine Vorstellungsrunde), aber auch länger, zirkulär verfestigt und existenzbedrohend ...“ (Frey & Haußer 1987, S. 11/12). Für diese Untersuchung relevant ist der Aspekt der „*individuellen Krisenlagen“,* die als Auslöser für einen Prozess der Neubilanzierung von Identität charakterisiert werden:

> „[D] iese sind nicht Teil eines gemeinsamen Kohortenschicksals, sondern treten in der Biographie des einzelnen zu unterschiedlichen Zeiten, unterschiedlich häufig und unterschiedlich plötzlich auf. [...] Situationen, in denen sich das Leben einer Person durch ein Ereignis geändert hat. [...] Bestimmte Lebenslagen sind aber insofern identitätskritisch, als sie die persönliche Identität in Frage stellen. Die Person muss prüfen, ob sie noch dieselbe ist, was sich möglicherweise geändert hat, ob sie diese Änderung als Teil ihrer „neuen“ persönlichen Identität akzeptieren will und wie sie ihre neue Identität nach außen vertreten und darstellen will“. (Frey und Haußer 1987, S. 12/13).

Um Identität und veränderte Identität näher beschreiben zu können, muss so ein Begriff wie „*persönliche Identität*“ zuerst empirisch zugänglich gemacht werden. Nach Frey und Haußer kann das durch „*gesellschaftlich typisierte Definitionsräume*“ geschehen, mit Hilfe derer Identität aus dem Kanon der fehlenden Beliebigkeit herausgenommen und dann für die weitere Analyse verwendet werden kann. Definitionsräume gehören zur Außenwelt, und um andere Personen zu identifizieren, bedienen wir uns ihrer Merkmalsmenge im Sinne einer Positions-, Status- bzw. Rollenzuweisung. Das ist die „*öffentliche*“ oder „*soziale Identität*“ (Frey & Haußer 1987, S. 16).

Goffman hat 1975 den Begriff der Identität durch seine Unterscheidung zwischen sozialer, persönlicher und *Ich–Identität* für die Soziologie nutzbar gemacht. Das Letztere beschreibt das subjektive Empfinden der eigenen Situation, der eigenen Kontinuität und Eigenart, das ein Individuum allmählich durch seine verschiedenen sozialen Erfahrungen gewinnt, und ist somit subjektiv und reflexiv. Existiert eine besondere Diskrepanz (gemeint ist hier Stigma) zwischen den Eigenschaften, die einem Individuum zugeschrieben werden (virtuale Identität) und den Eigenschaften, die ein Individuum wirklich hat (aktuale soziale Identität), <u>korrigieren</u> manche Individuen das als objektive Basis des Stigma empfundene (z.B. durch Operationen, Psychotherapie, medikamentöse Behandlung). Ist so eine <u>Reparatur</u> möglich, so ist das Ergebnis oft nicht der Erwerb eines vollkommen normalen Status, sondern die **Transformation eines Ich** mit einem bestimmten Makel zu einem Ich mit einem Kennzeichen, einen bestimmten Makel korrigiert zu haben. Das stigmatisierte Individuum kann aber auch versuchen, einen Makel indirekt zu korrigieren, indem es viel <u>persönliche Anstrengung</u> in die Meisterung von Tätigkeitsbereichen investiert, von denen gewöhnlich angenommen wird, dass sie für jemanden mit einem derartigen Manko ver-

schlossen seien. Die von Goffman beschriebenen Transformationstypen finden sich in abgewandelter Form auch in den durchgeführten Interviews.

6.4 Deutsche Hausarztpatienten, spanische Migranten in Deutschland und im Herkunftsland lebende Spanier – Leben mit stimmungsverändernden Medikamenten

Aus den Interviews mit deutschen Hausarztpatienten wurde deutlich, dass während des gesamten Behandlungsverlaufs, d.h. ab dem Zeitpunkt, zu dem die Befragten das erste Mal feststellten, dass sich ihre Stimmung verändert hatte bzw. sie das erste Mal mit ihrem Arzt über eine mögliche Stimmungsveränderung sprachen, sich die Einstellung der Patienten und ihre Wahrnehmung gegenüber den stimmungsverändernden Medikamenten zu verändern schien. Zu Beginn der Therapie waren viele deutsche Patienten den Medikamenten gegenüber eher ablehnend eingestellt. Einige befürchteten, dass diese Medikamente ihren Charakter bzw. ihre Identität verändern könnten, andere sorgten sich um das Abhängigkeitspotential. Im weiteren Verlauf managten einige Patienten ihre Behandlung selbstbewusster und wurden auch dem behandelnden Arzt gegenüber eigenständiger. Dieser Wandel schien zum einen durch die Entwicklung von Eigeninitiative (und positive Rückmeldung) und zum anderen durch einen Wandel in der Wahrnehmung dieser Medikamente und ihrer Wirkungen hervorgerufen worden zu sein. Die Regulation der Dosis kann als eine Form von Autonomie betrachtet werden, unter dem Aspekt des „*Sich Befreiens*“ von den Vorgaben des Arztes und der eigenen Scheu, etwas falsch zu machen. Mit Beginn der Selbstregulation beginnt auch ein Sensibilisierungsprozess für die eigenen Bedürfnisse (z.B. als Reaktion auf die Angst vor Abhängigkeit, veränderte Wahrnehmung physischer und psychischer Bedürfnisse; Autonomie als Einflussgröße für Entscheidungen im Karriereprozess).

Auch in den Interviews mit den in Deutschland lebenden spanischen Migranten, denen stimmungsverändernde Medikamente verordnet worden waren, wurde eine Einstellungsveränderung gegenüber den Medikamenten sichtbar. Im Vergleich zu den befragten deutschen Hausarztpatienten wurden die Beziehung zum behandelnden Arzt und die implizierten Interaktionen (z.B. das Einfordern einer Medikation, die Argumentation über eine Verordnung oder der Wechsel des Arztes nach einer Meinungsverschiedenheit) in den einzelnen Interviews stärker akzentuiert. Aber auch selbstregulatives Verhalten spielt mit vergleichbaren Konnotationen wie bei den deutschen Hausarztpatienten eine wichtige Rolle bei den Einnahmestrategien der befragten spanischen Migranten. Die Erfahrung eines Autonomiegewinns zu Beginn der Migrationsgeschichte (Abenteuer und Suche nach Veränderung) kann als Ressource im Copingprozess einer Erkrankung fungieren.

Bei den spanischen Patienten im Herkunftsland scheint die Erkrankung an Depressionen mit einem stärkeren Stigma besetzt zu sein, als bei den beiden Vergleichsgrup-

pen. So wurden hier die Interviews ausschließlich in den Gesundheitszentren durchgeführt, möglicherweise aus Angst, dass Nachbarn oder Freunde den Besuch des Interviewenden bemerken könnten. Es können aber auch infrastrukturelle Gründe, wie die Erreichbarkeit in ruralen Gebieten, den Ausschlag für den Ort des Interviews geben. Spanische Patienten aus der Primärversorgung im Herkunftsland und deutsche Hausarztpatienten scheinen ihre Medikamente – psychotrope und andere – gut zu kennen, sie können sie benennen, wissen über ihre Anwendung und oft auch über ihre Wirkungen Bescheid. Die Stichprobe der Migranten erscheint weniger informiert. Gründe dafür sind jedoch im Bildungsgrad und in Unterschieden in der Schichtzugehörigkeit nicht nur in der Stichprobe der Migranten, sondern sampleübergreifend zu finden. Während die beiden Samples mit den Befragten aus den jeweiligen Herkunftsländern relativ homogen bezüglich der Schichtzugehörigkeit sind, setzt sich die Stichprobe der spanischen Migranten schicht- und bildungsbezogen aus größtenteils ungelernten Arbeitern zusammen, die i.d.R. angeben, die Volksschule in Spanien mit etwa 14 Jahren verlassen zu haben. Eine Ausnahme bilden hier die Interviews, deren Befragte eine höhere Schulbildung genossen haben. Wie bereits in Kapitel 2.2 erwähnt, stammt die Mehrheit der spanischen Migranten aus Gebieten des ländlichen Spaniens. Sie ist gekennzeichnet durch einen raschen Anstieg der Intermarriageraten, d.h. im Jahre 2000 stammten 80% der Kinder von in Deutschland lebenden Spaniern aus gemischten Partnerschaften. Dies wertet Thränhardt als ein Zeichen für einen raschen Assimilationsprozess (Thränhardt 2005, S. 98).

Sie zeichnen sich dennoch besonders ab der zweiten Generation als vergleichsweise erfolgreiche Bildungs- und Arbeitsaufsteiger aus, denen „*die Auswanderung Gelegenheit und Motivation zur Aktivierung*“ bot (Thränhardt 2005, S. 108). Besonders bemerkenswert ist der Schulerfolg der Kinder, der höchste gemessen an anderen vergleichbaren Migrantengruppen (Thränhardt 2005, S. 99).

Für die jeweiligen Eltern bedeutete das ein hohes Maß an Selbstorganisation. Der Wunsch nach Integration ins deutsche Schulsystem wurde auch gegen den Widerstand der Behörden durchgesetzt, welche planten, Sonderklassen zu bilden. Zusätzlich zum Besuch der Regelschule war in sehr vielen Familien auch der Besuch des muttersprachlichen Unterrichts in der „*Spanischen Schule*“ am Nachmittag vorgesehen. Diese hohe Motivationsleistung der Eltern war u. U. der Grund für die vergleichsweise guten Schulabschlüsse und das Missverhältnis zu den Bildungsabschlüssen der Kinder aus anderen Migrantengruppen (Thränhardt 2005, S. 99).

Diese Gruppe gilt als erfolgreich integriert und aufgrund der erfolgreichen Anpassung als „wenig sichtbar und abgrenzbar. [...] Damit verhält sie sich nicht anders als viele Deutsche.“ (Thränhardt 2005, S. 110). Dies liefert einen wichtigen Hinweis auf die großen Gemeinsamkeiten zwischen den untersuchten Personengruppen hinsichtlich

ihrer Einstellungen zur Einnahme von Psychopharmaka. Das Beispiel des Bildungserfolges kann als Erklärung der Gemeinsamkeiten zwischen den drei Stichproben dienen: u.U. hat sich diese gut integrierte Gruppe nicht nur hinsichtlich ihres Bildungsverhaltens angepasst, sondern gelernt, die verwendeten erfolgreichen Selbstwirksamskeitsstrategien auch auf ihr Gesundheits- und Krankheitsverhalten anzuwenden. Dazu gehören beispielsweise therapeutische Strategien des Arztes zu hinterfragen und auch abweichende Entscheidungen zu treffen.

Im Vergleich zu den Kontrollgruppen hat das Spezifikum Migration sicherlich den Interviewrahmen geprägt, besonders auch hinsichtlich der Verwendung restringierter Kodes in den Erzählungen (Heizmann 2003). Es ist anzunehmen, dass ab dem Zeitpunkt der Migration die Bildungskarriere auch der ersten Generation der Migranten im Aufnahmeland möglicherweise einen positiveren Verlauf genommen hat, als es gegebenenfalls im Herkunftsland der Fall gewesen wäre.

Die Vermutung, dass Migranten stimmungsverändernde Medikamente anders wahrnehmen und bewerten als deutsche Hausarztpatienten oder Spanier aus dem Herkunftsland hat sich durch die Untersuchung nicht bestätigen lassen. Auch Britten et al. (2010) und Malpass et al. (2009) sind in ihren Meta-Ethnographien nicht auf Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern gestoßen, in denen die jeweiligen Untersuchungen durchgeführt worden sind.

6.5 Gesundheitsspezifische Migrationsforschung – Implikationen für die Praxis

Es finden sich in den Interviews mit den spanischen Migranten in den verstärkt biographischen Erzählteilen Hinweise auf eine durch die Migration bewusst forcierte persönliche Entwicklung von der Arbeit auf dem Land zur Industriearbeit, dem Wunsch nach Emanzipation vom Elternhaus und von bereits als festgelegt erscheinenden Lebenswegen. Die Befragten berichteten von ihrer beruflichen Weiterbildung in Deutschland, der Teilnahme an Sprachkursen sowie von Tandem-Sprachpartnern. Letzteres ist vor dem Hintergrund bemerkenswert, dass die Migration in den 1960er Jahren stattfand, einem Jahrzehnt, in dem die Gesellschaft Europas von einem Konservatismus geprägt war, der nicht unbedingt auf die hier beschriebene Bereitschaft der Bundesbürger gegenüber Fremdem und Neuem schließen ließ. Zusammenfassend bewertet die Mehrheit der Befragten ihre Migration als gelungen. In ihren Berichten werden oftmals besonders die Anfänge der Migration als sehr abwechslungsreich und von Abenteuerlust geprägt geschildert, aber auch die gemeinsame Zeit mit der Familie ist vor dem Hintergrund der Trennungserfahrung durch die Migration positiv konnotiert. Bei den zum Zeitpunkt des Interviews bereits etwas älteren Befragten scheinen die Unsicherheiten des fortschreitenden Alters in den Mittelpunkt zu rücken. Sorgen bereiten hier u.a. die bei Migranten im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund häufig schlechtere Gesundheit im Alter und die Frage, ob man im Alter in Spanien oder in Deutschland leben wolle. Doch obwohl es sich bei den Befragten zum großen Teil um Arbeitsmigranten der ersten und zweiten Generation handelt, teilweise schon in oder kurz vor der Rente, wurde das Thema Altern in der Migration in den Interviews kaum bzw. nur auf Nachfrage angeschnitten.

Harmsen et al (2003) zeigten in ihrer Untersuchung von dänischen und immigrierten hausärztlichen Patienten, dass interkulturelle Unterschiede Konsequenzen für das ärztliche Handeln in Bezug auf Fehldiagnosen oder *non-compliance* haben können. Sie stellten eine Beziehung zwischen dem kulturellen Hintergrund des Patienten und der Effektivität der Kommunikation zwischen Arzt und Patient her. Je mehr Gemeinsamkeiten es zwischen Arzt und Patient gibt, desto höher soll die *compliance* des Patienten sein. Auch Schouten (2006) stieß in seinem Literaturreview auf Unterschiede im Kommunikationsverhalten von Ärzten mit Patienten unterschiedlichen kulturellen Hintergrunds. So sollen Ärzte weniger affektiv im Umgang mit den Patienten gewesen sein und die Patienten ihrerseits besonders verbal weniger durchsetzungsfähig. Rosenberg (2006) stellt ebenfalls geringere interkulturelle kommunikative Fähigkeiten fest, weist aber darauf hin, dass beide Parteien durchaus fähig sind, auf interpersoneller Ebene eine Beziehung herzustellen. Pound et al. (2005) hingegen machten in einer meta-ethnographischen Studie zum Einnahmeverhalten britischer

Patienten weniger ein misslungenes Kommunikationsverhalten von Ärzten und ihren Patienten für fehlende *compliance* verantwortlich, sondern eine generelle Abneigung gegenüber Medikamenten, deren Sicherheit und Wirkungsmechanismen die von ihnen untersuchten Patienten misstrauen. Doch nicht nur Sprachkenntnisse sind hier gefragt, sondern eine weitreichende interkulturelle Kompetenz. Um diese Fähigkeiten zu erlangen oder zu schulen, könnte es hilfreich sein, mehr über die emotionale Gesundheit von Patienten unterschiedlicher kultureller Kontexte zu wissen.

Stimmungsverändernde Medikamente könnten insofern passender eingesetzt werden - auch wenn sie vorübergehend nur einer Entlastung dienen sollen - wenn das Konzept „*Stimmung*“ vor dem Erfahrungshintergrund des Patienten bekannt ist.

Da das langfristige Ziel patientenorientierter Forschung in der Stärkung von Laien bzw. Patienten liegt und jeglichem Einverständnis in eine Therapie ein Verständnis derselben zugrunde liegt, gilt es, auf professioneller Seite die Voraussetzungen für dieses Verständnis zu schaffen. Durch eine derartige interkulturelle Kompetenz kann die Herausforderung, ein Gleichgewicht zwischen den unattraktiven Polen einer autoritären Haltung gegenüber dem Patienten einerseits und einem passiven Nichthinschauen andererseits zu finden, am ehesten gemeistert werden.

