Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 40 (2014)
Heft: 1

Artikel: Komorbidität in der Angehörigenarbeit
Autor: Spohn, Andreas
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800088

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Komorbidität in der Angehörigenarbeit

In der Angehörigenarbeit im Umfeld Sucht geht es um diverse Angehörigkeiten zu abwesenden «Hauptdarstellern». Es fehlt nicht nur die konsumierende Person, auch scheint Sucht eine Krankheit zu sein, der die sonst zentrale Herleitbarkeit und Achtbarkeit fehlen. Vor allem aber ist oft eine andere psychiatrische Krankheit Kern der von Angehörigen vorgetragenen Probleme. An diesem Punkt kann die Beratung sehr konkret Vorannahmen validieren, eine professionelle Abklärung anregen und Ideen zur Überwindung der Abwehrhaltung an die Hand geben.

Andreas Spohn
M.A., Heilpraktiker für Psychotherapie, ada-zh / Beratungszentrum Umfeld Sucht, Seefeldstrasse 128, CH-8034 Zürich, Tel. +41 (0)443 84 80 10, andreas.spohn@ada-zh.ch, www.ada-zh.ch

Schlagwörter: Komorbidität | Angehörige | Beratung | Ambivalenz |

Die Dinge in anderem Licht sehen

Die Angehörigenarbeit im Suchtbereich hat nicht nur im Sonderfall, sondern im Regelfall mit einigen – möglicherweise die Führung übernehmenden – Begleitphänomenen zu tun. Bereits die Hilfe suchenden Angehörigen selbst sind ja oft so etwas wie «Ko-ProblemträgerInnen». Nimmt man etwa die Beziehung Arzt/Ärztin – krankheitsbewussteR PatientIn als Standard, so birgt demgegenüber die Beziehung AngehörigenberaterIn - AngehörigeR diverse Abweichungen:
Im Erstgespräch gibt es vor allem keine bekennenden ProblemträgerInnen, auch wenn in der Fremdbeurteilung durch Angehörige der Augenschein aktueller Exzesse durchaus PatientInnen konstruiert. Gemäss der regelmässig zu kurz kommenden Beurteilung eigener Sorgen belastet allenfalls, dass daraus nicht einfach Konsequenzen gezogen werden können. Jim Orford, Vertreter der «Community Psychology», nennt die hier zu Grunde liegenden, für die Angehörigen so schwer lösbaren systemischen Zwickmühlen «Addiction dilemmas».[1]
Schuld am Eiertanz ist auch der Krankheitsstatus der Sucht, die, will man sie nicht am Rausch oder (anderen medizinischen und sozialen) Folgeerscheinungen festmachen, ohne klare Ätiologie und ohne Plus/Minus-Symptomatik die üblichen Grenzen zwischen Norm und Abweichung in Frage stellt. Ganz auf der Linie vieler Süchtiger liegt dann die Argumentation, es gäbe also gar keine Krankheit, höchstens eine in Notlagen aufkommende Stresssymptomatik.[2]

Im Lichte zeitgemässer Diagnostik betrachtet ist die Sucht nicht einmal eine solche «heimliche Krankheit». Denn im Zuge der verstärkten Berücksichtigung von Komorbiditäten seit den 1990ern wird häufiger abgeklärt, ob die Auffälligkeiten der mittels Drogen erhaltenen Scheingesundheit des oder der Süchtigen nicht auch als psychiatrische Störungen interpretiert werden können. Studien zeigen, dass dies mehrheitlich zutrifft – v.a. Persönlichkeitsstörungen (50-90%), Depressions- und Angstkrankheiten (20-60%), sowie Psychosen (15-20%) werden nun fast immer als Grund-, Mit- oder Folgekrankheit mitdiagnostiziert.[3]
Auch wenn zu den Interdepenzen zwischen Sucht und Ko-Krankheit noch geforscht wird, integrative Behandlungsangebote nicht überall Standard sind,[4] vermag die Angehörigenarbeit überhaupt zum Aufbruch zu neuen Behandlungszielen animieren – eingeleitet über eine Sensibilisierung für Komorbidität.

