



FORSCHUNG FÜR DIE PRAXIS
HOCHSCHULSCHRIFTEN

Manfred Jehle

Psychose und souveräne Lebensgestaltung

Erfahrungen langfristig Betroffener
mit Gemeindepsychiatrie
und Selbstsorge

Mit einem Vorwort von Prof. Heiner Keupp

MANFRED JEHLÉ

Psychose und souveräne Lebensgestaltung

Erfahrungen langfristig Betroffener
mit Gemeindepsychiatrie und Selbstsorge



MANFRED JEHLÉ

Psychose und souveräne Lebensgestaltung

Erfahrungen langfristig Betroffener
mit Gemeindepsychiatrie und Selbstsorge

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884144381

Manfred Jehle. Psychose und souveräne Lebensgestaltung. Erfahrungen langfristig Betroffener mit Gemeindepsychiatrie und Selbstsorge.

ISBN 978-3-88414-438-1

Die vorliegende Arbeit wurde im Jahr 2007 vom Fachbereich Philosophie der Ludwig-Maximilians-Universität München als Dissertation angenommen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bibliographic information published by Die Deutsche Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data is available in the Internet at <http://dnb.d-nb.de>

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag GmbH, Bonn 2007

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Fröndenberg

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: DIP, Witten

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

Vorwort	7
Einleitung	11
Gemeindepsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland	15
Geschichte und Diskurse, Sozialpolitik und Institutionen im Wandel	15
Psychiatriereform: neue/alte Institutionen und neue Kommunikationen	22
Resümee	33
Zum Stand der Forschung über die subjektive Perspektive auf psychische Erkrankung und psychiatrische Versorgung	37
›Patient's satisfaction‹ – Studien zur Patientenzufriedenheit	37
›Quality of life‹ – Lebensqualität als Forschungsthema	40
Katamnese-Studien	42
Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie	44
Zusammenfassende Bewertung des Forschungsstandes	57
Forschungskonzept und Methodik der Untersuchung	60
Von der Fragestellung zur Methodenwahl	60
Narrative Interviews als angemessener methodischer Zugang	63
Zum Vorgehen bei der Datengewinnung	65
Zum Vorgehen bei Datenauswahl und Sampling	67
Zum Vorgehen bei der Auswertung der Daten	70
Zur Darstellung der Ergebnisse	78
Qualitative Auswertung der einzelnen Interviews	80
Beschreibung der Untersuchungsgruppe	80
Die Fallporträts	86

Fallvergleichende Auswertung und Bündelung zentraler Souveränitäts-Aspekte	177
Autonomie durch Regulierung des sozialen (Unterstützungs-)Netzwerks	178
(Wieder-)Aufbau von Kontexten der sozialen Anerkennung und Teilhabe	187
Souveränität bei der Gestaltung eigener Ziele und Sinn-Entwürfe (Authentizität)	205
Das eigene Leben und die Psychose: Rekonstruktion – Gestaltung – Erzählung	210
Souveränität in der Gestaltung von Kontakten zur Psychiatrie	217
Diskussion	225
Zusammenfassende Bewertung der Untersuchungsergebnisse	225
Bezüge zu Theorie und sensibilisierenden Konzepten	232
Ausblick auf ein Konzept von Kohärenz-Arbeit in der Gemeindepsychiatrie	236
Literaturverzeichnis	246
Anhang	
Soziodemografisches Profil der Untersuchungsgruppe	252
Übersicht der Interviewpartner/-innen und ihrer Kernaussagen	254
Vorgehen bei der Einzelfallauswertung	255
Kernthemen des Fallvergleichs	258
Der Autor	259

Vorwort

Die Psychiatriereform, die in der Bundesrepublik seit den 70er-Jahren stark von sozialpsychiatrischen Ideen inspiriert war, sollte die psychiatrischen Patienten aus hospitalisierenden Settings herausholen und professionelle Hilfen in ihrer unmittelbaren Lebenswelt ermöglichen. Gemeindepsychiatrie lässt sich als umfassendes Versorgungsmodell im Sinne dieses Zieles begreifen. Dem Anspruch nach soll es eine »inklusive« Praxis ermöglichen. Es entspricht ganz dem Reformgedanken des Sozialgesetzbuches IX, das die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in rechtsverbindlicher Form regelt. Man könnte sagen, dass in dieses 2001 in Kraft getretene Gesetzeswerk der Geist der Gemeindepsychiatrie Einzug gehalten hat. Gleich im § 1 wird die Basis gelegt, wenn gesagt wird, dass sozialstaatliche Leistungen das Ziel haben müssen, bei behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen »Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken«. Hier wird eine Anspruchsebene vorgegeben – von reformorientierten Professionellen und dem Gesetzgeber. Sehen das die Nutzer/-innen dieser gemeindepsychiatrischen Angebote genauso? Können sie einen Zuwachs an Selbstbestimmung und Teilhabe bestätigen? Verstehen sie darunter überhaupt das Gleiche wie es von professionellen Helfer/-innen gemeint ist?

Manfred Jehle, ein erfahrener langjährig gemeindepsychiatrisch tätiger Praktiker, wollte diese Fragen mit seiner Untersuchung beantworten. Zunächst ging es ihm um eine Evaluation des Nutzwertes, den gemeindepsychiatrische Hilfsangebote für deren Nutzer/-innen haben. Dazu hat er narrativ angelegte Interviews mit 19 langfristig psychiatriee erfahrenen Frauen und Männern durchgeführt. Manfred Jehle hat sich mit seiner Studie auf einen langen Weg begeben, an dessen Ende nicht nur eine gut vorzeigbare Untersuchung steht, sondern ein Erfahrungsprozess, der letztlich auch zu einer entscheidenden Weiterentwicklung der Fragestellung geführt hat. Die Rolle gemeindepsychiatrischer Hilfen tritt im Verhältnis zu aktiven Bemühungen der befragten Personen um eine souveräne Lebensführung mit und trotz ihrer Psychosen in den Hintergrund. Beeindruckend fand ich die wachsende Wertschätzung, die der Autor auch und gerade für Lebensformen entwickeln konnte, die nicht gerade auf der Agenda für gemeindepsychiatrische Musterlösungen steht. Die gewählte qualitative Methodik hat wesentlich zu einer Bedeutungsverschiebung in der Fragestellung beigetragen. Die explizite methodische Offenheit hat Raum für die Selbstkonstruktionen der befragten Frauen und Männer geschaffen. In der Rekonstruktion ihrer selbst gewählten

Identitäts- und Lebenskonzepte, unabhängig von dem Bewertungsrahmen, den eine professionelle Arbeit mit solchen Personen immer auch setzt, sehe ich den besonderen Wert der vorgelegten Untersuchung.

Bevor Manfred Jehle seine eigene Studie einführt und ihre Ergebnisse präsentiert, liefert er erst einmal eine umfassende Landschaftsbeschreibung sowohl der gemeindepsychiatrischen Entwicklung in Deutschland als auch der Forschung zu der subjektiven Lagesituation von psychiatrienerfahrenen Personen. Die 30 Jahre bundesdeutsche Psychiatriereform, die der Autor Revue passieren lässt, zeigen in sehr dichter Form einen Transformationsprozess von beeindruckender Qualität. Aber Manfred Jehle bleibt nicht bei einer Erfolgsgeschichte stehen, sondern er zeigt »die Doppel-Gesichtigkeit von Gemeindepsychiatrie im Zuge der ›Modernisierung‹ von gesellschaftlichen Lebensverhältnissen« auf. Neben dem Zugewinn an Hilfsangeboten und »subjektiv auszuformenden Handlungsspielräumen«, werden auch deutlich vermehrte Regulationen bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten aufgezeigt. Diese Regulationen bestehen weniger in extern ausgeübter institutioneller Kontrolle, sondern verlagern sich zunehmend in die »Selbstverantwortung« der betroffenen Personen und erfüllen insofern eher den Tatbestand der »Selbstdisziplinierung«. Man könnte in diesem Zusammenhang – in Anlehnung an Jürgen Habermas – von einer »nachholenden« Modernisierung sprechen. Das »Normalisierungsprinzip« gilt nun auch im Bereich sozialer Kontrolle.

Lange Zeit gab es im Bereich der psychiatriebezogenen sozialwissenschaftlichen Forschung nur sehr wenige Befunde, die die Subjektperspektive eingenommen hätten. Auch ein so wichtiger Klassiker wie Erving Goffmans »Asyle« oder die Studien zur Anwendung der Labeling-Perspektive auf die Situation psychiatrischer Patienten enthielten die Sicht der Betroffenen nicht, auch wenn das Anliegen dieser Arbeiten die »Opferseite« psychiatrisierter Menschen einnahmen. Hier wurde unter psychiatriekritischer Perspektive im Wesentlichen die Herstellung des Objektstatus von Menschen mit schweren psychischen Krisen rekonstruiert, ohne dass diese selbst befragt worden wären. Erst allmählich kam es auch zu Forschungsprojekten, in denen die Patientensicht auf psychiatrische Interventionen ins Zentrum gerückt wurde. Allerdings waren diese Studien eher objektivistisch angelegt. Mit Fragebogenmethoden sollten möglichst repräsentative Daten zur sog. »Patientenzufriedenheit« und »Lebensqualität« erhoben werden. Auch katamnestiche Untersuchungen wurden durchgeführt, um die nachhaltige Wirkung psychiatrischer Interventionen zu erfassen. Für die Planung von psychiatrischen Versorgungskonstellationen haben Studien dieses Typs durchaus ihre Relevanz gehabt. Allerdings hat sich auf der Basis ihrer Daten wenig über die lebensweltliche Realisierung von Möglichkeiten der Psychiatriefahrenen, den eigenen Subjektstatus zu realisieren, aussagen lassen. Je deutlicher der Anspruch der Psychiatriebetroffenen formuliert wurde, mit ihrer eigenen Stimme

gehört zu werden, desto mehr hat sich die einschlägige Forschung auch auf die Subjektperspektive eingelassen und dabei unter Nutzung unterschiedlicher sozialwissenschaftlicher Perspektiven eine reichhaltige Forschung generiert. Von modernisierungstheoretischen und identitätstheoretischen Sichtweisen, über die Erhebung »sozialer Repräsentationen« bis hin zur Ethnomethodologie und »narrativen Psychologie« erstreckt sich das Spektrum.

Manfred Jehle zeigt in einem sehr informierten Gesamtüberblick, wie sich über die qualitative Forschungstradition der Blick von der »Patientenmeinung« zu einer Rekonstruktion der »subjektiven Sicht psychisch Kranker« verändert hat und erst über diesen Perspektivenwechsel eine »reflexive Beziehung« zu den »Lebens- und Betreuungserfahrungen« der Betroffenen, »ihren Sinn- und Identitätskonstruktionen, ihrem materiellen und soziokulturellen ›Möglichkeitsraum« ermöglicht hat. Erst dadurch konnte das Psychoseerleben aus dem interpretatorischen Zugriff des professionellen Außen gelöst werden und damit wurde auch die Phase jener projektiven Identifikationen überwunden, die im Zuge vor allem der englischen Antipsychiatrie (insbesondere von Ronald Laing und David Cooper) in die Psychose emanzipatorische Befreiungsperspektiven hinein geheimnisten, die von Betroffenen selbst so nie formuliert worden sind.

Die Bühne für die Präsentation seines eigenen Projektes hat Manfred Jehle ausreichend stabil gezimmert und er formuliert dann vor einer ausführlichen und vorbildlich in einer sehr gut nachvollziehbaren Darstellung seines eigenen methodischen Weges sein Anliegen so: »Es ging ... um ein wechselseitiges und dynamisches Passungsverhältnis, um das ›Arrangement‹ zwischen den Betroffenen und den Hilfsangeboten – ›gesehen‹ aus der Warte von Menschen, die in der Folge erlittener Psychosen ihr Selbstverständnis und ihre Lebensgestalt neu auszuformen hatten.« Im Unterschied zu vielfältig vordefinierten und normativ voraussetzungsvoll aufgeladenen Begriffen wie »Integration«, »psychische Gesundheit« oder »Gesunderhaltung« hat sich Manfred Jehle dazu entschlossen den Begriff der »Souveränität« als »key word« zu wählen, zumindest als Übergangskonzept, das sich immer mehr dann durch die Foucaultsche Idee der »Selbstsorge« ersetzen ließ. Er wollte mit diesem Begriff bzw. dem der »souveränen Lebensgestaltung« einen Bedeutungsraum eröffnen, der das Subjekt nicht an spezifischen Normalitätsstandards misst, sondern der »ein menschliches Gesicht« zeigt. Diese Lebensgestaltung ist getragen von einem inneren Modell der Personen, was für sie wichtig und lebensnotwendig ist, um sich als »souverän« erleben zu können. Dazu können professionelle gemeindepsychiatrische Hilfen wichtige Unterstützung leisten, aber sie geben nicht unbedingt den Kompass eigenständiger Lebensführung vor. Manfred Jehle entwickelt und arbeitet mit Konstrukten, die Ambivalenzen und Widersprüchlichkeit in der Lebensgestaltung sichtbar machen können und damit nicht nur der Existenz von psychoseerfahrenen Menschen, sondern der Identitätsarbeit in der Spätmoderne angemessen sind.

Im Zentrum des vorliegenden Buches geht es um eine durch Manfred Jehle angeleitete »Studien-Reise durch die narrativen Erzählungen von langfristig psychoseerfahrenen Menschen«. Die Auswertung dieser Erzählungen werden zu spannenden und berührenden Begegnungen mit Menschen, die für sich ein Stück Lebenskohärenz gefunden haben – meist abseits und jenseits gesellschaftlicher Normalitätserwartungen. Es ist dem Autor wichtig, seine Befunde auch im Sinne erweiterter Möglichkeitsräume für eine souveräne Lebensgestaltung zu reflektieren. Aus seinen Ergebnissen lässt sich für ihn ein weites Feld von Anregungen für die gemeindepsychiatrische Praxis ableiten, die nicht auf einer therapeutisch-technischen Ebene liegen, sondern eher zur reflexiven Grundhaltung sozialpsychiatrischen Handelns gehören. Ins Zentrum rückt Manfred Jehle die Idee der »Kohärenz-Arbeit«.

Der »Ausflug« von Manfred Jehle nach 20 Jahren praktischer Arbeit in der Sozialpsychiatrie in das Revier der Sozialwissenschaften hat sich zu einer »Langzeitkarriere« entwickelt, die sehr ertragreich war. Entstanden ist ein weiterer wichtiger Beitrag zu einem subjektwissenschaftlichen »Stimmenhören« von Personen, die noch vor 30 Jahren überwiegend einen Objektstatus im Bereich der traditionellen Psychiatrie hatten. Manfred Jehle hat ihre Narrationen ermöglicht und ihnen achtsam zugehört. Er ist dabei zu Einsichten gelangt, die im kategorialen »Fadenkreuz« der PSY-Professionen keinen hohen Stellenwert einnehmen. Es sind vor allem die Ideen der »souveränen Lebensgestaltung« und »Selbstsorge«, die nach der Lektüre dieses Buches einen zentralen Platz in unserer sozialpsychiatrischen Gedankenwelt bekommen können.

München, im Herbst 2007
Heiner Keupp

Einleitung

*»Aber das Persönliche, wenn das da ist,
das ist für mich so wichtig. Verstehen Sie das?«
(Herr G., 38 Jahre)*

Die Reform der Psychiatrie hat seit den 70er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts das Gesicht der psychiatrischen Versorgung und die Lebensperspektiven von psychisch kranken Menschen auch hierzulande nachhaltig verändert:

- Psychiatrische Behandlung findet wesentlich seltener und kurzfristiger in stationärer Form in der Klinik statt; die Versorgung und Betreuung wird zunehmend in den ambulanten Bereich der Gemeinde und in die Lebenswelt der Betroffenen verlagert.
- Psychose- und psychiatrienerfahrene Mitbürgerinnen und Mitbürger werden heute in zunehmendem Maße als ernst zu nehmende Dialog- und ›Verhandlungs‹-Partner angesehen. Ihre Mitwirkung beim eigenen Behandlungsarrangement und ebenso in den öffentlichen Gremien zur Planung psychiatrischer Versorgung ist Teil von ›political correctness‹ geworden.
- Langfristig psychiatrienerfahrene Menschen haben heute eine ungleich höhere Chance, ihren Alltag in gewohnter oder auch neu gestalteter sozialer Umgebung eigenständig – bei Bedarf mit professioneller Hilfe – zu gestalten und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.
- Die Flexibilisierung von möglichen Lebensformen im Zeitalter der Spätmoderne führt zu neuen Optionen auch für psychisch Kranke, eine akzeptable, integre und sozial mittigere Identität und Position zu finden.

Gleichzeitig werden Psychiatererfahrene von den Auswirkungen einer globalisierten Moderne in noch stärkerem Maße erfasst wie die ›normal angepassten‹ Menschen:

Sie müssen den gewachsenen Anforderungen an ein zeitgemäßes Leben mit persönlichen und sozialen Kompetenzen begegnen, deren Erwerb durch die Psychoseerfahrungen und durch soziale Desintegrationsprozesse in besonderem Maße erschwert ist: Psychosen betreffen den Kernbereich ›Identität‹ von Personen. Psychisch kranke Menschen haben ihre Identität unter erschwerten Bedingungen zu behaupten, umzubauen und neu zu konstruieren.

Zielbereich dieser Studie ist damit – über den Blick auf eine ›klassische‹ Krankheitsbewältigung hinaus – die alltägliche Identitätsarbeit langfristig psy-

choseerfahrener Menschen. Ihre Versuche eines ›embeddings‹ (nach GIDDENS 1990) in ein soziales Gefüge werden betrachtet und bezogen auf die üblicherweise gegebenen Möglichkeiten, die mit einer unversehrten ›Normalbiografie‹ verbunden sind.

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit beschäftigt sich mit der Entwicklung einer souveränen Lebensgestaltung von langfristig psychoseerfahrenen Menschen in der Großstadt.

Besondere Aufmerksamkeit erhält dabei die Frage, welchen Beitrag – aus der subjektiven Sicht Betroffener – die gemeindepsychiatrischen Hilfen (im Folgenden *gpDi* genannt) für eine eigengestaltete Lebenspraxis bereitstellen konnten:

- Wie wurden die ›*Teilhabe- und Verwirklichungschancen*‹ (nach SEN 2000) der Befragten durch die gemeindepsychiatrischen Dienste gefördert?
- Wie wurde das ›*Passungs-*‹verhältnis zwischen den Nutzern und den professionellen Hilfsangeboten gestaltet und entwickelt?
- Wie wurden die Motive, aber auch die Möglichkeiten Betroffener gestärkt, ihren Lebensalltag *mit Autonomie und Bezogenheit* souverän zu gestalten?

Hier sind Bereiche angesprochen, wie sie in den Konzepten des Empowerment, der Selbstwirksamkeit und der Salutogenese thematisiert werden. Komplementär dazu interessieren die Erfahrungen Betroffener mit ihrer persönlichen Selbstsorge und mit gemeinschaftlichen Selbsthilfe-Aktivitäten.

Die Unterstützung durch *gpDi* wird hier weiter gefasst als mit einem engen Blick auf die Vermeidung/Begrenzung/Integration von Psychoseerfahrung, oder auf die soziale Kontrolle von störendem oder gefährlichem Verhalten. Insbesondere interessiert, wieweit *gpDi* sich als hilfreich erweisen bei der erforderlichen Passungsarbeit des Individuums – und der umgebenden Gesellschaft – bei der Konstituierung von Kontexten sozialer Anerkennung.

Diese Fragen umreißen Themenbereiche, auf die ich im Rahmen dieser Arbeit ausführlich eingehen werde. Im Brennpunkt stehen damit weniger die Anpassungsleistungen der Individuen, als vielmehr die »Güte« der Arrangements *zwischen* Betroffenen und ihrer sozio-kulturellen Umgebung (vgl. ZAUMSEIL 1995, S. 105).

Zur empirischen Bearbeitung wurden vom Autor **19 narrative Interviews** mit langfristig psychiatriee erfahrenen Frauen und Männern in München geführt. Von diesen wurden **zwölf Gespräche nach qualitativen Gesichtspunkten ausgewählt und ausgewertet**. Sie bilden – ergänzt durch schriftliche Berichte und Essays der Befragten – die Datenbasis dieser Studie. Da hier nicht die objektiven und messbaren Zusammenhänge repräsentativ beleuchtet werden sollten, sondern die subjektiven (Be-)Deutungen zu einem gegebenen Zeitpunkt des Lebensrückblicks, erwies sich die Anwendung qualitativer, »sinnverstehender« Forschungsmethoden

als angemessen und zweckmäßig. Insbesondere biografische Erzählungen tragen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Identität auch unter erschwerten Bedingungen bei (vgl. u. a. FLICK 1997). Sie bieten einen Rahmen, sich die eigenen Erfahrungen und die eigene Situation verständlich zu machen, sie sich erzählerisch »anzueignen«. Das narrative Interview ist hier eine dem Gegenstand angemessene, »natürliche« Methode zur Darbietung solcher Erzählungen und Alltagsbeschreibungen. Eine qualitative Bearbeitung der so geschaffenen Texte eröffnet ein Verständnis für subjektive Sinnstrukturen und Konstruktionen, wie es sich einem standardisierten Frage-Verfahren entziehen würde.

Aus der Zusammenschau der Antworten und Ergebnisse wird im Ausblick das Profil einer Gemeindepsychiatrie gezeichnet, welche »subjektorientiert« genannt werden kann und die in der Lage ist, eine souveräne Lebenspraxis von Menschen mit Psychoseerfahrung in der Gemeinde nachhaltig zu unterstützen. Sie soll eine »Begegnung zwischen Subjekten« in Gemeinde und Psychiatrie fördern, zugleich aber auch Ruhe- und Rückzugsräume belassen. Dies wird als Voraussetzung für eine »inkludierende« Ausrichtung der Gemeindepsychiatrie verstanden – im Unterschied zu einer ausschließenden, »exkludierenden« Psychiatrie, wie sie im Laufe der Reform immer wieder zu beklagen war – nicht nur in Gestalt der großen Anstalten auf der »grünen Wiese«.

Die Praxis einer so skizzierten Gemeindepsychiatrie wiederum verlangt von den gesellschaftlichen Aufträgen und Strukturen eine »Beweglichkeit« zugunsten der involvierten Personen, ihrer Arrangements und ihrer Widersprüche, die nicht als selbstverständlich gegeben angesehen werden kann. Insofern liefert diese Studie auch ein Plädoyer für eine spezifische Weiterentwicklung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von Gemeindepsychiatrie.

Das Erkenntnisinteresse dieser Fragestellung ist in der mehr als 20-jährigen Tätigkeit des Autors als Sozialpädagoge in gemeindepsychiatrischen Kontexten gewachsen: in einem Sozialpsychiatrischen Dienst in München, einem psychiatrischen Krisendienst, einem Langzeit-Wohnheim und – vor vielen Jahren – einer studentischen Psychiatrie-Initiative.

Mit dieser langen Verwurzelung wuchs mein Interesse, aus sozialwissenschaftlicher Perspektive eine Studie zu den »Wirkungen und Nebenwirkungen« von Gemeindepsychiatrie zu verfassen. Diese sollte sich von standardisierten und quantitativ orientierten Verfahren (wie Katamnese-Studien, Patientenzufriedenheitsbefragungen und klassischer Evaluation) dadurch unterscheiden, dass sie

- die subjektiven Erfahrungsberichte Betroffener zum Ausgangspunkt eines »verstehenden« Verfahrens nimmt,
- ihren Lebensweg mit professionellen Hilfen in unterschiedlichen Kontexten nachzeichnet,

- in den Mittelpunkt der Lebensbewältigung nicht die Psychose-Bearbeitung, sondern das Ringen der Betroffenen um Identität und Souveränität rückt: nämlich unter erschwerten Bedingungen eine lebbare und vermittelbare Form für die eigenen Eigenheiten zu finden (vgl. Bock 1997, S. 58)

Diese Studie entstand ohne externe Auftraggeber, und ohne fremde Finanzierung. Sie konnte entstehen durch die Ermutigung von Prof. Heiner Keupp und vielen Kolleginnen und Kollegen aus der Psychiatrie-Landschaft Münchens. Sie konnte fertiggestellt werden durch den Langmut meiner Frau, die in vielerlei Hinsicht Freud und Leid an dieser Arbeit mitgetragen hat. Faktisch möglich wurde sie durch die große Zahl psychiatrieerfahrener Menschen, die sich freiwillig und ohne Honorar, auf eine Ausschreibung im Rundbrief der Münchener Psychiatrie-Erfahrenen, oder auf Ansprache ihres gemeindepsychiatrischen Betreuers, von sich aus bei mir meldeten. Sie brachten mir das Vertrauen für ein ausführliches, persönliches Interviewgespräch, und für die anschließende wissenschaftliche Bearbeitung entgegen.

Ihnen allen gilt mein herzlicher Dank!

Ich hoffe, sie alle erfahren durch die Früchte dieser Arbeit die ihr innewohnende Wertschätzung.

Anmerkung: Hinsichtlich der Verwendung maskuliner versus feminer Sprachform bei Bedeutungen, die für beide Geschlechter zutreffen, bin ich der Entwicklung meiner eigenen – männlichen – Biografie gefolgt, sozusagen ›narrativ‹: Erst im mittleren Lebensalter begann sich die getrennte und die per -Innen verbundene Formulierung in meinem Denken und Schreiben ›einzubürgern‹. Darauf folgte eine Zeit des intensiven Gebrauchs in den 90er-Jahren – politisch korrekt und zulasten von Lesefreundlichkeit und Lesegenuss. Eine abermalige Verwirrung bezüglich der Regeln ordentlichen Schreibens durch die ›Rechtschreib-Reform‹ und ihre Kindeskinde brachte mich schließlich zu der Übung, dem Klang des jeweiligen Satzes, und dem Sinn des jeweils Gemeinten zu ›lauschen‹, und darin die Entscheidung zugunsten einer ›subjektiv stimmigen‹ Schreibweise im jeweiligen Kontext zu finden.

Ich bitte kritische Leserinnen und Leser um Nachsicht.

Gemeindepsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland

*»Auch in Zeiten knapp bemessener Mittel aber muss sich eine Gesellschaft der Frage stellen, wie viel sie einsetzen will, um das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke oder Behinderte auf Hilfe angewiesen sind.«
(Abschließender Satz der Präambel der Psychiatrie-Enquete, 1975)*

*»... dass eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter unter elenden, z. T. als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen leben müssen.«
(Aus dem Zwischenbericht der Sachverständigenkommission zur Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik, 1973)*

Geschichte und Diskurse, Sozialpolitik und Institutionen im Wandel

In diesem Kapitel skizziere ich einen Überblick zur Entwicklung der Gemeindepsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland.

Mit dem Auftrag, dem Zwischen- und dem Endbericht der »Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik« wurde seit Anfang der 1970er-Jahre ein gesellschaftliches Reformprojekt auch offiziell auf den Weg gebracht: Die Versorgung der Bevölkerung sollte aus der »brutalen Realität« eines vernachlässigten Distrikts herausgeholt, und den zeitgenössischen Vorstellungen – in fachlicher wie gesellschaftspolitischer Hinsicht – anderer westlich-zivilisierter Länder wie Frankreich, England und USA angeschlossen werden. Eine Entwicklung von der »analtszentrierten Versorgung« hin zum Modell der »gemeindeintegrierten Hilfen« war unter dem Titel »Psychiatriereform« in Gang gekommen und prägt bis zum aktuellen Zeitpunkt – mit durchaus widerstreitenden und widersprüchlichen Positionen – die Debatte um Standards und Strukturen in der psychiatrischen Versorgung. Ein vertiefter Einblick in diesen historischen Prozess findet sich in den Zeitzeugen-Beiträgen von Häfner und Kunze zur 25-Jahres-Tagung der Veröffentlichung der Enquete (APK 2001, S. 72 ff., S. 103 ff.)

Als Hintergrund dieses Prozesses ist die Entwicklung der »Sozialpsychiatrie« zu verstehen. In einer Verschränkung von gesellschaftskritischen und -reflexiven Positionen mit neueren Erkenntnissen der Sozialwissenschaften ab Mitte der 1960er-Jahre (z. B. durch die wegweisende Studie »Asyle« von GOFFMAN 1961,

die historischen Analysen von FOUCAULT, z. B. in seiner Studie ›*Wahnsinn und Gesellschaft*‹ von 1961, die Entwicklung des *labeling*-Ansatzes – vgl. zusammenfassend KEUPP 1987 – sowie Studien zur Schichten- und Geschlechter-Spezifität psychiatrischer Interventionen) war es zu einer regelrechten Reformbewegung innerhalb der Professionen der Psychiatrie-Tätigen in Westdeutschland gekommen (›*Mannheimer Kreis*‹-Tagungen ab 1970, Gründung der ›*Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.*‹ 1970*) – aber auch weit darüber hinaus zu einem breiten gesellschaftlichen Diskurs über die Rolle der Psychiatrie und über das Leiden der psychisch Kranken in der Gesellschaft. Psychiatrie war – für eine Phase in den 70er- und 80er-Jahren – zu einem intensiv diskutierten Feld geworden, das ›alle irgendwie anging‹. Mediale Bestseller wie Ernst KLEES »Psychiatrie-Report« von 1978, Ken KEESEYS »*Einer flog über das Kuckucksnest*« u. v. a. brachten dies öffentlich zum Ausdruck. In einer breiten Öffentlichkeit wurde die Notwendigkeit einer Reform daraufhin von einer moralischen Empörung über die demaskierten menschenunwürdigen Zustände in der Psychiatrie getragen, welche nicht länger als vereinbar mit dem Leitgedanken eines Wohlfahrtsstaates für alle Bürgerinnen und Bürger hingenommen wurden. In die Kritik geriet damit insgesamt ein medizinisches Modell, welches psychische Störungen vorwiegend individualisiert, defizitär und von einem patriarchal organisierten Standpunkt aus betrachtete. Mit der Überzeugungskraft der neueren psychosozialen Modelle waren darüber hinaus die Voraussetzungen für den verstärkten Einzug der ›psychosozialen Fachberufe‹ (Psychologie, Sozialpädagogik, Kreativ-Therapien) in die ambulante und stationäre psychiatrische Versorgung geschaffen – ebenso wie in viele andere Felder gesellschaftlicher Reproduktionsarbeit.

Die bundesdeutsche Psychiatrie hatte bis dato die gravierenden Einschnitte durch die NS-Zeit weder historisch-ethisch, noch versorgungskonzeptionell, noch in der materiellen Ausstattung überwinden können. Sie hatte ihren gesellschaftlichen (Ordnungs-)Raum überwiegend in den großen Verwahranstalten an der Peripherie, wo sowohl die Akut-Behandlung als auch die Unterbringung eines Großteils der Langzeit-›Pflegefälle‹, der »Unheilbaren«, organisiert war. Diese Zuweisung wie auch die erbärmlichen Lebensumstände und -perspektiven der Hospitalisierten selbst waren einerseits Ausdruck gesellschaftlicher Ausgrenzung, wie sie andererseits auch die wechselseitige Unnahbarkeit und Abschreckung zwischen der Normalbevölkerung und den Psychiatrisierten reproduzierten.

›Die psychiatrische Versorgung war dominiert vom Anstaltsparadigma. Außerhalb der Anstalt gab es fast keine spezifischen Behandlungsmöglichkeiten oder professionelle Hilfen. Mit der Hilflosigkeit der Menschen außerhalb der Anstalten korrespondierten

* Zum Vergleich der Entwicklung im Osten Deutschlands vor und nach der Wende siehe: APK 2001, Band 1, S. 374 ff.: »Von den Rodewischer Thesen zur Psychiatrie-Reform im Osten Deutschlands«, THOM & WULFF (1990): »Psychiatrie im Wandel«.

die Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen als gefährliche, unberechenbare Verrückte. Die geheilten Patienten wurden entlassen in Lebensverhältnisse ohne weitere spezifische Hilfen. Solange jemand als nicht geheilt eingestuft wurde, blieb er in der Heil- und Pflegeanstalt.« (KUNZE, in APK 2001/1, S. 106)

Demgegenüber war bereits in den 1960er-Jahren in Frankreich die »Sektor-Psychiatrie« eingeführt worden, in England (»Mental Health Act« von 1959) und den USA (»Community Mental Healthcenters Act« von 1963) war die gemeindepsychiatrische Ausrichtung der Versorgung gängige Praxis auf institutioneller Ebene. Die World Health Organization hatte damit begonnen, Standards für die gemeindebezogene Organisation gesundheitlicher Dienste zu entwerfen, darunter gerade auch für die psychiatrische Versorgung im Sinne eines erweiterten, psychosozialen Verständnisses von Gesundheit (z. B. WHO 1976: »The Future of Mental Hospitals«, zitiert nach TANSELLA 1991).

In der (alten) Bundesrepublik war mithin ein hoher Bedarf an Modernisierung und Reformierung der Psychiatrie angewachsen. Unter den Vorzeichen eines drängenden gesellschaftlichen Reformbedürfnisses in der »Nach-68er« Zeit, einer sozialliberalen Reform-Politik, und einer Periode wachsenden Wohlstands und positiver Wachstumserwartungen (siehe v. KARDORFF 1995) konnte dieser Bedarf seinerzeit auch in sozialpolitische Programme umgesetzt werden.

Inwieweit für das Einsetzen der Reform ökonomische Gründe einer Ausschöpfung des Arbeitskräfte-Potenzials in Zeiten der damaligen Vollbeschäftigung wesentlich beigetragen haben – wie QUINDEL 2004, mit Bezug auf BOPP 1980 und die marxistische Kapitalismuskritik nahelegt (S. 20) – kann kontrovers betrachtet werden: Die Bemühungen um eine effiziente Wiedereingliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen wurden im Bereich der somatischen Medizin wesentlich intensiver und erfolgreicher angesetzt. Das Reha-Angleichungsgesetz von 1976 (»Reha vor Rente!«) galt zwar formal in gleicher Weise für psychisch Kranke, wurde aber nicht im Sinne von medizinischen und arbeitsrehabilitativen Programmen für diese Zielgruppe wirksam. Eine spezifische medizinisch-berufliche Rehabilitation setzte erst in den späten 1980er-Jahren modellhaft ein, als sich der Arbeitskräfte-Bedarf schon deutlich verringert hatte, und ist bis heute nicht auf ein bedarfsgerechtes Niveau angewachsen (vgl. APK 2002, Band 29: »Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«).

OBERT (2001, S. 90) zieht das Resümee: »Der Focus der sozialpsychiatrischen Bewegung lag deshalb nicht in erster Linie in einer methodischen Fragestellung, sondern war eine ethische, gesellschaftskritische und kulturelle Aufgabe.«

Mit diesem gesellschaftlichen Rückenwind war es möglich, die hierzulande über Jahrzehnte »vergessene« Psychiatrie, und die von Ausgrenzung betroffenen psychisch Kranken wieder in den gesellschaftlichen Focus zurückzuholen. Dies schloss nun auch die öffentliche Bearbeitung des Euthanasie-Themas während

der nationalsozialistischen Herrschaft in Deutschland ein (vgl. z. B. KLEE 1983: »Euthanasie im NS-Staat«; v. CRANACH & SIEMEN 1999: »Psychiatrie im Nationalsozialismus«).

»Sozialpsychiatrie entwickelte sich zum Oberbegriff einer normativ orientierten – *im Unterschied zur deskriptiven medizinischen Psychiatrie (Anm. d. Verf.)* – psychosozialen Praxis, die Menschen mit schweren psychischen Problemen in den gesellschaftlichen Alltag zu integrieren versucht. (...) Auf der praktischen wie auf der fachwissenschaftlichen Ebene ergeben sich Kooperationsformen zwischen Medizin, Psychologie, Sozialpädagogik und anderen Sozialwissenschaften.« (KEUPP 1998, S. 581):

Dabei geht es zum einen um eine *subjektorientierte, dialogische Haltung* den Problemerkfahren gegenüber, welche die Möglichkeit einer personalen Begegnung aktiv offenzuhalten sucht (vgl. die ›Grundhaltung‹ nach DÖRNER und PLOG 1978). Damit soll die Integration der Psychiatererfahrenen in den kommunalen und gesellschaftlichen Kontext, aber auch die Integration des Psychoseerlebens in deren eigene Biografie und Identität ermöglicht werden. Ein einseitig medizinisch-pathologieorientiertes Störungskonzept wird durch ein psychosoziales Verständnis von seelischem Leiden ergänzt:

»Psychotisches Erleben in der akuten Krise wird nicht als Psychopathologie, sondern als Bewältigungsversuch und als Kommunikationsangebot verstanden, und mit einem Beziehungsangebot beantwortet. Das erfordert eine neue Sicht psychotischer Erlebniswirklichkeiten als wirkliche Wirklichkeiten der Subjekte, als imaginierte Realitäten, die so wahr und wirklich sind wie unser aller Wirklichkeiten.« (MACHLEIDT 2001, S. 5)

Persönliche und kollektive Gesundheitsressourcen werden gesucht und gefördert, um eine möglichst normal integrierte souveräne Lebensgestaltung zu erhalten bzw. zu erreichen.

»Die Hannoveraner Sozial-Psychiater ... haben den unauflösbaren Zusammenhang der sozialen Situation des Einzelnen und insbesondere des psychisch Kranken, und der sozialen und politischen Verfasstheit der Gesellschaft reflektiert und ein kritisches Gesellschaft-, Wissenschafts- und Psychiatrieverständnis entwickelt. Vor diesem Hintergrund ... haben sie soziale und gesundheitspolitische Impulse wirkungsvoll in den gesellschaftlichen Raum hineingetragen. (...) Dadurch wird die scheinbar unüberbrückbare Dichotomisierung von Subjekt und Gesellschaft in eine Synchronie umgedacht, bei der Individuation und soziale Integration Hand in Hand gehen. *Es klingt wie ein Paradoxon, ohne es zu sein, dass das individuelle Wesen des Menschen notwendig sozial und das soziale Wesen des Menschen notwendig individuell sein muss.*« (MACHLEIDT 2001, S. 3)

Zum anderen sollte die ›Gemeindenähe‹ der Versorgung erreicht werden – organisatorisch, aber auch bei der Wahrnehmung politischer Verantwortung:

- Verkleinerung und Dezentralisierung der vormals großen ›Anstalten‹; Rückverlagerung der Verantwortung für die psychiatrische Versorgung in den

politischen Raum der Kommune, aus der sie Mitte des 19. Jh. ausgelagert worden war (›*Kommunalisierung der Psychiatrie*‹);

- Aufbau eines ›komplementären‹ Verbundes von kleinen Einrichtungen für Beratung, Wohnen, Arbeit, Tagesgestaltung, um den Verbleib Betroffener in ihren kommunalen ›Gemeinde‹-Kontexten zu ermöglichen;
- bessere Verzahnung und Koordination aller professionellen psychiatrischen Dienste. Einweisungen in Klinik oder Heime sollten durch Hilfsangebote in der Lebenswelt der Betroffenen entbehrlich werden.

Auf *legislativer Ebene* ging es um die Gleichstellung von psychisch und körperlich Kranken im Anspruch auf bedarfsgerechte Hilfen (Angleichung des sozialen Leistungsrechts, Überwindung des vormaligen ›Verwahrungs-Denkens‹ bei der Zwangsunterbringung; schließlich die Reform des überholten Vormundschaftsrechts) (vgl. BAUER & ENGFER, in: BAUER, ENGFER & RAPPL 1991, S. 219 ff.)

Psychiatrie wird dabei stets auch als *Instanz sozialer Kontrolle* reflektiert, welche das Tor zwischen Normalität und Abweichung im Bereich seelischer Gesundheit beleuchtet und bewacht. Sie dient damit der Gesellschaft wie den Individuen bei der Bewahrung einer inneren wie äußeren Ordnung durch das doppelte Mandat von ›Hilfe und Kontrolle‹. In ihrer Kritik wandte sich Sozialpsychiatrie gegen jene repressive Art sozialer Kontrolle, wie sie von der klassischen, ›kustodialen‹ Psychiatrie repräsentiert worden war: diese hatte in patriarchaler Weise Patienten verwahrt und ihre ›Karrieren‹ als soziales Phänomen entstehen lassen, weitab von den Autonomie- und Gesundheits-Belangen der Kranken selbst. Konsequenterweise ging es nun um die Wiedergewinnung des Subjektstatus für diese Menschen. Oder mit den Worten des ›Zeitzeugen‹-Psychiaters Prof. ASMUS FINZEN (1998, S. 44):

»Sozialpsychiatrie, das war auch die Auseinandersetzung mit der vorherrschenden gesellschaftlichen Haltung gegenüber geistig Behinderten und psychisch Kranken. Das war Auseinandersetzung mit den kustodialen Prinzipien einer psychiatrischen Krankenversorgung. Das war die Umorientierung von der Verwahrung als Grundprinzip der Versorgung zu Therapie und Rehabilitation, von der Ausschließung aus der Gemeinschaft der Gesunden zur sozialen Wiedereingliederung in das angestammte Milieu, zur Integration der Psychiatrie in die Gesellschaft. Auf dieser Grundlage wurde die Sozialpsychiatrie zur Trägerin und zum Motor der institutionellen Psychiatriereform, zur Gestalterin einer neuen psychiatrisch-psychotherapeutischen Haltung sowie zur Vorkämpferin einer veränderten sozialen Einstellung gegenüber den psychisch Kranken.«

Gemeindepsychiatrie kann damit als die praktische Ausformung von Sozialpsychiatrie im gesellschaftlichen Alltag verstanden werden.

Als Forum für die kritischen und auch kontroversen Diskussionen innerhalb der Reformbewegung entwickelten sich die Zeitschrift »*Sozialpsychiatrische Informationen*« (aus dem Umfeld des Sozialpsychiatrie-Lehrstuhls der Medizinischen Hochschule Hannover), die Tagungen der ›*Deutschen Gesellschaft für Soziale*

Psychiatrie und ihre Verbandsschrift ›*Rundbrief/Soziale Psychiatrie*‹ sowie die Veröffentlichungen des Psychiatrie-Verlags in Köln (1976 als gemeinsames Projekt und Sprachrohr verschiedener Sozialpsychiatrie-Verbände entstanden).

Innerhalb des *sozialpsychiatrischen Diskurses* waren drei Positionen von Bedeutung:

»Sie reichen von einer antipsychiatrischen Befreiungsperspektive, die auf eine Überwindung der Psychiatrie insgesamt setzt, über eine gemeindepsychiatrische Vorstellung, die psychosoziale Hilfen und Dienstleistungen vollständig in die Lebenswelt integriert, bis zu einer modernisierten Psychiatrie, die nach wie vor von einer klinisch-stationären Zentrierung ausgeht, die aber das ganze Spektrum präventiver, therapeutischer und rehabilitativer sozialpsychiatrischer Ansätze in ihr institutionelles Spektrum integriert.« (KEUPP 1998, S. 582)

Die *antipsychiatrische* Perspektive brachte eine grundsätzliche Kritik an der Psychiatrie, ihren Institutionen, Aufträgen und Experten-Orientierungen zum Ausdruck. Zu ihren Wurzeln zählen die Veröffentlichungen der *englischen Antipsychiatrie*, wie sie mit den Namen von Laing und Cooper verbunden sind. Auf der Grundlage eines phänomenologischen Zuganges zu psychischen Störungen gingen beide Psychiater von der grundsätzlichen Verstehbarkeit und Einfühlbarkeit eines psychotischen Erlebens aus. Aus dieser Einsicht waren beide in den 1960er-Jahren maßgeblich an der Einrichtung einiger ›repressionsfreier‹ und auf Verständigung gründender Wohnprojekte für jugendliche psychisch Kranke beteiligt (z. B. Kingsley Hall), die in der Folgezeit eine große Anziehungskraft bei den kritischen Psychiatrie-Tätigen in anderen westeuropäischen Ländern entfalteten (vgl. LAING 1960, COOPER 1967, FINZEN 1998, S. 40 ff.).

Der faktische Einfluss auf die Psychiatriereform in Deutschland blieb zwar begrenzt – auch aufgrund der ausbleibenden längerfristigen Erfolge der Praxisprojekte in England. Dennoch ist der Ertrag der antipsychiatrischen Perspektive in einer Herausforderung von Psychiatrie und Gesellschaft zu sehen, die sich der Kritik stellen mussten. Antipsychiatrie hatte – vornehmlich mit ihren enormen publizistischen Erfolgen – zu einem veränderten, offeneren Verständnis von psychisch abweichendem Verhalten und von psychisch Kranken in der Gesellschaft beigetragen, und die bürgerlichen Normalitätsmodelle auf spezifische Weise zu hinterfragen gelehrt. Dies reichte bis zu der prekären Ansicht, Abweichung könne auch als eine Form des legitimen Protestes gegen vorherrschende familiäre, soziale und politische Realitäten verstanden werden – prekär deswegen, weil mitunter psychisch Kranke in ihrem Leiden einseitig als Opfer der gesellschaftlichen Verhältnisse, und als Vorreiter einer Rebellion *gegen* diese Verhältnisse stilisiert und missverstanden worden waren.

Als Kernpunkt antipsychiatrischer Kritik bleibt bestehen, dass subjektive Leidenszustände zu einem Teil immer auch auf gesamtgesellschaftliche Entfremdungsverhältnisse verweisen, welche Menschen in ihren legitimen Teilhabe- und

Verwirklichungs-Chancen systematisch behindern und sie demoralisieren können (vgl. KEUPP 1987, S. 138; SEN 2000). In jüngster Zeit wird diese Perspektive – in moderater Form – von Gruppierungen und Vertretern innerhalb der Psychiatrieerfahrenen-Bewegung wieder belebt (vgl. LEHMANN 1998, KOSTAL 1998), und bleibt dem sozialpsychiatrischen Diskurs von der Betroffenenenseite her als kritisches Element erhalten.

Im späteren Teil der Studie wird gefragt, wieweit sich diese Perspektive – einschließlich ihrer Souveränitäts-Potenziale – in den Gesprächen mit Psychoseerfahrenen heute widerspiegelt.

Zu den Wurzeln der Sozialpsychiatrie zählt in theoretischer wie institutioneller Hinsicht die *demokratische Psychiatrie Italiens*. Ausgehend von einigen Kliniken in Nord- und Mittelitalien (Görz, Triest, Verona, Arezzo), wurden die psychiatrischen Institutionen ebenfalls in den 1960er- und 70er-Jahren einer radikalen Reform unterworfen. Dies bezog sich auf Klinikareale und -gebäude (sie wurden in je unterschiedlicher Form verkleinert, für die Bevölkerung geöffnet, oder auch gänzlich geschlossen und einer anderen Bestimmung zugeführt), mehr noch aber auf die Form der nun ›offenen‹ Kommunikation zwischen dem Psychiatriepersonal und den Patienten, etwa in Gestalt von Versammlungen, Öffnung der geschlossenen Stationen, Kultur- und Öffentlichkeitsaktionen. Langzeitpatienten wurden in neu gestalteten Wohn- und Arbeitskontexten in der Gemeinde wiederbeheimatet, und der Versuch unternommen, ein ambulantes Versorgungsnetz auch für die vollständige Akutbehandlung zu installieren. Die alten Klinikstrukturen sollten damit überflüssig werden. Die Protagonisten dieser Entwicklung – Psychiater wie Basaglia (z. B. 1970), Jervis, u. a. – waren selbst in der politischen Linken verankert, und konnten sich bei der Reform auf eine breite gesellschaftliche Bewegung stützen. Dies führte schließlich auf Gesetzebene – mit dem berühmten *Legge 180 vom Mai 1978* – zum politischen Beschluss der Auflösung der großen staatlichen Anstalten und der Neugründung von lokalen Ambulatorien (inkl. einigen Behandlungsplätzen in den Allgemeinen Krankenhäusern) – auch wenn dies in der Folgezeit in den einzelnen Regionen Italiens auf sehr unterschiedliche Weise umgesetzt wurde (vgl. TANSELLA in: BAUER, ENGFER & RAPPL, 1991 S. 4 ff.).

Bemerkenswert zeigt sich hier die Veränderung im Status, welcher den psychisch Kranken nun zugeschrieben und zugemutet wurde: Sie waren zu Gesprächs- und Entscheidungspartnern im Hilfeprozess geworden und gestalteten aktiv den gemeinsamen Alltag in der Gruppe. Sie konnten Auswahl treffen zwischen den möglichen psychiatrischen Hilfen – aber diese auch zurückweisen zugunsten der nicht-psychiatrischen, oder gänzlich auf öffentliche Hilfen verzichten. Psychisch Kranke wurden zu ›*utenti*‹, zu Menschen, welche die psychiatrischen Hilfen in ihrem Sinne und für ihre Ziele gebrauchen können sollten. Diese Brauchbarkeit und ›Passungsfähigkeit‹ der psychiatrischen Dienste zugunsten der Belange

psychisch Kranker und der Gemeinde wurden zum ›Qualitätsmerkmal‹. Aus heutiger Sicht wirkt dieser Wandel wie ein Vorgriff auf ein zeitgenössisches »Nutzer«-Verständnis – allerdings nicht ökonomisch->kundenorientiert‹ verfasst wie in unserem aktuellen *mainstream*, sondern aus demokratischem Verständnis für die Bürgerrechte von Benachteiligten und die soziale Verantwortung des Gemeinwesens vor Ort. Zu diesen zählte auch das Recht, passende Hilfen aus den Möglichkeiten heraus neu zu erfinden und auf die Situation des oder der Betroffenen abzustimmen. Entsprechend radikal wurde im italienischen Gesetz die Rechtsgrundlage reformuliert, welche eine (Zwangs-)Einweisung gegen den Willen der Betroffenen regelt: neben *zwei* ärztlichen Stellungnahmen hatte der *Bürgermeister* der Gemeinde (bzw. dessen Stellvertreter) seine Zustimmung zur Unterbringung zu geben, einschließlich weitgehender Einspruchs- und Überprüfungsgarantien für die Betroffenen.

Wie konnten diese Impulse der Sozialpsychiatrie nun für die *Psychiatriereform in (West-)Deutschland*, in der Folge der Psychiatrie-Enquete 1975, aufgegriffen und umgesetzt werden?

Gemeindepsychiatrie schöpft aus mehreren Quellen und kann deshalb auch höchst unterschiedlich präsentiert werden. Ich erläutere zunächst die strukturellen Rahmenbedingungen der Reform, um schließlich die veränderten Rollen- und Identitätsmuster zu beschreiben und auf die Positionen und Widersprüche im aktuellen Diskurs einzugehen.

Psychiatriereform: neue/alte Institutionen und neue Kommunikationen*

Der Abschlussbericht der Psychiatrie-Enquete von 1975 hatte den Handlungsbedarf durch eine schonungslose Beschreibung der Versorgungssituation unabweisbar offengelegt. Zum einen waren »Sofortmaßnahmen zur Befriedigung humanitärer Grundbedürfnisse« gefordert, woraufhin die zuständigen Bundesländer in kurzer Zeit beträchtliche Finanzmittel in die bauliche Modernisierung der überalterten Klinikgebäude leiteten.

Da diese überwiegend aus der gemeindefernen Anstaltszeit stammten, wurde mit den Renovierungen auch ein Teil der Chancen auf eine unmittelbare Umsiedlung und Rückführung der Psychiatrie in die Gemeinde verspielt – ein Re-Integrationsprozess der Psychiatrie, welcher bis zum heutigen Tag noch nicht beendet ist (vgl. BAUER & ENGFER 1991, S. 220).

* Die Daten dieser Entwicklung sind entnommen aus: BAUER & ENGFER (1991), S. 219 ff; und AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (2001): Beiträge von HÄFNER, S. 72–102; KUNZE, S. 103–127)

Zum Zweiten wurden einige Rahmenempfehlungen für die künftige Entwicklung skizziert, die sich insbesondere an Verhältnissen der angelsächsischen Versorgung orientierten. Sie bezogen sich auf die Größe und die Verantwortung für eine zu versorgende Region und ihre Bevölkerung (›Standardversorgungsgebiet‹), den Aufbau von bedarfsgerechten ambulanten Einrichtungen und dabei besonders auf die Kontinuität der Betreuung in einer sog. ›Therapeutischen Kette‹ sowie auf die reibungslose Koordination zwischen den einzelnen Versorgungs-Komponenten.

Die Philosophie der Enquete blieb damit weiterhin klinikzentriert und eher einer Sozialplanung verpflichtet als dem vormals impulsgebenden moralisch-politischen Anspruch: Die (Groß-)Klinik sollte durch einige sozialfürsorgende, komplementäre Einrichtungen in der Vor- und Nachsorge ergänzt und entlastet werden (insbesondere durch Verlagerung des sog. »Pflegefall«-Bereiches in einen Betreuungsbereich außerhalb des Krankenhauses). Die Lebensperspektiven der Betroffenen und deren Mitwirkung bei der Gestaltung von Hilfe-Arrangements konnten in diesem expertendominierten, auf Versorgung angelegten Modell noch keine Berücksichtigung finden.

Eine Thematisierung auch von gesellschaftlichen Bedingungen für das Entstehen und den Verlauf seelischer Erkrankungen – mit den Worten von WULFF eine »*Ideologiekritik psychiatrischer Theorie und Institutionen, eine Analyse der sozialen Verhältnisse, einer ›pathologischen Anatomie‹ der Gesellschaft*« (1972) – wurde in diesem Horizont nicht gesucht und nicht geleistet.

Angesichts der vorhandenen ›Aufbruchsstimmung‹ in Gesellschaft und reformorientierter Fachwelt löste der Kommissionsbericht deshalb vielfach auch Kritik und Enttäuschung aus. Er war deutlich als Kompromiss-Papier einer Expertengruppe erkennbar, die zu einem großen Teil aus Direktoren der bestehenden psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Unikliniken zusammengesetzt war. Dennoch ist er für die künftige Psychiatriepolitik zur zentralen Autorität geworden, auf die alle Akteure – ob im Rahmen eines Landespsychiatrieplanes oder einer lokalen Psychiatrie-Initiative – Rückbezug nahmen.

»... Seine Sprachregelung hat schnell funktioniert, und vor allem seine technokratische Planungsphilosophie hatte Prägungskraft. Keiner psychiatriekritischen Initiative ist es letztlich erspart geblieben, die eigenen Vorstellungen in die Sprache des Enquete-Jargons zu übersetzen.« (KEUPP 1984, zitiert nach QUINDEL 2004, S. 22)

In den (alten) Bundesländern wurden – aufgrund der Länderzuständigkeit für den Gesundheitssektor – *Psychiatriepläne* verabschiedet, welche in föderaler Vielfalt die landesspezifische Umsetzung der Enquete-Prinzipien zum Ziel hatten. Gefördert durch Mittel aus dem ›Modellprogramm Psychiatrie‹ der Bundesregierung (1981–1985), entstanden hier die ersten Enthospitalisierungs-Projekte aus den Langzeitbereichen der Kliniken, vor allem aber die Planungsgrundlage für den Aufbau eines ambulant-komplementären ›Nicht-Behandlungsberei-

ches« der psychiatrischen Versorgung: dieser wurde in der Regel nicht mehr durch die Krankenkassen, sondern durch Projektgelder oder Sozialhilfemittel finanziert. Dies betraf z. B. Sozialpsychiatrische Dienste, betreute Wohnformen, Übergangseinrichtungen, Arbeits- und Tagesgestaltungsprojekte, Bildungs- und Freizeitmaßnahmen. Diese ›Neuen Hilfen« waren überwiegend nicht mehr aus dem Medizin-System heraus finanziert und organisiert, sondern über das System der ›Daseinsvorsorge« und der Sozialhilfe der öffentlichen Hand. Entsprechend unterschieden sich die ›professionellen Codes«, Zielsetzungen und Praxiskulturen. Ideologische Auseinandersetzungen der kommenden Jahre um Einfluss und Ressourcen im Psychiatriesektor gruppieren sich vorzugsweise entlang dieser Grenzlinie zwischen medizinisch-klinischem und psychosozial-komplementärem Hilfesystem.

Die entstehenden komplementären Hilfsangebote boten sowohl den neuen, psycho- und soziotherapieorientierten Berufsgruppen, den kritischen Reforminitiativen, als auch den etablierten Wohlfahrtsverbänden die Chance, Profil in einem Bereich zu entfalten, der trotz des allgemeinen Planungsdukts der Enquete und der Landespläne einen faktisch großen Gestaltungsspielraum vor Ort eröffnete. Psychiatriereform konnte sich lokal höchst vielfältig entlang des engagierten Zusammenspiels der Mitwirkenden entwickeln. Auch innovativ gemeindepsychiatrische Projekte hatten in dieser Phase durchaus eine Verwirklichungs- und Finanzierungschance, ohne bereits von Verwaltungsanforderungen und Qualitätssicherungs-Auflagen vereinnahmt zu werden.

Während in den einzelnen Landespsychiatrieplänen der Hilfe- und Versorgungsaspekt administrativ ausbuchstabiert wurde, erfolgte in den etwa zeitgleichen Reformen der Unterbringungsgesetze der meisten Bundesländer eine Aktualisierung der Rechtsnormen für eine Zwangseinweisung. Dies betraf mithin die stärkste Sanktion gesellschaftlicher Kontrollnormen: die unfreiwillige, polizeilich durchgeführte Einweisung und die Zwangsbehandlung in einer psychiatrischen Klinik. Einerseits wurden hier demokratisch verfasste Rechte zeitgenössisch formuliert und das Ende eines ausgrenzenden Verwahr-Zeitalters bekräftigt. Andererseits wurde das Recht des Einzelnen auf rechtzeitige und bedarfsgemäße Hilfe ganz überwiegend dem Recht des Staates nach ›Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung« nachgeordnet. Das Primat der Eingriffsrechte und der sozialen Kontrolle durch legitimierte Experten wurde damit fortgeschrieben (vgl. MARSCHNER 1998). Hinter den gemeindepsychiatrischen Hilfen blieb und bleibt also die negative Sanktion der unfreiwilligen Zwangsbehandlung gegenüber abweichendem Verhalten bestehen – auch wenn sie überwiegend durch andere Berufe und Institutionen ausgeübt wird (Polizei, Gesundheitsamt, Versorgungsklinik).

Eine – aus den Sachverständigen der Enquete hervorgegangene – *Expertenkommission der Bundesregierung* wertete die zwischenzeitlichen Reformverfah-

rungen aus und legte 1988 ihren Bericht mit Empfehlungen vor. Sie zeichnete ein ernüchterndes Bild der erzielten Erfolge – insbesondere für die Belange der schwer chronisch Kranken – und schlug wiederum auf der Ebene von Sozialplanung, Gesetzgebung und Koordination der Hilfen weitergehende Reformen vor:

- Ins Zentrum der Versorgung rückte der *Verbund aller gemeindepsychiatrisch* erbrachten Hilfen. Die Klinik – das vormalige Zentrum – wurde zu dessen Bestandteil, mit einem definierten Aufgabenspektrum, das insbesondere die Akut- und teilstationäre Behandlung umfasste, und womöglich im Rahmen eines Allgemeinkrankenhauses angesiedelt sein sollte.
- Die Betrachtung der einzelnen psychiatrischen Einrichtungen und ihres Hilfespektrums (›Angebotsorientierung‹) wurde abgelöst von einer ›funktionalen Betrachtungsweise‹, mit welcher die bedarfsgerechte Verzahnung der Hilfen in einem regelgeleiteten ›Gemeindepsychiatrischen Verbund‹ beschrieben wurde, unabhängig vom Institutionstypus, in dem sie jeweils erbracht werden.
- Die *Versorgungsverantwortung und -verpflichtung* für eine definierte Region und die dort lebenden Bürgerinnen und Bürger wurde zur Leitidee einer wohnortnahen und lebensweltbezogenen psychiatrischen Hilfe.

Ein Folgebericht der Expertenkommission von 1998 (›Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung‹) leitete einen weiteren Paradigmenwechsel von der sog. ›institutionszentrierten‹ zur ›personenzentrierten‹ Organisation der Hilfen ein: Ausschlaggebend für die sozialrechtliche Bewilligung einer gemeindepsychiatrischen Hilfestellung sollte nicht länger das vorhandene Maßnahmenpaket einer örtlichen psychiatrischen Institution sein, sondern der *für* den und *mit* dem betroffenen Kranken erstellte ›Individuelle Behandlungs- und Rehabilitationsplan‹ (IBRP). Aus dessen Zielvereinbarungen sollte eine individuelle Hilfestellung maßgeschneidert und in die Praxis umgesetzt werden können. Im Rahmen des *Gemeindepsychiatrischen Verbundes* wäre somit eine neue Vielfalt an Hilfeformen derart auf- und umzubauen, dass sie flexibel auf die fluktuierenden Bedürfnislagen der Betroffenen und der umgebenden Gemeinschaften eingehen kann. Das bislang funktionierende ›Kartell der Hilfe-Anbieter‹ sollte überwunden werden. Die Ressourcen würden demnach zugunsten der bislang vernachlässigten chronisch Kranken, also derjenigen mit dem größten und komplexesten Hilfebedarf, umgesteuert. Der bisher gängige, aber nun skandalisierte Ausweg, ›therapieresistente‹ oder ›störende‹ chronisch Kranke letztlich in heimatferne Pflegeheime zu verlegen, sollte damit unterbunden werden (vgl. APK 2004, insbesondere den Beitrag von KUNZE, S. 17 ff.).

Während diese zuletzt genannte Regelung vor allem auf Betreiben und zugunsten der öffentlichen Sozialhilfeträger – welche die ausufernden Kosten von Heimunterbringungen nicht mehr finanzieren konnten – eingesetzt wurde, unternahm der Gesetzgeber 2001 mit einer Reform des Rehabilitationsrechtes – Sozialgesetz-

Buch IX: »Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen« – den Versuch, die nachteiligen Folgen des gegliederten Systems der sozialen Sicherung durch eine Harmonisierung des Verfahrens *auf der Ebene des Einzelfalls* zu beheben. Bislang hatte die Beantragung einer komplexeren Rehabilitation langwierige Verfahrensabstimmungen zwischen den Versicherungsträgern erfordert, was insbesondere für chronisch psychisch Kranke eine nur schwer zu überwindende Hürde darstellte und in der Folge zu häufiger Nicht-Inanspruchnahme entsprechender Rechte und Hilfen geführt hatte. Die Zersplitterung von Kostenzuständigkeiten im System der sozialen Sicherung sollte nun durch eine klare Verfahrensverantwortung im Einzelfall geheilt werden, also insofern ›systemkonform‹ und unter Beibehaltung der historischen Gliederung.

Zeitgleich wurden Erfahrungen anderer westeuropäischer Länder mit einem »Persönlichen Budget« für hilfeberechtigte Menschen mit Behinderungen auch ins bundesdeutsche Sozialrecht eingeführt: Zunächst als Modell, ab 2008 schließlich mit generellem Wahlrecht können die Betroffenen die ihnen zugesprochenen Hilfeleistungen nach Art und Anbieter weitgehend selbst auswählen und beauftragen – sofern sie dazu, ggf. mit Assistenz, ausreichend in der Lage sind. Dieses Wahlrecht soll prinzipiell auf alle Sozialversicherungs-Zweige anwendbar werden, also unabhängig davon, ob für eine notwendige Rehabilitation Teilleistungen von der Renten- oder Krankenversicherung, der Sozialhilfe, der Arbeitsagentur o. a. erbracht werden. Hier soll das Selbstbestimmungs- und Wahlrecht der Betroffenen gestärkt werden. Dementsprechend ändert sich ihr Status vom bisherigen ›Hilfempfänger‹ hin zum ›Auftraggeber‹ von Dienstleistungen.

Inwieweit damit die Teilhabe- und Verwirklichungschancen behinderter Menschen, und ihre Möglichkeiten einer weitergehenden souveränen Lebensgestaltung tatsächlich anwachsen, wird in der Praxis kritisch zu beobachten sein: Reicht die finanzielle Ausstattung des zuerkannten Budgets aus, um tatsächlich über Gestaltungsspielraum bei den Betreuungsumständen zu verfügen? Oder resultiert ein Preis- und Qualitätsverfall bei sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen, mit abträglichen Folgen für die Lebensqualität der Betroffenen? Hilft die Philosophie des SGB IX wirklich dabei, die bürokratische Praxis eines – in den historischen Grundzügen patriarchalen – sozialen Leistungsrechts zu überwinden? Ermöglicht der Paradigmenwechsel zur ›Personenzentrierung‹ wirklich eine aktivere Einflussnahme auf die Gestaltung des eigenen Hilfeprozesses, und die angstfreihere Ausbildung eines kritischen Selbstbewusstseins gegenüber den Professionellen? Oder dienen diese Gesetzes- und Verwaltungsrochaden doch überwiegend dazu, den Sozialsektor anschlussfähig zu machen an die vermeintlich notwendige Flexibilität einer europäischen und globalen, neoliberalen Wirtschaftsweise? Wird dabei das materielle Niveau der Sozialleistungen weiter abgesenkt zulasten derjenigen, deren Selbsthilfepotenziale bereits an der Belastungsgrenze angelangt sind? Wird nicht die ›Kultur des Sozialen‹ in den betreuenden Beziehungen aufgelöst,

wenn sie sich fortan innerhalb marktgängiger Kategorien finden, entwickeln und wieder lösen müssen? (Vgl. DEDERICH 2005)

Abschließend soll mit dem neuen Betreuungsrecht (BetrG 1992) ein Gesetzeswerk im Kontext der Psychiatriereform angeführt werden, das für *alle* Bürger eine erhebliche Verbesserung der individuellen Risikovorsorge für den Fall gesundheitlicher Beeinträchtigung schaffen sollte. Insbesondere konnten – neben altersgebrechlichen Personen – jene langfristig oder periodisch psychisch kranken Menschen davon profitieren, deren Selbstbestimmungs- und Anpassungsfähigkeiten infolge von Erkrankung und sozialer Desintegration als geschwächt galten. Für diese Personen wird gegebenenfalls vom Amtsgericht eine rechtliche Vertretungs- und Betreuungsperson eingesetzt. Das vormalige Pflegschafts- und Vormundschaftsrecht resultierte noch aus der Zeit der Anstaltspsychiatrie, und sah eine weitgehend formale, unpersönliche Besorgung von Angelegenheiten vor, etwa durch Rechtsanwälte oder Amtspersonen. Zahlen von bis zu 300 ›Pflegerlingen‹ je Berufspfleger waren keine Seltenheit. Demgegenüber sollte nun eine nicht nur rechtlich-formale, sondern darüber hinaus auch persönliche Betreuung geleistet werden, begrenzt auf exakt definierte Teilbereiche der Lebensgestaltung – wie Finanzen, Gesundheitsvorsorge, Aufenthaltsbestimmung. Dafür wurden fachliche, finanzielle und Überprüfungsstandards neu gesetzt, die es tatsächlich ermöglichen sollten, die persönlichen Belange der Betreuten im gemeinsamen Dialog zu bestimmen und auf rechtlicher Ebene zu vertreten. Infolge des neuen Auftrags verbesserte sich für viele chronisch Erkrankte die Chance, rechtliche Betreuung eher als Unterstützung denn als Beschneidung ihrer eigenen Souveränitätsbestrebungen wahrzunehmen und zu nutzen – auch wenn dieses Ideal sich in der Praxis immer nur näherungsweise widerspiegelt. Mit dem bundesweit rasanten Anstieg der Zahl von ›Betreuungsfällen‹, und der dadurch ausgelösten Kosten für die öffentliche Hand kam es jedoch bereits Ende der 1990er-Jahre zu einer Minderung des gesetzlichen Auftrages nach – auch – persönlicher Betreuung durch die Berufsbetreuer, und zu einer Deckelung ihrer Stundenhonorare auf niedrigem Niveau. Der ›sozialreformerische Impetus‹ der Gesetzesnovelle war mit der Verknappung öffentlicher Haushalte rasch wieder aufgebraucht.

Im empirischen Teil der Studie wird der Frage nachgegangen, wie sich diese nun beschriebenen strukturellen Änderungen in den Souveränitätserfahrungen von Betroffenen niederschlagen.

Mit diesem Überblick sollte skizziert werden, wie stark die Organisation der psychiatrischen Versorgung in Bewegung gekommen war, wie stark dieser Prozess aber ebenso auf administrativen, formalen Aspekten gründete – und vielfach Motiven nach Erhalt des jeweiligen Einflussbereiches folgte. Die Kritik an einer technokratischen Reform, die überwiegend die administrativen und ökonomischen Belange berücksichtige, wurde und wird deshalb gerade von denjenigen reformorientierten Experten geäußert, denen die fachlich-therapeu-

tische Weiterentwicklung der psychiatrischen Hilfen, und die Emanzipation der Betroffenen in einem solidarischen Gemeinwesen Ausgangspunkt ihres sozialpolitischen Engagements gewesen war (vgl. zusammenfassend den Bericht der Tagung »Ökonomie ohne Menschen?« – Zur Verteidigung der Kultur des Sozialen. Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 4/2005).

Unter einem anderen Blickwinkel auf den Reformprozess treten dagegen die therapeutischen und kulturellen Entwicklungen eher zutage, die – in diesen Zeitlauf eingebettet – ihn zugleich begleiteten, ermöglichten und beflügelten:

- *Große Fortschritte bei der medikamentösen Behandlung von Psychosen* waren durch die Einführung neuer Wirkstoffe und Arzneimittel möglich geworden, die sowohl spezifischer auf die zu behandelnde Symptomatik als auch mit wesentlich geringen Nebenwirkungen eingesetzt werden konnten als die Vorgängerpräparate (insbesondere waren neue, »atypische« Neuroleptika und verbesserte Antidepressiva ab Mitte der 1990er-Jahre verfügbar). Für viele Betroffene war es dadurch leichter geworden, sich den medikamentösen Behandlungsvorschlägen langfristiger anzuschließen, und ihre Anfälligkeit für psychische Störungen und Krisen (auch) auf pharmakologischem Weg zu mindern. Als Patienten mit weniger auffälligem Verhalten konnten sie ihre Rollen und ihren Alltag in der Gemeinde störungsfreier ausüben, wie es auch umgekehrt für die Gemeinde leichter wurde, die Integration ihrer »verrückten« Mitglieder zu fördern, anstatt sie auszugrenzen. Dies hat seinerseits wieder positive Auswirkung auf die soziale Repräsentation von Verrücktheit und Andersartigkeit. Lebensqualität konnte so auf beiden Seiten gestärkt werden.
- *Psychotherapeutische Verfahren für Psychosekranken* erfuhren einen enormen Aufschwung, nach Jahren einer marginalen Existenz und einer bis weit in die Reformperiode hinein nicht unüblichen Zuordnung in den Bereich der Kontraindikation. Die Erfahrungsbasis mit unterschiedlichen Verfahren (Verhaltenstherapie, Systemische und Familie-Therapie, psychoanalytische Psychosentherapie) und unterschiedlichen Kontexten (ambulant, Tagesklinik, Klinik) erfuhr eine bemerkenswerte Breite – sowohl nach den empirisch dokumentierten Erfahrungen, nach dem Stand der Aus-, Fort- und Weiterbildung als auch in Bezug auf die Chance selbst von gesetzlich versicherten Patienten, in der Nähe des eigenen Wohnortes einen passenden ambulanten Therapieplatz im Rahmen der regulären Versorgung zu finden. Ebenso wuchs die Wahrscheinlichkeit an, im Rahmen einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung psychotherapeutisch geschulte Fachkräfte und Teams vorzufinden, und als Betroffener wie als Angehöriger von dieser Kompetenz profitieren zu können – auch ohne zuvor die Schwelle eines Antrages auf Krankenkassenfinanzierung einer ambulanten Psychotherapie überwinden zu müssen (vgl. MENTZOS 1991 und 1997, HELTZEL 2001; »Überregionale Weiterbildung in psychoanalytischer Psychosentherapie«, in München, Hamburg, Wien).

Diese Entwicklung konnte *parallel* zu der wachsenden Dominanz von biologisch orientierten Krankheitsmodellen und von pharmakologischen Behandlungsleitlinien in der psychiatrischen Wissenschaft und Praxis Einfluss gewinnen.

Sie geht fachlich auch auf die genauere Aufmerksamkeit gegenüber den Folgen von traumatisierenden Erfahrungen zurück: Individuelle Störungen waren – vor dem Hintergrund kollektiver Katastrophen und darauf bezogener sozialer »Schweigezonen« – durch das Bekanntwerden *realer* Verstörungen in der Lebens- und Leidensgeschichte zahlreicher Psychiatrie-Erfahrener verstehbarer geworden. Dieser »dekonstruierende« Blickwinkel war u. a. durch die Bearbeitung der psychischen Folgen des Nazi-Regimes (auf Opfer- wie auf Täterseite) in der »zweiten Generation« danach sowie die Öffnung zahlreicher historischer und persönlicher Quellentexte (bezüglich des Nazi- wie des DDR-Regimes) nach dem »Mauerfall« in den 90er-Jahren möglich geworden (vgl. MOSER 1995, MENTZOS & MÜNCH 2000). Die »Entdeckung« des Themas sexueller Gewaltförmigkeiten in unserer Gesellschaft – als einer Erfahrung und eines Tabus von nahezu kollektivem Ausmaß – hatte ebenso Anteil an dieser Entwicklung wie die unmittelbare Nähe zu den »Echt-Zeit«-Folgen des Krieges im ehemaligen Jugoslawien: hier war die mögliche enge Verbindung von Trauma, Tabu und seelischer Erkrankung offenbar geworden (vgl. MENTZOS 1993).

Ich verstehe dies einerseits dialektisch als aufeinander bezogenes Spannungsverhältnis innerhalb der fachlich allgemein akzeptierten Spannbreite bio-psycho-sozialer Psychose-Konzepte. In dem Maße, wie psychiatrische Forschung auf der Basis von biologischen, genetischen und quantitativen Konzepten den Schwerpunkt des Wissenschaftsbetriebes bilden konnte, wurde notwendig auch der »andere«, subjektive Pol des Verständniszuganges gestärkt – vorwiegend in Praxis-Projekten und an den »Seiteneingängen« des Universitätsbetriebes angesiedelt (vgl. das Soteria-Projekt in Bern, CIOMPI et al. 2001; das »Frankfurter Psychose-Projekt«, MENTZOS 2000; siehe auch bei BOCK, DÖRNER & NABER 2005).

Andererseits zeigte sich die Wirkung einer weiteren materiellen Strukturreform im Krankenhaus:

Die Einführung von Personal-Schlüsselzahlen, Berufsgruppenprofilen und »Basis-Dienstleistungen« durch die sog. »*Psychiatrie-Personal-Verordnung*« des Bundesgesundheitsministeriums (1991). Hier wurde die Personalausstattung im psychiatrischen Krankenhaus landesweit erstmals auf ein Niveau angehoben, welches eine multiprofessionelle, therapeutisch wirksame Beziehungsarbeit regelhaft ermöglichte, und dies in den beschriebenen Dienstleistungsprofilen auch explizit vorsah. Für einen – ökonomisch bedingt kurzen – Zeitraum bis Ende der 90er-Jahre konnten nun insbesondere psychologisch-pädagogische, aber auch ärztliche Fachkräfte vermehrt im Klinikalltag eingesetzt und wirksam werden. Diese Neuerung basierte auf dem eingeforderten Grundsatz der Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken. Sie konnte sich verbinden mit der Aus-

weitung der ambulant-komplementären Dienste in der Gemeindepsychiatrie, in welchen die ›psychosozialen‹ Berufsgruppen und Haltungen dominierten. Die Verbesserung der Qualität professioneller Hilfen bis hin zu einer Psychotherapeutisierung von Handlungsfeldern hatte also sowohl strukturelle wie fachliche wie soziokulturelle Hintergründe.

Als *die* wesentliche Entwicklung auf soziokultureller Ebene sind die Fundierung der *Bewegung der Angehörigen und der Psychiatrieerfahrenen* sowie die ›*Erfindung*‹ der ›*Psychose-Seminare*‹ und des ›*Triologs*‹ zu sehen.

Die Angehörigen chronisch psychisch kranker Menschen – insbesondere die Elterngeneration – stehen vielfach in der Situation, die Belastungen und Folgen einer psychischen Erkrankung mitzutragen, sowohl in emotionaler wie in materiell-rechtlicher Hinsicht. Hinzu tritt die moralische Auseinandersetzung um die eigene, womöglich schuldhaftige Verwicklung in den Hintergrund einer Psychose-Entwicklung, sowie die Sorge um mögliche künftige Krankheitsepisoden. Dieses belastungsreiche Geflecht war Anlass für die frühzeitige Entstehung und Ausbreitung von Selbsthilfe-Kontexten Angehöriger auf Gegenseitigkeit. Folgerichtig fand 1985 der Zusammenschluss lokaler und regionaler Angehörigengruppen und -verbände zum ›Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker‹ statt (aktueller Name: ›*Familien-Selbsthilfe Psychiatrie*‹), mit dem Ziel, die Belange und Forderungen im öffentlichen und sozialpolitischen Raum zu vertreten.