Aus den erzielten deskriptiven Ergebnissen, wie der Erleichterung der Krankheitsbewältigung durch als autonom erlebte Entscheidungsprozesse und dem Aufzeigen möglicher Chancen in der Verhandlung von Identität (sowohl in der Wiederherstellung als auch im Herstellen einer neuen Identität) lassen sich unter Zuhilfenahme eines prozessual gefassten Identitätsbegriffs folgende programmatische Implikationen für die migrantenspezifische Psychotherapie und aufgrund der großen Gemeinsamkeiten zwischen den untersuchten Gruppen auch für die Behandlung seelischer Erkrankung bei Menschen, die in ihren Ursprungsländern leben ableiten:

- Ärztlicherseits die Empfehlung, Handlungsmomente aufzuzeigen, die der Stärkung der Selbstwirksamkeit dienen, z.B. durch Akzeptanz von selbstregulativem Verhalten bei der Medikamenteneinnahme

- Ärztlicherseits die Anleitung dazu, als Patient den selbstbestimmten Umgang mit Medikamenten als Chance begreifen

- Die Verwahrung gegen das Devianzkarrierenkonzept und Stigmatisierung von Minderheiten und ein Plädoyer für die Nutzung biographischer Ressourcen

7 Zusammenfassung

Ziele: Die Aufdeckung der sozialen Bedeutungen stimmungsverändernder Medikamente und die Beschreibung der diesen zugrundeliegenden Bewertungen aus der Patientensicht drei verschiedener Stichproben: deutschen Hausarztpatienten, spanischen Migranten und in Spanien lebenden Spaniern.

Methoden und zentrale Ergebnisse: Alle drei Stichproben der Studie befanden sich in einem hausärztlichen Behandlungskontext. Die face-to-face-Interviews mit den Nutzern stimmungsverändernder Medikamente wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert. Die Vorstellungen der Patienten zu den Stimmungsaufhellern wurden über ein theoretisches Kodierverfahren extrahiert. Verwendete Methode war die prospektive Meta-Ethnographie. Diese iterative Methode beruht auf den Grundsätzen der Grounded Theory und schließt vergleichend, die von anderen Forschergruppen entwickelten Begriffe ein. Dieses Verfahren erfordert keine Übersetzung vollständiger Interviews in eine gemeinsame Sprache, da die Schlüsselbegriffe identifiziert und verglichen werden.

Die Einstellungen vieler Patienten gegenüber Psychopharmaka veränderten sich im Laufe der Behandlung. Der Therapiegewinn war für gewöhnlich von Ablehnung und Angstgefühlen begleitet. Die Patienten befürchteten, dass die ihnen verschriebenen Medikamente ihre Persönlichkeit bedrohen und ihr Verhalten gegenüber anderen Personen verändern könnten. Dies wird positiven Erfahrungen in der fortgeschrittenen Behandlungsphase gegenübergestellt, in der das Therapiemanagement mit größerem Vertrauen und einer höheren wahrgenommenen Autonomie durchgeführt wurde. Selbstregulationsmechanismen, Coping-Strategien, Kommunikation und Information waren wichtige Vermittlungsinstanzen in dieser Entwicklung.

Theoretischer Hintergrund: Diese Untersuchung befasst sich mit Karrieren von Personen, die verschreibungspflichtige stimmungsverändernde Medikamente über einen längeren Zeitraum eingenommen haben. Theoretischer Hintergrund wird von Goffmans „*moral career*“ (1975), Gerhardts Untersuchung über „*Patientenkarrieren*“ (1986) und Twaddles Begriff der „*sickness career*“ (1977) gebildet. Die Begriffe „Autonomie“, „selbstregulatives Verhalten“ sollen ebenso wie „Identität und Wandel“ den Karrierebegriff ergänzen. In Bezug auf die drei Stichproben können Ähnlichkeiten und Unterschiede an verschiedenen aussagekräftigen Passagen ermittelt werden. Im Fokus dieser Untersuchung lag die Gruppe der spanischen Migranten.

Ergebnisse: Die folgenden Themen bildeten sich aus den Patientendarstellungen ihres Einnahmeverhaltens und ihrer Wahrnehmungen der stimmungsverändernden Medikamente heraus: die Einbeziehung in den therapeutischen Entscheidungspro-

zess, die Rolle des medizinischen Personals, der Verwandten und Freunde, Möglichkeiten der Selbstregulation, Kontrolle, Compliance, Stigmatisierung und die Wiedererlangung von Normalität. Diese Themen sind relevant, um die Auffassung der Patienten gegenüber ihren Medikamenten zu verstehen. Interessanterweise schienen sich die Einstellungen der Patienten im Laufe der Medikamenteneinnahme zu ändern. Zum Beispiel zeigten sich die Patienten zu Therapiebeginn ablehnend gegenüber stimmungsverändernden Medikamenten, und einige befürchteten, dass diese Medikamente ihren Charakter oder ihre persönliche Identität verändern könnten, andere sorgen sich über die Gefahr einer Abhängigkeit. Später regulierten einige Nutzer ihre medikamentöse Behandlung oft mit größerem Selbstvertrauen gegenüber ihren Hausärzten. Diese Veränderung wurde anscheinend durch das häufigere Ergreifen von Eigeninitiative angeregt und bisweilen durch eine veränderte Wahrnehmung der stimmungsverändernden Medikamente selbst. Interessanterweise gab es nur geringe Unterschiede zwischen drei untersuchten Gruppen.

Fazit: Es kann eine wichtige Aufgabe für Hausärzte darstellen, sich mit Einstellungen und Perspektiven von Patienten zu befassen, die stimmungsverändernde Medikamente einnehmen und Veränderungen in den medikamentenbezogenen Vorstellungen der Patienten zu erkennen. Dies könnte die Compliance der Patienten und das Einverständnis zwischen Patienten und Ärzten erhöhen. Die Anwendung von Kenntnissen über die biographischen Ressourcen, die als Hilfsmittel für den Umgang mit stimmungsverändernden Medikamenten genutzt werden, erstreckt sich nicht nur auf die Gruppe der (spanischen) Migranten. Arzt-Patienten-Beziehungen können verbessert werden, wenn mehr über die typischen Veränderungen in den Bewertungen stimmungsverändernder Medikamente und darüber, wie diese die Entscheidungsprozesse der Patienten beeinflussen, bekannt ist.

Aims: To uncover the social meanings of mood-modifying drugs and to describe the underlying connotations from the users' perspective of three different samples. They consist of German primary care patients, Spanish migrants in Germany and Spaniards living in Spain. The interviews were conducted in Spanish and German.

Methods and Main Outcomes: All three samples of the study were embedded in a primary care setting. Face-to-face interviews with users of mood-modifying drugs were audio taped and transcribed. Patients' concepts of mood-modifiers were extracted by theoretical coding. The method used is entitled Prospective Meta Ethnography. It is an iterative method, based on the principles of Grounded Theory, which involves the comparison of concepts developed in one study team with those developed in other teams. As key concepts are identified and compared, the method does not require the translation of entire interviews into a common language.

The attitudes of many patients towards mood altering pharmaceuticals changed throughout the course of the treatment. The beginning of the therapy was usually accompanied by fears and reluctance. Patients feared that the prescribed drugs might affect their personality and change their behaviour towards others. This is contrasted by positive experiences within the later phase of the treatment. The management of the therapy was conducted with more confidence and autonomy. Self-regulation mechanisms, strategies of coping with the symptoms, communication and information were important mediators in this development.

Theoretical Background: This study deals with drug-taking careers of patients who took mood-modifying drugs. Theoretical background of this thesis is drawn from Goffman's (1975) „*moral career*", Gerhardt's (1986) inquiry of the „*patient career*" and Twaddle's (1977) concept of a "*sickness career*". The concepts of „autonomy", „self-regulating behaviour" as well as „identity and change" should complement the concept of "career". In terms of the therapy and drug management of the three samples, similarities and differences can be pointed at various evident passages. The main focus of this research is centered on the group of Spanish migrants.

Results: The following topics emerged from the patients' descriptions of their drug taking behaviour and their perceptions of mood-modifiers: involvement in the decision-making process, the role of health professionals, relatives and friends, ways of self regulation, control, compliance, stigma, and normality. These topics are relevant to understand patients' concepts of drugs. Interestingly, during the course of taking mood-modifiers, patients' attitudes seemed to change: e.g., at the onset of therapy, patients were reluctant towards mood-modifying drugs, some were anxious that these drugs might change their character and identity; others were concerned about the risk of addiction. Later on, users often handled their treatment more self-confident

and became more autonomous e.g. towards their GP. This change seemed to be encouraged sometimes by developing more initiative and sometimes by a change in the perception of the mood-modifiers themselves. Interestingly there were only minor differences found between the three groups studied.

Conclusions: It may be an important task for primary care doctors to address attitudes and perspectives of patients taking mood-modifiers and to recognize changes in patients' ideas about medicines. This may enhance patients' compliance and the concordance between patients and doctors. The use of knowledge about the biographic resources, which are used as device to deal with mood-modifying drugs, is not only limited to the Spanish migrants. Doctor-patient relationships could be improved by knowing more about the typical changes in the evaluations of mood-modifying drugs and how they alter the patients' decision-making processes.

8 Literaturverzeichnis

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. In: *Journal of Abnormal Psychology*, *Vol. 87*, *No. 1*, S. 49-74.

Agras, W. S. (1989). Understanding compliance with the medical regimen: the scope of the problem and a theoretical perspective. *Arthritis Care & Res*., *2 (3)*, S. 2-7.

Aguirre, J. M. (1980). 20 Jahre Sozialdienst des deutschen *CARITAS*-Verbandes für Spanier. Freiburg i. Breisgau, S. 185-188.

Aguirre, J. M. (1985). *Die spanische Familie in der Bundesrepublik*. Zur Einführung. Freiburg i. Breisgau. Sonderausgabe Deutscher Caritasverband e.V., S.173-174.

Aguirre, J. M. (1986). *Ein Vierteljahrhundert Sozialarbeit mit Spaniern*. Freiburg i. Breisgau. Sonderausgabe Deutscher Caritasverband e.V., S. 242-247.

Aguirre, J. M. (1979). *Umfrage. Deutscher Caritasverband, Sozialdienst für Spanier*. Freiburg i. Breisgau. Sonderausgabe Deutscher Caritasverband e.V., S. 103-107.

Alheit, P. (1999a). Grounded Theory: Ein alternierender methodologischer Rahmen für qualitative Forschungsprozesse. Göttingen, unveröffentlichtes Manuskript.

Alheit, P., Haack, H., Hofschen, H.-G. & Meyer-Braun, R. (1999). Gebrochene Modernisierung: Der langsame Wandel proletarischer Milieus. Eine exemplarische Vergleichsstudie ost- und westdeutscher Arbeitermilieus in den 1950er Jahren. 2 Bde. (= IBL-Forschung 6 und 7). Bremen: Donat.

Allerbeck, K. R. & Hoag, W. J. (1985). Wenn Deutsche Ausländer befragen. Ein Bericht über methodische Probleme und praktische Erfahrungen. *Zeitschrift für Soziologie*, *14*, S. 241-246.

Angermeyer, M. C., Held, T. & Görtler, D. (1993). Pro und Contra: Psychotherapie und Psychopharmakotherapie im Urteil der Bevölkerung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *43 (8)*, S. 286-292.

Apitzsch, U. (1994). Migrationsforschung und Frauenforschung. In: Deutsche Forschungsgemeinschaft, (Hrsg.). *Sozialwissenschaftliche Frauenforschung in der Bundesrepublik Deutschland. Bestandsaufnahme und politische Konsequenzen*. Berlin: Akademie Verlag, S. 240-254.

Apitzsch, U. (2000). Traditionsbildung im Zusammenhang gesellschaftlicher Migrations- und Umbruchsprozesse. In: Apitzsch, U. (Hrsg.): *Migration und Traditionsbildung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2006). Empfehlungen zur Therapie der Depression. Arzneiverordnung in der Praxis, Band 33. Sonderheft 1 (Therapieempfehlungen), 2. Auflage. Juli 2006.

Badawia, T., Hamburger, F. & Hummrich, M. (Hrsg.) (2004). *Wider die Ethnisierung einer Generation – Beiträge zur qualitativen Migrationsforschung*. Frankfurt a.M.: IKO-Verlag.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2005). Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Bundestags-Drucksache 15/5826 vom 22.06.2005.

Bernstein, B. (1973): Ein sozio-linguistischer Ansatz zur Sozialisation: Mit einigen Bezügen auf Erziehbarkeit. In: Graumann, C. F. & Heckhausen, H. (Hrsg.). *Pädagogische Psychologie. Reader zum Funk-Kolleg*, *Bd. 1*: *Entwicklung und Sozialisation*. Frankfurt a. M.: S. Fischer, S. 257-285.

Barry, C. A., Britten, N., Barber, N., Bradley, C. & Stevenson, F. (1999). Using reflexivity to optimize teamwork in qualitative research. *Qual Health Res*, *9 (1)*, S. 26-44.

Bassford, T. L. (1995). Health status of hispanic elders. *Clin Geriatr Med*, *11*, S. 25-38.

Berg, G. (1998a). Migranten. In: Schwartz, F. W., Badura, B. et al. (Hrsg.). *Das Public-Health-Buch*. *Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Schwarzenberg, S. 549-556.

Berg, G. (1998b). Subjektive Krankheitskonzepte – eine kommunikative Voraussetzung für die Arzt-Patientin-Interaktion? In: David, M., Borde, T. & Kentenich, H. (Hrsg.). *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 33-58.

Berger, P. L. & Luckmann, T. (1969). Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit: Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt a. M.: S. Fischer.

Berardi, D., Leggieri, G., Ceroni, G. B., Rucci, P., Pezzoli, A., Paltrinieri, E. et al. (2002). Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. *Fam Pract*, *19*, S. 397-400.

Bermejo, I. (1999). Spanier in Deutschland – Lebenslage, Probleme, Unterstützungsbedarf. In: *Ausländische Mitbürger*. *CARITAS-Korrespondenz*, S. 19-34.

Bermejo, I., Lohmann, A., Berger, M. & Härter, M. (2002). Barrieren und Unterstützungsbedarf in der hausärztlichen Versorgung depressiver Patienten. *Z Ärztl Fortbild Qualitatssich*, *96* (9), S. 605-613.

Blohm, M. & Diehl, C. (2001). Wenn Migranten Migranten befragen. Zum Teilnahmeverhalten von Einwanderern bei Bevölkerungsumfragen. *Zeitschrift für Soziologie*, *30*, S. 223-242.

Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: perspective and method*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Breckler, S. J. & Greenwald, A. G. (1986). Motivational facets of the self. In: Sorrentino, R. M. & Higgins, E. T. (Hrsg.). *Handbook of motivation and cognition*. Chichester: Wiley.

Britten, N. (1994). Patients' ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population. *Br J Gen Pract*, *44 (387)*, S. 465-468.

Britten, N. (1997). From compliance to concordance. Achieving shared goals in medicine taking. Summary. Introduction. In: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (Hrsg.). *From compliance to concordance: towards shared goals in medicine taking*. London: RPSGB.

Britten, N., Campbell, R., Pope, C., Donovan, J., Morgan, M. & Pill, R. (2002). Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. *J Health Serv Res Policy*, *7 (4)*, S. 209-215.

Britten, N., Riley, R. & Morgan, M. (2010). Resisting psychotropic medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine-taking. *Advances in Psychiatric Treatment, 16*, S. 207-218.

Brown, C., Dunbar-Jacob, J., Palenchar, D. R., Kelleher, K. J., Bruehlman, R. D., Sereika, S. & Thase, M. E. (2001). Primary care patients' personal illness models for depression: a preliminary investigation. *Fam Pract*, *18 (3)*, S. 314-320.

Bschor, T. & Adli, M. (2008). Therapie depressiver Erkrankungen. *Dtsch Arztebl Int*, *105 (45)*, S. 782-792.

Brähler, E., Petermann, F. & Rief, W. (2010). Psychotherapie und Migration. *Z. Psychiatr., Psychol. Psychother.*, *58 (3)*, S. 161-163.

Bury, M. (2001). Illness narratives: fact or fiction? *Sociology of Health and Illness*, *23 (3)*, S. 263-285.

Cave, A. (1995). Physicians and immigrant patients. Cross-cultural communication. *Can Fam Phys*, *41*, S. 1685-1690.

Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*, *44 (5)*, S. 681-692.

Cohn-Bendit, D. & Schmid, T. (1993). *Heimat Babylon. Das Wagnis der multikulturellen Demokratie*. Hamburg: Hoffmann und Campe.

Conrad, P. (1985). The meaning of medications: another look at compliance. *Soc Sci Med*, *20 (1)*, S. 29-37.

Cox, K., Britten, N., Hooper, R. & White, P. (2007). Patients' involvement in decisions about medicines: GPs' perceptions of their preferences. *Br J Gen Pract*, 57 *(543)*, S. 777-784.

Cropley, A. J. (Hrsg.) (1994). *Probleme der Zuwanderung*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Culpepper, L. (2002). The active management of depression. *J Fam Pract*, *51*, S. 769-776.