Wie eine Ko-Krankheit die «Zweite Krankheit» mildern kann

Hinter der Sucht bzw. hinter ihr und der psychischen Ko-Krankheit verursacht oft soziale Ächtung, die von Asmus Finzen so genannte «Zweite Krankheit», enormen Stress. Sie ist gewissermassen die stets vorhandene erste Begleitkrankheit der Betroffenen und die Hauptkrankheit der Angehörigen.
Was macht «man» in einer solchen Situation? Was, wenn «man» loyal sein soll, «man» aber auch Grenzüberschreitende in die Schranken weisen soll? Dieses «Man» fordert vielstimmig, schreckt vor Doppelbindungen nicht zurück, malt gar passende Sanktionen bei Nichtbefolgen aus, ist in all dem sehr konkret – und bleibt doch anonym. Wenigstens die vernünftige, lebensbejahende Stimme innerhalb dieses Konstrukts wird fassbarer in Wedekinds Frühlingserwachen, wo sie faszinierend in der Rolle des «vermummten Herrn» verkörpert ist.[5]
Unter den diversen Einordnungsproblemen bei Aufnahme der Sitzungen mit Angehörigen empfiehlt es sich, den Fokus auch auf den Umgang mit besserem Wissen zu legen. Die kulturphilosophischen Studien Robert Pfallers zu grundlegenden Formen der Einbildung bieten ein hierfür passendes Konzept der Ambivalenz.[6]
Im Kern handelt es von zivilisierten bzw. reifen Neubewertungen durch das «Man», die aus ehemalig normalen Überzeugungen und Ritualen verächtliche, stigmatisierungswürdige Dummheiten machen, sei es primitive Naturvergötterung, riskanter Drogenkonsum oder blinde Loyalität. Im Grunde liefert Pfaller so auch einen Beitrag zur antiken Diskussion um die Akrasie (Willensschwäche), die nun nicht mehr als Wissenslücke erscheint, sondern als eine Art autonomer «Wille-zur-Inkonsequenz». Diese Verleugnung des besseren Wissens setzt sich v.a. von Verpflichtungen gegenüber der Stigma-Instanz der unterstellten Normalität des «Man» ab. Diese Instanz vermeint die Vernünftigen, wie

auch die Unvernünftigen gut zu kennen: Die Fremdscham über einen konstruierten inkonsequenten anderen, der sich in bestem Wissen und Gewissen Flausen überlässt, wird so zu einem gut verfügbaren, die Selbstachtung befeuernden Gebrauch der Lüste. Dies aber gerade dann, wenn man selbst, es eigentlich besser wissend, in die Rolle jenes als idiotisch abgewerteten anderen schlüpft – was dann die Selbststigmatisierung befeuert.
Die Möglichkeitsbedingung bzw. der «Enabler» der Sucht wäre in dieser Perspektive auch der innere «Idiot», der vernünftig genug war, die Wahl zu haben (und also bei Belehrungen am ehesten die Ohren schliesst), sich aber für das Abgewertete entscheidet und so unterhalb seiner Möglichkeiten agiert. Besonders Abhängige scheint hier kein Double-bind zu lähmen, wenn sie wie Spieler die Einsätze auf der Seite der Inkonsequenz erhöhen. Der Wetteinsatz: ihre Würde bzw. ein Ausbruch der «Zweiten Krankheit».
Bei den als Begleitpathologien in Betracht kommenden Störungen hingegen verbietet sich die Annahme einer solchen gewollten Selbstdistanz. Persönlichkeitsgestörte, PsychotikerInnen oder Depressive mögen tragischen Ernst aufbieten, aber ohne spielerische Distanz und Wahlfreiheit.
Auf Slogans gebracht gäbe es also das Normale («denn sie tun, was sie wollen und was sie wissen»), das inkonsequent Abweichende («denn sie wollen nicht und tun nicht das, was sie eigentlich wissen») sowie das befremdende Abweichende ohne Wahl («denn sie wissen und/oder wollen nicht, was sie tun»). Wer die Wahl hat (und dennoch inkonsequent, gegen besseres Wissen agiert),[7] der hat die Qualen der Selbstverletzenden. Diese werden auch faktisch – so entsprechende Statistiken – am stärksten stigmatisiert.[8]
Dass mit der Berücksichtigung einer weniger auf Compliance angewiesenen psychiatrischen Krankheit die Attribuierung auf einen inkonsequenten Willen wegfällt, wirkt sich natürlich auf die Angehörigen aus. Mit dem «Beleuchtungswechsel», dem Spotlight auf einer eher dem Willen entzogenen Störung, verlieren die Bedenken an Gewicht, dass «man» rundweg allen Verhaltensweisen des anderen gegenüber tolerant sein sollte. Bei den Konsumierenden mag es Erleichterung hervorrufen – oder aber ein Verhalten, das sich anschickt zu beweisen, dass sie «auch anders können».

