

## Biografisierung als Doktrin. Der biografische Blick in der Psychotherapie<sup>1</sup>

»Fast ließe sich sagen, daß man, je genauer man die Menschen psychologisch versteht, sich umso weiter von der Erkenntnis ihres gesellschaftlichen Schicksals und der Gesellschaft selbst entfernt und damit von der der Menschen an sich, ohne daß doch darum die psychologische Einsicht ihre eigene Wahrheit einbüßte.«  
(Adorno 1955: 69)

»Die ›Lebensgeschichte‹ ist eine jener vertrauten Alltagsvorstellungen, die sich in das wissenschaftliche Universum hineingeschmuggelt haben; zunächst ohne Pauken und Trompeten bei den Ethnologen, dann in jüngerer Zeit und nicht ohne Getöse bei den Soziologen.«  
(Bourdieu 1990: 75)

### Einleitung: Die umkämpfte Psyche

Stellen wir uns eine Patientin vor. Nennen wir sie Anna Kaufmann. Anna Kaufmann arbeitet als Assistentin der Geschäftsführung in einer großen Speditionsfirma in München. Kurz nach ihrem 33. Geburtstag beginnt sie, sich zunehmend erschöpfter zu fühlen, ist häufiger krank und hat generell immer stärker das Gefühl, so gehe es nicht weiter. Sie geht dennoch täglich ins Büro, auch wenn sie erkältet ist, merkt aber, dass sie sich immer schwerer konzentrieren kann. In der Spedition gab es zuletzt viele Einsparungen und dauerhafte Personalausfälle aufgrund von Krankschreibungen. Zudem hat dort ein neuer Vorgesetzter begonnen, der Frau Kaufmann häufig aufgrund von Kleinigkeiten, wie einem vergessenen Punkt in einer PowerPoint-Präsentation, vor anderen zurechtweist. Sie ist meistens mehr als elf Stunden im Büro, auch da sie das Gefühl hat, dass die Arbeit mehr und mehr wird und sie es ohne Überstunden gar nicht schafft, alles zu erledigen.

Frau Kaufmann leidet immer mehr unter einem diffusen Gefühl, nicht zu genügen und, vor allem, nicht mehr zu können. Nachts hat sie Probleme zu schlafen und häufig Schweißausbrüche. Ein Gespräch mit einer Freundin, der sie ihr Leid offenbart, gibt für sie den Ausschlag, sich Hilfe zu suchen. Dieses Gespräch ist für sie auch der Auslöser, ihren eigenen Zustand als Burnout zu begreifen, zumindest glaubt sie, dass sie vor allem überarbeitet ist. Auch fühlt sie sich nicht anerkannt durch ihren neuen Chef, obwohl sie selbst das Gefühl hat, sie halte

---

<sup>1</sup> Dieser Text erscheint in der Zeitschrift [WestEnd](#). Neue Zeitschrift für Sozialforschung. Heft 2/ 2020.

seit Jahren den Laden zusammen. Darüber, wie sie dort nun behandelt wird, ist sie zugleich wütend und enttäuscht. Über die Empfehlung ihrer Hausärztin bekommt sie einen Termin in einer psychosomatischen Tagesklinik, wo sie nach zwei Monaten Wartezeit eine zehnwöchige Behandlung beginnt. Ihrem Arbeitgeber und den Kolleg\_innen erklärt Frau Kaufmann, sie habe eine komplizierte Knieoperation. In der Klinik hat sie eine Einzeltherapeutin, die nette Frau Gellner, und sie nutzt weitere Angebote, wie Musik- und Kunsttherapie, um sich abzulenken. Sie erhält zusätzlich auch Schlafmittel, die ihr nach einiger Zeit erlauben, wieder durchzuschlafen und sich körperlich zu erholen. In der Therapie erzählt sie viel von ihrer persönlichen Situation mit ihrem Vorgesetzten, hat aber den Eindruck, dass es besser ist, über ihre Kindheit und das Verhältnis zu ihren Eltern zu sprechen, da das die Therapeutin mehr interessiert. Sie lernt in der Therapie, dass sie nicht gut darin ist, sich abzugrenzen, dass sie sich über die Maßen verantwortlich fühlt und dass dies wiederum sehr viel mit ihrer Mutter und den an sie delegierten Erwartungen zu tun habe. Auch erkennt sie, dass sie ihr Leben lang für andere da sein musste und dass es ihr Schuldgefühle bereitet, wenn sie mal Nein sagt. Sie hat Ideen, beruflich etwas ganz Anderes zu machen, kommt davon aber ab, da sie inzwischen denkt, nicht die Arbeit, sondern vor allem sie selbst sei das Problem, sie erwarte einfach zu viel von sich und nehme alles zu schwer. Das wäre ja dann überall so! Daran möchte sie nun arbeiten.

Nach drei Monaten kommt Frau Kaufmann zurück in die Spedition und arbeitet nach einer kurzen Phase der Wiedereingliederung wieder voll. Während sie in der Klinik war, hat man sie durch eine andere Assistentin ersetzt und ihr nun einen anderen Bereich zugewiesen, in dem sie nicht mehr direkt für den Vorgesetzten, sondern für dessen Assistenten zuständig ist. Sie arbeitet erneut lange Tage und macht sich deswegen immer häufiger Vorwürfe. Jetzt, da sie weiß, dass sie ein Abgrenzungsproblem hat, ist sie besonders frustriert, wenn es ihr wieder nicht gelingt, sich den auf sie einstürzenden Anfragen zu entziehen. Über die konkreten Anforderungen in der Spedition denkt sie immer weniger nach, sie beschäftigt viel mehr, dass sie solche Schwierigkeiten hat, selbstbewusster aufzutreten und einfach mal Nein zu sagen. Zum Glück hat sie eine nette Therapeutin gefunden, bei der sie nach ein paar Wochen Wartezeit eine ambulante Therapie beginnen kann. Wir müssen uns Anna Kaufmann als einen unglücklichen Menschen vorstellen.

Die Einzeltherapeutin, Martina Gellner, die mit Anna Kaufmann in der psychosomatischen Tagesklinik therapeutisch gearbeitet hat, war immer sehr gut in der Schule und wusste schon früh, dass sie einmal als Psychotherapeutin arbeiten will. Sie hält sich für sehr einfühlsam, intelligent und möchte gerne Menschen helfen, mehr über sich selbst zu erfahren und sich dadurch zum Positiven hin zu entwickeln. Sie hat dank ihres guten Abiturs direkt mit dem Psychologiestudium beginnen können und sich hauptsächlich für den klinischen Bereich

interessiert. Im Studium reizten sie Ideen von Freud, aber Analytikerin zu werden, konnte sie sich nicht vorstellen. Die Ausbildung ist teuer und lang, und ebenso wie ihre Kommilitoninnen hatte sie den Eindruck, dass dies auch keine sichere Bank mehr sei, um später als Therapeutin wirklich eine Stelle zu finden. Eine tiefenpsychologische Ausrichtung schien ihr der geeignete Kompromiss. Mit der Weiterbildung hat Frau Gellner daher direkt im Anschluss an ihr Studium in Hamburg zusammen mit einigen ihrer Freundinnen begonnen. Im praktischen Jahr in der Psychiatrie hat sie beinahe nichts verdient und parallel noch Abendkurse für ihre therapeutische Ausbildung besucht. Das alles war sehr anstrengend für sie. Jetzt, einige Jahre später, spielt dies aber kaum noch eine Rolle, sie denkt ungern an diese Zeit zurück. Sie hält es für angemessen und in gewisser Weise auch für normal, dass man leistungsfähig ist und diese Leistungsfähigkeit auch unter Beweis stellt. Heute ist sie fest etabliert im Team der psychotherapeutischen Klinik und sieht täglich mehrere Patient\_innen.

Frau Gellner glaubt, dass Patientinnen wie Anna Kaufmann schon früh, gerade weil sie Frauen sind, in ihrer Kindheit gelernt haben, alle Verantwortung übernehmen zu müssen und dadurch häufig Schuldgefühle auftreten, die irgendwann so belastend sind, dass die Menschen nicht mehr weiterkommen. Die meisten der Bekannten von Frau Gellner sind ebenfalls Psycholog\_innen, ihr Mann ist Arzt und als Orthopäde niedergelassen. Sie kann sich kaum erinnern, dass sie in ihrem Studium, allein schon aufgrund ihrer Vorliebe für den klinischen Bereich, etwas über Arbeitsverhältnisse und Organisationsweisen in Unternehmen gehört hätte. Sie ist der Ansicht, dass man sich im Beruf selbstverwirklichen können sollte, und glaubt auch, dass man manchmal eben die Zähne zusammenbeißen muss. Manchmal ist sie erstaunt, was die Patient\_innen so von ihrer Arbeit erzählen, aber meistens hat sie das Gefühl, dass sie das sicher auch etwas dramatischer erleben, weil sie ja krank sind. Arbeit ist ja nur der Ort, an dem die Krankheit besonders deutlich wird. Sie ist ein bisschen irritiert, dass alle nun immerzu von Burnout sprechen, dabei sei das doch gar keine wirkliche Erkrankung. Vielmehr hätten die meisten Patient\_innen eine Depression. Frau Gellner ist auch schnell gelangweilt, wenn Patient\_innen viel über ihre Arbeit sprechen, weil sie das Gefühl hat, sie lenken damit von ihren eigentlichen Themen ab. Zukünftig möchte sie sich gerne stärker mit neueren Methoden auseinandersetzen, um schwer Depressive zu behandeln, sie weiß aber noch nicht, wie sie das bei ihren eigenen Arbeitsanforderungen noch unterbringen kann. Schade findet sie, dass sie oft nicht mehr mitbekommt, was aus ihren Patient\_innen so wird. An Anna Kaufmann kann sie sich noch erinnern, da war ein Schuldthema wegen der Mutter als sie klein war, was hat sie nochmal beruflich gemacht?