Collatz, J. (1998). Kernprobleme in der Versorgung des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David, M., Borde, T. & Kentenich, H. (Hrsg.). *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 33-58.

Cooley, Ch. H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Scribner.

Davis, F. (1963). Passage through crisis. Polio victims and their families. Indianapolis: Bobbs Merrill.

Demyttenaere, K. (1997). Compliance during treatment with antidepressants. *J Affect Disord 43 (1)*, S. 27-39.

Demyttenaere, K. & Haddad, P. (2000). Compliance with antidepressant therapy and antidepressant discontinuation symptoms. *Acta Psychiatr Scand Suppl.: 403*, S. 50-56.

Dietzel-Papakyriakou, M. (1993). Altern in der Migration. Die Arbeitsmigranten vor dem Dilemma: zurückkehren oder bleiben? Stuttgart: Enke.

Dietzel-Papakyriakou, M. (2005). Potentiale älterer Migranten und Migrantinnen. *Z Gerontol Geriatr*, *38 (6)*, S. 396-406.

Ernst, G. (2000). The myth of the „Mediterranean Syndrome": do immigrants feel different pain? *Ethn Health*, *5 (2)*, S. 121-126.

Escobar, J. I. (1995). Transcultural aspects of dissociative and somatoform disorders. *Psychiatr Clin North Am*, *18*, S. 555-569.

Finkler K. (1985). *Spiritualist healers in Mexico*. South Hadley, Mass.: Bergin and Garvey.

Flick, U. (1995). Qualitative Forschung - Theorien, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek: Rowohlt.

Flick, U. (2005). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 4. Aufl. Reinbek: Rowohlt.

Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller. Body, illness, and ethics*. Chicago, London: University of Chicago Press.

Frey, H.-P. & Haußer., K. (1987). Entwicklungslinien sozialwissenschaftlicher Identitätsforschung. In: Frey, H.-P. & Haußer., K. (Hrsg.) *Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung*. Stuttgart: Enke, S. 3-26.

Friebertshäuser, B. (1992). Übergangsphase Studienbeginn. Eine Feldstudie über Riten der Initiation in eine studentische Fachkultur. Weinheim, München: Juventa.

Friemel, S., Bernert, S., Angermeyer, M. & König, H. (2005). Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. *Psychiatr Prax*, *32*, S. 113-121.

Gasquet, I. (2001). Determinants de l'observance therapeutique des antidépresseurs. *Encephale*, *27 (1)*, S. 83-91.

Garro, L. C. (1994). Narrative representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the temporomandibular joint (TMJ). *Soc Sci Med, 38 (6)*, S. 775-88.

Geddes, J. (2003). Prodromal symptoms may be identified by people with bipolar or unipolar depression. *Evid Based Ment Health*, *6 (4)*, S. 105.

Geddes, J., Butler, R., Hatcher, S., Cipriani, A., Price, J., Carney, S. et al. (2006). Depression in adults. *Clin Evid*, *(15)*, S. 1366-1406.

Gerhardt, U. (1984). Typenkonstruktionen bei Patientenkarrieren. In: Kohli, M. & Robert, G. (Hrsg.). *Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven*. Stuttgart: Metzler, S. 53-77.

Gerhardt, U. (1986). Patientenkarrieren: eine medizinsoziologische Studie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Gerhardt, U. (2001). Idealtypus: zur methodologischen Begründung der modernen Soziologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Giddens, A. (1988). Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung. Frankfurt a. M., New York: Campus.

Glaeske, G. (2000). Weniger wäre mehr. Mittel gegen die Traurigkeit als Gewinner bei den Psycho-Pillen, *Dr. med. Mabuse*, *123*, S. 44-47.

Glaesmer, H., Wittig, U., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R. & Rief, W. (2009). Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, *36*, S. 16–22.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber. [Orig. 1967. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New York: de Gruyter].

Glier, B., Tietz, G. & Rodewig, K. (1998). Stationäre psychosomatische Rehabilitaion für Migranten aus der Türkei. In: David, M., Borde, T. & Kentenich, H. (Hrsg.). *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 189-206.

Goffman, E. (1973). Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Goffman, E. (1975). Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Goldberg, D. P. & Bridges, K. (1988). Invited review somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *J Psychosom Res*, *32*, S. 137-144.

Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality an experience. An anthropological perspective*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.

Graubner, B. (2006): ICD-10-GM Systematisches Verzeichnis. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Version 2007. Köln: Dt. Ärzte-Verlag.

Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Hrsg.). *Handbook of qualitative research*. London: Sage, S. 105-117.

Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, *18*, *No. 1*, S. 59–82.

Habermann, M. (1993) Das Kulturgebundene Syndrom: Einige Überlegungen zu theoretischen und praxisbezogenen Implikationen des Begriffs. In Medizin und Kultur: Eine Propädeutik für Studierende der Medizin und Ethnologie mit vier Seminaren in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie (KMA). Dorothea Sich; H.J. Diesfeld; A. Deigner und M. Habermann. Medizin in Entwicklungsländern Bd.34. Frankfurt am Main, Peter Lang Verlag.

Harmsen, J. A., Bernsen, R. M., Meeuwesen, L., Pinto, D. & Bruijnzeels, M. A. (2006). Cultural dissimilarities in general practice: development and validation of a patient's cultural background scale. *J Immigr Minor Health*, *8 (2)*, S. 115-124.

Harmsen, J. A., Bernsen, R. M., Meeuwesen, L., Pinto, D. & Bruijnzeels, M. A. (2005). Assessment of mutual understanding of physician patient encounters: development and validation of a Mutual Understanding Scale (MUS) in a multicultural general practice setting. *Patient Educ Couns*, *59 (2)*, S. 171-181.

Harmsen, H., Meeuwesen, L., van Wieringen, J., Bernsen, R. & Bruijnzeels M. A. (2003). When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient Educ Couns*, *(2)*, S. 99-106.

Haußer, K. (1995). *Identitätspsychologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Heizmann, Silvia (2003). "Ihretwegen bin ich invalide!" – Einige methodologische Reflexionen über die Grenzen verbaler Datengewinnung und Datenauswertung und der Versuch, aus dem Erkenntnispotential ethnopsychoanalytischer Konzepte zu schöpfen [79 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Social Research*, *4(2)*, *Art. 31*, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0302315.

Helman, C. G. (1981). 'Tonic', 'fuel' and 'food': Social and symbolic aspects of the long-term use of psychotropic drugs. *Social Science and Medicine*, *15B*, S. 521-533.

Herbert, U. (2001). Geschichte der Ausländerpolitik in Deutschland: *Saisonarbeiter, Zwangsarbeiter, Gastarbeiter, Flüchtlinge*. München: C. H. Beck.

Herkner, W. (1991). *Sozialpsychologie*. Bern: Huber.

Hillmann, F. (1996). Jenseits der Kontinente - Migrationsstrategien von Frauen nach Europa. (= Stadt, Raum und Gesellschaft, Bd. 3). Pfaffenweiler: Centaurus. Zugl.: Freiburg i. Br.: Univ. Diss. (1994).

Himmel, W., Rogausch, A. & Kochen, M. M. (2004). Principles of patient management. In: Jones, R., Britten, N., Culpepper, L. et al. (Hrsg.). *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Oxford, New York: Oxford University Press, S. 227-230.

Hirschfeld, R. M., Keller, M. B., Panico, S., Arons, B.S., Barlow, D., Davidoff, F., Endicott, J., Froom, J., Goldstein, M., Gorman J. M., Marek, R. G., Maurer, T. A., Meyer, R., Phillips, K., Ross, J., Schwenk, T. L., Sharfstein, S. S., Thase, M. E. & Wyatt, R. J. (1997). The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA, 277 (4)*, S. 333-340.

Hochschild, A. R. (1979). Emotion work, feeling rules and social structure. *American Journal of Sociology*, *85: 3*, S. 551-575.

Hughes, E. C. (1958). *Men and their Work*. Glencoe, Ill: Free Press.

Janssen, C. (2001). Soziale Schicht und „Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen“ (Health Locus of Control). In: Mielck, A. & Bloomfield, K. (Hrsg.): *Sozial-Epidemiologie – Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim & München: Juventa, S. 184-195.

James, W. (1890). *Principles of Psychology*, Bd. 1. New York: Holt.

Kapmeyer (Hernández), A., Meyer, C., Kochen, M. M. & Himmel, W. (2006). Doctors' strategies in prescribing drugs: the case of mood-modifying medicines. *Fam Pract*, *23 (1)*, S. 73-79.

Kappler, J., Menges, C., Ferbert, A. & Ebel, H. (1994). Schwere Spätdystonie nach "Neuroleptikaanxiolyse" mit Fluspirilen. *Nervenarzt, 65 (1)*, S. 66-68.

Karasz, A. (2005). Cultural differences in conceptual models of depression. *Soc Sci Med*, 60(7), S. 1625-1635.

Karp, D. A. (1993). Taking anti-depressant medications: Resistance, trail commitment, conversion, disenchantment. *Qualitative Sociology*, *16 (4)*, S. 337-359. http://www.brown.uk.com/brownlibrary/KARP.html

Karp, D. A. (1996). The meanings of medication. In: Karp, D. A. (Hrsg.). *Speaking of sadness. Depression, disconnection, and the meanings of illness*. Oxford: Oxford University Press, S. 78-103.

Karrer, C., Turtschi, R. & Le Breton Baumgartner, M. (1996). *Entschieden im Abseits. Frauen in der Migration*. Zürich: Limmat Verlag.

Katon, W. & Schulberg, H. (1992). Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*, *14 (4)*, S. 237-247.

Kelle, U. & Kluge, S. (1999). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske + Budrich.

Kelman, H. (1958). Compliance, identification, and internalization: Three processes of attitude change. *Journal of Conflict Resolution*, *1*, S. 51-60.

Kerek-Bodden, H., Koch, H., Brenner, G. & Flatten, G. (2000). Diagnosespektrum und Behandlungsaufwand des allgemeinärztlichen Patientenklientels. Ergebnisse des ADT-Panels des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich*, 94, S. 21–30.

Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., Wang, P., Wells, K. B. & Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med*, *16*, *352 (24)*, S. 2515-2523.

Kielhorn, R. (1998). Ausländische Patienten. In: Kochen, M. M. (Hrsg.). *Allgemein- und Familienmedizin*. *2. Aufl*. Stuttgart: Hippokrates Verlag, S. 255-264.

Kirmayer, L. J. & Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosom Med*, *60*, S. 420-430.

Kleinman, A. (1977) Depression, Somatization and the new cross-cultural Psychiatry. *Soc Sci Med 11*, S. 3-10.

Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, illness and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med*, *99*, S. 251-258.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A. (1985). Culture and Depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A. (1986). Social origins of distress and disease: Depression, neurasthenia, and pain in modern China. New Haven: Yale University Press.

Kleinman, A. (1988). The illness narrative. Suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books.

Knudsen, P., Hansen, E. H., Traulsen, J. M. & Eskildsen, K. (2002). Changes in self-concept while using SSRI antidepressants. *Qual Health Res*, 12 (7), S. 932-944.

Kompetenznetz Depression (2011). *Suizidalität*: www.kompetenznetz-depression.de, abgerufen am 12.06.2011.

Kraepplin, E. (1904). Vergleichende Psychiatrie. *Cbl. Nervenheilk. Psychiat*, *27*, S. 433-437.

Kramer, P. (1993). Listening to prozac: the landmark book about antidepressants and the remaking of the self. New York: Viking.

Krause, N. & Goldenhar, L. M. (1992). Acculturation and psychological distress in three groups of elderly Hispanics. *J Gerontol*, *47*, S. 279-288.

Kroeger, A., Koen, E., Weber, W. & Streich, K. (1986). *Der Umgang mit Krankheit in türkischen und deutschen Arbeitnehmerfamilien*. Heidelberg. Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen der Universität.

Kruse, J., Heckrath, C., Schmitz, N., Alberti, L. & Tress, W. (1999). Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychisch Kranker. Ergebnisse einer Feldstudie. *Psychother Psychosom med Psychol*, *49*, S. 14-22.

Lamnek, S. (1995). Beispiel für eine inhaltlich-reduktive Auswertung. In: Lamnek, S. (Hrsg.). *Qualitative Sozialforschung. Methoden und Techniken*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union, S. 110-124.

Leyer, E. (1991). Migration, Kulturkonflikt und Krankheit: Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Leventhal, H., Safer, M. A. & Panagis, D. M. (1983). The impact of communications on the self-regulation of health beliefs, decisions, and behavior. *Health Educ Q*, *10 (1),* S. 3-29.

Leventhal, H. & Diefenbach, M. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, *16 (2)*, S. 143-163.

Linde, K., Berner, M., Egger, M. & Mulrow, C. (2005). St. John's wort for depression: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*, *186*, S. 99-107.

Linden, M. & Gothe, H. (1993). Benzodiazepine substitution in medical practice. Analysis of pharmacoepidemiologic data based on expert interviews. *Pharmacopsychiatry*, *26 (4)*, S. 107-113.

Lohauß, P. (1995): *Moderne Identität und Gesellschaft*. *Theorien und Konzepte*. Opladen: Leske + Budrich.

Lohse, M. (2001). Psychopharmaka. In: Schwabe, U. & Paffrath, D. (Hrsg.). *Arzneiverordnungsreport 2001. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Berlin: Springer, S. 562-589.

Lohse, M. J., Lorenzen, A. & Müller-Oerlinghausen, B. (2006). Psychopharmaka. In: Schwabe, U. & Paffrath, D. (Hrsg.). *Arzneiverordnungsreport 2006. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Berlin: Springer, S. 819-886.

Lohse, M. J. & Müller-Oerlinghausen, B. (2010) Psychopharmaka. In: Schwabe, U. & Paffrath, D. (Hrsg.). *Arzneiverordnungs-Report 2010. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Berlin: Springer, S. 797-842.

Luppa M., Heinrich, S., Angermeyer, M. C., König, H. H. & Riedel-Heller, S. G. (2006). Cost-of-illness studies of depression. A systematic review. *J Affect Disord*, *98 (1-2)*, S. 29-42.

Lutz, C. (1985). Depression and the translation of emotional worlds. In: Kleinman, A., Good, B. (Hrsg.). *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press, S. 63-100.

MacDonald, T. M., McMahon, A. D., Reid, I. C., Fenton, G. W. & McDevitt, D. G. (1996). Antidepressant drug use in primary care: a record linkage study in Tayside, Scotland. *BMJ, 313 (7061)*, S. 860-861.

Malpass, A., Shaw, A., Sharp, D., Walter, F., Feder, G., Ridd, M. & Kessler D. (2009). "Medication career" or "moral career"? The two sides of managing antidepressants: a meta-ethnography of patients' experience of antidepressants. *Soc Sci Med*, *68 (1)*, S. 154-168.

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, *358 (9280)*, S. 483-488.

Marcos, L. R. & Cancero, R. (1982). Pharmacotherapy of Hispanic depressed patients: clinical observations. *Am J Psychother*, *36*, S. 505-512.

Mahtani Chugani, V. (2010). Estudio cualitativo sobre la percepción del beneficio y del riesgo de ansiolíticos y antidepresivos en los usuarios. Unveröffentlichte Dissertation. University of La Laguna, Teneriffa, Spanien.

Matalon, A., Nahmani, T., Rabin, S., Maoz, B. & Hart, J. (2002). A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders: description of the model, patient characteristics and their use of medical resources. *Fam Pract*, *19*, S. 251-256.

Maurer, C. (1999). Pharmakotherapie in der Hausarztpraxis. Wichtiger Baustein für die seelische Gesundung. *Hausarzt*, *17*, S. 26-32.

Mazza, E. (Hrsg.) (2002). *"Und du hast keine Ruhe dort und keine Ruhe da": Bericht über das Studien- und Praxisprojekt, Lebenserfahrungen und Biographien von Migrantinnen der ersten Generation*. (= *Schriftenreihe Wissenschaft und Technik 84*). Darmstadt: TU Darmstadt.

Mays, N. & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ*, *320 (7226)*, S. 50-52.

Mead, G. H. (1968). Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. 10. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Meeuwesen, L., Harmsen, J. A., Bernsen, R. M. & Bruijnzeels, M. A. (2006). Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Soc Sci Med*, *63(9)*, S. 2407-2417.

Mewes, R., Rief, W., Martin, A., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2010). Somatoforme Symptome, Angst und Depression bei Migranten aus der Türkei, aus Osteuropa und aus der ehemaligen Sowjetunion. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *58*, S. 165–171.

Meyer, C. (2005). *Stimmungsverändernde Medikamente aus Sicht von Arzt und Patient*. Dissertation. Georg-August-Universität Göttingen.