Einleitung einer möglichen Komorbiditätsdiagnose: Angehörige als InformantInnen und als zu Informierende

Im Austausch zwischen den Angehörigen und den Beratenden liegen potentiell lebensweltliche (Langzeit-)Beobachtungen eines Einzelfalls und fallübergreifendes Wissen um typische Komorbiditäten zur gegenseitigen Ergänzung vor.

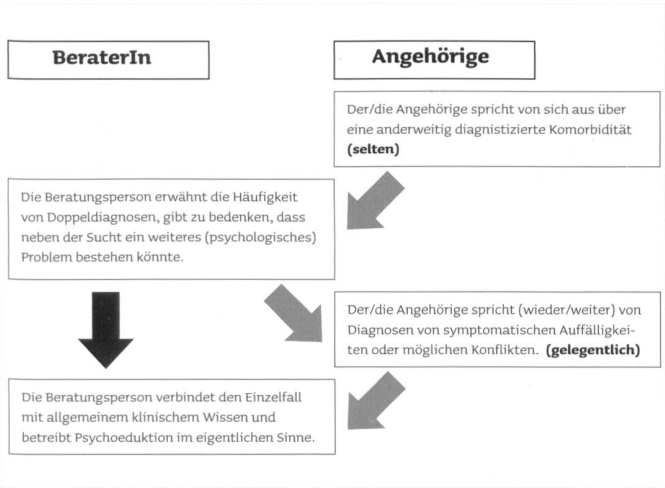

Abb. 1: **Timing der Psychoedukation zur Komorbidität in der Angehörigenberatung.**

Die Frage nach dem Umgang mit besserem Wissen auf Seiten der Konsumierenden lässt sich auch als Frage nach ihrer Wahlfreiheit bei probeweisem Durchspielen alternativer Diagnosen ins Spiel bringen. Von BeraterInnenseite sollte möglichst früh, bei längeren Beratungen auch insistierend, über die hohe Wahrscheinlichkeit einer Doppeldiagnose informiert werden. Denn das Wissen um damit angezeigte differierende Behandlungsstrategien ermächtigt Angehörige zu einem passenderen Umgang mit der Situation. Neben der bisweilen ohne Reaktion bleibenden Unterrichtung bei Konsultationsaufnahme mag es sich auch anbieten, der Psychoedukation[9] überhaupt mehr Raum zu geben und ggfs. auch den/die Konsumenten/-in miteinzuladen. Nach der Aufklärung zu typischen Krankheits-«Paarungen», Verläufen und Behandlungen stehen die vermeintlichen Suchtsymptome leicht für eine andere Störung.
Gut nachzuvollziehen ist etwa das Beispiel einer unter Leidensdruck begonnenen Selbstmedikation per Droge, welche die irritierenden Beschwerden der unerkannten psychiatrischen Grundstörung nicht nur nicht löst, sondern durch eine nun hinzukommende Störung verschleiert. Denn natürlich ziehen in der Wahrnehmung der Gesamtsymptomatik v.a. die Konsumindizien die Aufmerksamkeit auf sich. Psychoedukation kann also bei den Angehörigen (und den Betroffenen) eine Infragestellung der Vorannahmen bewirken. Durch eine Korrektur etwaiger Vorurteile treten neue therapeutische, auch medikamentöse Machbarkeiten in den Vordergrund.