Im Jahr 1992 fanden die verschiedenen bereits bestehenden Gruppierungen von Psychiatrieerfahrenen zu einem bundesweiten Zusammenschluss. Es gelang, die ganze Spannweite an Positionen – von grundsätzlicher Psychiatriekritik und subjektiver Psychose-Reflexion, über Forderungen nach Partizipation im Reformprozess als auch Emanzipation im Beziehungsprozess, bis hin zu Verbesserungen im klinischen Stationsalltag und Fragen einer rechtlichen Vertretung von Psychiatrie-Betroffenen – unter einem Verbandsdach zu bündeln. Anzahl und Vernetzung der Gruppen untereinander sind seither stark angewachsen, unterstützt durch die Möglichkeiten elektronischer Kommunikation. Einige Projekte sind aus der Selbsthilfe-»Szene« hervorgegangen (etwa das »Weglaufhaus« in Berlin, ein Nachtcafé in Bremen, zahlreiche psychiatriekritische Kulturprojekte und Zeitschriften) und zeugen von eigenständigen und kritischen Impulsen, die in die Gemeindepsychiatrie hineinwirken. Auch in Bayern bestehen lokal, regional und landesweit Selbsthilfe-Vereinigungen von Psychiatrieerfahrenen (in München seit 1995 ›MüPE e. V.‹, Oberbayern 1997, Bayern 1998).

In beiden Verbandsgründungen zeigt sich ein erstarktes Selbstbewusstsein, ein Wille und eine Fähigkeit zum ›Empowerment‹, zu verstehen als hinzugewonnene Kompetenz und Ressource des Bürgers der Spätmoderne: Dieser hat gelernt, Betroffenheit, Solidarität und Engagement in Teilbereichen des Lebens mit anderen zu teilen. Diese ›anderen‹ findet er nicht mehr selbstverständlich in traditionellen

Verwandtschaftsbindungen, sondern bevorzugt durch freie Wahl von Menschen mit Gemeinsamkeiten auf Zeit. Man war durch die gemeinsamen Erfahrungen in Gruppen und Organisationen, aber auch durch die Not des Umgangs mit eigenem Leid zum »Experten in eigener Sache« geworden (siehe KNUF & SEIBERT 1999), und wollte dies gegenüber Öffentlichkeit und Fachlichkeit zum Ausdruck bringen. Es ging um mehr Gehör und Anerkennung, ebenso um Mitsprache und Mitbeteiligung an der Ausgestaltung von Psychiatrie und Gesellschaft (vgl. VOELZKE, 1998). Entstanden und eingebettet in eine breitere Selbsthilfe-Bewegung, konnten die Psychiatrieerfahrenen von der gesellschaftlich gewachsenen Akzeptanz gegenüber Selbsthilfe-Aktivitäten diskriminierter Gruppen profitieren, und diese ihrerseits durch eine Kompetenz im öffentlichen Diskurs stärken, welche den Psychiatrisierten vormals nicht zuerkannt worden war.

»Allerdings ist es keineswegs einfach, die eigene Gruppenzugehörigkeit zu akzeptieren und offensiv zu vertreten, wenn man einer sozial missachteten Gruppe angehört. (...) Dem Dilemma zwischen individueller Selbstentwertung und Diskriminierung als Gruppenmitglied ist am ehesten durch die Schaffung eigener Kulturen entgegenzuarbeiten. Denn eine positive Identität bedarf einer *community*, die sie unterstützt.« (ROMMELSPACHER 1997, S. 258)

»Diskriminierte Gruppen schaffen sich deswegen Räume und Netzwerke und gestalten daraus eine eigene Kultur, sie machen Politik mit ihrer Identität (*Identity politics*). Neben der Chance, die dieses Vorgehen beinhaltet, besteht darin auch eine Gefahr: wenn die eigene Identität, z. B. das »Frausein«, ein Mittel der politischen Auseinandersetzung wird, droht die Machtwirkung, die damit ausgeübt wird, zurückzuschlagen. Der Essentialismus, die Klischees, die mit dem »Frausein« verbunden sind, werden durch die Betonung dieser Identität als politische Kategorie reproduziert.« (QUINDEL 2004, S. 33)

Die Psychiatrieerfahrenen haben aus diesem Grunde die *Zuweisung zum sozialen Ort »Psychiatrie«* als gemeinsame Identität in ihrem Namen gewählt, und nicht eine individuelle körperliche oder seelische Eigenschaft. Sie nutzen damit die öffentliche Skandalisierung der psychiatrischen Verhältnisse, um dem virulenten Stigma des individuellen »Verrückt-Seins« entgegenzuwirken. Sie bringen eigene Identitätsentwürfe – etwa des Eigen-Sinns, der besonderen Sensibilität und seelisch-kreativen Kraft – offensiv in den soziokulturellen Diskurs ein.

Für die Gemeindepsychiatrie stellt sich daraus die Frage, wie weit sie in Zielsetzung und Praxis in der Lage ist, Formen des Eigen-Sinns und der soziokulturellen Selbsthilfe zu unterstützen, also ihren Beitrag zu einer *Empowerment*-Strategie zu leisten. Die vorliegende Studie beschreibt diese Thematik aus dem retrospektiven Blickwinkel von Betroffenen.

Beide Betroffenenverbände erlangten rasch formelle Anerkennung und finanzielle Förderung durch Bund, Länder, Kommunen und Krankenkassen, und waren

schließlich am Ende der 90er-Jahre in allen psychiatrierelevanten Gremien und Fachtagungen auch offiziell repräsentiert – in einer bruchlosen Selbstverständlichkeit, welche ihrerseits Anlass gab und gibt für kritische Kommentare bezüglich einer neuerlichen ›fürsorglichen Vereinnahmung‹, nun eben der Loyalität und des Kritikpotenzials der Nutzergruppen. Die Integration der Betroffenen-Partizipation in die Organisation des Psychiatriebetriebes ging mithin relativ laut- und problemlos vonstatten (vgl. www.psychiatrie.de/verbände).

Die Suche nach einem erweiterten Verständnis von Psychosen, welches die jeweils subjektiv damit verbundenen Erfahrungen zum Ausgangspunkt nimmt, führte die beteiligten Gruppen zu neuen Kommunikationsformen: Ausgehend von einem Uni-Seminar an der psychiatrischen Klinik Hamburg-Eppendorf (vgl. BOCK, DERANDERS & ESTERER 1992; BOCK, BUCK & ESTERER 2000) entstanden in den 90er-Jahren bundesweit »Psychose-Seminare« als Orte gemeinsamen Lernens durch gleichberechtigten, dialogbasierten Austausch:

»Die Grundidee des Psychoseseminars ist denkbar einfach: die drei an einer Psychose beteiligten Gruppen – Erfahrene, Angehörige und Therapeuten/Studierende – treffen sich auf neutralem Boden (*i. d. R. Einrichtungen der Erwachsenenbildung/Universitäten – Anm. d. Verf.*) und bemühen sich um einen annähernd gleichberechtigten Diskurs. Sie begegnen einander unabhängig von therapeutischer bzw. familiärer Abhängigkeit freiwillig auf gleicher Ebene, um gemeinsam ihr Bild und Verständnis von Psychosen zu erweitern und unvoreingenommen über individuelle Hilfestrategien nachzudenken. Im Unterschied zur ›Psychoedukation‹ (*wie sie in zahlreichen Kliniken Teil des expertengeleiteten Standardprogrammes geworden ist – Anm. d. Verf.*) liegt das Schwergewicht auf dem subjektiven Erleben und der wechselseitigen Fortbildung aller Beteiligten, auf der gleichberechtigten Begegnung als Experten, und der Suche nach einer gemeinsamen Sprache. In Anlehnung an Habermas kann man vom Ringen um einen ›herrschaftsfreien Diskurs‹ sprechen. Die Themen und Moderationsregeln werden gemeinsam festgelegt, Definitionsmacht kommt nicht allein den Profis zu. Die Suche nach Sinn und Bedeutung oszilliert zwischen individualpsychologischen und gesellschaftlichen Aspekten.« (Bock 2003, S. 35)

Kennzeichnend ist hier die Abwesenheit der üblicherweise nach innen und außen wechselseitig prägenden Rollenerwartungen von Betroffenen, Professionellen, Angehörigen: Es existieren keine unmittelbaren Behandlungsaufträge, Berufsrollen und Verwandtschaftsbindungen. Der gefundene Dialog hat also keine direkten Folgen für den künftigen Alltag der Sprechenden, er ist davon befreit. Diese besondere Konstellation wirkt ausgleichend und eröffnet neue Sichtweisen und Gesprächsmöglichkeiten:

»Statt Compliance Kooperation, statt Krankheitseinsicht Selbstbewusstsein – diese neue Kultur der Begegnung will Empowerment fördern.« (a. a. O.)

Aktuell bestehen über 120 Psychoseseminare bundesweit. Durch die Veröffentlichung von Erfahrungsberichten, Filmen, Arbeitshilfen, Unterrichtsmaterialien und

Öffentlichkeits-Kampagnen (vgl. www.irremenschlich.de; www.irrsinnig-menschlich.de) wird eine breitere Öffentlichkeit mit den Themen seelischer Gesundheit und seelischer Krisen erfahrungsnah erreicht. Gemeinsames Sprechen über Psyche in der Sprache des Alltags kann hier erfahren und eingeübt werden.

Unter dem allgemeineren Titel »Trialog« – also einem dreiseitigen Dialog – etabliert sich hier ein Begegnungsverhältnis, das in öffentlichen Diskursen – etwa gemeinsamen Fachtagungen, Kongressen, politischen Anhörungen, Bildungsveranstaltungen oder Veröffentlichungen – ein Gegengewicht bildet zu den üblicherweise expertendominierten Positionen im Bereich von Prävention, Bewältigung und Lebensqualität bei Psychosen.

In diesen Entwicklungen zeigt sich die Chance größerer Selbst- und Mitbestimmung durch Betroffene und Angehörige. Aber es muss auch hier – in einem ›freien‹ Kontext – genauer auf die Machtverteilungen geachtet werden, die sich jeweils einspielen und die Grenzen für die Aushandlungen setzen: In der Regel bleiben die Professionellen im Psychose-Seminar oder im Gemeindepsychiatrischen Verbund in der mächtigeren (Ausgangs-)Position, sie verfügen über die meisten materiellen und kommunikativen Ressourcen des Settings. Die Begegnung ›auf gleicher Augenhöhe‹ will erst errungen sein.

Resümee

30 Jahre nach ihrem Beginn wurde die bundesdeutsche Psychiatriereform als ein insbesondere institutionellen, sozialplanerischen und ökonomischen Maximen folgendes Projekt dargestellt. Das »Gesicht« psychiatrischer Versorgung, ihre Kennzahlen und Schwerpunkte, haben sich stark gewandelt:

- Die großen Kliniken der Vergangenheit wurden überwiegend in kleinere Einheiten, in Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Tageskliniken überführt.
- Die Zahl der klinischen Betten und Plätze erreicht mit knapp 50 000 (in den alten Bundesländern) heute nicht mehr die Hälfte des seinerzeitigen Standes. Die Verweildauer (heute um die 40 Tage für die Akutbehandlung von Psychosen) und die Anzahl der Aufnahmen und Wiederaufnahmen von Patientinnen und Patienten entwickeln sich reziprok: Krankenhausbehandlung stellt sich als relativ kurze, für viele Betroffene aber sich wiederholende Episode in ihrer Behandlungskarriere dar: die Ein- und Ausgangstüre des Krankenhauses dreht sich in raschem Tempo. Ein Phänomen, das wesentlich institutionell bedingt erscheint durch den ökonomischen Druck zu frühzeitigen Entlassungen bei gleichzeitig ambulant nach wie vor nicht hinreichend ausgebauter Versorgung, bzw. nicht ausreichend unterstützenden sozialen Lebenswelten (soziale Netzwerke, Wohnen, Arbeit).

- Das Netz an ambulanten und komplementären Einrichtungen – von der klassischen Arztpraxis über die Klinik-Ambulanzen bis hin zu einer Vielzahl an Beratungs-, Betreuungs-, Arbeits- und Wohnprojekten – ist nach Anzahl, Vielfalt und Tiefe von Kooperationsbezügen enorm angewachsen. Es stellt für einen großen Teil der langfristig psychisch kranken Bürgerinnen und Bürger heute wesentliche Hilfebezüge für Rehabilitation und Verbleib im lebensweltlichen Rahmen ihrer Gemeinde dar. Durch dieses »Vorrücken« in die Lebenswelt hat sich gleichzeitig die soziale Kontrolle in Form gemeindenaher Einrichtungen, psychosozialer Professionen und internalisierter Disziplinierungsmechanismen gewandelt und verfeinert. Während die traditionelle Anstalt einem Ausgrenzungsparadigma gefolgt war, versuchen gemeindeintegrierte Dienste ihre Zielgruppe von psychisch Kranken (und das von diesen repräsentierte Potenzial an Verrücktheit und Gefährdung) in ein betreutes Angebotsspektrum »einzu-binden« (oder »anzubinden«, wie die Kontaktbahnung zwischen Klient und Sozialpsychiatrischem Dienst im »Jargon« genannt wird). Auch dadurch kann einer Segregation und »Gettoisierung« zugearbeitet werden. Fraglich sind somit das tatsächliche Gelingen einer Integration und Verschränkung von Lebenswelten psychiatrisierter und normalisierter Bürger vor Ort (vgl. KRISOR 2005).
- Auf soziokulturellem Gebiet war es zu einem bemerkenswerten Interesse an »subjektiven Sichtweisen« gekommen. Dies wurde als notwendiges Pendant zu den vorherrschenden biologischen und ökonomischen Paradigmen sowie den Standardisierungen im Bereich der medizinischen Behandlung und des Sozialrechts gekennzeichnet. In Forschung und Praxis, Selbsthilfe- und Dialog-Szenarien gruppieren sich neue Verständigungs- und Verständnisformen um diese Subjektivität – und ihre Bindung in eine umfassendere Solidarität. Psychose-Seminare, Behandlungsvereinbarungen, Öffentlichkeitsveranstaltungen u. a. m. zeugen von den neu errungenen und besetzten »Freiheiten des Subjekts«.
- Sozialrechtliche Neurungen, welche die Überwindung der bislang trennenden Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen Sozialhilfe- und Sozialversicherungsfinanzierung überwinden sollen (»Integrierte Versorgung«, »Medizinische Versorgungszentren«, »Persönliches Budget«, »Sozialraum-Budget« u. a.), eilen der laufenden Entwicklung nach Kostensenkung und Abgrenzung der öffentlichen Finanziers untereinander hinterher, welche mit den Stichworten »Ökonomisierung«, Standardisierung und administrativem Qualitätsmanagement bezeichnet sind.

Auf der Kehrseite der Reform zeigen sich allerdings auch Phänomene, die im Kontrast zu den ursprünglichen, humanen Zielen stehen: So steigt das Risiko von gesetzlichen Zwangseinweisungen und rechtlichen Betreuungen für psychisch Kranke bundesweit kontinuierlich an. Ebenso das Risiko, bei Scheitern einer

Klinik-Therapie bzw. der Entlassbemühungen relativ rasch in ein heimatfernes Wohn- oder Pflegeheim umgesiedelt zu werden. Die – insbesondere durch Medienberichte konstituierte – Sensibilität in der Bevölkerung für Straftaten in Verbindung mit psychischer Erkrankung hat zu einer enormen Ausweitung und gleichzeitigen Abschottung des forensischen Bereiches der Psychiatrie geführt, sodass hier von einer neuen und vielfach dauerhaften Ausgrenzung psychisch Kranker ohne angemessene Rehabilitationsperspektiven gesprochen werden kann (vgl. EINK 1997, DRESSING & SALIZE 2004).

Hier zeigt sich die Doppel-Gesichtigkeit von Gemeindepsychiatrie im Zuge der ›Modernisierung‹ von gesellschaftlichen Lebensverhältnissen: Einerseits wurden die ausgrenzenden und menschenunwürdigen Aspekte der alten Verwahrrpsychiatrie überwunden, und ein Zugewinn an individuellen, subjektiv auszufordernden Handlungsspielräumen eröffnet (für Betroffene wie für Professionelle). Verhaltensweisen, die vormals als abweichend gekennzeichnet waren, gelten längst als akzeptabel und umgekehrt. Das Subjekt ist gefragt: als Dialog-Partner im Psychiatriegeschehen, als Manager seines eigenen Gesundungsprozesses, wie auch allgemeiner als Teilnehmer am globalen Wirtschaftsgeschehen.

Andererseits verbindet sich der Zugewinn an Souveränität (»Ich stelle meinen individuellen Hilfe-Mix nach eigener Wahl und Entscheidung zusammen«) mit der Zunahme an regulierten, persönlich nicht mehr beeinflussbaren Zusammenhängen (als Beispiel können die Berechtigungsformalitäten bei der Inanspruchnahme sozialer und gesundheitlicher Leistungen gelten, die von ›Laien‹ vielfach nicht ohne Expertenhilfe zu bewältigen sind).

Die Pluralisierung von Lebensstilen eröffnet neue Möglichkeiten – z. B. eigene »Verrücktheit« phasenweise oder dauerhaft als kulturell eigenständiges Lebensmuster praktizieren zu können. Gleichzeitig wird diese Option von der Verdichtung gesellschaftlicher Lebensverhältnisse und Abhängigkeiten wieder eingeschränkt (vgl. ANGERMEYER & ZAUMSEIL 1997). So wird der Freiheitsspielraum des Subjektes einerseits größer – allerdings nur innerhalb eines nicht mehr eindeutig konturierten Korridors, der bestimmte Kompetenzen (etwa den Umgang mit Bürokratie oder elektronischen Medien) und Aktivitäten (z. B. Kooperation, Eigenleistung, Vorsorge und *compliance*) je nach Situation abverlangt. Dies dient der Rationalität einer neoliberalen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung, in welcher der ›soziale Zusammenhalt‹ mehr und mehr von ökonomischen Prämissen überformt wird. Insbesondere ist es erforderlich, so gegensätzliche Anforderungen nach Flexibilität einerseits, nach Stabilität und Vorausschaubarkeit im Verhalten andererseits zu verknüpfen, um souverän in gesellschaftlichen Aushandlungsprozeduren bestehen zu können. Der Markt erfordert den aktiven Umgang mit solch gegenläufigen Fertigkeiten von Arbeitnehmern, Unternehmern und Konsumenten, bei gleichzeitig eingeschränkter Voraussagbarkeit von Ereignissen und entsprechend hoher Risikobereitschaft (vgl. SENNETT 1998).

Psychoseerfahrene sind aufgrund ihres erhöhten Risikos für psychische und soziale Desintegration von diesen multiplen Anforderungen noch stärker in Beschlag genommen als ›Normal-Bürger‹ (vgl. KEUPP 1999).

In Bezug auf gemeindepsychiatrische Versorgung bedeutet dies z. B., dass heute eine Vielzahl unterschiedlicher Betreuungsangebote neben der klassischen Klinikversorgung existieren und zur Unterstützung in Teilbereichen des Alltagslebens bereitstehen. Betroffene *können* dadurch zunehmend, sie *müssen* aber auch vermehrt ihre »Karriere« selbst (mit-)gestalten. Entscheidungen darüber sind immer wieder aufs Neue zu treffen, weil die Finanzierung und die Struktur der Programme zeitlich begrenzt sind (z. B. in Therapeutischen Wohngemeinschaften oder bei beruflicher Rehabilitation) oder auf die Erreichung bestimmter Teilziele ausgerichtet. Der Weg durch diese komplexe Hilfe-Landschaft ist nicht mehr wie vormals durch eine übergreifende Klinik-Organisation zentral gesteuert, sondern wird in einzelnen Kontexten, Hilfebeziehungen oder Verbundsystemen individuell zwischen den Beteiligten ausgehandelt. Inwieweit diese Wegführung und die Verbindung der einzelnen Etappen zu einem erwünschten Ziel und Erfolg führen, hängt stark vom Zustandekommen günstiger Aushandlungsprozesse zwischen den Beteiligten ab: Neben dem Betroffenen selbst sind daran die involvierten Professionellen in unterschiedlichen Institutionen wie auch andere Klienten als Nutzer dieser Angebote beteiligt (WG-Mitbewohner, Kollegen im betreuten Arbeitsprojekt; vgl. FLICK 1993). Durch die Verlagerung dieser Aushandlung auf die Ebene der unmittelbar Beteiligten werden individuelle Lösungen möglich. Sie erfordern ihrerseits jedoch ein hohes Maß an modernen, flexiblen Kompetenzen. Das Gelingen dieser ›Passungsarbeit‹ wird zu einem anspruchsvollen und auch störanfälligen Arrangement, das den Nutzern hohes Engagement – mit den zuvor beschriebenen gegenläufigen Fertigkeiten – abverlangt und ihnen zugleich größere Freiheitsräume verspricht. Wer an diesen Ansprüchen scheitert, dem droht auch heute noch ein Prozess der Ausgrenzung oder Marginalisierung, sei es in Form von Dauerunterbringung in einem Pflegeheim, von Obdachlosigkeit oder von dauerhaftem Leben auf Sozialhilfe-Niveau, am unteren Rande eines Existenzminimums und ohne Anschluss an die umgebenden Milieus in der Gemeinde.

Man kann insofern davon sprechen, dass die zuvor in Klinik und Einweisungsverwaltung extern verortete soziale Kontrolle nun zu einem Teil internalisiert (vgl. die ›Selbstdisziplinierung‹ bei FOUCAULT 1961), bzw. auf die soziale Mikroebene verlagert wird – und somit jener offenen Sichtbarkeit und Kritik entzogen, wie sie seinerzeit gegenüber der Klinik gegeben war.

Wie diese Passungsarbeit und die Güte der daraus resultierenden Arrangements in der Gemeindepsychiatrie von den Betroffenen selbst repräsentiert wird, dazu mehr im empirischen Teil der Studie. Zunächst soll jedoch ein Überblick über die relevanten Forschungsergebnisse dazu verhelfen, die Studie selbst auf der Wissenschaftslandkarte zu verorten.

Zum Stand der Forschung über die subjektive Perspektive auf psychische Erkrankung und psychiatrische Versorgung

›Patient's satisfaction‹ – Studien zur Patientenzufriedenheit

Seit gut drei Jahrzehnten wird eine Tendenz stärker erkennbar, die ›Patientensicht‹ auf psychiatrische Behandlung auch wissenschaftlich systematisch zu erforschen. Zeitgeschichtlich zeigt sich ein Zusammenhang mit der Veränderung des Bildes von psychisch kranken Menschen im Zuge der Psychiatriereform (und allgemeiner mit dem gewandelten Verständnis des ›Sozial-Bürgers‹ in den westlichen Zivilisationen). Diese sollten nicht länger als ›Objekte‹ psychiatrischer und gesellschaftlicher Interventionen, sondern als Personen, als Subjekte und als ›aktive Konsumenten‹ von öffentlichen Gesundheitshilfen wahr- und ernst genommen werden. Die Zuerkennung von eigenständigen Rechten, Bedürfnissen und Wahrnehmungen hatte ein korrespondierendes Interesse an den subjektiven Erfahrungen und Bewertungen zur Folge. Für die Evaluation psychiatrischer Versorgung gewinnen diese ›subjektiven‹ Kriterien schließlich zunehmend an forschungspraktischer und sozialpolitischer Bedeutung, neben den ›objektiven‹, messbaren Kriterien.

Übereinstimmend wird in der Literatur (vgl. GRUYTERS & PRIEBE 1994, GROMANN 1996) ein Urteil des Bundesgerichtshofes der USA von 1972 als initial für eine systematische und regelhafte Berücksichtigung von Patientenwünschen genannt: Dort mussten die individuellen Behandlungspläne und der Standard psychiatrischer Settings fortan den Wünschen der Patienten angepasst werden. »Dies verstärkte einerseits den Evaluationsdruck bestehender psychiatrischer Einrichtungen und sorgte andererseits für ein Klima, das eine Neuorientierung ... auf der Basis der Nutzerperspektive ermöglichte.« (GRUYTERS & PRIEBE 1994, S. 88)

Die Mehrzahl der darauf in den 70er- und 80er-Jahren folgenden Studien im angelsächsischen Raum versuchte – mit unterschiedlichem methodischen Vorgehen – eine *quantitative* Erfassung von ›Zufriedenheit‹ (›patient's satisfaction‹): zunächst mit allgemeinen Einstellungsfragen, später mit direkten Bewertungen bezüglich der erfahrenen psychiatrischen Behandlung. Die dabei ermittelten, durchgängig hohen Zufriedenheitswerte erforderten jedoch eine methodenkritische Interpretation:

»Kalman kommentierte dazu in einer Übersichtsarbeit von 1983, dass der Konformitätsdruck sehr hoch sei, wenn Patienten eine Instanz beurteilen sollen, die sie in

Zukunft wahrscheinlich wieder behandeln wird. Allein auf dieser Grundlage kann man erwarten, dass Patientenbefragungen hohe Werte ausgesprochener Zufriedenheit ergeben.« (GROMANN 1996, S. 43)

Zufriedenheit wird nicht ›an sich‹, sondern im Verhältnis der eigenen Erwartungen zur wahrgenommenen Lebensrealität entwickelt. Auch bei relativ schlechten Lebensbedingungen kommen hohe Zufriedenheitswerte zustande, »wenn der Patient sich resignativ in die Gegebenheiten fügt und die Erwartungen entsprechend tief sind«, wie HOFMANN und HUBSCHMID bereits 1989 in einer der frühen gemeindepsychiatrischen Studien im deutschsprachigen Raum bemerken (1989, S. 6).

Weitere methodische Probleme dieser Studien zeigten sich in der Heterogenität und Selektivität der gewählten Untersuchungsgruppen (z. B. wurde die besonders interessante Teilgruppe der ›Nonresponder‹ und Behandlungsabbrecher vom jeweiligen Studiendesign i. d. R. nicht oder nur unzureichend erfasst, was aus forschungspraktischen und -ökonomischen Gründen nachvollziehbar erscheint).

Auch die Unterschiede in den jeweils beforschten Behandlungssettings (z. B. stationär/tagesklinisch/komplementär/komplex), den Erhebungszeitpunkten und der ›Neutralität‹ der Untersucher bedingen erhebliche methodische Schwierigkeiten im Hinblick auf Repräsentativität und Vergleichbarkeit der gewonnenen Ergebnisse. So zeigt sich beispielsweise eine deutliche, wenn auch nicht überraschende Varianz bei der zeitlichen Stabilität der Behandlungsbewertungen: Abhängig vom Zeitpunkt der – ersten, und ggf. nachfolgenden – Befragungen sowie mit zeitlichem Abstand zur Klinikentlassung zeigen sich divergierende Bewertungstendenzen. Diese folgen zum einen psychopathologischen Faktoren: Die Entwicklung des psychischen Funktionsniveaus im Behandlungsprozess (›Gesundung‹) spielt eine wichtige Rolle. Ebenso sind jedoch situative und kontextuelle Faktoren beschrieben worden. Frauen – und ebenso Menschen in höheren Lebensaltern – bewerten die erfahrene Behandlung beispielsweise durchgängig positiver als Männer.

Daraus lässt sich ableiten: Die subjektive Repräsentation des Behandlungsgeschehens und der darin erlebten Beziehungs-Wirklichkeiten prägen das individuelle Bewertungsverhalten offenbar ähnlich stark oder sogar nachhaltiger als die eingeführten objektiven Kriterien (vgl. GRUYTERS & PRIEBE 1992). Dies betrifft selbst so gravierende und scheinbar ›objektiv‹ beeinträchtigende Ereignisse wie erlebte bzw. so verstandene Zwangsmaßnahmen:

SMOLKA et al. (1997) hatten in einer prospektiven Untersuchung in einer Berliner Klinik (Befragung einer Untersuchungs- und einer Kontrollgruppe kurz nach einer dokumentierten Zwangsmaßnahme sowie gegen Ende der stationären Behandlung) überraschend heterogene Antworten erhalten:

»Unmittelbar nach der Zwangsmaßnahme verneinten 25 %, und gegen Ende der stationären Behandlung sogar 42 % der Befragten, während des Aufenthalts einer

Maßnahme gegen ihren Willen unterworfen gewesen zu sein, während 13 % der Kontrollpatienten dies bejahten. Dabei nahm – im Gegensatz zu Befunden in der Literatur – die Akzeptanz der angegebenen Zwangsmaßnahmen im Verlauf der Behandlung eher ab.« (S. 888)

»Die Angaben von Patienten und Behandlern zu erlebten bzw. durchgeführten Zwangsmaßnahmen waren überraschend diskrepant. Als Erklärungen favorisieren wir Wahrnehmungs- und Definitionsunterschiede, sowie Verleugnung von Zwangsmaßnahmen aufgrund von Schamgefühlen. (...) Zwangsmaßnahmen belasten das Verhältnis zwischen Patient und Arzt erheblich. Hier wäre zu fragen, welche Formen der Beziehungsgestaltung es ermöglichen, dennoch eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufzubauen.« (S. 894)

Die Bedeutung des ›subjektiven Faktors‹ wird durch einen weiteren Befund gestützt: So erscheinen Bewertungen nicht nur retrospektiv als das Ergebnis erfolgreicher Behandlungen, sondern können ihrerseits den Erfolg einer künftigen Behandlung *prospektiv* beeinflussen:

»Es zeigte sich, dass die initiale globale Bewertung den Erfolg sowohl einer stationären wie einer tagesklinischen Behandlung im Sinne der bei Behandlungsende noch bestehenden psychopathologischen Symptomatik prädictieren kann. Ebenso konnte im gemeindepsychiatrischen Setting die Bewertung der therapeutischen Beziehung durch den Patienten das Ausmaß der in den nächsten 1–2½ Jahren benötigten Hospitalisierung vorhersagen. Für alle Untersuchungen galt: Patienten, die sich positiver über die Behandlung äußerten, hatten einen signifikant besseren Behandlungsverlauf als die Patienten, deren Bewertung negativer war.« (GRUYTERS & PRIEBE 1994, S. 92)

GUNKEL et al. (1996) folgern zum Einfluss der Behandlungsbewertung auf den folgenden Behandlungsverlauf in ähnlicher Weise:

»Für diese Hypothese sprechen auch die Ergebnisse mehrerer Studien, bei denen sich zeigte, dass Patienten, die den bisherigen Erfolg der Behandlung selbst positiv einschätzen oder von Behandlern aus gebessert beurteilt werden, die gegenwärtige Therapie günstiger bewerten. Die vorgetragenen Befunde geben nicht nur Anlass zur Spekulation über die Vermittlungsprozesse zwischen Störungsgrad und behandlungsbezogener Bewertung psychiatrischer Patienten, sondern legen auch die Vermutung nahe, dass schon das Eingehen auf Sichtweisen der Patienten, z. B. Fragen nach ihrer Zufriedenheit mit der Therapie und ihrem subjektiven Erleben psychiatrischer Behandlung, eine psychologisch bedeutsame Annäherung zwischen Therapeut und Patient mit sich bringen kann, welche die Arbeitsbeziehung in der Therapie vertieft.« (S. 31)

Patientenbewertungen ihrerseits beeinflussen das therapeutische Milieu der behandelnden Einrichtung und die Zufriedenheit des therapeutischen Personals. Hier kommt die interaktive und dynamische Bedeutung einer Beachtung der ›Patientenmeinung‹ zum Ausdruck – ein Zusammenspiel, das später unter dem Stichwort der ›Passung‹ zwischen professionellen Diensten und ihren Nutzern diskutiert wird. GRUYTERS und PRIEBE folgern: »Die globale, standardisierte

Patientenbewertung als unmittelbares Evaluationskriterium für psychiatrische Einrichtungen zu nutzen, ist angesichts der beschriebenen Bewertungstendenzen, der geringen Differenzierung und der zeitlichen Instabilität *nur begrenzt möglich*. Die Evaluation von Einzelaspekten eines Behandlungsangebotes durch die *subjektive* Sicht der Patienten erscheint jedoch durchaus sinnvoll.« (1992, S. 145)
»... Sie stellt u. E. eine unverzichtbare Informationsquelle für Optimierungsbestrebungen im individuellen Therapieprozess, für die in der Psychiatrie Tätigen und für die psychiatrische Versorgung insgesamt dar.« (1994, S. 94)

Und weiter für künftige Forschungsstrategien: »Im deutschsprachigen Raum wäre die Entwicklung einer standardisierten quantitativen und qualitativen Methodik wünschenswert, die eine Vergleichbarkeit der in unterschiedlichen Settings gewonnenen Ergebnissen ermöglicht, ... sowie eine Analyse des Zusammenspiels von individueller Behandlungssicht und Behandlungsideologie einer Institution.« (1992, S. 145)

›Quality of life‹ – Lebensqualität als Forschungsthema

Die beschriebenen Mängel in Patienten-Zufriedenheits-Studien, aber auch die Tatsache, dass eine wachsende Anzahl von psychisch Kranken fortan ihren Alltag in nicht-klinischen Arrangements der Gemeinde gestalten konnten, führte seit den 1980er-Jahren in der psychiatrischen Versorgung – analog zu anderen Bereichen der somatischen Medizin bei chronischen Erkrankungen – zu einem Evaluationskonzept »*Lebensqualität*«. Hier wurde zunächst ebenfalls mit standardisierten Befragungen versucht, Ergebnisse quantitativ zu erfassen: Einer Erhebung demografischer, diagnostischer und krankheitsbezogener Daten folgt die Erfassung objektiver Lebensbedingungen, zu welchen in einem weiteren Schritt die persönliche Zufriedenheit/Unzufriedenheit erfragt wird, i. d. R. mit Hilfe skaliertener Antwortmöglichkeiten. Die Dimensionen sind dabei den in der ›Normalbevölkerung‹ verbreiteten Kriterien für Lebenszufriedenheit angelehnt (z. B. in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Familie, Kontakte, Freizeit, Gesundheit, Sicherheit, Hilfeleistung u. a. m.).

Wiederholt wurde dabei – u. a. von Lehman, einem nordamerikanischen Pionier des Forschungsfeldes – festgestellt,

- »... dass es möglich ist, verlässliche Daten zur Lebensqualität von chronisch psychisch Kranken zu erhalten. Das spiegelte sich sowohl in der hohen internen Konsistenzverlässlichkeit der Zufriedenheitsskalen wider als auch in der Fähigkeit der Bewohner, differenziert ihre Gefühle zu den verschiedenen Lebensbereichen auszudrücken.« (LEHMANN et al. 1982, S. 1271, übersetzt in GROMANN 1996),
- dass kaum signifikante Verbindungen zwischen den objektiven Lebensstan-

dards und den subjektiven Zufriedenheitsbeurteilungen bestehen: »Zusammenfassend legen unsere Daten die Sicht nahe, dass die Lebensqualität für die Bewohner der Heime hauptsächlich durch soziale Probleme beeinflusst wird. Sie sind damit unzufrieden, arm, arbeitslos, schutzlos gegenüber Kriminalität und sozial isoliert zu sein. Überwiegend sind dies keine Probleme, die von medizinischer Versorgung zu lösen wären.« (a. a. O., S. 1275)

Dies führt zu der Annahme, dass subjektive Kriterien für Lebensqualität sogar bessere Indikatoren für die Lebenszufriedenheit – und deren Bereicherung – darstellen können als objektive Kriterien. Als Folge wurden in mehreren anschließenden Studien »offene« Fragenbereiche eingeschlossen, die nicht an vorgegebene Skalen oder Zeitbegrenzungen gebunden waren:

»Aus diesem Grunde ist es wichtig, nicht nur normative Daten zu entwickeln, die bereits strukturierte Forschungsinstrumente benutzen. Es ist genauso wichtig, mehr »offene-Ende«-Interviews und andere Arten explorativer Daten zu sammeln, sodass man ein besseres Verständnis der relevanten Dimensionen von Lebensqualität in spezifischen Bevölkerungsgruppen erlangt.« (BAKER & INTAGLIATA 1982, S. 71, übersetzt in GROMANN 1996)

Die je individuelle Vermittlung zwischen Lebenslagen und den eigenen Sinnentwürfen, Vorlieben, Bestrebungen und Fähigkeiten verlangt notwendig nach einer dem Subjekt und seinen Bedeutungen zugewandten Erhebungsmethode, und einer darauf abgestimmten Befragungssituation.

Die Bewertung von objektiven Lebensumständen folgt mithin den subjektiven Erfahrungen, Zielen, Bindungen und Sinnkonstruktionen der Individuen – auch wenn die materielle Basis der Lebensumstände natürlich den Rahmen für die Haltung und die Auseinandersetzung gegenüber dem Leben und der Welt bilden. Patientenmeinungen gewinnen erst und gerade dadurch an Aussagekraft, wenn es gelingt, die *subjektiv bedeutsamen* Aspekte für eine Beeinträchtigung der Lebensqualität sowie für eine hilfreiche Unterstützung (bzw. deren Zurückweisung) zu erfassen.

Eine globale Frage nach Zufriedenheit, und die Verwendung standardisierter Skalen fördert aus heutiger Sicht eine verzerrende Aussageerhebung, die einen weiten Interpretationsspielraum hinterlässt. Allerdings sind Standardisierungen und »objektive« Daten für vergleichende Untersuchungen in einem gewissen Umfang notwendig. Zur Verbesserung der Aussagekraft sollte also auf einen Mix aus objektiven und subjektiven, quantitativen und qualitativen Daten aufgebaut werden (vgl. das zuvor angeführte Zitat der Berliner Arbeitsgruppe um Priebe).

Zu einer ähnlichen Einschätzung war etwa im Hinblick auf die Belastungssituation von Angehörigen eine frühe qualitative Studie von Faltermeier gekommen: die subjektiv gefühlte Belastung hing weniger mit den spezifischen psychopathologischen Symptomen und Auffälligkeiten der erkrankten Familienmitglieder

zusammen, als vielmehr – und in dieser Deutlichkeit durchaus überraschend – mit dem Ausmaß der Störung, Verwirrung und Diskontinuität des *familiär geteilten alltäglichen Soziallebens* (FALTERMEIER 1987).

In einer neueren bundesdeutschen Untersuchung werden einige der vorgetragenen Ergebnisse eindrucksvoll bestätigt (vgl. VIERERBE & BACH 1999): Während der Enthospitalisierung und Wiederbeheimatung einer Gruppe von langzeitkranken Klinikbewohnern in Neuruppin/Brandenburg waren diese zur Einschätzung ihrer Lebensqualität befragt worden. Dabei zeigte sich die mit Abstand stärkste Beziehung von Lebensqualität zur Zufriedenheit mit den ›Wohnbedingungen‹ – sowohl was das Ausmaß des Einflusses betraf, welchen die Betroffenen auf das Geschehen im Wohnbereich hatten, als auch was gute Beziehungen zum Betreuungspersonal und ein störungsarmes Klima unter den Mitbewohnern anbelangt. Die herausragende Bedeutung des Wohnumfeldes wurde nicht nur von den ›eingemeindeten‹, sondern auch von den noch in der Klinik verbliebenen Langzeitkranken vertreten (deren Wohn- und Betreuungsbedingungen sich ebenfalls durch die Reform der Psychiatrie in Ostdeutschland verbessert hatten). Dahinter blieb die Bedeutung des Bereiches ›allgemeine und speziell psychische Gesundheit‹ deutlich zurück. Selbst der Bereich *Finanzen* war in seinem Einfluss auf die geäußerte Lebensqualität an der unteren Signifikanzgrenze:

»Nach unseren Untersuchungen spielen für die subjektive Lebensqualität die Wohnbedingungen die bedeutendste Rolle. Der Wohnraum gilt als Ort der Sicherheit und Geborgenheit und bietet Schutz vor Umwelteinflüssen, wird aber auch Bedürfnissen wie Freizeitgestaltung, Autonomie, Selbstverwirklichung und ästhetischer Stimulation gerecht. (...) Die Entscheidungsfreiheit in persönlichen Belangen – soweit sie tolerierbar ist – ist in jeder Betreuungsform eines der wichtigsten Kriterien der Befragten. (...) Die einflussreichen Teilbereiche ›Buch oder Zeitung lesen‹, sowie ›Essen selbst zubereiten‹ begreifen wir im Rahmen zunehmender Selbstständigkeit und Einflussnahme auf eigene Lebensumstände, was zwangsläufig wieder zu höherer Lebenszufriedenheit führt.«
(VIERERBE & BACH 1999, S. 27)

Im Wandel der Forschungsparadigma wird hier bereits eine Verbindung zu den Dimensionen des *Salutogenese*-Konzepts deutlich (wie Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit, als Bestandteile des sog. *Kohärenz*-Gefühls), wie es in der modernen Gesundheits- und Identitätsforschung ausgearbeitet wurde. Diese ›Verwandtschaft‹ wird im abschließenden Teil dieser Studie weiter vertieft.

Katamnese-Studien

Die im Bereich der medizinisch-psychiatrischen Forschung angesiedelten ›Nachuntersuchungs-Studien‹ waren in den zurückliegenden Jahren ebenfalls dazu übergegangen, neben dem Krankheitsverlauf im engeren Sinn auch Fragen nach

der sozialen und familiären Lebenslage sowie nach Qualität und Wünschen im Leben nachzugehen. Sie bedienen sich dabei bevorzugt der eingeführten standardisierten Befragungsinstrumente (wie GAS, ›*Quality-of-life*‹-Profile), und sind entsprechend mit den zuvor genannten methodischen Mängeln konfrontiert. Als Beispiel sei hier eine 8-Jahres-Katamnese jüngerer Datums aus Münster genannt (vgl. SCHULZE-MÖNKING et al. 1996), die u. a. erwartungsgemäß replizierte, dass nach acht Jahren 40 % der befragten schizophrenen Patienten immer noch bei den Eltern lebte. Gleichwohl lebten immerhin rund 20 % nach wie vor mit dem ursprünglichen (Ehe-)Partner zusammen. Bei ansonsten günstigem Krankheitsverlauf war bei dieser Gruppe sogar die günstigste Arbeits- und Sozialintegration zu beobachten.

»Hinsichtlich der sozialen Integration bestätigte sich auch in unserer Stichprobe die Hypothese von der Verringerung des sozialen Netzes Schizophrener im Krankheitsverlauf. (...) Viele der bestehenden Defizite werden derzeit (noch) von den Angehörigen, zumeist den Eltern, ausgeglichen. Hervorzuheben ist hier die oft sehr variable Form des Kontaktes in vielen Familien. Bei den *Hausbesuchen* gewannen wir den Eindruck, dass Angehörige und Patienten ihre Kontaktdichte in der Regel sehr gut und sinnvoll zu gestalten wissen – vom engen Zusammenleben mit gemeinsamen Mahlzeiten, über Wohnen im selben Haus mit nur seltenen Kontakten, bis hin zur räumlichen Trennung mit regelmäßigen Telefonaten und Besuchen. Für die praktische Arbeit mit den Patienten ergibt sich daraus die Forderung, nicht zu fragen, *ob* Patient und Angehörige zusammenleben können oder nicht, sondern *welche Art* der Verbindung beiden Seiten für einen längeren Zeitraum zuträglich ist.« (a. a. O., S. 284)

Im Rahmen eines Hausbesuches der Forscher – und damit deren eigener Anschauung – wird in der Nähe-/Distanz-Regulation von Betroffenen und Angehörigen eine Qualität als erkennbar dargestellt, die sich ansonsten – nur aufgrund von Fragebogendaten – vorschnell als quantitatives Defizit des sozialen Netzwerks – gemäß quantitativer Forschungskriterien – hätte interpretieren lassen. Auf diesem Hintergrund kann m. E. angenommen werden, dass die auf standardisierten Fragebogen-Erhebungen gründenden Studienergebnisse über Krankheits- und Lebensverlauf psychisch kranker Menschen kritisch unter dem Gesichtspunkt normativer und methodischer Einseitigkeiten zu bewerten sind – jedenfalls solange die betroffenen Forscher und Patienten nicht die Möglichkeit wahrnehmen, ihre (Be-)Deutungen auch in ›subjektiver Offenheit‹ aufeinander abzustimmen.

Das Dilemma zwischen wissenschaftlich geforderter Generalisierbarkeit und individueller Einzigartigkeit ist zwar prinzipieller Natur und insofern nicht auflösbar. Gerade aus diesem Grund ist es allerdings ratsam, vonseiten des methodischen Herangehens eine Mehrgleisigkeit zu wählen, um einen Teil der unausweichlichen Erkenntnismängel wenigstens einschätzen zu können. Marneros schreibt im Standardwerk zur ›Schizophrenie‹ von Häfner dazu:

»Übereinstimmend mit einem großen Teil der Autoren, die Verlaufsforschung bei schizophrenen Patienten betreiben, bleibt festzuhalten, dass sich durch einzelne Prädiktoren meist nur ein geringer Teil der ›Ausgangsvarianz‹ (des Unterschiedes im langfristigen Krankheitsverlauf, Anm. des Autors) klären lässt. Zu berücksichtigen bleibt die große Individualität der Verläufe. Überzeugend bleibt damit auch die wiederholt vorgebrachte Meinung, dass der wichtigste Prädiktor für den individuellen Verlauf der jeweilige individuelle Verlauf selbst sei.« (HÄFNER 1996, S. 114)

Bei der hier vorgetragenen Kritik gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass die Entstehungszeit der referierten Studien mehrheitlich viele Jahre zurückliegt, und diese insofern weder den aktuellen Stand der Forschungsdiskussion, noch der Versorgungspraxis reflektieren können.

Als abschließendes Beispiel sei eine Übersicht von ANGERMEYER (1995) angeführt, die eine Vielzahl von Forschungsbefunden zu *sozialen Netzwerken schizophrener Menschen* zusammenträgt. Die hier verdichteten Charakteristika der Netzwerke (wie geringer Umfang, Schrumpfung, selten multiplexe Funktion, Vorrang der Angehörigen, hoher Anteil von Mitpatienten) sind einerseits als ›korrekt deskriptive Beschreibungen‹ zu verstehen, werden jedoch implizit wie explizit als Ausdruck eines – krankheitsaffinen – Defizits interpretiert, ohne dass hier ›differenzialdiagnostische‹ Überlegungen zu den möglicherweise subjektiv sinnvollen Momenten dieser Phänomene anzustellen wären. Der Zusammenfassung von Bock ist hier m. E. mit guten Gründen zu folgen:

»In diesem Zusammenhang ist zu begrüßen, dass die Evaluationsforschung mit dem Konzept der ›Lebensqualität‹ eine Begrifflichkeit entwickelt hat, die über klinische Bewertungsmaßstäbe hinausgeht. Dabei sind harte Kriterien – wie materielle Sicherheit – und subjektive Bewertungen sorgsam aufeinander zu beziehen (vgl. Priebe 1994). Dann kann zum Beispiel der Rückzug von verwirrenden Einflüssen auch als ›positive Regression‹ erkannt werden, und das vernichtende Urteil des ›ambulanten Gettos‹ muss vielleicht manchmal revidiert werden, wenn man versteht, dass manche psychoseerfahrene Menschen es vorziehen, unter sich zu bleiben, weil sie hier eine größere Flexibilität und Rücksichtnahme erfahren haben bzw. vermuten.« (BOCK 1997, S. 73)

Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie

»Nur wenn wir uns mehr der Frage zuwenden, wie psychisches Kranksein in den westlichen Kulturen gegenwärtig verstanden wird, gelebt werden kann und wie andere mit psychisch Kranken umgehen, gewinnen wir die Voraussetzungen für den Dialog und können eine Brücke zwischen Wissenschaft und Alltagspraxis bauen.« (ANGERMEYER & ZAUMSEIL 1997, S. 12)

Anhand verschiedener Ansätze von *qualitativer* Forschung wurde im Laufe der Psychiatriereform der Versuch unternommen, *subjektive Gestaltungsmuster* von

Psychose-/Psychiatrieerfahrung im Kontext der umgebenden Kultur zu beschreiben, und sie einer vergleichenden, interpersonalen Analyse zugänglich zu machen (vgl. ZAUMSEIL 1995, ANGERMEYER & ZAUMSEIL 1997, S. 9–27).

Diese Ansätze sind stärker in einer kulturwissenschaftlichen Perspektive verankert als in einer naturwissenschaftlich-medizinischen.* Es geht dabei um Fragestellungen wie:

- Was bedeutet psychische Krankheit in der subjektiven Erfahrung und im sozialen Kontext – insbesondere im Zuge des aktuellen soziokulturellen Wandels/der Modernisierung? Welche sinnhaften Bezüge werden von Betroffenen und Angehörigen zwischen Krankheitserfahrung und ihrem Leben hergestellt und womöglich auch gegenüber anderen Entwürfen – wie Experten-Wissen oder Laiensichtweisen – behauptet? (mit Bezügen zur Sozialpsychologie)
- Welche subjektiven Erzählungen, welche Formen von Identitätsarbeit und der Behauptung des eigenen Person-Seins werden von psychisch Kranken entwickelt und repräsentiert? (mit Bezügen zur Ethnologie und psychiatrischen Anthropologie)
- Welche ›sozialen Repräsentationen‹, welche kulturelle Einbettung erfährt psychische Erkrankung? Welchen soziokulturellen Wertungen sind die von ihr Betroffenen ausgesetzt – von ›außen‹ wie von ›innen‹? (mit Bezügen zur narrativen Psychologie und zur diskursiven Sozialpsychologie)
- Wie zeigen sich Prozesse der Selbstetikettierung, des Stigma-Management bzw. der Anerkennung des Krankheitskonzeptes bei den Betroffenen im zeitlichen Verlauf? (mit Bezug zur Soziologie)
- Wie unterscheiden sich Patienten unterschiedlichen Psychiatrisierungsgrades in ihren jeweiligen Haltungen zur Welt, in ihren Repräsentationen und Identitätskonstruktionen? (mit Bezug zur phänomenologischen Psychiatrie)

Entsprechend der Reformgeschichte kam zunächst die psychiatrische Anstalt in den Blick qualitativer Forschung. FENGLER und FENGLER (1980) legten im deutschsprachigen Raum eine bekannt gewordene ethnomethodologische Analyse von Anstaltsbedingungen vor, welche die kommunikative und kontextuelle Entwicklung von ›Hospitalisierungsverhalten‹ und ›Chronizität‹ als nachvollziehbare und folgerichtige Phänomene zeichnet.

Im außerklinischen Rahmen fanden die biografische Untersuchung von RIEMANN (1987) – über das Fremdwerden der eigenen Biografie im Kontext psychischer Erkrankung und deren gesellschaftlicher Prozessierung – und die Arbeiten

* Auch in der Medizin besteht jedoch eine langjährige deutsch/schweizerische Tradition der *phänomenologischen Psychiatrie*, die sich mit den Sinnzusammenhängen, subjektiven Bedeutungen und dem Person-Sein der schizophrenen Kranken befasst (vgl. JASPERS 1963; BINSWANGER 1964, in jüngerer Zeit WULFF 1996).

von HILDENBRAND (1983, 1991) – in denen Schizophrenie in familiärer Perspektive interpretiert wird – Beachtung.

ESTROFF und Kollegen (1991, 1994; übersetzt und zusammenfassend 1997) untersuchten seit Ende der 1980er-Jahre die *Identitätsarbeit* einer größeren Gruppe von gravierend psychisch Kranken an der Ostküste der USA (N = 169, mehrere Interviews im Längsschnitt über einen mehrjährigen Zeitraum).

Dabei ging es um die Frage, ob und in welcher (häufig widersprüchlichen) Weise die Befragten das Konzept, eine psychische Krankheit zu haben, anerkennen, und welche Folgen dies für den Entwurf ihrer Identität hatte. Die *qualitative Textanalyse* der Gespräche führte zu einer Typologie der unterschiedlichen Arten des Sprechens über das ›Krankheits-Problem‹ (im Sinne eines Krankheitsdiskurses versus eines normalisierenden Diskurses), und den Zusammenhang zu den eigenen Selbst-Vorstellungen:

»Die Analyse hat eine Vielzahl individueller Strategien und Erfahrungen offengelegt, die Personen mit der Diagnose psychischer Störung finden und nutzen, um ihre Symptome, Hospitalisierung und Diagnose zu erklären. (...) Das subjektive Verständnis der Befragten von ihren Problemen beeinflusst stark ihre Sicht auf sich selbst, *mehr noch als formale Diagnosen*. (...) Die Selbstetikettierung, sich von psychischer Krankheit betroffen zu sehen, steht offensichtlich unter dem Einfluss vieler Faktoren, von denen die meisten nicht klinisch, sondern kontextgebunden und soziokultureller Art sind, z. B. die Wirkung von ethnischer Zugehörigkeit, Familienstand und Geschlecht. (1997, S. 153) (...) Vom ersten bis zum dritten Interview wechselten 43 % der Stichprobe ihre Selbstetikettierung: im Verlauf des Jahres hoben doppelt so viele Personen ihre Etikettierung als psychisch krank auf wie sich Personen neu als psychisch krank bezeichneten.« (S. 155)

Entsprechend änderte etwa die Hälfte der Untersuchungsgruppe ihr Erklärungsmodell, von ›Krankheitsmodell‹ zu ›Normalisierungsmodell‹ oder umgekehrt. Das Verständnis der Probleme und der eigenen Identität sei keineswegs statisch, sondern beständig in Arbeit und Veränderung begriffen – auch dies ein Ausdruck der erfahrungs- und kontextgebundenen Anteile von Identitätsarbeit. Diese zeige sich mithin als Wechselwirkung von

- Krankheitserfahrung und -belastung, Behandlungserfahrung,
- Etikettierung und Krankheitskonzept wichtiger Bezugspersonen sowie von
- Erfolgen und Versagen bei der Bewältigung des Alltags.

Die *quantitative Analyse* erbrachte mit Signifikanzvergleichen die herausragende Bedeutung der nicht-klinischen Parameter – wie ›race‹, ›gender‹, sozioökonomischer Status, Alter, Familienstand und Elternschaft – für die Ausprägung der Krankheitsdarstellung und der Selbstbeschreibung.

»Alle Befragten befanden sich in Erklärungsprozessen über ihr Selbst und ihre Probleme. Krankheits-Identitätsarbeit richtet sich auf die Peripherie der Normali-

tät, sucht zu definieren, wer und was sich innerhalb und außerhalb ihrer Grenzen befindet. In den Gesprächen beanspruchten die meisten der Befragten wiederholt, sich innerhalb der Grenzen der Normalität zu befinden: ›*Wie jeder andere auch habe ich ein paar Probleme, aber ich komme genauso gut zurecht wie die meisten Leute.*‹ Die enorme Menge an normalisierenden Aussagen, die wir hervorriefen, war immer darauf ausgerichtet, uns – und zweifellos ebenso die Befragten selbst – davon zu überzeugen, dass der oder die Einzelne, egal ob psychisch krank oder nicht, einen Wert besaß, eine/r von uns war, und – normal. *Chronizität und Behinderung beginnen vielleicht dann, wenn der normalisierende Diskurs endet, die Anstrengung aufhört, seine Normalität noch zu formulieren, oder wenn die Person glaubt, dass niemand mehr zuhört.* Für ... Klinikerinnen liegt eine wichtige Herausforderung darin, die Gespräche aufrechtzuerhalten« (S. 158) – ein Fazit, auf das ich bei der Diskussion meiner Studie wieder zurückkehren werde.

Corin stellte in der sog. *Montréal*-Studie einen Vergleich an zwischen Patienten, die nach langer Krankheitsdauer und häufiger Hospitalisierung nicht mehr, bzw. die relativ rasch und mehrfach wieder in die Klinik aufgenommen wurden (vgl. CORIN & LAUZON 1992, CORIN 1997): N = 45 männliche schizophrene Patienten, vergleichbar nach klinischen und soziodemografischen Kriterien bei der ersten Klinikaufnahme.

Unterschieden wurde nach der Häufigkeit der Wiederaufnahmen während der vier vorangegangenen Jahre. Zwischen den Untergruppen der nicht bzw. der mehrfach rehospitalisierten Patienten wurde jedoch kein konventioneller Merkmals-Vergleich angesetzt. Die *qualitative Auswertung* der jeweils drei bis sechs offenen Interviews während eines Zwei-Jahres-Zeitraumes bezog sich vielmehr verstehend auf die *Position der Patienten in der Welt*, ausgedrückt in den Perspektiven

- »Soziale Integration«: interpersonale Beziehungen, Einbindung in private und formelle Rollen, Tagesroutinen; und
- »Subjektive Lebenswelt«: Wahrnehmungen, Erwartungen und Erfahrungen, sowie
- Strategien, um die eigene innere Welt zu bewahren und neuen Erfahrungen Sinn und Bedeutung zu verleihen.

Auffällig zeigte sich, dass zwar beide Gruppen ein relativ geringes soziales Umfeld aufwiesen, die Bewertung dieser Lage sich aber deutlich unterschied: Die schnell *rehospitalisierten* Patienten fühlten sich eher ausgeschlossen, wünschten sich mehr Aufmerksamkeit und verspürten keine positive Erwartungen von anderen. Das Bewusstsein der eigenen Marginalisierung – bei zugleich hohem Ideal von sozialer Integration – war sehr stark: die Befragten litten deutlich unter dem Gefühl fehlenden sozialen Anschlusses.

Die *nicht rehospitalisierten* Patienten bewerteten die gleiche objektive Situation eher positiv und im Zusammenhang mit dem eigenen, nun behutsameren Umgang mit der Welt. Ihnen war bewusst, weniger Kontakt zu haben als andere, und dies eher zu selbst gewählten Freunden als zu Verwandten oder Kollegen. Sie sahen diesen Rückzug als angemessen an und glaubten, so das Ausmaß ihrer psychischen Verletzlichkeit reduzieren zu können. Diese generell zurückgezogene Haltung konnten sie jedoch durch jeweils höchstpersönliche Bezüge in umgrenzten sozialen Bereichen teilweise wieder ausgleichen. Dadurch wurde es möglich, sich *trotz* dieses, und zugleich *auf der Grundlage* dieses Rückzuges mit der Welt verbunden zu fühlen.

»Der qualitative Aspekte der narrativen Darstellungen der Patienten, und die Informationen über ihre Tagesroutine ermöglichen eine bessere Beschreibung dieses ›positiven Rückzugs‹, da sie Zugang zur ›subjektiven Dichte‹ der Welt des Patienten gestatten. Die Erzählungen der nicht rehospitalisierten Patienten betonen den positiven Wert des Rückzugs und seine Rolle bei der bedeutungsvollen Neueinordnung einer Position der Einsamkeit. (...) Daher stuften wir ihre Haltung zur Welt als ›positiven Rückzug‹ (›positive withdrawal‹) ein.« (CORIN 1997, S. 186)

Der intersubjektive Raum geht für die nicht wieder Hospitalisierten nicht verloren – er wird anders genutzt: Religion bekommt eine größere subjektive Bedeutung als Unterstützungsquelle bei der Umgestaltung von Selbst- und Welterfahrung, bei der Zuordnung von Erfahrung zu einem bedeutungsvollen Gefüge. Öffentliche soziale Räume werden stärker genutzt als private. Struktur und Rhythmus von urbaner Dichte und Anonymität werden bewusster gesucht. Dabei haben alltägliche, emotional und biografisch wenig aufgeladene, mitunter auch imaginäre Beziehungen eine größere Bedeutung (etwa der Bäckerladen, die Kneipe ums Eck, die Radiosprecherin). Der zeitliche Prozess wird eher nach eigenen Rhythmen als nach sozialen Normen gestaltet – ohne sich aber vollständig von sozialen Rollen und Aufgaben zu distanzieren: Anschlussfähigkeit zu wahren ist selbst ein wichtiges Ziel.

»Mit diesem Vorgehen – einer Kombination von qualitativen und statistischen Verfahren, Anm. d. Verf. – ließ sich entdecken, dass eine einzelne Variable in den Untergruppen in gegensätzliche Strukturen eingebunden sein kann und ihr Wert daher nicht ›objektiv‹ oder ohne Berücksichtigung des Kontextes ihres Auftretens festgestellt werden kann. Die soziale Integration der beiden Gruppen unterscheidet sich eher nach Merkmalen, die ihre persönliche Position in der Welt betreffen als nach objektiven Merkmalen.« (a. a. O., S. 183)

Bock fasst die Ergebnisse zusammen: »Die verschiedenen Aspekte von sich und der Welt, die Dichte der Erfahrung prägen den Krankheitsverlauf u. U. mehr als abstrahierte soziale Faktoren. Die Fähigkeit, dem eigenen sozialen Umgangsstil Sinn beizumessen, scheint den Krankheitsprozess und die Inanspruchnahme der Psychiatrie deutlich zu beeinflussen. *Corin* zieht Schlussfolgerungen für die Schi-

zophrenieforschung: ›Wir können die Hypothese aufstellen, dass der Verlauf der Störung unter anderem die Art widerspiegelt, wie die Psychoseerfahrung in das Selbst integriert wird, und dass diese Integrationsleistung wiederum von weiteren kulturellen Konzeptionen und Einstellungen abhängt.‹« (BOCK 1997, S. 69)

Wie versuchen Psychoseerfahrene, eine Position am Rande der gemeinsamen Welt auszumachen? Wie gestalten sie ihr soziales Netzwerk? Wie bewerten sie ihren sozialen Umgangsstil? Diese und weitere Fragen gehören zu den wesentlichen Erkenntnisbereichen der vorliegenden Studie. In dieser Hinsicht baut sie auf den genannten qualitativen Forschungen auf und vertieft sie in Bezug auf bundesdeutsche Verhältnisse und einen Langzeit-Rückblick.

Ein groß angelegtes Forschungsprojekt in Berlin (›*Der Wandel im Lebensalltag chronisch psychisch Kranker*‹, vgl. ZAUMSEIL & LEFERINK 1997) befasste sich Mitte der 1990er-Jahre anhand qualitativer Methoden mit der Lebenswirklichkeit chronisch psychisch Kranker, die außerhalb des Krankenhauses leben. Über einen Zeitraum von drei Jahren hinweg wurden – jeweils in einem West- und einem Ostberliner Bezirk – narrative Interviews mit über 50 psychisch Kranken, wenn möglich ihren Angehörigen und einem der betreuenden Professionellen geführt sowie Beschreibungen ihrer Lebenssituation angefertigt. Grundeinheit der Untersuchung war somit weniger das einzelne Individuum, als vielmehr eine *Triade* aus den drei an der Herstellung von psychischer Krankheit als sozialer Wirklichkeit beteiligten Personengruppen, also eine Art ›interagierendes Mikronetz‹. Die jeweiligen subjektiven Perspektiven wurden auf dem Hintergrund ihres sozialen und kulturellen Kontextes interpretiert und aufeinander bezogen. Daraus konnten sog. ›*Arrangements*‹ konstruiert werden:

»Im Arrangement soll die Struktur der Alltagswirklichkeit sichtbar werden, die das chronisch psychische Kranksein ausmacht. Hier ... werden unterschiedliche Bereiche miteinander geregelt: die lokalen sozialrechtlichen und kulturellen Gegebenheiten müssen einbezogen werden, und man trifft Arrangements innerhalb der gesteckten materiellen Möglichkeiten. Unsere Untersuchungsteilnehmer arrangieren sich außerdem miteinander und mit anderen relevanten Interaktionspartnern. Die sozialen Beschreibungsebenen hängen mit der psychologischen Seite des Arrangements zusammen: die miteinander geknüpften Beziehungen beinhalten u. U. Abhängigkeiten, Bemühungen um Unabhängigkeit, Kränkungen, Schuldzuweisungen, die mit der psychischen Entwicklung und Biografie der Beteiligten verknüpft sind, u. a. m.« (ZAUMSEIL 1995, S. 104)

Im Arrangement sind also materielle und interaktionelle, bewusste und unbewusste, kulturelle und biografische ›Fäden‹ – das gesamte Feld der ›*sozialen Repräsentationen*‹ im Umfeld des Phänomens Schizophrenie – unverwechselbar zwischen den Beteiligten verbunden. Durch Vergleiche und Kontrastierungen ließ sich eine *Typologie* unterschiedlicher Arrangements erstellen, und in der Längsschnittbetrachtung ihre Stabilität und Wandlungsfähigkeit aufzeigen (z. B.

gegenüber den gravierenden, zeitlich parallelen Umwandlungsprozessen in der psychiatrischen Versorgungslandschaft Berlins).

Bei der Frage nach der *Qualität* der so untersuchten Arrangements »konnten erste Bewertungsmodelle erprobt werden, bei dem nicht die Anpassungsleistung des Individuums, sondern die *Güte des Arrangements* zum Thema wird« (a. a. O., S. 105).

So können Betroffene mit dem, was man eine ›schwere Erkrankung‹ nennt, über ein relativ gut geglücktes Arrangement mit ihrer Umgebung verfügen – während andere, leichter erkrankte Menschen am Misslingen ihres Arrangements mit ihren ›Netzpartnern‹ erheblich leiden. Unter diesem Blickwinkel lassen sich rehabilitative Anstrengungen oder auch ›salutogene‹ Unterstützungen völlig neu betrachten.

Aus den subjektiven Darstellungen des Lebensalltags Betroffener wurde somit eine Collage unterschiedlicher Lebensformen erstellt, welche »die Alltagswirklichkeit des psychischen Krankseins unter bestimmten lokalen Bedingungen und dessen gegenwärtigen Wandel zum Ausdruck bringen soll« (a. a. O., S. 106).

Anschließend ging es darum, ein begriffliches Netz aus Hypothesen zu knüpfen, »in dem so etwas wie ein *Lebensgefühl* eingefangen werden kann« (a. a. O., S. 84 f.).

Dabei scheint der Einfluss und die Bedeutung der Institutionen und Familien für das Leben der Einzelnen relativiert – so wie er in vielen anderen Untersuchungen im Mittelpunkt steht.

In weiteren Auswertungsschritten werden die *sozialen Beziehungen im Alltag Schizophrener* untersucht. Die bisher im Vordergrund der Diskussion stehenden Beziehungsmuster zu Eltern und Herkunftsfamilie – wie bestimmte Ablösungskonflikte oder Versorgungs-Arrangements – treten hier zurück zugunsten der bislang wenig untersuchten Beziehungsformen zu Freunden, Partnern und den eigenen Kindern: diese scheinen in ihrer Bedeutung für die Lebenswirklichkeit einer doch großen Anzahl von – großstädtisch verankerten – psychisch Kranken nun stärker gewichtet (vgl. MELCOP 1997).

Eine Untersuchung der *Beziehungsformen zwischen Professionellen und psychisch Kranken* zeigt den Wandel der Anforderungen und Erwartungen in diesem Verhältnis, dargestellt an Passungen und Konflikten.

»Professionelle sind nicht mehr Vollstrecker gesellschaftlicher Imperative, und Patienten nicht mehr passive Objekte von Be-Handlungen. (...) Asymmetrische und subjektlose Beziehungsformen werden von den meisten Untersuchungsteilnehmern heute kaum noch hingenommen. Die Grenzen zu ›normalen‹ mitmenschlichen Beziehungen sollen durchlässiger, die Professionellen ein Stück weniger professionell sein. Die Wertschätzung, die psychisch Kranke generell in einer Beziehung zu Professionellen erwarten, kann auf sehr unterschiedliche Weise realisiert werden. Respektvolle Distanz, wohlwollende Hilfe, befähigendes ›Empowerment‹ oder parteiliches Engagement können, je

nach Patient und Situation, positive Konsequenzen für die Beziehung haben.« (ZAUMSEIL & LEFERINK 1997, S. 24f.)

Mit ihrer Fragestellung, dem methodischen Ansatz und den Ergebnissen hat die Berliner Untersuchung wesentlich zur Entstehung der hier vorliegenden Studie beigetragen: Mit der Frage nach souveräner Lebensgestaltung in Interaktion mit gemeindepsychiatrischen Hilfen vertieft diese einen spezifischen Gesichtspunkt.

BOCK legte 1997 eine viel beachtete qualitative Studie über ›Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen‹ aus dem Großraum Hamburg vor. Er befragte 34 Personen, die Psychosen erleben, aber auf psychiatrische Hilfe weitgehend verzichten, rekonstruktiv zu ihrem (Psychose-)Erleben, zur Entwicklung ihres Problemverständnisses und ihrer Lebensgestaltung. Das Novum dieser Studie liegt in dem ungewöhnlichen Zugang zu – mehr oder weniger unbehandelten und psychiatriedistanzierten – Betroffenen, die er überwiegend aus Nicht-Behandlungskontexten (wie Psychoseseminare in Hamburg und anderswo) für seine Interviews gewinnen konnte.

Er fand sehr individuelle und dichte Beschreibungen von psychotischem Erleben von Menschen in den unterschiedlichsten Lebenslagen. Diese Erzählungen variierten insbesondere im Grad der ›Nähe‹ zur Psychiatrie und ihren Deutungs- und Handlungsweisen: von ›Naturgeschichten‹ langfristig unbehandelter Psychosen, über gelegentliche Nutzung der Psychiatrie, bis hin zur Vermeidung weiterer Psychiatrieerfahrung trotz anhaltenden oder wiederholten Psychoseerlebens (›*Psychiatrieaversive*‹). Aus einer ersten vergleichenden Analyse der Psychose-Inhalte verdichtete sich schließlich ein besonderes Interesse an dem möglichen biografischen Sinn, und den möglichen Funktionen psychotischer Wahrnehmung:

»Aus der Frage, wie sich Psychosen bewältigen lassen, erwuchs die Frage nach der Funktion der *Psychose selbst als Bewältigungsstrategie*. Die Bestandsaufnahme der zur Verfügung stehenden *Bewältigungs-Ressourcen* wandelte sich in Richtung auf die mögliche *Ersatzfunktion der Wahnwelt*. Insgesamt wendete sich die Frage von möglichen *kausalen* zu eher *finalen* Verknüpfungen. Aus dem Warum wurde ein Wozu. Welchen Sinn machen bestimmte psychotische Wahrnehmungen im biografischen Zusammenhang? Welchen Sinn macht es, dass eine bestimmte Person in einer bestimmten Phase der Psychoseerfahrung ohne psychiatrische Hilfe bleibt? Welchen Bedingungen oder welchem Zufall ist das zuzuschreiben?« (a. a. O., S. 313)

Für die vorliegende Untersuchung waren Folgerungen wichtig, wonach

- »... sich eine gemeinsame Sprache erst entwickeln kann, wenn wir (Professionellen) eine Zeit lang den Worten von Psychoseerfahrenen ohne professionelle Deutung zuhören. (...) Um die Chancen der existenziellen Krise zu nutzen, brauchen viele Psychoseerfahrene ein Gegenüber, in der Regel eine reale Person« (a. a. O., S. 346, 350), um in einen sinnverstehenden und sinnerzeugenden Dialog eintreten und auch bestehen zu können.

Hier ist mit anderen Worten die Arbeit an einer gelingenden ›Passung‹ angesprochen, die offen bleibt für Ambivalenz und Widersprüchlichkeit, und die in einen wechselseitigen Verständigungsprozess mit beiderseitiger ›Krankheits-Einsicht‹ mündet.

Um die Souveränität eigener Lebensgestaltung zu erhalten und zu fördern, ist die »Ausbildung von biografisch eingebetteten Selbstdeutungsstrategien« von entscheidender Bedeutung. Diese wirken je nach erreichtem ›Passungsgrad‹ hilfreich oder störend, und können ihren Charakter mehrfach ändern/weiterentwickeln (vgl. a. a. O., S. 353).

Eine Weiterentwicklung dieser ›Selbstdeutungs-Strategien gemäß dem eigenen Verständnis ist als wesentliche Voraussetzung für einen ›salutogenen‹ Lebensweg zu sehen (im Übrigen nicht nur nach Psychose-Erfahrung).

Die Formung eines eigenen, auch eigen-sinnigen Problemverständnisses, und eine Reifung der eigenen Identität prägen den weiteren Gesundungsverlauf u. U. nachhaltiger als die ›objektiven‹ Krankheits-›Marker‹. Betroffene sind nicht passive Objekte pathogener Faktoren, sondern bleiben gerade in der Auseinandersetzung mit Psychosebelastungen aktiv handelnde Subjekte:

»Die moderne ›Life-context-Forschung‹ verweist darauf, dass auch bei noch so chronisch verlaufenden Psychosen gleichzeitig Erkrankungs- und Gesundungsprozesse ablaufen, die in lebhafter Wechselwirkung stehen, sich aber nicht gegenseitig aufheben.« (DAVIDSON 1995, zitiert nach BOCK a. a. O., S. 330).

»Das Besondere an der Schizophrenie ist, dass das Gesunde erhalten bleibt.« (BLEULER 1987)

»Eigenbalance kann aufgrund eines äußeren sozialen Konflikts, erschöpfter innerer Ressourcen oder zusätzlicher somatischer Beschwerden unzureichend werden. Professionelle Hilfe kann am ehesten positiv wirken, wenn sie die spezifischen Selbsthilfestrategien erkennt, ernst nimmt und im Sinne einer ›Supervision‹ stützt bzw. wieder verfügbar macht.« (a. a. O., S. 353)

Hier ist ›Personen-Orientierung‹ als ein intersubjektives Geschehen angesprochen, in Abgrenzung zu standardisierten Hilfe-Plan-Strategien, wie sie aktuell die Debatte in der gemeindepsychiatrischen Versorgung dominieren.

Qualitative Studien wurden mittlerweile auch für die weiteren Beteiligten an sozialpsychiatrischen Arrangements vorgelegt. Zum Beispiel berichtet JUNG-BAUER 2004 aus einem Forschungsprojekt der Uni Leipzig über die Situation von *Partnern schizophrener Patienten*, anhand der ausführlichen qualitativen Analyse von Gesprächen mit 34 Ehepartnern. Darin erscheint ein im Vergleich zu den konventionellen Wissensbeständen neues, ›modernes‹ Bild des Zusammenlebens mit einem schizophrenen Partner: Heute seien »erhebliche Spielräume für eine individuelle Lebensgestaltung, und unterschiedliche Varianten von Beziehungszufriedenheit vorhanden, ... die u. a. erst durch die verbesserten

Behandlungsmöglichkeiten und Versorgungsangebote für psychisch Kranke möglich geworden sind. (...) Durch soziokulturelle Modernisierungsprozesse wird eine schizophrene Erkrankung heute oft völlig anders gedeutet als noch vor wenigen Jahrzehnten. In dem Maße, in dem das Stereotyp einer bedrohlichen, gefährlichen und unheilbaren Geisteskrankheit verblasst, wird die Deutung möglich, dass es sich um eine behandelbare und bewältigbare Krankheit handelt, die bei geeigneten Rahmenbedingungen auch eine befriedigende Partnerschaft zulässt« (S. 139).

Die Studie vermochte ein Bild zu korrigieren, wonach die Gesamtbilanz einer Paarbeziehung aufgrund der Belastungen durch eine schizophrene Erkrankung überwiegend so negativ ausfalle, dass die Mehrzahl der – wenigen – überhaupt eingegangenen Partnerschaften von einer gravierenden Trennungstendenz bedroht seien. Vielmehr konnte anhand der Interviewauswertung – in Verbindung mit einer zeitgleichen, quantitativen Befragung von Patienten – aufgezeigt werden, dass die Anzahl aufrechterhaltener Partnerschaften und die hierin ausgedrückte Bindungsbereitschaft deutlich das Maß des bisherigen Forschungsstandes überstieg. Folglich wurden neue Konzepte zur Unterstützung von Partnern und Partnerschaften im Rahmen gemeindepsychiatrischer Hilfen entworfen, durchgeführt und evaluiert (vgl. WILMS et al. 2005: »*Hilfen für Partner psychisch kranker Menschen*«, Manual für Angehörigen- und Partnerschaftsseminare).

QUINDEL veröffentlichte 2004 eine qualitative Studie zum Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie. Auf der Basis eines diskursanalytischen Ansatzes nach Foucault befragte er Mitarbeiter von Sozialpsychiatrischen Diensten Berlins und Bayerns nach ihrem Verständnis von Empowerment und sozialer Kontrolle. Davon ausgehend beschreibt er ›*Konstruktionen professioneller Identitäten*‹, wie sie von den Praktikern aus einer Reihe von ›diskursiven Strängen‹ – wie dem medizinischen oder dem psychotherapeutischen Diskurs – zusammengestellt werden. Dies ermöglicht, sich im Spannungsfeld der Dialektik von Hilfe und Kontrolle akzeptabel zu positionieren, bzw. die unausweichlichen Widersprüche ausbalancieren zu können. Er plädiert für einen reflexiven Blick auf die je eigenen Konstruktionen, um der häufig unterbelichteten Kontrollaspekte von professionellen Rollen und Handlungen gewahr zu werden. Ebenso hintergründig beschreibt er – auf dem Boden ethnopschoanalytischer Konzepte – eine zweite, emotionale Dimension von ›Angst‹ und von ›Lust‹ aufseiten der Professionellen: in der Begegnung mit dem ›Fremden‹ – wie es sich auch im psychotischen Erleben Ausdruck verschafft – werden bewusste und unbewusste Aspekte berührt. Diese Ebene der Anziehung wie der Abstoßung geht im pragmatischen Berufsalltag jedoch häufig ›verloren‹ – und prägt dennoch die eigenen Handlungs- und Beziehungsweisen nachhaltig. Ein reflexiver, im Dialog geschärfter Blick auf diese Ebene gehört nach Quindel deshalb genauso zu einer professionellen Identität wie andere »Handwerkszeuge«, und dient der wohl verstandenen Sorge und

der Selbstsorge im sozialpsychiatrischen Alltag: die Subjekte positionieren sich entlang gesellschaftlicher und professioneller Diskurse und sie tun dies *auch* aus Gründen der eigenen psychischen Verfasstheit.