Mohammadzadeh, Z. & Tempel, G. (2005). Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen: Demografische Struktur, soziale Lage und gesundheitliche Situation *Gesundheitswesen*, *67 (12)*, S. 832-839.

Muhr, Th. (1996). Textinterpretation und Theorieentwicklung mit Atlas/ti. In: Bos, W. & Tarnai, C. (Hrsg.). *Computerunterstützte Inhaltsanalyse in den empirischen Sozialwissenschaften: Theorie, Anwendung, Software*. Münster: Waxmann.

Muhr, T. (2004). User's Manual for ATLAS.ti 5.0. Visual qualitative data analysis management model building. Berlin: Scientific Software Development.

Münz, R., Seifert, W. & Ulrich, R. (1999). *Zuwanderung nach Deutschland. Strukturen, Wirkungen, Perspektiven*. Frankfurt a. M., New York: Campus.

Murray, E., Charles, C. & Gafni, A. (2006) Shared decision-making in primary care: tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. *Patient Educ Couns*, *62 (2)*, S. 205-211. Epub 31.08.2005.

Noblit, G. W. & Hare, R. D. (1988). *Meta-Ethnography. Synthesizing qualitative studies*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.

Oswald, Anne von (2002). ‚Stippvisiten' in der ‚Autostadt': Volkswagen, Wolfsburg und die italienischen ‚Gastarbeiter' 1962-1975. In: Bade, Klaus (Hrsg.): *Zuwanderung und Integration in Niedersachsen seit dem Zweiten Weltkrieg*. Begleitband zur Ausstellung „*Hiergeblieben. Zuwanderung und Integration in Niedersachsen von 1945 bis heute.*“. Osnabrück, S. 225-252.

Özcan, V. & Seifert, W. (2006). Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): *Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung*, *Band 6*. Münster: Lit Verlag.

Ogden, J. (1999). 'You're depressed', 'no I'm not': GPs' and patients' different models of depression. *Br J Gen Pract*, *49 (439)*, S. 123-124.

Payer, L. (1989). Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande. Frankfurt a. M.: Campus.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation methods*. Zweite Auflage. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Perez-Moldes, B. & Wietert-Wehkamp, H. (1992). Altwerden in der Fremde. In: *Jahrbuch des deutschen Caritasverbandes*. Freiburg, Br.: Caritasverband, S. 131-134.

Pfeiffer, W. M. (1984). Transkulturelle Aspekte der Migration. *Nervenheilkunde*, *3*, S. 14-17.

Pfeiffer, W. M. (1992). Probleme der Arbeitsmigration aus psychotherapeutischer Sicht. *Interkulturell*, *1/2*, S. 113-126.

Pfleiderer, B. (1991). The development of change of health research among migrant workers in West-Germany: Ideologies and practice between 1956 and 1986. In: Pfleiderer, B. & Bibeau, G. (Hrsg.). *Anthropologies of medicine. A colloquium on West European and North American perspectives*. Braunschweig: Vieweg & Sohn Verlagsgesellschaft, S. 105-118.

Philipp, M., Kohnen, R. & Hiller, K.-O. (1999). Hypericum extract versus imipramine or placebo in patients with moderate depression: randomised multicentre study of treatment for eight weeks. *BMJ*, *319*, S. 1534-1539.

Platta, H. (1998). Identitäts-Ideen: Zur gesellschaftlichen Vernichtung unseres Selbstbewusstseins. Gießen: Psychosozial-Verlag, Kap. 2, S. 55-65; Kap. 7, S. 215-9.

Pound, P., Britten, N., Morgan, M., Yardley, L., Pope, C., Daker-White, G. & Campbell, R. (2005). Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Soc Sci Med*, *61 (1)*, S.133-155. Epub 26.01.2005.

Richards, H. & Emslie, C. (2000). The 'doctor' or the 'girl from the University'? Considering the influence of professional roles on qualitative interviewing. *Fam Pract*, *17(1)*, S. 71-75.

Ricker, K. (2000). Migration, Sprache und Identität: Eine biographieanalytische Studie zu Migrationsprozessen von Französinnen in Deutschland. Bremen: Donat.

Ricker, K. (2003). Migration, Biographie, Identität. Der biographische Ansatz in der Migrationsforschung. In: Badawia, T., Hamburger, F. & Hummrich, M. (Hrsg.). *Wider die Ethnisierung einer Generation. Beiträge zur qualitativen Migrationsforschung*. [Tagung zur qualitativen Migrationsforschung, Mainz 2002]. Frankfurt a. M., London: IKO-Verlag für Interkulturelle Kommunikation, S. 53-65.

Riemann, G. & Schütze, F. (1991). ‘Trajectory’ as a basic theoretical concept for suffering and disorderly social processes. In: Maines, D. R. (Hrsg.). *Social organisation and social process. Essays in honor of Anselm Strauss*. New York: Aldine de Gruyter, S. 333-357.

Riesgo, A. (2003). Bund spanischer Elternvereine in der BRD. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.). Tagungsdokumentation: *Migranten sind aktiv. Zum gesellschaftlichen Engagement von Migrantinnen und Migranten*. Berlin und Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei.

Ritenbaugh, Cheryl (1982) Obesity as a Culture-Bound Syndrome. In Culture, Medicine and Psychiatry 6: 347-361.

Roth, J. A. (1963). *Timetables: structuring the passage of time in hospital treatment and other careers*. New York: Macmillan.

Rotter, J. B. (1982). The development and applications of social learning theory. New York: Praeger.

Rupp, A. (1995). The economic consequences of not treating depression. *Br J Psychiatry Suppl*, *27*, S. 29-33.

Saß, H. (2003): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Textrevision. DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.

Sawahn, A. (1999). Carmen in der Keksfabrik. Spanische Gastarbeiterinnen in Barsinghausen. In: Ehrich, K. & Schröder, C. (Hrsg.). *Adlige, Arbeiterinnen und... Frauenleben in Stadt und Region Hannover vom 17. bis zum 20. Jahrhundert*. Bielefeld: Verlag für Regionalgeschichte, S. 261-283.

Schenk, L. (2002). Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Gesundheitssurvey. *Gesundheitswesen*, *64*, *Sonderheft 1*, S. 59-68.

Schenk, L. & Neuhauser, H. (2005). Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. In: *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*, *48*, S. 279-286.

Schopf, C. & Naegele, G. (2005). Alter und Migration — ein Überblick. *Z Gerontol Geriatr*, *38 (6)*, S. 384-395.

Schouten, B. C. & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Educ Couns, 64 (1-3)*, S. 21-34.

Schütz, A. (1962). Collected papers I: The problem of social reality. Den Haag: Nijhoff.

Schütz, A. & Luckmann, T. (1979). *Strukturen der Lebenswelt*, Bd. 1. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Schütze, F. (1981). Prozeßstrukturen des Lebensablaufs. In: Matthes, J., Pfeiffenberger, A. & Stosberg, M. (Hrsg.). *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive*. Nürnberg: Verlag der Nürnberger Forschungsvereinigung e.V., S. 67-156.

Sclar, D. A., Robinson, L. M., Skaer, T. L. & Galin, R. S. (1998). What factors influence the prescribing of antidepressant pharmacotherapy? An assessment of national office-based encounters. *Int J Psychiatry Med*, *28*, S. 407-419.

Segal, J. Z. (2007). “Compliance" to "concordance": a critical view. *Med Humanit*, *28 (2)*, S. 81-96.

Seifert, W. (2000). Geschlossene Grenzen – offene Gesellschaften? Migrations- und Integrationsprozesse in westlichen Industrienationen. Frankfurt a. M., New York: Campus.

Seligman, M. E. (1999). *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Beltz.

Sich, D., Diesfeld, H. J., Deigner, A. & Habermann, M. (Hrsg.) (1993). Medizin und Kultur. Eine Propädeutik für Studierende der Medizin und der Ethnologie mit 4 Seminaren in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie (KMA). Frankfurt a. M.: Peter Lang.

Silagy, C. A. & Carson, N. E. (1989): Factors affecting the level of interest and activity in primary care research among general practitioners. *Fam Pract*, *6*, S. 173-176.

Sleath, B., Svarstad, B. & Roter, D. (1998). Patient race and psychotropic prescribing during medical encounters. *Patient Educ Couns*, *3*, S. 227-238.

Skinhoj, K. T., Larsson, S., Helweg-Joergensen, S. & Hansen, E. H. (2001). Experiences of long-term tranquillizer use: a psychodynamic perspective. *Subst Use Misuse*, *36 (9-10)*, S. 1165-1186.

Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J. & Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ*, *9 (2)*, S. 87-98.

Stamm, K., Reinhard, I. & Salize, H. J. (2010). Kosten und Kostenverläufe von Versicherten mit Depressionsdiagnose und ohne psychische Störung im Vergleich: eine Sekundäranalyse von Routinedaten einer Betriebskrankenkasse. *Neuropsychiatr*, *24 (2)*, S. 99-107.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006). *Leben in Deutschland – Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Wiesbaden: Eigenverlag.

Steinke, I. (1999). Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung. Weinheim: Juventa.

Stevenson, F. A. (2003). General practitioners' views on shared decision making: a qualitative analysis. *Patient Educ Couns*, *50 (3)*, S. 291-293.

Stevenson, F. A. (2004). Images of nature in relation to mood modifying medicines: a user perspective. *Health*, *8 (2)*, S. 241-262.

Stevenson, F. A., Barry, C. A., Britten, N., Barber, N. & Bradley, C. P. (2000). Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Soc Sci Med*, *50 (6)*, S. 829-840.

Stevenson, F. & Knudsen, P. (2008). Discourses of agency and the search for the authentic self: the case of mood-modifying medicines. *Soc Sci Med*, *66 (1)*, S. 170-181. Epub 2007 Okt 1.

Strauss, A. L. (1991). Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung. München: Fink.

Strauss, A. L. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory*: *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.

Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1998). Introduction to qualitative research methods: a guidebook and resource. New York: Wiley.

Theilen, I. (1986). Der Einfluss des Islam auf Leiden und Krankheitsverhalten türkischer Menschen in der Bundesrepublik. In: Hesse, G., Meyer, R. & Pasero, U. (Hrsg.). *Krank in der Fremde*. *Eine Tagung der Evangelischen Akademie vom 1.-3. November 1983*. [Evangelische Akademie Nordelbien (Dokumentationen 11]. Bad Segeberg, Hamburg, S.106-131.

Thränhardt, D. (1984). Ausländer als Objekt deutscher Interessen und Ideologien. In: Griese H. (Hrsg.). *Der gläserne Fremde - Bilanz und Kritik der Gastarbeiterforschung und der Ausländerpädagogik*. Opladen: Leske + Budrich.

Thränhardt, D. (2005): Spanische Einwanderer schaffen Bildungskapital: Selbsthilfe-Netzwerke und Integrationserfolg in Europa. In: Weiss, K. & Thränhardt, D. (Hrsg.). *SelbstHilfe. Wie Migranten Netzwerke knüpfen und soziales Kapital schaffen*. Freiburg im Breisgau, S. 93-111.

Topsever, P., Schwantes, U. & Herrmann, M. (2006). Ausländische Patienten. In: Kochen, M. M. (Hrsg.). *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. Stuttgart: Thieme, S. 152-160.

Treibel, A. (1990). Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht. 2. Aufl. Weinheim, München: Juventa.

Tress, W., Kruse, J., Heckrath, C., Schmitz, N. & Alberti, L. (1999). Die Versorgung psychisch Kranker in hausärztlichen Praxen. In: Badura, B. & Siegrist, J. (Hrsg.). *Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse*. Weinheim: Juventa, S. 325-338.

Trostle, J. (1988). Doctors' orders and patients' self-interest: two views of medication usage? *Epilepsy Res 1988, 1 (Suppl)*, S. 57-69.

Truschkat, I., Kaiser, M. & Reinartz, V. (2005). Forschen nach Rezept? Anregungen zum praktischen Umgang mit der Grounded Theory in Qualifikationsarbeiten [48 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Social Research*, *6 (2)*, Art. 22, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502221.

Twaddle, A. C. & Hessler, R. M. (1977). *A sociology of health*. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.

Twaddle, A. C. (1979) *Sickness behaviour and the sick role*. Boston: G. K. Hall, S. 129-157.

Ulrich, R. (1998). Grau oder bunt? Zuwanderungen und Deutschlands Bevölkerung im Jahre 2030. In: David, M., Borde, T. & Kentenich, H. (Hrsg.). *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 17-27.

Ustün, T. B., Sartorius, N. (Hrsg.). (1995). *Mental illness in general health care: an international study*. London: Wiley.

Vermeire, E., Hearnshaw, H., van Royen, P. & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*, *26 (5)*, S. 331-342.

Walsh, B. T., Seidman, S. N., Sysko, R. & Gould, M. (2002). Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing. *JAMA*, *287 (14)*, S. 1840-1847.

Weed, Mike (2005). "Meta Interpretation": A method for the interpretive synthesis of qualitative research [53 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Social Research*, *6 (1)*, Art. 37, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0501375.

Westermilies, I. (2004). *Ärztliche Handlungsstrategien im Umgang mit ausländischen Patienten: medizinisch-ethische Aspekte* (= Vol. 18, Ethik in der Praxis: Studien). Münster: Lit.

Whittington, C. J., Kendall, T., Fonagy, P., Cottrell, D., Cotgrove, A. & Boddington, E. (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet*, *363 (9418)*, S. 1341-1345.

Williams, J. W. Jr., Mulrow, C. D., Chiquette, E., Noel, P. H., Aguilar, C. & Cornell, J. (2000). A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary. *Ann Intern Med 132 (9)*, S. 743-756.

Winter, S., Wittchen, H. U. & Höfler, M. (2000). Hausärztliche Interventionen und Verschreibungsverhalten bei Depressionen. *Fortschritte der Medizin*, *118 (suppl. I)*, S. 31–39.

Witzel, A. (1989). Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hrsg.). *Qualitative Forschung in der Psychologie*. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. 2. Auflage. Heidelberg: Asanger.

Witt, H. (2001). Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research* (Online-Journal), 2(1). Verfügbar über: http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-01/1-01witt-d.htm [Datum des Zugriffs: Tag, Monat, Jahr].

Zarifoglu, F. (1991). Soziokulturelle und migrationsspezifische Aspekte von psychischen Erkrankungen bei Migranten aus dem nahen und mittleren Osten. Ethno-Medizinisches Zentrum (Hrsg.). Vortrag zur Thematik: "Krankheitsverständnis ethnisch-kultureller Minderheiten". Hannover, S. 1-14.

Zeeb, H. & Razum, O. (1999). Analytisch-epidemiologische Studien unter Migranten in Deutschland: Planung und Design. *Sozial- und Präventivmedizin*, *44*, S. 152-159.

Zeeb, H. & Razum, O. (2006). Epidemiological research on migrant health in Germany. An overview. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*, *49 (9)*, S. 845-852.

Zentrum für Türkeistudien (ZfT) 1995

Zentrum für Türkeistudien. Migration und Emanzipation. Türkische Frauen in Nordrhein-Westfalen. Opladen: 2007.

Zimmermann, E. (1981). Kulturspezifische Deutungsmuster psychischer und somatischer Erkrankungen bei süditalienischen Migranten in der Bundesrepublik. *Ausländerkinder*, *7*, S. 30-45.

Zimmermann, E. (1983). Magische Krankheitsvorstellungen ausländischer Eltern als Problem in der Pädiatrie. *Kinderarzt*, *14*, S. 1113-1120.