Und nun? - Handlungsstrategien für «zu Hause»

1) Ressourcenorientierte und/oder «investigative» Beziehungsarbeit

Auch wenn sich der/die Angehörige nun zur Wahlfreiheit und zu einem erweiterten Rahmen von therapeutischen Machbarkeiten Gedanken macht, ist der häufigste Grund der Konsultation: die Frage nach dem Umgang mit konsum- und/oder anderweitig störungsbedingten Besonderheiten in der Beziehung mitnichten vom Tisch.
Für die notorische Angehörigen-Frage «verständnisvoll oder konfrontativ?» gibt es keine Pauschalantwort, nur eine fallbezogene Präzisierung, irgendwo zwischen «verständnisvoll mit Zug zur Problematisierung» und «konfrontativ mit Hintersinn».
Die aktuelle Welle der Psychologie setzt auf ein intersubjektives Validieren der Symptome, mit der Absicht, einen verkümmerten Willen herauszukitzeln. Sie steht damit in der Tradition antiker Lebenskunst, dergemäss der Wille gar nicht anders kann, als das beste, allenfalls noch zu erinnernde Wissen umzusetzen. Was in der Suchttherapie die Aktivierung des rechten Wollens bzw. die Aufhebung des inkonsequenten Vergessens durch Motivational Interviewing ist, leistet in die Angehörigenarbeit verlängert das daraus abgeleitete CRAFT-Programm – mit den Angehörigen als angeleiteten «HometrainerInnen».[10]
Die Angehörigen werden unterstützt, durch motivierende Kommunikation und umlernförderndes Verhalten insbesondere die Beziehung in die Waagschale zu werfen. «Der Ton macht die Musik» könnte technisch das Motto lauten – dementsprechend macht der Interaktionsstil den Unterschied, wenn Interventionen fruchten sollen. Was bedeutet, dass die Angehörigen in Bezug auf die heissen Themen Gefühl und Ausdruck trennen, das häufige Einsteigen ins Rechthaben bzw. das stumme Bedenken des Konsumierenden nur nachdoppelnde Besserwissen unterlassen und somit frei vom «High expressed emotion»[11] – Interaktionsstil agieren. Hier vermag ein wohlbegründeter Verdacht auf eine Begleitkrankheit das Zünglein an der Waage werden, um die Souveränität des Konsumentscheids in Frage zu stellen und die Aufnahme einer Therapie attraktiver zu machen.

Schwierig wird dieser Ansatz, wenn das Geniessen-durch-Inkonsequenz ganz in die Haltung übergegangen ist. Dann wird

aus dem exklusivsten Zugang des Angehörigen für gutgemeintes Motivieren nur eine kurze Irritation auf dem Kampffeld für Deutungshoheiten, wo einE «InkonsequenteR» weiter nur Angriffe von «HeuchlerInnen» oder «Uneingeweihten» wahrnimmt (und umgekehrt). Sofern die Entscheidung gegen das bessere Wissen schon zum Charakter gehört, Aussagen wie «Der Letten war meine beste Zeit» oder «Mein Vergnügen ist mir wichtiger als die Beziehung» kolportiert werden, kann auch ein subtiles Konfrontieren nahegelegt werden.[12] Eine Anleitung hierfür liefert der irische Psychoanalytiker Rik Loose, der für eine Auflösung der Doppeldiagnose in der süchtigen Grundstruktur der Subjekte plädiert. Loose bürstet das schulübergreifende Ambivalenzmodell Pfallers gewissermassen auf eine Psychoanalyse, welche die Störungsbilder der kategorialen Diagnostik allesamt als Umgangsweisen mit einem zweiten Willen auffasst – er konturiert so quasi eine Mono-Morbidität. Sofern die Angehörigenberatung wiederum die Angehörigen als ideale AgentInnen auf die Mission einer ins Private verlängerten Suchtarbeit schickt, fungiert sie nach Loose nun nicht mehr als Ausbildungsstätte für MotivationstrainerInnen, sondern für AnalytikerInnen einer versteckten Angst. Den Angehörigen sollte zunächst nahegelegt werden, das «idiotische Geniessen» des Willens-zur-Inkonsequenz als soziales Symptom einer Angst vor dem Scheitern bei konsequent vernünftigem Verhalten aufzufassen. Damit gehe es dann weniger um positiv-psychologische Trainings, sondern darum, die negative Grundhaltung genauer anzuschauen, speziell ein Fehlen von Skrupeln und von Selbstfürsorge. Immer dann, wenn in der Beziehung die Souveränität der Haltung gespielt scheint, soll auch auf blossen Verdacht hin zu verstehen gegeben werden, dass hier Angst im Spiel ist. Auch ohne explizit gestellte Frage geschieht dies idealerweise in Form einer Antwort (und nicht in Form von im weitesten Sinne schnell Konsumierbarem!). Als Reaktion etwa auf ein besonders grosses Blumenbouquet zum Jubiläumstag einer ansonsten verblühten Ehe könnte diese lauten: «Wenn Du sagst, dass ich mich doch mehr freuen sollte, meinst Du vielleicht, dass ich von Dir nichts anderes erwarten darf als Deine Art von vorkalkuliertem Vergnügen. Traust Du Dir nicht zu, mich zu überraschen?».[13]