Eine direkte »*Qualitätsbeurteilung komplementärer psychiatrischer Dienste und Einrichtungen durch ihre Nutzer*« wurde von GROMANN bereits 1996 vorgelegt. Diese Befragung weist im methodischen Ansatz und dem regionalen Bezug zum Großraum München einige Ähnlichkeiten mit der vorliegenden Studie auf, weswegen ich sie hier kurz vorstelle.

GROMANN hatte 19 Betroffene direkt und in einem offenen Interview nach deren Erfahrungen mit psychiatrischen Diensten und Einrichtungen außerhalb der Klinik befragt – »was sie persönlich gut, was sie schlecht fanden« (S. 44). Die Befragten waren aktuell Nutzer von betreuten Wohnformen bzw. Arbeitsprojekten, und konnten über viele Jahre an Erfahrung mit den verschiedenen Einrichtungstypen in der Gemeindepsychiatrie berichten. Die Mehrzahl der Befragten hatte ausgeprägte Schwierigkeiten, mit klaren Aussagen auf eine direkte Beurteilungsfrage zu antworten. Die Einnahme einer dazu erforderlichen »Meta-Position« in der Rolle eines »mündigen Konsumenten« war vielfach ungewohnt und wenig mit den bisherigen Lebens- und Behandlungserfahrungen vereinbar. Dies galt im Besonderen für die Erfahrungen mit dem *Wohnheim*: obwohl substanziell im Erfahrungsspektrum vertreten, kamen Äußerungen dazu erst durch aktives Nachfragen zustande:

»Die Angebotsform Wohnheim scheint in der Wahrnehmung der Nutzer eher als »fremd gelebtes Leben« empfunden zu werden. Die Regeln und Abläufe scheinen wenig individuell beeinflussbar. So werden sie in den über Lebenserinnerungen vermittelten Bewertungen nicht abgerufen, können nur mit Nachfragen erschlossen werden (vgl. dazu Riemann, 1987).« (GROMANN 1996, S. 55)

Die Gesprächspartner behelfen sich bei der Beantwortung der schwierigen Qualitätsfrage überwiegend mit einer chronologischen Auflistung der erfahrenen Hilfen, in Verbindung mit den davon berührten Lebensepisoden (»*lebensgeschichtliche Narration*«). GROMANN führt dazu aus:

»Auch inhaltlich ergibt sich hier ein wichtiger Zusammenhang: Die nicht-klinischen Angebote im psychiatrischen Bereich sollen ja verbliebene Einschränkungen in der selbstständigen Lebensbewältigung nach akuten Krankheitsphasen kompensieren wie auch zur Wiederherstellung dieser Fähigkeiten beitragen. In diesem Zusammenhang ist es nicht erstaunlich, dass die Einschätzung der Dienste und Hilfen nur auf dem Hintergrund der eigenen Lebensgeschichte repräsentiert und geleistet werden kann. (...) So werden viele Aussagen inhaltlich erst deutlich erkennbar, wenn sie durch die Textanalyse aus den lebensgeschichtlichen Sequenzen – in die sie quasi verpackt worden sind – herausgelöst werden.« (a. a. O., S. 48 f.)

Beispielsweise erwies sich die Beurteilung von betreuten Wohngemeinschaften positiver durch jene Nutzer, die aus Klinik oder Wohnheim dorthin gewechselt

waren, als durch jene, die von einem nicht-stationären Setting kamen. Generell waren die Äußerungen umso differenzierter, je selbstständiger die Befragten ihre Lebensumstände gestalten konnten (z. B. im Rahmen von ›Betreutem Einzelwohnen‹ oder Arbeitsprojekten), und je mehr Erfahrungen auch unterschiedlicher Art sie zu verzeichnen hatten. Dieses ›Differenzierungs-Plus‹ bezog sich sowohl auf die Beurteilungen von Hilfen wie auf die geäußerten eigenen Bedürfnisse nach Hilfe wie auf die Vorschläge für eine geeignete strukturelle Organisation dieser Hilfen (etwa Größe, regionale Verteilung, Mitgestaltung).

Dieses Resultat erinnert an die Bestandteile von ›Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit‹ im Konzept des ›Kohärenzgefühls‹ bei Antonovsky: Je stärker wir in die Gestaltung unserer Lebensumstände involviert sind, desto aktiver nehmen wir uns und andere in Bezug zu diesen Kontextbedingungen auch wahr, und desto leichter entwickeln wir eigene Vorstellungen und Handlungsimpulse.

GROMANN sieht damit die Befunde vorausgegangener angloamerikanischer Studien zur Validität und Reliabilität von Patientenaussagen bestätigt, wonach »gerade auch psychiatrische Langzeitpatienten fähig sind, klare und konsistente Aussagen zu ihren Lebensumständen zu machen; Aussagen, die von Mitarbeitern gesucht und respektiert werden müssen« (vgl. STRAUSS et al. 1977/USA, THORNICROFT et al. 1993/England, a. a. O., S. 46). Und weiter:

»Wegen ihrer begrenzten Autonomie und fortgesetzten Abhängigkeit von den Institutionen, die sie beurteilen, wegen ihrer mindestens zeitweise vorhandenen Denkstörungen, wegen der Schwierigkeit zur Abstraktion und dem ungewohnten Denkmodell als Konsument bieten sie keine fertigen Antworten. In vorgefassten Fragebögen bewerten sie offensichtlich Einrichtungen und Behandelnde tendenziell positiv. Im Kontext ihrer Lebensgeschichte sind sie jedoch in der Lage, sich differenziert und kritisch zu äußern – spontan in erster Linie über die verschiedenen Wohnformen, über die Reglementierung, je mehr Betreuung besteht, und über die Art des Umgangs der Betreuer mit ihnen.« (a. a. O., S. 73)

Gromann ging es mit dieser Studie um einen Beitrag zur Entwicklung eines validen qualitativen Methodeninventars zur *Beurteilung gemeindepsychiatrischer Dienste* aus der Sicht Betroffener.

Später führte sie einen Ansatz weiter, das gesamte gemeindepsychiatrische Verbundsystem eines Landkreises von *allen langfristigen* Patienten und Klienten im jährlichen *follow-up* beurteilen zu lassen: Hier geht es wesentlich um Vergleichbarkeit der Bewertungen im Hinblick auf eine Weiterentwicklung des Hilfesystems, weshalb hier ein standardisierter Bogen in persönlichen Interviews bearbeitet, und mit relevanten persönlichen Bemerkungen ergänzt wurde (vgl. GROMANN 1999).

Im Unterschied dazu stand bei der für diese Studie durchgeführten Befragung die *wechselseitige Passung zwischen Betroffenen und Professionellen* im Mittel-

punkt, mit dem Focus auf der Förderung souveräner Lebensgestaltung aufseiten der Psychoseerfahrenen: also eine (selbst-)reflexive Perspektive auf den Werdegang eigener Lebenssouveränität, im Wechselspiel mit der Nutzung/Zurückweisung professioneller Dienste. Diese Perspektive kann m. E. als reflexive Grundlage für eine Beurteilung des Hilfesystems durch die Betroffenen betrachtet werden. Insofern waren die für diese Studie geführten Gespräche und das hintergründige Erkenntnisinteresse noch stärker lebensgeschichtlich-narrativ ausgerichtet und entsprechend umfangreicher.

Wie stark interpretationsgeleitet die Ergebnisse sozialpsychiatrischer Forschung sein können, sei abschließend an einer aktuellen Studie aus Dresden zu den »*Betreuungsbedürfnissen chronisch schizophrener Patienten in verschiedenen Wohnformen*« dargelegt (KALLERT & LEIßE 2006, Uni Dresden/Sächs. Sozialministerium):

Die Autoren hatten eine große Anzahl schizophrener Patienten (N = 244) in fünf unterschiedlich »dichten« Betreuungssettings nach ihren subjektiven Betreuungsbedürfnissen befragt (zweimal im Jahresabstand, anhand des standardisierten »*Berliner Bedürfnisinventars*«).

Der »Gipfel« an geäußerten Hilfe-Bedürfnissen zeigte sich unerwartet im Bereich der Wohnbetreuung mittlerer Intensität (ambulant betreutes Wohnen/sozialtherapeutische Wohnstätten) – also nicht wie »normativ erwartbar« im Bereich höchster oder geringster Betreuungsdichte (also im Bereich von stationärer oder von selbstständiger Lebensgestaltung), und anschließend linear verlaufend. Dergleichen zeigte sich bei den genannten Bedürfnissen eine mehr oder weniger ausgeprägte *Inkonsistenz* zum sozialrechtlich definierten, zur Bestimmung der Betreuungsform maßgeblichen Behinderungsgrad: die Betreuten gaben andere oder anders gewichtete Bedürfnisse als ihren »normativen Hilfebedarf« an. Die Autoren geben hierfür verschiedene Erklärungsansätze an, die überwiegend eine Fehlanpassung aufseiten der Befragten hervorheben:

»... Mögliche Verzerrungseffekte subjektiver Bedürfniswahrnehmung liegen in krankheitsbedingten Symptomen wie fehlender Einsichtsfähigkeit sowie in Adaptierungsprozessen an Hilfestellungen, die dann nicht mehr als solche wahrgenommen werden. (...) Aber auch eine den eigenen Behinderungen nicht angepasste positive Einschätzung eigener Fähigkeiten sowie eine Nivellierung solcher Art von Selbstkritik sind hier bedeutsam. (...) Insofern scheint es für eine Therapieplanung unerlässlich, die subjektive Bedürfniswahrnehmung durch eine normative Bedarfseinschätzung zu ergänzen.« (a. a. O., S. 10, 15)

Methodenkritik erstreckt sich hier lediglich auf die statistischen Parameter (Kontrollgruppen-Manko u. Ä.), nicht aber auf die standardisierte Erhebungssituation selbst, welche ein wesentliches Gütekriterium für die Erforschung subjektiver Sichtweisen nicht erreichen kann: die Berücksichtigung der subjektiven Bedeu-

tungsgebungen gemäß eigener Lebenspraxis und eigener Erzählung. Inkonsistenzen bei den Ergebnissen werden den Subjekten, ihren ›Defiziten‹ und ihrer mangelnden Repräsentationsfähigkeit zugewiesen, nicht aber den Prägungen durch eine ›objektivierende‹ Methodik und eine fremdbestimmende Versorgungspraxis.

Die Folgerungen der Studie,

- eine professionelle »Schulung der Bedürfniswahrnehmung bei chronisch schizophrenen Patienten mit dem Ziel des Autonomiezuwachses«,
- eine normative Bedarfseinschätzung durch Experten sowie
- weitere vertiefende Studien (S. 16),

entsprechen eher dem professionellen Interesse eines medizinisch-psychiatrischen Wissenschaftsbetriebs als der Förderung reflexiver Arrangements zwischen Betroffenen und Helfern.

Zusammenfassende Bewertung des Forschungsstandes

Mit den vorgestellten Forschungsergebnissen wurde gezeigt, dass die Betrachtung der ›Patientenmeinung‹, und der von Betroffenen geäußerten Behandlungs- und Lebensqualität mittlerweile eine langjährige Tradition einnimmt, die vor allem vom angloamerikanischen Raum ihren Ausgang nahm. Die schließlich offenkundig gewordenen methodischen Beschränkungen bei den anfangs verwendeten standardisierten und quantitativen Fragebogen-Erhebungen führten in den zurückliegenden 15 Jahren vermehrt zur Verwendung qualitativer Methoden – insbesondere narrativer Erzählungen –, welche die ›subjektive Sicht psychisch Kranker‹ in eine reflexive Beziehung setzen zu deren Lebens- und Betreuungserfahrungen, ihren Sinn- und Identitätskonstruktionen, ihrem materiellen und soziokulturellen ›Möglichkeitsraum‹.

Mithilfe dieses ›sinnverstehenden‹ Zuganges konnte ein erfahrungsnäheres und ›subjekttreueres‹ Bild gewonnen werden vom individuellen Psychoseerleben, seiner Einbettung in die soziokulturelle Umgebung sowie davon, »wie es im Alltag ist, psychisch krank zu sein in unserer Gesellschaft« (vgl. ZAUMSEIL & LEFERINK 1997). Dadurch wurden neue Bezüge gedanklich fassbar – etwa zwischen den Psychosen als »Krankheiten der Person/des Subjektes« und der prekären Identitätsarbeit der Subjekte im Zeitalter der Spätmoderne.

Aus diesen qualitativen Forschungen resultieren – neben einem mehr impressionistischen und weniger interventionistischen Blick, einer mehr dialogischen als diagnostischen Begegnung vonseiten der Untersuchenden – neue Perspektiven auf bisherige Konzepte: So konnte

- Psychoseerleben *auch* als Schutz- und Bewältigungsphänomen,
- das soziale Rückzugsverhalten nicht nur als Defizit, sondern *auch* empirisch

- als angemessenes Reiz-Management von Psychoseerfahrenen (*›positive withdrawal‹*) angesichts erfahrener sozialer Abwehrschwäche erkannt werden;
- ein *›eigen-sinniges‹* Problemverständnis *auch* als biografisch konsistente, der eigenen Identität möglicherweise zuträgliche Art von *›Krankheits-Einsicht‹* identifiziert werden;
 - die Beurteilung Betroffener sowohl über die von ihnen erfahrenen wie die für erforderlich gehaltenen Hilfen als konsistent, zuverlässig und detailliert zusammengefasst werden – unter der Voraussetzung, die Beurteilungsfrage ermöglicht einen (Erkenntnis-)Dialog über die lebensgeschichtlichen Korrelationen.

Darüber hinaus wurde der Alltag mit einer andauernden schizophrenen Erkrankung als eine unter spätmodernen Bedingungen eher akzeptable Lebensform herausgearbeitet – auch wenn sie in der Identitätsarbeit äußerst prekär zu handhaben ist (vgl. ZAUMSEIL & LEFERINK 1997: »Schizophrenie in der Moderne«). Sowohl Gemeindepsychiatrische Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten als auch eine allmähliche Abkehr der Öffentlichkeit vom kruden Stigma einer ausschließenden Geisteskrankheit ermöglichen heute für viele Betroffene eine eher inkludierende Lebensgestaltung (etwa in den Bereichen Partnerschaft, sozialer und kultureller Teilhabe). Gleichwohl stellen die zeitgenössischen Anforderungen an ein »flexibles Subjekt« (im Sinne Sennetts) für Psychoseerfahrene eine komplexe Herausforderung dar, um auf dem *›Markt‹* der gesellschaftlichen Arbeits- und Kontaktmöglichkeiten ihre Chancen zu finden und zu wahren.

Als eine dazu *›passende‹* Antwort wurde von LEFERINK (1997) eine *›Diskontinuität‹* in der je eigenen Identitätskonstruktion als *›Kranker‹* versus *›Gesunder‹* beschrieben: Diese diskontinuierliche, *›fluide‹* Darstellung wird vielfach von Betroffenen gewählt, um sich eine Flexibilität sowohl in Richtung *›Krankheit‹* wie in Richtung *›Normalität‹* offenzuhalten. Diese Offenheit innerhalb des eigenen Problemverständnisses mag für die eigene Identitätsbalance angemessen, *und gleichzeitig* im herkömmlichen professionellen Verständnis als *Krankheits-uneinsichtigkeit* erscheinen:

»Das eigentlich erklärungsbedürftige Phänomen ist das Fluktuieren zwischen diesen gegensätzlichen Positionen, die interpretative Inkonsistenz und Widersprüchlichkeit, ... die sich interessanterweise in ähnlicher Form auch bei Angehörigen und bei etwas tiefsinniger gemeinten Aussagen von Professionellen findet. (...) Psychosen gelten bei uns als Krankheiten der Person. Aussagen und Überlegungen, die die Krankheit betreffen, treffen damit unweigerlich die Person. Was der kranken Person bleibt, um das eigene Personsein zu retten, ist eine – mitunter – verleugnende Flucht vor der Krankheit, welche die Person aber auch immer wieder einholen kann. Dann bleibt es beim Hin und Her eines aussichtslosen Kampfes gegen das innerliche Urteil der anderen (in einem selbst).« (a. a. O., S. 22)

Diese Fluktuation, die Gleichzeitigkeit eines ›Sowohl-als-auch‹, stellt für die Konstruktionen einer souveränen Lebensgestalt in dieser Studie ein wesentliches Bestimmungselement dar.

Für die sozialpsychiatrische Forschung in Deutschland allgemein kann gelten, dass sie ein Dasein am Rande des medizinischen *mainstream* führt: An den medizinischen Fakultäten existiert derzeit nur ein einziger Lehrstuhl für ›*Sozialpsychiatrie und Psychotherapie*‹ (an der Medizinischen Hochschule Hannover) – und dieser ist aktuell von Kürzungsbestrebungen bedroht. Dieses Manko in Forschung und Lehre, bei Veröffentlichungen und Tagungen bewirkt einerseits einen vergleichsweise schmalen wissenschaftlichen Diskurs im Bereich der medizinischen (Sozial-)Psychiatrie. Andererseits öffnet es anderen Disziplinen wie der Psychologie, Soziologie und Sozialpädagogik die Möglichkeit, in dieser noch wenig betretenen Forschungslandschaft Akzente zu setzen.

So wird erklärlich, dass die Zahl empirischer Forschungsarbeiten aus diesen Disziplinen zu Fragen der Sozialpsychiatrie in den vergangenen Jahren deutlich angewachsen ist – insbesondere in der Verbindung von qualitativer und quantitativer Methodik. Auch die vorliegende Arbeit ist diesem Trend zuzurechnen.

Forschungskonzept und Methodik der Untersuchung

Von der Fragestellung zur Methodenwahl

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, zu rekonstruieren, wie langfristig psychoseerfahrene Menschen ihre eigenen Vorstellungen von Identität und Souveränität im Alltag entwickeln – und wie sie diese Entwicklung in Verbindung bringen mit der Erfahrung gemeindepsychiatrischer Hilfsangebote außerhalb der Klinik. Meine *Leitidee* zu Beginn war – im Sinne eines von GLASER & STRAUSS (1967) geforderten offenen, ›sensibilisierenden Konzepts‹ – dass sich in den Retrospektiven Betroffener dynamische Passungsmuster mit den professionellen Hilfen zeigen, und vielfältige Gestaltungsmuster von Lebenssouveränität abbilden. Diese unterscheiden sich womöglich vom Wissensstand aus herkömmlichen katamnestischen und Lebensqualitätsstudien, und können insofern zu einer im eigentlichen Sinne *subjektorientierten* Weiterentwicklung psychiatrischer Hilfen beitragen.

Folgende Fragen kennzeichneten das zugrunde liegende Forschungsinteresse:

- Wie kommen Hilfekontakte zustande, wie werden sie gestaltet und reguliert?
- Welche Erfahrungen werden dabei beschrieben und wie bewertet? (Umgang mit Dissens und Konflikt/Teilhabe- und Verwirklichungschancen/Entwicklung von Kontexten sozialer Anerkennung/Erfahrungen von Inklusion und Exklusion)
- Wie entwickelt sich das Verhältnis von Fremd- und Selbsthilfe – und das Verständnis von ›wirksamer Hilfe‹ überhaupt?
- Wie wird eine wiederholte oder langfristige Nutzung gemeindepsychiatrischer Hilfen mit dem Bestreben nach souveräner Lebensgestaltung verbunden?
- Auf welche Weise kommen Brüche in der alltäglichen Identitätsarbeit zum Ausdruck?
- Welche (*Veränderungen der*) eigenen Vorstellungen von ›Psychose‹ und ›Souveränität‹ werden im Laufe der subjektiven Auseinandersetzung geschildert?

Es ging also um ein wechselseitiges und dynamisches Passungsverhältnis, um das ›Arrangement‹ zwischen den Betroffenen und den Hilfsangeboten – ›gesehen‹ aus der Warte von Menschen, die in der Folge erlittener Psychosen ihr Selbstverständnis und ihre Lebensgestalt neu auszuformen hatten.

Die Fragestellung reicht damit über eine ›Qualitätsbeurteilung‹ oder Evaluation gemeindepsychiatrischer Dienste hinaus (auch wenn diese Themen immer wieder berührt werden): Sie umfasst die rückblickende Beschreibung der eigenen Souveränitätsbestrebungen im Laufe der (Lebens-)Zeit, und im Laufe der Erfahrungen mit Gemeindepsychiatrie. Sie enthält als (selbst-)reflexives Element die eigene Weiterentwicklung jener Impulse, die mit professionellen Hilfsangeboten in Verbindung standen.

Inhaltlich und methodisch war es naheliegend, die Beschreibung der Betroffenen selbst zum Ausgangspunkt zu nehmen, da es wesentlich um ihre *subjektiv erlebte und gestaltete Lebenswirklichkeit* ging. Diese subjektiven Bedeutungen und Konstrukte lassen sich jedoch nicht ›an sich‹ erfragen, und nur verkürzend im Rahmen eines standardisierten Fragebogens erheben: sie sind vorzugsweise in den korrespondierenden Alltags- und Lebenserfahrungen verankert und mit diesen zusammen repräsentiert (vgl. RIEMANN 1987, GROMANN 1996). Subjektive Deutungen werden also am ehesten in Form einer *lebensgeschichtlichen Erzählung* zugänglich oder explizit – und öffnen sich in der Narration gleichzeitig einer ›Fortschreibung‹ i. S. einer aktualisierten Neufassung (z. B. aufgrund angereicherter Erfahrungen oder geänderter Kontexte).

Mit dieser ›offenen‹ Fragestellung lag die Wahl einer qualitativen Forschungsstrategie nahe, im Rahmen eines qualitativen Denkens (vgl. MAYRING 1996, FLICK 1995, 2002). Diese Entscheidung spiegelt die in den vergangenen Jahren in der Literatur vertretene Position wider, wonach für die Erforschung von sozialen, psychischen und soziokulturellen Wirklichkeiten ›gegenstandsnahe‹ oder ›gegenstandsbegründete‹ Methoden Anwendung finden sollten.

»Als gemeinsamer Nenner zumindest in der Sozialforschung kristallisiert sich heraus, dass dann ›qualitativ‹ vorzugehen ist, wenn die Gegenstände komplex, differenziert, wenig überschaubar und widersprüchlich sind, oder sie Unbekanntes verbergen.« (KLEINING 1991, S. 16)

Insbesondere für die Bereiche ›subjektiver Sichtweisen‹ (Erfahrungen, Deutungen, Konstruktionen, Alltags- und Lebensweltgestaltung) – aber auch weitere soziale Phänomene – gilt, dass sie sich »... solchen Forschungsstrategien entziehen, die eher mit großen Zahlen und stark standardisierten, dadurch auch stärker objektivistischen Methoden und normativen Konzepten arbeiten« (FLICK et al. 2002, S. 17) Die implizit in diese Gegenstandsbereiche eingewobenen Biografie- und Sinn-Dimensionen zeigen sich einem Erkenntnisprozess (erst) dann, wenn der Charakter der individuellen/sozialen Konstruktionen mitvollzogen, und vor dem Hintergrund der Kontextumstände betrachtet wird.

Mithilfe der qualitativen Methodik sollten also die erwarteten komplexen Informationen so verdichtet werden können, dass eine allgemeinere Aussage weitgehend ohne Verfälschung möglich wird. Hierhin gehört auch das bekannte Wort von Karl JASPERS (1972, S. 598):

»Verständliche Zusammenhänge ... werden nicht durch Zahlen, sondern durch den verstandenen Einzelfall erwiesen, Zahlen zeigen nur die Häufigkeit ihres Vorkommens.« Im Zentrum des Interesses waren somit nicht messbare, objektive oder repräsentative Befunde auf dem Hintergrund *zuvor* formulierter Hypothesen – wie es einem Vorgehen im naturwissenschaftlich-quantitativen Paradigma entsprochen hätte. Vielmehr sollten Hypothesen über das Zusammenspiel von Lebenssouveränität, Identitätsarbeit und der Inanspruchnahme professioneller Hilfeleistungen erst *im Laufe* des Forschungsprozesses gewonnen werden: Die sich in der Untersuchung zeigenden Phänomene sollten im Licht eines theoretischen Bezugsrahmens erklärbar werden, der selbst erst im Verlauf einer interpretierenden Analyse der Daten zu entwickeln war.

Bei der Auswahl der in die Untersuchung eingeschlossenen Interviews spielte folglich der Aspekt von Repräsentativität keine bedeutende Rolle. Zwar wurde auf eine basale Ausgewogenheit bei den soziodemografischen Daten der Befragten geachtet. Jedoch wurde die Auswahl von Interviews *im Verlauf der Auswertung* nach Kriterien »theoretischer Bedeutsamkeit« für die Fragestellung vorgenommen. Insgesamt sollte die gesamte Vielfalt an Phänomenen, und das mögliche Spektrum von ›typbildenden‹ bis ›kontrastierenden‹ Einzelfällen die Chance erhalten, in der Untersuchung vertreten zu sein. Ziel war in erster Linie die Herausbildung von Kategorien mit einem »theoretischen Erklärungswert« (vgl. STRAUSS & CORBIN 1996) für die infrage stehenden Phänomene.

In der Regel wird das Ergebnis eines qualitativen Forschungsprozesses keine allgemeingültige abstrakte Theorie sein, sondern vielmehr die Freilegung der Struktur eines thematischen Feldes – seine ›*dichte Beschreibung*‹ im Sinne von GEERTZ (1983) – und die Formulierung vorläufiger Theoriebestandteile. Diese werden möglicherweise Ausgangspunkt für weitere differenzierende oder repräsentative Forschungen.

Grundlage der Theoriebildung und damit der Verallgemeinerbarkeit ist hier die ›komparative Analyse‹ – also eine Vergleichsbildung innerhalb einer für relevant erachteten Grundgesamtheit einzelner ›Fälle‹. Dieses Vergleichsprinzip oder ›*theoretical sampling*‹ ist wesentliches methodisches Konzept in der von B. Glaser und A. Strauss entwickelten ›*grounded theory*‹, einer ›im Gegenstand begründeten‹ Theoriebildung (vgl. STRAUSS & GLASER 1998).

»Im Gegensatz zum statistischen Sampling findet hier die Auswahl von Fällen, Datenquellen oder Ereignissen nicht vor, sondern während der Untersuchung statt. Datenerhebung und Auswertung finden daher in der Regel parallel und zirkulär statt und sind eng miteinander verschränkt. Die grundlegende Operation des *theoretical sampling* besteht darin, dass Entscheidungen über die Fallauswahl in Abhängigkeit vom jeweiligen Stand der Datenanalyse getroffen werden.« (JUNGBAUER 2002, S. 68)

Flick nennt in der jüngsten Ausgabe seines ›*Handbuches Qualitative Forschung*‹ folgende Kennzeichen qualitativer Forschung:

»Qualitative Verfahren sind in starkem Maße dem Gedanken der Kontextualität verpflichtet: Daten werden in ihrem natürlichen Kontext erhoben, und Aussagen werden analysiert im Kontext einer längeren Antwort oder Erzählung, des Interviewverlaufs insgesamt oder auch der Biografie des Interviewpartners. Dabei wird die Unterschiedlichkeit der Perspektiven der Beteiligten berücksichtigt: die Reflexivität des Forschers über sein Handeln und seine Wahrnehmung im untersuchten Feld werden als ein wesentlicher Teil der Erkenntnis und nicht als eine zu kontrollierende Störquelle verstanden. Das Erkenntnisprinzip ist eher das Verstehen von komplexen Zusammenhängen als die Erklärung durch die Isolierung einer einzelnen (z. B. Ursache-Wirkungs-)Beziehung. Verstehen richtet sich im Sinne des ›*methodisch kontrollierten Fremdverstehens*‹ auf den Nachvollzug der Perspektive des anderen.« (FLICK et al. 2002, S. 23).

Geltungsbegründung und Validierung erfolgen bevorzugt durch eine Verknüpfung mehrerer unterschiedlicher Datenquellen und methodischer Zugänge, etwa durch

- *Triangulierung von Daten*: hier in Form von Interview-Text, Beziehungsanalyse, produktivem Material der Befragten (eigene Texte und künstlerische Werke); Diskussion in Psychoseseminar und Tagesstätte,
- *Triangulierung von Perspektiven*, durch Diskussion der Interviewauswertung im Forschungs-Kolloquium,
- *Methoden-Triangulierung* durch Einbeziehung schriftlicher und grafischer Informationen (vgl. STEINKE 2000).

Narrative Interviews als angemessener methodischer Zugang

Souveräne Lebensgestaltungen aus der subjektiven Sicht Betroffener sollten retrospektiv in dieser Studie darstellbar und vergleichbar werden. Es ging folglich um Erfahrungen und Konstrukte, die eng mit den Ereignissen der eigenen Lebens- und Krankheitsgeschichte verbunden waren. In der Form einer freien biografischen Erzählung haben diese am ehesten die Chance, Ausdruck und Gestalt zu bekommen.

KEUPP et al. fassen ihre Anforderungen an eine dafür angemessene Methodik zusammen:

»Jede empirische Untersuchung der Konstruktionsarbeit von Identität muss die lebensweltliche Erfahrungsvielfalt der Einzelnen aufnehmen. Dies kann nur gelingen mit einem Instrumentarium, das die Heterogenität der Erfahrungen abbilden kann, nicht vorschnell Kohärenzen erzwingt und damit der Besonderheit der lebensweltlichen Erfahrungsbereiche gerecht wird.« (1999, S. 107f.)

FLICK stellt – anlässlich der erwähnten Berliner Langzeit-Studie – die Bedeutung von Erzählungen für das Verständnis von Alltagsvorstellungen und biografischen Deutungen heraus:

»Erzählungen sind Konstruktionen, die einen Rahmen für die Interpretation, Einordnung und das Verstehen von Erfahrungen anbieten. (...) Sie haben eine wichtige Funktion bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Identität, und für die Herstellung von Sinn im eigenen Leben mit und trotz der Krankheit. Die eigene Lebensgeschichte wird dabei zur Interpretationsfolie für das Unverständliche an den eigenen Erfahrungen in und mit der Krankheit, oder an den Reaktionen der anderen auf sie.« (1997, S. 41 f.)

Der Begriff ›narrative Identität‹ (von lat. ›*narrare*‹: *erzählen*) besagt, dass eigene Identität nicht einfach und relativ unveränderlich gegeben ist, sondern immer wieder aufs Neue durch Erzählen hergestellt und fortgeschrieben werden kann und muss.

»Narrationen sind in soziales Handeln eingebettet. Sie machen Ereignisse sozial sichtbar und dienen dazu, vergangene Ereignisse mit der Gegenwart zu verbinden und die Erwartung zukünftiger Ereignisse zu begründen.« (KEUPP et al. 1999, S. 102)

Biografische Erzählungen besitzen eine grundlegende Orientierungsfunktion für den Menschen: Wahrnehmungen und Ereignisse werden nicht nur für den Zuhörer, sondern *gerade auch für den Erzählenden selbst* in eine verstehbare Linie geordnet. Durch diese ›narrative Verknüpfung‹ kann die Kohärenz, der Handlungs- und Sinnzusammenhang für den Erzählenden gewahrt oder fortgeschrieben oder neu hergestellt werden.

Auf diesen Zusammenhängen baut die Methode des ›*narrativen*‹ Interviews auf. Sie ist im Besonderen geeignet, die für diese Untersuchung erwünschten Erzählungen über subjektive Sichten auf Souveränitäts- und Hilfeerfahrungen hervorzurufen: In der Form eines offenen Interviews werden hier die Interviewpartner mithilfe einer ›*erzählgenerierenden Eingangsfrage*‹ darum gebeten, eigene Erfahrungen in Form einer Stegreiferzählung zu berichten. Wenn die Gesprächspartner die Fragestellung und ihre Aufgabe akzeptiert haben, erfolgt eine »Redeübergabe«: Ihre Rolle *im Hauptteil* ist nun die der Erzählenden, während der Interviewer überwiegend (aktiv) zuhört, lediglich Verständnisfragen stellt und sein Bemühen signalisiert, sich in die Sichtweise der Erzählenden ›hineinzuhören‹. Seine Aufgabe ist, die sich entwickelnde Erzählgestalt als eine zusammenhängende Geschichte von Anfang bis Ende zu begleiten. Erst daran schließt sich ein *narrativer Nachfrageteil* an, in dem zuvor nicht ausgeführte oder verknüpfte Erzählansätze präzisiert werden können. Häufig finden hier mögliche Nachfragen des Interviewers aus seiner Liste relevanter Themenbereiche ihren Platz. Üblich ist hier auch eine Ergänzung des Interviews um einen problemzentrierten Gesprächsteil (z. B. bei BOCK 1997, S. 98).

In einer abschließenden ›*Bilanzierungsphase*‹ können dann abstraktere und auf Erklärungsmuster hinzielende Fragen gestellt werden, mit denen der zusammenfassende ›Sinn‹ der ganzen Geschichte auf einen Nenner gebracht wird (vgl. FLICK 1995, S. 116 f.).

Zum Vorgehen bei der Datengewinnung

Die Fragestellung sollte anhand narrativer Interviewgespräche mit langfristig psychoerfahrenen Menschen bearbeitet werden, die rückblickend über mehrfache Hilfskontakte zu unterschiedlichen Institutionen (›Einrichtungstypen‹) des gemeindepsychiatrischen Hilfesystems außerhalb der Klinik berichten konnten.

Um geeignete Gesprächspartner zu gewinnen, wählte ich drei Zugangswege:

- Im monatlichen Rundbrief der ›Münchener Psychiatrie-Erfahrenen‹ war es möglich, eine kurze Beschreibung der Studie veröffentlichen, verbunden mit meiner Bitte und Einladung zur Beteiligung.
- In einem Schreiben an Einrichtungen und Kollegen gemeindepsychiatrischer Dienste in München hatte ich darum gebeten und ›geworben‹, geeignete betreute Klientinnen und Klienten anhand eines Informationsbriefes auf meine Studie hinzuweisen und sie ggf. zu einer Teilnahme zu ermutigen.
- Während einer regulären Sitzung des ›Münchener Psychoseminars‹ erhielt ich die Gelegenheit, meine Studie vorzustellen, auf Fragen zu antworten und Beteiligung anzufordern. Eine ähnliche Möglichkeit konnte ich in einer Begegnungsstätte für psychisch Kranke wahrnehmen.

Auf allen diesen Informationswegen hinterließ ich eine schriftliche Rückantwort-Notiz, mit der potenziell Interessierte mich kontaktieren, bzw. ein Telefonat mit mir vereinbaren konnten. Ich wählte dazu meine Privatadresse, um meine ›institutionelle Unabhängigkeit‹ zu dokumentieren. Gleichwohl deklarierte ich meine eigene langjährige Berufstätigkeit am Sozialpsychiatrischen Dienst – als ›Professioneller im System‹ – und mein Interesse, von Menschen, welche die Psychiatrie als Betroffene kennengelernt hatten, für die Psychiatrie zu lernen. Ich erläuterte meine Absicht, eine wissenschaftliche Arbeit über das Ergebnis der Interviews schreiben zu wollen, und betonte, keinem Behandlungs- oder Forschungsauftrag von dritter Seite nachzugehen (etwa von Pharmafirmen o. Ä.). Dazu korrespondierte meine Rolle als ›privater‹ Doktorand am Institut für Psychologie der LMU.

Im Telefonat wurden beiderseitige Fragen geklärt, z. B. Anonymität und Freiwilligkeit der Interviews, Offenheit des ›Erzähl-Gesprächs‹, und das Vorliegen der *Einschlusskriterien zur Studie*, die ich folgendermaßen definiert hatte:

- Mindestens *ein* langfristiger Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik (länger als drei Monate),
- mindestens Erfahrung mit *einem* gemeindepsychiatrischen Dienst über einen Zeitraum von mindestens *sechs Monaten*,
- psychiatrische Diagnose überwiegend aus dem Bereich der *Psychosen*.

Im Falle des Einverständnisses wurde ein Termin für ein Interviewgespräch vereinbart, welches vorzugsweise bei den Befragten zu Hause stattfand. Alternativ

konnte auf Wunsch auch das Büro der ›Münchener Psychiatrieerfahrenen‹ genutzt werden (zweimal der Fall), bzw. mein Arbeitszimmer am Sozialpsychiatrischen Dienst (dreimal der Fall).

Nach der Begrüßung füllten die Befragten einen einseitigen Bogen zu den soziodemografischen Daten aus, anhand derer für mich bereits zu Beginn die familiäre und soziokulturelle Einbettung erkennbar wurde. Die anschließenden Gespräche wurden narrativ geführt und auf Audio-Kassetten mitgeschnitten. Sie dauerten zwischen 50 Minuten und zweieinhalb Stunden, im Mittel etwa eineinhalb bis zwei Stunden. Ein Teilnehmer war nur unter Verzicht auf einen Tonbandmitschnitt zum Gespräch bereit. Hier konnte ich ausführliche Notizen während des langen Gesprächs, und ein entsprechend ausführliches Protokoll anlegen.

Mit folgendem Erzählanreiz führte ich in das Gespräch ein:

»Ich möchte heute gerne von Ihnen etwas über Ihre Erfahrungen im Kontakt mit gemeindepsychiatrischen Hilfen erfahren. Dabei interessiert mich besonders, was Sie aus diesen Kontakten an Erfahrungen und an Hilfestellungen mitgenommen haben, um Ihren Alltag – trotz der Beeinträchtigungen durch eine psychiatrische Erkrankung/Diagnose – weitgehend selbstständig gestalten zu können. Das bedeutet, dass ich in unserem Gespräch vor allem zuhören, und gelegentlich etwas nachfragen werde. Vielleicht beginnen Sie damit, wie Sie erstmals in Kontakt mit einem gemeindepsychiatrischen Dienst gekommen sind.«

Anders als im *Handout* zur Studie hatte ich hier nicht den Begriff ›Souveränität‹ eingesetzt, sondern den umgangssprachlich geläufigeren der ›selbstständigen‹ Lebensgestaltung. Damit sollte eine allzu ›akademische‹ – u. U. mit Hürden versehene – Auffassung des Gesprächsthemas vermieden werden.

Auf Nachfrage erläuterte ich, was mit ›gpDi‹ außerhalb der Klinik gemeint und bezeichnet ist, und übergab dann das Gespräch an die Befragten. Diese begannen i. d. R. mit der Darstellung ihres ersten Kontakts zur (Gemeinde-)Psychiatrie, und setzten die Erzählung danach ganz überwiegend als biografische Narration ihres weiteren Werdeganges fort. Folgerichtig verwischte sich der ursprüngliche Focus auf nicht-klinische psychiatrische Settings, und umfasste in der Mehrzahl der Gespräche auch die Erfahrungen mit Kliniken, Tageskliniken und Ambulanzen. Bereits nach dem ersten Telefonat, vor allem aber im unmittelbaren Anschluss an das jeweilige Gespräch fertigte ich ein ausführliches Kontaktprotokoll an (›Spontanotizen‹), unter Bezug auf:

- die häuslichen Lebensumstände und das Erscheinungsbild der Befragten,
- den materiellen und atmosphärischen Kontext des Gesprächs,
- die Erzähl-Gestalt sowie
- die Beziehungsaspekte unseres Dialogs.

Meinen persönlichen Eindruck, meine Gefühle und Fantasien habe ich dabei ebenso festgehalten und mich bemüht, meine Übertragungs- und Gegenüber-

tragungsmuster erkennbar werden zu lassen – sie also für die Untersuchung der Beziehungsdynamik in der Gesprächsszene zu nutzen.

All diese Beschreibungen wurden in der Interviewanalyse dann als weitere, zusätzliche Datenquelle – über den gesprochenen Text hinaus – verwendet. Dies diente einer angemessenen Kontextualisierung der Gesprächsinhalte.

Mehrfach erhielt ich von den Befragten darüber hinausgehend eigene Texte in Form von Gedichten oder Geschichten, bzw. künstlerische Werke wie Bilder oder Collagen, die ich als weitere Dokumente in mein ›Spurenarchiv‹ einfügen, und zur Veranschaulichung und Vertiefung der Gespräche verwenden konnte.

Die Form eines qualitativen Interviews insbesondere im häuslichen Milieu erlaubt es beiderseits, sich dem jeweiligen Maß an Vertrauen, Befangenheit und Distanziertheit anzupassen, und diese Atmosphäre im Laufe des Gesprächs sich entwickeln zu lassen. *Insofern war auch die Erhebungssituation selbst ein Beispiel und Modell für souveräne Gestaltung ›im Kleinen‹.*

Datenschutz und Vertraulichkeit der Gesprächsinhalte waren gewährleistet. Dies brachte ich zu Beginn des Interviews nochmals zum Ausdruck.

Ursprünglich hatte ich vorgesehen, zum Abschluss eines jeden Gesprächs einen einseitigen ›Fragebogen zur Klientenzufriedenheit‹ – aus dem Manual ›*Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung*‹ (KAUDER & APK 1999) – mitlaufen zu lassen. Die Erfahrung bei den ersten Durchgängen zeigte dann jedoch die grundsätzliche Verschiedenheit von standardisierten und nicht-standardisierten Erhebungsmethoden: Die Dimensionen im Fragebogen waren gegenüber den Interviewpassagen grob nivellierend und konnten den Grad an differenzierter Passungs-Beschreibung aus den Gesprächen bei Weitem nicht abbilden, tendenziell sogar eher verfälschen. Deshalb wurde der Fragebogen wieder aus dem Routineablauf herausgenommen. Ein grafisches Instrument – eine sog. ›Lebenslauf-Linie‹ – hatte ich abschließend bei jenen Interviews eingesetzt, welche keine ausreichenden oder inkonsistenten Angaben über die biografischen Ereignisse des Lebenslaufs erbracht hatten. Hierbei werden auf einem Zeitstrahl die wichtigen Ereignisse der Biografie eingetragen. Diese bildliche Darlegung konnte ich bei den Fallporträts als ergänzende Quelle verwenden.

Zum Vorgehen bei Datenauswahl und Sampling

Die Auswahl der schlussendlich auszuwertenden Interviews orientierte sich an den genannten Kriterien des ›*theoretischen Samplings*‹. Anders als in einem repräsentativ angelegten Sampling findet die Auswahl von Fällen oder Datenquellen hier nicht *vor*, sondern *während* der Untersuchung statt. Erhebung und Auswertung sind zeitlich und inhaltlich verschränkt. Idealerweise erfolgt die Auswahl und Erhebung eines nächst folgenden ›Falles‹ abhängig vom aktuellen

Stand der Datenauswertung. Die beschränkten Forschungskapazitäten – neben einer Teilzeit-Arbeitsstelle – machten es jedoch notwendig, einen Kompromiss beim Sampling zu finden. Ich folgte dabei dem Bestreben, die zahlreich (ca. 30) eingegangenen Interviewbereitschaften nicht durch unverhältnismäßig lange und ungewisse »Wartezeiten« während einer parallelen Auswertungsphase zu gefährden. Deshalb erfolgte die Auswahl von Interviewpartnern gemäß den definierten Einschlusskriterien und der angestrebten Stichprobengröße.

Auf diese Weise wurde es möglich, mit all jenen ein Interview zu führen, die zur Zielgruppe der Fragestellung zu zählen waren, und mit denen sich eine tragfähige Gesprächsvereinbarung treffen ließ. Nur mit jenen Anmeldern kam kein Gespräch zustande, die zwischenzeitlich ihre Bereitschaft aus verschiedenen persönlichen Gründen zurückgezogen hatten (z. B. psychische Krisen, Vorbehalte gegenüber der eigenen Offenheit), oder welche die Einschlusskriterien nicht erfüllten.

Von den 30 Anmeldungen – innerhalb eines 4-Monats-Zeitraums – infolge meiner Ausschreibung konnte ich auf diese Weise mit *19 Personen* die angestrebten Interviews führen. Die Auswertung begann parallel zur Erhebungsphase, dauerte jedoch weit über diese hinaus an, sodass ein methodisch sinnvoller Rückkopplungseffekt in die Erhebungsphase nur eingeschränkt genutzt werden konnte. STRAUSS & CORBIN unterstützen dieses Vorgehen, wenn forschungspraktische Gründe gegen ein längerfristiges Sampling sprechen:

»Wir meinen, dass Forscher intensives theoretisches Sampling *innerhalb* ihrer tatsächlichen Daten durchführen können und sollten. Indem sie das tun, stellen sie Vergleiche auf theoretischer Basis an, um dann wie üblich ihre Konzepte zu entwickeln. Diese Verfahren arbeiten gewissermaßen so, als ob ein Interviewpool sich immer weiter entwickelt oder als ob Interviewpartner entweder überlegt ausgewählt oder als bedeutsam für die Untersuchung erkannt worden wären.« (1996, S. 164)

Welche der dann vorliegenden Interviews in eine intensive Analyse aufzunehmen waren, entschied sich gemäß der Empfehlung bei STRAUSS & CORBIN (1996): nämlich *zu Beginn* des theoretischen Samplings eine maximale Variabilität anzusetzen und dadurch ein breitest mögliches Spektrum an relevanten Kategorien zu erreichen. *Im weiteren Verlauf* der Auswertung liegt der Schwerpunkt dagegen auf weiterer Explikation, Verdichtung und schließlich Sättigung der gefundenen Kategorien.

Nach ordnender Sichtung der vorliegenden Kontaktprotokolle, Spontannotizen und Kurzporträts habe ich zunächst möglichst unterschiedliche Fälle und Konstellationen für eine Analyse ausgewählt. Am Anfang stand beispielsweise eine Frau, die aufgrund ihrer Lebens- und Behandlungserfahrung vertrat:

▪ »Mei' Konzept is', ich muss es selber machen!«

Sie pflegt entsprechend vielseitige, aber jeweils voneinander separierte Kontakte, auch zu den Professionellen, die sie nur dann in Anspruch nimmt, wenn »*wirklich etwas fehlt*« (Porträt 1/Interview 13).

Im Kontrast dazu folgte ein Mann, der sein Leben in einem persönlich eng verbundenen Netzwerk gestaltet, und seine Souveränität gerade in enger Bezo-genheit entwickelt.

- »Und diese Erfahrungen haben mir dann gesagt, dass ich bei meinen Freunden am besten aufgehoben bin.« (...) »Weil – irgendwo ist das ja auch Sozialpsychiatrie, was ich mach'!« (Porträt 2/Interview 8)

Später ging es darum, bereits entdeckte Kategorien auf ihre ›Gültigkeit‹ und ihr Zutreffen in ähnlich gelagerten Fällen zu überprüfen und spezifische Variationen aufzufinden. Dieses Vorgehen innerhalb der zur Verfügung stehenden Interviews wurde so lange fortgesetzt, bis sich ein Phänomen einstellte, was als ›*theoretische Sättigung*‹ im Hinblick auf die Kategorienbildung bezeichnet wird:

- Es scheinen keine bedeutsamen neuen Daten mehr in Bezug zu den gefundenen Kategorien aufzutauchen.
- Die Bildung von Kategorien in ›dichten Beschreibungen‹ ist soweit gelungen, dass alle wesentlich erscheinenden Aspekte der Fragestellung berücksichtigt, Widersprüchlichkeiten identifiziert und in Beziehung gesetzt werden konnten.
- Beziehungen zwischen den Kategorien sind ausgearbeitet und rücküberprüft (vgl. STRAUSS & CORBIN 1996).

Beispielsweise hatte ich die Bearbeitung eines letzten Interviews wieder eingestellt, obwohl es sich um eine ungewöhnlich eloquente und präzise ausgearbeitete Erzählung einer ausgesprochen selbstständigen psychiatriee erfahrenen Frau handelte. Im Vergleich zu den bereits ausgewerteten Beiträgen konnte dieser aber keine wirklich neuen Aspekte zu den Kategorien erbringen, sondern sie vielmehr bestätigend fortführen. Ich entschied mich, stattdessen ein anderes Gespräch in die Vergleichsanalyse aufzunehmen, das nach Verlauf und Inhalt komplizierter – weil eigensinniger und psychosenäher – zu bearbeiten war, aber gerade dadurch in der Lage schien, nochmals neue Variationen von souveränen Gestaltungen zutage zu fördern.

Eine trennscharfe Grenze für diese Sättigungskriterien ist naturgemäß schwer zu bestimmen. Es handelt sich um Einschätzungen und Entscheidungen des Forschers und seines Forschungskontextes, für die er Verantwortung trägt und die er mit Argumenten zum Ausdruck bringen kann. Ich habe deshalb versucht, die einzelnen Schritte bei der Datenbearbeitung zu erläutern und zu begründen. Damit sollen sie auch für Außenstehende transparent und nachvollziehbar werden. Ausgesprochen hilfreich war hier der Diskurs im ›*Gemeindepsychologischen Forschungskolloquium*‹ – dem Doktorandenseminar am Institut für Sozialpsychologie der LMU –, um eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit der gefällten Entscheidungen zu erzielen.

Zum Vorgehen bei der Auswertung der Daten

Grundlage bildeten die methodischen Prinzipien der *Grounded theory* nach GLASER & STRAUSS sowie die verfahrenspraktischen Anregungen nach JAEggi & FAAS (1993). Dabei wird das Interviewmaterial Schritt für Schritt interpretativ erschlossen, und so einem vergleichenden und generalisierenden Verständnis zugänglich gemacht. Das systematische und regelgeleitete Prozedere dient zweierlei Zielen: *Innerhalb* des Auswertungsprozesses soll ein rascher Wechsel und Transfer zwischen verschiedenen logischen Ebenen möglich sein, z. B. beim Vergleich von Interviews oder bei der Rücküberprüfung der Ergebnisse. *Nach außen* sollen durch die präzise Darlegung des Vorgehens sowohl Transparenz als auch Nachvollziehbarkeit erreicht werden. Dadurch werden wesentliche Gütekriterien für qualitative Forschung wie *Regelgeleitetheit* und *Verfahrensdokumentation* berücksichtigt.

Der Auswertungsbogen spannt sich als Prozess von der *Einzelfallanalyse* über den *Fallvergleich* hin zur *Theoriebildung*.

Zur *Einzelfallanalyse*:

1. *Transkript*: Zunächst wurde eine Verschriftung der vorliegenden Interviews gefertigt, und zwar als exakte Textfassung mit einer für die Untersuchung angemessenen Genauigkeit. Das bedeutet, dass Unebenheiten des Dialekts leicht geglättet wurden, aber zugunsten eines zutreffenden ›Hör-Dokuments‹ grundsätzlich erhalten blieben. Besonders auffällige Konnotationen wie Pausen, Betonungen, Zwischenreden, Redeabbrüche wurden als solche zwar vermerkt, ansonsten der Redefluss aber durchgängig beschrieben.
2. *Codierung*: Danach wurde der schriftliche Gesprächstext der einzelnen Interviews vollständig und systematisch zunächst ›offen‹ codiert, also relevante Aussagen zu – einer ständig wachsenden Zahl von – ›Schlüsselkategorien‹ zugeordnet. Diese ›Codes‹ beschränken sich nicht nur auf inhaltliche Beschreibungen, sondern fungieren wie ›Schlüssel‹, die dem Interpretieren helfen sollen, das Material sinnverstehend und auf einer höheren Abstraktionsebene zu ›entziffern‹ (vgl. im Folgenden BÖHM 2000).
- *Offenes Codieren* erfolgte in zwei Schritten: Zunächst handschriftlich am Rand des geschriebenen Textes wurden Passagen durch zusammenfassende und etwas abstraktere Begriffe gekennzeichnet. Nach diesem ersten Durchgang erfolgte eine komprimierende Version mithilfe des – speziell für qualitative Forschungsprozesse entwickelten – Computer-Auswertungsprogramms »MAXqda«. Anfangs wurden sehr viele Passagen auch über die engere Fragestellung hinaus codiert (z. B. Aspekte der Familien- und Lebensgeschichte), um ein umfassendes Verständnis von Zusammenhängen zu ermöglichen. Als fruchtbar gelten In-vivo-Codes, die als umgangssprachliche Deutungen der Phänomene direkt aus der Sprache des Untersuchungsfelds stammen. In-vivo-

Codes sind Teile von Theorien, die vom Produzenten des jeweiligen Textes selbst formuliert wurden. Im Verlauf wurden die Codes sowohl spezifischer für die Fragestellung, als auch im Gehalt abstrakter und verbindender. Werden die Zusammenhänge zwischen einzelnen Codes aktiv gesucht, so können sich daraus ›verdichtete‹ Beschreibungen aus Originaltext und Erläuterungen ergeben, bis hin zur Formulierung einiger wesentlicher ›Kernkategorien‹. GLASER & STRAUSS bezeichnen dies als ›axiales Codieren‹; hier sollen die zentralen ›Verständnis-Achsen‹ – in einem Geflecht aus Bedingungen und Zusammenhängen – gefunden werden. Beispielsweise verdichtete sich mit zahlreichen Codes zum Themenbereich ›Erfahrungen mit professioneller Hilfe‹ schließlich eine zentralere Kategorie ›Subjektives Verständnis von wirksamer Hilfe‹.

- Während dieses Vorganges wurden kontinuierlich Notizen verfasst – sog. *Memos* – die sich auf die Codenotizen, Kontextbemerkungen, und solche übergreifende Zusammenhänge bezogen, die der Forscher Schritt für Schritt erkennt und zusammenträgt. Sie fördern eine Distanzierung vom ursprünglichen Text und tragen dazu bei, über eine rein deskriptive Arbeit hinauszugelangen, also auf übergreifende Zusammenhänge hin zu sortieren und zu interpretieren. Gleichwohl bleibt in ihnen der subjektive Zusammenhang des jeweiligen Gesprächs noch erhalten, der ja nicht zu früh gestört werden soll. Sie helfen, die ursprüngliche Fragestellung weiterzuentwickeln und dienen als Zwischenschritte der Theoriebildung.

Memos werden in Bezug auf den einzelnen Fall, die Gesamtheit der Fälle oder auf allgemeinere Fragestellungen – also auf verschiedenen Abstraktionsniveaus verfasst. Sie münden für jedes einzelne Interview in der Formulierung eines Fallporträts bzw. einer Fallstrukturhypothese, dienen aber ebenso beim anschließenden Vergleich der Fälle für die Identifizierung und Differenzierung übergreifender Kategorien. Beispielsweise wurden in jedem Interview die Aussagen zu ›sovereäner Lebensgestaltung‹ nicht nur codiert, sondern auch ›memoriert‹, also in Form von Erläuterungsnotizen des Forschenden auf andere Aussagen des gleichen Interviews oder auf allgemeinere Zusammenhänge bezogen. Der spätere Vergleich der Interviews anhand zentraler Memos bildete den Grundstock zur Bildung von Kategorien und Theorie.

3. Dieser Arbeit am Text folgte eine *Zusammenfassung der Spontannotizen* und der Kontextinformationen. Daraus wurde ein ›Motto‹, eine zentrale Aussage des Interviews destilliert – wenn möglich als Zitat bzw. in den Worten der Sprechenden selbst.
4. Im Sinne einer *Nacherzählung* wurden *Lebenslauf und Psychiatriekarriere* der Befragten rekonstruiert (unter der Überschrift ›Zu Person und Biografie‹) – also der auch nach außen aufscheinende Teil der Lebensgestaltung.

5. Eine *Paraphrasierung* des Gesprächs nach *Verlauf und Inhalt* diene dazu, subjektives Erleben und subjektive Sichtweisen zu diesem ›gelebten Leben‹ herauszuarbeiten. Hier erfolgte eine wesentliche Verdichtung und damit beginnende Interpretation der Texte.
6. Eine Interpretation von *Beziehungsdynamik* und Gesprächsszene aus der Sicht des Interviewenden erschloss die psychologischen Aspekte des Gesprächs.
7. Bündelung der codierten Aussagen und Memos zu ›*thematischen Feldern*‹. Inhaltlich zusammenhängende Passagen des Textes wurden hier zusammengefasst und ergaben so eine strukturierte Übersicht der Äußerungen zu den Kernthemen ›*Psychoseerleben, Identitätsarbeit und souveräne Lebensgestaltung*‹. Dabei kann eine Passage durchaus Bedeutung für mehrere Themenbereiche einnehmen, ohne dass dies ein methodisches Problem aufwirft: Während bei inhaltsanalytischen Verfahren eine eindeutige Zuordnung von Text und Kategorie gegeben sein muss, ist das hier verwendete Verfahren geeignet, mehrere überlappende Sichtweisen und Bedeutungen zu ermöglichen und abzubilden.
8. Als Zusammenfassung und Integration der bisherigen Auswertungsschritte wurde der Einzelfall als dichtes ›*Fallporträt*‹ rekonstruiert (unter dem Titel: ›*Zur interpretativen Außensicht auf die Person der Erzählenden und ihrer Geschichte*‹). Alle vorliegenden Informationen wurden hier zu einer Gesamtinterpretation verbunden: Die Formulierung der individuellen Souveränitätsstrategien der Befragten und die Suche nach zugrunde liegenden sozialen Repräsentationen standen dabei im Vordergrund. Gelegentlich wurde bereits hier ein Bezug zum späteren Theorieteil aufgebaut. Bei der Formulierung der Fallporträts erfolgte die *Rücküberprüfung* an den Ausgangsdaten, i. d. R. am transkribierten Interview, im Zweifelsfall auch am ursprünglichen Tonbandmitschnitt.

Exkurs: Zum Verständnis des Begriffs ›subjektive Sichtweise‹

Dargestellt wird nicht die ›subjektive Sichtweise an sich‹, sondern die Rekonstruktion durch den Forscher anhand eines narrativen Interviews. Es handelt sich also nicht um eine 1:1-Darstellung durch die Betroffenen im Sinne eines ›Originalberichtes‹, sondern um eine interpretative Vermittlung des Forschers. Die Betroffenen kommen selbst zur Sprache, und der Text ist gestützt auf Originalpassagen der Interviews. Gleichwohl stellt das Ergebnis *die Sicht des Forschers auf die Sicht der Betroffenen* dar: eine Verdichtungs- und Interpretationstätigkeit nach den Regeln von qualitativer Sozialforschung. Die Ergebnisse sind also auf dem Hintergrund der Bearbeitungsstrategien einerseits, und den Besonderheiten der Diskurs-Situation andererseits zu begründen und ›zu lesen‹.

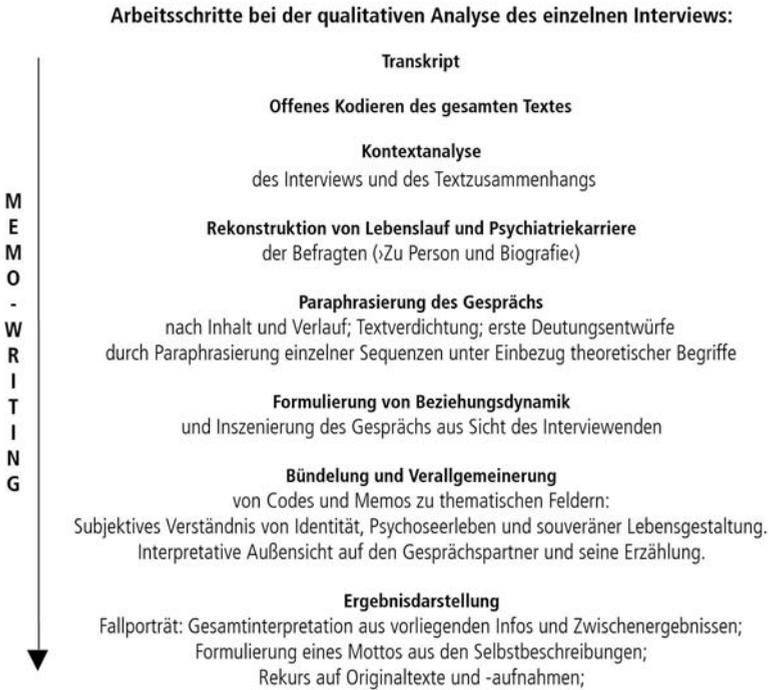
Die Erzählung der Betroffenen stellt ebenfalls kein feststehendes Destillat ihrer Erfahrungen dar, sondern ist narrativ im Interviewkontext konstituiert. Die Erzählung ist insofern eine Momentaufnahme, die zu einem anderen Zeitpunkt, in einem anderen Kontext, oder etwa bei einem Folge-Interview andere Erzählstränge und andere Figuren in den Vordergrund bringen würde. Dies stellt nicht den Erzählgehalt der Interviews infrage, sondern betont den *Prozesscharakter aller (Selbst-)Narrationen*: Die Narration entwickelt sich selbst im Prozess des Erzählens fort, nimmt Erkenntnisse und neue Sichtweisen von Mal zu Mal auf und bearbeitet sie weiter. Dies betrifft sowohl das dialogische Erzählen, als auch die Schriftform etwa in einem Tagebuch.

Diese Eigenart bewirkt, dass die Erzählenden ihre eigene Erzählung, ihre Identitäts-Konstruktion, ihre Kohärenz und ihre Souveränität im Prozess des Erzählens fortentwickeln: Narration wird selbst zum Bestandteil von Selbstsorge. Aus diesem Grund erfahren die Erzählenden dieser Studie – wie auch anderer Studien, oder auch jeder von uns selbst in vergleichbaren Dialogen – das Interview ganz überwiegend als Stärkung für die eigene Identität. Interviews ermöglichen den Befragten eine ›starke‹ Sprecherposition des Mitteilens und Gebens, im Unterschied zu den Rollen in einem Beratungs- oder Therapiegespräch: dort wird die Person des Professionellen überwiegend in der Position des ›Gebenden‹ antizipiert, und die beratene Person in der Position der ›Empfangenden‹.

Dieses Moment von ›Empowerment‹ in den Interviews wird deshalb im Schlussteil der Arbeit in den Vorschlag einfließen, solcherart *›therapiefreie Räume für narrative Gespräche‹* in der Gemeindepsychiatrie vorzuhalten und anzubieten, damit Betroffene sie für ihre eigene Narrations- und Identitätsarbeit nutzen können. Die Erzählung dient dabei nicht nur der Konsolidierung des Erzählenden, sondern markiert – aus diskursanalytischer Sicht – ebenso die *Sprecherposition* des Erzählenden gegenüber dem Interviewer: Er möchte sich auf diese oder jene bestimmte Weise, mit bestimmten Positionen dem Hörenden gegenüber positionieren. Aspekte werden verstärkt oder vermindert, Widersprüche geglättet (mitunter auch betont), um die Kohärenz der Erzählung zu modellieren, aber auch um eine beabsichtigte Botschaft oder erwünschte Position dem Zuhörer gegenüber zu behaupten. In Anlehnung an QUINDEL (2004, S. 106) kann für die hier untersuchte Zielgruppe Folgendes übersetzt werden:

»Indem sie von ihren Erfahrungen erzählen, entwerfen die InterviewpartnerInnen ein Bild ihrer Identität als psychiatrieerfahrene, dabei zugleich souverän denkende und handelnde Menschen. Sie geraten dabei in Schwierigkeiten, die aus der Identitätsforschung (vgl. Kraus 1996) hinlänglich bekannt sind: ihr Wunsch nach einem kohärenten, stimmigen Zusammenspiel von Selbstentwürfen einerseits, und den Anforderungen und Möglichkeiten eines rehabilitierten ›Lebens mit Psychose‹ andererseits wird in vielen Alltagssituationen vor Zerreißproben gestellt. Der Umgang mit diesen Widersprüchen ist Teil der Bearbeitung dieser Interviews.«

Folgende Abbildung zeigt eine Übersicht zu den Arbeitsschritten bei der Interviewauswertung:



Exkurs: Zur Verwendung des Begriffs ›Souveränität‹

Der Begriff der ›Souveränität‹ wurde als *›key word‹* gewählt, weil er weniger normativ-moralische Konnotationen transportiert wie etwa ›Gesunderhaltung‹, ›Psychosebewältigung‹ oder ›Integration‹, die mehr oder weniger ›gut‹ gelingen können, und stärker von professionellen und gesellschaftlichen Zielvorstellungen durchdrungen sind. Dagegen ist es möglich, souverän auch zu seinen Fehlern und Schwächen, Irrtümern und Bedürftigkeiten zu stehen, und dabei *gleichzeitig* eine moralisch integre Position zu beziehen. ›Souveränität‹ meint nicht so sehr die persönliche ›Unabhängigkeit‹ und ›Widerspruchsfreiheit‹ um den Preis übergroßer Strenge mit sich selbst, und bezieht weniger vom Leistungs- und Kontrollaspekt des Begriffs von ›Autonomie‹ (im Subjekt-Verständnis der westlichen Aufklärung). ›Souveränität‹ beschreibt eher eine innere Haltung dem Leben gegenüber, die nicht von vornherein an die Erreichung bestimmter Positionen und Ziele – wie Gesundheit, Integration, materielle und rechtliche Unabhängigkeit – gebunden ist. Dimensionen für Souveränität dienen hier nicht als Messkriterium, sondern

beschreiben Schwankungsbreiten in den Aushandlungs-Korridoren mit den umgebenden ›anderen‹.

›Souveräne Lebensgestaltung‹ zeigt ein menschliches Gesicht, braucht nicht vollkommen oder ›unbeirrbar‹ zu sein, um einen für notwendig befundenen inneren Weg der Person zu leiten und zu begleiten. Je nach Lebensphase und -thematik kann die jeweils bevorzugte Form von Souveränität auch unterschiedlich beschaffen sein.

Aber auch dieser Begriff wurde zum ›Durchgangs-Projekt‹, nachdem die in den Gesprächen so wesentlich gezeichnete Sozialität eine Erweiterung des Verständnisses nahegelegt hatte. Diese Erweiterung schien am Treffendsten mit der Vorstellung von ›Selbstsorge‹ nach Foucault gefasst (vgl. FOUCAULT 1986, GUSSONE & SCHIEPEK 2000; weitere Bezügen finden sich im Diskussionsteil).

Fallvergleich/Komparative Analyse

Die in *Codes, Memos*, thematischen Feldern und Fallporträts strukturierten Daten der einzelnen Interviews wurden, u. a. mithilfe des Computer-Auswertungsprogramms, miteinander verglichen und in Beziehung gesetzt. Dazu dienten anfangs insbesondere Paar- und Triadenvergleiche (z. B. als Vergleiche mit maximaler und minimaler Varianz – wie der bereits erwähnte – entsprechend den Prinzipien des ›theoretical sampling‹), um relevante Kategorien zu enthüllen und zu differenzieren.

Im späteren Verlauf lagen bereits Kategorien und interpretierende, mit theoretischen Begriffen vernetzte Beiträge vor – also Ausgangspunkte für allgemeinere Aussagen. Hier bezogen sich die Vergleiche sowohl auf die entwickelten Kategorien (wie Netzwerk, Teilhabe, Anerkennung, Identitätsprojekte) als auch auf das Aussagen-Spektrum innerhalb der Interview-Landschaft.

Diese Darstellung mag den Eindruck erwecken, als handle es sich bei den Arbeitsschritten um klar abgegrenzte und sukzessive Vorgehensweisen. Tatsächlich gehen die einzelnen Abschnitte ineinander über, und zirkulieren miteinander um ein immer feineres und abstrakteres Gewebe aus vernetzten Konzepten. Darin liegt u. a. die Fruchtbarkeit dieses Forschungsansatzes begründet. Beispielsweise zeigte sich in dieser ›mittleren‹ Untersuchungsphase, dass das *subjektive Erleben von Psychosen* nur für eine vergleichsweise geringe Anzahl der Befragten überhaupt als ein wichtiges Thema (im Interview) aufschien. Noch klarer – und auch überraschender – war das Ergebnis, dass die *Verhinderung weiterer psychotischer Episoden* für die Mehrzahl der Befragten *kein* vorrangiges Thema ihrer Lebens-Souveränität *per se* bildete. Vielmehr drehte sich Priorität um die vorbeugende Begrenzung des Schadens an der eigenen Souveränität, *falls* es zu neuerlichen Psychosen kommen sollte.

Entsprechend dem Vorgehen bei der ›gegenstandsnahen Theoriebildung‹ gewann die Untersuchungsgruppe im Laufe des Forschungsprozesses mit zunehmendem Verständnis eine neue Gestalt. Sie differenzierte sich entsprechend unterschiedlicher Strategien, souveräne Bestrebungen in einzelnen Lebensbereichen zu behaupten, und mit den dabei auftauchenden Widersprüchen irgendwie produktiv umzugehen. Diese Strategien selbst standen in Beziehung zum Modus des eigenen Psychosekonzeptes (z. B. ein biologisches, ein integratives oder separatives) und seines Wandels im Lauf der Zeit. Allgemeiner korrespondierten sie zu den Merkmalen eigener Identitätsarbeit (welche wiederum die Art der Nutzung von, und der Kooperation mit professionellen Hilfesystemen prägt). Mit dieser Beschreibung wird deutlich, dass es hier um »Netzwerk«-Begriffe geht, die mit kausalen Verknüpfungen nicht adäquat zu verstehen sind. Sie müssen in ihren Wechselbeziehungen jeweils neu formuliert werden (›zirkulär‹), um eine je zutreffende Bedeutung zu umschreiben.

Theoriebildung

Im Laufe der Auswertung schälte sich ein Bezugsrahmen heraus, um »*souveräne Lebensgestaltungen unter den Vorzeichen von Psychose- und Hilfeerfahrung*« sinnverstehend zu beschreiben. Die vergleichende Analyse einzelner Erzählungen führte dabei zu einer Bündelung von allgemeineren Erkenntnissen über den möglichen Werdegang von Souveränitätsbestrebungen – beispielsweise indem die Bedeutung von *sozialer Einbindung*, *von eigenständigem Lebensmittelpunkt* und von *Sinnschöpfung* benennbar wurde. Von hier aus konnten Brücken zu vorliegenden theoretischen Konzepten geschlagen, und die wechselseitige Brauchbarkeit und Anschlussfähigkeit untersucht werden. Insbesondere das Modell der *Salutogenese* und das Konzept von *postmoderner Identitätsarbeit* erwiesen sich für solche Anschlüsse geeignet.

In den Interviews selbst hatte sich der Focus bereits von der ursprünglich leitenden ›Evaluationsfrage Gemeindepsychiatrie‹ weiterentwickelt zugunsten der subjektiven Variationen bei der Gestaltung souveränen Lebens. Diese Erweiterung der ursprünglichen Fragestellung wurde in der Auswertung nachvollzogen. So differenzierte sich nicht nur die Untersuchungsgruppe (im Hinblick auf die Variationen von Souveränität), sondern auch der *Gesprächsgegenstand* selbst gewann einen neuen Focus: *Die Unterstützung durch professionelle Hilfesysteme wurde zu einem Teilbereich des umfassenderen Bestrebens der Betroffenen nach Lebenssouveränität*. Es gelang damit, Aussagen auf einem allgemeineren Niveau zu verorten und Theorie-Bezüge zu bilden (›*theoretische Generalisierung*‹).

Beispielsweise zeigte sich in dieser Phase der Untersuchung, dass die Begriffe ›Souveränität‹ und ›Empowerment‹ nicht angemessen in der Lage waren,

auch den emotionalen Bedürfnissen der Befragten nach Unterstützung und nach ›emotionaler Selbstwirksamkeit‹ gerecht zu werden. Erst eine Erweiterung des Verständnisses in Richtung der ›Selbstsorge‹ (nach Foucault) konnte diesem größeren Umfang entsprechen.

Folgende *Themenkomplexe* ließen sich ›destillieren‹ und so formulieren, dass die typischerweise enthaltenen Ambivalenzen und spannungsreichen Gegensätze zum Ausdruck kommen konnten:

- Souveränität in der Gestaltung des sozialen Netzwerkes
→ ›Die Dialektik von Autonomie und Bezogenheit‹ (J. Benjamin)
- (Wieder-)Aufbau von Kontexten der sozialen Anerkennung und Teilhabe
→ Lebensmittelpunkt, Tätig-Sein und Zugehörigkeit: Kernbereiche gelebter und erzählter Identität
- Die Arbeit an eigenen Zielen und Sinn-Entwürfen
→ Das Dilemma von Authentizität versus Anerkennung
- Das eigene Leben und die Psychose: Rekonstruktion – Gestaltung – Erzählung
→ Veränderungsgeschehen während sensibler Wende-Phasen des Lebenslaufs
→ ›Integratives‹ versus ›separatives‹ Konzept gegenüber der eigenen Psychose
→ Narration: das Erzählbarmachen der eigenen Lebensgestalt.
- Souveränität in der Gestaltung von Kontakten zur Psychiatrie.
→ Passung als wechselseitige Aushandlung und Verschränkung von Perspektiven
→ *Compliance* als wechselseitig gewonnene Einsichten in die subjektiven Gesundheits-Zusammenhänge bei Psychosen
→ Konzeptualisierung von ›wirksamer Hilfe‹ in persönlich zugewandten Arrangements

Diskurs im Forschungskolloquium

Während des gesamten Untersuchungszeitraumes diente das gemeindepsychologische Forschungskolloquium am Institut für Sozialpsychologie der LMU München als Diskursforum für die Entwicklungsschritte der Studie. So wurde etwa eine vorläufige Fragestellung – bei der es stärker um den Aspekt von ›Gesunderhaltung‹ als von Souveränität gegangen war – und meine ›Doppel-Rolle‹ als Professioneller und Forscher im Feld kritisch diskutiert. Dies führte zu Modifikationen in der Fragestellung und Präsentation der Studie.

Die wöchentlich tagende Forschungsgruppe gewährleistete – neben *wissenschaftlicher Supervision* in Bezug auf das Studiendesign – eine *diskursive Validierung* der gewonnenen Ergebnisse, in dem die Gültigkeit von Interpretationen,

theoretischen Konzepten und wissenschaftlichen Erkenntnisansprüchen wohlwollend-kritisch überprüft wurde.

Neben dieser ›Forschungsinstitution‹ konnte ich bei der Auswertung einzelner Interviews und der anschließenden Kategorienbildung sowohl auf Mitdoktoranden als auch auf andere in der Psychiatrie erfahrene, aber nicht im Forschungsfeld tätige Kollegen zurückgreifen. Ihrer Mit-Reflexion habe ich gedankliche ›Sprünge‹ zu verdanken. Ebenso gaben sie mir Gelegenheit, ›in der Erzählung‹ die verschiedenen Phasen meiner Studie darzulegen und sie gedanklich und sprachlich weiterzuentwickeln. Dieses Forschungsumfeld erwies sich als fruchtbar und konkordant zum Charakter einer narrativen Studie.

Zur Darstellung der Ergebnisse

Zu Beginn steht eine Beschreibung der *Untersuchungsgruppe* im Hinblick auf ihr Zustandekommen und wesentliche soziodemografische Parameter (Kap. »Beschreibung der Untersuchungsgruppe«). Die Ergebnisse der qualitativen Analyse sollen dadurch angemessen zugeordnet und beurteilt werden können.

Daran schließt sich die *Auswertung der einzelnen Interviews* in Form von ›Fallporträts‹ an (Kap. »Die Fallporträts«): Einer knappen Biografie folgt eine Zusammenfassung des erzählten ›gelebten Lebens‹. Die darin abgebildete ›subjektive Interpretation von Psychoseerleben, Identitätsarbeit und Souveränität‹ wird als qualitative Verdichtung von *Codes* und *Memos* beschrieben. Sie mündet in eine ›interpretierende Zusammenfassung‹ des Autors, in der auch das Motto bzw. die ›Botschaft‹ der jeweiligen Person herausgearbeitet ist.

Diese Fallporträts bilden die unmittelbaren Ergebnisse der Gespräche mit psychoseerfahrenen Menschen ab, und stellen so etwas wie die ›Grundsubstanz‹ der Untersuchung dar. Sie geben für sich genommen bereits ein eindrucksvolles Zeugnis ab über die vielfältigen, schöpferischen und auch spannungsvollen Wege, auf denen Betroffene ihre Souveränität zu wahren und zu vergrößern trachten. Als Collage ermöglichen sie dem Außenstehenden, ein »Gefühl für ein Lebensgefühl zu entwickeln: wie es ist in dieser Gesellschaft, psychisch krank zu sein« (vgl. LEFERINK 1997, S. 84 f.). Sie umreißen die subjektive Lebenswirklichkeit Einzelner.

Anschließend werden die individuellen Erzählungen anhand des beschriebenen Verdichtungsprozesses aufeinander bezogen und die Ergebnisse verallgemeinert (Kap. »Fallvergleichende Auswertung und Bündelung zentraler Souveränitäts-Aspekte«).

So wird es möglich, die gegenstandsnah entwickelten Aussagen *auf vorliegende Theorie-Konzepte zu beziehen* (Kap. »Diskussion«), und nach wechselseitig fruchtbaren Anschlüssen zu suchen.

In der *Diskussion* des Schlusskapitels schließlich werden mögliche Konsequenzen für die Arrangements in der Gemeindepsychiatrie erörtert:

- Welche Qualitäten sollten sie bereitstellen, um zu einer gelingenden Lebenssouveränität von Psychoseerfahrenen beizutragen?
- Was hieße es, den Blick auf die ›*souveränen Lebensgestaltungen des Subjekts*‹ zum Angelpunkt für die Begegnungen, für die Strukturen und für die Konzepte in der Gemeindepsychiatrie zu machen?

Qualitative Auswertung der einzelnen Interviews

Beschreibung der Untersuchungsgruppe

Auf meine Ausschreibung hin hatten sich insgesamt 29 Personen mit ihrer Interviewbereitschaft gemeldet. Drei Personen erfragten ausführlichere Informationen und entschieden sich gegen ein Interview zum Erhebungszeitpunkt. *Auswahlkriterien zum Interview* waren:

- Mindestens *ein* stationärer Aufenthalt in psychiatrischer Klinik,
- mindestens Erfahrung mit *einem* gemeindepsychiatrischen Dienst über eine Dauer von mindestens sechs Monaten,
- psychiatrische Diagnosen überwiegend aus dem Bereich der *Psychosen*.