Die beiden Protagonistinnen und ihre Deutungen, die ich hier prologisch und fiktiv vorstelle, stehen stellvertretend für gegenwärtige Interpretationen, Situationen und Begegnungen in therapeutischen Settings, wie ich sie zuletzt in meiner Forschung untersucht habe. Die beiden Deutungen verweisen dabei auf drei zentrale Dimensionen meines Forschungsprogramms, das man als eine Analyse der »umkämpften Psyche« im Spannungsfeld verschiedener Professionen und Wissensbestände beschreiben kann: Das Leiden an der Arbeit, das ich als soziales Leiden verstehe, seine psychotherapeutische Behandlung und ihre Behandler\_innen, die ich professions- und wissenssoziologisch analysiere, sowie die Konsequenzen aus dieser Behandlung, die ich im Feld rekonstruktiv analysiert habe. Die »Behandlung« des Arbeitsleids der Patient\_innen stelle ich in diesem Beitrag als Biografisierung dieses Leidens vor. Dies meint den Prozess der Einbettung in eine im Rahmen der Therapie erst etablierte Erzählung über die eigene Biografie, in der die Ursache für das eigentliche Leiden gesucht und gefunden werden muss, die zugleich aber die Arbeitssituation vernachlässigt und im Prozess der Übersetzung der Psychotherapie unsichtbar macht (Kohli 1985).

Adorno zielt mit dem Essay *Zum Verhältnis von Soziologie und Psychologie* (1955), dem das eingangs erwähnte Zitat entnommen ist, auf die Kritik der psychotherapeutischen »Behandlung« menschlicher Leiden. Ihm zufolge konzentriert sich die Psychotherapie zu stark auf »den Einzelnen« und seine innerpsychischen Dispositionen und lässt somit deren gesellschaftliche Bedingtheit außen vor. Diese Tendenz der Psychotherapie, soziales Leiden und ihren psychischen Ausdruck zu privatisieren, wird in der Soziologie vielerorts thematisiert. Nicolas Rose und andere Autor\_innen wie Frank Furedi und Eva Illouz identifizieren die Entstehung eines »therapeutischen Subjekts« als Ergebnis dessen, was sie »Therapiekultur« nennen (Rose 1999; Furedi 2003; Illouz 2008). Die Therapiekultur, so das Argument von Christopher Lasch, setze eine »Kultur der narzißtischen Selbstbespiegelung« (1980) in Gang, die zunehmend Individuen anstelle struktureller Ungleichheiten in den Fokus nehme und, viel mehr noch, die Individuen auch selbst für ihr Leiden verantwortlich mache, anstatt die gesellschaftlichen Ursachen dieses Leidens zu skandalisieren. Die Beiträge, die die therapeutische Kultur und das psychopolitische Regiertwerden diskutieren, stützen sich dabei vornehmlich auf Diskurse, die in neuen Subjektivierungen resultieren (Illouz 2008; Rose 1999). Ich möchte mich in diesem Beitrag hingegen den Psychotherapeut\_innen und ihrer professionellen Praxis selbst widmen, da mich ihr spezifischer Blick auf die Patient\_innen interessiert. Michel Foucaults genealogische Arbeiten helfen mir hierbei als theoretischer Rahmen weiter.

## Der klinische Blick

Die Analyse medizinischer Deutungen und Behandlungen von Leiden hat in den Sozialwissenschaften eine lange Tradition. »Blick« (*gaze*), Akt des Sehens (und Gesehenwerdens), beschreibt die Dynamik von Machtverhältnissen und Disziplinierungsmechanismen. Der klinische Blick umfasst dabei nicht nur den Akt des Sehens, sondern auch die Art und Weise, wie medizinische Institutionen Patient\_innen behandeln, einschließlich der dazu verwendeten Techniken, Instrumente und Strategien. Ich differenziere im Folgenden drei Varianten des klinischen Blicks, die ich unterscheide je nach Fokus auf den Körper, das Verhalten und die Psyche.

Foucault betrachtete das medizinische System als entmenschlichende Macht, die als Resultat der Medizinalisierung die Identität der Menschen von ihren Körpern trennt (Foucault 1969 und 1973). Damit entstand ein neues Wissensgebiet des Körpers, und dieses Wissen gewann an Macht, je mehr dieser neue wissenschaftliche Diskurs die Herrschaft des Klerus in Frage stellte. Der *homo medicus* galt fortan als Experte und der klinische Blick, der sich vor allem auf die Funktion und Struktur von Organen richtete, wurde zum Werkzeug der Wahrheitsfindung. Physiologisches Wissen wurde für medizinische Theorie und Praxis zentral (Foucault 1973: 35). Die Perspektive der Patient\_innen und ihre Lebensgeschichten traten in den Hintergrund. Dieser Paradigmenwechsel hat wichtige Entwicklungen in Gang gesetzt und einen Wandel in der medizinischen Ausbildung ausgelöst. Insbesondere der medizinische Blick, der nicht nur den Körper von der Identität der Person trennt, sondern auch die strukturellen und sozialen Umstände des Leidens der Patient\_innen vernachlässigt, bleibt in der täglichen Praxis der Ärzt\_innen weit verbreitet. Angesichts der zunehmenden Tendenz zur »Biomedizinalisierung«, wie Clarke et al. (2003) es beschrieben haben, stellt die *Naturalisierung des Leidens* eine und die erste hier vorgestellte Dimension des klinischen Blicks dar. Eine aktuelle Untersuchung zur Situation von mexikanischen Farmarbeiter\_innen aus Oaxaca zeigt, wie die Belastung durch harte körperliche Arbeit für mexikanische Migrant\_innen zu einem »kulturellen« und »biologischen« Problem wird und wie im Blick des behandelnden Fachpersonals die Arbeitsbedingungen, die physisches und emotionales Leiden hervorrufen, vernachlässigt oder gar zum Verschwinden gebracht werden (Holmes 2013). »Die Oaxacaner bücken sich halt gerne«, zitiert Holmes einen Sozialarbeiter, der einen mexikanischen Farmarbeiter wegen Rückenschmerzen behandelt. Diese Aussage impliziert eine spezifische Perspektive auf die »Kultur« und den spezifischen Lebensstil des Patienten als Ursache seiner Schmerzen und betreibt damit eine *Kulturalisierung des Leidens*.

Während Foucault den klinischen Blick noch als das zentrale und gemeinsame Deutungsmuster der Medizin beschrieb, basiert die zeitgenössische medizinische Ausbildung, zumindest im Globalen Norden, auf dem sogenannten biopsychosozialen Gesundheitsmodell,

das Patient\_innen nicht nur als Körper mit dysfunktionalen Organen, sondern auch als Menschen mit einem bestimmten Lebensstil wahrnimmt. Diese zwar lobenswerte Erweiterung des klinischen Blicks um Verhaltens- und Kultur Aspekte, wie von George Engel konzipiert (1977), wurde allerdings als Modell weder ausreichend theoretisiert, wie Niall McLaren (2002) für die Psychiatrie zeigt, noch war es in seinen drei Dimensionen »bio-«, »psycho-« und »sozial-« gleichberechtigt entwickelt, vor allem mangelt es nach wie vor an der sozialen Dimension. Überdies wurde dieses Modell als Kombination aus biologischem und verhaltensbasiertem Ansatz etabliert, der, wenn womöglich auch nichtintendiert, einem kulturalistischen und oft rassistischen und geschlechtsspezifischen Zugang zur Gesundheit Vorschub leistet. In beinahe allen Bereichen der Medizin, insbesondere in der Psychiatrie, etablieren sich in den letzten Jahren, gerade für die Ausbildung von Fachkräften, Konzepte zur Vermittlung einer »transkulturelle[n] Kompetenz« (Steinhäuser et al. 2014). Mit dieser soll gewährleistet werden, dass die Professionellen den Zusammenhang von Kultur – und meist stereotypen Merkmalen innerhalb ethnischer Gruppen – und Gesundheitsproblemen reflektieren können (Kirmayer, Gomez-Carrillo und Veissière 2017). Die »Kulturen« innerhalb der medizinischen Einrichtungen und der kulturelle Ansatz der medizinischen Fachkräfte selbst werden jedoch in diesen Konzepten nicht berücksichtigt. Auch die sozialen bzw. strukturellen Dimensionen der vermeintlichen »Kultur«, die dort vermittelt werden, bleiben unreflektiert (Metzl und Hansen 2014). So konzentriert sich die zweite hier vorgestellte Dimension des klinischen Blicks, den ich als verhaltensorientierten Blick bezeichnen möchte, auf Gewohnheiten, Ernährungsweisen, Substanzabhängigkeiten und den allgemeinen Lebensstil, in den auch kulturelle Vorstellungen einfließen. Die »Kultur« der Patient\_innen ist in dieser Perspektive, so könnte man sagen, nun für ihr Leiden verantwortlich.