2) Empfehlung spezifischer Behandlungen

Sofern die vorgeschlagenen Interventionen verfangen, sollten die Angehörigen den Schwung mitnehmen und die Konsumierenden zu konkreten Handlungsschritten führen. Um ihnen etwas an die Hand zu geben, vermittelt die Angehörigenberatung daher Adressen klinischer oder anderweitig fürsorglicher Einrichtungen. Dort kann dann die so wichtige professionelle Abklärung erfolgen, welche die Rolle komorbider Störungen eruiert. In der Schweiz gibt es eine Reihe von Kliniken mit integrierten Behandlungen für komorbide Störungen – neben «Spezialisten» sind dies v.a. grössere Kliniken.

Meist kommt ein stationärer Aufenthalt aber nicht in Betracht, weshalb in den ada-zh-Beratungen zunächst die Indikation auf eine Behandlungsaufnahme beim Koorperationspartner, der ARUD (Zentren für Suchtmedizin), geprüft wird. Die dortige ambulante Suchtarbeit versteht sich vom Anfang der Abklärung an als Komorbiditätsbehandlung.

Was also kann Angehörigenarbeit, wie sie bei der ada-zh angeboten wird, bewirken? Es sind eine Reihe von Veränderungen: den Angehörigen wird zunächst anheimgestellt, die beobachteten Symptome als Komorbidität neu einzuordnen. Weihen sie die Konsumierenden in ihre Überlegungen ein, wird bei diesen eine signifikante Reaktion wahrscheinlich. Wenn daneben ein reflektierter Umgang mit dem Problemverhalten initiiert wird, steigen die Chancen, dass konkrete Veränderungen angegangen werden.●

Literatur

Barth, V. (2011): Sucht und Komorbidität. Grundlagen für die stationäre Therapie. München: Ecomed Medizin.

Fink, A./Hämmig, R. (2005/2007): Drogenabhängigkeit. Geläufige psychiatrische Probleme. Basel: Karger.

Kläusler-Senn, Ch./Stohler, R. (2012): Angehörige und Sucht: Zeit für einen Perspektivenwechsel. SuchtMagazin 33(1): 5-10.

Loose, R. (2011): Modern symptoms and their effects as forms of administration: a challenge to the concept of dual diagnosis and to treatment. S. 1-37 in: Y. Goldman-Baldwin/K. Malone/Th. Svolos (Hg.), Lacan and addiction. London: Karnac.

Lüscher, K. (2010): «Homo ambivalens»: Herausforderung für Psychotherapie und Gesellschaft. Psychotherapeut 55: S. 136-146 in. www.tinyurl.com/osh4452, Zugriff 9.1.2014.

Miller, W.R./Rollnick, S.(1999): Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Nieuwenboom, W. (2012): Die Stigmatisierung Angehöriger von SuchtpatientInnen. SuchtMagazin 33(1): 19-22.

Orford, J. (2012): Addiction Dilemmas. Family Experiences in Literature and Research and their Lessons for Practice. West Sussex: Wiley-Blackwell.