9 Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
hrsg.	v. herausgegeben von
MAO-Hemmer	Monoaminooxidase-Hemmer
s.	siehe
s.a.	siehe auch
s.o.	siehe oben
SSRI	Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
TCA	tricyclisches Antidepressivum
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z.B.	zum Beispiel

10 Transkriptionsnotationen (Ricker 2000, S. 353)

1. Pausenkennzeichnung

- -	kurze Pause
- - -	mittlere Pause
((6 sek.))	lange Pause mit Angabe von Sekunden

2. Weitere Kennzeichnungen

.	Fallende Intonation zur markierung eines Satzendes
?	Frageintonation
<u>Wort</u>	Betonung oder besonders deutliche Artikulation eines Wortes
sooo	Verdopplung oder Verdreifachung in Abhängigkeit zu der Wortdehnung
(…)	unverständliche Textteile
Abbru_	Markierung eines Wortabbruchs
Äh, hm	gefüllte Pause durchentsprechedne Phoneme

3. Nicht-phonologische akustische Merkmale

da hab ich /vier Geschwister (lachend)	Notierung einer kommentierten Passage und in Klammern gesetzte Beschreibung der Erscheinung

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verordnungen von Antidepressiva 1990 bis 2009 (Lohse 2001, S. 579, Lohse 2010, S. 26

Abbildung 2: Rekrutierungswege 44

Abbildung 3: Zirkulärer Forschungsablauf (Witt 2001) 46

Abbildung 4: Atlas.ti V5.0© 52

Abbildung 5: Definieren und Kommentieren von Kodes 52

Abbildung 6: Sortierfunktion 53

Abbildung 7: Gruppenbildung 53

Abbildung 8: Netzwerke 54

Abbildung 9: Definieren und Kommentieren in Memos 54

Abbildung 10: Ankerfall nebst Randfällen zu: dem stimmungsverändernden Medikament wenig Macht/Wirkung beimessen. 105

Abbildung 11: Ankerfall nebst Randfällen zu: Die Wirkung des stimmungsverändernden Medikaments selbst kontrollieren können (selbstregulatives Verhalten.) 115

Abbildung 12: Ankerfall und Randfälle zu: Das stimmungsverändernde Medikament bestimmt über den Nutzer. Eine Fremdbestimmung durch das Medikament wird zugelassen. 128

12 Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: SPANISCHE BEVÖLKERUNG (Z. VGL. TÜRKISCHE UND ITALIENISCHE BEVÖLKERUNG) IN DEUTSCHLAND NACH ALTERSGRUPPEN AM 31.12. 2005 12

TABELLE 2: ZU- UND FORTZÜGE SPANISCHER MIGRANTEN IN BZW. AUS DER BUNDESREPUBLIK - ZEITREIHE 1978-2001 (QUELLE: BUNDESAMT FÜR STATISTIK, ZENTRUM FÜR TÜRKEISTUDIEN) 17

TABELLE 3: ANTIDEPRESSIVA 24

TABELLE 4: THEMATISCHES KODIEREN 57

TABELLE 5: DURCH DIE AUTORIN MODIFIZIERTES MODELL DER META-ETHNOGRAPHY 60

TABELLE 6: SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN DER DREI STICHPROBEN 63

TABELLE 7: KONZEPTE ZUR NÄHEREN STICHPROBENBESCHREIBUNG 64

TABELLE 8: EIN STUFENMODELL FÜR DEN BEREICH „*KARRIERE*“ 65

TABELLE 9: KATEGORIEN FÜR DEN BEREICH „*AUTONOMIE*“ (AF=ANKERFALL) 94

TABELLE 10: INHALTLICHE ZUSAMMENFASSUNG DER RANDFÄLLE (ANKERFALL I) 106

TABELLE 11: INHALTLICHE ZUSAMMENFASSUNG DER RANDFÄLLE (ANKERFALL II) 116

TABELLE 12: INHALTLICHE ZUSAMMENFASSUNG DER RANDFÄLLE (ANKERFALL III) 129

TABELLE 13: REAKTIONEN AUF MIT DER ERKRANKUNG VERBUNDENE EINSCHRÄNKUNGEN 133

TABELLE 14: REAKTIONEN AUF EINSCHRÄNKUNGEN - ERGREIFEN DER INITIATIVE (EIN IN ZWEI RICHTUNGEN GEWANDTER PFEIL WEIST AUF GEGENSÄTZLICHES HIN). 135

TABELLE 15: BEHANDLUNGSBEGINN 137

TABELLE 16: VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN 139

TABELLE 17: POSITIVE UND NEGATIVE ERFAHRUNGEN MIT DER MEDIKAMENTENEINNAHME 142

TABELLE 18: EINNAHMESTRATEGIEN 144

TABELLE 19: DARSTELLUNG DER STUFEN DER KLASSISCHEN EINNAHMEKARRIERE UND ZUORDNUNG DER MÖGLICHEN AUTONOMIEENTWICKLUNG IM KONTEXT DER BEHANDLUNG. 155

Anhang

Tabellarische Darstellung der Randfälle (Kap. 5.1.2):

Akteurstypologie 1: Dem stimmungsverändernden Medikament wenig Wirkung/Macht beimessen

Akteurstypologie 2: Die Wirkung des stimmungsverändernden Medikaments selbst kontrollieren können (selbstregulatives Verhalten).

Akteurstypologie 3: Das stimmungsverändernde Medikament scheint über seinen Nutzer zu bestimmen.

Anschreiben Ärzte/*CARITAS*

Anschreiben Patienten

Informed consent Patienten

Interviewleitfaden

Sozio-demographischen Erhebung

Tabelle 20: Vergleich der Randfälle zum Ankerfall I: Dem stimmungsverändernden Medikament wenig Wirkung/Macht beimessen.

In der folgenden Tabelle (Tab.) wird das Interviewmaterial der drei Randfälle (Spalten 2-4) zu den Kernkategorien (Spalte 1) vorgestellt.

	Frau Moreno	Frau Azul	Herr Verde	Frau Amarillo
I	**ICH habe die Macht, Angst vor Macht-, bzw. Kontrollverlust**	Sie bezeichnet sich als Kämpfernatur und möchte die Kontrolle ihres Zustandes nicht an ein stimmungsveränderndes Medikament abgeben. Sie hat sich geweigert, stimmungsverändernde Medikamente einzunehmen oder überhaupt einen Arzt aufzusuchen. Sie ist sehr stolz darauf, die Depression ohne Hilfe von stimmungsverändernden Medikamenten durchlebt zu haben. Sie verdeutlicht, wie wichtig ihr die bewusste Wahrnehmung des Wandels von „*normal*“ zu „*depressiv*“ und zurück zu „*normal*“ ist. P 4: Espana4_Tochter_dt.txt - 4:5 (75:84) (A. Kapmeyer) Codes: [2 Reaktion] [CAR - Seeking strategies to 'repair' normality] [Einstellung zu Medikamenten] [Familie, Freunde] [Familie/Freunde pos.] [keine mmm] [Mutter als Arzt] [normality] T: Und ich habe ja auch keine Medikamente dann genommen und das wurde dann - - ja, dann gab es den absoluten Tiefpunkt, sozusagen. Aber alles ohne Medikamente. Also das_ ich bin_ ich hatte immer nur den Anker: Meine Mutter. Und wenn es ganz schlimm wurde, bin ich zu ihr gegangen und ja, und dann langsam, langsam wurde das dann immer besser. Und dann ist es auf ein Mal wie, als wenn es nie dagewesen wäre, und all diese Ängste, die ich damals so hatte in der Depression, die - - ja, die erschienen mir nachher lächerlich. Wie konnte ich darüber Angst_ davor Angst haben?		Sie nimmt das mmm mit vielen Vorbehalten und hat Angst, die Kontrolle über das mmm zu verlieren und abhängig zu werden. Sie verzichtet deshalb ausdrücklich auf Schlafmittel. Es macht für sie auch keinen Unterschied aus, wenn sie die Tabletten mal vergisst. P 9: Espana9.txt - 9:16 (203:216) (Anja) Codes: [aut Dosisregulation] A: Pues con el cambio la doctora ya no quiso recetarme mas Doxipin cuando me dio el infarto, cogió miedo. Me dijo que no mas. Entonces me mando estas otras Insidron, me parece que mando esas otras; lo que pasa que yo ya me he cambiado a otro médico y ahora me mando estas, y yo ya no quiero para dormir nada, tengo miedo. B: Y como se siente si Usted olvida tomar la pastilla? A: No si es que ahora me están siendo bien estas, si me olvido no pasa nada, por un día que la olvide no siento nada, por un día que lo olvide no noto nada por un día que la olvide. Anstatt Schlaftabletten einzunehmen, zieht sie es vor, lange wach zu blei-

Und ja. Aber ich habe keine Medikamente genommen und, und ich hatte ganz schlimme Schlafstörungen.

Retrospektiv (20 Jahre später) hat sich ihre Einstellung geändert, und sie würde sich u.U. doch Medikamente vom Arzt verordnen lassen.

P 4: Espana4_Tochter_dt.txt - 4:10 (101:107) (Anja)

Codes: [6 Reflektion] [heutzutage]

Nach der Prüfung war das. Heutzutage würde ich überhaupt keine Angst haben davor. Ich würde sofort gehen. Sofort. Ich würde nicht noch Mal das ähm, alles durchmachen (...) das ging ja nicht nur einen Monat. Das ging ja ein paar Monate, bis das wieder weggegangen ist. Da hätten mir Medikamente mir bestimmt sehr gut geholfen, also – nicht so, dass ich das nicht so lange gehabt hätte, ne? Und_

ben bzw. Schlafstörungen in Kauf zu nehmen.

P 9: Espana9.txt - 9:5 (258:260) (Super)

Codes: [an sich arbeiten] [Angst vor Abhängigkeit] [aut Selbsterfahrung] [CAR - Concerns/uncertainties/fears] [Einstellung zuMedikamenten] [internal fight]

Yo al Doxipin le cogi miedo. Me acuesto a las 2 o 3 de la mañana viendo la tele y no trabajo. Pues yo me acuesto cansada y duermo, no quiero pastillas para dormir.

II Autonomie – aktives Handeln

(hier besonders gegenüber Ärzten, weniger im direkten Bezug zu den stimmungsverändernden Medikamenten; selbstregulatives Verhalten)

Als Mittel, um Normalität wiederherzustellen, wählt sie Selbstdisziplin, niemand soll bemerken, dass mit ihr etwas nicht stimmt. Damit und mit der Unterstützung durch ihre Mutter hat sie die Depression überwunden.

P 4: Espana4_Tochter_dt.txt - 4:7 (258:272) (A. Kapmeyer)

Codes: [CAR - Seeking strategies to 'repair' normality] [hat keiner bemerkt] [IDENTITY] [Mutter als Arzt/Anker] [normality] [sich zusammenreißen/Selbstdisziplin] [Zurückweisen von Hilfe]

Memos: [E4 Identität, Transformation & Abenteuerlust]

Aber es hat keiner gemerkt. Auf der Arbeit nicht, und ich bin ja weiter arbeiten gegangen und alles. Keiner hat was gemerkt. Ich habe nicht so diesen typischen Blick gehabt. Ich habe mich zusammengerissen. Ich wollte ja auch, dass es keiner merkt. Nur zuhause habe ich mich gehen lassen und dann auch nur in der Gegenwart meiner Mutter. (...) wollte ich auch nicht, dass der das merkt. Dieses Diszipliniertsein dann, das hat mir eigentlich geholfen. Ich will nicht sagen, dass es zum Nachteil war. Und dass mei-

Er grenzt sich gegenüber Ärzten ab, von denen er sich nicht ausreichend informiert fühlt. Es kommt dabei auch zu Meinungsverschiedenheiten.

P 7: Espana7.txt - 7:23 (245:252) (A. Kapmeyer)

Codes: [aut Bez.] [C Auflehnung]

A: Pero este también era un médico General? B: Pero no me gusto. Porque cuando llegaba, me daba unas tabletas, me daba una inyección y dice: no esto no es nada, esto no es nada y yo llegaba allí y decía Usted tiene que ir a trabajar y yo dije: yo como voy a trabajar si no puedo trabajar. Entonces claro yo me enfade con él, no me enfade ni discutí ni cosa ninguna, no fui mas y fuera, dije, mire no se preocupe que yo aquí no vuelvo y me marche a este.

Sie wechselt ihre Psychologin, nachdem diese keinen Interpreten/Übersetzer bei der Konsultation zugelassen hat.

P 9: Espana9.txt - 9:13 (137:176) (Anja)

Codes: [aut Bez.] [aut Therapeutenwahl] [Ärzte] [C Widerstandspotential]

A: La doctora hablaba mucho conmigo si, mucho, lo que pasa que me cambie de ella porque no dejo entrar a un interprete que lleve yo. B: A donde? A: Un interprete que lleve, yo al cabo de estar ella tratándome por lo menos 1 año y pico me dio a mi por llevar a una señora que se dedica ahí con nosotros, mas que nada para hablar de la renta y esto. Y la doctora se enfado mucho ese día, no dejo entrar a mi interprete, y entonces yo también me lleve un disgusto muy grande y por eso me cambié a ese medico que voy de los nervios. B: Y que

		ne Mutter manchmal auch so hart mit mir umgegangen ist. Hat gesagt_ ich sage: Ich habe nicht geschlafen, mir geht es so schlecht. Ich kann nicht arbeiten. – Du gehst arbeiten. Los. Das sind alles Dummheiten, was du da oben im Kopf hast. Los. Geh los. Und das war gut. Dass sie nicht so drauf eingegangen ist. Und das ist bei_ ich habe auch gedacht, als meine Mutter diese Depression hatte, das wäre das Gleiche. Dass man da nicht so drauf eingeht. Aber das ist nicht immer gut. Das ist ganz individuell bei jedem Menschen.		dice, porque no quería un interprete? A: Porque dice que a mi me llevaba tratando por muchos años y me entendía y me dijo que a su consulta no entraba a nadie mas que yo. Entonces eso a mi no me gusto y por eso me cambie a este otro medico. B: Y cual tipo de médico era, un médico para los nervios? A: Si. Un Psicologo B: Un Psicólogo? Y la señora que no quería el interprete es una Psicóloga también? A: Si, si si. pero no quería que no entrara ella y yo por eso me sentí mal y me cambie a este que estoy ahora. Pero hablaba mucho conmigo, era buena, hablaba mucho conmigo, este habla menos, este habla menos porque claro yo llevo interprete y habla menos, pero este se asegura mucho de que las medicinas que me manda no me hagan daño con lo que estoy tomando. Se asegura mucho. B: La nueva? A: No el doctor nuevo. El nuevo todo lo que me manda, habla menos conmigo pero se asegura mucho de los medicamentos que me manda. Y sin embargo la otra doctora hablaba mucho conmigo, mucho mucho mucho; a mi me gustaba, pero como el otro día no dejó entrar, por eso me cambie a este otro. Ya no se cual es mejor y cual es peor.
III	**Beziehung zum Hausarzt**	Die enge/starke Beziehung zur Mutter scheint die Arzt-Patient-Beziehung zu substituieren (s. II). P 4: Espana4_Tochter_dt.txt - 4:3 (29:38) (A. Kapmeyer) Codes: [2 Reaktion] [aut Therapeutenwahl] [CAR - Lay and family networks] [Familie, Freunde] [Mutter als Arzt] Und meinen Mutter kannte das ja schon. Und da sagt sie: Du musst da durch. Du musst da durch. Ich bin nicht zum Arzt gegangen. Die Mutter war mein Arzt. Und wenn ich_ jedes Mal wenn ich gesagt habe: Ich habe schon wieder nicht geschlafen, ich kann nicht arbeiten so. Da sagt sie: Und du kannst. Ja, und - - so hat sie mich eigentlich durch (...). Wenn ich Ängste hatte, man hat da ja auch Ängste in der Depression, da konnte ich immer mit ihr dar-	Eine gute Arzt-Patient-Beziehung ist ihm so wichtig, dass er dafür auch den Arzt wechselt. Eine Beziehung, in der er sich ausreichend informiert und ernst genommen fühlt, ist ihm wichtiger als das mmm. Heilung scheint eher vom Arzt als vom Medikament bestimmt zu sein; Letzteres erscheint fast zweitrangig. P 7: Espana7.txt - 7:16 (155:173) (A. Kapmeyer)	s. II

über reden und sie hat mich verstanden, weil sie ja selber diese Problematik hatte. Und das hat mich also_ ich wollte in dieser ganzen Zeit wollte ich auch nur mit ihr zusammen sein.

P 4: Espana4_Tochter_dt.txt - 4:6 (96:102) (A. Kapmeyer)

Codes: [Angst vor Stigmatisierung] [aut Bez.] [CAR - Doctors] [Familie, Freunde] [IDENTITY] [normality] [Relation to GP] [sich selbst nicht wiedererkennen]

Memos: [E4 Identität, Transformation & Abenteuerlust]

In dieser_ ich muß dazu sagen, ich wollte auch nicht zu dem_ zu einem Arzt gehen, weil ich habe in dieser Zeit ja komische Sachen gedacht und wirklich und komische Ängste gehabt. Ich hatte Angst davor, dass man sagt, ich bin nicht normal. Ja, dass man mich abstempelt, als dass ich nicht normal bin. Und da war die Angst auch da zum Arzt zu gehen. Damals. Da war ich ja auch 18 Jahre alt. Nach der Prüfung war das.