Ausschlusskriterium war ein aktueller oder früherer Beratungskontakt zum Autor der Studie bzw. seiner Arbeitsstelle, einem der neun Münchener Sozialpsychiatrischen Dienste.

Bei einer Befragten stellte sich ein viele Jahre zurückliegender Beratungskontakt zu einer Kollegin des Autors an dessen Beratungsdienst heraus, vor dem Umzug der Betroffenen in ein anderes Stadtviertel. Nachdem die Befragte über zahlreiche sehr unterschiedliche Kontakte und Erfahrungen berichten konnte, und ihre Geschichte weder extrem positive noch negative Passagen zu den *gpDi* widerspiegelte, dagegen eine markante lebensgeschichtliche Entwicklung des Souveränitäts-Gedankens, entschied ich mich für eine Aufnahme in den Auswertungspool.

Unter den interviewbereiten Personen traf ich eine *Auswahl* nach diesen Kernkriterien sowie nach weiteren sozialen Daten (Geschlecht, Alter, Erfahrungsspektrum), um in etwa eine Ausgewogenheit in der Gruppe der Befragten zu erreichen. Auf diese Weise entstanden insgesamt 19 *Interviews*, die vom Autor persönlich geführt wurden. Die Gespräche fanden statt:

- In der Regel bei den Befragten *zu Hause* (15 Personen),
- zwei Interviews in den Räumen der *Münchener Psychiatrie-Erfahrenen* ›MüPE‹ e. V.,
- zwei Interviews in meinem Arbeitszimmer an der Beratungsstelle.

Ich führte *einmalige* Gespräche mit einer Dauer zwischen eineinhalb und drei Stunden. Bis auf eines wurden alle auf Tonband mitgeschnitten. Die Interviews entstanden im Zeitraum von Februar bis Mai 2000.

Zugangswege zum Interview:

- Acht Personen meldeten sich auf die Ausschreibung im Rundbrief der MüPE,
- neun Personen meldeten sich aufgrund der Ausschreibung bei den gemeindepsychiatrischen Diensten in München,
- eine Person meldete sich nach meiner persönlichen Vorstellung der Studie im *Psychoseseminar München*,
- eine Person meldete sich auf Anregung eines – nicht psychisch erkrankten – Bekannten, der von meiner Studie erfahren hatte.

Gesamtheit der Interview-Gruppe

Ich interviewte *neun Frauen* und *zehn Männer* im Alterspektrum von *25–59 Jahren*, mit einem Durchschnittsalter von *44,4 Jahren*. Die Mehrzahl der Befragten lebte alleine in eigener Wohnung, zwei Personen mit ihrer Herkunftsfamilie, zwei in einer Betreuten Wohngemeinschaft, eine mit Partnerin in eigener Wohnung. Lediglich zwei Personen waren Eltern geworden, davon lebte eine Mutter tatsächlich auch mit ihrem Sohn zusammen. Alle anderen waren kinderlos und ledig geblieben, oder bereits wieder geschieden. Keine/r der Befragten war aktuell verheiratet.

In der Mehrzahl bezogen sich die *Hauptdiagnosen* auf den *Bereich der Psychosen*, zwei Personen gaben (neurotische) Depressionen an, zwei Personen ein Borderline-Syndrom. Diese Angaben sind aus dem Selbstbericht der Betroffenen übernommen und nicht extern überprüft; sie stimmen mit der in 20 Berufsjahren erfahrenen Einschätzung des Autors überein.

Der erste Kontakt mit Klinik-Psychiatrie ergab sich in einer Spanne vom 18.–43. Lebensjahr, bei einem Mittelwert von 24,7 Jahren.

Der erste Kontakt mit Gemeindepsychiatrie kam in einer Spanne vom 18.–45. Lebensjahr zustande, bei einem Mittelwert von 31,5 Jahren.

Die Befragten verfügten über ein jahre- bis jahrzehntelanges Erfahrungsspektrum mit den unterschiedlichsten Formen von psychiatrischen Diensten – im Mittel genau 20 Jahre. Alle hatten *Klinikaufnahmen* ohne oder entgegen dem eigenen Willen erlebt, wenigstens bei der Erstaufnahme. Sechs der befragten Personen hatten gravierende *Suizidversuche* überstanden.

Lediglich sechs Befragte hatten (zurückliegende) Erfahrungen mit *gesetzlicher Betreuung*.

Die *Schulbildung* bewegt sich mit viermal Hauptschule, fünfmal Realschule, neunmal Gymnasium und einmal Fachoberschule formal oberhalb des gesellschaftlichen Durchschnitts. Allerdings führten nicht alle Bemühungen zu einem erfolgreichen Bildungsabschluss. Dies gilt insbesondere auch für die anschlie-

ßend begonnenen Hochschul-Besuche, die vielfach krankheitsbedingt wieder abgebrochen werden mussten, und in unterschiedliche Rehabilitations-Karrieren mündeten. Dies findet seinen Ausdruck im Spektrum der *beruflichen Tätigkeiten*: 70 % der Befragten bestritten ihr Einkommen durch Rente, Zuverdienst oder Lohnersatz, 30 % vorwiegend aus Erwerbstätigkeit auf dem *Ersten Arbeitsmarkt*.*

Lediglich drei der Befragten übten einen vollzeitigen, weitere drei einen teilzeitigen Arbeitsplatz in einem zuvor erlernten Beruf aus. Fast alle Befragten hatten – neben Sozialtransferleistungen – einen Nebenjob oder Zuverdienst gefunden, um Einkommen und Anerkennung hinzuzugewinnen.

Pool der Auswertungs-Interviews

Aus der Gesamtzahl der Interviews wurden während und nach der Erhebungsphase, gemäß dem beschriebenen Sampling-Verfahren acht Interviews für eine vertiefte Auswertung (»Ankerfälle«) sowie vier Interviews für eine verkürzte Auswertung ausgewählt. Daneben standen sieben weitere Interviews für eine vergleichende Betrachtung zur Verfügung. Folgende Übersichten geben das Spektrum der Personen und ihrer Daten wieder:

Auswertungsgruppe:	n = 12 (8 + 4)
Geschlecht:	6 m/6 w
Lebensalter:	Durchschnitt 45,1 Jahre; Variation 34–59 Jahre
Zugang über ..:	5 x MüPE; 6 x gemeindepsychiatrischer Dienst; 1 x Bekannter
Lebensform:	9 allein = 75 %, 2 in Herkunftsfamilie = 17 %, 1 mit Partner = 8 %
Personenstand:	10 ledig = 83 %, 2 geschieden = 17 %
Einkommen überwiegend durch:	Arbeitsstätigkeit: 4 = 33 % Umschulung/Reha-Projekt 2 = 17 % EU-Rente + Zuverdienst 5 = 42 % Sozialhilfe + Zuverdienst 1 = 8 %
Bildungsabschluss:	Hauptschule/Ausbildung 2 = 17 % Realschule/Ausbildung 2 = 17 % (Fach-)Abitur, anschließend (Fach-)Hochschulbesuch: 8 = 66 % davon ohne Abschluss 4 = 33 %
Patientenkarriere:	erste Klinikaufnahme im Alter zwischen 17 und 36 Jahren Mittelwert bei 24,6 Jahren vor min. 7–max. 41 Jahren erster Kontakt zu gemeindepsychiatrischem Dienst im Alter zwischen 21 und 40 Jahren Mittelwert bei 34,7 Jahren, vor min. 7–max. 22 Jahren Durchschnittliche Lebenszeit – mit psychiatrischer Behandlung 21,4 Jahre – mit gemeindepsychiatrischer Betreuung 13,8 Jahre

* Obwohl es bei kleinen Zahlen-Daten (< 100) statistisch »eigentlich« nicht sinnvoll ist, Prozentangaben darzustellen, werden sie hier dennoch der leichteren Vorstellbarkeit wegen angeführt.

Übersicht der intensiv (fett gedruckt) und kurz ausgewerteten Interviews, N = 12

Int.-Partner	Gender	Alter	Zugang über	Diagnose	Erfahrungsspektrum	akt. Betreuungsbereiche	Lebensform	Einkommen durch	Bildungsabschluss	Patientenkarriere (Klinik/Gemeinde) seit
L m	39	m	BEW-Betreuer	schizo-aff. Ps.	SPZ, WG, AP, SpDi, TS, BEW, Therapie	BEW, Therapie	allein	(Teilzeit-) Arbeit	Hauptschule/Ausbildung	18/18 Jahre
E m	40	m	Arbeitsprojekt	schizo-aff. Ps.	BKH, Tagklinik, SpDi, Therapie, AP	SpDi, AP	Herkunfts-familie	Arbeit (Rehaprojekt)	Realschule/Ausbildung	7/7 Jahre
EI w	53	w	MüPE	paranoide Ps.	BKH, SpDi, TS, WG, Reha, MüPE, PS	SpDi, TS	allein	EU-Rente	Realschule/Ausbildung	36/17 Jahre
G m	38	m	SpDi	Psychose, Zwänge	BKH, SpDi, TK, TS, WG, berufl. Reha, Therapie	SpDi, berufl. Reha, TS	allein	Umschulung (Reha)	Gymnasium/Uni (abgebr.) Umschulung	19/13 Jahre
V m	47	m	Bekanntnen	paranoide Ps.	BKH, SpDi, SPZ, WG, MüPE, ges. Betreuer	-	allein	EU-Rente + Zuverdienst	Hauptschule/Ausbildung	28/25 Jahre
S w	57	w	MüPE	schizo-aff. Ps.	Klinik, SPZ, SpDi, TS, WG, SHG, Therapie, PS	Ambulanz, TS, SpDi, SHG	allein	EU-Rente + Zuverdienst	Gymnasium / Uni	35/16 Jahre
R w	34	w	MüPE	schizo-aff. Ps.	Klinik, SPZ, SpDi, Therapie, WG, Psychoseseminar	-	allein	Arbeit	Gymnasium/Uni (abgebr.) Umschulung	10/8 Jahre
So w	52	w	MüPE	schizo-aff. Ps.	BKH, Pflegeheim, TS, SHG, MüPE, Therapie	-	allein	EU-Rente + Zuverdienst	FOS/FH/Uni (abgebr.)	20/17 Jahre
B* w	39	w	SpDi	Wahr-Psychose	Klinik, Ambulanz, SpDi, Therapie	Ambulanz, SpDi	Herkunfts-familie	(Teilzeit-)Arbeit	Gymnasium/Uni	15/9 Jahre
C w	41	w	TS	Borderline, Psychose	Klinik, Therapie, SPZ, TS, BEW, SpDi	Therapie, BEW, TS	mit Part-nrt	Sozialhilfe + Zuverdienst	Ausbildung/BOS/FH	14/6 Jahre
P m	42	m	MüPe	paranoide Schizophrenie	Klinik, SpDi, TS, WG	Therapie, SpDi,	allein	(Teilzeit-)Arbeit	Gymnasium/Uni	14/9 Jahre
M m	59	m	SpDi	paranoide Schizophrenie	Psychoseseminar Klinik, SpDi, Arbeitsassis-tenz, Bürgerhelfer	SpDi	allein	EU-Rente + Zuverdienst	Gymnasium/Uni	41/20 Jahre

6 m 45,1 J 5 x MüPE
 6 w 34–59 J 6 x gpDi
 1 x Bekannter
 * einzige Mutter

9 x allein
 2 x mit Herk.fam.
 1 x mit Partner

21,4/13,8Jahre

Einschätzung zur Auswahl der Gesprächspartner

Die Ausschreibung des Interviews als offenes Gespräch begünstigte eine Teilnahmebereitschaft von Personen, die es gewohnt waren, sich sprachlich auszudrücken, und bereitwillig von sich selbst erzählen. Menschen, denen diese Art der Selbstdarstellung gegenüber einer fremden Person eher schwierig erscheint, oder die sich aktuell in einer labilen seelischen Verfassung befinden, werden sich einem derartigen Gespräch kaum oder mit starken Vorbehalten öffnen. Die eingegangenen Rückmeldungen bestätigen diese These: Diejenigen, die sich rasch und ohne gravierende Vorbehalte meldeten, waren eher in dieser Gesprächsform erfahren und darin geübt, von sich zu erzählen. Viele hatten bereits andere Interviews gegeben, an diversen Befragungen teilgenommen, waren öffentlich in Erscheinung getreten (Rundfunk, Fernsehen, Tagungen) oder hatten ihre Erfahrungen in Schriftform dargelegt (als Tagebuch, Essay, Buch- oder Zeitschriftenbeitrag).

Die Bekanntheit des Autors in der ›sozialpsychiatrischen Szene Münchens‹ hat sicherlich zu der großen Anzahl von Bereitschaftserklärungen beigetragen: Die Befragten konnten sichergehen, dass das Erkenntnisinteresse der Studie im Sinne der Belange psychisch kranker Menschen angelegt war, und nicht vorwiegend den Experteninteressen des Wissenschaftsbetriebes diente. Dies kam u. a. durch die ›freie‹, nicht durch eine Forschungsinstitution getragene Finanzierung der Untersuchung zum Ausdruck. Dadurch war der sensible Bereich der Anonymität und Vertrauenswürdigkeit der Befragung für die Beteiligten kein Problem, sondern eine ausgesprochene Selbstverständlichkeit.

Der Umstand, dass kein Interviewhonorar bereitgestellt wurde, konnte die Teilnahme an der Befragung von möglichen materiellen Begleitmotiven freihalten. Alle Befragten erzählten freimütig, ausführlich und häufig mit dem Motiv, etwas von ihren Erfahrungen »für andere« weitergeben zu können. Im Rückblick fanden die meisten von ihnen einen eigenen, ›immateriellen‹ Gewinn in ›ihrem‹ Erzähl-Gespräch selbst, und bedankten sich ernsthaft für die erfahrene Aufmerksamkeit. Diese Umstände können als Hinweis auf eine »nicht-strategische Kommunikation« gewertet werden – ein Basismerkmal für die Qualität narrativer Interviews.

Die Befragung *durch* einen in der Sozialpsychiatrie professionell tätigen Interviewer wiederum fördert eher die Teilnahmebereitschaft jener Betroffenen, die im Austausch mit Professionellen potenziell einen positiven Sinn erkennen mögen, und sich nicht grundsätzlich davon abgewendet haben. Ähnlich werden sich eher solche Personen angesprochen fühlen, die ihre Erfahrungen mit psychiatrischen Hilfen – zumindest inzwischen – eher positiv oder positiv gestaltbar auffassen, und die Experten-Dienste prinzipiell für verbesserungs-›fähig‹ halten. Für eine grundsätzlichere, mehr ›antipsychiatrische‹ Kritik wäre wohl eher ein anderer Gesprächspartner bzw. ein anderes Forum gewählt worden.

Der Verlauf der Gespräche widerlegt andererseits den möglichen Einwand einer »falsch positiven Auswahl« der Interviewten: In der Beurteilung kommen die Experten-Dienste nicht per se »gut« weg, sondern werden erst im Zusammenhang mit fachlich kompetentem *und* dialogisch »einwandfreiem« Auftreten positiv beurteilt – also erst dann, wenn sie im konkreten (Konflikt-)Fall auch das einlösen, was sie versprechen.

Die Tatsache, in der schließlich focussierten Auswertungsgruppe *ausschließlich Personen mit einer Psychose-Erfahrung* aufgenommen zu haben, bedarf einer Erläuterung: Die Ausschreibung bezog sich ja auf Menschen mit der weiter gefassten Kategorie »*Psychiatrie-Erfahrung*«. Bereits in der Rückmeldephase zeigte sich ein klarer Schwerpunkt bei den Psychosen, der vermutlich aus den Zugangswegen und dem Merkmal »Langfristigkeit/Chronizität« resultiert, möglicherweise aber auch Ausdruck einer – eher impliziten – Präferenz des Autors für diesen »Kernbereich« der Sozialpsychiatrie ist. Von den schließlich befragten 19 Personen wiesen zwei eine Diagnose aus dem Bereich der »*Borderline-Störungen*« auf, eine aus dem Bereich »*Neurotische Depression/Zwangsverhalten*«, eine aus dem Bereich »*Depression/Alkoholismus*«.

Eines dieser Gespräche schied wegen des Kriteriums »strategische Kommunikation« aus (mit den erzählten Inhalten sollten versorgungspolitische Ziele erreicht werden). Bei zweien der Befragten erschienen Inhalte und Beziehungsgestaltung des Gesprächs stark durch die »Krankheits-Kränkungen« geprägt, und waren ohne eine vertiefte biografische Betrachtung nicht adäquat auswertbar. Im Rahmen dieser Untersuchung konnte das allerdings nicht geleistet werden.

Somit fiel die Entscheidung zugunsten einer Focussierung auf »Psychosen« letztlich empirisch.

Zusammenfassend lässt sich aussagen, dass mit der Fragestellung und Auswahl der Interviewpersonen eher eine Betonung erfolgt zugunsten

- langfristiger Psychose-, Behandlungs- und Betreuungserfahrung bei aktuell relativ stabiler psychischer Gesundheit,
- höherer Schulbildung/entwickelter Erzählkompetenz,
- einer selbstständigen Haushaltsführung als »Single« in der Großstadt,
- einer als gelungen bzw. befriedigend erlebten Souveränitäts-Entwicklung,
- grundsätzlicher Akzeptanz von professionellen psychiatrischen Diensten.

Die Studie nimmt in besonderem Maße jene Erfahrungen auf, die nach vielen Jahren der Auseinandersetzung mit Psychoseerfahrung und souveräner Lebensgestaltung schließlich in relativ »gut« gelungene Kompromisse gemündet waren – vor allem aufgrund der verfügbaren Kompetenzen der Befragten. Nicht alle Betroffenen – und ihre Kontexte – können jedoch über diese persönlichen und sozialen Ressourcen verfügen, und nicht alle gewinnen jene positive Erfahrungen (die auch leichter über die unvermeidlichen Enttäuschungen hinweghelfen). Auch

»kämpfen« nicht alle vergleichbar eigenwillig für ihre Selbstständigkeit – aus welchen Hinderungsgründen oder Rücksichtnahmen auch immer.

Die Studie kann aus diesen Gründen keine repräsentativen Aussagen treffen. Ihre »Stärke« liegt vielmehr darin, aus einem *Verständnis subjektiv relativ »ge-lungener« Lebensgestaltungen* Hinweise auf eine subjektorientierte Gestaltung von Hilfebeziehungen, und eine an den Personen orientierte Organisation der gemeindepsychiatrischen Versorgung zu entwickeln.

Dies kann sich gerade auch für jene Betroffene positiv auswirken, die am Anfang oder in einem schwierigeren Verlauf ihrer souveränen Lebensgestaltung stehen, und (noch) über wenig Abstand zum unmittelbaren Psychose-Geschehen verfügen.

Die Verheißung bzw. die in der Praxis zu prüfende Vision liegt darin, die aufgezeigten positiven Souveränitäts-Erfahrungen gerade für diejenigen Betroffenen nutzbar zu machen, deren Eigenständigkeit (noch) erheblichen Schwankungen von innen und außen unterliegt.

Die Fallporträts*

Fallporträt 1/Interview 13/Frau So.

- »Mei' Konzept is', dass ich's selber in die Hand nehmen muss!«
Frau So. (Zitat aus der Verabschiedungsszene)
- »Mei' Programm ist eigentlich das: Kontakt zur normalen Bevölkerung zu haben!«
(Frau So., S. 14)

Zu den Einschlusskriterien

- Diagnosen: Schizophrenie, schizo-afektive Psychose, manisch-depressive Psychose
- Klinikaufenthalte: 6–7; zuerst 1980, zuletzt 1996
- Kontakte mit gpD: SpDi (3 x), Tagesstätten (2 x), Selbsthilfegruppe, Laien-hilfegruppe
- Ambulante Behandlung: Facharzt (4 x); Psychotherapie (2 x)
- Sonstiges: gesetzliche Betreuung (3 x); Pflegeheim

* Zwei der ausgewerteten Interviews (von Frau S. – Interview 9 – und Frau C. – Interview 15 –) sind hier nicht als Fallporträts in der Buchversion abgedruckt.

Zu Person und Biografie

Frau So. wurde vor 56 Jahren in Oberbayern geboren und lebt seit ihrem ersten Lebensjahr in München. Sie war einziges Kind ihrer Eltern, die qualifizierten Berufen nachgingen und über gut situierte Anstellungen und Einkommen verfügten. Der Vater verstarb, als Frau So. fünf Jahre alt war.

Nach der Realschule und einer Ausbildung zur Bautechnikerin (mit mehrjähriger Berufspraxis) hatte sie ein Fachhochschulstudium absolviert, daran ein Aufbaustudium angeschlossen und war kurz vor den Abschlussprüfungen erstmals psychotisch erkrankt, im Alter von 36 Jahren.

Frau So. ist alleinstehend und bewohnt heute eine kleine Zweizimmer-Sozialwohnung. Ihr Einkommen bestreitet sie aus einer Erwerbsunfähigkeitsrente und einem Zuverdienst-Job, sodass sie zwar »keine großen Sprünge machen«, aber doch etwas auf die Seite legen kann für ihr Lieblingshobby: Reisen in ferne Länder.

Frau So. wirkt von den Gesichtszügen her jünger als ihr Lebensalter vermuten lässt. Sie kleidet sich schlicht, betont die Farben und gibt sich damit ein »künstlerisches Flair«. Ihre Sprache ist kraftvoll und in feinem oberbayerischen Tonfall: eine zähe, »eigen-sinnige« Natur, mit Sinn für Kultur. Auch komplexere und zwischenmenschliche Begebenheiten drückt sie heimatssprachlich gewandt aus.

Frau So. gibt sich selbstsicher und angstfrei, manchmal mit einem »fernen Blick« in die eigene Tiefe und den Tiefgang des Lebens. Dabei kann sie stark auf sich bezogen und einsam wirken. Sie zeigt sich forsch und resolut, als jemand, der (heute) weiß, was er will. Ihren Alltag organisiert sie straff und diszipliniert, kann dabei auch hart gegen sich selbst und ihre Bedürfnisse sein. Sie akzeptiert Dinge und Handlungen, wenn sie funktional sind und einen Nutzen erbringen:

- »... Und ich hab' Sachen gemacht, die für mich einen Nutzen haben, wo ich genau weiß: »den Seidenschal, du brauchst einen, und der soll auch so werden, dass du ihn hernimmst« ... Also irgendwas, was einen Sinn und Nutzen hat, aber nicht einfach 'reingehen, weil ich nicht weiß, was ich sonst tun soll.« (S. 5)

Ihr süchtiges Rauchen bildet einen auffälligen Kontrast zu ihrem Bestreben nach Kultiviertheit und Unabhängigkeit.

Ihr *Motiv zum Interview*: Sie beteilige sich gerne an Umfragen und wissenschaftlichen Studien, weil sie das selbst in ihrer Studienzeit betrieben habe und den heutigen Interviewern helfen wolle (vor kurzem z. B. bei einer Befragung zur »Patientenzufriedenheit«). Von der *vorliegenden Studie* hatte sie in der Mitgliederzeitschrift der *Münchener Psychiatrie-Erfahrenen* gelesen. Frau So. kann über verschiedene Formen von gemeindepsychiatrischen Hilfen aus eigener Erfahrung sprechen.

Zum Interviewsetting: Das Gespräch findet bei ihr zu Hause statt. Wir sitzen am Tisch im Wohnraum, in dem »ein herrliches Durcheinander« herrscht, wie

sie selbst sagt. An den Wänden hängen wichtige Aufzeichnungen (wie z. B. die Notfall-Liste mit privaten Telefonnummern) sowie einige ihrer selbst geschaffenen, großen Gemälde und Collagen. Viele Papiere liegen auf den Ablageflächen, das Mobiliar ist schlicht und funktional.

Beim Übergang zu ihrem Aufbaustudium lässt Frau So. die bisherigen Studienkontakte hinter sich, ohne jedoch an ihrem neuen Platz an der Universität wieder sozialen Anschluss bei den – wesentlich jüngeren – Mitstudenten finden zu können.

- »Da war ich ja auch unter vielen Leuten, aber völlig alleine ... Ich hatte null Bekannte, aber wirklich Null! ... Und dann eben so im 13. Semester hat sich schon bisschen was angekündigt. Da bin ich dann noch umgezogen, war da ganz alleine, kannte niemanden ...« (S. 14)

Schließlich scheitert Frau So. an den Abschlussprüfungen und ihren eigenen Erfolgszielen. Sie exmatrikuliert sich, wird dann aber am Arbeitsamt in ihren Vermittlungshoffnungen jäh enttäuscht – und zieht sich in der Folge sozial noch stärker zurück. Ihre Selbstsorge und emotionale Balance kann sie nicht mehr aufrechterhalten, ihre Wohnung nicht mehr ausreichend pflegen. Auf Veranlassung der Mutter kommt es zu einer ersten Zwangseinweisung in die Psychiatrie. Aber auch nach der Behandlung und Entlassung kann sie sich nicht wieder stabilisieren. Im Gegenteil: Durch Gebrauch von Alkohol, der ihre ›Depression‹ lindern soll, gerät sie noch stärker in eine sozial und physisch ruinöse Spirale, verliert darüber sogar ihre Wohnung.

- »... und ich hatte so zehn Plastiktüten, und mit denen zog ich dann also so zwei Jahre lang, alle vier Wochen, in eine neue Wohnung.« (S. 19)
- »Ah, ich war schon sehr weit unten.« (S. 20)

Frau So. war zeitweise nicht mehr in der Lage, Termine einzuhalten, und konnte auf keine Freunde oder sozialen Netze mehr zurückgreifen. Ihre inneren, äußeren und sozialen Strukturen waren im Begriff, sich aufzulösen. Sie vermag aus dieser Zeit kaum über ihr krisenhaftes Erleben, ihren Mangel an Selbststeuerung und über ihre subjektive Not zu berichten. Ihren Äußerungen ist zu entnehmen, dass sie sich zu jener Zeit nicht ausreichend über ihre inneren Prozesse und ihre Hilfsbedürftigkeit im Klaren ist. Sie erhält eine gesetzliche Betreuerin beigelegt, damals noch als ›Pflegschaft‹ bezeichnet: »*Ich war so depressiv, dass ich alles hängen ließ.*« (S. 22) Es kommt zu weiteren Klinikaufnahmen und -entlassungen, Arbeitsplatzversuchen und -verlusten, schließlich zur Aufnahme in einem ländlichen Pflegeheim.

- »Wissen sie, die frühere Pflegerin, die hat mich ins Pflegeheim gesteckt: ich bin Pflegeheim-Insasse gewesen zweieinhalb Jahre lang.« (S. 16)

Als ihre Mutter verstirbt, muss sie die erworbene Erbschaft für die Kosten des Heimes einsetzen.

Den Tiefpunkt im Hinblick auf eine souveräne Lebensgestaltung erlebt sie während dieses Aufenthaltes in einem Pflegeheim: Sie steht unter gesetzlicher Betreuung, ihre Wohnung ist aufgelöst, ihre Erbschaft wird für die Heimkosten aufgebraucht, (fast) niemand nimmt noch Notiz von ihrem Werdegang.

Hier jedoch beginnt sie ihre große Kehrtwendung: Der Kontakt zur Pflegerin ist äußerst spärlich, sie kümmert sich nur unzureichend um die Belange von Frau So.

- »... Da dachte ich mir, das bringt ja wirklich nichts, da ging ich ins Vormundschaftsgericht und habe ihm (*dem Richter*) das erzählt. Da hat er gesagt: ›Ja, Sie bekommen einen neuen Pfleger.‹ ...
- I.: »Da sind Sie selber hin aufs Gericht und haben mit Ihrem Richter gesprochen?
- So.: »Ja, genau.«
- I.: »Ah ja ... Da braucht man ja schon eine gehörige Portion Mut dazu.« (S. 9)

Mit Unterstützung einer alten Bekannten – die nunmehr die Pflegschaft führt – und ihres Arztes kümmert sie sich anschließend aktiv um die Aufhebung der Betreuung bei Gericht:

- »Meine Pflegerin – das war damals meine Bekannte – die sagte: ›Dir geht es doch ganz gut!‹ ... Da dachte ich mir, das lässt du dir nicht zweimal sagen, ging zum Arzt: ›Meine Pflegerin sagt, mir geht es ganz gut. ich möchte den Antrag stellen, dass die Pflegschaft aufgehoben wird.‹ ... ›Ja, das machen wir,‹ sagte er. Und drei Monate später war ich sie los. ›Dann kann ich ja meinen Aufenthalt wieder selber bestimmen,‹ sagte ich. ›Dann ziehe ich wieder nach München!‹« (S. 18)

Sie kehrt wieder nach München zurück. Eine neue Wohnung erhält sie schließlich durch ihr zähes Engagement (und ein ärztliches Attest) am Wohnungsamt.

Offen bleibt, ob sie zwischen dem Tod ihrer Mutter und ihrer Kehrtwende im Heim einen inneren Zusammenhang sieht, bzw. ob ein solcher von außen sinnvoll konstruiert werden kann.

Sie knüpft an vergessenen Studien-Kompetenzen an –

- »... dann hab' ich also wieder angefangen zu lesen, weil ich hatte also sehr viel vergessen. Dann dachte ich mir eines Tages: du musst mal dein Wissen wieder aufpolieren.« (S. 13) –

und entdeckt an sich, was sie in einem alten Lehrbuch von Watzlawick (wieder) liest: »Schizophrene meiden Kontakt.«

- »... wenn man sich isoliert, wenn man sich völlig zurückzieht, da kann man krank werden ... Und du musst 'raus aus deinem Gefängnis, du musst kontakten!« (S. 14)

Daraufhin beginnt sie, alltäglichen Kontakt aufzunehmen – am Kiosk, beim Fahrkartenverkauf, mit dem Postboten –, sich darin zu üben und Bekanntschaften zu pflegen. Auch zur Initiative der Psychiatrieerfahrenen nimmt sie Kontakt auf, bleibt jedoch einem allzu ausschließlichen ›Psycho-Diskurs‹ distanziert gegenüber. Durch den Erfolg angespornt, erschließt sie sich weitere Kontaktfelder

wie einen Wanderverein und verschiedene Freizeitgruppen (mit und ohne Psychiatriebezug), jüngst auch wieder Universitätsseminare, und erstellt daraus einen eng gestrickten ›Wochenplan‹. Schließlich verfügt sie über eine ganze Liste von Bekannten, an die sie sich je nach Bedürfnis und Wochenplan wendet, und dies auch in krisenhaften Zeiten tun kann.

Sie mobilisiert wieder Kraft für ihr Bestreben nach Autonomie. In einem Fachbuch über Frühwarnsymptome bei Psychosen findet sie den für sie passenden Rahmen einer adäquaten Vorsorge: Sie erstellt »ihre« Liste mit Krisenanzeichen und besorgt sich über ihre Ärztin eine Flasche *Haldol* für den Notfall. Bei auftretender Unruhe nimmt sie – zusätzlich zu ihrer regulären Dauermedikation – eine entsprechende Dosis, und telefoniert mit einer Vertrauensperson aus ihrer ›Notfall-Liste‹. Damit fühlt sie sich vor weiteren Klinikaufnahmen sicher und bewahrt sich ihre Selbststeuerung zu Hause. Gemeindepsychiatrische Hilfen lernt Frau So. zunächst als ›Pflicht-Kontakt‹ im Rahmen von Entlassungsvorbereitungen aus dem Krankenhaus kennen. Entsprechend ›sperrig‹ ist anfänglich ihre Bereitschaft, dort eigene Anliegen einzubringen:

- »... und da bin ich dann aber, weil ich sah das gar nicht ein, dass ich da irgendwas benötige, und bin dann nicht mehr hingegangen ...« (S. 1)
- »... aber ich mein', ich will von der Psychiatrie auch net so vereinnahmt werden. Wenn kein konkreter Grund vorhanden ist, möchte ich net einfach so zu psychiatrischen Dienststellen hingehen. Ich möchte nicht, dass ich also praktisch von Montag bis Freitag nur mit Psychiatrie zu tun habe – da muss schon wirklich was vorliegen ...« (S. 1)
- »Aber das Problem (*mit der Wohnungspflege*), das haben wir dann gelöst: ich hab' mich dann entschlossen, vierzehntägig eine Putzfrau zu nehmen ... Und dadurch war eben einmal der Kontakt zu Herrn W (*am Sozialpsychiatrischen Dienst*) mal wieder überflüssig.« (S. 1)

Frau So. nutzt verordnete Sanktionen und Hilfekontakte aber *auch* dazu, eigene Selbststeuerung und Souveränität in einer Art Gegenwehr-Reaktion (wieder) zu mobilisieren und zu stärken – am deutlichsten in der Episode des Auszugs aus dem Pflegeheim. In zwei Episoden knüpft sie an die verordneten Maßnahmen *eigene* Anliegen bzw. entwickelt solche daraus: die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit, und den später selbst wieder aufgenommenen Kontakt zum SpDi.

Das kontrollierte Alkohol-Abstinenz-Gebot auf einer Krankenhausstation beschreibt sie z. B. als uneingeschränkt hilfreich, um sich von ihrem Alkohol-Problem lösen zu können:

- »... Und – da war schon der erste Anlauf geschafft.« (S. 21)

Mit ihrer wiedererlangten Selbstständigkeit, und auf Empfehlung von Bekannten nimmt sie später selbstständig Kontakt zu professionellen Diensten auf: Sie besucht u. a. zwei Tagesstätten, bespricht sich bei Bedarf am Sozialpsychiatrischen Dienst,

verfasst mit einem Betreuungsverein eine Verfügung für den Fall einer künftigen gesetzlichen Betreuung.

- »Ne, ich hab' mich da ja ziemlich selbstständig gemacht. Ich hab' mir den ganzen Werkraum angeguckt, hab' dann Nägel und Schrauben und pipapo ... und hab' dann immer so im Kopf 'rumgespielt: ›was machst du jetzt damit?‹ ... Und Ton hatten sie ... Ne, das liegt mir auch, *ich bin eigentlich sehr selbstständig, eigenständig* ...« (S. 4, Tagesstätte)
- »Und ich hab' Sachen gemacht, die für mich einen Nutzen haben, wo ich genau weiß: ›den Seidenschal, du brauchst einen, und der soll auch so werden, dass du ihn hernimmst‹ ...« (S. 5, Tagesstätte)
- »... Nee, ich brauch' nicht aufbewahrt werden. Ich brauch' kein Dach überm Kopf, damit ... damit ich unter Dach und Fach bin ... Ja, und jetzt bin ich eigentlich ... *jetzt hab' ich meine Aktivitäten und bin für mich alleine.*« (S. 3, SpDi)

Frau So. beschreibt zunächst den *instrumentellen Nutzen*, den sie bei den Kontakten zu gemeindepsychiatrischen Einrichtungen finden konnte: die Vermittlung einer Putzfrau als Problemlöse-Strategie (am SpDi), den fachlichen Rat bei ihrem kreativen Werken in der Tagesstätte, die Befriedigung, »*dass man einfach alles, was einen bewegt, da aussprechen kann.*« (S. 1, SpDi), die Kontaktmöglichkeiten in verschiedenen Begegnungsgruppen. Auch die »*nützlichen Hinweise, Auskünfte und Ratschläge*« ihrer Ärzte gehören zu diesem Bereich. Dies entspricht ihrem Verständnis vom ›handlungsbezogenen Nutzen von Hilfe‹.

Ihr ist es äußerst wichtig, »*nicht von der Psychiatrie vereinnahmt zu werden*«. Dementsprechend nutzt sie professionelle Unterstützung in vielfältiger Weise, jedoch in wechselnden Bezügen und ›dosierte‹ für einzelne Anliegen (»*nur, wenn etwas anliegt*«). Sie legt großen Wert auf eine nicht-betreute, normale Alltagsgestaltung. Auch bei Kontakten mit Mitbetroffenen und in der Selbsthilfe-Szene besteht sie auf ihrem Konzept der eigenverantwortlichen Lebensgestaltung.

Erst in zweiter Linie spricht sie von der erfahrenen *personalen Hilfe* bei der Beratung von psychologischen Problemen (etwa bei den beiden Psychologinnen in der Tagesstätte ›Eigensinn‹). Dass dies vereinzelt Episoden ohne einen definierten Beratungsrahmen bleiben, hängt auch mit der Befürchtung von Frau So. zusammen, diese beiden Psychologinnen könnten angesichts der Vielzahl an bedürftigen Besucherinnen nicht genügend Beratungs- und Beziehungskapazität für sie aufbringen, und damit den erwachenden Hilfebedürfnissen von Frau So. nicht entsprechen.

Diese Episoden von gelungener personaler Hilfeeferfahrung stellen jedoch wichtige Zwischenschritte dar, mit denen sich Frau So. dann schließlich erstmals – vor vier Jahren – eine kontinuierliche psychologische Hilfebeziehung in Form einer Psychotherapie sucht. Sie erkennt ihr eigenes Bedürfnis nach Hilfe und Unterstützung an und begibt sich in eine komplementäre Klientin-Experten-Beziehung. Hier kann sie sich sogar erlauben, Kritik an der Therapeutin

zu üben – und sich der dabei auftauchenden, biografisch begründeten Angst aussetzen:

- »... also ich wurde in der Kindheit schwer verprügelt ... und da kommen immer wieder Ängste hoch, wenn ich Kritik äußere ... Weil mir eben Kritik ausgebleut worden ist. Und wenn ich Kritik äußere, ist das noch irgendwie die frühere Situation, dass ich dann halt schwer verprügelt werde.« (S. 6)

Sie hält diesen Ängsten stand, bittet eine Psychologin an der Tagesstätte erfolgreich um Vermittlung und Ausgleich bei diesem (Reifungs-)Konflikt.

Frau So. vermag dies, nachdem sie ihren existenziellen Lebensrahmen wieder geordnet, an ihren früheren und zwischenzeitlich vergessenen Studienkompetenzen angeknüpft, ihre Selbstsorge eingerichtet, ihre ›Psychose-Vorsorge‹ in den Griff bekommen, und ihre Kontakte zur ›normalen Bevölkerung‹ hergestellt hat: *nachdem sie also in ihrem Verständnis wieder souverän leben und handeln kann*. Die Vermutung liegt nahe, dass diese Voraussetzungen erfüllt sein mussten, *bevor* sie sich auf die Risiken einer ›komplementären‹ Beziehung einlassen konnte – in der ja auch bislang unbewusste Bedürfnisse/Befürchtungen von Angewiesen-Sein und Abhängigkeit auftauchen können.

Die Gewissheit, diese selbst gewählte Hilfe auch wieder beenden oder die Expertin wechseln zu können, bleibt eine wichtige Bedingung, damit Frau So. sich als souverän empfinden kann (vgl. die Zeitbegrenzung der kassenfinanzierten Therapie und die Aussicht, sich nach einer Wartezeit wieder *einen anderen Therapeuten* wählen zu können, *der nach anderen Konzepten arbeitet*).

Ihr soziales Netz hat sie mittlerweile aus Bekannten mit und ohne Psychiatererfahrung geknüpft, ihren Alltag mit sinnvollen Aktivitäten und Interessen gefüllt, ihre Selbstversorgung ausbalanciert: sie ist jetzt »wieder für sich allein«, und braucht die Hilfe-Arrangements der Gemeindepsychiatrie derzeit nicht.

Durch eigene Zuverdienst-Arbeit verschafft sie sich den finanziellen Spielraum für ihr Lieblingshobby: Reisen in ferne Länder. Mit dieser Option drückt sie am Intensivsten aus, was Souveränität und Lebensfreude für sie bedeuten: »... *Das ist mein Lebensinhalt*.« (S. 23) Sie hält damit auch Anschluss an die normalen Lebensgewohnheiten nicht-psychiatrnisierter Menschen ihres Alters.

Durch die Absicherung ihres Mietverhältnisses – via Putzfrau – und das Zusatzeinkommen erhält sie die Souveränität über ihre materiellen Lebensbedingungen aufrecht: Sie ist »Herr(in) im eigenen Hause«.

- *So.: überlegt lange ...* »Ja, ich bin zurzeit sehr zufrieden.« (S. 21) ... Und ich hab' auch immer wieder Glück ... Also die letzten Jahre lief alles recht, recht gut, ja.« (S. 16)
- »Da bin ich mir eigentlich sicher, dass es ... eigentlich nimmer ... zu großartigen Psychosen kommen wird.« (*nachdenklich*) (S. 16)

Interpretierende Zusammenfassung

Frau So. schildert die Geschichte der letzten Jahre als erfolgreiche Krankheitsbewältigung durch aktive, eigenständige und befriedigende Gestaltung ihres Alltags und ihrer Gesundheitsvorsorge: als eine, ›die es geschafft hat‹. Dies war möglich, nachdem sie den Tiefpunkt ihrer Lebenssouveränität im Pflegeheim überwunden, und an ihre vormaligen Ressourcen – Eigeninitiative, Disziplin, Eigenwilligkeit, Strenge im Umgang mit Bedürfnissen und Zielen – wieder anschließen, und diese Stärken im Hinblick auf ihre neu gefassten Souveränitätsziele auch anwenden konnte. Möglicherweise hat gerade das Erreichen dieses Tiefpunkts die Re-Aktivierung ihrer Ressourcen befördert.

Frau So. fasst ihre Schwierigkeiten im Leben als Folge »ihrer Krankheit Psychose« auf – sieht diese jedoch selbst wieder eindeutig als Folge eines »Erziehungsschadens« in ihrer Herkunftsfamilie. Als Gründe nennt sie: ein ›ausgeschlossener‹ Vater, Einzelkind-Dasein, Verbot jeglicher Äußerung von Kritik bei Androhung körperlicher Strafe, Anweisungen der Mutter ohne Anleitung zur Durchführung, mangelnde Anerkennung u. Ä.).

Sie verfolgt also ein psychosoziales Konzept zur Genese ihrer Psychose: weder den Genen noch ihrem ›Charakter‹ schreibt sie hier nennenswerte Bedeutung zu. Mit diesem Verständnis begünstigt sie eine optimistische Haltung, durch eigene Aktivität/Reifung und ›Emanzipation‹ die Prägungen von Elternhaus und Krankheit auch wieder hinter sich lassen zu können.

Als wesentliche Bestandteile ihrer ›subjektiven Theorie‹ führt sie aus:

- »Wenn man sich isoliert, da kann man krank werden« (S. 14) –

auf diesem Hintergrund übt sie sich systematisch in sozialen Kontakten zu sehr unterschiedlichen Menschen und Gruppierungen.

Ohne Anerkennung findet man kein Maß und keine Grenze für das eigene Tätig-Sein:

- »Meine Mutter hat mich zum Beispiel ... ich hab' von ihr nie Anerkennung bekommen, ich bekam immer nur die Befehle, was ich alles arbeiten sollte, bekam aber nie Anerkennung, dass ich etwas gut gemacht habe. Und deswegen bin ich auch so maßlos, ich arbeite immer noch mehr, und noch mehr, und noch mehr ...

Und es fehlt irgendwie immer die Anerkennung.« (S. 20)

Aus diesem Grund ist es für sie äußerst wichtig, in sozialen Beziehungen Anerkennung zu erfahren – und zwar in möglichst unterschiedlichen und zueinander abgegrenzten Arrangements. Dadurch reguliert sie ihre – biografisch gründende – Angst vor Zurückweisung in einseitig abhängigen Bezügen, und hält sich die Tür zu anderen Arrangements offen. So wird es möglich, in den einzelnen Kontaktsphären unterschiedliche *identity politics* zu betreiben – z. B. eigene Psychiatrieerfahrung mehr oder weniger konkret, oder auch gar nicht zu offenbaren.

›Die Dinge selber in den Griff zu bekommen‹ ist wesentlicher Modus ihrer Autonomie. Damit steuert sie die Wohnungspflege ebenso wie die Psychoseversorgung und den materiellen Existenzrahmen. Neuroleptisch wirksame Medikamente akzeptiert sie (inzwischen) nicht nur, sondern dosiert sie darüber hinaus selbstständig je nach dem Grad von innerer Unruhe oder anderer Krisenzeichen. Diese Strategie sichert ihre Autonomie nicht nur gegenüber einem dynamischen und mächtigen Krankheitsprozess, sondern auch gegenüber einer latenten Fremdbestimmungs-Gefahr, die von Ärzten und anderen Psychiatrie-Profis ausgeht.

Über ihr seelisches Erleben spricht sie eher indirekt als konkret. Es ist nicht leicht zu erkennen, wieweit sie inneres Geschehen auf akzeptierende Weise wahrnimmt und beachtet. (Ausnahme: ein ›Hunde-Traum‹, den sie ihrem Arzt berichtet; S. 17)

Dass sie im seelischen Bereich nicht reibungslos ›funktioniert‹, ist Makel und Ansporn und schmerzliche Erinnerung zugleich. Heutzutage kontrolliert sie die Auswirkungen ›des Seelischen‹ auf einen etwaigen Symptomgehalt (*Krisenplan gegenüber Frühwarnsymptomen*), um rechtzeitig einschreiten und die innere Lage ›beherrschen‹ zu können,

- »... und dann sozusagen am richtigen Hebel drehen!« (S. 24)

- »Ich hab' 'ne Notfall-Dosis, wenn's mir schlecht geht. Die wird geschluckt.« (S. 8)

Sie versucht, sich ihrer inneren Prozesse zu bemächtigen, sich auch selbst ›in den Griff zu kriegen‹. Sie wendet dazu jene strengen und disziplinierten Strategien an, mit denen sie ihr Leben lang verfahren ist, und hofft – gleichsam unter diesem Schutzschild – sich ein Mehr an Freiheit und Lebensqualität verschaffen zu können.

Den Versuch, ein eigenständiges Verständnis ihrer Psychose in professionellen Kategorien – über Fachliteratur und Expertenwissen – aufzubauen, gibt sie angesichts der unüberschaubaren Komplexität schließlich auf. Stattdessen orientiert sie sich mehr und mehr an der *Astrologie* als einer nicht-psychiatriespezifischen Theorie – und setzt sich damit von den professionellen Kategorien ab. Sie beruft sich dabei auch auf ihre Mutter, welche gute Erfahrungen damit gemacht habe.

In jüngster Zeit – und in einem psychologischen Deutungsrahmen von Therapie und Beratung, also *innerhalb von Beziehung* – versucht sie, das für sie Wesentliche an Gefühlen und Strukturen in ihrem Leben zu besprechen. Unter dem Schutzschild ihres hermetischen ›Krisen-Kontroll-Systems‹ leistet sie sich nun solche Erkenntnisausflüge in die Welt komplementärer Beziehungen und Wünsche. ›Perfekt zu sein‹ und ›zu funktionieren‹ sind nicht mehr die allein bestimmenden Werte in ihrem jetzigen Leben.

In ihrem vormaligen Lebenskonzept war kein Scheitern und kein Leiden möglich – insofern auch kein darauf bezogenes Hilfebedürfnis. Nach dessen Zusammenbruch in der ersten Psychose, und dem allmählichen Aufbau eines

neuen, gelingt es Frau So., ihre *Wünsche nach Autonomie und nach hilfreicher Unterstützung* mehr und mehr aufeinander abzustimmen. Dadurch können sich beide Strebungen gegenseitig ergänzen und befruchten: Einerseits entwickelt sie die Kompetenz zur ›mündigen, selbstbewussten Patientin‹, andererseits kann sie sich in einer komplementären Beziehung auch ihrer bedürftigen Seiten allmählich annähern.

›Quer‹ dazu entwickelt sie einen weitgehend normalen Alltag mit ›normalen‹ sozialen Kontakten und Tätigkeiten, und engagiert sich – durchaus reflexiv kritisch – in der Selbsthilfe-Szene.

Ihr ist es äußerst wichtig, »nicht von der Psychiatrie vereinnahmt zu werden«. Dementsprechend nutzt sie professionelle Unterstützung in vielfältiger Weise, jedoch in wechselnden Bezügen und ›dosiert‹ für einzelne Anliegen (»*nur, wenn etwas anliegt*«). Die selbstbestimmte Beendigung oder der Wechsel von Hilfe-Bezügen sind ihr wichtig. Sie legt großen Wert auf eine nicht-betreute, normale Alltagsgestaltung. Auch bei Kontakten mit Mitbetroffenen und in der Selbsthilfe-Szene besteht sie auf ihrem Konzept eigenverantwortlicher Lebensgestaltung.

Die Polarität von ›*Streben nach Autonomie*‹ und von ›*Suche nach sozialer Anerkennung*‹ durchzieht sowohl inhaltlich die Erzählgeschichte von Frau So. als sie auch unsere Beziehung im Interview strukturiert. Frau So. hat – vor vielen Jahren – denselben Grundberuf studiert wie ich selbst (Sozialpädagogik). Sie erzählt ihre Geschichte, »wie sie es selbst geschafft hat« (Psychose und Alkoholkonsum zu bewältigen und einen neuen sozialen Anfang zu finden), und wie sie dabei gemeindepsychiatrische Hilfen funktional und zielgerichtet genutzt und wieder beendet hat.

Sie betont hier die *Ebenbürtigkeit ihrer Position* (sie hatte eben das Pech, in einer Familie mit »Erziehungsschaden« aufzuwachsen, und »das Glück«, in ihrer Krankheitsbewältigung schließlich erfolgreich zu sein) und ihre *Souveränität gegenüber Fachleuten wie mir*, indem sie sich deren Hilfen selektiv bedient als mündige Nutzerin. Sie wählt ihre Hilfe-Personen danach aus, inwieweit sie sich persönlich zeigen und auf ihre persönlichen Vorstellungen eingehen. Damit unterstreicht sie ihre quasi *Non-Hilfsbedürftigkeit*, in einem identitätsbezogenen Verständnis von Souveränität.

Entsprechend findet sie ihren eigenen Erzählfluss: Sie knüpft jeweils einen eigenen »roten Faden« entlang *ihrer* Stichworte und Erlebnisse, geht auf meine Nachfragen mal mehr, mal weniger ein. Sie braucht es nicht, bei mir nachzufragen, ob und wie weit ich sie verstanden habe. Zum Schluss des Gesprächs meint sie, dass es sie nicht angestrengt habe – mein Eindruck ist hingegen, dass sie und ich nach dem zweistündigen Interview ziemlich erschöpft sind.

In meinen Entgegnungen bringe ich zum Ausdruck, dass ich kein Verständnis von Autonomie/Empowerment pflege, das zur Negierung von emotionalen

Bedürfnissen führt. Durch diese ›Einladung‹ ermutigt, berichtet sie ihrerseits von Episoden, in denen sie froh war, passenden psychosozialen Beistand von Professionellen zu erhalten.

Ebenso zeigt sich Frau So. auf der Suche nach Anerkennung durch andere, also durchaus komplementär in Beziehung. Von einer ebenfalls psychiatrienerfahrenen Freundin – mit der ich vor Jahren eine Kunstausstellung organisiert hatte – weiß sie, dass ich für Malerei etwas übrig habe, und freut sich über mein anerkennendes Interesse an ihren Werken, die sie mir voller Stolz zeigt.

Wofür steht Frau So.?

- Gründet Autonomie auf sich selbst und eigene Aktivität: »... *selber in den Griff kriegen!*«, sichert Autonomie durch diversifizierte Kontakte: Viele Bekannte wissen nicht um ihre Psychiatrieerfahrung – analog zu ihrer lebensgeschichtlichen Erfahrung als Einzelkind,
- entwickelt eine Vorsorgestrategie, die durch das ›Screening‹ von Frühwarnsymptomen und unmittelbare Einnahme von Bedarfsmedikation schnell wirksam wird, noch bevor die Hilfe-Sanktionen der Psychiatrie auf den Plan gerufen werden. Dadurch bewahrt sie sich einen ungestörten, selbstbestimmten Lebensrahmen: »*selber in den Griff kriegen*«.
- Hat klare Lebensqualitäts-Ziele, für die sich einsetzt und aus Erfahrung auch für deren Realisierung einzutreten weiß (Bsp.: Reisen in ferne Länder trotz Geldknappheit und Medikation).

Fallporträt 2/Interview 8/ Herr V.

- »Ich hab' möglichst versucht, ... ja, ... ein ganz normales Leben zu führen, ohne mir irgendwie vorzustellen, dass ich jetzt chronisch schizophren krank bin, ne!« (S. 7)

Zu den Einschluss-Kriterien

- Diagnose(n): Paranoid-halluzinatorische Psychose; Schizophrenie
- Klinikaufenthalte: ca. 15; zuerst 1974 (mit 22 Jahren), zuletzt 1997 (mit 45 Jahren)
- Kontakte mit gpD: Sozialpsychiatrisches Zentrum (Reha-Einrichtung) (1 x drei Jahre); betreute WG (2 x); kurze Kontakte zu SpDi (2 x); Tagesstätte, Selbsthilfegruppe/-verein

- Ambul. Behandlung: Facharzt (regelmäßig 1 x pro Monat); kurzer Kontakt zu einem Psychotherapeuten
- Sonstiges: gesetzliche Betreuung (5 x); berufl. Reha-Maßnahme (1 x drei Jahre)

Zur Person und Biografie

Herr V. ist 47 Jahre alt, wurde in München als zweites von vier Kindern geboren, und lebt hier wieder seit 1966. Sein Vater war als Sattler tätig, seine Mutter Hausfrau. Er ist alleinstehend und bewohnt eine Zweizimmer-Sozialwohnung. Auf Intervention des Jugendamtes war er im ersten Lebensjahr gemeinsam mit seiner zwei Jahre älteren Schwester in ein Erziehungsheim gekommen. Seine Eltern hatten sich auf dem Hintergrund von Alkohol- und Aggressionsproblemen nicht ausreichend um die Kinder kümmern können. Die Schwester verstarb während des Heimaufenthaltes, als Herr V. vier Jahre alt war. Daraufhin wurde er in ein anderes, von Nonnen geleitetes Heim in Oberbayern aufgenommen. Hier erlebte er seine Hauptschulzeit und kehrte zur Ausbildung wieder nach München zurück.

Im Alter von 14–16 Jahren absolvierte er eine Lehre als Tankwart, war mehrere Jahre in diesem Beruf tätig und verdiente sich anschließend als Fahrer und Ausfahrer.

Während des Kontaktes zu einer Sekte in München kam es 1974 erstmals zu einer psychotischen Erkrankung mit Zwangseinweisung in die Klinik, im Alter von 22 Jahren. In den Folgejahren erlebte er wiederkehrend Psychosen, was auch mit seiner vehementen Ablehnung von neuroleptischen Medikamenten und seiner extrovertierten Lebensgestaltung zusammenhing. In solchen Phasen tendierte er zu stark auffälligem und auch aggressivem Verhalten, mit der Folge wiederkehrender Wohnungsverluste. Mehrfach war vom Gericht eine Pflegschaft ausgesprochen und ein ›Pfleger‹ bestellt worden – was aufgrund fehlendem Engagement einerseits und fehlender Einwilligung andererseits zu keiner wirksamen Kooperation/Passung führte, und meist ergebnislos auf Antrag von Herrn V. wieder aufgehoben wurde.

Nach mehreren Klinikaufenthalten durchläuft er Ende der 70er-Jahre eine dreijährige stationäre Rehabilitation im Sozialpsychiatrischen Zentrum in München. Von dort aus kann er in eine angegliederte betreute Wohngemeinschaft umsiedeln, und erhält nach weiteren zwei Jahren aufgrund ›guter Führung‹ und der Unterstützung der betreuenden Sozialpädagogin eine eigene Sozialwohnung, die er sich bis heute erhalten konnte. Durch eine berufliche Rehamaßnahme über das Arbeitsamt vermag er 1984–1986 eine weitere Ausbildung zum Feinmechaniker mit gutem Erfolg abzuschließen, allerdings im Anschluss keinen entsprechenden Arbeitsplatz zu finden.

Herr V. war viele Jahre engagiert in der ›antipsychiatrischen‹ Bewegung – dort auch zu mehreren großen Kongressen gereist, und bei der Herausgabe einer Zeitschrift beteiligt. Er findet hier freundschaftliche Kontakte zu Mitbetroffenen und Profis, genießt Anerkennung. Er erfährt allerdings auch, dass diese Bekannten nicht zur Verfügung stehen, wenn er sie zur Bewältigung seiner *eigenen* psychischen Krisen braucht und anfragt: Die ›Profi-Freunde‹ haben dann oft keine Zeit und unterstützen ihn zu wenig.

Daraufhin wechselt er seinen Freundeskreis und findet neue Freunde *ohne* Psychiatriebezug, auf der Basis persönlicher Gegenseitigkeit. Mit diesen Bekannten arbeitet er seit Mitte der 90er-Jahre in einer (selbst verwalteten) Transportfirma und verbringt sein soziales Alltagsleben: gemeinsam werden Arbeit, Freizeit und Kultur, Freude und Sorgen geteilt, und ein verbindlicher persönlicher Austausch gepflegt. Sein Einkommen bestreitet er heute aus einer Erwerbsunfähigkeits-Rente und einem Zuverdienst-Job bei dieser Transportfirma. Damit kann er seinen sparsamen Lebensstil ohne Engpässe finanzieren.

Herr V. ist von kräftiger Statur, spricht mit heimat Sprachlichem Tonfall. In seiner Rede zeigt er sich sowohl ernst als auch ›spaßig‹ im Wechsel – er ist ein Mensch, der gerne lacht und eine herzliche Lebensfreude ausdrückt: es ruht etwas stark ›menschenfreundliches‹ in seiner Art. Enge Moralvorstellungen und Wertungen sind ihm fremd. Manchmal trägt seine Erzählung etwas ›Schlitzohriges‹, was ihn sichtlich freut. Dennoch stellt er sich damit nicht über andere, sondern fügt konsequent seine eigene Begrenztheit an. Er zeigt sich – »trotz« einfacher Schul- und Ausbildung – in einfachen Worten ›wortgewandt‹ und bezieht sich stets direkt auf seine Erfahrungen, aus denen er gelernt und Konsequenzen gezogen hat.

Motiv zum Interview: Er spricht gerne kritisch über Psychiatrie, aber auch über seine Lernprozesse im Umgang mit psychotischen Krisen. Er möchte der ›Außenwelt‹ erzählen, wie es ›drinnen‹ (in der Psychiatrie) aussieht. Er hat Erfahrung mit Interviews, Tonband- und Fernsehaufnahmen. Zusätzlich schreibt er seine Lebensgeschichte nieder mit dem Ziel einer Buchveröffentlichung. Von der vorliegenden Studie hatte er über einen gemeinsamen Bekannten aus der Münchener Psychiatrie-Szene gehört, und sich telefonisch zum Interview bereit erklärt.

Zu Setting und Verlauf

Das Gespräch findet bei ihm zu Hause statt. Die Wohnungseinrichtung ist aus vielen älteren, einzeln zusammengetragenen Möbelstücken schlicht, aber »liebvoll« arrangiert. Durchschnittliche Haushaltsordnung. Wir sitzen uns am Wohnzimmertisch auf Sofa und Sessel gegenüber. Herr V. hatte Kaffee gekocht

und sich erwartungsvoll auf mich und das Gespräch eingestellt. Der halb volle Aschenbecher weist Herrn V. als Raucher selbst gedrehter Zigaretten aus.

Herr V. spricht frei und flüssig, sodass unser Gespräch einen lebhaften und leichten Verlauf nimmt – trotz der mitunter problembeladenen Wendungen in seiner Geschichte. Seine Rede ist immer wieder auch von herzlicher Lebensfreude durchdrungen.

Herr V. schien sich in unserem Gespräch sichtlich wohl zu fühlen und bestätigte dies hinsichtlich meiner interessierten Zugewandtheit, die für ihn Voraussetzung für vertrauensvolle Mitteilungen sei. Trotz seiner reserviert-kritischen Einstellung zu den Professionellen erlebe ich ihn mir gegenüber sehr respektvoll und keineswegs vorwurfsvoll.

Subjektive Interpretation von Psychoseerleben, Identitätsarbeit und Souveränität

Herr V. behauptet seine Autonomie explizit dadurch, dass er sein Leben mittlerweile ohne professionelle Hilfesysteme selbstständig gestaltet, mithilfe eines engagierten Freundeskreises. Er hält sich fern von sozialpsychiatrischen Hilfen und der öffentlichen Fürsorge, weil er befürchtet, diese könnten ihn vereinnahmen und schließlich fremdbestimmen, wenn er eines Tages auf sie angewiesen wäre und dann einmal »*nicht funktioniere*«.

- »Und seither hab' ich mich nie mehr Leuten anvertraut, die irgendwas mit Sozialpsychiatrie zu tun haben, und hab' mein Leben selber gestaltet, weil ich halt gedacht hab', wenn die ... bei mir irgendwie, dass ich nicht funktioniere und so, dass ich dann sehr schnell abgeschoben werd' ... Ich bin jetzt 47 Jahre, lebe selbstständig und so ... und freu' mich, dass ich selbstständig noch leben kann.« (S. 2)

Zu dieser Annahme kommt er durch seine Erfahrung eines – zu langen, zu wenig auf ihn persönlich abgestimmten – dreijährigen Aufenthaltes in einer stationären Rehabilitations-Einrichtung (neben seiner ›Heim-Erfahrung‹ als Kind). Er versteht es als Lehre und als Drohung,

- »dass ein Teil von denen, die die Therapie nicht geschafft hat, dann irgendwie in Heime abgeschoben worden ist, und so ... und das war mir schon eine Lehre, zu sagen: also, ich nehm' lieber mein Leben selber in die Hand, bevor irgendwelche Sozialarbeiter oder Sozialpsychologen oder andere Leute ...« (S. 1)

Ähnlich repräsentiert er einen Aufenthalt in einer *Betreuten Wohngemeinschaft*:

- »Also es war eigentlich nicht so, dass man die Betreuer gern gesehen hat, sondern das war eigentlich dann ein Zwang und so, ... dass die wiederkommen. Und im Gespräch ging's hauptsächlich darum, ob jeder seine Medikamente nimmt, ne ... und wenn jetzt einer gesagt hat, ihm geht's jetzt schlecht, ... dann haben sie gesagt: ›Ja, da muss man den Arzt anrufen, und den Arzt sprechen.‹ ... und wie ich in die

WG gekommen bin, hab' ich schon gedacht, ›jetzt ist es aus!‹ ... Also hab' gedacht, jetzt bin ich mein ganzes Leben lang in Betreuung. Und das hat mir schon Sorgen gemacht. Ich war dann heilfroh, wie ich diese Wohnung hier gekriegt hab'.« (S. 3)

Auf diese Hilfen war Herr V. seinerzeit angewiesen, weil er durch störendes und aggressives Verhalten in psychotischen Phasen jeweils seine Wohnung verloren hatte. Mehrere gesetzliche Betreuungen waren aus diesem Anlass ›über ihn verhängt‹ worden – auch hier berichtet er (mit einer Ausnahme) von überwiegend bevormundenden und wenig unterstützenden Erfahrungen:

- »Ja, eigentlich war nichts zu regeln. Die waren nie da! ... Da hat das Gericht entschieden, ich hab' ja nie einen Pfleger ausgesucht! Ich wusste gar nicht, dass man einen Pfleger für sich auswählen kann! ... Und das Gericht hat mir einen aufgebremmt, und ... der war dann halt da, und da kam mal ein Brief ... aber die haben sich meistens nicht sehen lassen.« (S. 11)

Er zieht daraus den realitätsgerechten Schluss, dass er verhindern muss, *erstens* in existenziellen Belangen wie Wohnung und Arbeit auf sozialpsychiatrische Hilfen angewiesen zu sein, und *zweitens*, sich selbst so stark in psychotische Phasen hineintreiben zu lassen, dass er auffällig und straffällig wird:

- »Also ich versuch', mein Leben zu regeln, und ich bin kein aggressiver Mensch, und in der Psychose, da bin ich dann ... drauf, und mach' Sachen, die mir nachher leid tun. Aber die sind halt dann oft nicht mehr mit Leidtun zu regeln, sondern dann hat man einen Paragrafen und hängt dann ein Jahr lang straffällig drin ... Und das muss ich schon verhindern. Weil wenn ich mal eingesperrt bin, ... da weiß ich net, was passiert. Und das will ich verhindern.« (S. 10)

Folglich bricht er mit seiner anfänglichen Strategie, die Medikamente nach der Klinik wieder wegzulassen, »... weil ich dann doch gemerkt hab', dass das zu oft passiert, dass ich in der Klinik lande«. Er akzeptiert schließlich die regelmäßige Einnahme als eine Gewähr dafür, seinen Lebensrahmen selbst bestimmen zu können:

- »Also ich seh' das so, dass ich halt gemerkt hab', dass ich mit Medikamenten meine Selbstständigkeit besser halten kann wie ohne.« (S. 8)

(Vergleiche seine Zeit in der ›Antipsychiatrie-Szene‹, und schließlich den Bruch mit der dort gängigen Norm der ›Medikamenten-Freiheit‹.)

Die wichtigste Stütze eigener Souveränität für Herrn V. sind seine Freunde: Mit denen kann er seit ca. zehn Jahren nicht nur Beruf und Freizeit teilen, sondern auch Sorgen und Vor-Sorge. Sie kümmern sich um ihn auf eine persönlich freundschaftliche Weise (im Unterschied zu den *Profi-Freunden* aus der Antipsychiatrie-Zeit), wenn seine Selbstsorge nicht mehr ausreicht: sagen ihm, wenn er ›psychose-kritische‹ Äußerungen von sich gibt, besitzen seinen Wohnungsschlüssel und schauen nach ihm. Sie legen ihm eindringlich einen Arztbesuch oder Klinikaufenthalt nahe, und besorgen seine Angelegenheiten, wenn er selbst es nicht kann.

Er hilft umgekehrt den anderen, wo er kann, und arbeitet teilzeitig in deren gemeinsam betriebener Firma. Dabei achtet er darauf, den anderen nicht zur Last zu fallen, sondern die Gegenseitigkeit der Freundschaft und Hilfeleistung ausgewogen zu halten:

- »Und das haben sie halt schätzen gelernt ... Also dass ich zwar vorübergehend mal krank werd', ... aber dass eben die Krankheit nicht heißt, dass ich jetzt vom Ball bin, sondern irgendwie wieder meine Sachen machen kann, die von mir verlangt werden ... Und halt immer drauf schau', dass ich nicht irgendwie versorgt werde, sondern mich selbstständig ernähre, und selbstständig lebe ... und so in der Art, wie sie auch leben.« (S. 6)

Aushandlungsprozesse mit seinem Freundeskreis zum Thema ›Autonomie‹ beschreibt Herr V. in Krisenzeiten, wenn sie ihm drängend raten:

- »Komm, jetzt gehen wir mal wieder in die Klinik! Lass dich behandeln, bevor du wieder mit Polizei und Zwang eingewiesen wirst, ... und dann einen Betreuer kriegst!« (S. 13)

Herr V. traut diesen Hinweisen mittlerweile aus Erfahrung, und befolgt sie:

- »... Da bin ich ganz froh drum, dass ich den Freundeskreis jetzt hab', die auch schon Erfahrungen haben mit mir, und wissen, was zu tun ist, wenn ich ... also sie wissen schon, wenn ich anfang', irgendwas zu reden, ... weil die haben mich jetzt schon dreimal eingewiesen, und ich hatte danach immer das Gefühl, das war richtig. Also besser hätten sie's nicht machen können, es wäre schlimmer geworden ... Und früher ging das immer so aus, dass ich in der Wohnung die Fenster eingehauen hab' oder sonst was. Und da flog ich dann auch aus den Wohnungen raus.« (S. 13)

Im Gespräch findet sich kein Anzeichen, dass er um die ›richtige‹ Einschätzung darüber ringt und streitet. Er akzeptiert deren Sicht – aus Erfahrung, nicht weil er sie zu diesem Zeitpunkt selbst teilen kann: »*Also die haben das ganz gut im Griff.*«

Insofern überlässt er es deren Aufmerksamkeit, die Auswirkungen seiner seelischen Schwankungen im Griff zu haben. Er versucht seine gelockerten Assoziationen nicht weiter zu enträtseln – z. B. biografisch zu ›verstehen‹ –, sondern lässt es dabei bewenden, dass er »spinnt« und seine Freunde schon wissen, was sie dann tun können und sollen. Voraussetzung dafür ist die Gegenseitigkeit:

- »... und so ist es, dass sie mal von sich aus erzählen, was sie für Probleme haben, und das schmiedet einen so zusammen ... Also es ist da keine Hemmschwelle, wo man nicht weiterreden kann.« (S. 6)

Der Freundeskreis ist sein bestes ›Frühwarn-System‹ und sein wirkungsvollstes ›Therapeutikum‹:

- »... Aus dem Grund bin ich jetzt bei Leuten, die stabil sind, die eher auch sagen, dass sie selber was tun, als ewig rumhängen ... die selber in irgendwelchen Aufgaben drin sind ... und die auch irgendwie Therapie anbieten, aber nicht auf die professionelle Art, sondern auf die Laien-Art.« (S. 7)

- »Weil – irgendwo ist das ja auch Sozialpsychiatrie, was ich mach'!« (S. 19)

Dies entspricht seiner geselligen, gemeinschaftsbezogenen und lebenslustigen Art besser als die professionellen Hilfen.

Entsprechend gestaltet er seine Auswahl und innere Repräsentation von ärztlichen Behandlern:

- »... Ja, und das andere ist halt, dass ich die Ärzte genauso behandle wie meine Freunde ... Also ich hab' da 'nen ganz anderen Bezug: ich nehm' sie nicht als Ärzte, sondern als Freunde ... die mir helfen wollen. Und wenn ich das Gefühl hab', es ist nur eine theoretische Abhandlung, ... dann meid' ich die.« (S. 9)

Mit dieser Strategie entschärft er die professionellen Elemente der Distanz, Neutralität und der – immer auch bedrohlich mitschwingenden – Sanktionen.

Dem Diskurs und der gegenseitigen Hilfe unter Psychiatrie-Erfahrenen stand er anfangs offen und engagiert gegenüber, hatte sich in mehreren Initiativen betätigt und dort Freunde gefunden.

Mit der Etablierung seines privaten Freundeskreises aus Nicht-Betroffenen distanziert er sich mehr und mehr von den Diskursen der Selbsthilfe-Szene, weil dort

- »... immer über Psychiatrie geredet wird. Und zweitens fand ich mich so stabil, dass ich da keine Gruppe brauch', um mir zu helfen ... weil ich die hatte.« (S. 18)

Außerdem habe dort ein Lebenskonzept von ›Passivität‹ und ›abhängiger Patienten-Rolle‹ ein übermäßiges Gewicht, was nun nicht mehr zu seinem Konzept einer eigenständigen und handlungsbezogenen Lebensbewältigung passt.

Auf diese Weise entfernt er sich mehr und mehr von psychiatriespezifischen Kontexten, und lebt als normaler psychiatrieerfahrener Bürger mit und unter anderen Bürgern.

Über seine *inneren, psychosenahen Prozesse* spricht er wenig und auf eine Weise, als würden diese ihn »überkommen«, ohne dass er sie adäquat wahrnehmen und deeskalieren könne. Sie entziehen sich seinem Zutun. Die Bereitschaft bzw. Verletzlichkeit zur Entwicklung einer Psychose sieht er ganz allgemein in seinen erschwerten Sozialisationsbedingungen begründet:

- »Wenn ich ohne Medikamente bin, ... da kommt halt zu viel hoch, weil irgendwie ... ich bin halt ohne Eltern groß geworden, und das ganze Leben irgendwie ziemlich hart gearbeitet und da werd' ich überaktiv, ... und dann kommt die Schlaflosigkeit und dann kommst du wieder in eine Psychose ...« (S. 8)

Seine Auffassung liegt nahe am »Vulnerabilitäts-Konzept« (vgl. ZUBIN et al. 1978, CIOMPI et al. 1982), wonach ein Wechselspiel aus konstitutionellen Dispositionen, psychologisch konfliktreichen Primär-Erfahrungen und aktuellen Belastungssituationen zur Ausbildung einer Psychose führen kann.

Wichtiger als die Genese ist ihm die Schadensbegrenzung bei Psychosen und die Rückkehr zu einem normalen, selbstverantwortlichen Alltag. Er baut auf ›eigene Aktivität/Selbstsorge‹ und ›Soziale Einbindung/Anerkennung‹. Dabei

hilft ihm ein Konzept von ›chronischer Erkrankung‹ und der damit verbundenen dauerhaften Kranken-Rolle nicht weiter:

- »Wenn der Psychiater zu Patienten sagt, sie sind chronisch schizophren krank oder so ... dann glauben viele das! Und die sind so stark vertieft drin, dass sie jetzt krank sind, und meinen auch irgendwie, sie sind krank ... und das war bei mir immer so, dass ich nie gemeint hab', ich bin krank, oder mich krank gefühlt hab' ... sondern schon weiß jetzt, dass ich Psychose hab' ... aber nie danach jetzt lange da herumgeredet hab' über die Krankheit, sondern ... möglichst versucht hab', ... ja, jetzt ... ein ganz normales Leben zu führen, ohne mir irgendwie vorzustellen, dass ich jetzt chronisch schizophren krank bin, ne! ... Das sind so Schubladen-Theorien, wo eigentlich nichts aussagen, wo aber viele Leute krank machen!« (S. 7)

Deshalb greift er auf die Vorstellung einer ›passageren Erkrankungsepisode‹ zurück, »... *die mal wieder heilt*«, und von der man weitgehend spurlos wieder gesunden kann, »*wie wenn man sich einen Fuß gebrochen hat*« (S. 7). In diesem Sinne kann er sich selbst als psychisch krank sehen, in Übereinstimmung mit den Professionellen: »*Das heißt, da ist schon ... irgendwie was dran, dass ich psychisch krank bin, ne ... Also das bestreit' ich auch nicht.*« (S. 8)

Seine Versuche, eigenes Psychose-Erleben *auch* als Ausdruck einer extremen Lebensgeschichte zu verstehen, schildert er am Rande und wenig verbunden mit seinem sonstigen »Erzähl-Impetus«: das ist erstaunlich, nachdem seine Biografie durchaus einige ›vulnerable Passagen‹ enthält, und in seinem Verhalten während psychotischer Phasen ein hohes und mitunter bedrohliches Konfliktpotenzial zum Ausdruck kommt. Hier setzt er sein Bestreben nach Autonomie weniger offensiv ein als im Bereich von Alltagsgestaltung:

- »Ja, einesteils ist es so, dass ich intensiv die Eltern nachgeforscht habe, warum ich jetzt krank, äh, im Heim aufgewachsen bin. Und da hab' ich halt gehört, die waren Alkoholiker, ... und mein Vater war auch schon in der Klinik zum Entzug. Und meine Mutter hab' ich ja nie gesehen, hab' ich nicht gekannt ... Und die meinen schon, die Sekte war der Auslöser für die Psychose. Also es hat schon geschlummert, aber in der Sekte ist das ausgelöst worden ...« (S. 21)

Gleichwohl verfolgt er mit seinem Buchprojekt – »... *Also ich versuch's jetzt durch ein Buch, ich schreib' gerade ein Buch, und das ist meine Biografie und so.*« (S. 20) – das Ziel, seine Lebensgeschichte in einem Schreib- und Erzählprozess aufzuarbeiten, indem er sie mitteilt und sich dabei an ›*ganz normale*‹ Leser wendet. (»*Ich denk', das sollte mehr Menschen zugänglich sein als nur den Psychiatrie-Leuten.*«, S. 20)

Selbstaufklärung steht für ihn in Verbindung mit einer sozialen Mitteilung, einer sozialen Aufklärung. Deshalb hatte er sich bereits in Rundfunk- und Fernsehsendungen für die Belange psychisch kranker Menschen eingesetzt. Souveränität findet für ihn in einem sozialen Kontext seinen Raum und Rahmen. Autonomie erlebt und gestaltet er dort, wo er sich in ein soziales Milieu freundschaftlich

binden und gebunden fühlen kann. Autonomie und Bezogenheit sind für ihn untrennbar miteinander verbunden:

- »Weil – irgendwo ist das ja auch Sozialpsychiatrie, was ich mach'!« (S. 19)

Passend zu eigenen Erfahrungen plädiert Herr V. dafür, psychisch Kranken sehr viel frühzeitiger einen selbst gestalteten Alltag zu ermöglichen, und die erforderlichen Hilfen daran auszurichten:

- »... Ich glaube eben, man sollte die Leute nicht so vereinnahmen, dass sie nur versorgt werden, ne. Sondern ihnen viel mehr – gerade was Arbeiten und Wohnen angeht – Stützen geben, ne. Also das nicht so lange rausziehen, sondern schon viel eher beginnen. Und halt ... einen sinnvollen Tagesablauf! Das sagt auch der Professor Dörner. Dann kann man auch weniger Medikamente geben – und das glaub' ich auch ... Das kostet viel Geld, und wenn man das anders einsetzen würde, so für Wohnprojekte, oder Arbeit und so, ... dann wär' den Leuten geholfen, und die würden nicht so lange hoch dosiert da drin sein, und viel eher selbstständig wieder werden, und vielleicht das Gefühl haben: ›das gefällt mir doch ganz gut!‹.« (S. 19)
- »Was halt vielen fehlt, ist zum Beispiel: Perspektiven ... weil ohne Arbeit kannst du auch keine Wohnung haben. Und ich war damals auch noch nicht berentet, und ... das wichtigste war schon die Arbeit, wieder eine zu finden.« (S. 2)
- »Weil ich glaub', so ein sinnvoller Tagesablauf ist wichtig.« (S. 5)

Herr V. hatte anfangs keine oder nur eingeschränkte Wahlfreiheit zur Annahme sozialer/psychiatrischer Hilfen: Die ›Pflegeschafte‹ bzw. ›gesetzlichen Betreuungen‹ waren vom Gericht bestimmt worden (inkl. der Person des Beauftragten), die ›Betreuten Wohnformen‹ waren aus der Not eigener Wohnungsverluste unabdingbar, die Umschulung über das Arbeitsamt auf dem Hintergrund der ›Mitwirkungspflicht‹ obligatorisch.