Foucaults Arbeiten zur Genealogie des Wahnsinns beleuchten psychische Gesundheit im Kontext derjenigen Institutionen und Berufe, die sich mit psychisch Kranken und ihrer »Behandlung« im Rahmen des neu entstehenden psychiatrischen Blicks befassen. Von reinen Verwahranstalten über die ersten medizinischen Heilmittel für »Verrückte« bis hin zur Kritik an der Praxis des Wegsperrens, die letztlich zu Freuds erster Psychoanalyse führen, versucht Foucault, Veränderungen im Verständnis von Normalität und Abweichung zu erklären. Während der paradigmatische Wechsel in der Behandlung der »Wahnsinnigen« in der Regel als eine progressive Entwicklung hin zu mehr Menschlichkeit angesehen wurde, im Rahmen deren beispielsweise Philippe Pinel die Praxis der Ankettung von Menschen in Kliniken beendete, deutet Foucault diese Entwicklung als »moralisierenden Sadismus« (Foucault 1968: 3). Äußere Fesseln wurden lediglich durch verinnerlichte ersetzt, die »geistig geschmiedeten Handfesseln« (Foucault 1969: 247) des Gewissens, eines Gewissens von sich selbst. Auch Adorno hat,

überraschenderweise in unwissender Übereinstimmung mit Foucault, die psychotherapeutische Praxis als medizinische Behandlung stark kritisiert (Adorno 1955). Adornos Kritik an den »Neofreudianern«, insbesondere Karen Horney, zielte auf deren Freud-Interpretation, die Adornos Ansicht nach den gesellschaftskritischen Gehalt des Originals aufgaben (Lee 2014). Adorno warf den »Revisionisten«, wie er sie nannte, vor, Konformität zu verordnen und in der Therapie Patient\_innen an die sozialen Umstände anpassen zu helfen. Dies wiederum, so sein zentraler Punkt, hindert sie gerade daran, kritisch über ihre sozialen Verhältnisse nachzudenken. Während also die therapeutische Kultur prominent diskutiert wird (vgl. Rose 1999; Illouz 2008), und obwohl unter den Psychotherapeut\_innen selbst eine lebendige Forschungsszene existiert (vgl. Orlinsky und Ronnestad 2005; Orlinsky 2008), fehlen soziologische Studien, die den Psychotherapeut\_innen selbst gewidmet sind. Es existieren freilich zahlreiche und bisweilen bahnbrechende Studien zur Soziologie der Psychiatrie (Goffman 1972; Strauss et al. 1964; Garfinkel 1967; Kleinman 1988; Willems 1994), seit Ende der 1980er Jahre wird den Professionellen und ihren Praktiken in der Psychiatrie allerdings weniger Aufmerksamkeit geschenkt. Die Psychotherapie als professionelle Praxis scheint ganz aus dem soziologischen Interesse verschwunden zu sein (für Ausnahmen siehe Brown et al. 1996; Luhrmann 2001; Davies 2009). Wie können wir also den klinischen Blick in der Psychotherapie beschreiben?

### Theoretischer Rahmen: Psychotherapie als »Übersetzung« und *Othering*

Um diese Frage zu verfolgen, helfen zwei theoretische Konzepte: Zum einen verstehe ich Therapie als »Übersetzung« (Callon 1984), zum anderen stellt Therapie immer auch eine Praxis des *Othering* dar (Brown et al. 1996; Johnson et al. 2009; Strong und Zeman 2007). Da im Moment des Aufeinandertreffens von Patient\_in und Therapeut\_in auch verschiedene Lebenswelten aufeinandertreffen, besteht seitens der Psychotherapeut\_innen zunächst die Notwendigkeit zu klären, um was es eigentlich geht, was also sozusagen »der Fall ist« (Gildemeister 1995: 31). Zwar gibt es standardisierte Manuale zur Diagnosestellung; die konkrete Interaktion zwischen Therapeut\_in und Patient\_in bringt den Fall allerdings in diesem Sinne immer erst hervor. Diese Ätiologie, also die konkrete Problemdefinition, setzt dann einen Behandlungsprozess in Gang, der den standardisierten Verfahren entsprechend vorgesehen ist. Der Einzelfall stellt dabei jedoch immer die epistemische Basis der Psychotherapie dar (vgl. Schütze 1993). Diesen Prozess der Deutung durch Psychotherapeut\_innen kann man auch als Praxis der professionellen Aneignung des jeweiligen Falls beschreiben. In der Deutung bzw. Umdeutung der Leiden wird eine Beschreibung des Leidens hergestellt, welche die Behandlung durch Psychotherapeut\_innen legitimiert. Diese Deutung/Umdeutung liegt allerdings quer zur gemeinhin für die Professionen konstatierten nötigen »Übersetzung« der Professionssemantik in

die Sprache des Laien, wie dies beispielsweise für die anwaltschaftliche Praxis beschrieben wurde (Cain 1983). Vielmehr geht es um ein »Sich-zuständig-Machen« als Profession. Diese Variante der Übersetzung (Callon 1984) meint auch Arthur Kleinman (1989), wenn er die Transformation der Krankheitsgeschichte der Patient\_innen in das Konzept einer Diagnose der Expert\_innen beschreibt. Dabei handelt es sich immer auch um eine Übersetzung formellen Wissens (*formal knowledge*) in Arbeitswissen (*working knowledge*) (Freidson 1986). Diese Übersetzung und der darin inkludierte Aneignungsprozess impliziert eine weitere Dimension: das sogenannte *Othering* der Patient\_innen bei gleichzeitigem *Selving* der Therapeut\_innen (Strong und Zeman 2007). *Othering* beschreibt als Konzept den Prozess der Homogenisierung durch die Identifizierung von »Selbst« und »Anderen« und wurde durch postkoloniale Theorien in die Debatte eingeführt (Spivak 1985). Es verweist dabei auch auf Dominanz und Unterordnung, die durch *Othering* und *Selving* verstärkt und reproduziert werden können (Johnson et al. 2009). Darüber hinaus beschreiben *Selving* und *Othering* in therapeutischen Gesprächen den Prozess des Verweises auf das »normale Selbst« oder Subjektivitätsmuster der Therapeut\_innen, das vom »pathologischen Anderen«, der »Andersartigkeit« der Patient\_innen, abzugrenzen ist (Brown et al. 1996: 1573).

### Rekonstruktion therapeutischer Deutungen: der biografische Blick

Forschungspraktischer Hintergrund der hier diskutierten Ergebnisse ist eine Studie, die ich mit Kolleg\_innen am Institut für Sozialforschung sowie dem Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt am Main durchgeführt habe (Alsdorf et al. 2017; Engelbach, Flick und Alsdorf 2018; Flick 2019).<sup>2</sup> In dieser Studie untersuchten wir Patient\_innen, die vor Aufnahme in eine psychosomatische Klinik einen Zusammenhang zwischen ihrer psychischen Krise und ihrer Erwerbsarbeit thematisiert haben und nach ihrer Behandlung wieder in die Arbeitswelt und ihren Alltag zurückzufinden versuchten. Zu drei Zeitpunkten wurden thematisch fokussierte Interviews durchgeführt: vor Beginn und am Ende der Therapie sowie einige Monate später. Die teilnehmenden Patient\_innen wurden von Psychotherapeut\_innen im Einzel- und Gruppensetting behandelt und Letztere fertigten auch die Krankenakten mit Informationen über die Diagnostik und den Behandlungsverlauf an. Schließlich war es für die Therapeut\_innen möglich, ihre Patient\_innen als Fälle in Einzel- oder Gruppensupervisionssitzungen zu besprechen. Diese Therapeut\_innen standen im Fokus meiner empirischen Analyse. Die zentrale Forschungsfrage war, ob und in welcher Weise Psychotherapeut\_innen den

---

<sup>2</sup> Der Projekttitel der Studie lautet »Erwerbsarbeit und psychische Erkrankungen. Therapeutische und betriebliche Bewältigung«. Die Ethikkommission des Universitätsklinikums Frankfurt genehmigte dieses Vorhaben (Referenznummer MC 46/2014).



Erwerbsarbeitskontext ihrer Patient\_innen berücksichtigen. Die Studie weist bezogen auf Deutschland eine Besonderheit auf: Anders als in den meisten Ländern, besteht in Deutschland die Psychosomatik als etabliertes eigenständiges Fachgebiet (vgl. Herzog, Beutel und Kruse 2013). Im Selbstverständnis bemüht sie sich seit jeher um eine Abgrenzung von der Psychiatrie. Die psychosomatische Medizin sieht sich zuständig für somatopsychische Störungen und psychosomatische Erkrankungen, bei denen die Beteiligung psychosozialer Faktoren an somatischen Erkrankungen betont wird, aber auch für Depressionen, Ängste und weitere affektive Störungen (ebd.: 66 f.; Zipfel et al. 2016). Gerade für Letztere beanspruchen beide Disziplinen ihre Zuständigkeit (Alexander 1950). Das Personal beider Institutionen rekrutiert sich unterschiedlich: In den psychosomatischen Kliniken sind neben den Fachärzt\_innen für Psychosomatik auch einige psychologische Psychotherapeut\_innen tätig. Auch im Hinblick auf die Modelle der Therapie wird eine Abgrenzung von der klassischen Psychiatrie akzentuiert. Die narrativen Therapien legen den Schwerpunkt auf die nichtmedikamentöse Behandlung und orientieren sich an den Verfahren der psychologischen Psychotherapie (Psychoanalyse, psychodynamische Therapie, Verhaltenstherapie und zum Teil systemische Therapie) (Brown et al. 1996).