Codes: [A prozediert] [B Outsider] [C Aushandlungsprozesse]

Yo fui a España también, yo fui a España en el mes de Enero porque yo no estaba conforme, porque yo estoy aquí y hablo en Alemán, pero no lo entiendo perfectamente, entonces yo fui ,cuando fui a los médicos me fui en Enero a España, porque ahora me voy a España y me voy al médico. Y entonces fuí a España al médico y me han dado unas pastillas que ya se han terminado y lo mismo, no me han dicho en concreto lo que yo tenia. A: Tampoco, tampoco en Español? B: Tampoco en español. Ni me han dicho lo que tengo ni aquí tampoco, aquí el único que me dijo que eran nervios fue el médico este, el Dr. Kuffa fue el único que me dijo lo que tenia que eran nervios. Pero otros médicos no me han dicho lo que tenia, mas que medicamentos y medicamentos, que el estomago estaba bien, pero yo tengo dolor aquí y me sale arriba, tomo las pastillas y estoy un poco mejor, pero en concreto no me dicen que tengo. Por eso yo no estaba tranquilo y me he ido a España, pero en España me han dicho lo mismo, no han dicho lo que tenia.

An dieser Stelle wird deutlich, dass nicht sprachliche oder kulturelle Barrieren das eigentliche Problem für Herrn Verde sind, sondern fehlendes Vertrauen in die Kompetenz der Ärzte, die ihm – weder in Spanien noch in Deutschland – eine für ihn schlüssige Diagnose stellen können.

Nachdem er alles an Diagnostik mitgemacht hat, was ihm angeboten

			wurde, hat er einen Arzt gefunden, der ihm eine Diagnose nennt und Tabletten verordnet. Es geht ihm nun besser, doch eine „endgültige“ Diagnose fehlt ihm letztlich immer noch, *nervios* reicht ihm dafür nicht aus. P 7: Espana7.txt - 7:5 (37:53) (A. Kapmeyer) Codes: [A prozediert] [B Nebendarsteller] [C Unterwerfung] Cuando me dieron el alta fui al médico de cabecera y me dolía, me dieron unas pastillas, yo me tomaba las pastillas pero era igual. Y después me marche a otro hospital Frederikenstift, ahí me dieron otras pastillas pero yo seguía lo mismo, me dolía; después salí de ahí, fui al medico de cabecera y me mando ir al Ortopédico de la Columna. Fui al Ortopédico y me han dicho tiene usted la columna un poco gastada, desgastada, pero no es mucha cosa, y después me dio el papel el Ortopédico y me fui al médico de los nervios Dr. Kuffa que esta en Kröpke, arriba subiendo la escalera en donde esta la Opera a la derecha, fui allí me puso una audición aquí y otra por aquí, cuando me vio me dijo, sientese usted. No hace falta que me diga Usted lo que tiene. Y le dije que es lo que tengo, es nervios y estrés, y me dio unas pastillas y son las que estoy tomando. Y ahora pues que estoy tomando las pastillas parece que voy un poco mejor. Tomo una por la mañana y otra a medio día y otra por la noche, y ahora tengo solicitada la Rehabilitación para el día 23 que viene. Voy en la mañana y regreso por la noche y nada mas que eso;	
IV	**Beziehung zu anderen**	Sie hat eine sehr enge Beziehung zu ihrer Mutter, die ihr fast Arzt und Medikament ersetzte. Der	Die Beziehung zu anderen (Familie, Freunde) spielt in dem Interview kaum	Ihr ist die Unterstützung durch ihre in Spanien lebende Familie sehr wichtig,

(hier: eher Vermeidung von sozialen Kontakten)

Kontakt zu anderen spielt zumindest im Interview keine Rolle.

P 4: Espana4_Tochter_dt.txt - 4:5 (75:84) (A. Kapmeyer)

Codes: [2 Reaktion] [CAR - Seeking strategies to 'repair' normality] [Einstellung zu Medikamenten] [Familie, Freunde] [Familie/Freunde pos.] [keine mmm] [Mutter als Arzt] [normality]

T: Und ich habe ja auch keine Medikamente dann genommen und das wurde dann - - ja, dann gab es den absoluten Tiefpunkt, sozusagen. Aber alles ohne Medikamente. Also das_ ich bin_ ich hatte immer nur den Anker: Meine Mutter. Und wenn es ganz schlimm wurde, bin ich zu ihr gegangen und ja, und dann langsam, langsam wurde das dann immer besser. Und dann ist es auf ein Mal wie, als wenn es nie dagewesen wäre, und all diese Ängste, die ich damals so hatte in der Depression, die - - ja, die erschienen mir naher lächerlich. Wie konnte ich darüber Angst_ davor Angst haben? Und ja. Aber ich habe keine Medikamente genommen und, und ich hatte ganz schlimme Schlafstörungen.

eine Rolle.

P 7: Espana7.txt - 7:15 (152:155) (A. Kapmeyer)

Codes: [H funktionslos] [Zurückweisen von Hilfe]

A: Y como toma su familia esta situación? B: Bueno mi familia no es quien va a tomarlas, mi familia que va a decir.

zu der sie fast täglich telefonisch Kontakt hat. Die Familie ist den mmm kritisch gegenüber eingestellt.

P 9: Espana9.txt - 9:35 (69:71) (Super)

Codes: [Unterstützung durch andere]

Yo en España tengo toda mi familia. Mi familia me llaman todas las noches por telefono porque no se fian de que me pase algo. Y yo el rato que hablo con ellos por la noche pues estoy bien.

hier Zitat einfügen, in dem es darum geht, dass die Familie es nicht gern sieht, dass sie mmm einnimmt

Den intensiveren Kontakt zu anderen scheint sie zu meiden.

P 9: Espana9.txt - 9:31 (54:61) (Super)

Codes: [soziales Netz]

A: Ah, ayuda, bueno porque siempre hay personas que te ayudan y no te dejan sola. Aunque a veces prefiero estar sola. Porque tambien hay otra clase de personas que te ponen peor de lo que estas tú, pero vamos las personas que son agradables y me han ayudado pues ahí las tengo y me han ayudado, y el tiempo te hace -- te acuestas, hoy termina un día mañana te levantas empieza otro y el tiempo va corriendo y parece que el tiempo te hace olvidar todo, te tienes que resignar

Tabelle 21: Vergleich der Randfälle zum Ankerfall II: Die Wirkung des stimmungsverändernden Medikaments selbst kontrollieren können (selbstregulatives Verhalten).

In der folgenden Tabelle (Tab.) wird das Interviewmaterial der drei Randfälle (Spalten 2-4) zu den Kernkategorien (Spalte 1) vorgestellt

Frau Café	Frau Menta	Frau Gris	Herr Rojo
I Selbstregulation und Einstellung zur Dosisregulation	Sie hat mit dem Arzt nicht über die Medikation gesprochen und nimmt nun sowohl die alten als auch die neuen Medikamente. Sie gibt ihre anfangs eher fatalistische Haltung zur Selbstregulation im weiteren Verlauf des Interviews auf. P 1: Espana1.txt - 1:21 (185:188) Codes: [aut Bez.] [aut Dosisregulation] [B Outsider] [D follower] [stategies of use] B: Sí antes tomaba Aponal. A: ¿Aponal, sí? ¿Cuántos? B: 5 años .5 años tomándolos. A: 5 años con el Aponal ¿y con ésta? B: Luego me han cambiado a éstos. Llevo 1 año. A: ¿ Y sabe usted por que ha habido un cambio de medicamentos? B: Porque no me encontraba bien. Sie nimmt die Dosisregulation ohne Wissen des Arztes vor. Auch ist sie sich der Wirkungsunterschiede nicht bewusst, und es scheint auszureichen, die Dosis zu verändern, ohne eine Wirkungsveränderung zu erreichen. P 1: Espana1.txt - 1:64 (197:219) Codes: [4 Erfahrungen mit Medi.einnahme] [aut Dosisregulation] [CAR - Self regulation] [CAR - Strate-	Langjährige Einnahme stimmungsverändernder Medikamente, die zwar die Depression gemindert haben, ihrem Körper jedoch schadeten (hier: alle Medikamente, die sie einnehmen musste, zusammen). Dazu kam der hohe Preis, den sie sich nicht mehr leisten konnte Deshalb hat sie die Medikamente nicht mehr genommen. P 2: Espana2.txt - 2:23 (138:149) Codes: [CAR - Self regulation] [condition_self perception] [self regulation] (...) tanto medicamento pero me hizo algo bien para la depresión claro, estuve tomando no me acuerdo como se llamaba sinorin, sironino, ya no podía (...) comprarlos porque me salía muy caro de tres clases las pastillas, tomando muchas, luego después me las fui quitando porque me iban mal, cada vez estaba peor la depresión estaba un poco mas calmada pero lo otro estaba mal, entonces las deje; yo tampoco oigo bien, estoy mal, huesos mal todo mal, todo mal. Mit den ersten stimmungsverändernden Medikamenten, die sie verordnet bekam, hat sie schlechte Erfahrungen mit Nebenwirkungen gemacht. Doch obwohl	Seit 1999 bekommt er das Doxipin verordnet, hat dann aber aufgehört, sie einzunehmen, weil er mit der Wirkung nicht zurechtkam. P 8: Espana8.txt - 8:12 (124:137) Codes: [aut Dosisregulation] [CAR - Self regulation] [SR: ja] [Thera. Abbruch] A: Y cuales son los medícamentos que Usted toma? B: Aquí los tengo --- Doxipin. A: Ah, Doxipin, --- si es Doxipin; y por cuanto tiempo, tambien desde el 99? B: Si, lo he tomado pero después ya no lo tomé mas porque no me siento bien. A: Ahorita Usted se siente bien y Usted no esta tomando este Doxipin. B: Hubo un tiempo que tomaba este medicamento. Y entonces yo iba siempre a la medica, esto es vertigo, pero tampoco no me hace nada; Eine vergleichbare Wirkung wie mit den stimmungsverändernden Medikamenten hat für ihn das tägliche Radfahren. Es beruhigt ihn, er ist nicht mehr so nervös und kommt auf andere Gedanken. P 8: Espana8.txt - 8:31 (213:221) Codes: [Ablenkung] [aut Selbsterfahrung] B: Las pastillas estas me valen un poquito para

		gies of use/adjustments] [Dosisreduzierung] [SR: ja] B: Ya me gustaría, regular un poco la dosis, que me quitarían un poco las tabletas. A: Aja. De las tres. B: De éstas. A: Sí bastantes pacientes hacen eso. B: Me tomo 3 de esas. A: 3 de Aminoril. ¿Y le ha dicho eso a su médico? B: No, ha dicho que siga tomándolas. A: Sí. ¿Y cómo se siente usted con este tratamiento? B: De momento bien. A: De momento bien. ¿Y hay alguna diferencia, si usted regula la dosis o no? ¿Para usted, se siente alguna diferencia? B: Habría que probarlo.	ihr die zweiten (SSRI) besser bekamen, hat sie aufgehört, sie zu nehmen, und sie zurück in die Apotheke gebracht. P 2: Espana2.txt - 2:69 (85:95) Codes: [aut Dosisregulation] Cuales pastillas esta tomando? B: Ahora no estoy tomando ninguna. A: Ahorita ninguna pastilla. Y antes? B: Antes yo no me acuerdo como se llamaban porque yo no entiendo bien el Alemán. Algunas las tenia por ahí pero las eche al, las lleve a la farmacia, las que estaban mal las llevaba a la farmacia de vuelta, pero es Seronino o Sinodin.	dormir, me ponen mas tranquilo. Porque yo por el día ando mucho en bicicleta, todo el día, todo el día, y despues por la noche ---A: Y piensa Usted que andar en bicicleta esta bien para Usted? B: Si, bicicleta si, porque no se, hago gimnacia, cuando estoy un poco mareado, aveces me tengo que agarrar. Hago bicicleta.
II	**Arztwahlkriterien „Welcher Arzt ist für was zuständig?“ // Bez. zum Arzt => autonomes Handeln**	Seit 25 Jahren konsultiert sie denselben HA, der gleichzeitig der Arzt der Familie ist. Aufgrund dieser langjährigen Beziehung fühlt sie sich in der Praxis wohl. Sie geht zum Arzt, wenn sie eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes spürt und Kontrolluntersuchungen wahrnehmen möchte. P 1: Espana1.txt - 1:29 (294:312) Codes: [A prozediert] [B Nebendarsteller] [role of GP] B: No, siempre voy al mismo médico. A: Hmhm. ¿Y desde cuando está usted paciente, de este médico? B: Hace 25 años. A: Bastante 25 años. B: Los años que tiene mi hijo. A: Sí. Es un médico para la familia. Sí. ¿Y cómo se siente usted cuando visita la clínica? B: Bien. Me siento bien. A: ¿Y quién decide cuando usted tiene que ir al médico? B: Cuando me pongo así, mala. Tengo que ir cada 3 meses, a hacerme el control de la sangre, por las pastillas.	Frau Espan_2 steht dem häufigen Wechsel ihrer Hausärzte vorbehaltloser gegenüber (nach Umzug in derselben Stadt, allg. Unzufriedenheit) als bei Fachärzten. Wichtig scheint ihr jedoch der Aspekt der Hausbesuche zu sein. Bemerkenswert ist hier der Ausdruck „*tener en la lista*“ (span. für Liste/Verzeichnis), der darauf hinweist, dass sie bereits eine Reihe von Ärzten konsultiert (hat). Aber unabhängig von der Fachrichtung, spürt sie keine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes. Ursächlich dafür nennen ihre Ärzte die Depression; diese (Schuld-) Zuschreibung empfindet sie jedoch als Vereinfachung. Trotzdem nennt sie den Arzt als ihren ersten und einzigen Ansprechpartner/Vertrauten, wenn es um ihre Gesundheit geht. P 2: Espana2.txt - 2:32 (241:245) Codes: [Arzt/Psychologe] [expectations of doctors] [health care utilisation] B: El de cabecera si, al de cabecera pues siempre me gusta cambiarlo, ahora los otros no, toda vez... esta	Nachdem die eine Ärztin sich nicht ausreichend um seine Beschwerden gekümmert hat, wechselt er zu einem anderen Arzt. Aber auch dann fühlt er sich nicht ernst genommen, wenn er nach 3 Stunden Wartezeit lediglich ein Rezept in die Hand gedrückt bekommt, oder gesagt bekommt, dass seine Beschwerden normal, d.h. in seinen Augen damit *banal* seien. Enttäuschung und Verzweiflung bewirken bei ihm aber keinen dem Arzt gegenüber artikulierten Widerstand, sondern lediglich einen Arztwechsel, wenn er sich wieder nicht ausreichend ernst genommen fühlt. P 8: Espana8.txt - 8:19 (136:147) Codes: [aut Bez.] B: Hubo un tiempo que tomaba este medicamento. Y entonces yo iba siempre a la medica, esto es vertigo, pero tampoco no me hace nada; y fui a este médico, y por ejemplo llegaba a las 10:00 A.M, me ponia muy nervioso siempre, y luego a las 3 horas me llamaba el médico fuerte: para Usted. ah tabletas venga. y me daba tabletas, despues de 3 horas y tabletas, me fui a otro medico y el otro médico me mando el Doxipin; y

semana fui a un especialista, a un internista, saco la sangre, me miro aquí, la vesícula, me miro el intestino, me dijo que todo esta bien, y yo estoy mala.

P 2: Espana2.txt - 2:34 (253:258)

Codes: [Arzt/Psychologe] [health care utilisation]

B: Yo tenia antes otro en la lista claro era internista pero lo tenia también familiar, y cuando ese señor cogió larga yo me vine a vivir para acá y me dijo que cogiera cualquier Médico; también me daban muchos cólicos y el no podía venir, estar ahí y estar aquí.

P 2: Espana2.txt - 2:36 (276:285)

Codes: [aut Bez.] [Ärzte] [expectations of doctors] [mental vs. physical] [Relation to GP] [role of GP]

B: El Médico no me dice nada, el Médico... él me dijo... yo fue al Médico y se lo dije, y el médico que se cree que todo le hecha la culpa a la depresión y todo no es la depresión me comprende. A: Sí. B: Y por eso yo estoy molesta, porque todos creen que es la depresión lo que yo tengo.

P 2: Espana2.txt - 2:44 (345:349)

Codes: [aut Bez.]

A: Y si Usted esta hablando sobre su enfermedad; sobre su condición, su situación de salud como se siente con quien habla con el médico, con la enfermera, con en la farmacia? B: Hablo con el Médico.

Hier wird ihr Widerstandspotential deutlich, wenn sie eine selbstbewusste Auseinandersetzung mit dem Arzt über den Sinn und Nutzen von zu häufigen Injektionen (vermutlich IMAP©) führt. Ihr Begehren scheint jedoch nichts genützt zu haben, am Ende nimmt ihre Resignation vor „*der Medizin*“ wieder überhand.

ahora he ido donde esta mujer médico no. Porque aquí hay una vena que no esta bien, pero los médicos dicen que es normal y que es normal. Pero no, porque cuando yo me limpio el oído hace aquí el oído (Hace ruido), y antes no, y aquí hay algo, porque cuando me toco aquí (ruido) y no se que puede ser .