Grundbedingungen für einen akzeptablen Hilfeprozess – wie die freiwillige Entscheidung über Ort und Art der Hilfeleistung – waren hier nicht eingelöst.

Die Umschulung über das Arbeitsamt etwa hatte Herr V. mit Elan und Erfolg absolviert, aber trotz der Verheißungen keine anschließende Arbeitsstelle vermittelt bekommen. Vielmehr war er angehalten worden, sich wieder arbeitslos zu melden. Die Enttäuschung darüber veranlasst ihn, am Sinn dieser kostenintensiven Maßnahme zu zweifeln, wenn nicht für ein anschließendes Betätigungsfeld mitgesorgt wird. Er erlebt, dass eine aufwendige Hilfe als »Programm-Paket« und nicht als personenzentrierte Unterstützung geleistet wird. Dies behindert seine Selbstständigkeit und sein Selbstwertgefühl mehr als sie nützt.

Die wenigen Versuche von Herrn V., Hilfekontakte aus freien Stücken aufzunehmen, führen aufgrund der jeweils misslingenden ›Passung‹ zu keinem bedeutsamen Hilfeprozess:

- der *Psychotherapeut* ›fragt ihn nur aus‹ und hilft ihm nicht konkret,
- der vereinbarte Kontakt zu einem *SpDi* kommt wegen Erkrankung des Mitarbeiters nicht zustande, und an einer

- *Tagesstätte* wird ihm zu viel über Psychiatrie und zu wenig über das normale und selbstverantwortete Leben gesprochen.

An den erlebten professionellen Hilfen bemängelt er, dass sie eine zu stark umfassende und bevormundende Betreuung organisierten, die nicht auf seine Fähigkeit zur Selbstgestaltung ausgerichtet war, und auch nicht ihn als Person zum Ausgangspunkt genommen hätten. Wendepunkt sei hier die Unterstützung durch eine WG-Betreuerin gewesen, die ihn ernsthaft in seinem Bestreben und seiner Fähigkeit zu souveräner Lebensgestaltung gesehen und gefördert hätte (durch Bestärkung und Unterstützung seines Antrags am Wohnungsamt). Ähnliches gilt für die letzte der gesetzlichen Betreuerinnen, die sich interessiert und persönlich zugewandt für seine Belange und die gemeinsame Beziehung engagiert habe – bis hin zur Aufhebung der Betreuung.

Hier zeigt sich als wiederkehrendes Muster, dass einschlägige Hilfen für Herrn V. dann akzeptabel, wirksam und ›*empowernd*‹ werden, wenn sie sein Bestreben nach Selbstständigkeit (in seinem Verständnis) zum Ausgangspunkt nehmen *und* in eine persönlich wertschätzende und vertrauensvolle gegenseitige Beziehung eingebettet sind. Dieser – selbstverständliche – professionelle Standard erhält bei Herrn V. eine besondere Bedeutung:

Zum einen war er aufgrund wiederkehrender psychotischer Episoden immer wieder auf unfreiwillige öffentliche Hilfen/Sanktionen, und die Kooperation mit den betreffenden Institutionen angewiesen.

Zum anderen hatte er bereits als Kind im Erziehungsheim Erfahrungen mit ›verordneten Hilfen‹ gesammelt (als ›Ersatz‹ für die originären und bei ihm fehlenden Beziehungen zu den Eltern). Diese hatten wenig Vertrauen entstehen lassen, dass es dabei um ihn als Person und um seine Belange gehen sollte.

Interpretierende Zusammenfassung

Herr V. hat sich aus dem Netz gemeindepsychiatrischer Hilfen und öffentlicher Fürsorge ›befreit‹. Motiv für ihn ist die Befürchtung, er könnte eines Tages in ein Heim abgeschoben werden, wenn er während einer psychotischen Episode sich unangepasst verhalte. Seine eigene Erfahrung als Kind im Erziehungsheim, aber auch das Schicksal von Mitpatienten aus der Psychiatrie bilden den realen Hintergrund dieser Sorge. Solange er auf existenzsichernde öffentliche Hilfen angewiesen ist, muss er auch der Sanktionen und Kontrollen gewahr sein.

Diesen Befreiungsschritt hat er durch eigenes Tun, durch die Förderung einer personenzentriert handelnden Sozialarbeiterin (Vermittlung einer Sozialwohnung) und durch ein soziales Netz aus privaten Freunden geschafft. Damit gelingt es ihm, die Auswirkungen seiner nach wie vor vehement auftauchenden psychoti-

schen Episoden in Grenzen zu halten (z. B. die über lange Zeiträume bestehende gesetzliche Betreuung endgültig abzulegen). Zur Wahrung eines selbstbestimmten Lebensrahmens ist er schließlich bereit, dauerhaft die ärztlich verordneten Medikamente zu nehmen.

Materiell ist er nun durch eine EU-Rente und einen ergänzenden Zuverdienst-Job gesichert.

Durch die Erzählung seiner Lebensgeschichte in Form seines Buchprojekts (*»Jenseits von Verrücktsein und Anpassen«*) erreicht er – ohne psychotherapeutische Ambitionen im engeren Sinn zu hegen – sowohl für sich selbst eine sinnstiftende, biografisch-psychologische Aufklärung als er auch – durch die Aufklärung der Öffentlichkeit über die Umstände in Institutionen – seinen erlittenen Beschädigungen im Lebenslauf einen erweiterten Sinn zu geben vermag.

Zu Beginn seiner Bewältigungs-Karriere hatte er versucht, sozialen Halt und Krisenprophylaxe in psychiatriespezifischen Gruppierungen zu finden (v. a. in der Münchener Anti-Psychiatrie-Szene). Mit der enttäuschenden Erfahrung, dass Profis und Betroffene zwar zu Freunden wurden, in Krisenzeiten aber nicht ausreichend zur Verfügung standen, wechselt er seinen Freundeskreis. Er findet nicht-psychiatriekundige Freunde, mit denen er bald gemeinsam in einer Transportfirma arbeitet und sein soziales Alltagsleben teilt. Mithilfe dieser Unterstützung auf Gegenseitigkeit kann er seine Krisenvorsorge verlässlich gestalten. In dieser *»Bindung«* sichert er seine psychischen und sozialen Grenzen, behauptet seine *»Autonomie«* und gewinnt das (Macht-)Potenzial, öffentliche Sanktionen abzuwenden (wie die bisherigen Zwangseinweisungen oder die gesetzlichen Betreuungen). In diesem Kontext erhält die vormals vehement abgelehnte psychiatrische Medikation nun eine klar zugeordnete, komplementäre Bedeutung, die er für sich akzeptieren kann.

Er wählt damit Strategien, die zu seinem handlungsbezogenen, eigenständigen und gemeinschaftsbezogenen Lebenskonzept passen, und die ihn zufriedenstellen:

- *»... aber irgendwie: ich leb' noch! Und ich fühl' mich wohl!«* (S. 9)

Dazu gehört auch, dass er seinen kulturellen Neigungen und Fertigkeiten (Kabarett, Musik, Theater) nachgeht, gemeinsam mit anderen Menschen *»mit und ohne Psychiatriebezug«*.

Bemerkenswert ist, dass er gemeindepsychiatrische Hilfen, auf die er selbst zu verzichten gelernt hat, nicht abwertet, sondern sie als für andere Betroffene durchaus hilfreiche Unterstützungsmöglichkeiten anerkennt: Er fühlt sich in seinem Konzept und seinen Erfahrungen so weit stabil, dass er nicht auf die Abwertung anderer Positionen zurückgreifen muss. Damit bleibt er einem Lebenskonzept der konsequenten Orientierung am Einzelnen treu.

Gleichwohl vertritt er seine inhaltliche Botschaft, wonach die Gemeindepsychiatrie sich stärker auf die existenziellen Absicherungen und die je individuellen

Belange der psychisch Kranken ausrichten müsse. Dass er ohne sie zurechtkommt, ist für ihn ein wichtiger Indikator für seine (wieder erlangte) Selbstständigkeit. Sie stellt für ihn das warnende Äquivalent für ›Hilfsbedürftigkeit‹ dar, und die ist immer auch mit drohendem sozialem Ausschluss verbunden. Die Unterstützungsleistung dieser Hilfen für ihn besteht darin, dass sie ihm eine Grenze aufzeigen, bis zu der er *nicht* auf sie angewiesen ist und zu ihnen verpflichtet werden kann:

Die Nicht-Inanspruchnahme garantiert ihm den Status, kein ›chronisch psychisch Kranker‹ zu sein. Dies stellt eine wirkungsvolle Lebens-Versicherung für ihn dar.

Mit der Betonung seiner Unabhängigkeit von psychiatrischen Diensten sowie der Gefahr für die Souveränität bei deren Nutzung markiert er meiner beruflichen Position gegenüber eine klare Distanz. Er findet es »*nicht uninteressant für die Allgemeinheit und die Profis*«, wie es drinnen in der Psychiatrie aussieht, und wie jemand ohne die empfohlenen Hilfen sein Leben mit Psychosen meistert. Er möchte diese Botschaft vermitteln, und insofern nutzt er das Interview zur Stärkung seiner eigenen Identitäts-Politik.

Ich wundere mich, dass er angesichts seiner schwierigen Erfahrungen das Profi-Lager (und damit auch mich) nicht emotionaler kritisiert und mit Vorwürfen herausfordert. Ich stelle mir vor – auch aufgrund seiner Schilderungen von impulsiven, aggressiven Szenen während seiner Psychosen –, dass er dieses Potenzial durchaus zur Verfügung hätte. Vielleicht stellt er sein Bestreben, auch aggressive Impulse zu richten, hinter ein Bestreben nach ›gutem Auskommen‹ in freundschaftlichen Beziehungen zurück. Seine überzeugende und beeindruckende Menschenfreundlichkeit wäre dann die komplementär ›gute‹ Seite dazu.

Auffallend ist, dass es mir in meinen Entgegnungen schwerfällt, die Ebene der konkreten, dinglichen Lebenspraxis zu erweitern und nach Hintergrundsannahmen zu forschen. Hier nehme ich die Haltung auf, mit der auch Herr V. sein Leben überwiegend betrachtet. Dabei bleiben vertiefende Fragen nach Identität und Repräsentation offen, die wir zumindest in diesem Gespräch nur streifen. Ich vermute, dass auch Herr V. wichtige existenzielle Fragen als offen verspürt, aber (noch) nicht genauer in Worte zu fassen vermag. Diese Fragestellungen liegen für ihn weiter entfernt von seiner Praxis der Lebensbewältigung.

Wofür steht Herr V.?

- Gründet seine Autonomie auf den Freundeskreis und eigene Aktivität: »Die haben das ganz gut im Griff.« Sichert Autonomie durch umfassende soziale Bindung in der Gruppe und gegenseitigen Beistand: »Irgendwie ist das ja auch Sozialpsychiatrie, was ich mach'!«

- Für eine kommunikative, soziale Vorsorge-Strategie: Freunden fällt es auf, wenn er ›wirres Zeug‹ redet; sie kümmern sich um ihn, besitzen seinen Wohnungsschlüssel, animieren ihn zur medizinischen Behandlung. Auf ihren Rat hin geht er in die Klinik.
- Hat klare Vorstellungen von Lebensqualität und Souveränität: Unabhängigkeit von öffentlichen Hilfen wahren, den Alltag selbstverantwortlich und mit Lebensfreude gestalten.

Fallporträt 3/Interview 14/Frau B.

- »Jedem Menschen, der uns anzweifelt, gönne ich mal einen schönen Tag in der Manie!« (S. 19)

Zu den Einschluss-Kriterien

- Diagnosen: Manisch-depressive Psychose; religiöser Wahn; Wochenbett-Psychose
- Klinik-Aufenthalte: ca. sechs; zuerst 1984 (mit 25 Jahren), zuletzt 1997 (mit 37 Jahren)
- Kontakte mit gpD: SpDi-Arbeitsassistentin seit zehn Jahren kontinuierlich, etwa eine Stunde pro Woche
- Ambul. Behandlung; derzeit in Klinikambulanz; etwa alle drei Wochen; kurze Kontakte zu verschiedenen Psychotherapeuten

Zur Person und Biografie

Frau B. ist 40 Jahre alt und wurde als einziges Kind ihrer Eltern (Bundesbahnbeamter/Hausfrau) in Niederbayern geboren. Gemeinsam mit den Eltern siedelte sie Ende der 70er-Jahre nach München um. Sie ist geschieden und alleinerziehende Mutter eines heute zwölfjährigen Sohnes. Mit diesem lebt sie überwiegend bei ihren eigenen Eltern. Daneben bewohnt sie – allerdings selten und dann allein – eine eigene Zweizimmerwohnung am Stadtrand.

Nach dem Abitur hatte sie ein Sprachen-/Übersetzungsstudium absolviert – nach wie vor im Elternhaus lebend –, und gerade eine erste Arbeitsstelle begonnen, als sie »schlagartig« ihre erste manisch-depressive Psychose entwickelte. In den ihr gut vertrauten Bildern der katholischen Glaubenslehre erfuhr sie intensive Eingebungen von Untergangs- und Erlösungsszenen, die ihre Alltagsfähigkeiten so stark beeinträchtigten, dass sie von ihren Eltern schließlich zu einem ersten, ein

Jahr andauernden Aufenthalt in eine Uni-Klinik gebracht wurde. Danach hatte sie ihre Arbeitsstelle verloren und sich ihrer Umgebung ›zu Hause‹ entfremdet.

Sie kehrt im Anschluss wieder ins Elternhaus zurück und findet eine neue Teilzeitarbeit – vor allem aber die Bindung zu einem beruflich erfolgreichen Mann, den sie in der Klinik als Patient mit ähnlicher Symptomatik kennengelernt hatte. Beide erhoffen sich wechselseitiges Verständnis für ihre besondere psychische Lage, und heiraten. Sie gründen einen gemeinsamen Hausstand im Umland Münchens und erwarten bald ein erstes Kind. Doch mit der Geburt des Sohnes dekompenziert Frau B. ein weiteres Mal mit einer schwerwiegenden Wochenbett-Psychose: sie wähnt Weltuntergangs- und -errettungsszenarien auf dem Hintergrund einer christlichen Bilderwelt. Auf der einen Seite entwickelt sie Visionen ihres Sohnes als eines Welterlösers (»*Wie Christus am Kreuz*«), und von sich selbst als einer Art »unfreiwilliger Gottes-Mutter« (S. 7). Andererseits ist sie diesen ›göttlichen Kräften‹ ohne Schutz und Einfluss ausgeliefert, und in ihrer Vorstellung stirbt sie ›tausend Märtyrerinnen-Tode bis zum Weltuntergang‹.

Für ein halbes Jahr wird sie in der psychiatrischen Klinik behandelt – getrennt von ihrem Sohn, der inzwischen von ihren eigenen Eltern betreut wird. Ihr Mann zieht sich währenddessen aus der Ehe zurück (später setzt er die Scheidung durch). Ihre Eltern übernehmen langfristig die Sorge und den Lebensmittelpunkt des Kindes. Frau B. vermag zwar, eine eigene kleine Wohnung am Stadtrand anzumieten, sieht sich aber zur alleinigen Kindesversorgung nicht in der Lage. So pendelt sie in ihrem Lebensmittelpunkt zwischen dem Elternhaus – in dem nun auch ihr Sohn lebt – und der eigenen Wohnung.

Bereits von der Klinik aus wurde der Kontakt zur ›*Arbeitsassistentin*‹ – einer Sozialpädagogin mit dem Aufgabenschwerpunkt ›Erhalt und Vermittlung von Arbeit für schwerbehinderte psychisch Kranke‹ – am zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst geknüpft. Daraus entwickelte sich eine seit nun zehn Jahren stabile, vertrauensvolle und wirksame Hilfebeziehung. Der Pädagogin war es nicht nur gelungen, die sozialen Verhältnisse von Frau B. in Bezug auf Arbeit, Kindergarten und sozialrechtliche Ansprüche zu ordnen und weiterzuentwickeln, sondern auch als vertrauenswürdige persönliche Ansprechperson von Frau B. akzeptiert zu werden. Schwankungen im Familien- und Arbeitsleben, aber auch in der psychischen Verfassung konnte Frau B. hier hilfreich besprechen, und mit dieser Unterstützung produktiv weiterentwickeln.

Einer – trotz Schwerbehindertenausweis (wir befinden uns Ende der 80er-Jahre) – rasch gelingenden Vermittlung einer Teilzeit-Arbeitsstelle in ihrem Berufsspektrum folgten in den Jahren darauf zahlreiche Anpassungen dieses Arbeitsplatzes an veränderte Aufgabenstellungen und ihre persönliche Leistungsfähigkeit. Diese Umstellungen waren für Frau B. jeweils mit psychischen Destabilisierungen verbunden, aber auch mit rechtzeitigen und adäquaten Vermittlungen der Arbeitsassistentin gegenüber der Betriebsleitung. So konnte eine wiederkehrend

im Raum stehende Kündigung abgewendet, und stattdessen die Arbeitsaufgabe angepasst werden. Dies betraf umgekehrt auch eine Phase, in der Frau B. überwiegend monotonen Arbeitsabläufen nachging, und in ihrer Motivation und Stabilität nachzugeben drohte: hier konnte durch eine Fortbildungsmaßnahme ein abwechslungsreichere Tätigkeit angesteuert werden. Frau B. nahm dafür eine Position in Kauf, die im Niveau unter ihrer Ausbildungsqualifikation liegt. Der Erhalt ihres Firmenarbeitsplatzes war ihr wegen des weitgehend stigmatisierungsfreien und positiven Umgangs mit ihrer Erkrankung sehr wichtig. Eine bessere Alternative hatte sich nie gezeigt – und war vermutlich auch tatsächlich nicht auf dem Arbeitsmarkt zu finden.

In den Folgejahren kommt es zu einigen psychotischen Episoden mit – ca. vier weiteren – Klinikaufnahmen, nun aber von wesentlich kürzerer Dauer und mit größerem Einvernehmen zwischen Frau B., Angehörigen und Behandlungsteam. Sie kann jeweils wieder in den etablierten Lebensrahmen zurückkehren – diesen allerdings auch nicht weiterentwickeln. Heute bestreitet Frau B. ihren Lebensunterhalt aus dieser Berufstätigkeit und den Unterhaltszahlungen des Ex-Mannes an ihren Sohn. Daneben wird sie von den Eltern materiell unterstützt.

Frau B. ist ein freundlicher, entgegenkommender Mensch, betont lebensfroh und mitteilbar. Sie bevorzugt im Kontakt eher die verbindenden Elemente als die individuell unterscheidenden. In ihrer äußeren Erscheinung gibt sie sich einen eher konventionellen Ausdruck. Sie spricht flüssig und gewandt in heimat-sprachlichem Tonfall.

Motiv zum Interview: Sie findet »es gut, dass einer von euch mal mit einem Patienten redet«, und äußert den Wunsch, die psychiatrische Versorgung zu verbessern, wozu sie mit ihrer Gesprächsbereitschaft beitragen will. Es ist ihr erstes Interview dieser Art.

Vermittlung: Von der vorliegenden Studie hatte sie von ihrer Beraterin am SpDi gehört, und sich daraufhin bei mir gemeldet. Deren Engagement möchte sie mit dem Interview auch persönlich würdigen.

Zum Interviewsetting

Das Gespräch findet in der Wohnung von Frau B. statt, die sie nur sehr selten benutzt. Das Wohnzimmer ist konventionell und mit zahlreichen Plüschtieren, Kissen und Wandschmuck ausgestattet. Es zeigt sowohl Anteile eines Kinder-/ »Mädchen«-Zimmers wie eines Erwachsenen-Zimmers. (*»... Die Wohnung war halt ursprünglich für mich und meinen Sohn gedacht, deshalb ist halt bei mir alles ein wenig kindlich eingerichtet. Aber ich mag das auch! ...«*) Die übrige Wohnung wirkt wenig belebt und dient mehr als Abstell-Gelegenheit. Wir sitzen am Wohnzimmertisch, Frau B. bedient mich mit Tee und Gebäck.

Zur subjektiven Interpretation von Psychoseerleben, Identitätsarbeit und Souveränität

Frau B. versteht ihre Erkrankungsbereitschaft als Ausdruck ihrer besonderen Empfänglichkeit für religiöse Bilder und Visionen, für einen an sie gerichteten Auftrag, die christliche Heilsbotschaft – in der Trias ›Weltuntergang, Jüngstes Gericht und Erlösung‹ – zum Ausdruck zu bringen.

- »... meine Psychose ergießt sich in religiösen Vorstellungen. Also ... die seh' ich in mir drinnen wie Visionen. Wissen Sie, es gibt ja so Leute, die haben auch so religiöse Visionen oder Wahnvorstellungen, und zu denen sagt man, sie seien Heilige oder besondere Menschen – und bei mir hat man das genaue Gegenteil gesagt: die ist krank, die ist verrückt!« (S. 9)

Dabei bestehe ein enge Affinität zwischen dem Leiden der Welt und ihrem eigenen Leiden an der Polarität von »Gut und Böse«:

- »(aus der Binnen-Perspektive) ... es kommt der Weltuntergang auf dich zu! Weil du die Gottesmutter bist, jetzt waren alle Streitigkeiten auf der Welt, die waren in mir drinnen. Gut und Böse, also jetzt in jeglicher Form, ob Kreaturen oder was auch immer ... dieser Kampf, und den sollte ich also gewinnen, und hab' es also nicht geschafft. Weil ich einfach so dagelegen bin: du erlebst alles noch einmal, so wie die Heilige Katharina, auf dem Rad: dein ganzes Leben rollt noch einmal vor dir ab. Ich hab' mich sterben sehen, ich hab' mich geboren worden sehen – es war ganz verrückt.« (S. 7)
- »Das ist bei mir auch so ein gewisses Sendungsbewusstsein. Ich hab' das Gefühl, dass da einfach ... es so abläuft, dass da irgendwann einmal was zusammenkommt. Dass meine sog. Krankheit mit dem Schicksal der Welt zusammenkommt. Das wär' optimal ... Ich hab' zum Beispiel 1987 vorhergesagt, dass der Kommunismus zusammenbricht, dass Gorbatschow nach München kommt, ... und das ist dann alles eingetreten. Da haben alle gesagt: die spinnt! ... Aber ich hab' das so richtig kommen sehen, dass die Mauern fallen, und die Russen versöhnen sich mit den Deutschen, und dann tritt der große Friede ein.« (S. 16)

Ihre Visionen und ihr Glück/Leiden daran sind phasenweise so intensiv (und affektiv stark depressiv oder manisch getönt), dass sie in Konflikte mit der Realität in Familie und Arbeitswelt gerät, aber auch selbst an die Grenze ihrer Kräfte gelangt (Schlaf, Nahrung, Orientierung). Krankenhausbehandlungen sind die Folge, zu denen sie gebracht wird, weil die Intensität sie verrückt zu machen droht – und sie sich niemandem mehr verständlich machen kann. Bei den ersten beiden Hospitalisationen betrachtet sie die psychiatrische Station als den Inbegriff der zu erleidenden Höllenqualen (Medikamente mit gravierenden Nebenwirkungen, Ambivalenzen in Beziehungen, Zwang), sie muss mit Höchstdosen von Neuroleptika und professioneller Regulierung beruhigt werden. Aber auch diese Erfahrung ist in ihrem Leidens- und Läuterungsverständnis bereits inbegriffen.

In späteren Phasen entwickelt sie Verständnis und sogar Akzeptanz für die psychiatrischen Strategien – die sie dann stärker auf die ›Krankheitsanteile‹ bezogen wahrnimmt, und nicht mehr auf die ›eigentlich‹ spirituellen Aspekte ihrer Visionen:

- »Mmh, weil ich mehrere solche Wellen hinter mir hab'. Das ist einfach ... diese manisch-depressive Psychose ... Ich versteh' die Ärzte voll und ganz, und da geb' ich ihnen vielleicht sogar Recht: es gibt eine gewisse Linie, und die versuchen die Ärzte immer anzusteuern. Wenn ich oben drüber bin, wissen S', da bin ich SchauspielerIn, da geht die Post ab! Das ist also echt ... toll! Da habe ich schon so viele zum Lachen gebracht. Aber das war nicht irgendwie was Blödsinniges, sondern ich hab' meistens irgendwelche Schauspieler aus irgendwelchen Theaterstücken rezitiert ... Und da ist einfach das Gefühl, ich bin drüber, weil ich glaube, in einer anderen Welt zu leben, die einfach toll und schön ist – und die andere Seite ist halt so diese Depression. Und da haben halt die Ärzte jetzt schon auch Bedenken, dass ich nicht dauernd da ›reinsaus‹.« (S. 12)

Sie lernt ihr Behandlungsmanagement so zu gestalten, dass sie als kooperative Patientin gelten kann und mit einer möglichst minimalen Medikamentendosis auskommt:

- B.: »Ja. Die sind auch ganz zufrieden mit mir. Ich nehm' meine Medikamente ... also in der richtigen Manie hab' ich gemeint, ich muss sie nicht nehmen ... Aber wissen Sie, *man hat ja doch ein ... gewisses Ziel in sich drinnen*, dass man einfach sagt: ›*Das möchte ich, und da weiche ich nicht ab.*‹ Und wenn ich andere Ideen hab', dann bleib' ich doch auf einer Grundidee bestehen und sag': ›Ich zieh' das jetzt so durch!‹«
- I.: »Und das schließt sich ja nicht aus, dass Sie dennoch Ihre Vorstellungen oder Visionen – dass Sie die *auch* haben können.«
- B.: »Ja!« (S. 11)

Mit zunehmender Patienten-Erfahrung lernt sie, verschiedene Helfer-Berufe für unterschiedliche und begrenzte Anliegen zu nutzen: die Ambulanz-Ärztin für eine möglichst moderate Medikation, den Pfarrer/Theologen für die Schöpfung von Sinn(-variationen), die Sozialpädagogin für die Begleitung am Arbeitsplatz und für die »menschliche« Erfahrung als Mutter in widrigen Lebensumständen. Sie vermag diese Beziehungen und Anliegen auszubalancieren und vermeidet Dialoge, welche die Helfer in die Situation bringen, Sanktionen einsetzen zu müssen.

So berichtet sie ihren ärztlichen Behandlerinnen nichts mehr von ihren ›psychoserelevanten‹ Visionen, und begrenzt den Kontakt auf kurze Rücksprachen zum psychischen Befund und zur Medikamentendosis. Auch die Versuche, ihre Visionen psychotherapeutisch aufzuhellen, gibt sie wieder auf, nachdem sie keine Resonanz auf ihr Bemühen um »Sinn-Schöpfung«, und auf den inneren Stellenwert ihrer religiösen Visionen (für ihre Selbstwert-Schöpfung) erhält.

Als Fachleute für Visionen will sie nun wieder Theologen und Pfarrer ansprechen, und dabei ihre inneren Bilder theologisch unterfüttern: Hier muss sie nicht fürchten, zusätzlich pathologisiert zu werden, sondern kann sich auf der inhaltlichen Ebene ihrer Visionen austauschen.

Mit ihrer gemeindepsychiatrischen Begleiterin schließlich kann sie über alle Lebensbelange sprechen, darunter auch »den ganzen religiösen Sums« (S. 8 f.). Aber hier geht es für beide v. a. um die Balancierung des Alltags: »...Und das ist ja auch ein Schmarrn, ich muss mich ja in der jetzigen Welt zurechtfinden, und nicht in einer, die mal sein könnte.« (S. 9)

So nutzt sie die Begleitung durch die SpDi-Betreuerin, um die Basis ihrer sozialen Eigenständigkeit zu erhalten und auszubauen, und damit sicheres Terrain zu gewinnen jenseits der Gratwanderung zwischen Depression/Selbstzweifeln einerseits, und überhöhten Visionen andererseits. Für Frau B. geht es keineswegs darum, sich ihrer Visionen zu entledigen. Aus diesen bezieht sie Lebenssinn und Orientierung im Leben – und manche Kompensation für ein nicht errungenes Lebensglück im familiären und beruflichen Bereich:

- »... ich sag' immer, mein jetziges Leben ist ja nix wert, wieso soll ich um mein Leben kämpfen? Wieso kümmern sich überhaupt Psychiater um mich – das kostet einen Haufen Geld! ... Also ich hab' einfach in der jetzigen Welt kein Selbstwertgefühl, überhaupt nicht! Ich weiß, das kommt erst dann, wenn sich diese Welterneuerung tut, und ich nehm' an, die tut sich bald! ... (S. 9)
- »Darum weiß ich, ich leb' in der jetzigen Welt, als ganz stinknormale Frau und Mutter. Ganz eine normale, einfache Frau, die zwar mal etwas studiert hat, und die jetzt aber ganz primitive, einfache Aufgaben erledigt, den Aschenputtel für andere spielt momentan noch ... Aber die wird irgendwann einmal brillierend dastehen! ... Das ist also, was ich glaube. Und das dauert noch.« (S. 17)

Sie versucht vielmehr, die Balance ihrer inneren Bilder und Stimmungen ausgewogener halten zu können, sodass sie einen inneren Frieden auch *still genießen* kann, und weniger stark in die ›laute‹ Polarisierung zwischen Gut und Böse gerät. Dabei ist ihr die medikamentöse Behandlung eine wichtige Stütze geworden – seit sie auf die neuen, ›atypischen‹ Neuroleptika zurückgreifen kann, mit ihren deutlich geringeren Nebenwirkungen. Aber auch ihre gewachsene Selbstsorge im Hinblick auf Schlaf, Reizausgleich und Stimmungsachtsamkeit tragen zu dieser Fähigkeit bei.

Auch leidvolle Prozesse erhalten damit eine sinnvolle Rahmung. So kann sie ihren wiederkehrenden Entwertungs- und Suizidneigungen dadurch begegnen, dass sie sich auf dem Weg zu einer gelobten guten Welt sieht, in der sie eine brillante Position einnehmen wird. Der Weg des Leids ist in ihren ›Heiligen-Gestalten‹ vorbildhaft gezeichnet: diesen gilt es durchzustehen, bevor das Tor zum Paradies sich öffnet. Jede suizidale Handlung würde den Erfolg dieses Weges rauben – und ist darüber hinaus moralisch tabu.

Sie erhält sich damit die Deutungs-Hoheit über die Interpretation ihrer inneren, psychischen Prozesse, und grenzt sich gegenüber medizinisch orientierten Psychiatrie-Profis ab (welche in ihren Stimmungen und Visions-Bildern lediglich Pathologisches zu erkennen vermögen). Allerdings geht sie dafür auch den Preis ein, mit ihren religiösen Deutungen auf Unverständnis in ihrer sozialen Umgebung zu stoßen. Für ein Stück persönlicher Authentizität ›bezahlt‹ sie mit einer Entfernung von sozialer Anerkennung und gesellschaftlichen Teilhabe-Chancen. Selbst in religiösen Zirkeln, die sie gelegentlich besucht hatte, konnte sie mit dem Kern ihrer Visionstätigkeit nicht ›landen‹ und Anerkennung finden.

Frau B. nimmt keine Kontakte in den Bereich der Selbsthilfe auf, »... im Gegenteil. Ich hab' versucht, eher mit den sog. ›Gesunden‹ wieder klarzukommen. Dass ich mich so orientieren kann, was ist denn eigentlich so ... ›in‹. Was wird eigentlich so gesprochen? ... Wissen Sie, wenn ich jeden Tag auf die Arbeit geh' und mir die Typen so anschau, da denk' ich mir: ›wieso sind die normal, und wieso bin ich abnormal? Ich bin doch genauso wie die auch. Bloß dass ich selber halt leiden muss.« (S. 14)

Sie sorgt sich darum, wegen ihrer ›Auszeiten‹ in Psychiatrie und Elternschaft den sozialen Anschluss ganz zu verlieren. Sie befürchtet, ihre Chancen könnten verflissen sein:

- »... wo ich mir denk': diese ganzen letzten 20 Jahre meines Lebens, wo ich also nur mit der Psychiatrie zu tun gehabt hab', die ... vergess' ich einfach! Wissen S', ich fühl' mich überhaupt nicht wie 40! Ich fühl' mich ehrlich gesagt wie 20! Nein, wie 17! So wie wenn ich noch nie einen Partner eben gehabt hätte ... Das ist alles an mir vorbeigerauscht, das ganze Leben, das ist einfach alles weg! ... (*spricht sehr schnell*) ... Und ich bin einfach so auf dem Start-Block, hier steh' ich mit meinen 17 Jahren, und warte auf den Augenblick, wo tatsächlich mal einer – ein Partner – zu mir steht!« (S. 5)

Während sie sich früher als kontaktfreudig und lebenslustig beschreibt, schildert sie aus der Jetzt-Zeit keine Unternehmungen oder Kontaktfelder, in denen sie sich gesellig bewegt. Sie sieht sich in ihrem Zuhause ›gebunden‹, und in ihrer ›sozialen Energie‹ auch durch Krankheit und Behandlung geschwächt.

Mit Blick auf ihr Leben kann Frau B. einerseits den Reichtum und die enormen Schritte bei der (Re-)Konstituierung einer normalen Lebenswelt sehen,

- ... *ich bin so ein Mensch, der so eigentlich ... in seinen vierzig Jahren alles erlebt hat, also ... Freude, Leid, und Hoch und Tief, es ist eigentlich alles da, und alles kompakt.* Pack' ich in eine Schachtel und sag': ›So, das ist jetzt da drinnen, und ich fang' an! Ich bin siebzehn! ... Und ich schau', dass ich meinen Beruf wieder aufmöbel'. Das möchte ich alles wieder machen, alles was ich gelernt hab'. Es ist ja für mich zum Verzweifeln, Herr Jehle! Ich hab' alles verloren an Wissen, was ich mal gehabt hab'! Ich war wirklich mal gut drauf. Ich denk' mir heute, ich könnte das nie im Leben mehr! (S. 13)«

andererseits sieht sie auch die enorme Entfernung zu den normalisierten Lebenswelten anderer:

- Und jetzt bin ich wieder in der Abhängigkeit von meinen Eltern eben, durch meinen Sohn, und häng' jetzt da irgendwo zwischen Landkreis und Stadt in der Gegend herum, und ... und wart' wirklich darauf, dass sich irgendwann einmal ein Wunder auftut, ... dass ich endlich mal den Mann meines Lebens find'! So komisch das jetzt klingt, aber das ist für mich die Rettung, ... (S. 5)
- Wissen Sie, ich fühle mich irgendwie in der Position wie Dornröschen: ich warte und warte und warte ... Auf was wart' ich? (*lacht*) ... Ich wart' drauf, dass ich endlich mal den Partner meines Lebens kennenlernen', der sagt: ›O.k., jetzt packen wir's zusammen.« (S. 4)

In diesem ›Moratorium‹ erlebt sie den ständigen Wechsel ihres Lebensgefühls zwischen Entwertung und Aufwertung – ihre Erkrankung an einer ›bipolaren‹ Psychose wirkt als Spiegelbild dazu.

Interpretierende Zusammenfassung

Frau B. erzählt ihre Geschichte so, dass sie seit vielen Jahren von manisch-depressiven Psychosen plötzlich und auf dramatische Weise (ohne ihr Zutun) ›heimgesucht‹ wird, die in ihrem Kern von religiösen Visionen und Eingebungen ausgehen. Wenn ihre Lebenssituation zusätzliche vulnerable Passagen beisteuert – wie eine Umorganisation an ihrer ersten Arbeitsstelle oder die Geburt ihres Sohnes – erreichen diese Visionen eine Intensität, bei der sie ihre Selbststeuerungsfähigkeit verlieren kann. Ihr visionäres Glück und ihre ›höllen-nahe‹ Verzweiflung sind für andere nicht mehr mitvollziehbar. Sie wird dann von Angehörigen oder ihrem sozialen Umfeld in die Psychiatrie gebracht. *Letztlich sind es die anfangs extrem langen Behandlungsphasen im Krankenhaus, die neuroleptische Medikation und die sozialen Konsequenzen in Familie und Arbeitswelt, die sie in ihrem Fortkommen stärker behindern als ihr Psychoseerleben selbst*, und sie zu einem Verharren in einer unbefriedigenden Lebenssituation zwingen: Sie erfährt gravierende Nebenwirkungen der Medikation, geht einer unterwertigen Beschäftigung nach, hat einen Schwerbehinderten-Ausweis, lebt nach der Scheidung – gemeinsam mit ihrem Sohn – wieder bei ihren eigenen Eltern, hat keinen Partner und keine reale Aussicht, dass sich diese Lage in den kommenden Jahren verbessern könnte.

An wesentlichen Passagen ihres Erwachsenen-Lebens vermochte es Frau B. nicht, das sozial erforderliche Maß an ›Passung‹ und Selbstverantwortung ›durchzustehen‹. Sie muss erhebliche Einbußen bei ihrer Selbst-Anerkennung, und bei der sozialen Anerkennung durch andere verkraften: der Schwerbehinderten-Ausweis, ein ›Minderleistungs-Beitrag‹ des Arbeitsamtes an die Firma, Zurückweisungen

durch gewünschte Beziehungspartner, aber auch ihr zwischen Eltern und Sohn eingezwängter Lebensmittelpunkt machen ihr zu schaffen. Ihr Selbstwertgefühl ist anhaltend beschädigt: »... *ich sag immer, mein jetziges Leben ist ja nix wert, wieso soll ich um mein Leben kämpfen?*« (S. 9) Sie äußert sich immer nahe an Depressionen und in der Folge suizidalen Neigungen.

Das Hadern um eigenen Wert schildert sie als Ursprung und Hintergrund ihrer ganzen Erkrankung. Demgegenüber hat sie mit ihren religiösen Visionen und manischen Glücksphasen ein Tor entdeckt, durch dessen Öffnung sie sich in die Lage versetzt, sich als eine Frau mit einem besonderen spirituellen Auftrag und Talent zu definieren. Dadurch entkommt sie der im ›profanen‹ Alltag drohenden Abwertungs-Spirale, erfährt sich als wieder quicklebendige, unbelastete »17-Jährige«, und gewinnt Sympathie und Respekt, auch vonseiten der Behandler. Weil die Visionen so stark sind, überfordern sie ihre menschlichen Fassungs-Kräfte. Dies ermöglicht ihr, sich in dieser Verfassung als ›krank‹ und behandlungsbedürftig zu begreifen: in dem Sinne, dass sie ›ehrenhaft‹ leidet, und auch für andere mit-leidet, aufgrund ihrer besonderen Mittler-Position.

Dennoch bleibt die Selbstwertfrage auch in ihren Visions-Bildern prekär: Sie nimmt zwar die besondere Rolle der ›Seherin‹ ein – kann aber selbst weder zum Prozess des Untergehens und Leidens noch dem der Erlösung etwas steuernd beitragen: sie *erleidet* diese Dimension buchstäblich in Ohn-Macht. Passives Erleiden einer mächtigen Vision gehört zu ihrer inneren Bilderwelt: Sie bleibt ihr ausgesetzt, und entsprechend vage sind ihre Vorsorgemaßnahmen und -absprachen: Keine ›Heilige‹ kann kurz vor dem Moment ihrer ›Ekstase‹ oder ihrer ›Verkündigung‹ eine Absprache mit ihrer Umgebung über die Abwehr psychiatrischer Krisenanzeichen treffen. Erleiden und Überwältigtwerden, ›sich nicht mehr entgegensetzen können‹, das ist Teil ihrer inneren Visions-Gestalt, die sich nicht nach rationalen Kriterien regulieren lässt. (Ein Spiegelbild davon war auch in unserem Gespräch enthalten: Frau B. ließ an einigen Passagen eine ›Hebung der Gefühlslage‹ spüren, die mich zu stärkerer Gesprächsstruktur animierte.)

Die Erfüllung sehnlichster Wünsche bleibt auf eine ferne Zeit bezogen. Ob es bereits ein Stück Paradies auf Erden geben wird – das muss (mehr als) fraglich bleiben. Dass sie ihrem »Sendungsbewusstsein« auch mit souveräner Selbstironie und pragmatisch begegnen kann, zeigt sie in einer Sequenz in Bezug auf ihre Betreuerin:

- »... Die Frau H. weiß darüber Bescheid, die kennt den ganzen religiösen Summs von mir, und ich kann ihr ja nicht jedes Mal davon erzählen, wenn ich zu ihr hingeh' ... «(S. 8f.)

Professionelle Hilfen nutzt sie inzwischen souverän und auf eigene Initiative. Ihre Erzählungen gegenüber den verschiedenen Profis unterscheidet sie mittlerweile funktional: Den ärztlichen Behandlern berichtet sie nichts mehr von religiösen

Visionen, sondern begrenzt den Kontakt auf kurze Rücksprachen zum psychischen Befund und zur Medikamentendosis. Als Fachleute für Visionen spricht sie Theologen und Pfarrer an, um ihre inneren Bilder zu kommunizieren und theologisch zu unterfüttern: Hier muss sie nicht fürchten, zusätzlich pathologisiert zu werden. Mit ihrer gemeindepsychiatrischen Begleiterin kann sie über alle Lebensbelange sprechen, darunter auch »den ganzen religiösen Sums«. Aber hier geht es für beide v. a. um die Balancierung des Alltags: »... Und das ist ja auch ein Schmarren, ich muss mich ja in der jetzigen Welt zurechtfinden, und nicht in einer, die mal sein könnte.« (S. 9)

So nutzt sie die Begleitung durch die SpDi-Betreuerin, um die Basis ihrer sozialen Eigenständigkeit zu erhalten und auszubauen, und damit sicheres Terrain zu gewinnen jenseits der Gratwanderung zwischen Depression und Selbstzweifeln einerseits, und überhöhten Visionen andererseits.

Für den Fortgang ihrer souveränen Lebensgestaltung wird entscheidend sein, wie sich ihr Sohn in Pubertät und Adoleszenz zu ihren Lebensdeutungen stellt, und wie er seine Ablösung von zu Hause organisiert. Bislang bildet er mit seinem ›Erziehungs-Bedarf‹ den Hintergrund für eine gemeinsame Lebensform der Drei-Generationen-Familie.

Frau B. deutet die fest gefügten Konfliktthemen in diesem Arrangement an, und bezieht eine ambivalente Position zu ihrem Verharren im Elternhaus – ohne demgegenüber allerdings initiativ zu werden. Sie verzichtet auf mehr Eigenständigkeit, und so bleibt ihre Autonomie in der größeren, stärkeren Bezogenheit im Elternhaus gebunden.

Wofür steht Frau B.?

- ... für eine Psychose-Erfahrenere, die sich ihre besonderen Eingebungen und Stimmungen nicht »ausreden« und nicht »wegbehandeln« lassen will. Sie weiß oder ahnt, dass die hintergründige Verzweiflung über ihren Selbstwert unerträglich wäre, hätte sie nicht jenes besondere Tor zum (manisch formulierten) religiösen Glücksgefühl, das sie positiv von allen anderen ›normalen‹ Menschen und Erlebnisweisen abhebt.
Der *Zugewinn an Authentizität steht dabei einem Verlust an sozialer Anerkennung* gegenüber: Sie wird akzeptiert, geschätzt, ist auch beliebt – wird aber wegen ihrer Ausfälle an emotionaler und arbeitsökonomischer Stabilität nicht ›für voll‹ genommen.
- ... für eine Psychiatrie-Erfahrenere, die in sehr enger Bindung mit und in ihrer Herkunftsfamilie lebt, ja sogar ihren eigenen Sohn mit »nach Hause« gebracht hat. Dadurch ist sie im Hinblick auf ihre *soziale Integration* stärker gesichert (z. B. beim Wohnungserhalt, bei finanzieller und alltäglicher Unterstützung),

allerdings im Hinblick auf eine souveräne Lebensgestaltung und ein geselliges Sozialleben auch stärker gebunden.

- ... für eine Betroffene, die ihre Erkrankung als Ausdruck eines inneren Leidens versteht, bei dem das Leiden der Welt und ihr eigenes zusammenfallen. Sie versteht es als persönliche Aufgabe/Mission, dieses Schicksal zu gestalten: also z. B. allzu große Ausschläge in Richtung Depression oder Manie zu vermeiden.
- stellt die jeweilige ›Passung‹ zu ihren Helfern entlang deren professionellem Selbstverständnis selektiv her – sodass sie Anerkennung von allen findet und Sanktionen vorbeugt. Ein seit zehn Jahren gepflegtes persönliches Vertrauensverhältnis zu ihrer gemeindepsychiatrischen Betreuerin hilft ihr bei ihrer persönlichen und sozialrechtlichen Souveränität.

Fallporträt 4/Interview 11/Frau R.

- »... und das, was so eine Krankheit auch sein kann: nämlich ein Schritt ins Leben! ... Das, was ich vor meiner Krankheit gelebt habe, war kein Leben!« (S. 43)

Zu den Einschlusskriterien

- Diagnosen: Schizo-affektive Psychose
- Klinik-Aufenthalte: zwei längerfristige: zuerst 1988 im Alter von 26 Jahren, mit anschließendem Tagklinik-Aufenthalt; danach 1994 im Alter von 32 Jahren
- Kontakte mit gpDi: Rehabilitation im Sozialpsychiatrischen Zentrum (drei Jahre); dort auch später ambulante Arbeitstherapie; Therapeutische Wohngemeinschaft (drei Jahre); SpDi 3 x (Beratung, Arbeitsassistenz); Berufsbildungs-Trainings und -kurse (2 x); Integrationsmaßnahmen des Sozialamtes (Hilfe zur Arbeit); Tagesstätte; Psychoseseminar; Selbsthilfe-Organisation
- Ambulante Behandlung: ng, Facharzt kontinuierlich; Psychotherapie 2 x, krankenkassenfinanziert

Zur Person und Biografie

Frau R. ist 38 Jahre alt und wurde in München als einziges Kind eines Fernmeldetechnikers und einer Buchhalterin geboren. Sie ist alleinstehend und wohnt mittlerweile wieder in der Nähe ihrer Mutter – der Vater ist vor zwei Jahren gestorben. Aus »praktischen Gründen« sei sie nach ihrer Geburt für ein Dreivierteljahr in ein Säuglingsheim gekommen, bevor sie von ihren Eltern nach Hause geholt werden konnte.

Nach dem Abitur beginnt sie in München ein sozialwissenschaftliches Studium, setzt dieses in Bielefeld fort und gerät hier 1987 – in fremder Umgebung – erstmals in eine psychosenahe Verfassung. Auf der Suche nach Hilfe und Verständnis wendet sie sich schließlich an ihre Eltern. Diese wollen eine Hospitalisierung vermeiden und holen sie zurück nach München in die elterliche Wohnung. Dort verdichten sich jedoch die psychischen und zwischenmenschlichen Konflikte und es kommt über einen Notarzteinsatz schließlich zu einer Notaufnahme in der Uni-Nervenklinik. Während eines Ausganges von der Klinikstation verübt sie – in der Wohnung der Eltern – einen gravierenden Suizidversuch, den sie durch glückliche Umstände überlebt. Von den erlittenen Verletzungen kann sie im Laufe einer mehrmonatigen Rehabilitation wieder vollständig genesen. An die insgesamt einjährige Klinikbehandlung schließt sich zu ihrer weiteren sozialen und beruflichen Rehabilitation ein langfristiger Aufenthalt im Sozialpsychiatrischen Zentrum in München an. Sie nutzt die deutlich gegebenen Grenzen dieser Institution, um sie zu überschreiten und dabei Orientierung zu gewinnen. Als sie die Diplomarbeit ihres unterbrochenen Studiums zum Thema »Suizid« wieder aufgreifen will, erweckt sie dort den Eindruck starker eigener Gefährdung, sodass sie erneut in die Klinik zwangseingewiesen wird. Im BKH Haar durchläuft sie schließlich eine mehrmonatige Soziotherapie, die ihr – über verschiedene ›Wendepunkte‹ und eine entwicklungsfördernde Struktur – zu mehr psychischer Stabilität und Orientierung für ihre künftige Lebensgestaltung verhilft.

Auf dem schützenden Hintergrund einer ›Therapeutischen Wohngemeinschaft‹ (TWG) erweitert sie anschließend ihre berufsbezogenen Kompetenzen: zunächst im Rahmen einer psychiatrischen Arbeitstherapie, danach eines Integrations-Arbeitsplatzes über das Sozialamt, schließlich einer regulären betrieblichen Ausbildung im Bürobereich (die sie sich selbst auswählt und eine Stelle findet). Doch den Anforderungen an Belastbarkeit ist sie – auf dem ersten Arbeitsmarkt auf sich allein gestellt – nicht gewachsen, beendet diese Lehre und beginnt über das Arbeitsamt (›BFZ-Kurse‹) nochmals eine Berufsfindung und schließlich -ausbildung zur Bürofachfrau.

Der Rahmen einer psychologisch/psychosozialen Begleitung dieser Ausbildungsgruppe – mit Aussprachemöglichkeiten über die eigenen Praxiserfahrungen – erweist sich als passend: nachdem die zwischenmenschliche Sphäre adäquat besprochen werden kann, besteht Frau R. alle Praktika und Prüfungen glänzend, und kann schließlich in der Buchhaltung eines großen Unternehmens eine Vollzeitstelle antreten, die sie auch heute noch ausfüllt.

Mittlerweile war sie aus der ›TWG‹ in eine eigene kleine Sozialwohnung umgezogen. Später – nach dem Tod ihres Vaters und auf Vermittlung ihrer Mutter in deren Nachbarschaft – zieht sie nochmals in eine freifinanzierte Mietwohnung um. Sie konsultiert regelmäßig ihren langjährigen Psychiater, akzeptiert eine dauerhafte Medikation, sucht sich nach Bedarf beratende Gesprächspartner

in der Gemeindepsychiatrie, und ist gelegentlich bei den lokalen Psychiatrie-Treffpunkten.

Frau R. beschreibt sich selbst als zugehörig zur lesbischen Frauenszene, ohne jedoch ihre Erfahrungen und ihre Identität dabei näher zu beschreiben. Sie gibt sich einen überwiegend ernsten und überlegten Ausdruck, dennoch: »Man sieht mir die reiche Fantasie vielleicht nicht an – aber ich habe sie!« Sie spricht ohne heimat Sprachlichen Tonfall, und lediglich in bayerischen Zitate lässt sie ihre Herkunft lautmalend anklängen. Frau R. wirkt als sympathische und freundlich offen zugewandte Frau, engagiert in ihrer Rede, und sowohl nachdenklich wie impulsiv.

Motiv zum Interview: Sie möchte ihre eigene Geschichte und Entwicklung erzählen, damit Rückmeldung an die Gemeindepsychiatrie geben und zu deren Weiterentwicklung beitragen.

Andere Betroffene soll das ermutigen für ihre eigene souveräne Lebensgestaltung. Sie möchte alles unterstützen, was die Sichtweisen der Betroffenen in den Mittelpunkt rückt, und was dazu beiträgt, ihren subjektiven Erlebnisweisen Gehör und Glaubwürdigkeit zu verschaffen – sowohl in der Öffentlichkeit wie bei den Profis der psychiatrischen Versorgung.

- »Ja, ich finde alles gut, was die Patienten zu Wort kommen lässt. Und wichtig ist mir persönlich dabei, dass ich das, was ich sage, nicht als Leidensgeschichte präsentiere, ... sondern dass ich versuche, meine Entwicklung weiterzugeben, ... und das, was so 'ne Krankheit auch sein kann: nämlich wirklich ein Schritt ins Leben!« (S. 43)

Vermittlung: Von der Studie hatte sie im Rundbrief der Münchener Psychiatrie-Erfahrenen gelesen und sich als eine der Ersten zu einem Interview bereit erklärt.

Besonderheiten: Wir hatten uns vor fünf Jahren in einem der ersten Psychose-Seminare in München kennengelernt. Auf dem Hintergrund dieser Erfahrung »duzen« wir uns.

Frau R. hatte vor Jahren einen Artikel in einer Psychiatrie-Zeitschrift geschrieben, sowie vor ca. einem Jahr im Bayerischen Fernsehen ein Interview gegeben zum Thema ihrer Klinikerfahrungen. Öffentlich über ihre Erfahrungen zu sprechen ist ihr also bereits vertraut.

Zu Setting und Verlauf

Das Gespräch findet bei ihr zu Hause statt, einer relativ großen und winkligen Mansardenwohnung. Wir sitzen uns am Wohnzimmerisch gegenüber, Frau R. hat Tee gekocht. Zu Beginn thematisiere ich die gemeinsame Erfahrung im Psychoseseminar und mein Interesse an authentischen, »nicht-geschönten« Er-

zählungen. Frau R. wirkt und gibt sich sehr autonom. Sie meint, kein Typ für Beschönigungen zu sein.

Das – mit fast drei Stunden sehr lange – Gespräch steuert sie in Rhythmus und Verlauf, erzählt sich durch ihre Psychiatriekarriere hindurch, benötigt dazu keine Impulse, geht andererseits aber auch auf meine gelegentlichen Nachfragen ein und vertieft sie. Meinen beiden Zielfragen hört sie aufmerksam zu, entwirft ihre Erzählung dann vorwiegend entlang dem zeitlichen Erfahrungsverlauf. Sie stößt selbst immer wieder auf weiterführende Fragen, Zusammenhänge und Folgerungen.

Sie versteht es, in manchen Szenen das »Komische« und »Widersprüchliche« auf heitere Weise auszudrücken, was uns gelegentlich zu herzhaftem Lachen bewegt. Gleichwohl ist die Grundstimmung von nachdenklicher Ernsthaftigkeit geprägt. Manches Mal wird ihr Zorn spürbar, wenn aus ihrer Sicht die Hilfen nicht an ihrer Person orientiert waren. Selbst die Schilderung ihres gravierenden Suizidversuches gestaltet sie so, dass keine ›Schwere‹ auf dem Gespräch lastet: zwar die Erschütterung über diese schlimme persönliche Zeit, aber bald darauf die Bewältigung der Folgen und die Reflexion der Hintergründe.

Zur subjektiven Interpretation von Psychoseerleben, Identitätsarbeit und Souveränität

Frau R. versteht ihre Verletzlichkeit gegenüber Psychosen wesentlich als Folge eines unpersönlich überhöhten Leistungsideals, das sie in ihrer Herkunftsfamilie insbesondere von ihrer Mutter aufgenommen habe:

- »Weil, mein Ehrgeiz, ist ein Triebmotor hin zur Psychose, weiß ich jetzt ...« (S. 27)
- »Meine Mutter ... die hat mich immer zum Irrealen getrieben.« (S. 37)

Die Orientierung an eigenen Befindlichkeiten und Bedürfnissen sei in ihrer Biografie dagegen zu kurz gekommen:

- »... ich bin halt so erzogen, dass man das, was man anfängt, das macht man zu Ende.« (S. 37)

Auftretende Diskrepanzen habe sie kompensiert, indem sie in die Fantasie gegangen sei:

- R.: »... ich bin eine relativ fantasievolle Frau, auch wenn man mir das vielleicht nicht ansieht – weil ich keine anderen Möglichkeiten hatte als in meine Fantasie zu fliehen, bin ich bei all dem, was für mich schrecklich und grauenvoll war, womit ich mich nicht auseinandersetzen wollte, hab' ich in den Bereich meiner Fantasie verlegt ... Und das war für mich so lange o. k., so lange es niemand als krank bezeichnet hat.«
- I.: »Ja, aber ich denk, du bist ja auch in Situationen geraten, wo's auch nachteilig wurde.«
- R.: »Natürlich, wo ich auch selber gemerkt hab', da geht jetzt etwas schief. Ab

dem Zeitpunkt hat dann meine Fantasiewelt angefangen, mich zu beeinträchtigen.« (S. 42)

Korrespondierend schildert sie Szenen aus ihren Behandlungserfahrungen (in Klinik und Patientengruppe), in denen sie fürsorgliche und ›mütterliche/›geschwisterliche‹ Atmosphären dankbar aufgenommen, und als nährend und stärkend empfunden hat (»Der Dr. M. war wie ein großer Bruder für mich ...« – S. 30). Heute kann sie diese ihren regressiven Bedürfnisse verstehen und akzeptieren. Aus jüngeren Lebens-Episoden schildert sie als wesentlichen Lernprozess, sich nicht länger mit äußeren Leistungsansprüchen zu überfordern, z. B. einem weiteren Studium. Stattdessen ist es ihr nun wichtig, ihrer wahrnehmbaren Befindlichkeit und ihrem Bedürfnis nach sozialer Einbettung mehr Raum zu geben – auch wenn dabei die gewohnten Leistungsansprüche zurücktreten müssen, und die Leistungs- und Erfolgsziele niedriger angesetzt werden.

Ihre Erfahrungen mit Psychose werfen sie auf eine existenzielle Weise auf sich selbst zurück, sodass sie gar nicht anders kann, als sich selbst und ihr (Über-)Leben zum Bezugspunkt für anstehende Schritte und Entscheidungen zu machen. In diesem Sinne ist die Krankheit für sie auch »ein Schritt ins Leben«. Sie vermag es, durch die Erfahrung von Tiefpunkten ihre instabilen Persönlichkeitsgrenzen gegenüber Menschen und abstrakten Normen stärker zu behaupten:

- »... aber für mich war es schon gut, dass ich diese Krankheit hatte, und dass die mich wieder auf den Boden der Tatsachen geholt hat. Und dass sie mir die Chance gegeben hat, noch mal neu anzufangen.« (S. 44)
- »... Und der entscheidende Schritt, der entscheidende Punkt, wo ich dann wieder ... angefangen habe, mein Leben für mich selber in die Hand zu nehmen, war der, dass ich die bisherige Psychotherapeutin angerufen habe, vom Krankenhaus aus, mit der Frage: wie ist denn das jetzt, kann ich, wenn ich entlassen bin wieder ... (anfangen)? Und da hat sie ganz klar gesagt: Nein! Das will sie nicht mehr. Und dann war ich erstmal maßlos enttäuscht, pipapo ... und ich wollte mich umbringen. Und während ich das denke, denk ich mir: sag mal, spinnst du? Merkst du nicht, was du der Frau für eine Macht über dich gibst? Du bist allein, o.k., aber du bist doch wer, du bist doch nicht irgendjemand, du bist doch nicht abhängig von so einer Tussi! Genau, und das war der Moment, wo ich gesagt habe: o.k., ich habe jetzt zwei Möglichkeiten, ich kann's weiter so wie bisher oder eben ich fang von Null an.« (S. 21)
- »Ich denke, eine Krankheit ist *nie* was Negatives, ich denke, eine Krankheit ist immer was Positives, eine Chance, zu lernen. Es ist nur die Frage, wieweit das jeder so sehen kann, und bereit ist, das so zu sehen.« (S. 42)

Eine wesentliche Erfahrung von wirksamer Hilfe bei der Identitätsarbeit schildert sie aus ihrem ersten Klinikaufenthalt: Sie entdeckt ihre homoerotischen Neigungen zu einer Krankenschwester:

- »... Und dann Schwester S., genau. In die hab' ich mich dann auch verliebt, ... und als es dann nicht mehr auszuhalten war für mich, hab' ich ihr dann einen Brief

geschrieben, ... und die hat dann mit mir darüber gesprochen. Das fand' ich total super! ... Die hat mich spinnen lassen! ... Sie hat mich an sie hinräumen lassen, und das war gut ... Ich hatte Vertrauen in die Station, und das war mein Zuhause.« (S. 42)

Hier gelingt es, innere und äußere, nicht-wertende Zustimmung zu ihrem Erleben zu erlangen. Diese Übereinstimmung in der Passung nach innen und außen hat große vertrauensbildende Bedeutung, und ermöglicht ihr ein grundsätzlich angstfreieres Sein in und mit ihrer Umwelt. Im Arbeits- und Wohnbereich entfaltet sie Souveränität durch eine zunehmend feinere Abstimmung von subjektivem Wollen und den ermöglichenden äußeren Bedingungen:

- R.: »Das war ein ganz wichtiger Entwicklungsschritt (*während der Soziotherapie im BKH Haar*). Ich hab viel über meine Vergangenheit nachgedacht, viel über die Kindheitsgeschichten, bla bla, den ganzen Schmarrn, über das, was ich gemacht hab in der Vergangenheit, über das, warum ich's gemacht hab, über das, mit welchen Leuten ich es da zu tun hatte, ... und bin da auch zu meiner Meinung gelangt, und hab gemerkt, dass ich in vielem mich hab' einfach treiben lassen, ohne dass ich wirklich entschieden hab. Und das hat sich dann nach meinem Aufenthalt in Haar schon geändert ... Also, da hab ich entschieden und sonst erst mal niemand. Und halt die Bedingungen, die gesetzt waren, die haben auch entschieden, aber ich hab gesagt ›O.k., ich bin bereit, diese Bedingungen in Kauf zu nehmen oder nicht‹, ne ...« (S. 10)

Zur interpretativen Außensicht auf die Interviewpartnerin und ihre Erzählung

Frau R. erlebt auf dem Hintergrund einer langjährigen und nicht unproblematischen Psychotherapie sowie des Ortswechsels an einen fremden Studienort ihre erste psychotische Episode. In mehreren Äußerungen beschreibt sie ihre seinerzeit schwach ausgeprägten Ich-Grenzen gegenüber anderen Menschen und deren Erwartungen (v. a. Eltern und Therapeutin). Dazu korrespondieren ihre Schwierigkeiten, eigene Belange wahrzuhaben und zu vertreten (»Authentizität«). Im Laufe des ersten Klinikaufenthaltes kommt es – während eines Ausganges – im eigenen Elternhaus zu einem gravierenden Suizidversuch, den sie durch glückliche Umstände überlebt. Die anschließende Rehabilitationsphase in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen erlebt sie gewissermaßen wie eine neue, »soziale« Geburt. Sie nimmt hier die fürsorglichen, wärmenden Aspekte des Lebens in (therapeutischer) Gemeinschaft auf. Sie erfährt eine Ergänzung ihrer einseitigen Sozialisation als Einzelkind in einer leistungsorientierten Familie. Auch die Fremdunterbringung in einem Säuglingsheim während ihres ersten Lebensjahres kann sie damit in Zusammenhang bringen und so etwas wie eine heilsame Integration beginnen.

Im Zusammenleben mit anderen Patienten lernt sie, unterschiedliche Bedürfnisse und Konflikte wahrzuhaben und besser zu regulieren – auf dem Hintergrund einer sich festigenden Kontur vom eigenen Ich. Nach außen wirkt es wie das Nachholen entgangener Sozialisierungserfahrungen.

Während der ersten Aufenthalte in stark reglementierten Kontexten (Klinik, Reha-Zentrum) kämpft sie vehement um die Abstimmung zwischen ›innen‹ und ›außen‹: Einerseits entwickelt sie konsequent ihre innere Abstimmung von Authentizität. Andererseits überschreitet sie im Außenbereich die Gebote und Grenzen der Institution/Profis, und nimmt in einer Mischung aus Wut und Dankbarkeit die Konsequenzen auf sich. Sie kann sich dabei mehr und mehr lösen und individuieren, und ein sozial verträgliches Maß für derartige Aushandlungen entwickeln. Einzelne Professionelle sind ihr dabei eine wertvolle Hilfe, wenn sie sich persönlich in der Beziehung zeigen und engagieren.

Schließlich nutzt sie den Ruheraum und das soziale Milieu der Institutionen, um sich Gedanken über sich selbst zu machen, sich ihrer selbst zu vergewissern und gewissermaßen ›anzueignen‹. Dazu kann sie offenbar ein hohes Maß an eigenem Ehrgeiz und Gestaltungswillen einsetzen – dies kommt wiederum ihrer Lebensouveränität im Handeln und in der Vorstellungskraft zugute. So kann sie die ihr eigene Ressource »Fantasie« jetzt auch gezielter für ihre eigenen Belange wirksam werden lassen:

- »... und gucken, was ist mir wichtig, worum geht es mir im Leben, was für Fragen treiben mich, was für Fragen bewegen mich, was will ich in diesem Leben ...«

(Pos. 78)

Dabei finden personbezogene Gespräche mit Therapeuten, in kleiner Dosierung, wieder ihren unterstützenden Platz, ohne die vormalige Tendenz zu abhängiger Beziehungsgestaltung erneut aufleben zu lassen.

Frau R. korrigiert ihren Weg zu beruflicher Integration immer wieder anhand ihrer Erfahrungen, selbst wenn sie damit Ungewissheiten und Risiken auf sich nimmt. Sie verhält sich dabei zunehmend ›pro-aktiv‹: wird von sich aus initiativ, bevor es zu gravierenden Konflikten gekommen war. Dadurch gewinnt sie Unterstützung und Engagement bei den Reha-Professionellen, selbst wenn sich ihr Werdegang alles andere als geradlinig entfaltet. Sie akzeptiert, dass sie auf ein unterstützendes soziales Klima an ihren Arbeitsstellen angewiesen ist, um ihre Fähigkeiten im Leistungsbereich optimal einsetzen zu können. Um diese soziale Einbettung zu stabilisieren, werden die Beratungen an gemeindepsychiatrischen Diensten zu notwendigen Stützfeilern. Sie will etwas erreichen, was sie auch zufrieden macht, und entwickelt große Energie, auf sich zu hören und sich für ihre Belange, ihre Ziele und ihren Weg einzusetzen. Sie zeigt damit Eigenschaften, wie sie das ›normale Bildungsbürgertum‹ kennzeichnen. Nach der Bewältigung ihrer psychotischen Entwicklungskrise kann sie dort, bei ›normalisierten‹ soziokulturellen *identity-kits* wieder anschließen – nun jedoch mit

einer *entwickelten* Vorstellung von eigenen Wünschen, eigener Authentizität und Selbstsorge.

Der Diskurs mit anderen Betroffenen ist ihr ausgesprochen wichtig. Dennoch will sie sich nicht an Leidens- und Opfer-Diskursen beteiligen, sondern ihrer Geschichte Ausdruck verleihen: die einer gelingenden persönlichen Entwicklung. Sie will zu einer persönlichen Auseinandersetzung mit eigener Psychoseerfahrung ermutigen, und in der Öffentlichkeit Gehör für die Belange psychisch Kranker erwirken – entsprechend der Art, mit der sie selbst auf sich hören gelernt hat.

Frau R. hat für sich einen befriedigenden Lebensweg gefunden, der sich mit und aus ihrer Psychoseerfahrung entwickeln konnte. Sie hat gelernt, auf sich zu hören: aus eigener Not und Anstrengung, und mithilfe solcher psychiatrischer Milieus, die auf ihren inneren (Nach-)Reifungsprozess eingehen konnten. Andere Milieus, die stärker pathologieorientiert und fremdbestimmend waren, hat sie ebenfalls erlebt, sich dort in Widerstand üben können und letztlich auch daraus Kraft für ihren Weg geschöpft.

Deswegen lautet ihre wesentliche Botschaft, dass »*die Psychose immer einen richtigen Weg aufzeigt*«, der ins Leben führt und sinnvermittelnd ist. Und dass es bei den Profis darauf ankommt, den Erfahrungen, Erzählungen und Prozessen der Betroffenen Gehör und Beachtung zu schenken – und die Erfahrung von Irrwegen und Fehlern zu ermöglichen, zu begleiten.

In dieser Ausrichtung wirkt sie selbst wieder stark normativ – wie es für sie und ihre Familie wohl kennzeichnend bleibt – und will sich nicht recht damit befassen, dass auch andere Positionen (des Scheiterns, des Rückzugs, der Erschöpfung) möglich und berechtigt sind. Auch aus diesem Grund zieht sie ihr begonnenes Engagement für die Münchener Selbsthilfe-Initiative wieder zurück. Ihr Diskursfeld ist das Psychose-Seminar, wo sie ihre Position gegenüber Profis und anderen, semi-professionalisierten Betroffenen vertreten und bestätigen kann.

Eine medikamentöse Behandlung akzeptiert sie, seit diese in einen persönlichen Entwicklungsweg eingebunden ist – und sie die neueren Neuroleptika mit deutlich weniger Nebenwirkungen erhält. Sie will ihre Selbststeuerung nicht mehr an eine ›galoppierende Fantasie‹ verlieren.

Mit den neu erworbenen Fähigkeiten zur Abgrenzung ihres inneren Raumes wird es ihr möglich, in die Nachbarschaft ihrer Mutter zu ziehen und diesen Kontakt zu regulieren. Sie kann eine schöne Wohnung beziehen und zu ihrem persönlichen Lebensraum gestalten. Eine weitergehende Lebens- und Partnerschaftsvision berichtet sie in unserem Gespräch nicht – möglicherweise stehen diese Themen nun auf ihrer weiteren Lebenslinie an.

Wofür steht Frau R.?

- Für eine Betroffene, die ihre Psychose als Ausdruck einer fehlgehenden Lebenseinstellung, und als Korrekturhilfe versteht. Sie folgt einem ›integrativen‹ Verständnis von Psychose, und setzt sich folglich mit ihren Lebenserfahrungen, ihren Eigenschaften und ihren Zukunftsvorstellungen auseinander. Sie kann als »Musterfall« für eine salutogene Einstellung und souveräne Handlungsbereitschaft gelten.
- Für eine Betroffene, die sich tätig für einen normalisierten Lebensalltag einsetzt. Damit dies gelingt, weiß sie sich schließlich ein ›passendes‹ Set an professioneller Hilfe auszuwählen und zu nutzen.
- Für eine Betroffene, die gelernt hat, sowohl ihre Bedürfnisse nach Bezogenheit und Fürsorge als auch nach ihrer Autonomie kompromisslos wahrzuhaben, und den wechselseitigen Bezug zu pflegen.
- Für eine Betroffene, die sich bildet und semi-professionalisiert; die erfahren in der privaten wie öffentlichen Darstellung ihrer Geschichte ist (schreiben, Psychoseminar, Interviews geben, Fernsehaufzeichnung); die in der Narration ihrer erfolgreichen Entwicklungsgeschichte Selbstbewusstsein und Sinn schöpft.
- Für eine Betroffene, die es wegen der Tendenz zu abhängigen Beziehungsgestaltungen in der eigenen Lebensgeschichte bevorzugt, ihre sozialen Kontakte und Netzwerke zu diversifizieren, auf mehrere Menschen und Kontexte zu verteilen, und in den Beziehungen genügend Distanz zu wahren.

Fallporträt 5/Interview 3/Herr M. (Kurzauswertung)

- »Solange ich Ziele hab«, bekommt mich die Krankheit nicht ganz in den Griff ... Dann sind die exogenen Anlässe nur kleine Kiesel, und keine riesengroßen Steine.«
- »Wenn ich etwas, was mich seelisch belastet, mit jemandem offen besprechen kann, ist das die halbe Miete dafür, dass ich nicht durchdrehe.«

Zu den Einschlusskriterien

- Diagnosen: Paranoia, Schizophrenie, »Querulanz«; erstmals mit 18 Jahren
- Klinik-Aufenthalte: beginnend 1959 kurz dauernde Aufenthalte; 1969 erster Aufenthalt im BKH Haar, für fünf Jahre
- Kontakte mit gpDi: SpDi langfristig seit ca. 20 Jahren: Beratung, Betreuung, Freizeit- und Kulturgruppe; Arbeitsassistentz am SpDi; Kontaktgruppe eines Bürgerhilfe-Vereins
- Ambulante Behandlung: bei ng. Facharzt, kontinuierlich seit 15 Jahren

Zur Person und Biografie

Herr M. ist 59 Jahre alt, ein rüstiger, kräftiger Mann mit weißem Haar und Bart, von etwas beleibtem Körperumfang. Er spricht oberbayerischen Dialekt, gewählt, »gelehrt«, leicht ausufernd und mit akademischem Habitus, ruhig und zugewandt. Er wirkt etwas eigenwillig-verschroben, wenn auch geordnet im Gedankengang. Er zeigt sich humorvoll, manchmal auch verschmitzt, und hat Gefallen daran, mich mit den Besonderheiten seines »Wohn-Museums« und seiner Lebensgeschichte zu überraschen.

Herr M. wurde während des 2. Weltkrieges als ein mittleres von fünf Kindern eines Kaufmanns-Ehepaares in einer Stadt in Oberbayern geboren. Von Kindheit, Jugendzeit und Familie ist während des Gesprächs keine Rede. Als Schulabschluss gibt er »Humanistisches Gymnasium« an, ein erster Klinikaufenthalt ist mit 18 Jahren vermerkt: Seine Eltern »stecken« ihn »ins Irrenhaus«, nachdem sein »Bruder an Leukämie verstorben war«.

Mit diesem Krankheitsbeginn in jungen Jahren war es ihm nicht möglich, eine kontinuierliche Berufsbiografie aufzubauen. Es folgen mehrere Jahre, in denen er als Gartenbauarbeiter und Steinsetzer »auf der Walz« gewesen war, in großen Städten fern der Heimat. Möglicherweise ist dies auch die sozialrechtliche Grundlage seines heutigen Rentner-Status.

1969 kommt es – mit 28 Jahren – offensichtlich nach einem Streit mit dem Vater zu einem langfristigen Klinikaufenthalt im BKH Haar, der schließlich fünf Jahre andauert. Eine – seinerzeit noch sogenannte – »Entmündigung« wird über ihn ausgesprochen, und es nimmt laut seiner Erzählung einen mehrjährigen Briefwechsel in Anspruch, um diese wieder aufzulösen.

Im Anschluss »ein Jahr als Gartenarbeiter, war hart und befriedigend«. In dieser Zeit erwähnt er, eine Freundin zu haben.

Von 1975–79 gibt er sein erstes Studium an, im Fach Gartenbau in Weihenstephan. 1979 zieht er um nach München und versucht bis 1983 den Aufbau einer Gärtnerei »mit ungewöhnlichen Pflanzen und Erfindungen«. Der Erfolg bleibt offenbar aus, er verdingt sich mit Nebenjobs (Paketpost, Zeitungsausträger) und Fortbildungskursen. Ein erster Kontakt zum lokal zuständigen SpDi verläuft unbefriedigend und endet im Konflikt.

Er nimmt Kontakt auf zu einer der damals neu in München etablierten Arbeitsassistenten (an einem anderen SpDi). Die Beziehung zu dieser Sozialpädagogin konsolidiert sich und führt u. a. zur Vermittlung in einen Zuverdienst-Job an einer öffentlichen Einrichtung. Auch dieser endet jedoch nach einigen Monaten durch konfliktfreudiges Verhalten von Herrn M. im Streit. Herr M. ist inzwischen früh berentet und führt einen Schwerbehinderten-Ausweis.

Nach einem Umzug in ein anderes Stadtviertel nimmt Herr M. dann Kontakt auf zu dem mittlerweile ortszuständigen SpDi. Er beginnt eine kontinuierliche

Betreuung, die nun seit fast 20 Jahren Bestand hat, im Laufe der Jahre zu wechselnden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Neben der Beratung und Betreuung nimmt er am ›Kulturkreis‹ des SpDi teil. Er leitet hier über viele Jahre heimatkundliche Führungen, schließlich auch gegen Honorar. Später wird er mithilfe eines ›Caritas-Zeugnisses‹ vom SpDi versuchen, zur Ausbildung als *Münchener Stadtführer* zugelassen zu werden – ein Ziel und eine Aussicht, die ihm wichtig sind. (*»Meine Ziele erreich' ich also nimmer, aber es – der Stadtführer – ist besser als nix!«*)

Mit dem konflikthaftern Ende einer Honorartätigkeit als Lektor eines Verlags kommt es 1984 offenbar zu einer psychotischen Krise, die Herr M. mit umfassender Unterstützung durch den SpDi ohne Klinikeinweisung durchstehen kann. In der Folge geht er erstmals einen kontinuierlichen Behandlungskontakt (inkl. Depot-Medikation) bei einem niedergelassenen Psychiater ein, der ebenfalls bis heute andauert. Daraufhin berichtet er von keinen ernsthaften/klinikrelevanten psychotischen Krisen mehr.

Allerdings bezeichnet er diese, nun wiederholte Erfahrung mit Konflikten und Kündigungen am Arbeitsplatz als einen Wendepunkt. Damals – mit 43 Lebensjahren – scheint sich seine Hoffnung auf eine vielleicht doch noch mögliche Integration und Normalisierung gewendet zu haben.

Das Verhältnis zur Mutter und den Geschwistern ist zerrüttet, ein wiederkehrender Streitpunkt ist offenbar das Erbe aus einem erheblichen Familienvermögen. Herr M. bezeichnet sich als ›enterbt‹, erhält aber wohl einen regelmäßigen Geldbetrag aus dem Ertrag des Vermögens.

Auf seine Bitte hin versucht der SpDi-Mitarbeiter bei den Verwandten zu vermitteln und ein Teilerbe zu erreichen. Das Vorhaben wird zwar zurückgewiesen, aber der Versuch stärkt die Vertrauensbeziehung von Herrn M. zu seinem Betreuer.