Geht man wie ich also davon aus, dass psychotherapeutische Praxis eine spezifische Kommunikationsform und Übersetzungspraxis darstellt, die wiederum unterschiedliche Deutungen einer Situation, eines Leidens, einer Geschichte beinhaltet, so sind verschiedene Daten mehr oder weniger gut geeignet, über diesen Prozess Auskunft zu geben. Dazu gehören solche, die einerseits den »Übersetzungsprozess« *in actu* abbilden, also gemeinhin als natürlich bezeichnete Daten wie Krankenakten (Berg und Bowker 1997; Wolff 2000) oder Konversationen, die ohnehin im täglichen Klinikablauf geführt werden, wie beispielsweise Supervisionen oder die therapeutischen Behandlungen selbst (Hess 2008; Watkins 2012). Gleichzeitig liegt es für die Frage nach Deutungen auch nahe, diese in der Form eines Interviews zu adressieren, da hier womöglich auch Dinge zur Sprache kommen können, für die im alltäglichen Klinikformat kein Raum ist (Witzel und Reiter 2012). Ich habe für die Studie Krankenakten analysiert, Protokolle von Supervisionen ausgewertet und selbst Interviews mit behandelnden Psychotherapeut\_innen mehrerer psychosomatischer Akutkliniken geführt. Anders als im klassischen Vorgehen der Grounded Theory-Methodologie musste ich auf das Theoretical Sampling verzichten, suchte ich doch alle Psychotherapeut\_innen zu erfassen, die mit einem der Patient\_innen aus der oben genannten Gesamtstudie arbeiteten. Um diese Therapeut\_innen zu rekrutieren, nahm ich gemeinsam mit meinen Kolleg\_innen an Gruppentreffen teil und stellte das Forschungsprojekt in den Kliniken vor. Nicht alle Psychotherapeut\_innen waren bis zum Ende unserer Studie in der Klinik angestellt, was die

geringe Zahl von neun Teilnehmer\_innen erklärt. Zudem wurden alle Therapeut\_innen gebeten, nach jeder Gruppentherapiesitzung Fragebögen auszufüllen, um die Diskussionsthemen zu identifizieren (N = 100). Im Weiteren erhielt ich 28 Transkripte von aufgezeichneten Supervisionssitzungen der Psychotherapeut\_innen (Hess 2008; Watkins 2012). Schließlich wurden auch die Krankenakten der Patient\_innen (N = 23) in die Analyse einbezogen. Einige der Akten enthielten handschriftliche Notizen zu bestimmten Therapiesitzungen, während andere Daten vollständig digitalisiert vorlagen und Standardfragebögen enthielten (Hak 1992). Auffällig, aber nicht wirklich überraschend, war, dass die Krankenakten oft nur unvollständig ausgefüllt vorlagen (Garfinkel 1967; Brown et al. 1996; Berg und Bowker 1997). Kein Einverständnis konnte ich für eine ethnografische Untersuchung der jeweiligen therapeutischen Settings erlangen, auch Audioaufnahmen wurden nicht gestattet. Die Daten wurden mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse und dem Softwareprogramm MAXQDA analysiert, die die induktive Entwicklung von Kategorien im Einklang mit fundierten Theorieansätzen nutzt (Kuckartz 2012; Strauss und Corbin 1994). Die Datenerhebung und -analyse erfolgte in deutscher Sprache, die vorgestellten Personen und Orte wurden maskiert. Anders als erwartet, gab es bei der Auswertung der Interviews und der Supervisionsprotokolle im Hinblick auf die Deutungen der Therapeut\_innen keine großen Unterschiede. Da die Supervisionsprotokolle jedoch mehr klinische Terminologie enthielten, waren die Vorstellungen über frühkindliche Entwicklungen und Familienbiografien etwas dominanter.

Therapeut\_innen stehen angesichts von Patient\_innen, die in der Arbeit eine Ursache ihrer Krise sehen, vor einem vierfachen Problem: Ihnen stehen kaum Diagnosen mit Arbeitsbezug zur Verfügung. Kürzlich wurde Burnout zwar als Diagnose ins Internationale Klassifikationssystem der Krankheiten (*ICD*) aufgenommen, das Syndrom bleibt aber nach wie vor marginalisiert (WHO 2018). In der Theoriebildung zur Krankheitsätiologie wird Erwerbsarbeit weder als pathogener noch als salutogener Faktor erwähnt. Den Therapeut\_innen stehen keine Einflussmöglichkeiten auf den jeweiligen Arbeitskontext ihrer Patient\_innen zur Verfügung. Schließlich entstehen Zuständigkeitsprobleme aufgrund unterschiedlicher Kostenträger. Wie gehen sie also mit Patient\_innenleiden um, die einen klaren Bezug zur Erwerbsarbeit aufweisen?

Ich habe vier therapeutische Deutungen des Erwerbskontextes rekonstruiert, die ich zusammenfassend als den »biografischen Blick« der Psychotherapie, die dritte hier besprochene Dimension, vorstelle, wie ihn Abbildung 1 illustriert:

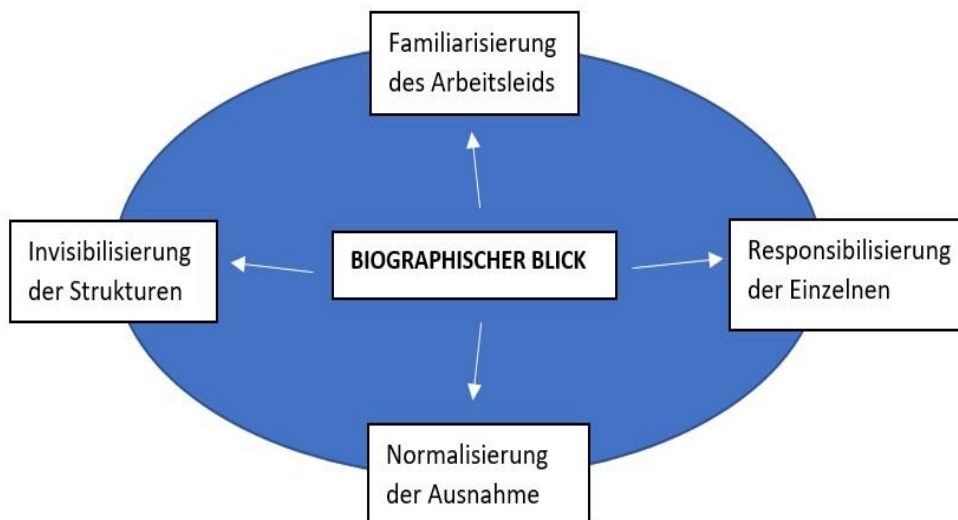


Abbildung 1: Der »biografische Blick« der Psychotherapie (Darstellung S. F.)

Zu diesem biografischen Blick gehört erstens eine Invisibilisierung durch Dethematisierung des Erwerbsbezugs, die mit einer Infragestellung und Irrelevanzsetzung des Erwerbskontextes einhergeht. Zum Beispiel werden die von Patient\_innen als belastend geschilderten Arbeitssituationen angezweifelt oder die arbeitsbezogenen Inhalte der Patient\_innengespräche als nicht relevant für die Behandlung gedeutet. Zweitens eine Familiarisierung des Leidens, die eine Individualisierung und Personalisierung beinhaltet, indem frühkindliche Beziehungserfahrungen als Erklärung für die psychische Belastung herangezogen werden. Erwerbsarbeit wird so zur Bühne, auf der all die *tatsächlich* vorhandenen Selbstwert- und Beziehungsprobleme lediglich aufgeführt werden. Selbst wenn die Arbeit als hochgradig belastend gedeutet wird, ist die therapeutische Konsequenz, so ein Zitat: »Wer dann bleibt, ist krank.« Drittens findet sich eine Normalisierung der Belastung, die sich mit der Einschätzung einer Therapeutin »Arbeit ist belastend, man muss sich eben abgrenzen können« gut beschreiben lässt. Dies verstärkt eine Individualisierung der belastenden Arbeitssituation. Viertens geht damit eine Responsibilisierung einher, da die Patient\_innen nun aufgefordert sind, angesichts ihrer biografischen Disposition Verantwortung für die eigene Selbstsorge zu übernehmen. Grenzziehung wird demzufolge als Königsweg beschrieben, ohne dabei gleichzeitig mögliche Folgen einer Grenzziehung mit zu berücksichtigen.

## Invisibilisierung

Ein Aspekt des biografischen Blicks besteht darin, die strukturellen Gegebenheiten, in unserer Studie: die Arbeitsbedingungen, der Patient\_innen zu vernachlässigen. Dieses Unsichtbarmachen findet sich in zwei Varianten: Entweder wird die gesamte Erzählung in Frage gestellt oder sie wird als irrelevant für den psychotherapeutischen Prozess gedeutet. In der ersten Variante stellen die Therapeut\_innen die Beschreibungen in Frage und deuten Erzählungen über Arbeitsstress als Ausdruck der bereits bestehenden Pathologie der Patient\_innen. Aus Mangel an Kenntnissen beziehen sich Therapeut\_innen oft auf ihre eigenen Erfahrungen mit der Arbeit, wenn sie die Arbeitswelt der Patient\_innen beurteilen, was sich auch als Phänomene des *Othering* und *Selving* vorstellen lässt (Strong und Zeman 2007): In den Interviews zeigten die Therapeut\_innen, dass sie für ihre Arbeit in der Klinik Anerkennung erhalten und sich sehr stark mit ihrem Job identifizieren. Sie haben in diesem Sinn eine spezifische Vorstellung von »Arbeit« als einer Beschäftigung, die nicht nur der Existenzsicherung dient, sondern auch Raum für eine mögliche Selbstverwirklichung bieten sollte. Sie gehen davon aus, dass ihre eigene Einstellung zur Arbeit normal und gesund ist, und interpretieren jede Abweichung von dieser Einstellung als Teil der Patientenpathologie, wie folgende Interviewpassage verdeutlicht:

»Das ist ja schon auch irre: zwölf Wochen lang kommen die nicht zur Arbeit; da muss man ja eigentlich auch mal eine Ahnung davon haben, dass das die Kollegen echt annervt, wenn man nicht da ist. Die müssen ja dann die Arbeit mitmachen. – Aber das wird manchmal so ausgeblendet; das ist unglaublich. Aber, ich mein, wir gehen auch jeden Tag arbeiten. Und ich denke mir immer: Warum sehen die das nicht? Dass das ja nicht nur ein Feind ist oder so was. Ich glaube, je kränker man ist, desto feindlicher ist die Arbeit; das würde ich schon sagen.« (Therapeutin D., weiblich, 33 Jahre)

In der zweiten Variante halten die Therapeut\_innen strukturelle Umstände, wie die hier in den Blick genommenen Arbeitsbedingungen, für irrelevant für die therapeutische Situation. Die meisten Therapeut\_innen berichten, dass sie versuchen, die Aufmerksamkeit der Patient\_innen auf das Thema der persönlichen Beziehungen zu lenken. Als Folge dieser Neuausrichtung tritt die Arbeitssituation in den Hintergrund und wird somit unsichtbar. Wenn sich Psychotherapeut\_innen offen für die Idee zeigen, dass bestimmte Arbeitssituationen eine psychologische Belastung darstellen könnten, dann schließen sie nicht selten bei der Reflexion über ihre eigene Arbeit darauf, dass eine neurotische Zwangslage dafür verantwortlich sein

muss, wenn jemand unter diesen Umständen am Arbeitsplatz festhält. Hier ein weiteres Interviewzitat als Beispiel für *Othering* und *Selving* im therapeutischen Prozess:

»Aber trotzdem frage ich mich auch immer: Warum kann man denn das sinkende Schiff nicht verlassen, wenn es einen krank macht? Also da ist man dann letztlich ja doch wieder bei sich.« (Therapeut B., männlich, 45 Jahre)

In Bezug auf ein therapeutisches Selbst, das das sinkende Schiff verlassen würde, werden hier die Patient\_innen »verändert«, in der Deutung durch den Therapeuten also zu »Anderen«, die krank sein müssen, würden sie es ansonsten doch dem hier zitierten Therapeuten gleich tun.

## Familiarisierung

Der Prozess der Personalisierung ist stark mit der Rekonstruktion der Familienbiografie der Patient\_innen verbunden. Frühkindliche Erfahrungen mit familiären Beziehungen und deren Übertragung in aktuelle Beziehungen stellen für Therapeut\_innen mit psychodynamischer und tiefenpsychologischer Ausrichtung das therapeutische Handwerkszeug dar. Wenn die Patient\_innen keine familiären Ereignisse ansprechen, dann versuchen die Therapeut\_innen, auf sie aufmerksam zu machen, sonst bestehe die Gefahr, dass die Dinge »langweilig« werden, wie eine Therapeutin feststellt:

»Also bei dem einen, da war dann schon – am Anfang war also nur Arbeit, und ich schon so: Oh, das wird ja zäh, wenn das jetzt – dann sind wir Gott sei Dank doch auf so Beziehungsthemen – also das würd' mich schon auch als Therapeutin langweilen, wenn die da – so. Weil natürlich mich natürlich das, Familie und Beziehung, besonders interessieren einfach.« (Therapeutin K., weiblich, 38 Jahre)

Im Gegensatz zu den Narrativen über die Arbeit, werden die Narrative über die Familie nie in Frage gestellt. Mehr noch, sie werden als zentraler Rahmen für das Verständnis der Erkrankung der Patient\_innen reflektiert. Natürlich spielt die »Wahrheit« an sich bei der therapeutischen Behandlung nie eine Rolle, denn nur das, was die Patient\_innen als relevant ansehen, zählt. Interessanterweise findet diese Haltung allerdings nur Anwendung, wenn es um die Familienbiografie der Patient\_innen geht, und dieser biografische Blick, der alle Erfahrungen und aktuellen Erlebnisse in das Paradigma der Familienbiografie einordnet, betrachtet dann folgerichtig auch die »Arbeit« als »Familie«. Die Daten sprechen von »Geschwisterrivalität«, von »mangelnder väterlicher Anerkennung« oder »fehlender mütterlicher Liebe«. Ganze Organisationsstrukturen werden durch diese Brille gesehen und dienen dazu, die Erzählung entsprechend einer bestimmten Familienbiografie zu etablieren. Moderne Arbeitsbedingungen, die mit erhöhtem Wettbewerbsdruck und dadurch Rivalität und dominanten Hierarchien

einhergehen, werden nicht als solche gedeutet, sondern als Merkmal der Biografie dieser Patient\_innen im Wettbewerb mit einem Geschwisterkind interpretiert. Zahlreiche Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen Gratifikation und Anerkennung und psychischer Gesundheit im Kontext von Erwerbsarbeit (Wilkinson und Pickett 2018; Dirlam und Zheng 2017; Dejours 2006, 2014 und 2015; Dejours und Derranty 2010). In der Logik des biografischen Blicks wird dies als »Sehnsucht nach Anerkennung des inneren Kindes« zurückübersetzt. Das Material zeigt aber noch etwas anderes: Die Therapeut\_innen folgen in ihren Deutungen einem impliziten Familienideal, das sie aufgrund ihrer eigenen familiären biografischen Erfahrungen entwickeln (Reich 1984), und dieses Ideal folgt implizit einer heteronormativen Matrix (vgl. Eribon 2017). Anerkennung wird stark geschlechtsspezifisch binär codiert und betrifft dann vor allem Väter. Der »väterliche Blick« wird dabei zur zentralen Angelegenheit für die Suche nach Anerkennung in der Kindheit. Die Beschreibung eines Therapeuten in einer Supervisionssitzung veranschaulicht dies. Er spricht von einem 35-jährigen Patienten, der als Mitarbeiter des Bodenpersonals für eine Fluggesellschaft in München tätig ist und einen sehr autoritären Vorgesetzten hat, der manchmal sogar körperlich übergriffig wird. Während der Patient versucht, gedanklich die Gewerkschaft zur Lösung seiner Probleme einzubeziehen, geht die Interpretation des Therapeuten in eine andere Richtung:

»[...] und es er hat halt gar keine Möglichkeit in dem Moment wo er dann in diese Be-, ich denke mal Vaterübertragung, sehr dominant, er dann so devot rutscht, also da Abstand zu nehmen und das zu betrachten von, von ner anderen Perspektive. Also irgendwie vielleicht zu sehen, dass dieser Mann [der Vorgesetzte, S. F.] ja vielleicht total überfordert ist und deswegen so dominant. Also das gelingt ihm dann gar nicht. In dem in diesen Momenten hängt er da fest.« (Therapeut M., männlich, 34 Jahre)

Der Therapeut bezieht sich nicht nur auf seine Vorstellung von einer Vaterübertragung, es schwingen dabei auch Annahmen über idealtypisches altersspezifisches Verhalten mit, die überdies vergeschlechtlicht sind:

»Er kann's halt, ja er kann's nicht auf eine erwachsene Art und Weise machen, ne, ohne dass er eingeschüchtert wird und sich klein fühlt und einfach sich positioniert, [...]. Also er kann's nicht halten, er kann dann schon immer mal wieder und er wehrt sich dann auch mal, ne, aber es ist halt wie so ein kleiner Junge der dann irgendwie mal ein bisschen aufbegehrt und dann aber wieder klein wird.«

Hier wird also die organisationale Ebene in eine familiäre übersetzt und bleibt dann der Sprache der Familie verhaftet. Strukturelle Aspekte, die die Arbeitssituation prägen und sich – wie im Zitat illustriert – in autoritärer Personalführung ausdrücken, werden somit umgedeutet und

übersetzt. Diese impliziten Geschlechternormen zeigen sich in weiteren Beispielen. So wird in einem anderen Fall einem männlichen Patienten, der seine ihn überfordernde Tätigkeit nicht mehr erbringen kann und möchte, ein pathologischer »Versorgungswunsch« und mangelnde rationale Einsicht diagnostiziert. Demgegenüber wird der gleiche Gedanke – die eigene Arbeitsleistung wegen Überforderung nicht mehr erbringen zu können – bei einer Patientin als erster Hinweis auf eine »Besserung« im Hinblick auf zukünftige Abgrenzungsmöglichkeiten gedeutet (vgl. dazu auch die Ergebnisse von Halatcheva-Trapp 2018). Die therapeutische Deutung folgt hier also implizit dem Modell des (männlichen) Normalarbeitsverhältnisses, Wünsche nach Arbeitszeitreduzierung werden für den männlichen Patienten dementsprechend als pathologisch interpretiert, während es für die weibliche Patientin als gesund und ratsam gilt, kürzer zu treten. Überdies wird in dieser Lesart eine Individualisierung betrieben, wie ein weiteres Beispiel zeigt:

»Wenn er sich immer wieder in der gleichen Rolle befindet, dass die gleiche Situation ihn immer wieder belastet, dann schauen wir uns das einfach an. Was macht *er* da? Was ist *seine* Rolle dabei? Wie verhält *er* sich? Welche Gründe gibt *er* seinem Chef, sich so zu verhalten? Das ist also wirklich oft das Thema [unserer Gespräche, S. F.].« (Therapeutin F., weiblich, 50 Jahre)

Die Therapeutin vermutet hier also eine Wiederholung familialer Erfahrungen, die den Patienten stets aufs Neue in ähnliche Situationen bringen, die bei seinem Gegenüber, hier beim Vorgesetzten, ein entsprechendes Verhalten auslöse. Der Patient steht im Zentrum der Pathologisierung, seine Arbeitssituation hingegen wird nachgeordnet.