Auch hier scheint die A-P-Beziehung wichtiger und für das Gesunden weitaus relevanter zu sein als das Medikament. Er unterstellt den Ärzten, dass sie ihm Antidepressiva verordneten, sich aber nicht für ihn und seine Krankheit interessierten, ihn nicht regelmäßig untersuchten, vielleicht, weil ihnen sein Fall als zu problematisch erscheine. Heilung kann erst dann erwartet werden, wenn der Arzt die Krankheit verstanden und als Diagnose vermittelt hat. Erst dann wird die Therapie als sinnvoll verstanden.

P 8: Espana8.txt - 8:20 (151:164)

Codes: [aut Bez.] [IDENTITY]

B: Ni se interesa ni sabe nada, toma Doxipin, toma esto. No mira el medico, no me controla, el médico de cabecera igual, yo que hago. El médico solamente que valla y todo bien, bien, una tableta y todo bien; el aspirante estudia medicina, yo estudio medicina y ya soy medico, cuando hay una cosa complicada no le interesa a los medicos, porque, porque la Krankenkasse dice que no hay dinero; me miraron el corazon y dice el médico. Du bist ( ), que quieres, el corazon kaputt auch kaputt --- ( ) A: Y usted dice que no explicaron algo? B: No mira, no mira, no le interesa. yo tengo 46 años y quiero trabajar, pero como trabajo no puedo, yo no puedo. como trabajo yo si siempre estoy nervioso.

P 2: Espana2.txt - 2:71 (289:332)

Codes: [4 Erfahrungen mit Medi.einnahme] [5 Bewertung] [aut Bez.]

B: Él me puso una inyección ayer y antes de ayer, una inyección de esas que hay para la depresión que dura una semana. A: Sí. Y como fue? B: Si me ayudo a mí me dolía mucho la cabeza y cuando fui ayer estaba mareada y me sube a mi antes la tensión la tenia siempre igual, ahora la tensión me sube y me baja mucho y entonces él me puso una inyección, me dijo que porque tenia la tensión alta y me dolía mucho la cabeza, me daban mareos entonces me puso una inyección, dice él mañana se sentirá Usted mucho mejor, me sentí mejor pero por la noche me dio eso. (unverständlich) A: Ah sí. Y esa era la primera vez que el Médico le puso una inyección? B: No, me ha puesto mas, de esas me puesto muchas un ano y medio me las estuvo poniendo. A: Esas inyecciones? B: Y esas no son buenas, esas inyecciones son buenas sí, pero pocas 6 meses no 1 ano y pico como me pusieron a mí. A: y que le gusta mas tomar pastillas contra la depresión o recibir una inyección que siente mas...? B: Es que a mí me pusieron pastillas, como las pastillas me hacían daño intentaron a ponerme inyecciones, pero esas inyecciones normalmente son 6 meses nada mas y a mí me han puesto ano y medio y eso es malo. A: Y le ha dicho eso al médico Usted? B: Ya. Al médico se lo dije un día, digo porque me pone esa inyección, no a este otro, de los nervios, digo porque me pone estas inyecciones si normalmente son 6 meses he oído yo decir, a mí me han dicho que solamente se pueden poner 6 meses y me dijo el normal la base si, que normalmente si, pero porque le dije yo, que porque me las ha puesto. A: Y que dice? B: No, él me dijo que para... se callo, porque me ha puesto tantas inyecciones, porque estas son... muchas son malas; verdad, ya no sé ni lo que le voy a contar

Der Hausarzt verordne ihm nur Medikamente gegen den Tinnitus und habe sonst kein Interesse an ihm.
Den Nervenarzt findet er „*okay*“, da er ihm einiges erkläre und ihn bei der Bewilligung seiner Kur unterstützt habe. Er sei der einzige Arzt, von dem er sich ernst genommen fühle.

P 8: Espana8.txt - 8:23 (282:300)

Codes: [aut Bez.]

B: Si pero no le interesa, el solamente tomar pastillas y fuera. A: Y fue este Hausarzt quien receto la Doxipin o era el medico de cabecera? B: No era el medico este, el de los nervios; porque el médico este -- este médico me dejo al medico de los nervios y ese es el que me ha dejado pastillas. A:Y el tampoco habla o explica? B: Si, el es buen médico, es buen médico para mi, el dice Sr.Gonzalez tiene esto, esto y esto el lo dice. Y he solicitado a traves de la rehabilitacion y no me lo han dado; es muy buen medico. A: Y que es lo bueno de este medico que los tros médico no hacen? B: Porque el me valora la enfermedad, porque el sabe lo que tengo, porque los otros medicos parece que les interesa poco.

Nachdem er sich vom Arzt nicht unterstützt gefühlt habe, hole er sich von der Gewerkschaft Hilfe, um eine Kur zu beantragen.

P 8: Espana8.txt - 8:34 (78:109)

Codes: [aut Bez.]

B: Si una infusión, 10 me tenian que dar pero no pude, he solicitado la Renta, la Kur 4 veces y no me la dan. A: Usted queria ir a un Kur? B: Si pero no me la dan, dicen que no entiendo el idioma. A: Y por

yo, he ido a tantos sitios, tanto medico, tanta maquina, tanta radiografía por todo venga radiografías, seguidas radiografías; que la he pasado muy mal ya ni quiero pensar no todo... pase yo, no se puede.

Unzufrieden mit der medizinischen Hilfe in Deutschland sucht sie Hilfe in Spanien bzw. unter Verwendung eines spanischen sozialen Netzes (Familie, Freunde, Bekannte). Diese Ressourcen stehen ihr in Deutschland nicht zur Verfügung. Sie möchte sich an ihren Sohn wenden, der in Spanien Arzt ist, und erhofft sich von ihm Hilfe bei der Suche nach dem „*richtigen*“ Arzt. Bei genauer Nachfrage erscheint ihr Vorhaben jedoch in einem eher vagen Licht, als fehle ihr die Kraft, all dies in Angriff zu nehmen, bzw. das Vertrauen, ob ihr Sohn ihr wirklich helfen könne bzw. wolle.

P 2: Espana2.txt - 2:31 (221:237)

Codes: [aut Therapeutenwahl] [CAR - Doctors] [condition_self help] [K migration_expectations] [K migration_perspectives] [K migration_self help] [Med. Hilfe in Spanien]

Voy a ver si me pongo mejor me voy a España a mirar a un Médico, o el mes que viene me voy. (unverständlich) A: A Espana a buscar ayuda? B: Con un Médico. A: Y ya ha buscado ayuda en España antes? B: No, me miraba aquí, nunca iba a España a mirarme, pero ahora si voy a ir. Yo tengo un Hijo que es Médico Científico y conoce muchos amigos, él conoce un amigo que tiene una clínica y voy a hablar con mi hijo que vaya y mire así me entiendo.

P 2: Espana2.txt - 2:62 (580:599)

eso era la razon, el idioma? B: Mira, aquí pone aquí, yo fui este es el medico mio Dr. Lambou, yo le dije que asi yo no puedo vivir no, y entonces me lleno este papel y mire lo que pone ahí. --- A: Ah y Usted fue con un amigo para traducir la consulta? B: Si claro. --- A: Si. Y este medico dice que Usted no puede ir a un Kur, -- y que mas dice? B: Aquí pone, por si yo te miento, me entiende. Yo concentración no, yo dormir no, no duermo bien. Dolor del oído y el medico dice que los medicamentos no sirve con nada. A: Estos medicamentos contra el ruido? Y que paso despues de eso, que hizo Usted despues? B: Estoy esperando aquí ve, mira aquí hay - mira - (muestra recetas) la columna tambien pone depresivos, en la columna tambien lo tengo depresivo; y esto lo lleva al sindicato (siempre esta revisando papeles y no es muy clara la explicación). Dice que no puedo trabajar en un sitio de esos.

			Codes: [aut Bez.] B: No, todavía no sé si faltara mucho o faltara poco, no sé, no tengo pensado, si me quiero ir pero no sé cuando, tengo que arreglar unas cosas y eso, mejor voy para el mes que viene. A: El próximo mes? B: En Abril, si estos así de malas me voy a mirarme al médico, sino no tomo mejor. A: Y cual Médico es, cual, es un especialista en España? B: Claro, Claro, una clínica privada. A: Y cuanto tiempo va a ir? B: Me voy dos meses, me voy tres, voy uno no sé, eso no sé yo, puedo ir aunque quiera, aunque no trabaje, no se depende cuando me mire no sé, lo mismo voy y luego lo mismo me voy antes del verano, no sé; en verano si voy, pero hoy no sé; tengo que beber agua, tengo la boca seca.	
III	**Informationswunsch**	Frau Espan_1 sucht aktiv nach Informationen. Hier interessieren sie besonders spanischsprachige (Gesundheits-, Lebensführungs-) Fernsehsendungen, in denen Betroffene zu Wort kommen. Bücher oder Zeitschriften zieht sie nicht zu Rate. P 1: Espana1.txt - 1:58 (344:361) Codes: [B Informationsbeschaffung] [TV-Ratgeber] A: Bien. ¿Y si quiere saber más sobre los medicamentos o sobre la depresión, de dónde obtiene usted la información? B: De la depresión ¿De dónde tengo la información? A: Hmhm. B: Bueno oigo en la televisión que dan. Saber de gentes que tienen depresiones. A: ¿Estos son los consejos? B: Sí. A: Y también por ejemplo ¿de libros, diarios? B: No.	Frau Espan_2 informiert sich in erster Linie bei den behandelnden Ärzten, interessiert sich aber auch für spanischsprachige Fernsehsendungen zum Thema Gesundheit und liest spanische Zeitschriften. P 2: Espana2.txt - 2:47 (377:398) Codes: [INFORMATION] A: Y si Usted tiene información sobre la depresión o sobre su tratamiento que está haciendo, lee el diario o la televisión, donde obtiene Usted información? B: Yo. A: Sí. De la radio, de la televisión o hablar con otras personas, si quiere saber algo sobre el tratamiento. B: Yo el tratamiento se lo pregunto a los médicos nada más. A: Y como revistas o la televisión o amigos? B: Bueno yo a veces leo, televisión y revistas de España, veo cosas que son buenas, que es bueno; si lo leo yo y en la televisión un programa que hay que es se llama "Saber Vivir" también dicen lo que es bueno con una cosa y otras con la otra. A: Y es en español? B: Sí. Con una antena.	Er möchte explizit keine Informationen über seinen Zustand (Depression, Medikamente). P 8: Espana8.txt - 8:14 (358:363) Codes: [CAR - Reflections information/knowledge] [kein Informationswunsch] B: No la información yo solo, yo se como tengo que llevar esto, no quiero información de nadie. Mucha gente lleva el aparato aquí, yo se eso. Pero la bicicleta me voy de paseo, corro, poquito pero no mucho, poruq la gente habla y me hace el oido bom,bom. La televisión miro un poquito a ver que pasa, los medicos dicen que keine operación.

Tabelle 22: Vergleich der Randfälle zum Ankerfall III: Das stimmungsverändernde Medikament scheint über seinen Nutzer zu bestimmen.

In der folgenden Tabelle (Tab.) wird das Interviewmaterial der drei Randfälle (Spalten 2-4) zu den Kernkategorien (Spalte 1) vorgestellt.

Frau Naranja	Frau Azul	Frau Lilac	Fr. Gris
I Normalisierung	Außer ihrer Mutter hat niemand bzw. sollte niemand etwas von ihrer Depression bemerken. Alles sollte nach außen als „normal“ erscheinen. P 4: Espana4_Tochter_dt.txt - 4:11 (239:246) (Anja) Codes: [hat keiner bemerkt] I: Und können Sie beschreiben, wie Ihre Freunde, wie Ihre Familie sie wahrgenommen haben, als es Ihnen nicht so gut ging? T: Keiner hat es gemerkt. Keiner. I: Auch früher nicht, als Sie 18 waren? T: Nein, keiner hat es gemerkt. Sie scheint sehr stolz zu sein, ihre Depression ohne Hilfe von Medikamenten durchlebt zu haben. Sie macht deutlich, wie wichtig es ihr ist den Wandel von “normal” zu “depressiv” und wieder zu “normal” bewusst wahrgenommen zu haben. In dieser Aussage wird das erlebte (Wieder-) Herstellen von Normalität beschrieben. Als Vehikel (i.Vgl.z. stimmungs-verändernden Medikament), das diesen Wandel begünstigte, könnte im Falle von Frau Espan_4 die eigene Mutter genant werden. P 4: Espana4_Tochter_dt.txt - 4:5 (75:84) (A. Kapmeyer) Codes: [CAR - Seeking strategies to 'repair' normality] [keine mmm] [Mutter als Arzt] [normality] T: Und ich habe ja auch keine Medikamente dann genommen und das wurde dann - - ja, dann gab es den absoluten Tiefpunkt, so zu sagen. Aber alles ohne Medikamente. Also das_ ich bin_ ich hatte immer nur den	liegt nur als zusammenfassendes Protokoll vor und ist für diese Darstellung ungeeignet	Frau Gris leidet unter vielen verschiedenen Krankheiten, gegen die sie viele Medikamente einnhmen muss. Daher scheint Krankheit seit vielem Jahren für sie ein Normalzustand zu sein. Sir sieht keine Möglichkeiten, sich von diesem Zustand zu lösen. P 2: Espana2.txt - 2:3 (21:28) (A. Kapmeyer) Codes: [condition_history] No memos Mire siempre mal, muy mal, muy mal; yo tengo hace muchos anos depresiones, osteoporosis me operaron de varias cosas ya no tengo mas la vesícula me la quitaron y estoy muy mal, todo lo que como me hace daño, no tengo fuerzas para nada, tuve un accidente, me rompí un hueso aquí, no puedo andar mucho me da mucho vértigo, mucho mareo estoy mal no solamente hoy pero naturalmente hoy me ha dado mas fuerte hoy y el jueves pasado también no estoy bien Darüberhinaus sieht sie ihre ohnehin schon schwierige „Normalität“ durch „die Welt der Medizin“ noch stärker bedroht.

Anker: Meine Mutter. Und wenn es ganz schlimm wurde, bin ich zu ihr gegangen und ja, und dann langsam, langsam wurde das dann immer besser. Und dann ist es auf ein Mal wie, als wenn es nie dagewesen ist und all diese Ängste, die ich damals so hatte in der Depression, die - - ja, die erschienen mir naher lächerlich. Wie konnte ich darüber Angst_ davor Angst haben? Und ja. Aber ich habe keine Medikamente genommen und, und ich hatte ganz schlimme Schlafstörungen.

Zuhause gab es für sie einen Freiraum, in den sie sich so geben konnte wie sie sich fühlte. Ging es jedoch um ihre Außendarstellung (Arbeit), so gewährte ihr die Mutter diese Freiheit nicht, sondern befürwortete, dass sie sich zusammenriss. Als Frau Espan_4 dann als Tochter die Depression ihrer Mutter miterlebte, merkt sie, dass diese „harte Haltung“ nicht auf jeden übertragbar ist. In dem Fall erfährt sie wie es ist wenn eine Depression medikamentös behandelt wird.

II Zerrissenheit

P 4: Espana4_Tochter_dt.txt - 4:7 (258:272) (A. Kapmeyer)

Codes: [CAR - Seeking strategies to 'repair' normality] [hat keiner bemerkt] [Mutter als Arzt] [normality] [sich zusammenreißen]

Aber es hat keiner gemerkt. Auf der Arbeit nicht und ich bin ja weiter arbeiten gegangen und alles. Keiner hat was gemerkt. Ich habe nicht so diesen typischen Blick gehabt. Ich habe mich zusammengerissen. Ich wollte ja auch nicht, dass es keiner merkt. Nur Zuhause habe ich mich gehen lassen und dann auch nur in der Gegenwart meiner Mutter. (...) wollte ich auch nicht, dass der das merkt. Dieses

P 2: Espana2.txt - 2:10 (77:83) (A. Kapmeyer)

Codes: [causes] [Bedrohung Medis]

no sé mucho pero yo lo único que le digo que a mí me han hecho de sufrir mucho porque yo he estado enferma me han metido en muchas maquinas, me han hecho muchas muchas radiografías cuando tuve el accidente también, he pasado mucho, he estado mucho en el hospital, en varios hospitales he sufrido mucho, me han puesto inyecciones algunas maneras bien otras maneras mal, las tabletas igual.

So als müsse sie gegen die Übermacht der Medizin aufbegehren, entschließt sie sich zum Therapieabbruch.