Von 1989–93 folgt ein zweites Studium in ›Bayerischer und Kunst-Geschichte‹ in München, das er wohl abschließt, und das für seine Teil-Identität als ›verkannter‹ und ausgegrenzter Gelehrter hohe Bedeutung hat. Dass er auch mit dieser formalen Qualifikation keine Anstellung findet, entspricht sowohl der Realität auf dem Arbeitsmarkt als auch seiner eigenen Repräsentation über seine soziale Stellung.

Mit der Einführung der Zweitstudiengebühr in Bayern geht seine Karriere als ›ordentlicher Studierender‹ zu Ende. Nach wie vor besucht er jedoch Vorlesungen an der Uni. Ein Versuch, an der Fernuniversität in Hagen zur Promotion zugelassen zu werden, schlägt fehl.

Seit 1993 beschäftigt er sich nun mit Naturwissenschaften, und habe in seinem Keller ein biochemisches Labor eingerichtet. Er habe eine Substanz entwickelt und aufbewahrt, die für eine größere Umgebung (z. B. die Stadt München) eine todbringende Seuche verbreiten könne. Er beabsichtige, diese nach seinem Tod

zur Ausbreitung zu bringen – als Reaktion auf die anhaltenden Zurückweisungen in seinem Leben, und als Ausdruck dafür, dass er eine ernst zu nehmende Macht ausüben könne. Er erzähle dies natürlich nicht jedem, aufgrund des Risikos, eine Psychiatrie-Einweisung zu provozieren. Seine Betreuer am SpDi würden diese Mitteilung ›hinnehmen‹, ohne eine Klinik-Einweisung einzuleiten. Das schätze er zum einen, da sie sich nicht als formale Beamte wie bei einer Behörde verhalten würden. Andererseits erkenne er daran auch, dass sie ihn »nicht ernst nehmen würden – genauso wenig wie er sie«.

Um Kontakte zu finden und zu pflegen, besucht er u. a. mehrere Jahre lang die Wander- und Freizeitgruppe eines Bürgerhelfervereins, und hält telefonischen Kontakt zu deren Leitungspersonen. Doch auch diese Anknüpfung bricht eines Tages wegen seiner mitunter provozierenden Redensart.

Er versucht, mittels Telefon mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen und zu bleiben. Dies entspricht seinen Kontakt- wie auch Distanzierungswünschen. So spricht er über eine längere Zeit mit drei Ordensschwestern, und versucht einen sog. »Optimistenverein« zu gründen, dessen Austausch auf Telefonaten beruht.

Im Plakatentwurf für diesen Verein zeichnet er sich selbst, lachend und mit einem Bierkrug in der Hand. Er zeigt mit Bild und Kommentar, dass er im Umgang mit Alkohol geübt ist.

Aktuell führt er (wieder) einen langwierigen Streit mit einer Behörde. Mit Auseinandersetzungen dieser Art, Leserbriefen oder Politiker-Anfragen, generell einem »Kampf gegen die Obrigkeit« zeigt er seine soziale Vitalität und seine (Eigen-)Mächtigkeit trotz eingeschränkter Möglichkeiten. Auch dabei wünscht er sich Unterstützung durch den SpDi, die ihm aber nicht im gewünschten Maß zuteil wird. Aus einer tatsächlichen materiellen Krise hatte ihn der SpDi-Mitarbeiter dagegen jüngst mittels einer Stiftungsmittel-Spende befreien können. Auch bei der Erfüllung gravierender Renovierungs-Auflagen der Wohnungsgenossenschaft war der SpDi vermittelnd und auch selbst tätig: Hier konnte der Lebensrahmen von Herrn M. durch die professionelle Hilfe wiederholt aufrechterhalten werden.

Als aktuelle Ziele nennt Herr M.:

- Ein ›Holzhaus‹, in dem er geräumig leben und seine Sammlungsgegenstände unterbringen kann. Allerdings sei dieser Wunsch nicht zu realisieren, und
- die Prüfung zum ›Münchener Stadt-Führer‹ zu schaffen.

Zugang und Motiv zum Interview: Herr M. wurde von seinem SpDi-Betreuer auf meine Studie aufmerksam gemacht und meldete sich daraufhin telefonisch bei mir. Er habe viel zu erzählen aus seiner 20-jährigen Betreuungserfahrung. Im Interview selbst wird deutlich, dass er viel Zeit hat und gerne einem aufmerksamen Zuhörer erzählt. Außerdem möchte er mir sein »Wohn-Museum« zeigen.

Zu Setting und Verlauf des Gesprächs

Das Gespräch findet bei Herrn M. zu Hause statt. Die Sozialwohnung ist klein und befindet sich in dem eigenwilligen Ordnungszustand eines Sammlers: Es verbleibt kaum Bewegungsfreiheit, dennoch weiß Herr M. zielstrebig alles Gesuchte aufzufinden.

Herr M. sitzt im Wohnraum auf »seinem« Armlehn-Stuhl, ich auf einem dazugestellten Küchenstuhl, zwischen uns steht ein Arbeitstisch mit Computer als deutliche Barriere.

Das »Wohn-Museum«, durch das er mich zunächst führt, besteht aus Kunstsammelstücken, Versteinerungen, Büchern, Medien und einer großen alten Miniatur-Eisenbahn, die einen beträchtlichen Teil des Küchenraumes einnimmt.

Herr M. erwartet mich offenbar mit aufgeregter Neugier, was ich seinem etwas hektisch-umtriebigen Empfang entnehme. Nach einer ersten ›Führung‹ durch die Wohnung schafft er Platz für einen zweiten Stuhl in seinem Wohnraum und schenkt sich einen Krug voll Wein ein – auf eine Art und Weise, die den regelmäßigen Konsum vermuten lässt.

Er berichtet – eingebettet in seinen Lebenslauf als Erwachsener – viele positiv konnotierte Erfahrungen mit SpDi in konkreten Situationen. Er zeigt mir voller Stolz seinen universitären Lebenslauf, die Bestätigung über seine Leitung kunsthistorischer Stadtführungen, einen PC-geschriebenen Kommentar zu den Stationen seines Erwachsenen-Lebens sowie die Skizze des von ihm entworfenen »Optimisten«-Vereines. Es ist ihm ein großes Anliegen, mir seine Qualifikationen und Verdienste nahezubringen, und ebenso die Gründe für seine misslingende Karriere-Biografie in widrigen äußeren Umständen zu verankern.

Im Anschluss an seine chronologisch angelegte Schilderung übergibt er mir den ›Ball‹, um meine Nachfragen zu stellen, die er präzise und begrenzt beantwortet. Dabei kommt es wiederkehrend zu kleinen Gesprächspausen, die von ruhiger und zentrierter Atmosphäre sind, und ein angenehmes Gesprächsklima deutlich werden lassen.

Der Abschluss ist besonders stimmig: Wir kommen beide zu Ende mit Rede und Antwort, er zeigt mir noch seinen Vorgarten mit verwilderten botanischen Besonderheiten und bedankt sich ausdrücklich für unser Gespräch.

Zur subjektiven Interpretation von Psychoseerleben, Identitätsarbeit und Souveränität

Den Kurz-Lebenslauf überschreibt Herr M. mit »Qualifikationen gegen brutale Hindernisse«.

Er versteht die Zuschreibung und implizit Entstehung seiner ›Krankheit‹ – einschließlich der ersten Klinikzuführung – als Ausdruck eines Nicht-Verstehens,

einer Ausgrenzung seitens seiner Eltern (namentlich des Vaters). Er beschreibt Psychose nicht als wahrnehmbaren inneren Vorgang, sondern als Folge eines jeweils zwischenmenschlichen Konfliktgeschehens, das ihn zum ›Durchdrehen‹ bringt. Wenn er durch Konflikte in seiner Stabilität bedroht wird, kann ›die Krankheit‹ Oberhand gewinnen und ihn ›in den Griff bekommen‹.

Nach Abitur und erstem Klinikaufenthalt beginnt er, als Gartenbauarbeiter handwerklich tätig zu sein, weit weg von zu Hause, und scheint damit voranzukommen. Auch später, nach dem langen Klinikaufenthalt im BKH Haar, fängt er wieder in der Gartenarbeit an, »war hart und befriedigend«. Dennoch sucht er eher die intellektuelle Qualifikation. In seinen beiden Studiengängen kann er die formalen Qualifikationen wohl recht gut erwerben, gerät mit seinem wenig angepassten Sozialverhalten aber immer wieder in Dissens mit Studierenden und Lehrkräften, stößt auf Ablehnung. So wird es ihm nicht möglich, mit den Studienabschlüssen adäquate Berufspositionen einzunehmen. Er versteht sich als verkannter und ausgegrenzter Gelehrter, zurückgesetzt von einer autoritären ›Obrigkeit‹, die Arbeitsstellen und Anerkennung nur nach persönlichen Beziehungen und Willfährigkeit zukommen lasse, keinesfalls aber einem Querdenker wie ihm.

Die Einführung der Zweitstudiengebühr in Bayern bereitet seinem Status als ›ordentlicher Studierender‹ ein Ende. Er ist nun Mitte der 40er-Lebensjahre, und es zeichnet sich ab, dass ein Lebenslauf mit ›Normalbiografie‹-Charakter nicht mehr entstehen wird.

Als Reaktion – durchaus als ›Revanche‹ für Zurücksetzungen und Entbehren zu verstehen – beginnt er mit Biochemie-Studien und dem Aufbau seines Labors, in dem er eine tödliche Substanz zusammenbrauen will. Nach seinem eigenen Tod will er damit der Welt beweisen, über welche Kraft und Macht er verfügt, welches Potenzial in ihm ruht und von der Welt verschmäht wird. In der ›Seuchen-Erzählung‹ zeichnet er seine ›größen‹-fantasierte Selbstwirksamkeit (es ist übrigens die Zeit, als mit dem ersten Irak-Krieg Anfang der 90er-Jahre tatsächlich auch in München die Angst vor einem Terroranschlag mit biologischen Waffen umging). Die »gute« Wissenschaft wendet sich zur »bösen«, wenn sie – dargestellt in seiner Gestalt – von der Gesellschaft und der Welt verschmäht wird.

Nach innen baut er also seine Identität als ›Gelehrter und Sammler‹, was in seinem ›Wohn-Museum‹ (das er selbst gelegentlich auch als ›Wahn-Museum‹ bezeichnet), seinen Schriftstücken und Archiven Ausdruck findet: eine Insel der ›Selbst-Konstruktion‹.

Nach außen ringt er wiederkehrend um ein Minimum von Anerkennung – in der Lücke und im Übergang von ›innen‹ nach ›außen‹ ist die Brückenbildung durch den SpDi von äußerst großer Bedeutung. So kann die ›Seuchen-Erzählung‹ ihren Platz in der Identitäts-Landschaft einnehmen: Sie transportiert symbolisch eine

Vielzahl von Affekten wie Aggression, Distanzwünsche, narzisstische Bedürfnisse u. a. In der Vermittlung durch die persönlichen Beziehungen des SpDi kann sie »wirksam« werden, ohne zur »realen Gefahr« außen werden zu müssen.

Herr M. braucht Ziele nach außen, die er verfolgen kann, damit ihn »*die Krankheit nicht ganz in den Griff bekommt*«. Dadurch erhält sein Austausch und seine Abstimmung mit der äußeren Welt Richtung und Gestalt. Hier sind auch ›bescheidene‹ Projekte bedeutsam, wie die Kulturführungen, der Lehrgang zum ›Münchener Stadtführer‹ und der ›Optimisten‹-Verein. Aber auch seine wiederkehrenden Kämpfe mit der ›Obrigkeit‹ und den Behörden haben hier einen durchaus identitätsstiftenden Sinn: im Widerstehen erhält er seinen ›aufrechten Gang‹ und bleibt in Bezug mit der Welt.

Ganz konkret kümmert er sich hartnäckig um die aktenkundige Aufhebung der über ihn verfügten ›Entmündigung‹, damit er wählen gehen kann und gesellschaftlich nicht ausgeschlossen bleibt.

Ohne diese Projekte würde er wohl Gefahr laufen, den ›exogenen Anlässen‹ – also den zuhauf gegebenen widrigen Umständen seiner Lebenswelt, z. B. in seiner Wohnumgebung oder seinem Familienverband – nachzugeben und sich in eine Wahnwelt oder in aggressive Handlungen zu begeben. Die Projekte besitzen insofern einen mehrfach ›salutogenen‹ Wert.

Ebenso bleibt er auf das Gespräch mit anderen über seine seelischen Belastungen angewiesen, damit er »*nicht durchdreht*«, und sich in seiner Eigen-Welt verirrt. Nachdem sein Anschluss an soziale (Teil-)Welten dünn und selektiv geworden ist, kommt dem SpDi und seinen verschiedenen Anschluss-Angeboten große Bedeutung zu.

Zur interpretierenden Außensicht auf Herrn M. und seine Erzählung

Die Teilnahme an einer Promotionsstudie ist für ihn mit Aufwertung und einem Stück ›Rehabilitation‹ – gegenüber seiner eigenen, nicht gelungenen akademischen Karriere – verbunden.

Herr M. hat seine Psychose-Karriere in Abgrenzung und schroffem Gegensatz zur Herkunftsfamilie gelebt (und möglicherweise auch zu einem guten Teil in diesem Gegensatz entwickelt). Einem großen ›Vermögen‹ an Bildung und Bestanden konfliktreiche Beziehungen gegenüber.

Ihm war es nicht möglich, demgegenüber eine eigene Lebensgemeinschaft zu begründen, er lebt allein, als Einsiedler, jedoch mit vielfachen Kontakt-›Fäden‹ (z. B. über das Telefon), auf denen er jeweils Ausschnitte seiner Identitäts-Landschaft zum Ausdruck bringt. Dadurch reguliert er eine vorsichtige Nähe-Distanz-Balance – durchaus kongruent zu seiner Aufteilung in die innere und die äußere Welt. Zeitlebens ringt er um Anerkennung bei gleichzeitiger Abgrenzung – und

ringt mit den Autoritäten, die sich nun in Gestalt von Behörden, Politikern und gesellschaftlichen Strukturen extern darstellen.

Einer wiederkehrenden Erfahrung von konfliktgeschürten Beziehungsabbrüchen – ob im Arbeitsfeld, privat oder in psychiatrischen Kontexten – steht ein nunmehr seit 20 Jahren stabiler, sich immer wieder anpassender Betreuungskontakt zum SpDi gegenüber. Dies ist außergewöhnlich und erstaunlich. Beide Parteien entwickeln einen enormen Erfindungsreichtum, die Passung immer wieder zu verändern, und sie nicht an unvermeidlichen Gegensätzen scheitern zu lassen. Dazu zählt etwa die Abmachung, dass Herr M. in der Kulturgruppe des SpDi *nicht* über sein Privatlabor und seine ›Verschwörungstheorien‹ spricht. Im Rahmen dieser Abmachungen lässt der SpDi nichts unversucht, um den Lebensrahmen von Herrn M. ideell und materiell zu stärken. Dazu zählt auch das Engagement unterschiedlicher Mitarbeiter des SpDi, von Praktikanten, Zivildienstleistenden, Ehrenamtlichen.

Herr M. erlebt dies durchaus als Anerkennung (und erleichtert dies seinerseits durch eine humorige, selbst- und fremdironische, sympathiegewinnende Art).

Auf der Gegenseite ist seine »Seuchen-Erzählung« als Distanz-Korrektur zu verstehen: Sie konterkariert die ›gemütliche Harmlosigkeit‹, die sich im Kontakt mit ihm einstellen will, auf bizarre Weise, und ›kann‹ interaktionell gar nicht ›erst‹ genommen werden. Es nicht zu tun, bringt jene Spur von Entwertung (oder Ironie) in den Kontakt, die nötig zu einer Distanzierung zu sein scheint. Während Herr M. dies in anderen Kontakten über krachende Konflikte inszeniert, versteht er dies mit dem SpDi (übrigens auch mit seinem behandelnden Nervenarzt) innerhalb der Beziehung zu regulieren.

Die Hilfen am SpDi vermitteln zwischen seinen inneren Bezügen und der Umwelt – und sie stellen sich dabei auf seine persönliche Sphäre ein: Der vierzehntägige Hausbesuchstermin wird als Kompromiss zwischen seinen und den Mitarbeiter-Anliegen ausgehandelt. Seine Vorschläge werden aufgegriffen und nach einer Erfolg versprechenden Umsetzung gesucht – auch wenn die realen Erfolgsaussichten nicht besonders hoch sind. Die Vermittlung in einen Zuvordienst-Job durch die Arbeitsassistentin am SpDi ist höchstpersönlich auf seine Fähigkeiten und Neigungen ausgerichtet.

Seiner Eigenwilligkeit wird in der Betreuung Raum und Zeit zuteil – innerhalb vereinbarter Rahmengenzen – und damit der Kontakt auf eine langfristige Basis gestellt. ›Niederschwelligkeit‹ ist hier der passende Ausdruck.

Nachdem Herr M. meiner ›Zunft‹ und ›meinem Typ Institution‹ ausreichend Abwertung gegenübergebracht hat, kann er sich dann wieder – so ausdrücklich wie kein anderer Interviewpartner – für das Gespräch bedanken.

Wofür steht Herr M.?

- Für einen ›klassischen *Betreuungs-Fall*‹ am SpDi: mit flexiblen, aufsuchenden, multiprofessionellen, verschiedenste Lebensbereiche umfassenden Hilfen, einfallreich und unkonventionell, wird der Lebensrahmen von Herrn M. gesichert und erweitert. Die immer wieder von Scheitern bedrohte Abstimmung zwischen seinen Anliegen und denen der sozialen/gesellschaftlichen Umgebung kann in der persönlichen Betreuung durch die Professionellen und die Bürgerhelfer des SpDi in Balance gehalten werden.
- Für das kontinuierliche Bestreben, die eigene Sicht der Welt aufrechtzuerhalten und in eigenen Geschichten zu erzählen. Er gibt nicht auf, sich den ›vernünftigen‹ Außensichten entgegenzustellen, und damit seine eigene und eigen-sinnige Souveränität zu wahren.
- Für eine Sicht der Welt, in der Polaritäten und Kämpfe, Macht und Ohnmacht dominieren. Ein Kampf-Epos, in dem immer wieder Verluste und Ungerechtigkeiten zu beklagen sind. Um standzuhalten, ist auch die gemeindepsychiatrische Hilfe akzeptabel, und ist es legitim, sie zu verwenden – bzw. ist die Hilfe auch eine Art Schadensersatz für die erlittene gesellschaftliche Zurückweisung.
- Für eine Identitätskonstruktion, bei der die Elemente ›biografische Benachteiligung und Ausgrenzung‹ deutlich das Element ›psychische Erkrankung‹ überwiegen. Korrespondierend dazu wird im Psychoseerleben kein weiterreichender Sinn zu erkennen versucht, sondern darin vor allem das Scheitern an der Passung mit der Umwelt identifiziert.
Entsprechend wird in einer offenen Besprechung von seelischen Belastungen die beste Vorsorge dafür gesehen, »nicht durchzudrehen«.
- Für einen Lebenslauf, der vom Jugendalter bis in die Jetzt-Zeit von psychiatrischen Behandlungen, psychosebedingten Einschränkungen und Ausgrenzungserfahrungen geprägt ist. In diesem Verlauf finden sich aber auch wiederkehrend Erfahrungen von Inklusion und Teilhabe, vermittelt *durch* professionelle Dienste.
- Für einen Betroffenen, der seine Stimmungslage *auch* durch Alkoholkonsum auszubalancieren versucht.
- Für einen Betroffenen, der aufgrund seiner Identitätskonstruktion keine Kontakte zur Selbsthilfe Psychiatrieerfahrener sucht; er würde ggf. eher die Selbsthilfe der ›Benachteiligten-Szene‹ aufsuchen.
- Für einen zurückgezogenen Kontakt-Stil, der sich fern von nahen persönlichen Beziehungen bewegt (›Einsiedler‹), und gleichwohl in Gestalt mehrerer verstreuter, diversifizierter Bezüge um ein Minimum an Anschluss und Austausch bemüht ist.

Fallporträt 6/Interview 5/Herr E. (Kurzauswertung)

- »Vielleicht hilft es anderen, wenn ich erzähle.«
- »Ich bin froh, wie's heute ist.«

Zu den Einschlusskriterien

- Diagnose: Schizo-afektive Psychose
- Klinikaufenthalte: einmal im Bezirkskrankenhaus (zweieinhalb Monate); ein langfristiger in der Tagesklinik (neun Monate)
- Kontakte mit gpDi: SpDi kontinuierlich seit sieben Jahren (Beratung, Gesprächsgruppe); Arbeitsprojekt, berufliche Rehabilitation
- Ambulante Behandlung: kontinuierlich bei ng. Fachärzten; eine Kurzzeit-Psychotherapie

Zu Person und Biografie

Herr E. ist 40 Jahre alt: Ein großer, wuchtiger Mann, der in Motorik und Sprachfall deutlich eine langjährige medikamentöse Behandlung erkennen lässt. Er spricht lautstark und zeichnet in seinen Bildern häufig polare, wertende Gegensätze von ›gut‹ und ›schlecht‹.

Als erstes von zwei Kindern in München geboren, der Vater ist Kfz-Mechaniker, die Mutter Hausfrau – beide leben nach wie vor in München. Herr E. absolvierte hier die mittlere Reife und eine Ausbildung zum Großhandelskaufmann.

1982 zieht er (mit 22 Jahren) vom Elternhaus in eine nahegelegene Wohnung aus. Später folgt ihm seine vier Jahre jüngere Schwester, mit der er sich auch heute noch in diese Wohnung teilt. Nach der Ausbildung arbeitet er in seinem Beruf zunächst an verschiedenen Arbeitsstellen. Häufig sei er in Hetze gewesen, und durch *Controlling*-Aufgaben in spannungsreichen Positionen gegenüber den Mitarbeitenden gestanden.

Die erste psychotische Phase erlebte er 1988. In Folge der Zurückweisung durch eine als Partnerin gewünschte Frau geriet er in eine Krise und konnte seinen Alltag und Beruf nicht mehr bewältigen. Schwester und Mutter sorgen für verschiedene ärztliche Termine (in ihrer Begleitung), die schließlich zum Psychiater und zu einer neuroleptischen Medikation führen. Von sich aus hätte er keine Hilfe, und schon gar keine ärztliche aufgesucht.

Die Medikation (mit ›klassischen‹ Neuroleptika) hatte gravierende Nebenwirkungen in seiner Körpersphäre zur Folge. Dennoch blieb die Behandlung unverändert, was bei Herrn E. eine bestehende Skepsis in die ärztlich-medizinische

Perspektive verstärkte: diese hatte bereits vor seiner psychiatrischen Krise durch Erfahrungen mit somatischen Beschwerden eingesetzt.

Eine Vermittlung in Kurzzeit-Psychotherapie nimmt er an, kann aber mit dem Therapie-Diskurs nicht viel anfangen – auch der Therapeut konnte ihm keine »Richtschnur« geben, was ›zu tun‹ und was ›zu lassen‹ sei. Gleichwohl erkennt der Psychologe eine grenzwertig hohe Neuroleptika-Medikation, und setzt sich deswegen mit der Nervenärztin in Verbindung. Es erfolgt zwar keine Dosisänderung, aber der Therapeut vermittelt Herrn E. hier ein konstruktives Modell, mit Dissens umzugehen, und erwirbt sich dadurch Respekt. In späteren Sequenzen nimmt Herr E. Bezug auf dieses Erlebnis. Seine mehrfach beschriebene Tendenz, eigene Belange zurückzuhalten, sich Autoritäten anzupassen und anschließend hintergründig zu opponieren, hat hier ein Gegenmodell erfahren, auf das er später zurückgreift und das – mit anderen positiven Erfahrungen – zum Grundstock seiner souveränen Ressourcen wird.

Mitte 1992 kommt es mit dem Ende eines Beziehungsversuches zu einer Frau zu einer schweren Krise. Herr E. zieht sich extrem aus Beruf und Freundeskreis zurück, liegt vorwiegend angsterfüllt im Bett – und entwickelt schließlich ernste Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen. Der Schritt zu suizidalen Handlungen ist nicht mehr weit. Schwester und Mutter ergreifen wiederum die Initiative, weil sie Leid und Gefährdung nicht mehr mit ansehen können, vereinbaren Arzttermine, und rufen schließlich den Notarzt, der eine Einweisung ins *Bezirkskrankenhaus Haar* veranlasst.

Dort bleibt Herr E. zweieinhalb Monate auf der Aufnahmestation. Er schildert den Tagesablauf trist, vereinsamend, krankheitsfördernd. Kontakt und Aktivitäten mit den Mitpatienten seien kaum möglich gewesen. Schließlich drängt er selbst auf Entlassung. Während einer allgemeinen Info-Runde der *Sozialpsychiatrischen Dienste* lernt er einen Mitarbeiter des für ihn zuständigen Dienstes kennen, und nimmt nach seiner Entlassung den Kontakt auf.

Umgehend seien mit ihm gemeinsam die anstehenden Klärungen (Arbeitsamt, Rentenversicherung, Wohngeld ...) besprochen und erledigt worden, innerhalb eines Kontaktes, den er interessiert, zugewandt, ermutigend erlebt hatte. Familiengespräche seien aktiv vom Berater herbeigeführt worden. »Das war die richtige Hilfe«, sagt Herr E. Schließlich sei auch die Vermittlung in eine *psychiatrische Tagklinik* gebahnt, und er persönlich dorthin begleitet worden.

Hier findet er die komplexe und persönlich bezogene Hilfe, die er als richtig und förderlich auffassen kann: ein anspruchvolles Programm zur Lebens-, Alltags- und Berufsbewältigung, eine stufenweise Umstellung auf ein neues, ›atypisches‹ Neuroleptikum – aber auch Zeit und Interesse in persönlichen Gesprächen mit seiner Bezugsperson. Durch den geregelten Tagesablauf während des Tagesklinik-Programms habe er wieder normale Grundfunktionen wie Schlaf und Essen einpendeln können, sei abends »wie nach der Arbeit« erschöpft nach Hause

gekommen mit dem Gefühl, etwas geschafft zu haben. Dabei habe er unter mehreren Angeboten wählen können, es habe nicht nur *ein* verpflichtendes Tagwerk gegeben. Mit Unterstützung der Tagesklinik kann er anschließend – über das Arbeitsamt – einen beruflichen Reha-Kurs beginnen und erfolgreich absolvieren. Nach weiterer Arbeitslosigkeit wird er durch seinen *Reha-Sachbearbeiter am Arbeitsamt* – den er mit Interesse und Einfühlung für seine Lage beschreibt – auf ABM-Basis in ein Arbeitsprojekt vermittelt, das genau zu seinen Möglichkeiten und Wünschen passt: Seine Psychose wird akzeptiert, er kann im Einstellungsgepräch darüber sprechen. Sein Aufgaben- und Verantwortungsbereich ist überschaubar und es gibt wenig sozialen Stress.

Zum bevorstehenden Ende der Fördermaßnahme beginnt er jetzt selbstständig nach einer neuen Arbeit zu suchen. Er hat klare Vorstellungen und ist aufgrund seiner jetzigen Erfahrungen recht optimistisch. Nach dem Abteilungswechsel seines bisherigen Sachbearbeiters würde er jetzt am Arbeitsamt ›wie eine Nummer‹ bedient – weswegen er sich heute selbstständig orientiert und dies auch adäquat vermag. Damals sei das gespürte Interesse aber wichtig gewesen zu seiner Bestärkung und Vertrauensbildung.

Zugang und Motiv zum Interview: Herr E. war in seinem Arbeitsprojekt auf meine Studie aufmerksam gemacht worden und hatte sich gemeldet, um anderen Betroffenen bei ihren Bewältigungsversuchen zu helfen. Sein eigener Weg war von guten und schlechten Erfahrungen mit professionellen Hilfen durchzogen – er kann jetzt so etwas wie einen subjektiven Gebrauchshinweis geben.

Zu Setting und Verlauf

Das Gespräch findet auf Wunsch von Herrn E. in meinem Beratungszimmer am Sozialpsychiatrischen Dienst statt. Eine Tonbandaufnahme lehnt er ab, sodass ich während des sehr langen, dreistündigen Gesprächs eine Mitschrift fertige. Vor Beginn sagt er telefonisch seine Teilnahme an der heutigen Kontakt- und Gesprächsgruppe an ›seinem‹ SpDi ab, sodass ich ›live‹ über seine vertraute Einbindung in diese Gruppe informiert werde.

Zur subjektiven Interpretation von Psychoseerleben, Identitätsarbeit und Souveränität

Herr E. weiß aus Erfahrung, dass drohende oder reale Beziehungsabbrüche bei ihm Krisen auslösen können. Er reagiere dann mit extremem Rückzug, Angst und Scham. Dadurch gerate auch sein physiologisches und soziales Gleichgewicht in Unordnung, was insgesamt einen Teufelskreis bewirke und ihn in die Nähe von psychotischer Wirklichkeitsverarbeitung bringe.

Er erinnert zwei Situationen von gesundheitlicher Gefährdung seiner Schwester und seines Vaters, auf die er unmittelbar mit psychosenahem Krisenempfinden und -verhalten reagiert habe. Daran erkennt er, dass »es ihn immer wieder erwischen kann«, insbesondere mit dem zunehmenden Alter seiner Eltern. Er vertritt ein *Vulnerabilitätskonzept*, wonach auf der Basis einer labilen Disposition (Biologie) soziale und psychologische Stress-Ereignisse zu einer Erkrankungsphase führen können. Er schreibt der Psychose keine integrative Sinn-Dimension zu, vertieft keine psychodynamischen Überlegungen, sondern konzentriert sich vielmehr auf die Bewältigungsdimension und die Einbindung in sichernde soziale und professionelle Kontakte (z. B. auch die Gesprächsgruppe am SpDi).

Aus der Erfahrung heraus sei er heute jedoch persönlich gefestigter und sozial stärker eingebunden: wichtige Bezugspersonen würden seinen Rückzug nicht mehr tolerieren und ihn damit konfrontieren (speziell auch die Ärztin der Tagesklinik und sein Berater am SpDi). Krisen ließen sich nun besser meistern, auch weil er nun wüsste, was er braucht und sich heutzutage direkt an die Tagesklinik wenden würde.

Herr E. verwendet alle Kraft auf die Wiederherstellung einer ›Normal-Biografie‹, insbesondere beim Wiedereintritt in ein Berufsleben, das seinen Kräften angemessen ist. Hier ist er erfolgreich und engagiert. Er bezieht aus diesem Erfolg Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen, findet soziale Anerkennung. Seine weitere berufliche Perspektive nimmt er schließlich selbst in die Hand.

Er betont die Abstimmung und Passung nach außen, verwendet dagegen wenig Aufmerksamkeit für die Abstimmung nach ›innen‹, im Bezug auf die Synthese seiner inneren divergenten Befindlichkeiten. Hier bevorzugt er Kompromisse, konzentriert sich auf die Abwehr von psychosekritischen Impulsen und interessiert sich nicht so genau, worin die Labilität seines psychischen Arrangements bestehen könnte.

Stabilität und soziale Anerkennung haben Vorrang in seiner Lebensgestaltung. Gründend auf dieser Basis, kann er soziale Kontakte und Einbindung in der Betroffenengruppe am SpDi finden, ja sich sogar mit seinen Erfahrungen zur Verfügung stellen – auch in unserem Interview – damit es andere in psychotischer Lage einfacher haben. Diese Fähigkeit zur ›Selbstorganisation‹ hat er in den Psychiatrie-Kontexten kennengelernt, und damit das in seiner Familie vorrangige Modell der »Selbstbezogenheit« hinter sich lassen können. Dieses »soziale Kapital« kann für seine weitere souveräne Lebensgestaltung von großer Bedeutung sein.

Herr E. weiß um seine latente Angst vor großen Menschenansammlungen. Er vermeidet sie deshalb. Ebenso fährt er vorsorglich nicht mehr selbst Auto. Seinen Beziehungswünschen mit Frauen geht er derzeit aus dem Weg, aus Vorsichtsgründen. Er vermisst zwar nahe Kontakte und will sie später wieder eingehen, hält sich aber prophylaktisch zurück. Als Jugendlicher – vor seinem Auszug zu

Hause – habe er diese Bedenken nicht gehabt und sei sehr gesellig und aktiv im Kontakt gewesen. Diesen Kontrast vertieft er nicht weiter.

Heute kann er die psychoseauslösenden Ereignisse gelassener und mit mehr Distanz sehen: »Ich hab’ den Fehler gemacht, alles als meine Schuld zu sehen, als liege es nur an mir und in meiner Verantwortung ... Heute seh’ ich das distanzierter und denk’ mir, an der Frau wird’s schon auch gelegen haben – und vielleicht waren wir auch nicht die richtigen füreinander.«

In seiner Anschauung von Professionellen unterscheidet er markant zwischen ›schlechten‹ und ›guten‹ Helfern/Institutionen. *Erstere* seien überwiegend an wirtschaftlichem Profit (z. B. Arztpraxis) oder Arbeitersparnis (z. B. Behörden, Klinik) interessiert, *zweitere* zeigten persönliches Interesse und kompetentes Handeln unabhängig von ökonomischen Interessen (Tagesklinik, SpDi). Mittlerweile hat er gelernt, mit welchem Bedarf er sich sinnvollerweise an welche Profession/Person/Institution wendet. Zum Beispiel ruft er bei unklaren Fragen zur Medikation seine ehemalige Ärztin in der Tagesklinik an und fragt nach deren Einschätzung und Beratung. Dort erhält er bereitwillig Auskunft, ohne dass Fragen nach der Abrechnung gestellt werden. Andererseits informiert er seine aktuell behandelnde Ärztin nicht über seine Zweifel an deren Behandlungsstrategie, und handelt sie nicht mit ihr aus.

Wofür steht Herr E.?

Für einen Betroffenen,

- der seine Erkrankung als ein zu bewältigendes Faktum auffasst, ohne eine weitere Sinn-Dimension darin zu suchen. Er konzentriert sich darauf, seine ›Passungsarbeit‹ zur Außenwelt immer besser mit seinen Möglichkeiten abzustimmen (Handlungsfähigkeit, Anerkennung, Integration). Seiner Abstimmung nach ›innen‹ schenkt er hingegen weniger Beachtung, sucht vielmehr krisenaffine Impulse möglichst zu vermeiden. Gegenüber der überwiegenden Binnenbezogenheit seiner Herkunftsfamilie stellt dies womöglich eine »Horizontenerweiterung auf loyalem Terrain« dar. Zumindest findet er in ausgewählten Psychiatrie-Kontakten ein Interesse auf Gegenseitigkeit, das er aus seinen vormaligen Kontakten nicht berichtet;
- der von der Einführung neuer, atypischer Neuroleptika in hohem Maße profitiert: Er kann seine Behandlungseinwilligung verstärken, und ist gleichzeitig nicht länger gezwungen, starke Beeinträchtigungen dafür in Kauf zu nehmen;
- der seine soziale Unabhängigkeit und Autonomie in hohem Maße durch die Einbindung in seine Herkunftsfamilie sichert, bei gleichzeitig wenig durchlässigen Grenzen gegenüber der außerfamiliären Welt. Auch die Einleitung

- von Krisenmanagement überlässt er (anfangs seiner »Karriere«) den Frauen in seiner Familie. Dadurch bleiben er und seine Angehörigen sehr stark miteinander gebunden;
- der seine Kooperation mit den Profis entscheidend von deren Interesse und Glaubwürdigkeit abhängig macht. Im Laufe der Erfahrung wählt er aus und weist auch zurück. Entscheidendes Kriterium für ihn ist dabei auch, *wie* die Profis über seine Belange mit ihm und untereinander sprechen;
 - der im Laufe seiner Erfahrung zunehmend souveräne Gestaltungen für seine eigenen Belange anzuwenden weiß (z. B. in der Berufsperspektive und der Nutzung professioneller Hilfen) – nachdem er in wertschätzenden und unterstützenden Kontakten zu Professionellen genügend Rückhalt und Basis dafür gefunden hat.

Fallporträt 7/Interview 7/Herr G.

- »Sehen Sie zum Beispiel, das sind so Möglichkeiten, wo ich mich positiv einsetzen konnte. Wenn ich so was habe, dann wirkt bei mir die Therapie, *verstehen Sie*. Aber wenn ich nur rumsitze und es tut sich nichts und ich mach' nur Arbeitstherapie, des bringt mir nichts.«
- »Aber das Persönliche, wenn das da ist, das ist für mich so wichtig. *Verstehen Sie das?*« (S. 19 f.)

Zu den Einschlusskriterien

- Diagnosen: Paranoide Psychose; Zwänge; erstmals mit 19 Jahren/1981 in Behandlung
- Stationäre Behandlungen: ca. fünf Klinik-Aufenthalte: zwei mit der Dauer von je einem Jahr; drei Tagklinik-Aufenthalte: zwei mit der Dauer von je neun Monaten;
- Kontakte mit gpDi: TWG zwei Jahre; Tagesstätte Clubhaus neun Monate; Sozialpsychiatrisches Zentrum (zwei Wochen); berufl. Reha: Berufsförderungs-
werk, berufl. Ausbildungskurs, berufl. Eingliederungskurs; SpDi: 14-tägige Termine seit ca. zwei Jahren;
- Ambulante Behandlungen: Facharzt 14-tägige Termine; Medikation mit atypischen Neuroleptika; Gruppentherapie/Kommunikation über ein Jahr

Zu Person, Biografie und Lebensweg

Herr G. wurde vor 38 Jahre als erstes von zwei Kindern eines Schriftsetzers und einer Hauswirtschaftshelferin in München geboren. Seine Schwester ist sieben Jahre jünger und ohne Psychiatererfahrung. Er erkrankt erstmals mit 19 Jahren an einer paranoiden Psychose, kurz vor den Abiturprüfungen. Einem ersten, wenig erfolgreichen stationären Aufenthalt in der *Uni-Klinik (LMU)* schließt sich ein weiterer in der *Uni-Klinik (TU)* für sechs Monate an. Hier findet Herr G. ein für ihn vertrauenswürdiges Behandler-Team, einen Arzt – der ihn später über viele Jahre hinweg begleiten wird – und eine wirksame Medikation. Er kann seine psychische Verfassung stabilisieren, und schließlich durch eine persönliche Eingabe beim Kultusministerium sogar sein Abitur nachmachen – was ihm auch gelingt.

Er beginnt ein Theologie-Studium in München, wohnt nach wie vor bei seinen Eltern. Kurz vor dem Vordiplom entwickelt er unter der Stressbelastung eine weitere psychische Krise. Mit seinem Arzt hatte er zuvor den Versuch abgesprochen, die Medikamente während der Prüfungszeit zu reduzieren – was die Krise nun aber zusätzlich verschärft.

- »Ich bin dann im Vordiplom durchgefallen und habe mich seither nicht mehr aufgerappelt, was das Studium betrifft. Ich bin der Sache noch lange hinterher gegangen, habe versucht, öfters wieder so zurückzufinden. Es hat nicht geklappt und danach war ich dann wieder in der ›Möhlstraße‹ (*psychiatrische Uni-Klinik*) gewesen.« (S. 2)

Einem weiteren Behandlungsaufenthalt in der *Uni-Klinik (TU)* soll sich eine stationäre Reha im Sozialpsychiatrischen Zentrum anschließen – ohne jedoch die Bereitschaft von Herrn G. einzubeziehen. An der fraglichen Kostenbeteiligung der Eltern an dieser Maßnahme macht sich schließlich der Abbruch fest – Herr G. geht wieder nach Hause zurück. Die Eltern suchen nach anderen Hilfen und stoßen schließlich auf die *Tagklinik der BRK*, wo Herr G. für neun Monate am (Gruppen-)Therapieprogramm teilnimmt, und von einer guten Erfahrung in einer schönen Gemeinschaft spricht – trotz der mitunter belastenden Kommunikationsprozesse, durch die er sich »durchbeißen« muss.

Sein weiterer Weg soll ins *Berufsförderungswerk (BFW)* führen – er selbst tendiert wieder zurück ins Studium, setzt die Medikamente eigenmächtig ab, und ist nach wenigen Wochen im BFW wieder in einer psychotischen Krise, die ihn für ein ganzes Jahr in die Klinik führt, diesmal das *BKH Haar (1990)*. Dort überfordert die Teilnahme am ›Standard-Programm‹ seine Kräfte. Er vermag keinen äußeren und inneren Raum für die Entfaltung seiner Zukunftsvorstellungen zu finden. Nach einem Jahr geht er auf eigenen Wunsch wieder ins Elternhaus zurück, ohne Perspektive:

- »Also da ist, im ganzen 1991 hat sich nicht viel getan, nur des eine war des, ich habe dann so gegen Ende zu, habe ich überlegt, was könnte man jetzt noch ma-

chen? Da sind wir auf den Gedanken gekommen, meine Eltern und ich, ich könnte es noch einmal mit einer Tagklinik versuchen und zwar im Atriumhaus.« (S. 4)

Nach drei Wochen Aufenthalt – er spricht wieder vom Überwiegen einer Arbeitstherapie, die ihm nicht lag, und unzureichenden persönlichen Gesprächen – ist er erneut so stark psychosekrank, dass er »nach Haar muss« und das ganze Jahr 1992 im BKH bleibt.

- Ab diesem Wendepunkt 92, da kann man wirklich sagen, da ging es mir besser.

Da hat es dann gewirkt, die Therapie.« (S. 4)

Eine Medikamentenumstellung auf *atypische* Neuroleptika unterstützt seine Genesung deutlich besser als das zuvor verwandte Haldol. Die Arbeitstherapie vermag er diesmal – im Unterschied zum Aufenthalt vor zwei Jahren – durch gezielte eigene Wahl zu »steuern«: ins Schreibbüro, was seinen Kompetenzen und Neigungen viel besser entspricht als das handwerkliche Standard-Programm. Diese Erfahrung seines vorangegangenen Aufenthaltes kann er diesmal in Eigeninitiative umsetzen. Er kann die Aufgaben gut bewältigen, bekommt Verantwortung übertragen und erhält deutliche soziale Anerkennung in einem »sehr guten Klima«.

Schließlich wird – in einer *gemeinsamen Entscheidung aller Beteiligten* – der Weg in eine *Therapeutische Wohngemeinschaft* gebahnt. Herr G. bleibt so lange im BKH, bis in der WG ein Platz frei wird, zieht dort ein – und erstmals in seinem Leben von zu Hause aus.

Auf Vermittlung der *Reha-Abteilung* des Arbeitsamtes beginnt er erneut eine Ausbildung zum Bürokaufmann, aber diesmal in München, und wohnt weiterhin in der TWG.

Nach zwei Jahren unterbricht er die Ausbildung – er sei vom Lernen erschöpft gewesen, habe sich wieder mit Gedanken an das abgebrochene Studium beschäftigt. Er geht wieder in die »bewährte« Tagesklinik des BRK und stabilisiert sich dort in neun Monaten (u. a. durch die eigenständige Gestaltung von Neigungs- und Freizeitgruppen). Im Anschluss sucht er nach einer geeigneten *Tagesstätte* und findet schließlich das »*Clubhaus Lichtblick*«:

- »Das war die beste Psychiatrieerfahrung, die ich jemals gemacht habe.« (S. 4)

Dort kann er in den Mitarbeitergruppen seine Kompetenzen sowohl einbringen als auch weiterentwickeln (Organisation, Zeitungs- und Literaturgruppe, Italienisch-Kurs ...), und entfaltet eine für ihn bislang ungekannte *Souveränität in der Lebensgestaltung*: Er »managt« die »Clubhaus-Zeitung«, recherchiert und schreibt Artikel, organisiert den Vertrieb mit, veranstaltet Literaturabende an verschiedenen öffentlichen Einrichtungen. Nach neun Monaten Mitarbeit hat er sich gefestigt und nimmt seine unterbrochene Reha-Ausbildung wieder auf: den dritten Abschnitt absolviert er nun erfolgreich im Jahr 1999. In diese Zeit fällt auch die Anmietung seiner *ersten eigenen kleinen Wohnung*, in der er heute noch lebt. Seine Mutter hilft ihm dabei, die Ordnung aufrechtzuerhalten.

Von sich aus nimmt Herr G. Kontakt zum *SpDi* auf, findet mit ›seinem‹ dortigen Berater ein flexibles Arbeitsbündnis, das neben regelmäßigen Gesprächskontakten auch die Option für ad-hoc-Telefonate bei Bedarf, und für Hilfestellungen bei Behördenangelegenheiten umfasst. Jetzt, im eigenen Hausstand, mit Entfernung zum Elternhaus, ist er stärker auf sich gestellt – und sorgt ganz selbstverständlich für die nötigen Unterstützungsquellen.

Nach der Ausbildung bleibt Herr G. zunächst arbeitslos, beginnt dann einen weiteren Trainingskurs zur ›Förderung der Berufsaufnahme‹, den er derzeit im Praktikum absolviert – mit einer hoffnungsvollen Option auf Übernahme ins Angestelltenverhältnis.

Herr G. nimmt seit einigen Jahren an einem Gesprächskreis in seiner Kirchengemeinde teil, ebenso am Aktivenkreis von *amnesty international*.

Herr G. erscheint von untersetzter, stämmiger Figur. Er spricht mit volltönder, behäbiger Stimme in oberbayerischem Tonfall. Er trägt Brille und einen Schnauzbart, und verleiht sich so einen überaus biederen Ausdruck. Er wirkt auf den ersten Blick nicht wie eine Person, die »gerne redet«. Gleichwohl entspricht die Kontakt-Tätigkeit, miteinander ein Gespräch zu führen und dies anschließend zu beschreiben und zu veröffentlichen, demjenigen Aktivitätsfeld, das er für sich im Laufe seiner Nutzung gemeindepsychiatrischer Dienste als wesentlich herausgefunden hat: Wir tun mit dem Interview das, was ihn selbst immer wieder gestärkt hat.

Zugang und Motiv zum Interview: Herr G. hatte durch seinen Berater am SpDi von meiner Studie erfahren und sich daraufhin mit mir in Verbindung gesetzt. Als Motiv nennt er, sich zur Verfügung zu stellen: Er sei aufgeschlossen für die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung, und will für künftige Patienten die Versorgung verbessern helfen.

Zu Setting und Verlauf des Interviews

Das Gespräch findet bei Herrn G. zu Hause statt, einem kleinen Apartement in der Innenstadt. Die Einrichtung ist eher karg und konventionell, dabei streng geordnet. Audiogeräte, Bilder mit religiösen Motiven, PC und Bücher nehmen einen großen Teil des Raumes ein.

Herr G. empfängt mich voller Aufregung im Korridor des Mietshauses und zeigt mir mit sichtlichem Stolz seine Wohnung und die wichtigsten Einrichtungsgegenstände. Er fragt mich nach meinem Ordnungseindruck und bemerkt, dass Haushaltsführung nicht seine Stärke sei, er aber mit Hilfe seiner Mutter einen gewissen Standard halte.

Ich erlebe Herrn G. anfänglich streng in seinem Bemühen, Ordnung und Konvention einzuhalten. Kaffee und Kuchen bereitet er nach einem genauen Plan mit

vielen Handreichungen und Gängen in die Küche zu. Während des Essens – wir sitzen am Esstisch »über Eck« – entspannt sich die Atmosphäre. Der Fragebogen zu seinen soziodemografischen Daten hatte ihn kurzzeitig angestrengt im Hinblick auf »richtiges« Ausfüllen. Auch dabei wurde deutlich, dass er – im Unterschied zu seiner flüssigen Ausdrucksweise – bei der konkreten Bearbeitung von Aufgaben mit Beeinträchtigungen zu kämpfen hat, was Focussierung, Entscheidung oder Beurteilung anbelangt. Für mich wird nachvollziehbar, wie es zu den beschriebenen Schwierigkeiten im Leistungsbereich (Ausbildung, Beruf, Haushalt) kommt.

In unseren Gesprächsrollen passen wir hervorragend zu seinem errungenen Tätigkeitsfeld »Journalismus«: Während er für seine Zeitungsrecherchen Interviews mit anderen führt, wird er nun selbst befragt. Er kann zeigen, welche Kompetenzen er gewonnen hat: sich auf eine Eingangsfragestellung vorzubereiten, eine Erzählung chronologisch anzulegen, Nachfragen zu bedenken und darauf einzugehen. Die Anerkennung seiner Art von »souveräner Lebensgestaltung«, die in unserem Arrangement liegt, und die ich als Interviewer authentisch bereithalten kann, stärkt seine Lebensweise. Es verwundert kaum, dass wir ein ertragreiches Gespräch mit einem hohen Grad an Übereinstimmung hervorbringen.

Dass wir beide – nach eineinhalb Gesprächsstunden – seine zunehmende Erschöpfung erkennen und zum Ausdruck bringen, hilft uns auch dabei, wieder den Boden der »Krankheitstatsachen« unter die Füße zu bekommen – nachdem ich mich phasenweise schon gefragt hatte, worin denn nun eigentlich seine Beeinträchtigung bestünde ...

Zur subjektiven Interpretation von Psychoseerleben, Identitätsarbeit und Souveränität

Herr G. beschreibt die Inhalte seines Psychoseerlebens nur vage: Es sei ihm schlecht gegangen, er habe es nicht mehr ausgehalten, sei sehr unruhig geworden. *»Und ich habe starke Zwangshandlungen gehabt. Auch paranoide Symptome und ich habe von mir aus nicht erkannt, dass ich krank bin.«* (S. 1) Er benutzt auf den ersten Blick ein »rein medizinisch« wirkendes Krankheitskonzept, in welchem die Einsicht in eigene Erkrankung und der Einsatz von Medikamenten eine zentrale Rolle erhalten. Parallel dazu schildert er die Anlässe, weswegen sich seine emotionale Verfassung jeweils verschlechtert, als überwiegend aus dem Bereich der Beziehungen, der sozialen oder der Selbst-Anerkennung kommend – ohne eine Verbindung zwischen Krankheitsphase und psychosozialen Ereignissen zu ziehen: Er kann beides nebeneinander stehen lassen, ohne über Widersprüche zu stolpern. Er lässt seine psycho-soziale Biografie in Ruhe, und begibt sich deshalb umso sicherer auf das neu entdeckte Feld von Eigen- und Gemeinschaftsaktivität. Dadurch kann er die Eckpfeiler seiner neuen und aktuell tragenden Identität stärken.

Zweimal gerät er – nach seinem Verständnis – durch das Absetzen der Medikamente in psychosenahe Zustände – jeweils als er entgegen Rat und eigenen Möglichkeiten auf seinen alten Studienplatz zurückkehren will.

Herr G. setzt alle Kraft daran, seine krankheitsbedingt unterbrochene Abiturprüfung nachzuholen, und schafft dies auch mit Unterstützung seiner Eltern. Gerade weil er aus einer Arbeiterfamilie stammt, ist die Anerkennung durch Abitur und Studium so wichtig. Das Studium bewältigt er bis zum Vordiplom, dann driften die Anforderungen und seine Möglichkeiten auseinander, und er bricht das Studium ab.

In der Arbeitstherapie des BKH erlebt er zunächst eigenes Scheitern an den fremd gesetzten Zielen und Standards – bis er schließlich das dortige »Schreibbüro« als eine zu seinen Neigungen passende Arbeitsmöglichkeit entdeckt. Er erfährt Anerkennung und erhält Verantwortung übertragen. Er hat (nach dem Studium) endlich einen Bereich gefunden, mit dem er sich und seine Identität aufbauen kann. Diese Erfahrung vertieft er im »Clubhaus«: Über das Schreiben von Gedichten und Artikeln in der »Clubhaus-Zeitschrift« erringt er schließlich so viel Anerkennung, dass er die Ausbildung zum Bürokaufmann auch als zu ihm passend anstreben und absolvieren kann – und sich von seinen Studier-Träumen verabschiedet. Auf meine Nachfrage schildert er genauer seine Schwierigkeiten mit der Arbeitstherapie in den Kliniken: erst als er die *selbst* favorisierte Bürotätigkeit ansteuern kann, »wirkt« die Therapie im Sinne einer Ermutigung und Bekräftigung. Zuvor hatte er sich über jeweiliges Scheitern wieder aus den verschiedenen Arbeitstherapie-Kontexten zurückgezogen. Vom Empowerment-Gedanken her interessant ist seine Erfahrung, dass er unschwer die Benutzung des PC erlernen konnte, sobald es ihm darum ging, *eigene Texte* zu verfassen: als er zuvor »fremde« Texte schreiben sollte, hatte ihm dieses Gerät und diese Tätigkeit Angst bereitet, und er war zurückgetreten.

In den Mittelpunkt stellt Herr G. die Erfahrung im Clubhaus (und vergleichbar in der Tagklinik), Verantwortung für Funktionen, Tätigkeiten und Projekte zu übernehmen: einen Raum für eigene Gestaltungen zu finden (z. B. in der Bürogruppe, als »Delegierter« bei Außenkontakten, oder durch das Angebot eines Italienisch-Kurses und einer religiösen Gesprächsgruppe), und darin seine eigene Kreativität zu entwickeln.

Im Kontrast dazu benennt er seinen Eindruck einer anderen Tagesstätte, deren Konzept weit weniger auf die Eigenaktivität der Besucher ausgerichtet sei, und mit der er folglich wenig anfangen konnte:

- »... ich habe mich da nicht einbringen können. Ich habe keine Möglichkeit gefunden mich einzubringen.« (S. 6)

Er schildert diese positive Entwicklung als Ergebnis einer Beziehungsqualität mit den betreuenden Profis und innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft – darüber hinaus auch der Struktur der Betreuungsangebote (kann auf persönliche Belange

eingegangen werden, oder gibt ein Standard-Programm den Takt vor?). Implizit wird deutlich, dass er (nur) dort profitieren konnte, wo seine Lage im Leben gesehen und verstanden wurde – und nicht nur seine Krankheitsanzeichen.

- »Aber das Persönliche, wenn das da ist, das ist für mich so wichtig. *Verstehen Sie das?*« (S. 19f.)

Herr G. braucht ein Tätigkeitsfeld, in dem er sich »*positiv einbringen kann. Wenn ich so was habe, dann wirkt die Therapie*« (S. 19), dann kann sein Leben gelingen. Dieses Tätigkeitsfeld findet er schließlich selbst heraus – wenn ihm dazu in einer persönlich zugewandten Atmosphäre die Gelegenheit gegeben wird.

Ein wesentlicher Teil seiner Erzählung betrifft die Therapeutische WG, in die er für mehrere Jahre einziehen konnte. Einerseits ermöglichte sie die Lösung vom Elternhaus, das ihn immer wieder mit starken Konflikten und Ambivalenzen konfrontiert hatte, und die Gründung eines eigenen Lebensmittelpunktes. Andererseits verschaffte sie ihm die Erfahrung eines tragfähigen Gemeinschaftslebens und einer passenden persönlichen Unterstützung durch die Betreuer. So kann Herr G. im Rückblick sagen:

- »... dass die Wohngemeinschaft zwei Dinge bewirkt hat, die ganz groß und wichtig waren, dass ich seither praktisch nicht mehr in stationärem Aufenthalt gewesen sein musste, das haben die geschafft. Dass ich mich dort halten konnte, dass ich nicht wieder zurück musste. Und das Zweite, was vielleicht noch größer ist, die haben's geschafft, mich durchzuboxen durch die Ausbildung. Weil ich habe immer wieder Phasen gehabt, wo ich gezweifelt habe, ist das das Richtige und so. Und dann haben sie mich wieder aufgebaut.« (S. 9)

Möglich wurde diese Erfahrung, nachdem für den Aufenthalt in der TWG *kein* finanzieller Beitrag der Eltern gefordert war – im Unterschied zur Rehabilitation im Sozialpsychiatrischen Zentrum. Hier wirkt sich eine diesbezüglich befreiende Praxis der Sozialhilfeträger in Bayern – der Bezirke – nachhaltig positiv für Betroffene wie Herrn G. aus. Wegbereitend beschreibt Herr G. auch die Umstellung der Medikamente auf die neuen, atypischen Neuroleptika im Jahr 1992. Diese hätten eine stärker beruhigende Wirkung, er sei nicht mehr so aufgewühlt und körperlich unruhig wie zuvor. Damit fällt ihm auch die Akzeptanz der Dauermedikation leichter. Er habe sie seither nicht mehr abgesetzt und sei auch deswegen nicht mehr in die Klinik gekommen. Im Bereich seiner *sozialen Einbindung* erfährt Herr G. die stärksten Veränderungen:

- »Also eine große Umstellung, eine der wichtigsten überhaupt, kann ich sagen, was sich sehr gebessert hat bei mir, was eigentlich überraschend ist, dass ich viel kontaktfreudiger geworden bin.« (S. 13)

Seit 1992 – also im Kontext Auszug Elternhaus/Einzug WG/Medikamentenumstellung – pflegt er intensiver soziale Kontakte, und bindet sie an gemeinsame Interessen und Unternehmungen (Gedichte vortragen/Vorträge organisieren/Veranstaltungen besuchen). Auch besucht er die wöchentlichen Treffen der ehemali-

gen Nutzer von Tagesklinik und WG: Dort hält er Anschluss an die gewonnenen Kontakte und Erfahrungen, und verteilt seine neuen »Produkte« in Form von Clubhaus-Zeitungen und Veranstaltungshinweisen. In diesem Rahmen »kümmert« er sich mitunter auch als Pate um andere Psychiatererfahrene, die mit ihrer Bewältigung erst am Anfang stehen. Gleichzeitig hält er sich normalisierte Begegnungen offen – in seiner kirchlichen Gemeindegruppe und bei *amnesty international*. Er sucht und pflegt von sich aus mehr Kontakte, und wird auch selbst vermehrt als Kontaktpartner gesucht. Inzwischen bestehen diese Kontakte auch unabhängig von sozialen Einrichtungen, als Netz von Bekannten (die z. B. zu seiner Geburtstagsfeier nach Hause kommen):

- »Das ist ein schöner Erfolg für mich.« (S. 14)

Wichtig ist für ihn auch hier die Verbindung von Kontakt und Tätigsein: Mit einer Mitbetroffenen entdeckt er die Freude daran, Gedichte zu schreiben, veranstaltet gemeinsame Lesungen oder einen Italienisch-Kurs. Er nutzt die Treffpunkte ehemaliger Patienten von Tagesklinik und Clubhaus, um in Kontakt zu bleiben und für »seine« Veranstaltungen und Zeitungen zu werben.

Die Bestätigung in selbst gestalteten Bereichen, das *Gefühl von Kohärenz* macht auch alles andere leichter, in einem zirkulären Prozess: Er ist kontaktfreudiger und kann sich zutrauen, erstmals eigenständig zu wohnen. Er nimmt seine Medikamente: Es gibt keinen Grund mehr, sie abzusetzen (etwa für das Ziel eines Studienabschlusses medikamentös weniger gedämpft und gebunden zu sein – oder aus »Psychoromantik«, wie er es nennt, S. 10), weil er nun einen realistischeren Lebensplan vor sich sehen kann. Er bringt trotz großer Schwierigkeiten die Ausbildung zu Ende, und beginnt nochmals einen Berufseinsteigerkurs, der ihn zum Ziel einer Anstellung führen soll, vor der er jetzt tatsächlich steht.

Dass diese Entwicklung so eingetreten ist, schreibt er einer »Wende« in seinem Genesungsprozess zu: 1992 wurden die passenden Medikamente und das passende Arbeitsfeld »Büro« gefunden, er kann in die WG ein- und von zu Hause ausziehen, und es geht ihm einfach besser.

- »Und es hängt, das muss ich ehrlichkeitshalber dazu sagen, das hängt wahrscheinlich auch damit zusammen, dass es mir einfach besser ging. Also, dass es insgesamt schon gewirkt hat, und wenn es einem besser geht, dann kann man auch die Therapie besser nutzen. Das kommt noch dazu. Wenn es einem schlecht geht, dann kann man sein wo man will, da hilft es nichts. Wenn es einem besser geht, dann kann man sich einbringen.« (S. 18)

Teil dieser *gelingenden Gesundheits- und Identitätsarbeit* ist die Erfahrung, häufig erst *beim zweiten Aufenthalt in einer Institution* eine positive Entwicklung zu nehmen (BKH Haar, Tagesklinik), und schließlich »als Sieger vom Platz zu gehen«. Dafür war es gut, erneut krank zu werden. »Die Krankheit hat das so gesteuert, verstehen Sie« – so erklärt er sich, obwohl er sonst nicht zu »esoterischen« oder überhaupt interpretierenden Aussagen neigt.

- »Wie ich zum zweiten Mal dort war, ich wollte noch mal die Erfahrung machen, das habe ich damals gesehen, wenn du jetzt zurückgehst, noch mal dann machst mal noch andere Erfahrungen. Und das habe ich verwirklicht. Zum Beispiel, das durfte ich dann auch machen, eben in der Tagklinik haben wir eine Glaubensrunde gemacht.« (S. 19)

Diese »zweiten« Erfahrungen verhelfen ihm dazu, die Vorstellung eines gelingenden Lebens für sich zu entwickeln, einschließlich der *Chance, selbst etwas dafür tun zu können*.

Familiäre, wechselseitige Anerkennung ist für Herrn G. ein wichtiges Gut – trotz der phasenweise angespannten Beziehungen. »*Ich habe die Ausbildung zum größten Teil wegen meinem Vater gemacht.*« (S. 22) Die Sorgen seines Vaters um eigenen Broterwerb sind ihm Anlass für Ausbildung und schließlich eigenes Einkommen. Korrespondierend anerkennt der Vater die Bemühungen des Sohnes und die Qualitäten des Clubhauses:

- »Ja, mein Vater sagt auch, das Clubhaus ist sehr gut, wenn man aufgebaut werden will. Zum Aufbauen ist das sehr gut.« (S. 8)

Ähnliches gilt für die Mutter, die ihm bei der Ordnung in der neuen Wohnung hilft, und der er sein neues Zuhause öffnet. Und »*mit meiner Schwester tu ich vor allem viel verreisen*« (S. 23). Es ist ihm wichtig, dass sie unproblematisch Anteil nimmt an seinem Werdegang, dass sie ihm gemeinsame Reisen ermöglicht und damit einen Teil seiner souveränen Lebensgestaltung mitträgt.

Zu meiner interpretativen Außensicht auf Herrn G. und seine Geschichte

Herr G. erleidet seine erste Psychose in der Abiturklasse, noch bevor sich Vorstellungen von Authentizität und die Ablösung vom Elternhaus herausbilden konnten. Seine Schilderung der ersten Behandlungserfahrungen ist denn auch so, dass er überwiegend passiv und auf Entscheidung anderer – auch der Eltern – seine Behandlung aufnimmt.

Immer wieder kehrt er nach Behandlungsphasen ins Elternhaus zurück. Noch kann er nicht ausreichend Souveränität aufbieten, um ein selbstständiges Leben zu wagen. Er reguliert seine Umstände regressiv durch Zustandsverschlechterungen, und kann lange nicht aktiv sagen, was ihm gut tut und was er will. Nach dem ›Aus‹ seiner beruflichen Pläne mit dem Studium Theologie fehlt ihm schließlich auch eine Vorstellung und ein Ziel, wo er hin möchte.

An diesen Tiefpunkt seiner Entwicklung tritt ein weiterer langer Klinikaufenthalt, der den Beginn der »Wende 1992« bewirken kann. Zum einen erhält er neuere Medikamente, die ihn besser unterstützen. Dann kann er bei diesem zweiten Aufenthalt schon besser sagen, welche (Arbeits-)Therapie ihm nützt und welche nicht, und er kann sich für eine Auswahl nach *seinen* Gesichtspunkten

stark machen: eben das Schreibbüro. Der Erfolg gibt ihm schließlich recht. Auch bringt ihm das therapeutische Personal ein ausreichendes Maß an Interesse, Zuwendung und Ermutigung entgegen, sodass er auch als eigständige Person aufzutreten vermag.

Weiterer Baustein seiner ›Wende‹ ist der Einzug in die therapeutische WG im Anschluss an die Klinik. Obwohl er sich dort eher an der ›kommunikativen Peripherie‹ aufhält, lebt er in der Gemeinschaft auf. Er wirkt regelrecht befreit von den anhaltenden Konflikten mit seinem Vater und der insgesamt belasteten Atmosphäre zu Hause. Demgegenüber lebt er sich schnell im neuen Lebensrahmen ein und berichtet von keinen größeren Schwierigkeiten, sich mit den Mitbewohnern zu arrangieren. Beide Betreuer erlebt er persönlich zugewandt und engagiert, sodass er sagen kann: Die WG hat dafür gesorgt, dass er nicht mehr in eine Klinik musste, und dass er den Abschluss seiner Ausbildung tatsächlich erreichen konnte.

Der bedeutendste Zugewinn an Lebenssouveränität gelingt ihm während seiner Mitarbeit im Clubhaus Lichtblick. Dort findet er in der Bürogruppe und mit der Clubhaus-Zeitung ›sein‹ Betätigungsfeld, und im Engagement für die Gemeinschaft seinen aktiven sozialen Platz. Hier kann er seine Fähigkeiten entfalten und kommunikativ teilen, muss sie nicht mehr auf ein unrealistisch gewordenes Studienziel projizieren. Mit diesem anerkennenden Milieu als Rückhalt kann er auch die schwierigeren Seiten der neuen Selbstständigkeit angehen: etwa die regelmäßige Medikation als Ausdruck seiner Anerkenntnis eigener Beschädigung, und den beschwerlichen Weg durch seine Berufsausbildung. Er hat erfahren, dass er seine Potenziale positiv einbringen können muss, und dass er einer persönlichen Atmosphäre in seiner Umgebung bedarf, damit seine Therapie und Lebensgestalt gelingt. Mit dieser Erfahrung von *Empowerment* kann er auch die schwierigen Aspekte seiner sozialen Integration annehmen (etwa die berufliche Stellung auf »niedrigstem Niveau«), ohne sich ausgeschlossen zu fühlen. Er hat seine Integrationsstür gefunden und geöffnet, indem er seine Potenziale in Bürgerhilfe, Selbsthilfe und Kulturarbeit einbringen kann – auch wenn damit kein Geld und kein Status zu verdienen ist.

Nicht nur die *selbst gestalteten Tätigkeitsbereiche und der selbst gestaltete Wohnbereich* zählen zur Souveränität von Herrn G., sondern auch seine Wahl und Dosierung an professioneller Hilfe, die er mit fortschreitender Erfahrung spezifischer aufsucht. Zu Beginn seiner ›Karriere‹ verfügt er kaum über Wahrnehmung und Ausdruck dessen, was ihm gut tut und was er bevorzugt. Zum Ende der Erzählung weiß er nicht nur die »bitteren Pillen« zu schlucken, er weiß auch wofür und wie viel, und wem er sich dabei anvertraut. So hat er »seinen« Arzt des Vertrauens gefunden und trifft ihn vierzehntägig. So hat er auch nach seinem Wohnungseinzug den zuständigen SpDi kontaktiert, seinen Unterstützungswunsch vorgetragen und eine tragfähige Beziehung zu einem Berater aufgebaut. *Er*

wählt nun selbst aus – demnächst plant er an einem Kurs in autogenem Training teilzunehmen: das hatte er im Rahmen von Therapie-Programmen kennengelernt, aber nie die Möglichkeit gefunden, es intensiver auszuüben.

Herr G. scheint sich im Laufe der Zeit in einem ›mittleren Aktivitätsbereich‹ bewegen zu können. Während er zunächst die psychiatrischen und elterlichen Interventionen ›erduldet‹ oder durch Zustandsverschlechterungen reguliert, andererseits seinen eigenen Alltag durch zwanghafte Routinen sichert, wirkt er zuletzt einigermäßen gelassen. Er weiß, welche Verpflichtungen er im existenziellen Bereich einhalten muss, und richtet seine Aktivität zuverlässig danach aus. Daneben pflegt er seine Kontakte oder Wunsch-Projekte auch durchaus ad-hoc, also ohne vorgefasste Struktur, und etwas dem Lauf der Dinge folgend. Das ist für jemanden mit seiner Geschichte ein nicht selbstverständlicher Erfolg.

Wofür steht Herr G.?

- Verortet seine *Krankheit* eindeutig im medizinischen Paradigma, verfolgt keine weiteren Hintergründe psychologischer oder sozialer Art. Dadurch wird er zum »Muster-Fall« für *Lösungsorientierung*: pragmatisch baut er auf den gelingenden Erfahrungen auf, bei denen er sich selbst gemäß seinen Neigungen einbringen konnte, und die ihm dementsprechend etwas gebracht haben.
- Bessere Lebensqualität seit 1992 durch die *Umstellung der Medikamente* auf atypische Neuroleptika mit besserer Verträglichkeit, Wirksamkeit und Akzeptierbarkeit.
- Schafft die konfliktbeladene *Ablösung von zu Hause mithilfe einer TWG*, sowohl durch die Gemeinschaft als durch die therapeutische Begleitung. Durch den stabilen Lebensrahmen können alle weiteren therapeutisch-rehabilitativen Bemühungen erst richtig wirken; (kein weiterer stationärer Aufenthalt/nur mithilfe der WG durch die Ausbildung gekommen)
- *Prozess von Empowerment*: Zu Anfang seiner Karriere weiß Herr G. nicht recht, was gut für ihn ist (äußert keine Vorstellungen von Authentizität); er fügt sich den von Eltern oder Behandlern vorgeschlagenen Hilfen und reguliert durch regressive Zustandsverschlechterung, wenn die Hilfen ihm nicht zuträglich sind. Per Erfahrung findet er die *Tätigkeiten*, die er selbst und verantwortlich gestalten mag (Zeitungsgruppe, Gedichte schreiben, Vorträge organisieren). Er findet heraus, dass er eine *persönliche, interessierte Atmosphäre* braucht – und eben kein Standardbehandlungs-Programm. Auf diesem Hintergrund entfaltet er Kompetenzen und Kontakte, Perspektiven und Sinn in seiner Lebensgestaltung.
- Die *Wirksamkeit von Anerkennung*: als er eigene und soziale Anerkennung erfährt, indem er Gedichte verfasst, Texte schreibt, diese (gemeinschaftlich)

veröffentlicht, gewinnt seine Suche nach Identität Form und Substanz. Er kann sich als Gewinner und »Sieger« begreifen, und damit seine bisherigen Verlierer- und Ausschluss-Erfahrungen wenden. Damit wird es ihm möglich, seine Ausbildung schließlich zu absolvieren, anzunehmen und auch auszuüben, selbst wenn der Inhalt ihn nicht zufriedenstellen kann. Berufliche Teilhabe wird ihm möglich – selbst wenn sie unterqualifiziert bleibt – weil er andere, soziokulturelle Bereiche der Anerkennung und Betätigung gefunden hat.

Fallporträt 8/Interview 2/Herr L.

- »Aber irgendwie wollte ich halt aus dem Grund nicht mehr krank werden, weil dann wieder alles zusammenstürzt, was ich mir erarbeitet habe. Aber an und für sich hat mich die Krankheit nicht so berührt ... Also berührt schon, aber nicht so gestört, dass ich jetzt sagen würde, ich habe mich schlecht gefühlt wenn ich krank war.« (S. 24f.)
- »Also dass ich da eine Hilfe erwarten kann, hatte ich eigentlich gar nicht so im Kopf, damals ... Ich habe gedacht, da muss ich halt erzählen wie es mir geht, damit ich drin bleiben kann, so ungefähr ...« (S. 2)

Zu den Einschlusskriterien

- Diagnosen: schizo-affektive Psychose (mit drogeninduziertem Beginn)
- Klinikaufenthalte: erstmals im Alter von 21 Jahren (vor 18 Jahren); vier vollstationäre Aufenthalte mit drei Jahren Gesamtdauer; mehrere Nachtklinik-Aufenthalte von etwa fünf Jahren Dauer
- Kontakte mit gpDi: SpDi; SPZ (Reha-Einrichtung); Tagesstätte; TWG: drei Aufenthalte von etwa sechs Jahren Gesamtdauer; BEW: seit vier Jahren kontinuierlich; Betreute Arbeit: etwa 13 Jahre kontinuierlich
- Ambulante Behandlung: Fachärztin für Psychiatrie kontinuierlich; Psychotherapie langfristig, (einzeln oder in der Gruppe)

Zu Person und Biografie

Herr L. ist ein langer und hagerer, sympathisch wirkender, umgänglicher Mann. Er gibt sich betont leger und zeigt sich sprachgewandt und strukturiert. Er trägt eine Brille und beginnend graue, kurze Haare.

Herr L. ist 39 Jahre alt und wurde als erster von zwei Söhnen seiner Eltern im Umland von München geboren. Seine Mutter ist Schneiderin/Sekretärin, vom

Vater gibt das Gespräch keine Einzelheiten wieder. Nach seinem qualifizierten Hauptschulabschluss macht er eine Lehre zum Elektriker und arbeitet in diesem Beruf einige Jahre. Währenddessen wohnt er noch bei seiner Mutter, der Vater lebt offenbar nicht mehr im Familien-Haushalt. Auch über den jüngeren Bruder fällt im Laufe des Gesprächs kein Wort.

Unklar bleibt, ob und wie Herr L. seine Dienstpflicht bei Bundeswehr oder Zivildienst geleistet hat. Bereits als Jugendlicher (mit 16/17 Jahren) beginnt Herr L. intensiv Haschisch zu rauchen, um später auch andere – allerdings keine »harten« – Drogen zu konsumieren.

Mit 21 Jahren kommt es zu einer drogeninduzierten psychotischen Entwicklung: Zu dieser Zeit war Herr L. bereits von zu Hause aus-, und allein in ein kleines Gartenhaus eingezogen. Er zeigt wenig Interesse und Antrieb für andere Dinge als Haschisch und Musik, entwickelt starke Angst- und Panikgefühle, erlebt Halluzinationen und Wahnvorstellungen. Er wird erstmals in die psychiatrische Klinik der Universität eingewiesen, wo er drei Monate bleibt.

In den folgenden knapp zehn Jahren versucht Herr L., den Auszug vom Elternhaus und die Ablösung von seiner Mutter zu bewältigen, und einen eigenen Lebensort aufzubauen. Er wohnt nacheinander in zwei psychiatrisch betreuten Wohngemeinschaften, in der psychiatrischen Nachtklinik, und kurze Zeit bei einem Freund. Weil er seinen Drogenkonsum in dieser Zeit mehr oder weniger stark aufrechterhält, und zeitgleich noch keine Idee davon entwirft, zu welchen Lebenszielen ihm die Betreuung hilfreich sein soll, kommt es jeweils zum »Rauswurf« aus den Einrichtungen – und notgedrungenem Wiedereinzug bei seiner Mutter. Herr L. beschreibt plastisch, wie sehr ihn Beziehungskonflikte stressen, und dass er sich zunächst nicht anders als durch Drogen und Realitätsentzug zu »verteidigen« weiß.

Diese »non-souveräne« Position des Pendelns zwischen Kontexten gipfelt in einem weiteren BKH-Aufenthalt, in dessen insgesamt zweijährigem Verlauf er wegen seiner Angstzustände einen schweren *Suizidversuch* begeht – und überlebt. Anschließend soll er nicht mehr entlassen, sondern in ein »chronisches Haus« auf dem Krankenhausesgelände aufgenommen werden. Herr L. »kratzt gerade noch die Kurve«, betreibt nun aktiv seine Entlassung und Aufnahme in eine Behindertenwerkstatt, bei gleichzeitiger Betreuung in der Nachtklinik. Er unterbindet seinen Drogenkonsum, und beginnt beruflich eine lange stabile Phase an einem betreuten Arbeitsplatz in der »Werkstatt für psychisch behinderte Menschen – IWL«. Bald kann er in einer therapeutischen Wohngemeinschaft einziehen.

Eine unglückliche Liaison mit einer WG-Bewohnerin, darauf erneuter Drogenkonsum, Rauswurf aus der betreuten Wohngemeinschaft, notgedrungene Rückkehr zu seiner Mutter. Schließlich die Auflage der Nachtklinik, eine stationäre Drogentherapie zu durchlaufen, bevor dort eine erneute Aufnahme möglich werden soll: Diese Verknüpfungen bringen ihn schließlich zur Entscheidung für

eine Drogentherapie. Er lässt sich beraten und entscheidet sich gemeinsam mit seinen Betreuern für eine weit entfernte Einrichtung in Hessen.

Der stark konfrontativen Drogentherapie zeigt sich Herr L. allerdings psychisch nicht gewachsen. Er dekompenziert unter dem Druck der erwarteten Selbstverantwortung – in seiner Darstellung allerdings auch deshalb, weil ihm die antipsychotisch wirksamen Medikamente in der Drogenklinik entzogen worden waren. Folge ist ein weiterer – nun sein bislang letzter – Klinikaufenthalt in der vor Ort zuständigen Psychiatrie.

Dort trifft er auf eine ungewöhnlich engagierte Stationsärztin, die seine Möglichkeiten und seine Not gut erkennt und ihn gleichzeitig zu ›führen‹ vermag, in Richtung auf seine *eigenen* Lebenswünsche. Auf einer Dienstreise mit Herrn L. bahnt sie persönlich seine Rückkehr nach München in seine vertrauten psychiatrischen Betreuungskontexte (*Nachtklinik + Werkstatt*). So kann er dort wieder anknüpfen, und das Desaster seiner unglücklichen Drogentherapie wendet sich zum Impuls für ein eigengestaltetes Leben: Er entwickelt Vorstellungen und Ziele für sein Leben und beginnt, sich selbsttätig dafür einzusetzen.

