

Inhalt

Danksagung | 9

0. Einleitung: Fragestellung und Aufbau der Arbeit | 11

**1. Die gesellschaftliche Dimension der Genetik:
Begrifflichkeiten und historische Hinführung** | 17

1.1 Subjekt und Subjektivierung | 18

1.2 Gesellschaftliche Naturverhältnisse in der Kritischen Theorie | 21

1.3 Medizin und Körperverhältnis | 28

1.4 Biopolitik | 31

1.5 Ideologie und Diskurs | 34

2. Methodischer Zugang | 37

2.1 Empirisches Forschen und Kritische Theorie | 37

2.1.1 Die Anfänge: Interdisziplinärer Materialismus | 38

2.1.2 Erste „wissenschaftliche Erfahrungen in Amerika“ | 40

2.1.3 Die „Studien zum autoritären Charakter“ | 46

2.1.4 Die Nachkriegszeit in Frankfurt | 48

2.1.5 Positivismuskritik im Positivismusstreit | 50

2.1.6 Fazit | 51

2.2 Qualitative Forschung und die Tradition der Kritischen Theorie | 52

2.3 Die gewählte Methode | 57

2.3.1 Grundlagen | 57

2.3.2 Erhebung der Daten | 62

2.3.3 Auswertung | 63

3. Der BRCA-Diskurs | 69

3.1 Allgemeine gesundheitspolitische Entwicklungen | 69

3.2 Die Genetisierung der Krebsforschung | 81

3.2.1 Die Verschiebung der Krebsursachen | 81

3.2.2 Die Metaphorik der Genetisierung | 89

3.3 Die Produktion genetischer Verantwortung:

BRCA-Genests in Deutschland | 93

3.3.1 Das Verbundprojekt „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“ | 94

3.3.2 Kritik der genetischen Grundannahmen | 98

3.3.3 Kritik der angebotenen Präventionsmaßnahmen | 101

3.3.4 Die Fachdiskussion in Deutschland über die BRCA-Testung | 103

3.3.5 Analyse von Informationsmaterialien des Verbundprojektes | 104

3.3.6 Analyse der humangenetischen Beratungsgespräche | 106

4. Verkörperungen des genetischen Risikos: Stand der Forschung | 113

4.1 Quantitative Studien | 116

4.1.1 Gründe für den Test | 118

4.1.2 Konsequenzen des Tests | 122

4.1.2.1 Psychische Konsequenzen des Testergebnisses | 123

4.1.2.2 Kommunikation innerhalb der Familie | 132

4.1.2.3 Entscheidung für Maßnahmen | 134

4.2 Qualitative Studien | 139

4.2.1 ‚Gründe‘ für die Untersuchung | 140

4.2.1.1 Prävention als Verpflichtung und Recht | 141

4.2.1.2 Bedürfnis nach Überwachung | 143

4.2.1.3 Familienbezug und ‚weibliche‘ Fürsorge? | 144

4.2.2 Subjektive Krankheitstheorien und Vorstellungsbilder | 147

4.2.3 Risikowahrnehmung | 148

4.2.4 ‚Konsequenzen‘ der Untersuchungen | 149

4.2.4.1 Management des Risikos und Kontrolle | 150

4.2.4.2 Kontrolle als Illusion | 153

4.3 Fazit | 155

5. Zum Subjekt der Gene werden?

Selbstbeschreibungen in Interviews | 159

5.1 Vorstellung der Interviewten | 165

5.2 Themenfelder der Interviews | 170

5.2.1 ‚Entscheidung‘ und Verhältnis zu Ärzten | 170

5.2.1.1 Informierte Entscheidung – Typ 1 | 171

5.2.1.2 Vertragspartnerschaft mit den Ärzten – Typ 1 | 175

5.2.1.3 ‚Keine Entscheidung‘ und Agency der Ärzte – Typ 2 | 178

5.2.1.4 Entscheidung als Wahl der ‚richtigen Ärzte‘ – Typ 2B | 184

5.2.1.5 Fazit | 187

5.2.2 Gründe für den Test und Wahrnehmung als Risikoperson | 187

5.2.2.1 Genannte Gründe für den Test | 188

5.2.2.2 Die Wahrnehmung des ‚familiären Risikos‘ bei Typ 1 | 189

5.2.2.3 Die Wahrnehmung des ‚familiären Risikos‘ bei Typ 2 | 194

5.2.2.4 Die Präsenz der Familie | 197

5.2.3 Vorstellungen vom Gen | 200

5.2.3.1 Keine (bildliche) Vorstellung | 202

5.2.3.2 Explizierte Vorstellungen | 210

5.2.4 Subjektive Krankheitstheorien | 218

5.2.4.1 Unbestimmtheit der Ursachen | 219

5.2.4.2 Psychosomatische Ursachentheorien | 226

5.2.4.3 Psychosomatik in Form der self-fulfilling prophecy | 231

Exkurs: Die Geschichte psychosomatischer Vorstellungen | 232

5.2.5 Management und Kontrolle der Krankheit | 238

5.2.5.1 Krankheit als Risiko – Typ 1 | 238

5.2.5.2 Umgang mit der Unsicherheit – Typ 2 | 248

5.2.5.3 Eine paradoxe Anforderung | 251

6. Zusammenfassung | 253

Literatur | 259

Anhang | 281

Legende und Transkriptionsregeln | 281

Leitfaden für die Interviews mit betroffenen Frauen | 282