## Responsibilisierung und Normalisierung

Die konkreten Persönlichkeitsmerkmale der Patient\_innen werden analysiert, um diese zur Förderung der Resilienz hin zu verändern. Meist drehen sich die psychotherapeutischen Ideen dann um das Thema Grenzen und Grenzziehungen, die im Hinblick auf die Krankenakten offenbar das Allheilmittel darstellen. Arbeit wird in dieser Perspektive als etwas entworfen, von dem man sich »normalerweise« abgrenzen kann; und einem »Grenzen ziehen« werden automatisch gesundheitsförderliche Aspekte zugesprochen. Wenngleich nicht intendiert, kommt diese Responsibilisierung einer Normalisierung der Arbeitsanforderungen gleich. Das Grenzmanagement ist im Fokus, nicht etwa strukturelle Überforderungen. Und auch verhinderte Aneignungen, Entfremdung und sinnlose Arbeit werden nicht thematisiert. Die in der Soziologie prominente These vom Leiden am Postulat der Selbstverwirklichung und seiner gleichzeitigen Verunmöglichung durch heutige Arbeitsverhältnisse findet in diesen Deutungen

keinen Ausdruck. Vielmehr schaffen die Therapeut\_innen gemeinsam das Ideal einer sinnvollen und sich selbst erfüllenden Arbeitsexistenz, ohne über die damit verbundene Milieuspezifität nachzudenken. Es ist ein Arbeitsideal, das wahrscheinlich nicht einmal die Therapeut\_innen selbst als ihre Realität ansehen können.

## Der biografische Blick und veränderte therapeutische Subjekte

Der biografische Blick stellt also, neben den oben dargelegten biologistischen und kulturalistischen Varianten, eine spezifische, psychotherapeutische Variante des medizinischen Blicks dar (Foucault 1969 und 1973) und setzt dabei eine Biografisierung in Gang. Anders als im Konzept der »Biographisierung« von Martin Kohli (1985), der darunter den Auseinandersetzungsprozess der Individuen mit den an sie herangetragenen gesellschaftlichen Aufgaben versteht und der darin der Biografisierung die Aufgabe einer Sinn- und Bedeutungskonstruktion im Sinne eines sozialweltlichen Orientierungsmusters zuweist, stellt das hier dargelegte Biografisierungskonzept stärker die Ausblendung konkreter struktureller und situativer Einbettung der Biografien ins Zentrum. Dies impliziert auch meine Kritik an der nicht nur von den Therapeut\_innen, sondern auch den Sozialwissenschaften etablierten, und freilich vielfach kritisierten, Idee einer Normalbiografie (Lutz, Schiebel und Tuidier 2018). Der Fokus therapeutischer Biografisierung richtet sich dabei auf Erinnerungen an frühe Kindheitserfahrungen und geht von einer permanenten Reaktualisierung dieser Erfahrungen in aktuellen Interaktionen aus. Über die Zeit der therapeutischen Behandlung wird eine biografische Erzählung entworfen, die hauptsächlich auf den Deutungen und Übersetzungen der Psychotherapeut\_innen basiert. Paradoxerweise trägt diese biografische Erzählung dann mit dazu bei, *an sich selbst* zu leiden. Der biografische Blick, unabhängig ob stärker psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch ausgerichtet, folgt der Vorstellung, die Ursachen und relevanten Erklärungen für heutiges Leiden, Verhalten und Gefühle in der eigenen, höchst individuellen biografischen Erfahrung der Herkunftsfamilie zu suchen, nicht in einer je spezifischen aktuellen Arbeitssituation der Einzelnen. Die Herkunftsfamilie wiederum wird dabei ihrer eigenen strukturellen Einbettung entledigt: Die Arbeitsbedingungen der Familienmitglieder sind nicht von Interesse, ebenso wenig wie ihre sozialen Hintergründe, ihr Milieu, ihre möglichen Migrationsgeschichten, ihr potentieller sozialer Auf- oder Abstieg. Die strukturellen Dimensionen der gegenwärtigen Lebensbedingungen der Patient\_innen werden in eine Historiografie der Familienbiografie gerahmt und verschwinden dabei. Dass solcherart strukturelle Bedingungen auch pathogene Effekte haben können, wurde jedoch von Sozialmediziner\_innen und kritischen Epidemiolog\_innen vielerorts betont (Kleinman 1989; Waitzkin 2011; Metzl und Hansen 2014; Holmes 2013).



Ich sehe drei Probleme, die mit dem biografischen Blick der psychotherapeutischen Praxis einhergehen: Erstens gerät die Idee, eine authentische Biografie zu haben, und hier folge ich den Ideen Charles Taylors (1996), zum *monadischen und individualistischen Programm gegenwärtiger Authentizitätsvorstellungen*. Zweitens, und das halte ich für gravierender, wird dabei die Illusion aufrechterhalten, man könne sein Leben tatsächlich als individuelle Lebensgeschichte erzählen, die sich überdies ausschließlich aus den Erfahrungen der *frühen familiären Erlebnisse* speist. Biografie, um es mit Pierre Bourdieu zu formulieren, gerät somit zur Ideologie (1990). Drittens, und dies ist das Spezifikum der biografischen Perspektive der psychotherapeutischen Praxis der Arbeitsgesellschaft, wird im therapeutischen Setting eine pathologische und in diesem Sinn kausale Lebensgeschichte entworfen, die sich im *Spannungsverhältnis von Normalität und Abweichung* bewegt. Letztere wiederum kreist, analog zu Kohlis viel kritisiertem Konzept einer Normalbiografie, um Vorstellungen von »normaler« Familie, »gesunder« kindlicher Entwicklung und ist dabei nicht nur hochgradig heteronormativ, sondern bleibt auch einem sowohl empirisch als auch erkenntnistheoretisch fragwürdigen Konzept der familialen Triade verhaftet. Abschließend möchte ich diese drei Aspekte eingehender beleuchten.

Eine der zentralen Anforderungen westlicher Gegenwartsgesellschaften besteht für den Einzelnen darin, angesichts sich auflösender traditioneller Orientierungen sein Leben als *sein eigenes Leben* zu entwerfen (Rustin 2000). Das Kohärenzgefühl, wie Aaron Antonovsky (1987) es einmal beschrieben hat, wurde zu einer Anforderung moderner individualisierter Gesellschaften. Das Individuum ist also aufgerufen, »eine Biografie zu haben« und das eigene Leben als kohärente Geschichte zu erzählen. Das ideale Subjekt erfüllt dabei sein Potential, findet Sinn im Leben und ist damit vollständig selbstverwirklicht (Illouz 2008). Eine soziologische Erklärung für die Anforderung, das eigene Leben als individuelle Geschichte zu erzählen, liegt also in der zunehmenden Differenzierung, Säkularisierung und Enttraditionalisierung des Lebenslaufs, möchte man modernisierungstheoretisch argumentieren (Fischer und Kohli 1987). Die Verantwortung für eine einzigartige Biografie liegt nun in den Händen der oder des Einzelnen (Chamberlayne, Bornat und Wengraf 2000). Therapeut\_innen präferieren, wie oben gezeigt, ein Ideal sinnbringender und mit Möglichkeiten für Selbstverwirklichung aufgeladener Beschäftigung, ohne über die damit verbundene strukturelle Rahmung dieser Möglichkeiten zu reflektieren. Problematisch für die Patient\_innen in der vorgestellten Studie ist, dass ihre Arbeitsbedingungen es ihnen kaum ermöglichen, in ihrer Arbeit etwas Sinnhaftes zu finden oder sich während der Arbeit selbst zu verwirklichen. Vernachlässigt das therapeutische Ideal die Arbeitsbedingungen und die strukturellen Dimensionen, in die sie eingebettet sind, so erhöht dies die Belastung für bereits leidende

Patient\_innen. Durch einen solchen Entwurf wird die Illusion geradezu befördert, es gäbe die Möglichkeit, das eigene Leben als individuelle Geschichte zu entwerfen. Dieses Dilemma hat Alain Ehrenberg (2004: 277 f.) bereits in seiner Studie über die Genealogie der Depression und die »Müdigkeit man selbst zu sein« erörtert. Er betont ebenfalls: »Wenn, wie Freud dachte, der Mensch neurotisch wird, weil er das Ausmaß des Verzichts, das die Gesellschaft fordert, nicht ertragen kann, so wird er depressiv, weil er die Illusion ertragen muss, dass ihm alles möglich ist.« Diese Illusion wird nun im biografischen Blick geradezu mit erzeugt, wenn man seine normalisierenden und responsabilisierenden Tendenzen miteinbezieht. Vor allem, wenn Menschen nicht in der Lage sind, kohärente Erzählungen über ihre Lebensgeschichte zu erstellen, oder wenn sie das Gefühl haben, dass ihre Geschichten bei der Überprüfung keine Aussagekraft haben, kann dies zu einer existenziellen Krise führen (Neckel 2009). Eine solche Krise wird durch die therapeutische Kultur und damit durch Diskurse über Authentizität und Sinnhaftigkeit meiner Ansicht nach zugespitzt (Petersen 2011). Taylors Analyse zum Wandel der Authentizität wird dadurch bestätigt und paradoxerweise sogar verschärft (Taylor 1996). Er beschreibt, wie das ursprünglich dialogische »Man-selbst-Werden« durch gesellschaftlichen Wandel heute zum individualisierten Programm der Monade geraten ist (vgl. auch Honneth und Sutterlüty 2011). Gerade das dialogisch angelegte therapeutische Setting vermag es also wider Erwarten nicht, eine solche individualistische Tendenz aufzulösen. Im Gegenteil.