Diesen Wandel schreibt er psychisch dem Einsatz jener Ärztin Frau Dr. L. zu:

- »Da war halt durch die Frau Dr. L. war so eine Zuwendung zur Menschheit entstanden. Das heißt *ich will jetzt wieder leben, ich will jetzt wieder dabeisein bei den anderen Menschen, ich will mit meinem Leben was machen*. Ich will was aufbauen. Und die Frau W. hat mir die Möglichkeit dazu gegeben was aufzubauen, mit ihr zusammen, verschiedene Sachen anzuschneiden. Ich habe dann von mir aus das Rauchen aufgehört ...« (S. 10)

Unterstützt hat ihn dabei die Gabe eines anderen Medikamentes (›Akineton‹), welches insbesondere seine Angstzustände zu lindern vermochte. Dadurch konnte sich in seiner Auffassung sein ›innerer‹ Spielraum erst entfalten.

In den vier Jahren der sich anschließenden – dritten – Therapeutischen Wohngemeinschaft in München baut Herr L. diese positiven Erfahrungen aus. Wieder ist es eine besonders zugewandte Frau als WG-Betreuerin, der er die hierfür nötige Unterstützungskraft zuspricht. Aber auch er selbst ist nun nicht mehr so stark auf ein nur unterstützendes Milieu angewiesen, um Schritte zu machen und Ziele zu verfolgen. Er kann nun auch an sich und seinen Zielen arbeiten, wenn er nicht den »absolut guten« Draht zu seinen Therapeuten und Mitmenschen spürt. Vielmehr schätzt er es gerade, wenn ein Gegenüber eine konstruktiv kritische Haltung zu ihm einnimmt – und mit ihm in Beziehung bleibt.

- »Und da war eine Therapeutin Frau F., und mit der konnte ich zwar nie viel anfangen, aber es sich aufgrund der Gruppe und auch, dass andere Therapeuten noch dabei waren, ... ja vielleicht, ich war dort nicht mehr so abhängig von den Therapeuten. Ich konnte dort auch mal mit Leuten, mit denen ich nicht so den Draht hatte, was anfangen. Also zu der Zeit, als ich noch schlechter beinander

war, konnte ich mit den schlechten Leuten gar nichts anfangen, mit den Leuten, die selber Schwierigkeiten hatten, oder selber irgendwie nicht so zu mir passten, sagen wir mal so. Und als ich dann schon etwas weiterentwickelt hatte, konnte ich auch mit Therapeuten arbeiten, die mir nicht so lagen.« (S. 11)

Nach vier Jahren sucht und findet Herr L. eine kleine Mietwohnung, wohnt nun erstmals »für sich« (mit 34 Jahren). Seine WG-Betreuerin verändert ebenfalls ihr Arbeitsfeld, und kann daraufhin seine Betreuung ambulant im »Betreuten Einzelwohnen« übernehmen, nun im eigenen Zuhause.

Beruflich erhält er über das Arbeitsamt die Chance und Auflage, einen Integrationskurs zu absolvieren, mit anschließender Vollzeit-Tätigkeit in einer Firma des zweiten Arbeitsmarktes. Obwohl er Klima, Tätigkeit und persönliche Betreuung in der WfbM schätzt, geht er diese neue Herausforderung ein. Dabei stellt er fest, dass eine Vollzeitstelle mit dem Arbeitsdruck des ersten Arbeitsmarktes nichts für ihn ist:

- »Eine Ganztagsstelle würde ich nicht annehmen. Weil da stünde sogar zur befürchten, dass ich in der Klinik lande. Weil mich das einfach überfordert ganztags voll zu arbeiten.« (S. 13)

Er verlässt das Arbeitsprojekt, bewirbt sich selbstständig über das Arbeitsamt, und hat bereits im ersten Anlauf Erfolg bei einer Teilzeitstelle des öffentlichen Dienstes in seinem erlernten Beruf. Hier ist es ein von gegenseitiger Sympathie getragenes Verhältnis zu seinem Chef sowie die wenig stressige und dennoch interessante Hausmeister-Tätigkeit, die ihm den Verbleib ermöglichen. Obwohl er für seinen Lebensunterhalt auf ergänzende Sozialhilfe angewiesen ist, möchte er dieses Arrangement gerne beibehalten – dies steht jedoch aktuell wegen der Umstrukturierung und den Einsparungen im öffentlichen Dienst infrage.

Auch sein *drittes Ziel*, eine andauernde Partnerschaft, kann Herr L. in diesen Jahren erreichen: Er ist nun seit sieben Jahren mit A. verbunden, einer ebenfalls psychiatrieerfahrenen Frau – beide wollen im kommenden Jahr heiraten.

Zur Stabilisierung seines Alltags nimmt Herr L. seit vielen Jahren eine stützende *Psychotherapie* – sowohl einzeln wie in der Gruppe – in Anspruch. Der Therapeut ist ein älterer Mann – das ist ihm wichtig, weil ergänzend zur Qualität der Wohnbetreuung durch eine jüngere Frau.

Der Festigung der Paarbeziehung dient eine *Paartherapie* bei einer Frau.

Herr L. stabilisiert seinen Lebensrahmen also durch dichte persönliche Betreuungskontexte, welche die ›Schwächen‹ seiner biografischen (Familien-)Erfahrung ausgleichen (sollen).

Durch das eigene Lebens-Arrangement gestützt, kann er jetzt wieder ›ungefährlichen‹ Kontakt mit seiner Mutter pflegen. Ausdruck davon ist z. B. der selbst gebackene Kuchen der Mutter, den wir während unseres Gesprächs verzehren.

Zugang und Motiv zum Interview: Herr L. war von seiner BEW-Betreuerin auf die Studie aufmerksam gemacht, und zur Teilnahme angefragt worden. Er

will über seine Erfahrungen öffentlich sprechen und damit einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Psychiatrie leisten. Vor Kurzem war er auf einer großen Fachtagung als Betroffener öffentlich aufgetreten und hatte über seine Erfahrung mit Betreutem Einzelwohnen berichtet.

Zum Interviewsetting

Das Gespräch findet in der kleinen Einzimmerwohnung statt, in der Herr L. nun seit vier Jahren lebt. Er empfängt mich vormittags um 11 Uhr im Schlafanzug, aber wach, und mit dem Hinweis auf seine wenig ordentliche Ordnung im Haushalt.

Das Zimmer ist überwiegend angefüllt mit Medien – Kassetten, Videos, CDs, PC und Abspielgeräte. Musik stellt er während des Gesprächs ab – sonst brauche er sie die ganze Zeit. Die Bett-Couch wird zur Sitzgelegenheit für den Besuch. Er selbst sitzt auf einem Büro-Drehstuhl am PC, wechselt zwischen einer Vis-à-vis- und einer abgewandten Position. Auf einem kleinen Beistelltisch finden Kaffeetassen und mein Tonbandgerät Platz. In der gesamten Wohnung herrscht drangvolle Enge.

Zur subjektiven Interpretation von Psychoseerleben, Identitätsarbeit und Souveränität

Seine erste Psychose erlebt Herr L. im Zusammenhang mit Drogenkonsum, und auch später bleibt er – mit und ohne Drogen – anfällig für ›okkulte‹ Erscheinungen: Dinge werden unsichtbar bewegt und gesteuert, Übersinnliches ereignet sich, Halluzinationen drängen sich ihm auf.

- L.: »... Das ist aber unmöglich für einen normal empfindenden Menschen, mit solchen Empfindungen zurechtzukommen. Also deswegen lasse ich lieber die Finger davon. Weil mir das zu viel werden würde mit den ganzen Eindrücken und Empfindungen und so. Man ist also sinnesmäßig sehr offen und damit auch sehr naturverbunden. ... Ja, vor allen Dingen ich werde diese Dinge nicht beherrschen. Also ich werde von ihnen getrieben sein. Das will ich nicht. Deswegen lasse ich auch diese ganzen Tarot-Karten, das ist mir viel zu gefährlich. Da kann man zwar diese Grenzen erweitern, aber da kann man ganz schön ins Schwimmen kommen und wieder psychotisch. Naja weil einem das einfach zu viel wird. Und das gibt ja gerade unter psychisch Kranken sehr viele Leute, die dann in Sekten untergehen oder so.« (S. 26)
- I.: »Worin bestand dann Ihre Krankheit, also mit der Psychose, wie haben Sie das aufgefasst?«
- L.: »Ja ich habe schon gewusst, dass ich verrückte Sachen mache und gefühlsmäßig umeinander gebeutelt werde. Aber irgendwie wollte ich halt aus dem Grund

nicht mehr krank werden und will es auch aus dem Grund nicht mehr, weil dann wieder alles zusammenstürzt, was ich mir erarbeitet habe. Aber an und für sich hat mich die Krankheit nicht so berührt. Also berührt schon, aber nicht so gestört, sagen wir mal so, dass ich jetzt sagen würde, ich habe mich schlecht gefühlt wenn ich krank war ... *Ne, das habe ich schon akzeptiert, dass das eine Krankheit ist.* Weil ich wusste ja auch, dass ich so nicht leben kann auf Dauer mit einer Psychose, dass ich nicht lebensfähig war und das war natürlich schon auch ein Kriterium, dass ich lebensfähig bin. Ich wusste, dass ich da irgendwie erfroren wäre im Winter oder was.« (S. 24f.)

Zu Beginn seiner Karriere fasst Herr L. seine Krankheit eher distanziert und fern seiner selbst auf:

- »Einfach, ich dachte, die geht schon irgendwann vorbei die Krankheit. Ich muss dafür nichts tun, habe ich gedacht. Das geht schon irgendwie vorbei und außerdem wollte ich ja auch, das war lästig zwar die Krankheit, aber so direkt geschadet hat es mir ja nicht.« (S. 23)

In einem Teil seiner Betrachtung drückt die Psychose sogar eine Fähigkeit zu intensivem Leben aus, welche für viele Menschen in einem »stumpfen« Alltagsleben nicht mehr zugänglich sei:

- »... Und wenn jemand nicht stumpf ist, dann sensibel und gefühlsbetont und dann übermäßig auch Freiheit in Anspruch nimmt, dann ist er halt Psychotiker. Das ist so, wie wenn jemand intensiv lebt, würde ich sagen, halt zu intensiv, sodass es für die Gesellschaft nicht mehr aushaltbar ist, dieses Leben.« (S. 25)

Mit der Erfahrung eines erschreckenden und leidvollen seelischen Erlebens, und der gravierenden Konsequenzen für seine soziale Existenz geht er jedoch den ›Risikofaktoren‹ mehr und mehr aus dem Weg. Er versucht, eine ausgewogenere psycho-physische Balance zu halten, z. B. Drogenkonsum zu minimieren und auf genügend Schlaf zu achten.

Psychoseerleben bleibt ihm in seinem Verständnis fremd: eine Krankheit eben, die einen überkommt, ohne dass er ihr Auftauchen in einen subjektiven biografischen Zusammenhang einzuordnen weiß oder dies versucht. Bei der Wahrnehmung von ersten Anzeichen, die womöglich auf eine kritische Phase hinweisen, ist er im Laufe seiner Erfahrung jedoch sicherer geworden. Wesentlichen Anteil daran hat der Diskurs mit jenen Professionellen, die ihn innerhalb einer tragfähigen Beziehung mit seinen ›Fluchten‹ konfrontiert hatten, z. B. Frau W. in der IWL:

- »Ja, ja, die Frau W. hat mir vor Augen geführt, dass wenn ich nichts tu, dass dann mit meiner Krankheit nichts passiert. Und dass meine Krankheit nicht dazu gut ist, um mein Leben zu erhalten. Überhaupt das hat sie mir erst mal begrifflich gemacht. Hat mir nie jemand so direkt erklärt, dass ich mit der Krankheit nicht weiterleben kann ...« (S. 29)

Ob Herr L. mittlerweile genug Selbstsorge entfalten kann, um eine Psychose

rechtzeitig zu erkennen, oder ihr vorzubeugen, muss zum aktuellen Stand noch offenbleiben:

- I.: »Würden Sie es selber denn bei Zeiten merken?«
- L.: »... Und wenn ich dann zu wenig Schlaf habe, dann denke ich schon aha, jetzt kommen so komische Gedanken, so Beziehungsideen oder so was und dann muss ich schlafen und dann geht das auch. Also ich glaube ich würde es, *ich habe es noch nie selber bemerkt, wenn ich psychotisch geworden bin, muss ich ganz ehrlich sagen. Aber ich glaube ich würde es jetzt merken. Aber mit Sicherheit kann ich es nicht sagen.*«
- L.: »Da habe ich noch keine Erfahrung, vielleicht, dass es die Frau St., die Sprechstundenhilfe, merkt, mit der bin ich auch irgendwie sehr gut zu sprechen und ich geh nicht jedes Mal zur Ärztin rein, sondern hol mir nur alle 14 Tage die Spritze und spreche dann kurz mit der Frau St. Und die würde vielleicht eher merken, wenn ich psychotisch werden würde.« (S. 16)

Weiter berichtet er von seinen Angstgefühlen und -zuständen, die ihn mit großer Macht heimgesucht hätten, ohne dass er zu Beginn seiner Behandlungserfahrung darauf Einfluss zu nehmen vermochte.

- »Und ich wusste – ich habe damals im Atriumhaus nicht gewusst –, wie ich diese Angstzustände bekämpfen kann. Ich habe halt ständig, auf jeden Fall Montagsabends nach der Arbeit, wenn ich heimgekommen bin, ... furchtbare Angstzustände gehabt.« (S. 3)

Die Unerträglichkeit dieses schwer fassbaren und andauernden Phänomens bringen ihn schließlich – während eines Klinikaufenthaltes – zu einem schweren Suizidversuch. Die Zusammenhänge bleiben offen: Wir erfahren später, dass sein Versuch, sich durch Gespräche Abhilfe zu schaffen, nichts Wesentliches an den Angstzuständen ändert. Schließlich findet er ein passendes Medikament heraus, welches die Spannungszustände zu mindern vermag, und dem er die Lösung seiner Angstgefühle zuschreibt.

Identitätsarbeit bedeutet für Herrn L. heute wesentlich, eine akzeptable Anerkennung von seiner Umgebung zu erwirken: eigene Wohnung, Arbeit, eine Freundin – diese Parameter entsprechen einer erwünschten ›Normalbiografie‹.

- »Wenn ich richtig bin und wenn ich akzeptiert bin, wenn ich gut bin, dann ist alles in Ordnung.« (S. 27)

Integration und Anschluss an die Gemeinschaft sind für ihn in dem Maße gegeben, wie diese Parameter gegeben sind, sowohl von seiner Umgebung aus als auch von ihm selbst ausgehend. Dann kann er *seine persönliche Sicht von Freiheit* verwirklichen, die einen durchaus eigenwilligen und unkonventionellen ›Single‹-Lebensstil umschreibt. Seine Erkrankung spielt dabei keine prominente Rolle – sie beeinträchtigt höchstens seine Expansions-Möglichkeiten, verhindert aber nicht seine Integration.

Ein bemerkenswertes Merkmal seiner Integration besteht in seiner ehrenamtlichen Tätigkeit für die Technik eines selbst verwalteten Radiosenders in München: Hier »gibt« er von seinen Fähigkeiten – als ›Teil-Gebender, wohingegen er sonst vorwiegend als ›Teil-Nehmender‹ auftritt – erntet Anerkennung und pflegt Kontakte, die ihm wertvoll sind.

Sich auf dem freien *Arbeitsmarkt* zu bewerben, und dabei seinen Lebenslauf mit Behindertenwerkstatt und 2. Arbeitsmarkt zu vertreten, bereitet ihm keine Mühe: schließlich hat er dort mehr als zehn Jahre lang kontinuierlich gearbeitet, und kann auf einen gesuchten Grundberuf zurückgreifen. Er versteht sich als Arbeiter, mit langjähriger Praxis im ›Elektrobereich‹. Dass er ergänzende Sozialhilfe zur Sicherung seines Lebensunterhaltes erhält, berichtet er in einem Nebensatz: Dies beeinflusst seine Identität offenbar wenig – zudem hat er in langen Jahren gelernt, mit geringem Einkommen auszukommen.

Herr L. pflegt seine *sozialen Kontakte* überwiegend in der Szene der Psychiatrieerfahrenen – z. B. in den Freizeittreffs, die überwiegend von Betroffenen selbst gestaltet werden – und mit Menschen, die er in psychiatrischen Kontexten kennengelernt hat. Weder grenzt er sich hier ab (wie viele andere Betroffene), noch sucht er gezielt eine Ergänzung in »Nicht-Psychiatrie«-Kontakten: Er schildert mit großer Natürlichkeit, Selbstverständlichkeit und Nähe die Kontakte zu anderen Menschen mit Psychiatrieerfahrung. Hier wählt er seine Partnerinnen und Freunde, hier ist er in seinen Kontakten zu Hause, oftmals mehr als in »konventionellen Normal«-Kontexten.

Einigen Psychiatrie-Profis verleiht er die Bedeutung von quasi-familiären Primär-Kontakten, auf deren Rat und Urteil er großen Wert legt, und gleicht damit eine biografische Lücke aus.

Seine errungene Eigenständigkeit stärkt sein Selbstbewusstsein als ›erfahrener Psychiatrieerfahrener‹. In dieser Position kann er gewichtige Aussagen und Urteile über die Professionellen und das Hilfesystem treffen, und nutzt die ihm – auch wegen seiner Eloquenz – gebotenen Chancen als ›Kommentator‹, auch in unserem Interview.

Für Herrn L.s *Verständnis von souveräner Lebensgestaltung* ist essenziell, eine eigene Wohnung zu haben, eine Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt und eine Freundin in langfristiger Beziehung – und diese Errungenschaften auch pflegen und bewahren zu können:

Hier begegnen sich zum Ende seiner Erzählung die nötigen materiellen Ressourcen und die eigenen Selbstsorge-Fähigkeiten. Herr L. weiß um die eigenen Fähigkeiten im Beruf und mittlerweile auch in sozialen Kontakten: Dieses Selbstbewusstsein wird Teil seiner Lebenssouveränität. Mit diesen Voraussetzungen kann er sich heute die Freiheit eines Lebensstils erlauben, der ansonsten wenig an konventionellen Erwartungen ausgerichtet ist (Tag- und Nachtrhythmus, Rauschmittel, Musikkonsum).

Anfangs pendelt er dagegen zwischen Anpassung/Abhängigkeit und Rebellion:

- sagt das, was seine Betreuer seiner Vorstellung nach hören wollen, damit er als kooperativ gilt und seinen Wohngemeinschaftsplatz behalten kann;
- will weg vom Haushalt seiner Mutter, und ›muss‹ doch immer wieder zurückkehren;
- braucht ein Zimmer – und verletzt wiederkehrend die Regeln der Wohngemeinschaften;
- braucht eine Arbeitsstelle – und kommt den geforderten Grundfertigkeiten nur unregelmäßig nach ...

Beispielsweise bleibt er seiner Arbeit in der Reha-Firma zu einer Zeit kommentarlos fern, als sein geschätzter Bezugsbetreuer in Urlaub ist, und durch einen wenig ›geliebten‹ Kollegen vertreten wird. Den auftauchenden Enttäuschungen und Konflikten ›entgeht‹ er durch seinen Rückzug. Die Personalführung reagiert mit Sanktionen formal auf die Regelverletzung, und vernachlässigt offenbar ein Angebot zur ›erkennenden Konfliktbewältigung‹. Herr L. ist seinerzeit noch nicht in der Lage, ›pro-aktiv‹ mit der schwierigen Lage umzugehen, er zieht sich weiter zurück und dekompenziert psychisch. Folge ist ein langfristiger Klinikaufenthalt und der Verlust jenes Arbeitsplatzes – ein *durchaus typisches Beispiel für den Spagat zwischen psychosozialen und arbeitsökonomischen Anforderungen im Reha-Bereich, aber auch für einen unzureichenden Interaktionsstil des Reha-Arbeitgebers.*

- *»Das ist eigentlich immer noch jetzt so ein bisschen so ein Kampf, um den es bei mir im Leben geht. Richtig zu sein, möglichst wenig Fehler zu machen, so ein Leistungsdruck. Das ist auch in den Beziehungsgesprächen jetzt sehr relevant dieser Punkt, dieser Leistungsdruck, also alles richtig zu machen. Aber das war damals für mich noch wesentlich wichtiger. Hauptsächlich aus dem Grund, um eine Freundin zu haben, das lag mir sehr viel dran. Wenn ich richtig bin und wenn ich akzeptiert bin, wenn ich gut bin, dann ist alles in Ordnung. Wenn ich eine Freundin habe, mit der ich ins Bett gehen kann, die lieb zu mir ist, dann ist alles in Ordnung. So ungefähr ... Mehr hatte ich damals gar nicht als Motivation ... Und ich hatte damals immer den Eindruck, oder ich kämpfte dafür richtig zu sein, und hatte aber den Eindruck falsch zu sein. Auch von den Betreuern her. Du machst das falsch, das ist nicht richtig oder auch in der Gruppe: ja, du musst mal den Gang putzen, aha ich bin nicht richtig, ich putz den Gang nicht. Und dieses Richtige sein oder Falschsein, das ist sehr wichtig für mich damals gewesen. Ich wollte halt gut sein und richtig sein und verhindern, dass ich, aber das hat mit der Krankheit nichts zu tun. Bloß weil ich die Krankheit hatte, war ich nicht falsch. Ich wusste zwar, dass das nicht richtig ist, die Krankheit zu haben, aber an und für sich habe ich mich deswegen nicht falsch gefühlt.« (S. 27)*

Positive Erfahrungen mit einigen Psychiatrie-Profis verhelfen ihm dazu, »Verständniszusammenhänge« zwischen seinem Erleben und Verhalten zu finden, und sich nicht nur in der Polarität von Regeleinhaltung und -verletzung zu bewegen (siehe Frau W. in der WfbM, S. 6 und 29). Insbesondere durch die Begleitung von Frau Dr. L. (der Ärztin in der Klinik nach der Drogentherapie) wächst ein eigenständiges Verlangen, das eigene Leben bedürfnisgerecht zu gestalten:

- »Da war halt durch die Frau Dr. L. war so eine Zuwendung zur Menschheit entstanden. Das heißt ich will jetzt wieder leben, ich will jetzt wieder dabei sein bei den anderen Menschen, ich will mit meinem Leben was machen. Ich will was aufbauen. Und die Frau W. hat mir die Möglichkeit dazu gegeben was aufzubauen, mit ihr zusammen, verschiedene Sachen anzuschneiden. Ich habe dann von mir aus das Rauchen aufgehört ...« (S. 10)

Diese Fähigkeit, eigene Vorstellungen zu entwickeln, und sich für deren Verwirklichung selbst einzusetzen, schildert Herr L. als einen wesentlichen Schritt bei der Entwicklung seiner Lebenssouveränität: hier konnte er in den Beziehungs-Räumen gemeindepsychiatrischer Arrangements entscheidend hinzulernen.

Schließlich wird es ihm aus Erfahrung möglich, die verschiedenen Hilfen im Hinblick auf die Passung zu seiner jeweils aktuellen Lebensgestaltung zu bewerten und zu kombinieren:

- »... Mittlerweile bin ich drauf gekommen, dass ich für die Medikamente eigentlich selbst verantwortlich bin und nicht den Ärzten die Verantwortung zuschieben kann. Und die Ärzte können mich beraten, sagen wir mal so. Aber was ich dann nehme oder nicht nehme, das ist natürlich meine Sache.« (S. 16)
- »Mit dem betreuten Wohnen: das betreute Einzelwohnen möchte ich eigentlich weiter. Für mich ist es das Einzige, was ich neben der Ärztin weiterführen würde. Der Psychologe geht mir nicht mehr so ab. Vor allen Dingen, weil ich das betreute Einzelwohnen irgendwie so einen globalen, so einen umfassenden Charakter hat.« (S. 20)

Gleichzeitig sieht er auch die Grenzen dessen, was er durch eigenes Bewältigungs- und Vorsorgehandeln an Psychose-Prozessen verhindern kann:

- »Also ich glaube ich würde es, ich habe es noch nie selber bemerkt, wenn ich psychotisch geworden bin, muss ich ganz ehrlich sagen. Aber ich glaube ich würde es jetzt merken. Aber mit Sicherheit kann ich es nicht sagen.« (S. 16)

Insgesamt kann Herr L. nun besser mit Unterschiedlichkeit und Gegensätzlichkeit zurechtkommen, ohne selbst dadurch gleich in Konflikte zu geraten:

- »... Und da war eine Frau F. und mit der konnte ich zwar nie viel anfangen, aber es sich aufgrund der Gruppe und auch, dass andere Therapeuten noch dabei waren, ja vielleicht, *ich war dort nicht mehr so abhängig von den Therapeuten*. Ich konnte dort auch mal mit Leuten, mit denen ich nicht so den Draht hatte, was anfangen. ... Und als ich mich dann schon etwas weiter entwickelt hatte, konnte ich auch mit Therapeuten arbeiten, die mir nicht so lagen.« (S. 11)

Seine Erzählung gibt eine anwachsende Fähigkeit zur souveränen Lebensgestaltung wieder, sowohl von den äußeren wie seinen inneren Bedingungen her. Selbst auf die Gefahr des aktuell drohenden Arbeitsplatzverlustes findet er eine angemessene Antwort: er würde von sich aus jederzeit wieder in die Behindertenwerkstatt zurückkehren; und er weiß, dass ein Vollzeit-Arbeitsplatz auf dem freien Arbeitsmarkt zu stressig für ihn sein würde – er bewegt sich in einer für seine Möglichkeiten realistischen Einschätzung.

Zu meiner interpretativen Außensicht auf den Gesprächspartner und seine Erzählung

Herr L. stammt aus einer ›broken-home‹-Familie im Münchener Umland, über die wir nicht viel mehr erfahren, als dass Vater und Bruder ohne Erwähnung bleiben, und Ablösung/Auszug aus dem Haushalt seiner Mutter ein langjähriger, ambivalenter und konfliktreicher Prozess gewesen war. Die Gleichzeitigkeit von Autonomie- und Abhängigkeitsbestrebungen führt bei ihm zu wiederkehrenden Kreisläufen von Anpassung und Rebellion, Regeleinhaltung und -übertretung, zu Drogengebrauch und suchtartigem Musikkonsum, zu abhängigem Verhalten in Beziehungen, und zu einer brüchigen Entwicklung eigener Selbstsorge und Identität.

Auf diesem Hintergrund wirkt es erklärlich, wenn Herr L. zunächst keine souveränen Ziele für sich selbst, und auch nicht für seine psychiatrische Betreuung formulieren kann. Alles personale Geschehen fokussiert auf das unmittelbare Ringen um Nähe und Distanz, um Selbstdarstellung, Anerkennung und Entwertung.

Eine »Insel« stellt hier seine handwerkliche Arbeit als Elektriker, und seine Fähigkeit im Umgang mit technischen Geräten dar. Diese Kompetenz beschert ihm nicht nur eine instrumentelle Tätigkeit jenseits von zwischenmenschlichen Vieldeutigkeiten, sondern auch reichlich Anerkennung. Zudem hat er das Glück, häufig auf verständige Chefs und Arbeitsbetreuer zu treffen, sodass er in diesem Bereich eine große Stabilität und Kontinuität entwickeln kann. In der ›Werkstatt für psychisch behinderte Menschen‹ schildert er auch erste wichtige Lernprozesse, nicht nur über seine Regelverletzungen zu streiten und zu verhandeln, sondern auch gemeinsam nach einem Verständniszusammenhang zu suchen.

In einigen weiteren psychiatrischen Kontexten gelingt eine hilfreiche Passung zwischen Herrn L. und den – jeweils weiblichen – Betreuerinnen (Werkstatt-Betreuerin, Wohnbetreuerin, Klinik-Ärztin): hier kann er bei konkreter Alltagsgestaltung etwas von der biografischen Lücke füllen, die ihm die Entwicklung eigener Souveränität so sehr erschwert hatte. Er findet zu eigenen Zielen und eigenem Lebenswillen, will dazugehören und mitgestalten – nachdem er am Tiefpunkt einen gravierenden Suizidversuch gerade noch überlebt hatte.

Nach dieser ›*Lebenswende*‹ erarbeitet er sich Stück für Stück ›souveränes Terrain‹: Er beendet den riskanten Gebrauch von Medikamenten-Haschisch-Cocktails, verzichtet auf das Rauchen, wird Experte für seine eigene Medikation (auch in Abgrenzung zu den Profis, die mitunter Fehlentscheidungen trafen), reift im Gemeinschaftsleben einer TWG, bezieht eine erste eigene Wohnung, versucht eine berufliche Rehabilitation (die im Sinn eines dauerhaften Arbeitsplatzes zwar scheitert, ihm aber ermöglicht, das Profil einer für ihn tauglichen Arbeit zu bestimmen), und vermag schließlich sogar eine (Teilzeit-)Arbeitsstelle im öffentlichen Dienst zu erlangen.

Bei all dem stehen ihm einige Psychiatrie-Helferinnen zur Seite. Die Auswahl und die ›Dosierung‹ bestimmt er mehr und mehr selbst. Es sind langjährig kontinuierliche Beziehungen, die immer auch eine persönliche, bisweilen fast private Tönung aufweisen. Für Herrn L. ist dies Voraussetzung für eine dauerhafte Passung. Jede Form von standardisierter ›Krankenbehandlung‹ würde er vermutlich weit von sich weisen. Selbst in seinen früher äußerst turbulenten Partnerschaftsbeziehungen wird nun Kontinuität möglich – er kann jetzt sogar mit seiner Freundin eine Hochzeit ins Auge fassen.

Gleichwohl hält Herr L. auch ›*riskante Lebensgestaltungen*‹ aufrecht:

Sein extremer Tag-Nacht-Rhythmus ist ihm nach wie vor so bedeutsam, dass er ihn phasenweise fortführt, obwohl er um seine Psychosegefährdung dabei weiß. Generell stärkt er vor allem sein Bewältigungshandeln – eben um seine Souveränität gestalten zu können. Die Selbstsorge um sein emotionales Erleben, und die Integration seiner biografischen Lücken treten demgegenüber nachrangig zurück.

Widersprüchlich erscheint zunächst sein Verhalten angesichts des bedrohten Arbeitsplatzes: Er lässt das Auslaufen seines Arbeitsvertrages auf sich zukommen, ohne selbst für mehr Klarheit zu sorgen, oder sich um Alternativen zu bemühen. Realistisch ist dies insofern, als er selbst mit seiner Biografie auf dem Arbeitsmarkt keine guten Chancen haben wird: Er will weiterhin Teilzeit arbeiten, auch aus Gründen seiner Gesundheit, und stellt sich zumindest befriedigend für sich vor, wieder in die bekannte WfbM zurückzukehren. Mit dieser Option – die er allerdings nicht überprüft – verhindert er, bereits jetzt in eine Krisenstimmung zu geraten. Auch wenn ihm die Bedrohung seines souveränen Gleichgewichts durch diese Arbeitsplatzfrage klar ist:

- »... was dazu führt, dass es mir momentan nicht so gut geht, hauptsächlich, dass ich erfahren hab, dass mein Chef wieder ganztags arbeiten will und damit meine Stelle wegfällt. Das betrifft mich wesentlich mehr und führt wesentlich mehr dazu, dass ich mich unsicher fühle. Das ist für mich wesentlich wichtiger, noch wichtiger als das Paargespräch oder meine Freundin, sagen wir mal so.« (S. 20)

Wofür steht Herr L.?

- Für die Tendenz zu abhängigem/gegenabhängigem Verhalten in wichtigen Beziehungen (zur Mutter, zu geliebten Frauen, zu Betreuerinnen) und gegenüber Rauschmitteln.
- Für ein Psychoseverständnis, das nahe an einer medizinischen Sichtweise angelehnt ist und mit psychodynamischen Überlegungen wenig anzufangen weiß (›separatives‹ Konzept).
- Für eine Vielzahl und langjährige Dauer von – häufig simultan genutzten – psychiatrischen Betreuungskontakten, die einen wesentlichen Lebensrahmen und Lebensinhalt von Herrn L. ausmachen, und sich wechselseitig ergänzen.
- Für eine Netzwerkgestaltung überwiegend in der Szene der Psychiatrieerfahrenen – durchaus mit der Erfahrung, dass sich hier Menschen mit eher unkonventionellen, kreativen und auch leidgeprüften Lebensentwürfen finden, die zu dem seinen besser passen als jene in konventionellen normalen Kontexten.
- Für die stabilisierende Wirkung eines technisch-instrumentellen Berufes: Diese Tätigkeit wirkt wie eine Insel gegenüber seinem umtriebigen seelischen und sozialen Erleben.
- Für die Bereicherung durch ehrenamtliches Engagement jenseits von entlohnter Arbeit: »Teil-Gabe« ergänzt die »Teil-Habe«.
- Für einen Lern- und Wachstumsprozess in und mit Betreuungskontakten, in dessen Verlauf Herr L. mehr und mehr Selbstwahrnehmung, eigene Vorstellungen, Regulierungen und Sinnentwürfe entwickelt. Er holt dabei etwas nach, was in seiner Biografie an eigenständiger Entwicklung zu kurz gekommen ist. (Empowerment)
- Für eine immer feinere (Mit-)Bestimmung bei der Wahl und Ausgestaltung seiner Hilfe-Beziehungen. Ausdruck davon ist u. a., dass er nach Jahren intensiven stationären Hilfebedarfs nun »nur« mehr ausgewählte, zu seinem selbst gestalteten Lebensrahmen ›komplementäre‹ Hilfen in Anspruch zu nehmen braucht.
- Für einen »Muster-Klienten« aus der Sicht von Psychiatrie-Profis im Hinblick auf seine Mitgestaltung von Hilfeprozessen.
- Für eine *risikoreiche Betonung von Empowerment* und Bewältigungshandeln: Durch eine Hintanstellung von Emotionalität und Bedürftigkeit – von Selbstsorge-Aspekten im weiteren Sinn – entstehen neue Gefährdungen für Psyche und Sozialität.
- Für verschiedene Lesarten/*Interpretationsvarianten seiner Selbstsorge*: einerseits nutzt er Profi-Hilfen dauerhaft, andererseits wählt er genau und in abnehmender ›Dosierung‹ aus, welche zu seiner Lebenslage passen; einerseits betont er seine emotionale Angewiesenheit auf einen sozialen Kontext von Bejahung und Anerkenntnis (in Arbeitskontexten, in Therapiegruppen; in

Betreuungskontexten), er betont seine emotionale Störanfälligkeit gegenüber Konflikten in nahen Beziehungen (bei drohenden oder realen Trennungen), und *gleichzeitig* trägt sein ›Tonfall‹ eine zweite Spur, welche Beziehungen tendenziell negiert, andere Menschen funktionalisiert und letztlich entwertet; dabei liegen Idealisierung und Entwertung mitunter nah beieinander: *die Gleichzeitigkeit von ›Autonomie und Bezogenheit‹ wird vorgetragen, aber als polarisierter Konflikt, für den eine integrative Lösung erst noch und immer wieder errungen werden muss.*

Fallporträt 9/Interview 6/Frau El. (Kurzauswertung)

- »Psychotische Phasen treten bei mir bis heute immer noch auf. Werden aber von mir rechtzeitig erkannt und behandelt.«
- »Es kommt mir dabei (*SpDi*) gar nicht so sehr auf gezielte Hilfe an, sondern auf den Kontakt mit halbwegs gesunden Menschen.«
- »Ich suche nach Orientierung bei den Fachleuten, um meine Tendenz zum Chaos in Schach zu halten. Mit dem Erfolg bin ich zufrieden.«

Zu den Einschlusskriterien

- Diagnosen: Psychosen verschiedener Ausprägungen seit 1963
- Klinik-Aufenthalte: beginnend 1963 mit 16 Jahren in Niedersachsen (dort insgesamt drei Aufenthalte); nach der Übersiedlung 1972 nach München mehrere Aufenthalte im BKH Haar, zuletzt 1984
- Kontakte mit gpDi: zweimal SpDi langfristig; TWG 1982–83; Tagesstätte, REHA-Verein, MüPE, jeweils kontinuierlich; Berufliche Reha: BFW 1982 (abgebrochen)
- Ambulante Behandlung: bei ng. Facharzt, kontinuierlich seit 13 Jahren

Zur Person und Biografie

Frau El. ist 53 Jahre alt und wurde als erstes von drei Kindern eines kaufmännischen Angestellten und einer Hausfrau in Niedersachsen geboren. Sie absolvierte die Mittlere Reife. Während der Ausbildung zur Erzieherin kam es 1963 – mit 16 Jahren – wegen einer psychotischen Krise zu einer ersten Klinikaufnahme, und im Anschluss zum Abbruch der Ausbildung. Spätere Versuche, eine Berufsausbildung zu machen, scheiterten jeweils auf dem Hintergrund einer Krankheitsepisode. 1972 war sie nach München umgezogen, hatte kurz im Studen-

tenwohnheim, und anschließend zehn Jahre lang in einer großen studentischen Wohngemeinschaft gelebt.

Berufstätig war sie mehrere Jahre in zwei großen Einrichtungen der Behindertenhilfe. Ihren Arbeitsplatz in einer Werkstatt für Körperbehinderte musste sie schließlich aufgeben, weil sie den sozialen Belastungen im Umgang mit den jugendlichen Behinderten nicht mehr gewachsen war – auch aufgrund ihres eigenen Lebensalters (Anfang 40) und auftretender körperlicher Beschwerden. Schließlich gab sie weitere Versuche der beruflichen Integration auf. Seit zehn Jahren bezieht sie nun Erwerbsunfähigkeitsrente.

Nach einer erneuten Klinikbehandlung zieht sie für eineinhalb Jahre in eine therapeutische Wohngemeinschaft ein. Im Anschluss erste eigene kleine Wohnung in einem Mietshaus mit hoher sozialer Kontrolle. Ende der 90er-Jahre Umzug in eine Hochhaus-Wohnung. Ebenfalls in den 90er-Jahren versterben ihre Eltern kurz nacheinander, mit beiden Brüdern entstehen bleibende Differenzen um das finanzielle Erbe. Frau El. lebt allein und war nie verheiratet.

Frau El. engagiert sich seit den 90er-Jahren in der Münchener Selbsthilfe-Szene. Sie war an der Vereinsgründung der Münchener Psychiatrieerfahrenen aktiv beteiligt. In einer Tagesstätte für psychisch kranke Menschen leitet sie nun seit einigen Jahren einen Bewegungskurs an – und gibt dabei etwas von ihren eigenen gesundheitsförderlichen Erfahrungen und Kompetenzen weiter. Regelmäßig besucht sie Chor- und Gesprächsgruppen ihrer Kirchengemeinde, kulturelle Veranstaltungen in der Stadt sowie Neigungsgruppen der Volkshochschule. So pflegt sie einen relativ dicht gedrängten Kultur-Wochenplan.

Frau El. erscheint als relativ kleine, kräftige Frau Mitte 50, mit klarer norddeutscher Sprachtönung und schneller Rede. Sie zeigt eher herbe (»männliche«, wie sie sagt) Gesichtszüge und einen klaren offenen Blick. Zunächst wirkt sie im Blickkontakt etwas unset. Im Verlauf erscheint sie zunehmend direkter, zugewandter und fließender im Gespräch. Auch heitere Momente finden dann Platz in der Erzählung. Sie ist belesen, eine Kultiviertheit im Lebensstil ist ihr wichtig.

Zugang und Motiv zum Interview: Sie hatte über den Rundbrief der Psychiatrieerfahrenen von meiner Studie gelesen und sich daraufhin angemeldet: »*Ich will mal Abwechslung zu den unbefriedigenden Gesprächen im Alltag.*«

Besonderheiten: Frau El. war bis vor vier Jahren bei einer Kollegin am gleichen SpDi in Beratung, an dem auch ich arbeitete. Mit ihrem Umzug in ein anderes Stadtviertel nahm sie Beratung am dort zuständigen SpDi auf (und kann deswegen die ›Stile‹ beider SpDi miteinander vergleichen). Darüber hinaus kennt sie mich von verschiedenen öffentlichen Psychiatrie-Veranstaltungen. Ich nehme deswegen einen gewissen ›Vertrauensvorschuss‹ in meine Integrität an.

Zu Setting und Verlauf des Gesprächs

Das Gespräch findet in der Wohnung von Frau El. in einem anonymen Sozialwohnungs-Hochhaus statt. Die Wohnküche bietet bescheidenen Raum, die Einrichtung ist karg. Angesammelte Dinge (Zeitungen, Prospekte, Kleidung) erwecken den Eindruck, als wäre die Ordnung in diesem Haushalt immer auch bedroht, bzw. als solle/könne sie ein bestimmtes Maß nicht überschreiten – Frau El. beschreibt dies selbst als leidvoll und als Anlass zu wiederkehrenden Konflikten mit früheren Vermietern oder Mitbewohnern.

Sie hat unser Gesprächsambiente am Tisch ›über Eck‹ arrangiert, da ihr ein Gespräch ›vis-à-vis‹ zu direkt sei. Beim Ausfüllen des Fragebogens ist sie sichtlich um korrekte Bearbeitung bemüht und fragt mehrmals nach: Sie war besorgt darüber, das Thema ›richtig‹ zu beschreiben und nichts Wichtiges auszulassen.

Aus dem Fragebogen ergibt sich bereits der biografische Einstieg ins Gespräch über die Erwähnung der beiden jüngeren Brüder und des im Erbschaftsstreits abgebrochenen Kontakts. Dann erzählt sie auf der Suche nach tragender Gemeinschaft in München ihre Erfahrungen mit zwei Sekten, die sie beide nicht nur gestützt, sondern auch erheblich in Bedrängnis gebracht hatten. Um eine auch rechtlich-materielle Trennung von diesen Sekten herbeizuführen, hatte sie Kontakt mit dem zuständigen SpDi aufgenommen, von der Beraterin ein Unterstützungsschreiben erbeten und auch erhalten.

Die Interaktion entwickelt sich ernsthaft, flüssig und angeregt, mit spürbarer beidseitiger Wertschätzung: zwei Personen, die sich in ihrem geübten Bemühen begegnen, sich ›richtig und angemessen zu verhalten‹. Dadurch entsteht ein kräftiges Grundmuster gegenseitiger Bekräftigung und Verständigung, keinerlei Infragestellung der Person und Position des jeweils anderen.

Zur subjektiven Interpretation von Psychoseerleben, Identitätsarbeit und Souveränität

Frau El. war den Anregungen einiger Professioneller gefolgt, sich ihre Psychose als ein psychosomatisches Geschehen verständlich zu machen (z. B. während des Aufenthaltes in einer psychosomatischen Klinik). Damit sei sie jedoch nicht weitergekommen. Weil sich in ihrer Herkunftsfamilie eine Häufung von suizidalen Handlungen und Depressionen zeige, gehe sie nunmehr von einem biologisch geprägten ›Erbfaktor‹ aus. Die Frage, wieweit sie darin auch Anzeichen für eine ›psychosoziale Vererbung‹ sehe, erstaunt sie.

Ihr langjähriger Psychiater vertrete anthroposophische Anschauungen und spreche bezüglich ihres Psychoseerlebens von einem ›Schicksal‹, das es zu gestalten gäbe. Dem wiederum kann sie aufgrund ihrer anders gerichteten Spiritualität nur wenig folgen. Auch wirft diese Theorie neue Probleme auf, wie etwa das ›Haderen

mit seinem Schicksal«. Bei einer Zuordnung zur biologischen Krankheitstheorie stellt sich die Frage des ›Haders‹ ganz anders und weniger problematisch.

Die Inhalte ihres Psychoseerlebens bringt sie nicht per se, sondern in den Auswirkungen auf den Alltag – bei Arbeit, Wohnen, Kontakten und Lebensgestaltung – zur Sprache. Dies erzählt sie sehr präzise. Heutzutage werden ihre Alltagsprobleme stärker von den Folgen körperlicher Beschwerden bestimmt: Sie müsse ihre Nahrungsaufnahme und ihre Unternehmungen strikt nach feststehenden Verdauungsrhythmen gestalten und sich in der Nähe einer Toilette aufhalten. Dieses beständige Kontrollverhalten bewirke auch, dass sie sich nie ganz ›frei‹ fühle, einigen wünschenswerten Unternehmungen gar nicht mehr nachgehe und ein chronisches ›Zuspätkommen‹ entwickelt habe.

Gleichzeitig geht die Bedeutung ihres psychotischen Leidens und der darauf bezogenen Fürsorge zurück.

Ihre *Ausgliederung aus dem Erwerbsleben* beschreibt sie schmerzlich: In der Folge ihrer Ersterkrankung konnte sie ihre erste Ausbildung nicht abschließen. Die Arbeitssuche verlief daraufhin mit eingeschränkten Möglichkeiten, damals aber noch in Zeiten der Vollbeschäftigung. Auch ihre zweite Ausbildung im Rahmen beruflicher Reha konnte sie aufgrund einer Krankheitsepisode und darauf folgende hohe Medikation nicht abschließen. Hintergrund hierfür waren unerfüllte Beziehungswünsche an einen der Lehrer. Somit war ihr berufliches Fortkommen (wieder) aufgrund ihrer seelischen Labilität in sozialen Beziehungen zu Schaden gekommen – nicht aufgrund ihrer mangelnden Fähigkeiten im kognitiven und Leistungsbereich. Sie empfindet demgegenüber immer auch einen Teil von widerfahrener Ungerechtigkeit.

Sie schildert es als anstrengend und einengend, ihre materiellen Ressourcen äußerst knapp kalkulieren zu müssen. Hier empfindet sie Benachteiligung gegenüber nicht-erkrankten AltersgenossInnen. Auch die Fähigkeit ihrer Brüder, radikal den je eigenen materiellen Vorteil bei der Aufteilung des Eltern-Erbes zu realisieren, schildert sie als ihr fremd: solche Raffinesse habe sie sich in ihrem Leben nicht aneignen können/müssen. Einen Rechtsanwalt mit der Klärung ungereimter Erbschaftsteile zu beauftragen, hat sie sich »nicht getraut«. Sie scheute dabei die Konfrontation der Brüder, den finanziellen Aufwand und den nötigen Mut.

Sie sieht aber auch die ›Normalität der anderen‹ (z. B. ihrer Geschwister) als relativ: auch diese seien nicht beschädigungsfrei. Sie könnten allerdings ihre Probleme leichter und unauffälliger im Alltag unterbringen.

Frau El. beschreibt ihr *Getrenntsein von der Welt der »Normalen«* als schmerzlich: »Früher« – in den Zeiten des ›Therapeutischen Clubs‹ und der ersten Teestube in München (in den frühen 80er-Jahren) – sei mehr Verbindung und Solidarität mit den politisch aktiven Studenten und zu engagierten Bürgern spürbar gewesen. Zu dieser Zeit lebte sie – als einzige Nicht-Studentin – in einer großen

Wohngemeinschaft, wurde dort mindestens einmal durch eine psychotische Phase hindurch begleitet (ohne Klinikaufnahme).

Später habe diese Solidarität deutlich nachgelassen, die Leute hätten jetzt andere Ziele und keine Zeit mehr. Ihre Kontakt-Chancen in ›normalen‹ Kontexten (Volkshochschule, Kirchengemeinde, kulturelle Veranstaltungen) sieht sie heute als begrenzt: da erwähne sie möglichst nichts von ihrer Psychiatrieerfahrung, das interessiere andere nicht und bringe sie nur in Distanz.

In den *Treffpunkten der Selbsthilfe-Szene* hatte sie vielfältige Kontakte für alle Bereiche des Lebens gefunden, inkl. der gegenseitigen Unterstützung in psychosekritischen Zeiten. Allerdings mache ihr das schwankende Beziehungsverhalten und die mitunter heftigen Zerwürfnisse in den Kontexten der Psychiatrieerfahrenen auch sehr zu schaffen. Sie pflege deswegen heute mehr einzelne, ausgewählte Kontakte und engagiere sich nicht mehr in den Netzwerken.

Frau El. war seit 15 Jahren nicht mehr in stationärer Behandlung: Sie hat gelernt, ihre ›Psychose-Bereitschaft‹ durch eigene Vorsorge und durch ambulante Behandlung und Begleitung besser auszubalancieren. Der Aufenthalt in einer Soziotherapie-Station des BKH (sechs Monate), sowie in einer therapeutischen Wohngemeinschaft (eineinhalb Jahre) wurden hier zu prägenden Erfahrungen, wie die Balance in Lebensgemeinschaften gut reguliert werden kann. Aus der Erfahrung ihrer labilen Grenzen in sozialen Kontakten bevorzugt sie jedoch klar das Leben im Singlehaushalt.

Zu den *Kontakten mit Profis* und deren Hilfestellung führt sie aus: Über die direkten Serviceleistungen – wie Medikation, Behördenschriftverkehr, Antragshilfe, Informationsberatung – hinaus sucht sie bei ihnen vor allem zugewandte Gesprächspartner mit Sinn für allgemein lebenskundliche Themen. Sie sagt dazu »Kontakt mit halbwegs gesunden Menschen«, und meint damit *auch* einen ausreichenden Schutz vor allzu heftigen Affekten im Kontakt – und vor Abwertung, falls sie sich trotz ihrer Selbstkontrolle einen Fehler leistet. Das Gespräch mit gewogenen Professionellen mag dabei auch einen Mangel an Geborgenheit in ihren sozialen Bezügen ausgleichen helfen.

Sie berichtet keine Ansätze zu einer vereinbarten Psychotherapie – gleichzeitig schätzt sie die psychotherapeutisch gebildeten Mitarbeiter in den gpDi ausdrücklich mit deren personbezogenem Interesse und Handeln.

Interpretierende Zusammenfassung

Frau El. baut sich in München eine neue, heimatferne Existenz auf, nachdem ihre ersten Schritte zu Verselbstständigung und Berufsausbildung im Rahmen ihrer Herkunftsfamilie am Heimatort gescheitert waren. Hintergrund und Ausdruck davon war die mehrmalige Entwicklung von psychotischen Krisen und

darauf folgende Klinikaufnahmen. In München nutzt sie die damals vorhandene Solidarität in studentischen und psychiatriekritischen, in kirchennahen und in den Selbsthilfe-Milieus, um sich sozial neu zu verankern. Ebenso findet sie Arbeitsstellen, die sie zwar nicht befriedigen, aber ihr dennoch – in den ersten Jahren – eine ökonomische Unabhängigkeit ermöglichen.

Sie findet soziale Netze in der Psychiatrieerfahrenen- und Bürgerhilfe-Szene (Freizeit, Kultur, Interessenvertretung) und gestaltet sie nach ihrer Frühverrentung auch selbst mit, erwirbt sich dabei eine vielfältige soziale Einbindung und soziale Anerkennung. Daneben ist sie auch in ›normalen‹ kirchlichen und kulturellen Gruppierungen zu Hause, zeigt sich hier jedoch deutlich reservierter, um nicht wegen ihrer Psychiatriekarriere aufzufallen. Sie erlebt sich als jemand, die tätig und wirksam sein kann, und stärkt so ihre Lebenskohärenz. Dazu trägt bei, dass sie ihr Psychosemanagement schließlich sicher und zuverlässig ausübt, und Souveränität im Umgang mit dieser Beeinträchtigung entwickelt.

Frau El. hat im Laufe der Zeit die für sie ›wichtigen‹, ›richtigen‹ Betreuungspersonen gefunden, die ihr Orientierung geben bei der Frage, wie sie sich richtig im Leben bewegen kann. Das betrifft insbesondere die idealisierte Gestalt ihres Arztes, mit dem sie nicht nur medizinische Behandlungsfragen, sondern alle möglichen lebenskundlichen Themen bespricht (Literatur, Kunst, Philosophie, Lebensfragen).

Aber auch ihre Betreuerinnen und Betreuer in der Gemeindepsychiatrie (SpDi, Tagesstätte, WG) geben ihr nicht nur Unterstützung bei der Sicherung ihres sozialen Existenzrahmens (Wohnungserhalt, Rente, Konfliktregulierung, Psychosevorbeugung ...). Sie dienen ihr auch als *Gesprächspartner zur Lebenskunde*, und als Übungspartner für ›richtiges‹ Beziehungsverhalten: sie werden Teil ihres (Ersatz-)Familien-Netzes.

Frau El. passt sich den Rahmenbedingungen ihrer Helfer, und deren Erwartungen soweit an, dass sie sich einen langfristigen Betreuungsplatz sichert: z. B. dünnt sie den Kontaktrhythmus mit ihrem Arzt irgendwann von zwei auf drei Wochen aus, weil sie seine *zeitliche Überlastung bemerkt und ihm nicht zur Last fallen will* – obwohl sie selbst durchaus am gewohnten Rhythmus festhalten würde. Oder sie hält den Kontakt zum SpDi aufrecht auch ohne aktuelles Anliegen, um ihre Compliance und Verbundenheit zu zeigen, anders gesagt: *um weiterhin zur Familie zu gehören*.

Durch ihre Erfahrung unterschiedlicher professioneller Stile vermag sie Ungeheimheiten in deren Auftreten zu erkennen, und auch kritisch zu benennen (im Unterschied zu den zurückgehaltenen Kritikpunkten in ihrer Herkunftsfamilie):

- So kritisiert sie deutlich die zeitlich eng begrenzte Erreichbarkeit der SpDi, gerade vor dem Wochenende.
- Sie »testet« die Enge der Betreuungsbeziehungen, indem sie einem vereinbarten Termin unangekündigt fernbleibt (und sich dafür eine quasi ›elterliche‹ Schelte

einhandelt), oder indem sie den – souveränen – Wunsch nach dem Wechsel der Beratungskraft innerhalb des SpDi äußert, und darauf unterschiedlich strenge bzw. gewährende Antworten erhält.

- Sie lobt die zugewandte und lebenserfahrene Haltung der langjährigen Mitarbeiter, kann aber ebenso eine überspielte Unerfahrenheit von Berufsneulingen sehen und benennen.

Frau El. ist auf der *Suche nach sinn- und strukturgebender Gemeinschaft*. Problem ist dabei ihre Tendenz, sich in eng gebundenen Gemeinschaften zu verausgaben und vereinnahmen zu lassen. Bei den »fanatischen« Sekten kann sie sich – trotz der ihr wertvollen Bindung und Struktur – schließlich der Zudringlichkeit nicht mehr erwehren und zieht mithilfe psychiatrischer Profis die »Notbremse« (Gerichtsverfahren; Klinikeinweisung). Gegenüber den engen, aber auch krisenanfälligen Netzbeziehungen in der Selbsthilfeszene geht sie schließlich auf eine sichernde Distanz – *bzw. sie nutzt ihre Profi-Kontakte, um die dortigen Erschütterungen auszubalancieren* (Freizeitunternehmungen mit paraprofessioneller Anleitung, Rückzug aus der formalen Vereinstätigkeit bei MüPE; soziale Kontakte findet sie im Wartezimmer ihres langjährigen Facharztes). Sie vertraut der regulierenden Kompetenz der Profis, berichtet von gelungenen Verhandlungen über Konflikte, Bedürfnisse und Unterschiede. Ohne die sichernde Anwesenheit der Profis droht ihre Tendenz zur Entgrenzung überhandzunehmen. Folglich wählt sie gerne eine mittlere Position: Der Kontakt mit Betroffenen wird von Profis moderiert und balanciert, oder sie selbst geht in die Position der Anleiterin einer Gruppe für andere Betroffene, innerhalb eines professionell gestalteten Rahmens (Teestube). Beides sichert sie und gibt Gelegenheit, auftretende Irritationen mit den Profis zu besprechen – und sich nicht den anfälligen Kontakten zwischen Betroffenen alleine auszusetzen.

Der Kontakt mit gemeindepsychiatrischen Hilfen hilft ihr zur Stärkung ihres Bewältigungsmusters »richtiges Verhalten« gegenüber ihrer inneren Bereitschaft zum Chaos. Dieser Kontakt trägt familienersetzende Züge, auch als »quasi-elterliche Autorität«. Hierhin zählt auch ihr Bewegungsangebot in einer Tagesstätte, womit sie sich halb auf das Terrain der Profiss begibt – und die auftauchenden Konflikte mit den Teilnehmern auch konsequent mit den Profis bespricht.

Vermutlich wird Frau El. langfristig die gemeindepsychiatrischen Netzwerke aus professioneller Hilfe und Selbsthilfe nutzen, und damit ihre Integration, Teilhabe und soziale Einbindung verwirklichen – angesichts einer Lebenslage ohne lokale Verwandtschaft, ohne (ehemalige) Arbeitskollegen, ohne eigene Familie ein durchaus realistischer Entwurf: »*Psychiatrie ist unser Leben!*«

Damit wirkt ihr Motiv zum Interviewgespräch auch durch den Verlauf bestätigt: »Ich will mal Abwechslung zu den unbefriedigenden Gesprächen im Alltag« – und auf jeden Fall zur Psychiatrie-Familie dazugehören!

Mit zunehmendem Alter hat Frau El. vermehrt körperliche Beschwerden zu bewältigen. Insbesondere eine chronische Entzündung bringt sie dazu, schließlich ihren Tagesablauf fast vollständig auf dieses Leiden abzustimmen. Sie plant Tagesablauf und Essenszeiten minutiös, kann nur noch nachmittags aus dem Haus und entsprechende Termine wahrnehmen, entwickelt ein chronisches Zuspätkommen.

Gleichzeitig geht die Bedeutung ihres psychotischen Leidens und der darauf bezogenen Fürsorge zurück. Anders gesagt nimmt die körperliche Gesundheitsvorsorge zwanghaft kontrollierende Züge an, und beginnt die Regie ›in ihrem Haushalt‹ zu übernehmen. Auch das trägt dazu bei, Struktur in ihrem Singlehaushalt zu wahren, und bewahrt sie womöglich vor psychischen Labilisierungen, denen sie nicht gewachsen wäre. So scheint Frau El. als Kompromiss eine Problem- und Fürsorgeverschiebung einzugehen: Körperliche Probleme sind sozial leichter verhandelbar, und geben mit klaren Pflege-Anweisungen auch eine *klare Struktur, die sie selbst einlösen kann*.

Wofür steht Frau El.?

- Für einen Lebensmittelpunkt fernab der konfliktbeladenen Herkunftsfamilie, ohne partnerschaftliche Bindung und eigene Familie.
- Für eine Betroffene, die in ihrer Einbindung in die Psychiatrieerfahrenen-Szene eine quasi-familiäre Bezogenheit eingeht; die ihre professionellen Gesprächspartner v. a. auch danach auswählt, wie gut sie lebenskundliche Anregungen und Gespräche dort findet – und damit auch die fehlende Einbindung in »echt«-familiäre Kontexte und in solche der ›Normal-Bevölkerung‹ ersetzt.
- Für eine Bindung in selbst gewählte und gestaltete soziale Netze (Selbsthilfe, Kultur, Kirche).
- Für einen Lebenslauf mit psychotischen Phasen und kontinuierlichen Behandlungen vom Jugendalter bis in die Jetzt-Zeit. Mit zunehmendem Alter auch wachsende Beeinträchtigungen im körperlichen Bereich, die ihren Alltag nun stärker prägen als die seelische Verletzlichkeit, mit der sie zu leben und sich einzurichten gelernt hat: »Ein Leben für die Gesundheit.«
- Trotz Beeinträchtigungen bleibt sie im Leben wach, neugierig, aufnahmewillig, differenziert und sie kultiviert sich; wählt ihre Teilhabe-Bereiche aus (Kirche, Selbsthilfe, Volkshochschule), ebenso steuert sie ihr ›Stigma-Management‹ nach vermuteter Ablehnung ihrer Psychiatrie-Karriere, sucht sich also gezielt Kontexte von wahrscheinlicher sozialer Anerkennung.
- Braucht und sucht personengebundene Hilfen und vertrauensvollen Dialog; nur innerhalb solcher werden ›Behandlungsleitlinien‹ und ›Betreuungsprogramme‹ akzeptabel und wirksam.

- Für eine Betroffene, die auf ihrer Suche nach Sinn auf zwei Sekten-Gemeinschaften gestoßen war und von diesen jeweils erheblich vereinnahmt und – in einem Fall – auch finanziell geschädigt wurde.
- ..., die in ihrem Psychoseerleben keinen weiterreichenden Sinn und keine ›Botschaft‹ zu erkennen sucht. Ihr Ziel ist vielmehr, ihr Leben möglichst beeinträchtigungsfrei zu gestalten und ihre Teilhabe an Gemeinschaft(en) zu pflegen.

Fallporträt 10/Interview 18/Herr P. (Kurzauswertung)

- »Meine Psychose ist ein andauernder Lernprozess für mich.«
- »... mein Konzept ist: ich bin bei Gott dankbar für die Krankheit weil sie mir den Weg zu ihm eröffnet hat ... Also für mich ist es ein seelischer Prozess, hin zu Gott und hin zu mir selber.« (S. 7)

Zu den Einschlusskriterien

- Diagnose(n): Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis
- Klinikaufenthalte: mehrere unfreiwillige Aufnahmen in Frankreich; zwei langfristige Klinikaufenthalte in München
- Kontakte mit gpDi: SpDi mehrmals für kürzere Kontakte; Therapeutische WG für zweieinhalb Jahre; Psychoseminar für mehrere Semester; Tagesstätte (gelegentliche Nutzung und Mitgestaltung)
- Ambulante Behandlung: kontinuierlich bei ng. Psychiater; mehrere langfristige Psychotherapie-Sequenzen

Zu Person und Biografie

Herr P. ist 44 Jahre alt und wurde als drittes von vier Kindern eines Lehrer-Ehepaares in einem frankophonen arabischen Land geboren. Mit seiner Familie ist er nach Frankreich umgesiedelt, wo diese auch heute noch wohnt. Er selbst lebt nun seit 1975 in München, hat hier ein Studium absolviert (u. a. Soziologie) und seinen Lebensmittelpunkt gefunden – mit einer Teilzeitstelle auch in beruflicher Hinsicht. Seit zehn Jahren bewohnt er nun alleine ein gemütliche Zweieinhalbzimmerwohnung.

Seine erste manifeste Erkrankung und Klinikbehandlung erlebte er in München 1982 gegen Ende seines Studiums, im Zusammenhang mit einer gescheiterten Partnerschafts-Erfahrung und dem damit zusammenhängenden Verlust eines ge-

meinsamen Kindes. Bereits Jahre zuvor hatte er eine Gruppentherapie begonnen, diese aber im Dissens mit Therapeut und Gruppe beendet.

Er habe sich damals regelrecht in die Psychose hineindriften lassen, wollte wissen, ob und wo seine Grenzen wieder stabil werden.

Die später folgenden Klinikeinweisungen wurden häufig auf dem Weg zu oder bei seinen Verwandten in Frankreich veranlasst, nachdem er sich dort in der Öffentlichkeit auffällig und aggressiv verhalten hatte. Als biografischen Hintergrund konnte er schließlich einen – bislang familiär verschwiegenen – viele Jahre zurückliegenden Mordversuch in seiner Herkunftsfamilie entdecken. Bei der Integration dieses schwerwiegenden Vorfalls in seinen Lebensverlauf war der Kontakt zu einem Berater eines Sozialpsychiatrischen Dienstes wichtig, der ihm dabei geholfen habe, Bezüge zwischen seinem aktuellen Erleben und dieser damaligen Szene zu finden. Herr P. bewegt sich selbstverständlich in mehreren sozialen Szenen (frankophone Immigranten, Muslime, Juden, Psychiatrie-Szene), was ihm durch seine kommunikative Umgangsart leicht fällt.

Zugang und Motiv zum Interview: Er hatte im Rundbrief der *Psychiatrie-erfahrenen* von meiner Studie gelesen. Er will sich an einer wissenschaftlichen Studie beteiligen, hinter er inhaltlich stehen kann, und dadurch zum Gelingen beitragen.

Zum Setting: Das Gespräch findet in seiner Wohnung statt, nachdem er mich traditionell als Gast empfangen und bewirtet hatte.

Besonderheiten: Herr P. hat u. a. Soziologie und Psychologie studiert, arbeitet derzeit in der medizinischen Dokumentation (teilzeitig), und ist mindestens als ›Semi-Professioneller‹ zu verstehen. Als Sohn eines jüdischen Lehrer-Ehepaares wurde er in einem frankophonen arabischen Land geboren. Später siedelte seine Familie nach Frankreich um. Er selbst ist zum islamischen Glauben übergetreten, und kann als »Grenzgänger« zwischen Konfessionen, Kulturen und Nationen gelten.

Wir hatten uns in einem fünf Jahre zurückliegenden Psychoseseminar als Teilnehmer kennengelernt und ›duzen‹ uns auf diesem Hintergrund auch während des Interviews.

Zum subjektiven Verständnis von Psychoseerleben, Identitätsarbeit und Souveränität

Für Herrn P. ist seine Psychose ein andauernder Prozess des Lernens und der moralischen Läuterung, für die er auch dankbar ist.

- »Ich habe das Gefühl, ich verwirkliche den Satz von Nietzsche: ›Werde du selbst, ja? Also ich selber werden, oder sich selber werden. Das habe ich durch diese Krankheit gemacht. Und weil ich, mein Konzept ist, ich bin bei Gott dankbar für die Krankheit, weil sie mir den Weg zu ihm eröffnet hat, ja?« (S. 7)

- »Für mich ist das ein Prozess der Gesundwerdung, ... ein Lernprozess in der Krankheit. So wie du mich jetzt siehst, so war ich nicht vor zehn Jahren. Und ich denke ich kann mit Menschen umgehen, ich werde nicht gleich überfordert von Begegnungen und so. Also ich weiß nicht, wie du mich erlebst jetzt, aber ich fühle, ich bin zufrieden mit mir.« (S. 7)

Dabei sieht er sich selbst als denjenigen, der das Tor zur Psychose aktiv mitgeöffnet hat:

- »Nach einer Psychotherapie war ich sehr labil. Dann zum Schluss sind bei mir die Dämme gebrochen und ich bin selbst schuldig geworden ... Ich habe das so erlebt, als ob ich da rein wollte, in die Welt der Psychose. Ich habe mich praktisch hineinbegeben. Die kam nicht über mich, *die habe ich gemacht*. Ich habe mich dahin begeben, ja? In dem ich praktisch wirklich einige Sachen falsch gemacht habe. Fast absichtlich ... Also, viele erleben die Psychose, die kommt über sie her. Sie überfällt sie. Aber bei mir war das einfach anders. Ich habe es so erlebt, dass ich in die Psychose praktisch Stück für Stück reingekommen bin, bis sie da war. Und dann wusste ich auch nicht mehr. Dann war es so, dass ich nicht mehr wusste und dann von Freunden geholfen wurde.« (S. 3)

Seine letzte Zwangseinweisung wegen Körperverletzung (an einem seiner ehemaligen Analytiker) in psychotischem Zustand liegt nur wenige Monate zurück. Dennoch sieht er auch darin einen Entwicklungsprozess und kann nun sagen, dass er sich in den zurückliegenden zehn Jahren deutlich in Richtung Integration entwickelt habe und geläutert sei. Er könne nun davon ausgehen, dass er solch kritische Zuspitzungen in Zukunft rechtzeitig bemerke und vermeiden könne. In diesem Zusammenhang erhält auch seine Einwilligung in dauerhafte psychiatrische Medikation ihren unterstützenden Stellenwert. Bislang hatte er mit der Frage der Dauermedikation eher einen Kampf um seine Autonomie versus seiner Abhängigkeit verknüpft.

- »Ich habe inzwischen viel Erfahrungen gemacht. Ich lasse es auch nicht mehr drauf ankommen. Also große Einbrüche gibt ... ich versuche, ich sage es jetzt, aber ich glaube jetzt bin ich über den Berg, ja. Größten Teils ja.« (S. 12)

Sein Gottesverständnis ist das eines leitenden, aber nicht bestimmenden Gottes: von ihm sieht er die Art seiner Aufgaben und Prüfungen initiiert – die Art der Ausführung und des Bestehens liege jedoch in seiner Verantwortung:

- »Gott ist ja nicht so, dass er dich gängelt. Er gibt ja auch Freiheit, das zu machen, was du willst. Und das zu versuchen. Er wird dich schützen, wenn es um Leben und Tod geht, ja? Aber er wird dich nicht unbedingt schützen, wenn es darum geht, in ein Krankenhaus zu gehen oder eine Krise zu haben.« (S. 13)

Er versteht es als seine Aufgabe, risikoreiche Grenzgänge zu absolvieren (zwischen seinen ethnisch-religiösen ›Heimaten‹, seinen familiären Gräben, zwischen Leben und Tod), daraus selbst geläutert und aggressionsbefreit hervorzugehen – und damit auch ›der Welt‹ im Großen wie im Kleinen einen Zugewinn an Wahrheit

und Friedlichkeit darzubringen. In seinem Lebensweg und seiner Identität wird er damit *vom Grenzgänger zum Brückenbauer*.

- »Wenn ich Moslem bin, dann bin ich auch Jude und was sehr wichtig ist für mich, für den Kontakt mit den Mitmenschen hier, ich bin auch Christ, in meinem Verständnis.« (S. 7)

Zu wissen, dass die Gesellschaft Grenzen setze durch Zwangseinweisungen, sichere ihn in Situationen, die er selbst nicht mehr regulieren kann. Dadurch werde unterbunden, dass er sich oder andere gefährde oder ihnen schade. Deswegen kann er dieser gesellschaftlichen Kontrolle zustimmen – auch wenn er sich in seinem politischen Leben stark gegen die Macht von Autoritäten wende.

Herr P. schildert sich als jemanden, der ständig in Bewegung ist: geht einer Vielzahl von Projekten mit großer Leidenschaft nach, versucht immer wieder, einen anderen Weg als seinen gewohnten zu gehen (z. B. bei der Frage der Medikation und des Nacht-Schlafes), bringt sich emotional in Kontakte ein. So empfindet er seine Souveränität/Freiheit am intensivsten:

- »Für mich ist das ein Prozess der Gesundwerdung. So wie du mich jetzt siehst, so war ich nicht vor zehn Jahren. Und ich denke ich kann mit Menschen umgehen, ich werde nicht gleich überfordert von Begegnungen und so. Also ich weiß nicht, wie du mich erlebst jetzt, aber ich fühle, ich bin zufrieden mit mir.« (S. 7)

Wofür steht Herr P.?

- Für jemanden, der in seiner Biografie beinahe alle Grenzüberschreitungen eines ›spätmodernen‹ Lebens selbst erfahren oder selbst versucht hat (Religion, Kultur, Nation, Professioneller/Betroffener, Ethische Tabus/Tötungshandlungen).
- Er sieht sich auf dem Weg zu Gott als der »Einheit in der Vielfalt«, zur Überwindung von Grenzen und deren Integration, und erfährt auf dem Weg seiner ›moralischen Läuterung‹ mehrere Psychose-Passagen; quasi als Ausdruck dafür, dass die Überwindung/Verletzung von Grenzen des Individuums riskant bleibt und erst im Zustand von Erleuchtung problemlos gelingen kann. Psychose ist insofern auch eine deutliche Markierung von Entwicklungsnotwendigkeiten.
- Für einen Psychoseerfahrenen, der die soziokulturelle Vielfalt im öffentlichen und gemeindepsychiatrischen Raum braucht und nutzt (Tagesstätte, Psychose-seminar, Arzt), um sich selbst in seiner Vielfalt verorten und entwickeln zu können (›diversity‹). In der Selbsthilfeszene findet er häufig eine einseitig starke Orientierung auf medizin-zentrierte oder krankheitsbezogene Diskurse.
- Für einen Erfahrenen, der alle seine Ressourcen nutzt und auch in die Öffentlichkeit einbringt (z. B. durch Artikel und Vorträge); der seine Lebenszufrieden-

heit stark an eigenen Maßstäben von Lebensqualität ausrichtet, und insofern keine Einschätzung von ›Ausgrenzung‹ oder ›Exklusion‹ in gesellschaftlicher Hinsicht äußert.

- Jemand, der sich eine Art »Meta-Position« gegenüber seiner eigenen Psychosetendenz erarbeitet hat, und mit Gott eine Art ›*supervisorische Instanz*‹ konstituiert, sodass er sich eine gefahrmindernde Distanz zu seinem eigenen Erleben schafft. Allerdings ist die Wirkung nicht durchgängig, und von eigenen unrealistischen Größenfantasien bedroht: Dort wo er sich seiner eigenen widerspenstigen Impulse bemächtigen will, sie zähmend herbeirufen will, drängen sie auf unbewusst bleibende Weise wieder nach außen und richten Unheil an, an dem er selbst »schuldig« wird. Auch im Interview zeigen sich in meiner Gegenübertragung machtvolle Emotionen von Aggression, Überwältigung, Unterwerfung. Er benötigt seine soziale Umgebung als Spiegelbild und Barometer seiner eigenen vehementen Impulsivität – und nutzt sie auch auf diese Weise.
- Für eine musterhaft *salutogene Position*: Er fasst psychosetfördernde Stressoren als Herausforderung für seinen Lernprozess auf, Kräfte zu entwickeln und zu richten. Dieser Lernprozess schreitet ständig voran und reicht weit über das Areal von psychischer Gesundheit hinaus. Er verleiht damit *auch* dem Psychosetgeschehen einen sinnvollen Bezugsrahmen. Er stärkt die drei essenziellen Kohärenzbereiche *Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit*.
- Für die Narration seiner Geschichte auch entlang seines eigenen Selbstbildes: Er setzt kritische Aspekte in einen erwünschten Bezugsrahmen und entschärft sie damit. Er ›formt‹ seine Lebensgestalt und wirkt dadurch wie ein ›*narrativer Meister*‹.

Fallvergleichende Auswertung und Bündelung zentraler Souveränitäts-Aspekte

Hier werden die Ergebnisse der einzelnen Interviews in Vergleich gesetzt und von einer abstrakteren Warte aus betrachtet. In die Bearbeitung fließen die bisherigen Abstraktionsebenen ein, von den *Codes* über die *Memos* bis zu den Fallporträts des vorangegangenen Kapitels. So werden *qualitative und allgemeinere Aussagen* möglich hinsichtlich der ›Stile‹ von souveräner Lebensgestaltung im Anschluss an Psychoseerfahrungen.

Im Laufe der Einzelauswertung hatten sich bereits ›Knoten‹ um einige Themenfelder herausgebildet, denen offensichtlich eine höhere Bedeutung in der subjektiven Anschauung zukam als anderen. Diese konnten nun systematischer formuliert und geprüft werden. (vgl. im Methodenteil das Kapitel zur Auswertung der Daten, S. 70 ff.) Ergebnis waren schließlich *fünf Bereiche souveräner Gestaltungen*, die im Folgenden beschrieben werden.

Exkurs: In diesem Ergebnis kommt ein Wandel im Verständnis der Fragestellung zum Ausdruck – und hier liegt womöglich der stärkste »Erkenntnisgehalt« der Studie: Zu Beginn kreiste das Interesse stärker um die Themen ›Gesunderhaltung‹ und ›Psychosevorbeugung‹. Im Verlauf zeigte sich, dass für Betroffene – nach oftmals jahrelangen Erfahrungen im Umgang mit Psychosen – die Fragen einer sinnbezogenen Lebensgestaltung und einer befriedigenden sozialen Einbindung in den Vordergrund getreten waren. Das ist in Wechselwirkung mit der gewachsenen Kompetenz im Umgang mit den Erkrankungszeichen zu sehen.

Ebenfalls am Anfang stand die Vorstellung, dass die ambulanten, gemeindepsychiatrischen Dienste sich mit ihrem Unterstützungspotenzial spezifisch abheben und beschreiben lassen würden gegenüber anderen Hilfeformen in klinischen, stationären oder öffentlich-rechtlichen Hilfeformen. Die Interviews legten es dagegen nahe, weniger von einem spezifischen Profil einzelner Einrichtungen oder einzelner professioneller Personen auszugehen – obwohl auch solche genannt wurden und ›in Erscheinung traten‹ (etwa im Plädoyer für überschaubar große Einrichtungen und persönlich zugewandte Beziehungen).

Wesentlich erschien vielmehr das Zusammenspiel zwischen der individuellen Lebenslandschaft der einzelnen Betroffenen, und der Fähigkeit psychiatrischer Dienste und Experten, diese persönliche Lage wahrzuhaben – und zwar über die ›reinen‹ Krankheitszeichen hinaus – und sich mit spezifisch passenden Angeboten darauf ›einzuschwingen‹, sich also i. e. S. ›person-orientiert‹ zu beziehen. Etwas pointiert ließe sich von einer ›*Gesundungs-Einsicht*‹ der Psychiatrie sprechen.

Autonomie durch Regulierung des sozialen (Unterstützungs-)Netzwerks

In diesem Kapitel geht es darum, wie Nähe und Distanz in sozialen Beziehungen austariert werden. Oder allgemeiner: wie Funktionen und Grenzen in sozialen Arrangements von Betroffenen gesetzt und angepasst werden, z. B. der Austausch von Aufmerksamkeit und Anerkennung. Dies dient sowohl einem Bedürfnis nach Sozialität als auch einem solchen nach Wahrung von Individualität und Autonomie. Insbesondere im ›Netzwerk-Gedanken‹ ist dabei die Sicherung der eigenen Autonomie enthalten gegenüber den Wechselfällen des Lebens – etwa dem Risiko einer erneuten Psychose – durch solidarische Bindungen.