Pfaller, R. (2002): Die Illusionen der anderen. Über das Lustprinzip in der Kultur. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Schlimme, Jann E. (2009): Zur philosophischen Anthropologie der Sucht. In: C. Hoffstadt/R. Bernasconi (Hg.), An den Grenzen der Sucht. Festschrift für Remo Bernasconi. Bochum/Freiburg: Projektverlag.

Schober, F./Peukert, P./Wernz, F./Batra, A. (2013): Psychoedukatives Training bei Abhängigkeitserkrankungen. Stuttgart: Kohlhammer.

Schramme, T. (2000): Patienten und Personen. Zum Begriff der psychischen Krankheit. Frankfurt am Main: Fischer.

Smith, J.E./Meyers, R.J. (2009): Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Theunert, M. (2013): Co-Feminismus. Wie Männer die Emanzipation sabotieren und was Frauen davon haben. Bern: Hans Huber.

Vauth, R./Bull, N./Schneider, G. (2009): Emotions- und stigmafokussierte Angehörigenarbeit bei psychotischen Störungen. Ein Behandlungsprogramm. Göttingen: Hogrefe.

Wedekind, F. (2000): Frühlingserwachen. Stuttgart: Reclam. Zürich 1891 bzw. www.tinyurl.com/vermummterherr, Zugriff 9.1.2014.

Wiesemann, C. (2000): Die heimliche Krankheit. Eine Geschichte des Suchtbegriffs. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog.

Endnoten

1 Vgl. Orford 2012.

2 Vgl. Wiesemann 2000; Schlimme 2009; Schramme 2000. Letzterer argumentiert trotz des im Unterschied zu somatischen Krankheiten nahe liegenden normativen Bestimmtseins psychischer Krankheiten für ein naturalistisches Konzept der Funktionstüchtigkeit.

3 Vgl. dazu die Zahlen in der Folienpräsentation von R. D'Amelio von 2010 www.tinyurl.com/damelio, Zugriff 2.1.2014.

4 Vgl. Barth 2011. Die Forschung zu den diversen spezifischen Wechselwirkungen steht noch am Anfang.

5 Vgl. Wedekind 1891; Das Drama zeigt die Angst vor Stigmatisierung am Beispiel des sexuellen Geniessens.

6 Vgl. Pfaller 2002; Lüscher 2010.

7 In der einschlägigen ICD-Definition etwa ist der sehr subjektive Aspekt «wider besseres Wissen» kriterial enthalten.

8 Vgl. Nieuwenboom 2012 zur Sucht als Spitzenreiter der am meisten stigmatisierten psychischen Krankheiten.

9 Vgl. Schober/Peukert et al. 2013; Fink/Hämmig 2007.

10 Vgl. Miller/Rollnick 1999. (Definition: «Ein direktives, klientInnenzentriertes Beratungskonzept zur Lösung ambivalenter Einstellungen gegenüber Verhaltensänderungen»); Smith/Meyers 2009. Auch zum offeneren Umgang mit Stigmata gibt es Hilfestellungen, Vgl. Vauth/Bull et al. 2009.

11 Deutsch etwa: «hochgradig [und hocherhitzt] zum Ausdruck kommende [negative] Gefühle».

12 Orford 2012 nennt die Verständnisvollen «doves», die Konfrontativen «hawks». Innerhalb der Letzteren initiierte David York die Tough Love-Bewegung, die für das Fernziel der Änderung vorläufig härteste Konsequenzen im Verfechten des besseren Wissens empfiehlt. Zeitgeist, Drogenmarkt und evidenzbasierte Therapieausrichtung bedingen den von Kläusler-Senn/Stohler 2012 beschriebenen heutigen Paradigmenwechsel in der Angehörigenarbeit: vom haltenden Loslassen und der Selbstpositionierung hin zur systemisch bewussten Anderen-Motivierung.

13 Vgl. Loose 2011, der in seiner Variante der «Tough-love»-Konfrontation für ein Verständnis der «Abhängigkeit als einer Wahl des Geniessens unabhängig von sozialen Bindungen (...wirbt, denn dies...) könnte hilfreich sein bei der Ausarbeitung eines Systems der Komorbiditätsdiagnosen, welches das Subjekt involviert» und Fragen zum Umgang mit Wissen und unterstellter Normalität ins Zentrum rückt.