Auf einen weiteren problematischen Aspekt der Biografisierung sei hier mit Bourdieu verwiesen, den er der Soziologie selbst im Zuge des *biographical turn* (Chamberlayne, Bornat und Wengraf 2000) vorgeworfen hat, nämlich mitverantwortlich zu sein für eine »biografische Illusion«. Bourdieu wollte dabei vor allem auf einen methodischen Individualismus in den Sozialwissenschaften hinweisen, der die strukturellen Dimensionen von Lebensgeschichten ausblendet (vgl. auch Bude 1985; Nassehi 1992). Er zielt mit seiner Kritik auf Aspekte, die für meine Diskussion der Biografisierung »Sozialen Leidens« in der psychotherapeutischen Praxis anschlussfähig sind: Sein zentraler Kritikpunkt trifft die Idee, dass eine Lebensgeschichte als Einheit und vor allem als Summe der Ereignisse verstanden wird. Dies bringe Biografieforschung methodisch hervor, indem die Biograf\_in ja gerade dazu aufgefordert wird, einer vielleicht alles andere als kohärenten Folge von Ereignissen eine Bedeutung und eine Chronologie zu geben, die sich dann subjektiv als kohärente Geschichte des eigenen Lebens erzählen lässt. Demgegenüber versteht Bourdieu Kohärenz und die Idee einer gerichteten Biografie als »sozial einwandfreies Artefakt« (Bourdieu 1990: 80). Er schreibt:

»Diese Neigung, sich dadurch zum Ideologen seines eigenen Lebens zu machen, daß man im Dienst einer allgemeinen Intention gewisse signifikante Ereignisse auswählt und zwischen ihnen eigene Beziehungen stiftet, um ihnen Kohärenz zu geben – wie die, die ihre Setzung als

etwas, was Ursachen hat oder häufiger als etwas, das auf ein Ziel führt –, findet die natürliche Komplizenschaft des Biographen, der alles, angefangen bei seinen Dispositionen des professionellen Interpreten, dazu beiträgt, diese artifizielle Kreation von Sinn zu akzeptieren.« (Ebd.: 76)

Die narrative Konstruktion der Biografie erweise sich als Illusion und blende überdies systematisch die relevanten strukturellen Einbettungen dieser Sinnzuschreibungen aus. Darüber hinaus, so ein weiterer Punkt, stehen für die vermeintlich individuelle narrative Konstruktion nur je spezifische Erzählschablonen zur Verfügung, mittels deren eine solche Geschichte überhaupt erzählbar wird.

Der Verweis auf die Grenzen des Erzähl- und Symbolisierbaren führt zu meinem dritten Punkt: Mit der Formulierung einer persönlichen Geschichte als Erklärung für das eigene Leiden ist ein normatives Programm verbunden, das mit impliziten Normalitätsannahmen verknüpft ist. Zentral – auch bei den von mir untersuchten therapeutischen Deutungen – ist dabei die Rolle der Herkunftsfamilie, die hier im triadischen Setting einer heterosexuellen Kleinfamilie konzipiert wird. Aus dieser leiten sich dann in der Krankheitslehre pathologische Fehlentwicklungen ab und dies, wie ich zeigen kann, unabhängig vom therapeutischen Paradigma eines »dysfunktional erlernt«, wie es die kognitive Verhaltenstherapie verstehen würde, oder »einer stark ausgeprägten Vaterübertragung«, wie es psychodynamisch ausgerichtete Psychotherapeut\_innen interpretieren. Diese vergeschlechtlichten Normalitätsvorstellungen gehen einher mit grundlegenden Annahmen über eine gelungene oder misslungene kindliche Entwicklung. Zentraler Bezugspunkt ist dabei die familiäre Triade (Sutterlüty und Mühlbacher 2018). Die Entwicklung des Kindes und seine psychische Struktur werden demnach von nichts anderem derart geprägt wie von den Bindungen an und den Konflikten mit exakt zwei Personen, einer Mutter und einem Vater, die sich überdies auch noch ihren Geschlechterrollen gemäß zu verhalten haben, zumindest wird die in der Therapie gedeutete Abweichung von diesen Rollen als pathogene Ursache für das Leiden der Patient\_innen identifiziert. Die Arbeitssituation wird vor dem Hintergrund dieses Triadismus gedeutet. Somit werden arbeitssituative Konflikte psychotherapeutisch umgedeutet zu Konflikten, die aus der frühen Kindheit stammen und auf die Arbeitssituation übertragen werden. Der Anspruch auf Gratifikation gerät dann zum Wunsch nach mütterlicher oder väterlicher Anerkennung und Liebe, das Erleben demütigender Behandlung durch Vorgesetzte wird als Vaterübertragung gedeutet usw.

Auch die soziologische Biografieforschung hat diese Kritikpunkte aufgenommen und begreift Lebensgeschichte nun vielmehr als identitätsstiftende narrative Konstruktionsleistung, die jeweils die individuelle Lösung eines gesellschaftlichen Problems darstellt, an der sich gerade

die Bezugnahme auf solche Schablonen gut ablesen lässt (Lutz, Schiebel und Tuidier 2018). Wenngleich also Bourdieus Kritik auf die gegenwärtige Biografieforschung nicht mehr zutrifft und er sich selbst in seinen späteren Arbeiten durchaus sozioanalytisch als Biograf betätigt hat, ist sie für die Biografisierung im Rahmen des biografischen Blicks der Psychotherapie nach wie vor zutreffend. Die dargelegten Probleme des biografischen Blicks haben konkrete Folgen für die Selbstverhältnisse der Patient\_innen, sie bringen neue therapeutische Subjekte hervor (Rose 1999), die eine starke Selbstreferentialität anstelle einer therapeutisch geforderten Selbstreflexivität aufweisen (Flick 2013 und 2019). Geht man davon aus, dass sich ohnehin eine zunehmende Kultur der Responsibilisierung und in dieser auch der Selbstbeichtigung etabliert, so trägt die gegenwärtige psychotherapeutische Biografisierung von Arbeitsleid zumindest nicht dazu bei, dieser etwas entgegenzusetzen.

## Literatur

- Adorno, Theodor W. 1955: Zum Verhältnis von Soziologie und Psychologie, in: *Sociologica*. Aufsätze, Max Horkheimer zum 60. Geburtstag gewidmet. Frankfurter Beiträge zur Soziologie. Band 1. Hg. von Theodor W. Adorno und Walter Dirks. Frankfurt a. M.: Europäische Verlagsanstalt, 11–45.
- Alexander, Franz 1950: *Psychosomatic Medicine*. New York: Norton.
- Alsdorf, Nora, Ute Engelbach, Sabine Flick, Rolf Haubl und Stephan Voswinkel 2017: *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung*. Bielefeld: transcript.
- Antonovsky, Aaron 1987: *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Berg, Marc und Geoffrey Bowker 1997: *The Multiple Bodies of the Medical Record. Towards a Sociology of an Artefact*, in: *The Sociological Quarterly* 38. 3, 513–537.
- Bourdieu, Pierre 1990 [1986]: *Die biographische Illusion*, in: *BIOS* 3. 1, 75–81.
- Brown, Brian, Peter Nolan, Paul Crawford und Alison Lewis 1996: *Interaction, Language, and the »Narrative Turn« in Psychotherapy and Psychiatry*, in: *Social Science and Medicine* 43. 11, 1569–1578.
- Bude, Heinz 1985: *Der Sozialforscher als Narrationsanimateur. Kritische Anmerkungen zu einer erzähltheoretischen Fundierung der interpretativen Sozialforschung*, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 37. 2, 327–336.
- Cain, Maureen 1983: *The General Practice Lawyer and the Client. Towards a Radical Conception*, in: Robert Dingwall und Philip Lewis (Hg.): *The Sociology of the Professions. Lawyers, Doctors and Others*. London: Macmillan, 106–130.
- Callon, Michel 1984: *Some Elements of a Sociology of Translation. Domestication of the Scallops and the Fishermen of St. Brieuc Bay*, in: *The Sociological Review* 32. 1, 196–233.
- Chamberlayne, Prue, Joanna Bornat und Tom Wengraf (Hg.) 2000: *The Turn to Biographical Methods in Social Science*. London: Routledge.