P 2: Espana2.txt - 2:21 (137:149) (A. Kapmeyer)

Codes: [course of use] [weniger Veränderungen als erwartet/erhofft]

B: Estuve muchos anos tomando de los nervios, creo que eso me estropeo el hígado, tanto medicamento pero me hizo algo bien para la depresión claro, estuve tomando no me acuerdo como se llamaba sinorin, sironino, ya no podía comprarlos porque me salía muy caro de tres clases las pastillas, tomando muchas, luego después me las fui quitando porque me iban mal, cada vez estaba peor la depresión estaba un poco mas calmada pero lo otro estaba mal, entonces las deje; yo tampoco oigo bien, estoy mal, huesos mal todo mal, todo mal.

Doch bevor sie anfängt ihre Situation

disziplinliert sein dann, das hat mir eigentlich geholfen. Ich will nicht sagen, dass es zum Nachteil war. Und dass meine Mutter manchmal auch so hart mit mir umgegangen ist. Hat gesagt_ ich sage: Ich habe nicht geschlafen, mir geht es so schlecht. Ich kann nicht arbeiten. – Du gehst arbeiten. Los. Das sind alles Dummheiten, was du da oben im Kopf hast. Los. Geh los. Und das war gut. Dass sie nicht so drauf eingegangen ist. Und das ist bei_ ich habe auch gedacht, als meine Mutter diese Depression hatte, das wäre das Gleiche. Dass man da nicht so drauf eingeht. Aber das ist nicht immer gut. Das ist ganz individuell bei jedem Menschen.

weiter in Frage zu stellen, scheint sie sich doch wieder der Krankheit auszuliefern.

P 2: Espana2.txt - 2:48 (403:405) (A. Kapmeyer)

Codes: [condition_self perception]

B: Yo no pienso mal, yo lo único que pienso es que estoy amargada, que ya no puedo mas, ya estoy aburrida.

P 2: Espana2.txt - 2:49 (406:412) (A. Kapmeyer)

Codes: [condition_history]

A: Y desde cuando tiempo esta así? B: Desde que tenia... hace 20 años que tengo la depresión cuando... hace veinte y tantos años que empece peor, antes tenia operaciones, no a los 30 ya empece a operarme, pero opero hace unos veinte y tantos años, veinticuatro o veintitrés años.

Anschreiben Ärzte/CARITAS

Anja Kapmeyer, MA
Herrn

Dr. med. [redacted]

Facharzt f. Allgemeinmedizin

- persönlich -

[redacted]

Göttingen, den 19. 05. 2000

Sehr geehrter Herr Kollege [redacted],

wir bitten Sie um Hilfestellung für ein Forschungsvorhaben, möchten Ihnen aber gleich versichern, dass weder Sie noch Ihre Praxisorganisation durch unser Anliegen belastet werden.

Im Rahmen einer spanisch-deutschen Kooperationsstudie über psychotrope Medikamente steht die soziale und kulturelle Bedeutung von „stimmungsverändernden" Medikamenten im Mittelpunkt. **Wie nehmen Patienten spanischer Herkunft psychotrope Medikamente wahr?** Neben Wissen und Einstellung zu psychotropen Medikamenten geht es auch um die Erfahrung und den Umgang mit unerwünschten Wirkungen der Medikamente.

Zu den Medikamentengruppen gehören alle Produkte, die der Hausarzt oder die Hausärztin verordnen, um die Stimmungslage ihrer Patienten zu verändern oder eine Depression zu behandeln.

Besonders aufschlussreich ist die Möglichkeit, subjektive Gesundheitskonzepte zwischen spanischen Migranten in Deutschland und Spaniern im Herkunftsland zu vergleichen. Wir haben die Stadt [redacted] gewählt, weil hier der Anteil der spanischen Bevölkerung immer noch relativ hoch ist ([redacted] beschäftigte mehr spanische Arbeitnehmer als jedes andere deutsche Unternehmen).

Frau Kapmeyer (Tel.:0551/39-6393), Mitarbeiterin der Abteilung Allgemeinmedizin und selbst aus Barsinghausen stammend, wird sich in den nächsten Tagen telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzten, um Ihnen unser Vorhaben näher zu erläutern. Selbstverständlich stehen wir Ihnen auch vorab für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit bestem Dank für Ihr Interesse
und freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Michael M. Kochen Anja Kapmeyer, MA Priv.-Doz. Dr.Wolfgang Himmel

Abteilung Allgemeinmedizin
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP

Abteilung Allgemeinmedizin

CARITAS-Verband Hannover

Beratungszentrum f. ausländische Mitbürger

– z. H. v. [redacted] (persönlich) –

[redacted]

[redacted]

Abt. Allgemeinmedizin

Anja Kapmeyer, MA

Humboldtallee 38
37073 Göttingen

Telefon: (0551) 39-6393

Telefax: (0551) 39-9530

e-mail:
akapmey@gwdg.de

20. Juli 2000

Liebe Frau [redacted],

wie bereits telefonisch besprochen, schicke ich Ihnen nun die Informationsblätter und Einverständniserklärungen für die spanischen Studienteilnehmer zu.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich Ihnen unser Projekt noch mal kurz vorstellen:

Im Rahmen eines europaweiten Projekts über psychotrope Medikamente, möchten wir mehr über die soziale und kulturelle Bedeutung von **stimmungsverändernden Medikamenten bei Mitbürgern spanischer Herkunft** erfahren. Neben Wissen und Einstellung zu psychotropen Medikamenten geht es auch um die Erfahrung und den Umgang mit unerwünschten Wirkungen der Medikamente. Im Vordergrund der Studie stehen der Patient und seine Einstellung zum Krankheitserleben.

Für unseren Partner in Spanien und uns bietet sich hier die Möglichkeit, subjektive Krankheitsvorstellungen von spanischen Migranten in Deutschland und Spaniern im Herkunftsland zu vergleichen.

An dieser Stelle soll Ihnen kurz das Vorgehen erläutert werden:

- Es sollen Interviews mit Spaniern durchgeführt werden, die ein Antidepressivum verordnet bekommen.
- Diese bekommen von Ihnen ein Informationsblatt (auf Spanisch), auf dem das Vorhaben kurz erläutert wird sowie eine Einwilligungserklärung. Die Einwilligungserklärung wird in einem frankierten Rückumschlag an mich zurückgesandt.

- Ich setzte mich daraufhin mit den Studienteilnehmern telefonisch in Verbindung und vereinbare einen Gesprächstermin. Die Interviews werden auf Spanisch geführt.

Ziel unserer Untersuchung ist eine verbesserte Betreuung ausländischer Patienten mit psychischen Problemen. Dies kann allerdings nur in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Ansprechpartnern „vor Ort" gelingen. Ich bitte Sie daher um Ihre Mitarbeit.

Selbstverständlich werden alle Datenschutzbestimmungen eingehalten und personenbezogene Daten anonymisiert.

Ich habe mich sehr über unser Telefongespräch und Ihre Unterstützung meiner Arbeit gefreut. Vielleicht könnten wir uns, wenn Sie wieder zurück sind und Ihre Zeit es Ihnen erlaubt, mal zu einem gegenseitigen Austausch zusammensetzten.

Mit bestem Dank für Ihr Interesse und freundlichen Grüßen

Anja Kapmeyer, MA

Bedeutung stimmungsverändernder Medikamente bei Patienten spanischer Herkunft

Im Rahmen eines europaweiten Projekts über psychotrope Medikamente, möchten wir mehr über die soziale und kulturelle Bedeutung von **stimmungsverändernden Medikamenten bei Patienten spanischer Herkunft** erfahren. Neben Wissen und Einstellung zu psychotropen Medikamenten geht es auch um die Erfahrung und den Umgang mit unerwünschten Wirkungen der Medikamente. Im Vordergrund der Studie stehen der Patient und seine Einstellung zum Krankheitserleben.

Für unseren Partner in Spanien und uns bietet sich hier die Möglichkeit subjektive Krankheitsvorstellungen von spanischen Migranten in Deutschland und Spaniern im Herkunftsland zu vergleichen.

Zu den Medikamentengruppen gehören alle Produkte, die Patienten mit dem Ziel verordnet bekommen, ihre Stimmung zu verändern oder eine Depression zu behandeln.

An dieser Stelle soll Ihnen kurz das Vorgehen erläutert werden:

- Es sollen Interviews mit spanischen Patienten durchgeführt werden, die momentan von Ihnen ein Antidepressivum verordnet bekommen.
- Diese Patienten bekommen von Ihnen ein Informationsblatt (auf Spanisch), auf dem das Vorhaben kurz erläutert wird und eine Einwilligungserklärung. Die Einwilligungserklärung wird in einem frankierten Rückumschlag an uns zurückgesandt.
- Ich setzte mich daraufhin mit den Patienten telefonisch in Verbindung und vereinbare einen Gesprächstermin. Die Interviews werden auf Spanisch geführt.

Das Ziel einer verbesserten Betreuung ausländischer Patienten mit psychischen Problemen, kann allerdings nur in Zusammenarbeit mit den Hausärzten „vor Ort" gelingen. Wir bitten Sie daher um Ihre Mitarbeit.

Selbstverständlich werden alle Datenschutzbestimmungen eingehalten und personenbezogene Daten anonymisiert.

Mit bestem Dank für Ihr Interesse und freundlichen Grüßen

Anja Kapmeyer, MA

Bedeutung stimmungsverändernder Medikamente bei Mitbürgern spanischer Herkunft

Im Rahmen eines europaweiten Projekts über psychotrope Medikamente, möchten wir mehr über die soziale und kulturelle Bedeutung von **stimmungsverändernden Medikamenten bei Mitbürgern spanischer Herkunft** erfahren. Neben Wissen und Einstellung zu psychotropen Medikamenten geht es auch um die Erfahrung und den Umgang mit unerwünschten Wirkungen der Medikamente. Im Vordergrund der Studie stehen der Patient und seine Einstellung zum Krankheitserleben.

Für unseren Partner in Spanien und uns bietet sich hier die Möglichkeit subjektive Krankheitsvorstellungen von spanischen Migranten in Deutschland und Spaniern im Herkunftsland zu vergleichen.

Zu den Medikamentengruppen gehören alle Produkte, die Patienten mit dem Ziel verordnet bekommen, ihre Stimmung zu verändern oder eine Depression zu behandeln.

An dieser Stelle soll Ihnen kurz das Vorgehen erläutert werden:

- Es sollen Interviews mit Spaniern durchgeführt werden, die ein Antidepressivum verordnet bekommen.
- Diese bekommen von Ihnen ein Informationsblatt (auf Spanisch), auf dem das Vorhaben kurz erläutert wird und eine Einwilligungserklärung. Die Einwilligungserklärung wird in einem frankierten Rückumschlag an uns zurückgesandt.
- Ich setzte mich daraufhin mit den Studienteilnehmern telefonisch in Verbindung und vereinbare einen Gesprächstermin. Die Interviews werden auf Spanisch geführt.

Das Ziel unserer Untersuchung ist eine verbesserte Betreuung ausländischer Patienten mit psychischen Problemen. Dies kann allerdings nur in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Ansprechpartnern „vor Ort" gelingen. Ich bitten Sie daher um Ihre Mitarbeit.

Selbstverständlich werden alle Datenschutzbestimmungen eingehalten und personenbezogene Daten anonymisiert.

Mit bestem Dank für Ihr Interesse und freundlichen Grüßen

Anja Kapmeyer, MA

Georg- August- Universität Göttingen

Zentrum Innere Medizin

Abteilung Allgemeinmedizin

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP

Allgemeinmedizin, Postfach 3742, 37070 Göttingen

Humboldtallee 38

37073 Göttingen

Telefon: (0551) 39-26 38

Anthropologin

Anja Kapmeyer, MA

Informed consent

Hoja informativa

Estudio: „Significancia de medicamentos que afectan el estado dél ánimo“

Estimados (as) señoras y señores,

el **Departamento de Medicina General y Familiar** de la Universidad de Goettingen, realiza un estudio sobre la significancia de los medicamentos que afectan el estado de ánimo. El objetivo central es determinar las experiencias que los pacientes han tenido con los medicamentos.

Le solicitamos tenga a bien participar en una entrevista. La información que usted nos suministra será administrada con absoluta confidencialidad. Hemos considerado en el diseño de la encuesta su anonimidad, y del mismo modo, las leyes que rigen la seguridad de los datos. Usted puede retirarse del estudio en el momento que estime conveniente, sin especificar la razón. En caso que usted tenga preguntas, ellas las puede formular telefónicamente a la Sra. Kapmeyer, quien es la profesional que dirige el presente estudio (teléfono: 0551-396393). La Sra. Kapmeyer va a dirigir la entrevista.

Con su cooperación usted contribuye a que los médicos familiares conozcan con más precisión como valoran sus pacientes los medicamentos. Los profesionales séran informados acerca de los resultados de este estudio, para con ello implementar las recomendaciones en sus consultorios.

Siga por favor en la siguiente página!

Aceptación de participación

Estudio: „Significancia de medicamentos que afectan el estado del ánimo“

Yo he sido informado del estudio que el Departamento de Medicina General realiza. Estoy dispuesto a participar. Puedo retirarme del estudio en cualquier momento y sin necesidad de notificar la razón, sin que con ello resulten perjuicios para mi persona.

Nombre: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____

_____ _____

Lugar y fecha Firma

Por favor envie esta hoja en el sobre adjunto (porte pagado) al Departamento de Medicina General de la Universidad de Goettingen

Muchas gracias por su colaboración!

Interviewleitfaden

En nuestro estudio queremos saber mas sobre el papel que juegan los medicamentos que afectan el animo en la vida cotidiana. Estoy participiando en un grupo de trabajo espanõl-aleman. Para facilitar y hacer la situacion mas comodo quisiera usar una grabadora. Esta bien con Usted?

Puede usted por facor describir como empezo todo? Empeza con el momento quando usted he notado que su animo estaba algo diferente.

1. Puede Usted por favor describir como fue cuando le recetaron por primera vez un medicamento para el animo? Puede Usted por favor describir que ha pasado en esta consulta (que le fue diagnosticado, que tratamiento le recetaron)?
2. Tenía Usted alguna **experiencia previa** con medicamentos similares? Como fue?
3. Que pasa si Usted **olvida tomar la pastilla**?) (Que papel o rol juega el medicamento en su **vida cotidiana**?)
4. Que hizo frente a los **efectos secundarios** del medicamento? (cambio la dosis, le ha dicho esto a su médico)?
5. Como toma su familia esta situación?
6. Como describiría Usted su **salud**? (las razones para esta situación)
7. Puede usted describir si hay alguna situación en su vida que tenga algo que ver con el cambio de animo en su persona? (Por ejemplo, con respecto a sus experiencias con **su familia**, **sus amigos** o **su trabajo**.)

Relation entre paciente y medico, e informacion sobre el medicamento

1. Siempre va al mismo médico general? Desde cuando?
2. Puede Usted describir como se siente cuando visita la clínica de su médico?
3. Ya ha buscado ayuda en Espana? Describa por favor como le fue?
4. Con quien prefiere Usted hablar de su salud?
5. De donde obtiene información sobre su tratamiento? (libros, revistas, televisión, informacion adjunta al medicamento, hablar con otras personas)

Historia de la migración, Biografía

1. Puede Usted describir sus planes para el futuro?

Sozio-statistische Erhebung

Socio-Estatistica

1. Cuantos años tiene Usted?
2. Como es su estado civil (desde cuando se encuentran/ separados, edad de hijos)
3. Donde nacio usted?
4. Donde vivio inicialmente en España (tamano, numero de habitantes, rural o urbano, existen todavia familia o amigos en ese lugar)?
5. Cuantos anos tenia usted cuándo salio de la escuela?
6. Cual trabajo o oficio practicado usted en España?
7. Cuando arrivo en Alemania (edad, fecha, solo o acompañado, con padres o hijos)?
8. Cual era la razon de migrar a Alemanã?
9. Cual idioma hablan en el hogar?
10. Cual profesión o officio tiene usted en Alemanã (oficio aprendido)?

Erklärung über die selbständige Abfassung der Dissertation gem. § 18

„Ich versichere, dass ich die eingereichte Dissertation „*Zur sozialen und kulturellen Bedeutung stimmungsverändernder Medikamente - Erfahrungen von deutschen Hausarztpatienten, spanischen Migranten in Deutschland und im Herkunftsland lebenden Spaniern*“ selbständig und ohne unerlaubte Hilfsmittel verfasst habe. Anderer als der von mir angegebenen Hilfsmittel und Schriften habe ich mich nicht bedient. Alle wörtlich oder sinngemäß den Schriften anderer Autoren entnommenen Stellen habe ich kenntlich gemacht.“

Göttingen, den 25.07.2011

(Unterschrift)