- Clarke, Adele E., Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket und Jennifer R. Fishman 2003: Biomedicalization. Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine, in: *American Sociological Review* 68. 2, 161–194.
- Davies, James 2009: *The Making of Psychotherapists. An Anthropological Analysis*. London: Karnac Books.
- Dejours, Christophe 2006: Subjectivity, Work, and Action, in: *Critical Horizons* 7. 1, 45–62.
- Dejours, Christophe 2014: Work and Self-development. The Point of View of the Psychodynamics of Work, in: *Critical Horizons* 15. 2, 115–130.
- Dejours, Christophe 2015: *Le choix. Souffrir au travail n'est pas une fatalité*. Montrouge: Bayard Culture.
- Dejours, Christophe und Jean-Philippe Derranty 2010: The Centrality of Work, in: *Critical Horizons* 11. 2, 167–180.
- Dirlam, Jonathan und Hui Zheng 2017: Job-Satisfaction Developmental Trajectories and Health. A Life Course Perspective, in: *Social Science and Medicine* 178, 95–103.
- Ehrenberg, Alain 2004 [1998]: *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. Frankfurter Beiträge zur Soziologie und Sozialphilosophie. Band 6. Übers. von Manuela Lenzen und Martin Klaus. Frankfurt a. M. und New York: Campus.
- Engel, George L. 1977: The Need for a New Medical Model. A Challenge for Biomedicine, in: *Science* 196. 4286, 129–136.
- Engelbach, Ute, Sabine Flick und Nora Alsdorf 2018: Erwerbsarbeit und psychische Erkrankung – eine soziologisch-psychodynamische Untersuchung, in: *Psychotherapie im Dialog* 3. 19, 70–74.
- Eribon, Didier 2017 [2005]: *Der Psychoanalyse entkommen*. Übers. von Brita Pohl. Wien: Turia + Kant.
- Fischer, Wolfram und Martin Kohli 1987: Biographieforschung, in: Wolfgang Voges (Hg.): *Methoden der Biographie- und Lebenslaufforschung*. Opladen: Leske + Budrich, 25–49.
- Flick, Sabine 2013: *Leben durcharbeiten. Selbstsorge als Perspektive der Arbeitsforschung*. Frankfurt a. M. und New York: Campus.
- Flick, Sabine 2019: The Biographical Gaze. Psychotherapeutic Practice in Psychosomatic Hospitals in Germany, in: *Social Science and Medicine* 230, 83–90.
- Foucault, Michel 1968 [1954]: *Psychologie und Geisteskrankheit*. Übers. von Anneliese Botond. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Foucault, Michel 1969 [1961]: *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Übers. von Ulrich Köppen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Foucault, Michel 1973 [1963]: *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Übers. von Walter Seitter. München: Hanser.
- Freidson, Eliot 1986: *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: Chicago University Press.
- Furedi, Frank 2003: *Therapy Culture. Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*. New York: Routledge.

- Garfinkel, Harold 1967: »Good« Organizational Reasons for »Bad« Clinical Records, in: ders. (Hg.): *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 186–207.
- Gildemeister, Regine 1995: Kunstlehren des Fallverstehens als Grundlage der Professionalisierung sozialer Arbeit, in: Michael Lanhanky (Hg.): *Verständigungsprozesse der Sozialen Arbeit. Beiträge zur Theorie- und Methodendiskussion*. Hamburg: Agentur des rauhen Hauses.
- Goffman, Erving 1972 [1961]: *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hak, Tony 1992: *Psychiatric Records as Transformations of Other Texts*, in: Graham Watson und Robert M. Seiler (Hg.): *Text in Context. Contributions to Ethnomethodology*. London: Sage.
- Halatcheva-Trapp, Maya 2018: Rationalität und Relationen. Zum Verhältnis von Weiblichkeit und Mütterlichkeit aus wissenssoziologisch-diskursanalytischer Perspektive, in: Antje Langer, Claudia Mahs und Barbara Rendtorff (Hg.): *Weiblichkeit – Ansätze zur Theoretisierung. Jahrbuch Frauen- und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft 14*. Opladen: Barbara Budrich, 125–135.
- Herzog, Wolfgang, Manfred E. Beutel und Johannes Kruse 2013: *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute. Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland*. Stuttgart: Schattauer.
- Hess, Allen K. 2008 [1980]: *Psychotherapy Supervision. A Conceptual Review*, in: Allen K. Hess, Kathryn D. Hess und Tanya H. Hess (Hg.): *Psychotherapy Supervision. Theory, Research, and Practice*. Hoboken: Wiley, 3–22.
- Holmes, Seth M. 2013: *Fresh Fruit, Broken Bodies. Migrant Farmworkers in the United States*. Berkeley: University of California Press.
- Honneth, Axel und Ferdinand Sutterlüty 2011: Normative Paradoxien der Gegenwart – eine Forschungsperspektive, in: *WestEnd. Neue Zeitschrift für Sozialforschung* 8. 1, 67–85.
- Illouz, Eva 2008: *Saving the Modern Soul. Therapy, Emotions, and the Culture of Self-Help*. London: University Press Group.
- Johnson, Joy L., Joan L. Bottorff, Annette J. Browne, Sukhdef Grewal, B. Ann Hilton und Heather Clarke 2009: *Othring and Being Othring in the Context of Health Care Services*, in: *Health Communication* 16. 2, 255–271.
- Kirmayer, Laurence J., Ana Gomez-Carrillo und Samuel Veissière 2017: *Culture and Depression in Global Mental Health. An Eco-Social Approach to the Phenomenology of Psychiatric Disorders*, in: *Social Science and Medicine* 183, 163–168.
- Kleinman, Arthur 1988: *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*. New York: Free Press.
- Kleinman, Arthur 1989 [1988]: *The Illness Narrative. Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kohli, Martin 1985: Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 37, 1–29.
- Kuckartz, Udo 2012: *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel: Juventa.
- Lasch, Christopher 1980 [1979]: *Das Zeitalter des Narzißmus. Übers. von Gerhard Burmundt*. München: Steinhausen.

Lee, Nan-Nan 2014: Sublimated or Castrated Psychoanalysis? Adorno's Critique of the Revisionist Psychoanalysis. An Introduction to »The Revisionist Psychoanalysis«, in: *Philosophy and Social Criticism* 40. 3, 309–338.

Luhrmann, Tanya M. 2001: *Of Two Minds. An Anthropologist Looks at American Psychiatry*. New York: Vintage Books.

Lutz, Helma, Martina Schiebel und Elisabeth Tuider (Hg.) 2018: *Handbuch Biographieforschung*. Wiesbaden: Springer.

McLaren, Niall F. 2002: The Myth of the Biopsychosocial Model, in: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36. 5, 701–703.

Metzl, Jonathan M. und Helena Hansen 2014: Structural Competency. Theorizing a New Medical Engagement with Stigma and Inequality, in: *Social Science and Medicine* 103, 126–133.

Nassehi, Armin 1992: Zwischen Erlebnis, Text und Verstehen. Kritische Überlegungen zur »erlebten Zeitgeschichte«, in: *BIOS* 5. 2, 167–172.

Neckel, Sighard 2009: Achtungsverlust und Scham, in: ders. (Hg.): *Die Macht der Unterscheidung. Essays zu einer Kultursoziologie der Gesellschaft*. Frankfurt a. M. und New York: Campus, 92–109.

Orlinsky, David E. 2008: Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung. Eine Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 58. 9–10, 345–354.

Orlinsky, David E. und Helge Ronnestad 2005: *How Psychotherapists Develop. A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington: American Psychological Association Press.

Petersen, Anders 2011: Authentic Self-Realization and Depression, in: *International Sociology* 26. 1, 5–24.

Reich, Günter 1984: Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten und Beratern, in: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 33. 2, 61–69.

Rose, Nicolas S. 1999 [1990]: *Governing the Soul. The Shaping of the Private Self*. London: Free Association Books.

Rustin, Michael 2000: Reflections on the Biographical Turn in Social Science, in: Prue Chamberlayne, Joanna Bornat und Tom Wengraf (Hg.): *The Turn to Biographical Methods in Social Science*. London: Routledge, 13–52.

Schütze, Fritz 1993: Die Fallanalyse. Zur wissenschaftlichen Fundierung einer klassischen Methode der Sozialen Arbeit, in: Thomas Rauschenbach, Friedrich Ortmann und Maria-Elenora Karsten (Hg.): *Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit*. Opladen: Leske + Budrich, 191–221.

Spivak, Gayatri Chakravorty 1985: The Rani of Sirmur. An Essay in Reading the Archives, in: *History and Theory* 24. 3, 247–272.

Steinhäuser, Theresa, Lily Martin, Ulrike von Lersner und Anna Auckenthaler 2014: Konzeptionen von »transkultureller Kompetenz« und ihre Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Ergebnisse eines disziplinübergreifenden Literaturreviews, in: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 64. 09/10, 345–353.

- Strauss, Anselm und Juliet Corbin 1994: Grounded Theory Methodology. An Overview, in: Norman Denzin und Yvonna Lincoln (Hg.): Handbook of Qualitative Research. London: Sage, 273–284.
- Strauss, Anselm L., Leonard Schatzman, Rue Buckner, Danuta Ehrlich und Melvin Sabshin 1964: Psychiatric Ideologies and Institutions. London: The Free Press.
- Strong, Tom und Don Zeman 2007: »Othering« and »Selving« in Therapeutic Dialogue, in: European Journal of Psychotherapy und Counselling 7. 4, 245–261.
- Sutterlüty, Ferdinand und Sarah Mühlbacher 2018: Wider den Triadismus, in: WestEnd. Neue Zeitschrift für Sozialforschung 15. 2, 119–137.
- Taylor, Charles 1996 [1989]: Quellen des Selbst. Übers. von Joachim Schulte. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Waitzkin, Howard 2011: Medicine and Public Health at the End of Empire. London: Routledge.
- Watkins, C. Edward 2012: Contemporary Visions of Psychotherapy Supervision. Sharing Perspective, Identifying Need, and Charting Possibility, in: Journal of Contemporary Psychotherapy 42. 3, 125–127.
- Wilkinson, Richard und Katie Pickett 2018: The Inner Level. How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity, and Improve Everyone's Well-Being. London: Penguin.
- Willems, Herbert 1994: Psychotherapie und Gesellschaft. Voraussetzungen, Strukturen und Funktionen von Individual- und Gruppentherapien. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Witzel, Andreas und Herwig Reiter 2012: The Problem-Centered Interview. London: Sage.
- Wolff, Stephan 2000: Dokumenten- und Aktenanalyse, in: Uwe Flick, Ernst v. Kardorff und Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 502–513.
- World Health Organization (WHO) 2018: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 11th Revision. <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>>.
- Zipfel, Stephan, Wolfgang Herzog, Johannes Kruse und Peter Henningsen 2016: Psychosomatic Medicine in Germany. More Timely than Ever, in: Psychotherapy und Psychosomatics 85. 5, 262–269.