In den Interviews stellt diese Sozialität nicht nur vom Umfang, sondern auch von der angesprochenen Gewichtung her das bedeutendste Gestaltungsthema dar. Die Befragten waren mehrheitlich in jungen Erwachsenenjahren durch eine Psychose/Lebenskrise aus ihren Lebensentwürfen und ihren sozialen Bezügen ›herausgefallen‹. In den Folgejahren hatten sie sich unter erschwerten Bedingungen neu zu orientieren: beruflich, in Bezug auf Wohnort und Kontakte, in Bezug auf Identität und Lebenserwartungen. Ausdruck davon ist etwa, dass

- die Mehrzahl der Befragten (14 von 19) einen *Singlehaushalt* führten,
- aktuell niemand mehr verheiratet war, dabei drei Personen geschieden und
- nur zwei von 19 Interviewten selbst Eltern geworden waren. Auf der anderen Seite lebten zwei Befragte noch oder wieder in direkter Nähe ihrer Eltern.

Mit welchen Gestaltungsmustern wurden die sozialen Netze (in der Großstadt) nun also neu geknüpft, welche haben sich wie bewährt?

Herr V. hatte nach seinen ersten Klinikaufenthalten in der Münchener ›*Anti-Psychiatrie-Szene*‹ Fuß gefasst, Freundschaften und Anerkennung gefunden. Mit der Enttäuschung, dass diese Psychiatrie-Bekannten aber nicht ausreichend zur Verfügung standen, wenn er sie zur Bewältigung seiner *eigenen* psychischen Krisen gebraucht hätte, wechselt er seinen Freundeskreis. Er findet Freunde ohne Psychiatrie-Bezug, mit denen er bald in einer Kollektiv-Firma zusammenarbeitet und sein gesamtes soziales Alltagsleben gestaltet: gemeinsam werden Arbeit, Freizeit und Kultur, Freude und Sorgen geteilt, und verbindlicher persönlicher Austausch gepflegt. Dabei achtet *Herr V.* darauf, den anderen nicht zur Last zu fallen, sondern die Gegenseitigkeit von Freundschaft und Hilfeleistung ausgewogen zu halten:

- »Und das haben sie halt schätzen gelernt ... Also dass ich zwar vorübergehend mal krank werd', ... aber dass eben die Krankheit nicht heißt, dass ich jetzt vom Ball bin, sondern irgendwie wieder meine Sachen machen kann, die von mir verlangt werden ... Und halt immer drauf schau', dass ich nicht irgendwie versorgt werde, sondern mich selbstständig ernähre, und selbstständig lebe ... und so in der Art, wie sie auch leben.« (S. 6)

- »... und so ist es, dass sie mal von sich aus erzählen, was sie für Probleme haben, und das schmiedet einen so zusammen ... Also es ist da keine Hemmschwelle, wo man nicht weiterreden kann.« (S. 6)

Den Freunden kann er *vertrauen*, auch bei seiner eigenen Krisenvorsorge: Ihnen fällt es auf, wenn er ›wirres Zeug‹ redet oder allzu ›umtriebig‹ wird. Sie besitzen seinen Wohnungsschlüssel, kümmern sich um ihn, animieren ihn zur medizinischen Behandlung. Auf ihren Rat hin geht er in die Klinik. Dann besuchen sie ihn und halten seine Wohnung in Ordnung: »*Die haben das ganz gut im Griff!*«

Herr V. sichert seine Autonomie durch umfassende soziale Bindung in die Gemeinschaft seines Freundeskreises (eigene Aktivität + verlässlicher gegenseitiger Beistand):

- »Weil – irgendwo ist das ja auch Sozial-Psychiatrie, was ich mach'!« (S. 19)

Dass dieses Muster mit seiner Sozialisationserfahrung ›*Gemeinschaft im Kinderheim*‹ korrespondiert, kann vermutet werden: auch dort wird Autonomie in der Gruppe gesichert (er bestätigt dies in seinen biografischen Aufzeichnungen).

Obwohl er noch zahlreiche Bekannte unter den Psychiatrieerfahrenen hat, entfernt er sich von den Diskursen der Selbsthilfe-Szene, weil dort »*ständig über Psychiatrie geredet wird*«, und ein Lebenskonzept von passiver, abhängiger Patienten-Identität ein oftmals übermäßiges Gewicht einnehme. Er entfernt sich mehr und mehr von psychiatriespezifischen Kontexten, und lebt als ›normaler psychiatrieerfahrener Bürger‹ mit und unter anderen Bürgern.

Frau So. dagegen pflegt ihre vielfältigen Kontakte ›unvernetzt‹ in unterschiedliche Szenen, vom Wanderverein über die Frauenbörse und diverse Tagesstätten- und VHS-Kurse, bis zu einzelnen Bekanntschaften, die ihr aus den jeweiligen einzelnen Unternehmungen ›geblieben‹ sind.

Aus dem Pflegeheim nach München zurückgekehrt, hatte sie realisiert, beinahe keine Bekannten mehr zu haben und allzu isoliert zu leben:

- »... wenn man sich isoliert, wenn man sich völlig zurückzieht, da kann man krank werden ... Und du musst raus, raus aus deinem Gefängnis, du musst kontakten !« (S. 14)

Daraufhin beginnt sie, alltäglichen Kontakt aufzunehmen – am Kiosk, beim Fahrkartenverkauf, mit dem Postboten –, sich darin zu üben und Bekanntschaften zu pflegen. Ihr soziales Netz knüpft sie mittlerweile aus Bekannten mit und ohne Psychiatrieerfahrung – und zwar in möglichst unterschiedlichen und zueinander abgegrenzten Arrangements. Dadurch gewinnt sie Anschluss und Anerkennung, und kann *gleichzeitig* ihre – biografisch gründende – Angst vor Zurückweisung in einseitig abhängigen Beziehungen regulieren. Sie hält sich die Tür zu anderen Arrangements offen. So wird es möglich, in den einzelnen Kontaktfeldern unterschiedliche *identity politics* zu betreiben – z. B. eigene Psychiatrieerfahrung mehr oder weniger konkret, oder auch gar nicht zu offenbaren. Sie behält die Fäden

ihres Netzwerks in der Hand, und verfährt dabei mit ähnlicher (Selbst-)Kontrolle wie in ihrer eigenen Psychose-Vorsorge (*»selber in den Griff kriegen«*).

Erst allmählich erlaubt sie sich, Bedürfnisse nach wechselseitiger Bezogenheit wahrzuhaben, und sowohl in private als auch helfende Kontakte einfließen zu lassen: auf dem Boden ihrer gewonnenen Autonomie kann sie Komplementarität in Beziehungen entstehen lassen.

Frau So. sichert ihre Autonomie dadurch, *»die Dinge selber in den Griff zu bekommen«*, und durch ein *weit gespanntes Netz aus lockeren und diversifizierten Kontakten*.

- *»Mei' Programm ist eigentlich das: Kontakt zur normalen Bevölkerung zu haben!«* (S. 14)

Viele Kontakte – auch in den Hilfebereich hinein – dienen dabei zunächst einem Zweck, sind funktional und *»zu etwas nütze«*. Anders ausgedrückt: auf dem Hintergrund ihrer biografischen Affinität zu Abhängigkeiten erlaubt sie sich Momente von emotionaler Bezogenheit dann, wenn sie sich ihrer Autonomie im Leben absolut gewiss sein kann.

Dieses Motiv, einer eigenen Tendenz zu abhängigen Beziehungsgestaltungen entgegenzuwirken, begegnet in vielen Erzählungen. Es geht dabei sowohl um die Verminderung des Risikos erneuter Psychosen *als auch* um das Bestreben nach einem glückenderen, souveränen Leben auf der Grundlage einer gereiften Vorstellung des eigenen ›Selbst‹:

Herr L. z. B. pendelt viele Jahre zwischen Abhängigkeits- und Autonomiebestrebungen, und kommt doch in der Ablösung von seinem *»Mutter-Haus«* wenig voran. Nach einem überstandenen Suizidversuch, einem stabilisierenden Soziotherapie-Aufenthalt und einer gut gelingenden Erfahrung in einer TWG kann er schließlich Kontinuität in sein Beziehungsleben einkehren lassen: Er wirkt psychisch und sozial *»wie neugeboren«*, will sein Leben jetzt als eigenes Projekt gestalten, bewohnt erstmals eine eigene Wohnung. Er kann sich nun abgegrenzter in realer und realistischer Partnerschaft engagieren, sogar eine Hochzeit ins Auge fassen. Er unterscheidet jetzt psychisch zwischen *sich* und *anderen*, damit kommt sein Talent zu humorvoller und interessanter Konversation wie von selbst zum Tragen. Hilfreich für diese Entwicklung waren konstruktive Beziehungserfahrungen mit engagierten Professionellen und in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft: hier konnte er biografische Lücken ausgleichen.

Heute gestaltet er sein Netzwerk überwiegend und mit großer Selbstverständlichkeit in der Szene der Psychiatrieerfahrenen – durchaus mit dem Motiv, hier Menschen mit unkonventionellen, kreativen und auch leidgeprüften Lebensentwürfen zu finden, die zu seinem eigenen besser passen als solche aus konventionellen Kontexten. *Seine Autonomie* gründet heute auf wenige

ausgewählte und *intensive Betreuungskontakte* zu Professionellen sowie auf zahlreiche *freundschaftliche Kontakte von unterschiedlicher Dichte* zu Mitbetroffenen.

Eine ähnliche *Verselbstständigung* im Rahmen der ersten Behandlungsphasen zeigen *Frau R. und Herr G.* Auch sie waren zu Beginn ihrer Psychose-Erfahrung (am Übergang zum Erwachsenenleben, während Schule und Studium) in einer überwertigen Bindung an elterliche Autoritäten, und einen Mangel an selbstständigen Wahrnehmungen und Impulsen (»Selbstsorgen«) gefangen. Durch langfristig schließlich gelingende Behandlungserfahrungen in therapeutischen Gemeinschaften (in Klinikstationen, Tageskliniken und Wohngemeinschaften) war es beiden gelungen, ihre eigenen *Belange und Projekte* im Leben (»*sich selbst*«) besser zu erfassen und mit großer Energie auch in die Tat umzusetzen. Dabei spielte die Gemeinschaft der Mitbetroffenen, aber auch besonders zugewandte und »passende« Beziehungen zu Professionellen eine herausragende Rolle (»*der brüderliche Stationsarzt*« von Frau R., das WG-Betreuerteam von Herrn G.). Karge und einseitig leistungsbezogene Sozialisationserfahrungen in der Herkunftsfamilie konnten so überwunden werden.

Damit in Verbindung steht eine *Hinwendung zu einem sehr viel reichhaltigeren sozialen Leben als vor der Erkrankung*, Herr G. nennt es explizit:

- »Also eine große Umstellung, eine der wichtigsten überhaupt, kann ich sagen, was sich sehr gebessert hat bei mir, was eigentlich überraschend ist, dass ich viel kontaktfreudiger geworden bin.« (S. 13)

Er sucht und pflegt von sich aus mehr Kontakte, und wird auch selbst vermehrt als Kontaktpartner gewählt, zunächst im Kreis von Mitbetroffenen. Gleichzeitig eröffnet er sich normalisierte Begegnungen – z. B. in seiner kirchlichen Gemeindegruppe und bei *amnesty international*. Inzwischen bestehen Kontakte auch unabhängig von sozialen Einrichtungen, als Netz von Bekannten (die z. B. zu seiner Geburtstagsfeier nach Hause kommen), sodass sein Muster als eines von »*multiplexen Kontakten*« beschreibbar ist, bei denen sich mehrere Funktionen verschränken.

Auch Frau R. sagt: »*Vor der Erkrankung – das war kein Leben!*«, und meint damit sowohl ihre brüchige Selbstwahrnehmung, wie auch ihre Unfreiheit in abhängigkeitsgefärbten persönlichen Beziehungen. Da »*wird die Krankheit ein Schritt ins Leben*« und sie kann nun – auf festerem souveränen Terrain – »*gucken, was ist mir wichtig, worum geht es mir im Leben*« (S. 43). Ihre soziale Gestaltung bezieht sich heute auf unterschiedlich dichte Kontakte in unterschiedlichen Szenen – darunter *auch* diejenige der Psychiatererfahrenen. Sie verfolgt unterschiedliche Gemeinsamkeiten – *u. a. auch* die Vorsorge gegenüber möglichen Krisen. Kennzeichen bei ihr ist eine nach wie vor bestehende Begrenzung von allzu emotionaler Bezogenheit. Ihr Muster ist demnach durch *diversifizierte Kontakte* geprägt.

Beide gründen ihre Autonomie auf eine mittlerweile – durch die Bewältigung der Psychose – errungene Selbstständigkeit im Wahrnehmen und Handeln, und auf ein relativ umfangreiches soziales Netzwerk aus Personen mit und ohne Psychiatrie-Bezug.

Beiden gelingt es auch als Folge eigener Verselbstständigung, heute ein deutlich entspannteres Verhältnis zu ihren Eltern zu pflegen.

Dagegen waren sowohl *Frau S.* wie *Frau El.* auf Distanz zu ihren im Streit zerrissenen Herkunftsfamilien gegangen. Nach den ersten Behandlungsepisoden am Heimatort wagten sie einen Umzug in das weit entfernte München, um hier einen neuen Lebensmittelpunkt zu finden. Beiden gelingt es in den experimentierfreudigen 70er-Jahren, in sozialen Gemeinschaften Fuß zu fassen (*Frau S.* im ›Therapeutischen Club‹ mit WG + Einzelbetreuung, *Frau El.* in einer großen studentischen WG und Anschluss an den Therapeutischen Club), und neue soziale und berufliche Netze zu knüpfen.

Der Weg von *Frau El.* führt über eine Therapeutische WG erstmals (mit knapp 40 Lebensjahren) in eine eigene Wohnung – für sie ein großer Schritt. Nach ihrer Frühberentung engagiert sie sich in der Selbsthilfe und pflegt zahlreiche Kontakte in der Betroffenenzene. Ergänzend verankert sie sich in ihrer Kirchengemeinde, besucht regelmäßig VHS-Kurse und andere Kulturangebote der Stadt. Trotz dieser großen Kontaktfeldes beschreibt sie ihr Gefühl von Einbindung als nicht wirklich befriedigend: In den Kontexten der Psychiatrieerfahrenen mache ihr das schwankende Beziehungsverhalten und die mitunter heftigen Zerwürfnisse sehr zu schaffen. Sie fürchtet um Zurückweisungen. In ihren ›normalen‹ Kontexten (Volkshochschule, Kirchengemeinde, kulturelle Veranstaltungen) sieht sie ihre Kontakt-Chancen als begrenzt: Da erwähne sie möglichst nichts von ihrer Psychiatrieerfahrung, das interessiere andere nicht und bringe sie nur in Distanz.

Als Ausgleich sucht sie sich unter den Psychiatrie-Profis solche aus, die sie *auch* als interessante Gesprächspartner für lebenskundliche und kulturelle Themen aufsuchen kann:

- »Es kommt mir dabei gar nicht so sehr auf gezielte Hilfe an, sondern auf den Kontakt mit halbwegs gesunden Menschen.«
- »Ich will mal Abwechslung zu den unbefriedigenden Gesprächen im Alltag.«

Hier muss sie subjektiv nicht um ausbleibende Anerkennung oder Zurückweisung fürchten. Sie kompensiert damit auch eine fehlende emotionale und alltagsstützende Einbindung in »echt«-familiäre Kontexte, und verschafft sich eine Art ›Supervision‹ gegenüber den schwankenden Beziehungen zu Mitbetroffenen.

Frau El. reguliert ihre Autonomie durch ein breites Netzwerk aus diversifizierten Kontakten, auf dem Hintergrund von sichernden, quasi-familiären Beziehungen zu ausgewählten Profis.

Frau S. hatte zunächst eine bemerkenswerte Förderung – insbesondere ihres Kunstschaffens – vonseiten einiger Professioneller erfahren. Ihre Selbst-

nerkennung konnte dadurch erheblich anwachsen. Gleichzeitig hatte sie ein verzweigtes Kontaktnetz auf Gegenseitigkeit mit aufgebaut, in welchem Krisenvorsorge, Kulturarbeit und Alltagsbewältigung zusammenfließen konnten. Königsweg für sie ist sicherlich, die Kontexte wechseln zu können, wenn sie zu starke Einseitigkeiten oder Abhängigkeiten verspürt (etwa auch in der Selbsthilfe-Szene).

- S.: »Also ich mag mich nicht nur mit Feministinnen befassen. Das ist mir auch zu eng.«
- I: »Ja, so wie auch die Psychiatrie zu eng ist. Ich glaube, ich verstehe, Sie regulieren das indem sie einfach verschiedene Szenen aufsuchen und mit keiner zu enge ...«
- S: »Ja das Theatergruppe ist mir auch schon zu eng, da sind auch schon so Rivalitäten, dann gönnt einer dem anderen, nimmt einer dem anderen den Teller weg.« (S. 28).

Sie ist beständig auf dem Weg, ihre Kontaktnetze zu formen, neue zu suchen, alte hinter sich zu lassen (Psychiatrie-Erfahrene → Künstler-Szene → Feministinnen-Szene → Psycho-Künstler-Szene ...).

Sie sorgt für flexiblen Spielraum, ganz entgegen ihrer früheren Tendenz, sich in – von fremder Anerkennung – abhängige Beziehungen zu verstricken. Davon wird sogar die über lange Jahre gepflegte Idealisierung ihres Arztes erfasst, von der sie sich nun distanziert.

Frau S. gründet ihre Autonomie auf ein dichtes und weit verzweigtes Kontaktnetz, das sie in unterschiedliche Kontexte hinein entwickelt und beständig weiterformt. Durch diese kontinuierliche Fortbewegung überwindet sie ihre hinderliche Tendenz in früheren Lebensjahren, sich in abhängigen Beziehungen einzurichten.

Frau C. wählt den entgegengesetzten Weg: nach wiederholten Klinikaufnahmen festigt sie gewollt ein wechselseitig aufeinander angewiesenes (›voneinander abhängiges‹) Verhältnis mit ihrer ebenfalls psychosebetroffenen Partnerin. So versucht sie, ihre Tendenz zu extremen emotionalen Schwankungen in den Griff zu bekommen. Beide ziehen in ihrer Wohnung zusammen und knüpfen ein vertrauensvolles Sicherheitsnetz zur gegenseitigen Kontrolle von Krankheitsanzeichen, und zur Vorsorge gegen unerwünschte Klinikeinweisungen (Betreuungsverfügung, private Erreichbarkeit von Ärztin und Therapeutin). Praktisch alle Alltagsbereiche – inkl. medizinischer und therapeutischer Behandlung – werden konsequent gemeinsam geteilt. Auf diesem ›befestigten‹ Boden vermögen es beide, vielfältige Kontakte und Projekte in der Betroffenenzene (Tagesstätte, Selbsthilfe, Zuverdienst), gemeinsam zu pflegen. Aber auch psychiatriefreie, langzeitige Kontakte zur Nachbarschaft – zu Apotheke und Buchladen, zur Kulturinitiative – werden möglich.

- »Doch ich habe schon so das Gefühl, jetzt so ein richtig soziales Netz zu haben. Also das mich abfängt.« (S. 8) »Wir sind so richtig fein abgesichert, eigentlich.« (S. 19)

Frau C. sichert ihre Autonomie dadurch, dass sie gemeinsam mit ihrer ebenfalls betroffenen Partnerin ein enges wechselseitiges Sicherheits- und Kontrollnetz knüpft. Durch diese Sicherung vermögen beide, sowohl ›klinikfrei‹ zu leben, als auch dauerhafte soziale Bezüge in die Psychiatrieszene und in ›Normal‹-Kontexte ihres Stadtviertels zu gestalten.

Herr M. stellt das dar, was man klassischerweise einen »Eigenbrötler« nennt und mit distanzierten Kontakten in Verbindung bringt. Zeit seines Lebens befindet er sich in konflikträchtigen Beziehungen zu seinen Eltern und Geschwistern, Behörden und sozialer Umgebung. Er ringt um Anerkennung bei gleichzeitig vehementer Abgrenzung. Schnell wähnt er sich in besonderem Maße gemeint und benachteiligt. Gleichzeitig sind sein soziales Verhalten und seine Inszenierungen (*das Wohn-Museum, die Seuchenerzählung*) so beschaffen, dass sie gewonnene oder mögliche Kontaktpartner auch (wieder) auf Distanz halten.

Demgegenüber steht der nun seit 20 Jahren stabile, immer wieder angepasste Betreuungskontakt zu »seinem« SpDi. Durch verschiedene Mitarbeiter und Bürgerhelfer kann eine immer wieder von Scheitern bedrohte Abstimmung zwischen seinen Belangen und denen der Umgebung/Gesellschaft in Balance gehalten werden. Weil die Mitarbeiter seine Projekte glaubwürdig unterstützen und ihm Raum für seine Eigenwilligkeit zugestehen, vertraut er ihnen – und begrenzt diese Nähe wieder durch rasch folgende Entwertung. In der Freizeit- und Kulturgruppe des SpDi findet Herr M. sozialen Anschluss, den er auch mit seinem Distanzedürfnis in Einklang bringen kann. Die Gruppenleitung hilft ihm bei einer sozial verträglichen Regulierung. So findet er schließlich auch einen für ihn stimmigen Weg, Kontakte privat über Telefon aufrechtzuerhalten, z. B. einen ›Optimisten-Verein‹ per Telefon zu gründen. Der Erfolg dieser dauerhaften Kontaktstiftung zum SpDi bringen ihn zur wertschätzenden Aussage:

- »Wenn ich etwas, was mich seelisch belastet, mit jemandem offen besprechen kann, ist das die halbe Miete dafür, dass ich nicht durchdrehe.«

Herr M. sichert seinen ›seelischen Haushalt‹ durch einen zurückgezogenen Kontaktstil, der sich fern von nahen persönlichen Beziehungen bewegt (›*positive withdrawal*‹). Diese Regulation kann auch als sichernde Distanz vor überfordernden Normen verstanden werden. Gleichwohl hält er über mehrere verstreute Bezüge und Telefonkontakte ein für ihn lebbares Maß an Anschluss und Austausch aufrecht. Die Beziehungen zu den Mitwirkenden des SpDi sind vertraut und belastbar. Mit ihrer Hilfe reguliert er die prekäre Abstimmung mit der Umwelt, und *sichert seine Autonomie.*

Frau B. und Herr E. bleiben mit dem Kern ihrer sozialen Beziehungen in ihren Herkunftsfamilien gebunden: Sie wohnen wieder in oder unmittelbar bei ihren

Elternhäusern, nachdem Partnerschaften unglücklich geendet waren, aber auch aus Sorge um ihre Selbstregulierungsfähigkeiten in Krisenzeiten. Insbesondere Frau B. kann es sich – praktisch und finanziell – nicht mehr vorstellen, alleine für ihren Sohn und sich selbst in eigener Wohnung zu sorgen.

Beide knüpfen an eine in ihren Familien bereits zuvor bestehende Tendenz zur ›Binnenbezogenheit‹ an: ›drinnen‹ ist es sicher, ›draußen‹ droht die Gefahr. Umgekehrt binden auch sie ihre Verwandten durch die Sorge vor neuerlichen Krisen: Im ›Fall des Falles‹ sind erfahrungsgemäß sie es, die sich um psychiatrische ad-hoc-Hilfe kümmern (müssen). Diese Strategie von ›Sicherheit durch Loyalität‹ hat ihren Preis aufseiten der individuellen Bedürfnisse:

Herr E. verzichtet auf die Teilnahme an sozialen Veranstaltungen, geht (derzeit) Frauen und überhaupt näheren Freundschaften – eben der Welt ›draußen‹ – aus dem Weg. Frau B. fühlt sich wie »Dornröschen« – ihr bleibt nichts anderes als auf ihren »Retter« (Partner) zu warten, der sie aus ihrer unglücklichen Lage ›zu Hause‹ – zwischen eigenen Eltern und eigenem Kind – befreien kann.

Dennoch haben beide auch Nischen in ihren Arrangements gefunden: Herr E. besucht die Freizeitgruppe am SpDi, geht hier wechselseitige Kontakte ein, stellt sich mit seinen Erfahrungen als Pate für andere zur Verfügung und kann hier – erstmals, und unter dem Etikett der ›Gesundheitssorge‹ – das in seiner Familie vorrangige Modell von »Selbstbezogenheit« hinter sich lassen. Eine ähnliche Kontaktfreundlichkeit berichtet er von seinem Arbeitsplatz in der Reha-Firma.

Frau B. hält seit mehr als zehn Jahren eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrer SpDi-Betreuerin. Hier kann sie alle Themen, Licht- und Schattenseiten ihres Arrangements einfließen lassen und – beinahe freundschaftlich – bereden, ohne Rücksicht auf Loyalitäten nehmen zu müssen. Selbstironisch kann sie hier sogar die ›psychische Hintertür‹ ihres versperrten Identitäts-Hauses kommentieren: *»den ganzen religiösen Sums«* in der Manie.

Beide sichern ihre Autonomie durch loyale Bindung in der Herkunftsfamilie, unter weitgehendem Verzicht auf ein ›nach außen‹ orientiertes soziales Leben. Beide finden unter dem Etikett ›sozialpsychiatrischer Betreuung‹ Nischen, die ihnen offenere Beziehungsgestaltungen ermöglichen.

Zusammenfassung

Die Erzählungen gaben unterschiedlichen Haltungen Ausdruck, die eigene soziale Landschaft eher in Richtung ›Autonomie‹ oder in Richtung ›Bindung‹ zu gestalten – und zwar aus subjektiv ›sinnvoll‹ nachvollziehbaren Gründen der Sicherung eigener Autonomie und der Entfaltung eigener Souveränität.

Als wesentliche Dimensionen bei der Regulierung des sozialen Netzes wurden herausgearbeitet:

- Dichte und multiplexe soziale Bindungen versus lockere und diversifizierte Kontakte versus distanzierte Kontakte (*positive withdrawal*),
- verwandtschaftliche Bindungen versus Wahl-Beziehungen,
- private Kontakte versus professionelle Kontakte.

Dabei sind durchaus die Kehrseiten, die Gewinn- und Verlustrechnungen, die Widersprüche dieser Arrangements in den Erzählungen erkennbar, gelegentlich auch die Hoffnungen auf eine bessere ›soziale Zukunft‹. Manche Erzählungen zeugen von – mittlerweile – weiten Spielräumen, andere wiederum von engem Eingebundensein, einschließlich der ›kleinen Fluchten‹. Wieder andere belegen ein stetes Pendeln zwischen den Positionen oder eine konsequente Fortbewegung in eine Richtung. Als besondere Konstellation habe ich die – in der Gemeindepsychiatrie durchaus üblichen – langfristigen Beziehungen zu professionellen Helferinnen und Helfern beschrieben. In ihnen »spielen« sich nicht nur therapeutische Unterstützungsleistungen ab, sie stellen für einige Befragte auch ein eigenständiges, lebensbegleitendes Beziehungsfeld dar, mit dessen Hilfe unzureichende primäre/private Bezogenheit überbrückt wird.

Die Entwicklung der Kontaktstile war vielfach von professioneller Begleitung gefördert worden: Mehr als die Hälfte der Befragten hatte aus therapeutischen Wohngemeinschaften wesentliche Erfahrungen von Gemeinschaftsleben (wie Beziehungsklä rung und -entwicklung, Bedürfnis- und Verantwortungsabstimmung) berichtet. Häufig hatten die Gesprächspartner erstmals – nach kargen und belasteten Erfahrungen aus der eigenen Herkunftsfamilie – eine diskursiv offenere Beziehungsgestaltung im Alltag kennengelernt, die für ihre weitere Lebensführung prägend wurde.

Als verbindendes Band dieser unterschiedlichen Haltungen ist – im Anschluss an Jessica Benjamin – die *Dialektik von »Autonomie und Bezogenheit«* als unauflösbares Spannungsverhältnis zu sehen:

»Das wohl schicksalhafteste Paradoxon besteht in unserem Bedürfnis nach Anerkennung und gleichzeitig nach Unabhängigkeit.« (BENJAMIN 1993, S. 214)

In der Regulation von Kontaktweisen – selbst in einem zurückgezogenen Kontaktstil, deswegen auch »positiver Rückzug – positive withdrawal« bei Ellen CORIN (1997) genannt – kann eine selbstsorgende, gesundheitsachtsame Ressource zum Ausdruck kommen. Diese Ressource vermag eine risikoreiche Abstimmung zwischen inneren Prozessen und äußerer Welt fein zu regulieren, z. B. Überforderungen vorzubeugen. Sie kann psychosfördernden Prozessen entgegenwirken, und die individuelle Entwicklung einer langfristigen Lebenssouveränität fördern. *Diese positiv wirksame Ressource kann unabhängig von ihrer konkreten Ausformung sowohl subjektiv als auch von außen nachvollziehbar beschrieben werden: Es gibt nicht nur ›den einen‹ therapeutischen Königsweg für alle.*

(Wieder-)Aufbau von Kontexten der sozialen Anerkennung und Teilhabe

Hier geht es um zentrale Identitätsprojekte, mit denen der Bezug zur Außenwelt und die eigene Position gegenüber Gemeinschaft und Gesellschaft entwickelt werden. Durch die Erkrankung, ihre Hintergründe und ihre Folgen aus der antizipierten (Normal-)»Bahn« geworfen, schufen die Befragten neue Entwürfe, sich im sozialen Leben zu verankern und die Bausteine für ein möglichst souveränes Leben wieder (anders) zusammenzufügen.

Ausgehend von den Erzählungen steht an erster Stelle der Baustein »*Wohnung und Lebensmittelpunkt*«. Die Mehrzahl (sieben) der Interviewten hatte im Zeitraum der ersten Psychose(n) im Elternhaus gelebt. Eine Rückkehr dorthin – im Anschluss an stationäre Behandlungen – wurde zunächst zwar gewählt, stellte sich aber überwiegend (*Ausnahme: Herr E.*) als problematisch für die weitere psychische Gesundheit dar. Zuvor bestehende familiäre Konflikte, Ambivalenzen und Belastungen verschärften sich (z. B. *Herr G., Frau R.*).

Andere Gesprächspartner (*Herr V., Frau So.*) verloren im Zuge psychotischer Episoden ihren Wohnraum durch Kündigungen, zum Teil mehrmals.

Für diese Befragten stellte sich die innere und äußere Notwendigkeit dar, einen neuen Wohnraum und damit verbundenen Lebensmittelpunkt zu finden. Gleichzeitig waren die persönlichen, sozialen und materiellen Ressourcen stark begrenzt. Die meisten Wege führten folglich über psychiatrische Reha-Einrichtungen, in denen Wohnraum mit Betreuung in Gruppen vorgehalten wird. In großen, heimähnlichen Einrichtungen sahen sich die Erzählenden durch fremd geregelten und bestimmten Lebensalltag aber oftmals ebenso der Gefahr von Sanktionen wie der Chance persönlicher Entwicklung gegenüber:

- »... Also ich hab' auch erlebt, dass ein Teil von denen, die die Therapie nicht geschafft hat, dann irgendwie in Heime abgeschoben worden ist, ... und die meiste Angst hatte ich davor, in so ein Heim abgeschoben zu werden.« (*Herr V., S. 1*)
- »Wer sich nicht an die Regeln hielt, dem wurde mit Obdachlosen-Pension gedroht.« (*Frau R.*)

– so die implizit-explizite Drohung eines gesellschaftlichen Ausschlusses.

Frau R. konnte diese Lage dafür nutzen, gegen möglichst viele Regeln zu verstoßen, und mit den Mitarbeitenden der Institution über Sanktionen, Freiräume und Bewähungen zu verhandeln. Die Entwicklung von »Streit-Kultur« war ihr offenbar wichtig angesichts der eigenen biografischen Erfahrung von unklaren oder übermäßig harten Grenzen.

Individuelle Anliegen und Prozesse hatten hinter dem allgemeinen Regelwerk einer großen Institution zurückzutreten.

- »Sonst waren die anderen Einrichtungen (*neben der Ambulanz, Anm. d. V.*) halt doch ziemlich restriktiv. Also dass sie einem vorgeschrieben haben, wie man leben

soll ... Ich wollte irgendwie doch selbstständig denken und handeln und mich nicht so was unterstellen. So ist es mir lieber, ich habe wenig Geld, aber ich muss nicht in so eine Tretmühle rein.« (Frau S., S. 6)

- »... wo ich, glaub' ich, innerlich schon mehr Selbstständigkeit leben konnte. Also wenn ich mehr selbstständig gewesen wär', z. B. mich um Arbeit hätte kümmern müssen, und um die Wohnung selber ... wenn sie das zugelassen hätten, ich schon viel eher hätte selbstständig sein können ... Und da mein' ich halt, ... das Zentrum hält die Leute zu lange, und dadurch fehlt das, dass die Leute wieder selbstständig werden.« (Herr V., S. 1)

Die Erzählenden *dieser* Studie konnten diese Spannung dazu nutzen, alle Kraft darauf zu verwenden, ihrer Entlassung in eine WG oder in selbstständiges Wohnen näherzukommen.

Die kleineren Wohngemeinschaften mit soziotherapeutischer Ausrichtung wurden dagegen überwiegend als positives persönliches Lernfeld für selbstständige Lebensführung und gemeinschaftliche Alltagsgestaltung repräsentiert (innerhalb von sieben aus zwölf Erzählungen), und damit als hilfreiches »Sprungbrett« für eine neu zu strickende Selbstständigkeit aufgefasst.

- »... dass die Wohngemeinschaft zwei Dinge bewirkt hat, die ganz groß und wichtig waren, dass ich seither praktisch nicht mehr in stationärem Aufenthalt gewesen sein musste, das haben die geschafft. Und das Zweite, was vielleicht noch größer ist, die haben's geschafft, mich durchzuboxen durch die Ausbildung. Weil ich habe immer wieder Phasen gehabt, wo ich gezweifelt habe, ist das das Richtige und so. Und dann haben sie mich wieder aufgebaut.« (Herr G., S. 9)

All jene Betroffenen ohne eigenes »Zuhause« hatten es schließlich vermocht, eine eigene Wohnung anzumieten (meist im Sozialen Wohnungsbau). Dabei waren persönliche und sozialrechtliche Hilfestellungen durch Psychiatrie-Betreuer durchgängig die Voraussetzung für das Gelingen des Vorhabens, ebenso die passgenaue Kooperation der Beteiligten.

Die Bedeutung eigenen Wohnraumes für das eigene Lebensgefühl und Teilhabe-Empfinden lässt sich daran ablesen, dass es für sechs von zwölf Befragten die *erstmalig eigenständige Wohnform in ihrem Leben* geworden war. Andere – wie Herr V. und Frau So. – hatten erlebt, wie es ist, die Wohnung im Zusammenhang mit Psychosen zu verlieren, und abhängig zu werden vom fremden Obdach einer Institution.

Die Verfügung über eigenen Wohnraum wird zum Inbegriff für eigenständige und individuelle Lebensführung, für die Teilhabe an einem gesellschaftlichen Standard für erwachsene Bürger.

Herr L. sieht seine soziale Anerkennung dann als zufriedenstellend gegeben, wenn er seine drei Ziele erreicht – eine eigene Wohnung, eine Arbeitsstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt, und eine Freundin, bei der er bleiben kann. Diese Parameter entsprechen der gewünschten »Normalbiografie«: »Wenn ich richtig

bin und wenn ich akzeptiert bin, wenn ich gut bin, dann ist alles in Ordnung.«
(S. 27)

Wohnraum wird für Psychiatrieerfahrene ganz unmittelbar ein Schutzraum gegenüber der Kontrolle von (psychiatrischen) Institutionen. *Herr V.* legt dies anschaulich offen:

- »Und seither hab' ich mich nie mehr Leuten anvertraut, die irgendwas mit Sozialpsychiatrie zu tun haben, und hab' mein Leben selber gestaltet, weil ich halt gedacht hab', wenn die ... bei mir irgendwie sehen, dass ich nicht funktioniere und so, dass ich dann sehr schnell abgeschoben werd' ... Ich bin jetzt 47 Jahre, lebe selbstständig und so ... und freu' mich, dass ich selbstständig noch leben kann.«
(S. 2)

Zu dieser Annahme kommt er durch seine Erfahrung eines – zu langen, zu wenig auf ihn persönlich abgestimmten – dreijährigen Aufenthaltes in einer stationären Rehabilitations-Einrichtung. Er versteht es als Lehre und als Drohung,

- »dass ein Teil von denen, die die Therapie nicht geschafft hat, dann irgendwie in Heime abgeschoben worden ist, und so ... und das war mir schon eine Lehre, zu sagen: also, ich nehm' lieber mein Leben selber in die Hand, bevor irgendwelche Sozialarbeiter oder Sozialpsychologen oder andere Leute ...« (S. 1)

Auch bei *Frau B.* wird diese Bedeutung von ›Kontroll-Prävention‹ durch die eigenen vier Wände deutlich: Sie lebt überwiegend mit ihrem Sohn bei ihren eigenen Eltern. Dennoch unterhält sie eine eigene kleine Wohnung, ein Refugium, in das sie sich zurückzieht, wenn ihr die Doppelrolle Mutter/Tochter zu Hause zu belastend, oder die fürsorgliche Haltung ihrer Eltern zu stark bestimmend wird.

Die eigene Wohnung ist Privatraum und Schutzraum zugleich. Sie stellt die wesentliche materielle und identifikatorische Basis für gelingende Lebenssouveränität zur Verfügung. Wohnung ist der Ort, an dem Besuch empfangen und gefeiert wird (*Herr G.*), eigene Projekte bearbeitet und ausgestellt werden (z. B. das Kunstschaffen von *Frau So. und Frau S.*), auch eigene Innenwelten zum Ausdruck gebracht werden (*Frau El. und Frau C., auch Herr M.*).

Hier will und muss der persönliche Lebensstil im Alleinleben oder im Zusammenleben (*Frau C., Herr E.*) entwickelt werden: *Wohnung wird zum Mittelpunkt des eigenen Lebens.* Die Sorge um den Erhalt und die Pflege eigener Wohnung wird folglich zu einem zentralen Thema von Souveränität:

Herr V. verlor durch aggressives Verhalten in Psychosen mehrfach seine Wohnung. Unter anderem deshalb ist er bereit, die vormalis abgelehnte dauerhafte Medikation *von sich aus* zu akzeptieren.

Frau So. begegnet ihrem »herrlichen Durcheinander« zu Hause schließlich durch eine bezahlte Putzfrau – obwohl sie sich das aus Rente + Zuverdienst eigentlich gar nicht leisten kann.

Frau El. bespricht sich regelmäßig mit Profis, *auch* um ihre Tendenz zum

Chaos zu begrenzen, das sich mitunter heillos in ihrer Welt und ihrer Wohnung breitzumachen droht.

Herr G. findet ein Arrangement mit seiner Mutter, wonach sie ihn wöchentlich besucht, und dabei im Haushalt an den Stellen hilft, die er selbst nicht besorgt: auf dem Hintergrund ihrer Geschichte eine erstaunlich gut funktionierende Übereinkunft, die von beiderseitigen Kompromissen getragen ist, und *auch* eine Verbesserung des Verhältnisses fördert.

Alle Alleinlebenden unter den Befragten haben ihre persönlichen »Sicherungen« eingebaut, um im Falle psychosenaher Verfassungen die nachlassende Selbstsorge durch fremde oder gegenseitige Hilfe zu überbrücken – *auch* in Bezug auf die eigene Wohnung.

Über diese Sicherungen hinaus fanden sie *ihren* persönlichen Weg, eine Balance zu halten zwischen ›drinnen‹ und ›draußen‹, mit sich allein sein und mit anderen sein, tätig sein und ruhen.

Die allgemein und für psychisch kranke Menschen in besonderem Maße bekannte Bedeutung von *Arbeit, (sozialen) Aufgaben, produktivem und schöpferischem Tätig-Sein* (vgl. DÖRNER, Klaus: »*Jeder Mensch will notwendig sein!*«, 1996) wird in den Lebensgeschichten eindrucksvoll bestätigt. Nur wenige vermochten es, im Anschluss an ihre Psychoseerfahrung eine begonnene Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt fortzusetzen, bzw. nach erfolgreicher beruflicher Rehabilitation eine solche zu beginnen.

Frau B. etwa findet wieder eine Stelle in ihrem erlernten Metier und ist überaus glücklich darüber. Die betriebliche Praxis erlebt sie mit gemischten Gefühlen: Einerseits ist sie im Kollegenkreis akzeptiert, braucht ihre ›Psycho-Karriere‹ nicht zu verschweigen und erfährt von der Geschäftsleitung großes Entgegenkommen bei der Ausgestaltung des Arbeitsplatzes. Andererseits sieht sie es als Kränkung, einen Schwerbehinderten-Ausweis führen zu sollen, dass das Arbeitsamt einen ›Minderleistungs-Ausgleichsbetrag‹ an den Arbeitgeber auszahlt, und dass ihre Aufgaben immer weiter hinter ihr ursprüngliches Bildungsniveau zurückfallen.

Ihre subjektiven Selbstwertschwankungen finden sich wie in einem Spiegel in der Arbeitswelt wieder. Um diese Gegensätze (er)tragen zu können, bedarf sie der Assistenz durch ihre Arbeitsbetreuerin am SpDi: Diese vermittelt ›nach innen‹ zugunsten psychischer Balance, nach außen zugunsten der Abstimmung mit und in der Firma.

Es zeigt sich an ihrem Beispiel, wie das sozialintegrative Programm zur Förderung Schwerbehinderter seine Wirkung erst entfalten kann, wenn es durch eine personbezogene Beratung und Begleitung flankiert wird.

Frau R. strebt mit der ihr eigenen Ausdauer von einem Ausbildungsbaustein zum nächsten, nimmt leidvolles Scheitern und Enttäuschungen auf sich, und korrigiert ihren Bildungsweg entsprechend. So kommt sie im vierten Anlauf vom Arbeitstherapie-Programm bis zum IHK-Abschluss, in einem Beruf, der »nicht ihr

Traumberuf« ist, und dennoch recht genau ihren inhaltlichen und sozialen Fertigkeiten entspricht. Damit findet sie ohne Probleme einen Vollzeit-Arbeitsplatz im ersten Arbeitsmarkt, den sie auch heute nach fünf Jahren noch ausfüllt.

Voraussetzung dafür war aus ihrer Sicht, dass sie wiederkehrend *die Chance* (über Arbeits- und Sozialamt) *erhalten hatte, ihren Vorstellungen nachzugehen*, und dabei auch Schiffbruch zu erleiden. Nur anhand der eigenen Erfahrung habe sie daraus lernen können. Zweite Voraussetzung sei die psychologische Begleitung der Berufsförderkurse gewesen: nur durch die Möglichkeit, ihre häufig auftretenden *Irritationen in sozialen Kontexten* zu besprechen und zu klären, habe sie den Kurs erfolgreich bestehen können.

Von vergleichbaren Erfahrungen berichtet *Herr G.*

Für die meisten Befragten war die Zeit »nach der Psychose« mit einem Rückzug vom ersten Arbeitsmarkt oder zumindest aus der Vollerwerbstätigkeit verbunden. Dem Verlust dieses Status-Faktors stand ganz überwiegend der Gewinn gegenüber, sich nicht länger in Arbeitsprozessen zu erschöpfen, die der eigenen Belastbarkeit nicht angemessen waren.

Herr E. zum Beispiel muss seinen Vorgesetzten-Posten in einem Supermarkt verlassen, der ihn sozial und psychisch immer schon überfordert hatte. Jetzt arbeitet er zeitreduziert und mit überschaubaren Arbeitsabläufen in einer Fahrradwerkstatt des 2. Arbeitsmarktes. Er kann von sich sagen, dass er damit besser und zufriedener lebt als zuvor.

Interessant ist demgegenüber die außerordentliche Vielfalt an Tätigkeiten und Projekten, die von den Befragten selbst gefunden und durch eigenes Zutun entwickelt wurde: mit und ohne gemeindepsychiatrische Assistenz, am Rande oder jenseits von Erwerbsarbeit, mit und ohne Entgelt. Wie diese Aktivitäten das subjektive Gefühl von Wert, Selbstwirksamkeit, Zugehörigkeit und Anerkennung zu fördern vermochten, davon handelt der folgende Abschnitt.

Der anfängliche Nutzen von Arbeitstherapie-Programmen in stationären Einrichtungen wandte sich für viele Erzählende rasch in den Nachteil, zu wenig auf ihre persönlichen Ressourcen und Ziele bezogen zu sein. Der einsetzenden Demotivierung begegneten sie mit unterschiedlichen Impulsen, z. B.:

Herr G. reagiert zuerst mit Zustandsverschlechterung, dann »bettelt« er sich in seine Lieblingstätigkeit – das Schreibbüro des Krankenhauses (das für seinen Patientenstatus eigentlich nicht als AT-Platz vorgesehen war) – und beginnt hier unerwartet eine »Karriere« mit wachsender Übernahme von Verantwortung. Nach der Entlassung kann er die erfolgreiche Schiene »Büroarbeit« fortsetzen, schließlich sogar bis zum IHK-Abschluss.

In ihrer Unterforderung und Langeweile zettelt *Frau R.* Konflikte in der AT-Gruppe des Reha-Zentrums an. Von ihrer Betreuerin wird dies adäquat wahrgenommen: Durch deren gezielte Förderung erhält sie dann einen Sozialhilfe-

Arbeitsplatz, den sie voller Enthusiasmus und Zuverlässigkeit ausfüllt, und von dem aus sie ihre Fähigkeiten zur beruflichen Teilhabe neu organisiert, schließlich ebenfalls bis zum IHK-Abschluss.

Andere versuchen schlicht, baldmöglichst wieder selbstständig zu wohnen und ihren Tagesablauf selbst zu bestimmen (*Herr V.*, *Frau C.*).

Als Beispiel einer gelungenen Förderung kann *Herr E.* gelten: In einer *Tagesklinik* erfährt er persönliche und soziale, medizinische und berufliche Förderung als integrierte Hilfeleistung. Hier fühlt er sich als Person gesehen und geachtet, und kann auf diesem Hintergrund das anspruchsvolle und anstrengende Trainingsprogramm bewältigen.

Obwohl er seine aufwendige Umschulung erfolgreich abgeschlossen hatte, fand *Herr V.* keine Anstellung und sollte sich wieder arbeitslos melden: eine Erfahrung, von der zahlreiche Rehabilitanden betroffen sind und die Ausdruck gibt von der strukturell ungenügenden Verbindung des ersten und zweiten Arbeitsmarktes, von Reha und regulären Betrieben. *Herr V.* zieht sich enttäuscht vom Arbeitsmarkt zurück und »geht in Frührente«. Kurz darauf findet er seinen neuen Freundeskreis, in deren Kollektiv-Firma er als »Geringverdiener« zeitreduziert, und dennoch voll integriert mitarbeitet. So verbindet er die Vorteile eines ausreichenden, sozialhilfefreien Einkommens mit der Teilhabe an einem befriedigenden Arbeitsplatz in freundschaftlicher Atmosphäre. Daneben vertieft er seine »Kulturarbeit« in diversen Zirkeln (mit bayerischem Liedgut und eigenen Texten), und beginnt seine Autobiografie zu schreiben. Ihm gelingt es im Laufe seiner Zeit, jede Form von gemeindepsychiatrischer Betreuung hinter sich zu lassen.

Auch bei den anderen Frühberenteten bewährt sich das Patchwork aus Rente + Zuverdienst + Freizeitgruppen (+ Neigungsgruppen + Selbsthilfe + bürgerschaftliches Engagement + Kulturarbeit + ...) im Hinblick auf Einkommen, Selbst- und Fremdanerkennung, Gemeinschaftsbindung:

Frau So. wird Schulweg-Helferin, fertigt Handwerkliches für den Eigenbedarf und Künstlerisches zum Verkauf, besucht Wander- und Kulturgruppen, sowie Vorlesungen an der Uni.

Frau S. setzt ihre künstlerische Ausbildung in eigene Werke, in Gruppenaktivitäten und auch in Malkurse um. So erwirbt sie sich genügend Zuwachs an Einkommen, Anerkennung und Kontakt.

Frau C. vermag es neben dem Sozialhilfe-Pflegegeld-Bezug, genügend Auftragsarbeiten in ihrem Metier »PC« zu bedienen, um eben kein armutsgezeichnetes Dasein fristen zu müssen.

Frau El. hatte sich wegen eigener Körperbeschwerden in verschiedenen Gymnastikformen geübt und ist in der Lage, diese Kenntnis heute in Kursen weiterzugeben.

Auch Herr M. vermag seine speziellen Kenntnisse in Bayerischer Geschichte auf sympathisch ›verschrobene‹ Art als Kulturführer anzubringen – mitunter sogar gegen Honorar.

Für jene, die wieder selbstständig oder in einer WG wohnen konnten, stellten die verschiedenen psychiatrischen *Tagesstätten* in München einen wichtigen Anknüpfungspunkt für Tagesgestaltung und Tätig-Sein dar – sofern diese nicht mehr durch Erwerbsarbeit bestimmt waren. Der Unterschied zwischen ›Programmangebot‹ und ›Beteiligungsangebot‹ wurde in den Interviews deutlich herausgestellt: Tagesstätten, in denen das verantwortliche, eigene und gemeinschaftliche Mit-Tätig-Sein gefördert und gefordert wird (z. B. im ›Clubhaus-Modell‹), erhielten den Vorzug gegenüber anderen, welche die Teilnahme an einem überwiegend professionell gestalteten Rahmen vorsehen.

In den Mittelpunkt stellt *Herr G.* seine Erfahrung im ›Clubhaus‹, Verantwortung für Funktionen, Tätigkeiten und Projekte innerhalb der Einrichtung und für die Gemeinschaft zu übernehmen: hier konnte er Raum für eigene Gestaltungen finden und sein fachliches und soziales Potenzial entwickeln (z. B. in der Büro- und Zeitungsgruppe, als ›Delegierter‹ bei Außenkontakten, durch das Angebot eines Italienisch-Kurses und einer religiösen Gesprächsgruppe).

- »Sehen Sie zum Beispiel, das sind so Möglichkeiten, wo ich mich positiv einsetzen konnte. Wenn ich so was habe, dann wirkt bei mir die Therapie, verstehen Sie? Aber wenn ich nur rumsitze und es tut sich nichts und ich mach' nur Arbeitstherapie, des bringt mir nichts.« (Herr G., S. 19f.)

Im Kontrast dazu benennt er seinen Eindruck einer anderen Tagesstätte, deren Konzept weniger stark auf die Mitbestimmung und -gestaltung der Besucher ausgerichtet sei, und mit der er folglich wenig anfangen konnte:

- »... ich habe mich da nicht einbringen können. Ich habe keine Möglichkeit gefunden, mich einzubringen.« (Herr G., S. 6)

Frau C. kann wegen psychischer Instabilität und einer Bewegungseinschränkung nicht mehr an ihre bisherige Arbeit im Büro zurückkehren. Eine Computer-Umschulung über das Arbeitsamt muss sie trotz Erfolgen im Leistungsbereich wieder abbrechen, weil sie in der Kursgruppe soziale Ängste entwickelt, die ihr eine weitere Teilnahme am Unterricht unmöglich machen. Als Besucherin einer ›Clubhaus‹-Tagesstätte findet sie danach schnell wieder ihre »Eckchen«, Aufgaben und Anerkennung: Sie bietet Computerkurse an, wird zuständig für die Werkstatt und für den Basar im Sommer, fertigt das Layout für die interne Zeitung und vertritt die Einrichtung auf internationalen Treffen. Sie wird geschätzt und gebraucht, und kann ihr Engagement gemäß ihrer gesundheitlichen Verfassung dosieren:

- »Und ich finde das halt ganz gut dorthin zu kommen, ein bisschen zu arbeiten. Ich habe so das Gefühl ich verdiene mir meine Sozialhilfe, in dem ich dort hingehe und dort arbeite – für die Gemeinschaft.« (Frau C., S. 2)

Wertschätzung und persönliches Interesse des Personals geben ihr den nötigen Rückhalt gegenüber ihrer bekannten Angsttendenz. Auch sie berichtet aus einer zweiten Tagesstätte von deutlich stärkerer Reglementierung und Normierung durch das Personal. Dort kann sie ihre Fähigkeiten nicht im gewünschten Maß in den Betrieb einbringen.

Frau S. besucht nacheinander mehrere Tagesstätten und engagiert sich u. a. als Leiterin von Malkursen und als Schauspielerin. Sie vermag mit erfahrem Blick die Einseitigkeiten in der jeweiligen Einrichtung nach einiger Zeit zu erfassen, *bleibt in Bewegung* und sucht sich ggf. neue Arrangements, die zunehmend weiter von der Gemeindepsychiatrie entfernt liegen (Volkshochschule, Bürgerzentrum ...)

Interessant – und auch aus anderen Bereichen des Lernens bekannt – wirkt die Beschreibung, dass Kompetenzen dann (wieder)belebt werden, wenn sie für ein Ziel gebraucht werden, wenn sie »zu etwas nütze sind«, wie *Frau So.* sagt. Auf diese Weise lernt sie Fertigkeiten für Handarbeit und Kunsthandwerk, um ihren Eigenbedarf zu Hause zu decken. Die Eigenproduktionen der Tagesstätte ›*Theateratelier*‹ etwa sind auf die Fertigung von wechselnden Bühnenbildern, Kostümen, Musikarrangements, Plakaten u. Ä. angewiesen. So entstehen mit jedem Bühnen-Projekt neue Ziele, neue Bedarfe und neue Erfordernisse zur Entwicklung von Kompetenz. Der »Lohn« für die Mitarbeit besteht in diesem Zugewinn an Kompetenz und Anerkennung.

Herr G. berichtet von seiner Erfahrung mit Computern: Den Umgang habe er in dem Moment rasch und mühelos erlernen können, als er bei seiner ›Journalisten-Tätigkeit‹ für die Clubhaus-Zeitung darauf angewiesen war. Vormalig hatte er diese »Geräte« gescheut, weil er stets Ängste vor ihren unbekanntenen Mächten gehegt habe.

Als förderlich zeigt sich ein soziales Arrangement, das die Fortentwicklung persönlicher Ziele und Projekte begünstigt.

Neben den genannten ›produktiven‹ Tätigkeiten stellt sich ein ganzes *Spektrum an sozialen und bürgerschaftlichen Engagements* in den Erzählungen dar, sowohl innerhalb wie außerhalb gemeindepsychiatrischer Arrangements.

Herr E. führt als ›erfahrener‹ Besucher der Freizeitgruppe am SpDi die ›neuen‹ Besucher ein, wird Pate und kümmert sich (eben im Kontrast zur Binnenbezogenheit seiner Herkunftsfamilie).

Herr V. ist für die Öffentlichkeitsarbeit der Psychiatrie-Selbsthilfe immer noch »zu haben«, auch wenn er nicht mehr regelmäßig mitwirkt. Immer dann, wenn ein furchtloser Auftritt in der Öffentlichkeit gefragt ist, kann er der Richtige dafür sein.

Herr P. – von seiner Geschichte und Identität her bereits ›Brückenbauer‹ – ist in zahlreichen soziokulturellen Initiativen aktiv und beheimatet, die der Kulturverständigung dienen (z. B. auch im *Psychoseseminar*).

Frau S. gründet selbst eine Gruppe psychiatrienerfahrener Frauen, gestaltet kulturelle Angebote bei den Freizeittreffs und lässt sich immer wieder für Einzel-Projekte gewinnen.

Herr L. betreut in seiner Freizeit die Technik eines lokalen Radiosenders mit sozialem Sendeprogramm. Auch für die Freizeit-Treffpunkte von Psychiatrie-erfahrenen übernimmt er den technischen Assistenten.

Frau C. ist nach wie vor in der Frauenbewegung aktiv und engagiert sich bei öffentlichen Aktionen und Medienereignissen.

Herr G. wird ebenfalls ›Psychiatrie-Pate‹ für zwei Einrichtungen. Er engagiert sich bei amnesty international und in seiner Kirchengemeinde, *Frau El.* ebenso in ihrer Kirchengemeinde, *Frau So.* hatte zeitweise Kinderbetreuung für eine ihr bekannte Familie übernommen.

Über das engere Feld der Selbsthilfe auf Gegenseitigkeit hinaus zeigt sich eine weitläufige Praxis, sich auch *für andere oder eine Gemeinschaft* einzusetzen, über kürzere oder längere Zeiträume. Der wechselseitige Gewinn, der Austausch von Kompetenz und Anerkennung – jenseits des ökonomischen ›Marktes‹ – stehen dabei im Vordergrund. Neben den psychiatrischen werden auch allgemeine soziokulturelle Arrangements dafür genutzt. Traditionelle Agenturen des Teilens und Sorgens – wie die Kirchen und die Gewerkschaften – bleiben hier im großstädtischen Milieu eher im Hintergrund, verglichen mit den Projekten des Selbsthilfe- und Kultursektors.

Die Erzählungen entsprechen dem Kenntnisstand über die allgemeine Verbreitung *bürgerschaftlichen Engagements* in der Bevölkerung. Anders gesagt ergeben sich hier günstige Anknüpfungspunkte für wechselseitige ›Anschlüsse‹ zwischen den gesellschaftlichen ›Teil-Kulturen‹.

Eigenständigkeit als Rechts-Subjekt

Zur Souveränität des Subjekts zählen die Wahrung und die Wahrnehmung der *eigenen Selbstbestimmungsrechte*. Unter dem Gesichtspunkt der ›Anerkennung‹ geht es hier um die (positive) Achtung und Zuerkennung der Eigenständigkeit des Rechts-Subjektes (vgl. HONNETH 1992, dargelegt in KEUPP et al., 1999, S. 253 f.).

Viele Befragte waren im Laufe ihrer Psychosen phasenweise nur eingeschränkt in der Lage, ihre Selbstsorge aufrechtzuerhalten, und hatten infolgedessen eine *gesetzliche Betreuung* zugeordnet bekommen (aus früheren Jahren auch als *Pflegschaft* oder *Entmündigung* bekannt). Gesprächspartner mit schwerwiegenden und chronischen Problemstellungen hatten mitunter viele Jahre mit der ›hilfreichen Kontrolle‹ durch dieses Mandat zu tun, bis sie sich selbst, die Gerichte und die begutachtenden Ärzte davon überzeugt hatten, besser ohne diese Pflichtbetreuung auskommen zu können.

Frau So., Herr V. und Herr M. berichten von den jahrelangen fruchtlosen Bemühungen, mit den ihnen zugewiesenen Rechtsanwältinnen ein kooperatives Arbeitsbündnis zu finden. Zumeist handelte es sich um bürokratische Betreuungsvollzüge – wie es in der deutschen Rechtskultur vor Einführung des Betreuungsrechtes 1992 durchaus üblich war – ohne Berücksichtigung und Entwicklung der persönlichen Ressourcen und Ziele. Die Folgen konnten bis zur unfreiwilligen Einweisung in ein Pflegeheim, und die fremde Bestimmung über die Vermögensverhältnisse reichen (wie es Frau So. widerfahren war).

Frau So. und Herr V. waren schließlich mehrmals in Begleitung von Bekannten zu ihren zuständigen Richtern gegangen, um zunächst den Wechsel der Betreuerperson, und endlich die Aufhebung der Betreuung zu beantragen. Mit beiden Anliegen waren sie jeweils erfolgreich, nachdem sie die Richter von der Integrität und Souveränität ihres Begehrens überzeugen konnten. Dieser Erfolg beflügelte nicht nur ihr Vertrauen in die eigenen und solidarischen Kräfte, sondern auch ihr Gefühl, dazuzugehören und ›für voll(wertig)‹ genommen zu werden.

Herr M. führte in der ihm eigenen widerspenstigen Art einen jahrelangen Schriftverkehrs-›Krieg‹ mit den Behörden, um seine anachronistisch anmutende ›Entmündigung‹ aufheben zu lassen, und »endlich wieder wählen gehen zu können«. Mit gutachterlicher Hilfe von SpDi und behandelndem Arzt findet er schließlich eine Form, sich mit der Obrigkeit auf die Wiederbemündigung zu einigen. Über den unmittelbaren Wert hinaus findet hier ein Stück ›Aussöhnung mit der Welt‹ statt, eine ›Rehabilitation‹ im ursprünglichen Sinne, mit positiven Wirkungen auf eine künftig friedlichere Koexistenz der subjektiven Welt von Herrn M. und der öffentlichen Welt.

Aus prekärer Erfahrung heraus begannen die betroffenen Gesprächspartner, Vorsorge zu treffen für den Fall einer womöglich erneut drohenden gesetzlichen Betreuung. So wurden Vertrauenspersonen und Vorsorgestrategien nicht nur informell in einen privaten Krisenplan zusammengetragen, sondern auch in einem *offiziellen* Schriftstück gegenüber dem Gericht als sog. ›Betreuungsverfügung‹ oder ›Vorsorgevollmacht‹ deklariert. Von dieser Möglichkeit nach dem neuen Betreuungsrecht hatten vier der Gesprächspartner Gebrauch gemacht (und dazu professionelle Unterstützung genutzt) – und so ihre Souveränität als Rechts-Subjekt gestärkt.

Vergleichbare gegenseitige Vereinbarungen mit der privaten und der psychiatrischen Umwelt waren seit Mitte der 1990er-Jahre aufgekommen unter den Stichworten »Vorsorgebogen«, »Behandlungsvereinbarung« und »Krisenpass«. Sie folgten den Kooperationsmodellen des »Ver-handeln-statt-behandeln« bzw. »Über-das-Behandeln-verhandeln« und hatten die Vorstellungen des betroffenen Individuums zu seiner Behandlung und Betreuung im Falle erneuter Psychosen zum Inhalt. Natürlich hatten *alle* Befragten *ihre individuelle* Form des Vorsorgens – gemeinsam mit ihrer sozialen Umgebung – auch in früheren Zeiten

implizit oder explizit längst gefunden. Dennoch folgte mit den neuen Modellen eine größere Anzahl von Betroffenen (auch in dieser Studie) einer strukturierten, dialogbegründeten, expliziten und ›spätmodernen‹ Form der Risikovorsorge. Das gewandelte Bewusstsein der Patienten und Behandler sollte auch auf der Ebene systematischer Kooperationsabsprachen ›auf gleicher Augenhöhe‹ seinen Ausdruck finden.

Aber es geht nicht nur um materielle, rechtliche und handlungsaktive ›Ankerplätze‹ der eigenen sozialen Verortung, sondern auch um das *Gefühl der eigenen Zugehörigkeit* zu bestimmten Gruppen oder Gemeinschaften, und zum Gemeinwesen (eben um Anerkennung *und* Bezogenheit). Der subjektive Eindruck von Integration wird entscheidend durch die Frage geprägt: bin ich in eine/mehrere Gruppen von Menschen integriert, und werde ich dort so, wie ich bin, und anhand dessen, was ich tue, akzeptiert und anerkannt?

Die Antworten fallen unterschiedlich darüber aus, wie die ›emotionale Dichte‹ dieser Zugehörigkeit beschaffen ist (in Kap. »Autonomie durch Regulierung des sozialen (Unterstützungs-)Netzwerks« war das Spektrum wiedergegeben). Die Richtung aber ist eindeutig: Alle Befragten konnten in den zurückliegenden Jahren (im Anschluss an die großen Umbrüche nach den ersten Psychosen) ihre Zugehörigkeiten neu formieren, sie dabei stark ausweiten oder auch vertiefen – alle, mit Ausnahme der beiden überwiegend in ihren Herkunftsfamilien gebundenen *Frau B.* und *Herr E.*: beide litten, als Kehrseite einer stabilen Integration via Familie, erheblich unter der traditionellen Binnenbezogenheit ihrer Familien und dem damit korrespondierenden Mangel an weiteren Kontakten und Zugehörigkeiten. *Herr E.* hatte immerhin – über die Kontakte zu Mitpatienten, und insbesondere die Freizeitgruppe am SpDi – ein erweitertes Kontaktmodell aufgegriffen und pflegt dieses nun *parallel* zur Loyalität mit seiner Familie.

Frau S. bewegt sich selbstbewusst von einem Kunst-, Frauen- oder Psychiatriezirkel zum anderen, ist überall gerne gesehen und anerkannt: ihre Integration ist selbst mit den Szenenwechseln erhalten, ja sogar gestärkt. Ausdruck davon ist ihr gefüllter Terminkalender.

Herr V. gehört nun eng zu seinem ›normalen‹ Freundeskreis, mit dem er die wesentlichen Lebensbereiche teilt. Er zählt sich noch zur Psychiatrie-Szene, aber mehr im Sinne einer freundlich-distanzierten Assoziation denn einer Integration.

Frau So. hält mit unterschiedlichen Selbst-Anteilen Kontakt zu unterschiedlichen Gruppierungen mit und ohne Psychiatriebezug (›diversifizierte Kontakte‹). Sie streut ihr Gefühl von Zugehörigkeit auf diese ›*Seppurees*‹, und kann damit zugleich ihrem Verlangen nach Unabhängigkeit und Kontrolle entsprechen. Dass sie es mit der ihr eigenen Sparsamkeit zuwege bringt, ihrem ›Lieblingshobby‹ nachzugehen und einmal im Jahr gemeinsam mit einer Bekannten in ferne Länder zu reisen, stärkt nicht nur unmittelbar ihre Zufriedenheit, sondern auch ihr

Gefühl von Zugehörigkeit zur Gesellschaft: Sie tut das, was ihre Altersgenossinnen üblicherweise auch tun, und was zum normalen Erwartungshorizont dieser Lebensphase gehört.

Selbst *Herrn M.* war es möglich geworden, sich der Freizeitgruppe und im weiteren Sinne ›den Menschen am SpDi‹ zugehörig zu empfinden – trotz seines ansonsten stark zurückgezogenen und formalisierten Kontaktstiles. Im Laufe vieler Jahre gemeinsamer Erfahrung mit Aushandlungen war bei ihm *Vertrauen* gewachsen – Voraussetzung für ein Gefühl von Zugehörigkeit und für die Überwindung der Tendenz, es auch wieder zu zerstören. Von dieser positiven Erfahrung ausgehend, gründet er sein eigenes Zugehörigkeits-*label* per Telefon: den ›Optimisten-Verein‹, in dessen Rahmen er verbindlich-unverbindliche Telefongespräche führen kann. Sein Ziel, die Prüfung zum Münchener Stadtführer zu schaffen, trägt deutliche Züge seines Wunsches nach Anerkennung und Zugehörigkeit durch die Einnahme einer bedeutenden Rolle.

An den Erzählungen beeindrucken *zwei weitere Aspekte*: Psychiatrie-Orte wurden vielfach und für bestimmte Phasen der Psychosebewältigung als (Begegnungs-)Stätten der Zuflucht, der Geborgenheit und *der Zugehörigkeit* qualifiziert. Gemeint waren die Zeiten der Anwesenheit in der Einrichtung – z. B. auf Klinikstation oder in der Tagesklinik oder Tagesstätte – aber auch *danach*, wenn diese sich offen verstand als Treffpunkt für ehemalige Patienten/Klienten, an *denen man sich zugehörig fühlen und zugehörig zeigen konnte*. Die Erfahrungen und Kontakte der erlebten ›Notgemeinschaft Psychiatrie‹ konnten so zur Stütze und Bereicherung des wiederhergestellten Alltags werden. Als Orte von *erfahrener Zugehörigkeit* hatten sie für jene Betroffene einen besonders hohen symbolischen Wert, denen diese Erfahrungen in ihrer Biografie abgegangen waren.

- »Da war eine ganz tolle Atmosphäre da in der Nußbaumstraße. Und wenn ich Angst hatte, bin ich einfach in die Nußbaumstraße, oder wenn hier im Haus schlechte Stimmung war, dann bin ich immer in die Nußbaumstraße gegangen.« (Frau S., S. 4)
- »... Ich hatte Vertrauen in die Station, und das war mein Zuhause. Und dann kam Dr. M. irgendwann und meinte, in ein paar Tagen werde ich verlegt auf die offene Station gegenüber. Das war für mich ein Drama! Ich hab' geheult wie ein Schloßhund, und ich ... konnte ewig nicht mehr heulen. Und da hab' ich geheult, wie ein Kleinkind! ... Alle haben gesagt: ›die spinnt, die kommt auf die Offene und heult!‹ ...« (Frau R., S. 43)

Der gemeindepsychiatrische »Raum« ist selbst ein Ort, an dem Zugehörigkeit entstehen und gepflegt werden kann: mit, neben oder anstatt den Zugehörigkeiten des ›normalen‹ Alltags.

Herr G. besucht die verschiedenen Treffpunkte Psychiatrie-Erfahrener (seine Tagesklinik, seine alte WG, die Teestube), bringt ›seine‹ Clubhaus-Zeitung und seine Informationen dort vorbei und nimmt an den Begegnungen teil: Er fühlt

sich hier zugehörig und bringt seine laufenden Projekte ein. Mit dieser Erfahrung kann er auch die schwierigen Aspekte seiner sozialen Integration annehmen (etwa die berufliche Stellung auf »niedrigstem Niveau«), ohne sich ausgeschlossen zu fühlen. Er hat seine Integrationsstür gefunden und geöffnet, indem er seine Potenziale in Bürgerhilfe, Selbsthilfe und Kulturarbeit einbringen kann – auch wenn damit kein Geld und kein Status zu verdienen ist.

Herr L. pflegt seine sozialen Kontakte vornehmlich in der Szene der Psychiatrieerfahrenen – z. B. in den Freizeittreffs, die überwiegend von Betroffenen selbst gestaltet werden – und mit Menschen, die er in psychiatrischen Kontexten kennengelernt hat. Weder grenzt er sich hier ab (wie viele andere Betroffene) noch sucht er gezielt eine Ergänzung in »Nicht-Psychiatrie«-Kontakten: Er schildert mit großer Selbstverständlichkeit die Nähe und die Zugehörigkeit zu anderen Menschen mit Psychiatrieerfahrung. Hier wählt er seine Partnerinnen und Freunde, hier ist er in seinen Kontakten zu Hause, oftmals mehr als in konventionellen »Normal«-Kontexten.

Der zweite Aspekt: In vielen Erzählungen wird aus der Zeit vor der ersten Psychose ein weitaus geringeres und vor allem brüchigeres *Gefühl* von Zugehörigkeit geschildert als *nach* dem durch Psychosen ausgelösten Umbruch des Lebensentwurfs, und der darauf einsetzenden Aufbauarbeit an einer neuen, ›authentischeren‹ Identität. Das hängt einerseits mit der Lebensphase zusammen: Die meisten Ersterkrankungen manifestieren sich in einer Phase von Statusübergängen (wie Schul- und Ausbildungswechsel, Ablösung vom Elternhaus, Partnerschaften), und die Betroffenen erleben bereits erhebliche Probleme in ihrer Selbstwahrnehmung, den sozialen Kontakten und der Abstimmung zwischen ›innen und außen‹. Dadurch ist das Maß und Gefühl von Zugehörigkeit schon vor einer offenkundigen Erkrankung deutlich beeinträchtigt. Zugehörigkeitsstiftende Bindungen zur Herkunftsfamilie befinden sich selbst in konfliktträchtigen Umwälzungen, neue Bindungen und Zugehörigkeiten sind erst in Erprobung und oftmals noch wenig tragfähig.

Zudem werden aus den Biografien Zweifel an der Verlässlichkeit der eigenen Zugehörigkeit zu Primärsystemen geschildert: Herr V. wächst im »Kinderheim« auf und kennt seine Eltern zunächst nicht, Frau R. verbringt ihre ersten Lebensmonate aus unbekanntem Gründen im Säuglingsheim, Frau C. wächst als ›illegitimes Amerikanerkind‹ nacheinander in zwei Pflegefamilien auf, die selbst wieder zerbrechen. Trennungen oder Sterbefälle der Eltern in frühester Kindheit und Jugend kennzeichnen die Lebensläufe der meisten Befragten.

Demgegenüber bestand in den Arrangements der Gemeindepsychiatrie – den Wohngemeinschaften und Tagesstätten, vor allem auch den Freizeittreffen – die Chance, vertrauensvolle und belastbare Beziehungen neu zu entwickeln, und Zugehörigkeiten zu gestalten (unter Mitwirkung von Professionellen, Mitbetroffenen und Bürgerhelfern). Dieser Erfahrungsschatz und das Vertrauen auf ein tragendes

Unterstützungs-Netzwerk wurden für viele zum ›Sprungbrett‹, sich das selbstständige Alleinleben in eigener Wohnung zuzutrauen. Das Gefühl ›dazuzugehören‹ konnte sich bei vielen allmählich von einem konkreten Betreuungskontext lösen zugunsten einer Einbettung in die Netzwerke des Gemeinwesens.

Das Netz gemeindepsychiatrischer Arrangements und die ›Szene‹ psychiatrieerfahrener Menschen in der Großstadt ermöglichen einen Erfahrungsraum für Zugehörigkeit und Inklusion – im Übergang oder auf Dauer – der sich qualitativ und quantitativ positiv von den Interview-Schilderungen aus der ›prä-psychotischen‹ Zeit abhebt.

Auch wenn damit die Kritik an der Gemeindepsychiatrie im Sinne eines ›ambulanten Gettos‹ nicht insgesamt entkräftet wird, so gilt es doch festzuhalten, dass Betroffene hier Bezüge und Zugehörigkeiten von einer Tragfähigkeit entwickeln können, wie sie in deren bisherigen Primärsystemen und/oder in ihrer ›normalen‹ sozialen Umwelt eben *nicht* erfahren wurden. Die Grunderfahrung von Zugehörigkeit wird zum wichtigen Baustein auch für andere, kognitive oder ›produktorientierte‹ Identitätsziele (wie ›Autonomie‹, ›Originalität‹, vgl. KEUPP et al., 1999, S. 261 f).

Herr G. pflegt seit 1992 – also im Kontext Auszug Elternhaus/Einzug WG/ Medikamentenumstellung – intensiver soziale Kontakte, und bindet sie an gemeinsame Interessen und Unternehmungen (Gedichte vortragen/Vorträge organisieren/Veranstaltungen besuchen). Auch besucht er die wöchentlichen Treffen der ehemaligen Nutzer von Tagesklinik und WG: Dort hält er Anschluss an die gewonnenen Kontakte und Erfahrungen, und verteilt seine neuen »Produkte« in Form von Clubhaus-Zeitungen und Veranstaltungshinweisen. In diesem Rahmen »kümmert« er sich mitunter auch als Pate um andere Psychiatrieerfahrene, die mit ihrer Bewältigung erst am Anfang stehen. Gleichzeitig hält er sich normalisierte Begegnungen offen – in seiner kirchlichen Gemeindegruppe und bei *amnesty international*. Er sucht und pflegt von sich aus mehr Kontakte, und wird auch selbst vermehrt als Kontaktpartner gesucht. Inzwischen bestehen diese Kontakte auch unabhängig von sozialen Einrichtungen, als Netz von Bekannten (die z. B. zu seiner Geburtstagsfeier nach Hause kommen):

- »Also eine große Umstellung, eine der wichtigsten überhaupt, kann ich sagen, was sich sehr gebessert hat bei mir, was eigentlich überraschend ist, dass ich viel kontaktfreudiger geworden bin ... Das ist ein schöner Erfolg für mich.« (S. 13)

Frau El. entwickelt eine besondere Konstellation, die ihrem psychischen Haushalt offenbar zuträglich ist: Sie fühlt sich der Szene der Psychiatrieerfahrenen zugehörig, besucht die Treffpunkte und engagiert sich. Gleichwohl fürchtet sie die Konflikthanfälligkeit und Zurückweisung in den Beziehungen. Deswegen bezieht sie den Kern ihrer Anerkennung als *Gegenüber* weniger aus den Kontakten zu Mitbetroffenen als aus denen mit ausgewählten Professionellen:

- »Es kommt mir dabei (*SpDi*) gar nicht so sehr auf gezielte Hilfe an, sondern auf

den Kontakt mit halbwegs gesunden Menschen.« »Ich will mal Abwechslung zu den unbefriedigenden Gesprächen im Alltag.«

»Wo fühle ich mich einbezogen, wo bin ich draußen?« – diese Frage nach der »Verschiedenheit der Möglichkeiten« im Lebensalltag psychisch Kranker (»diversity«) findet in den individuellen Antworten auch allgemeinere Tendenzen: Nach Jahren des Knüpfens an eigenen Lebenszusammenhängen (»Identitäts-Bausteinen«) hatten die Befragten einen zufriedenstellenden *Wohnstatus* gefunden und bewahrt; sie waren überwiegend mit ihren Kontaktstilen und ihrem Empfinden von *Zugehörigkeiten* ins Reine gekommen (insbesondere, wenn diese sich nicht auf Kontakte zu Mitbetroffenen beschränkten). Im Bereich *Arbeit/Tätigkeiten* hatten sie sich einen ihren Möglichkeiten angemessenen Modus »erarbeitet«, mit dem die meisten aktuell zufrieden sein konnten. Insofern überwog ein Gefühl des Einbezugs und der persönlichen »Verwirklichungs-Chancen«, das allerdings erst auf dem Boden eigenen Dazutuns möglich geworden war: Die Sozialtransfers der Gemeinschaft werden nicht von selbst wirksam und sie sind nicht »gratis«. Sie müssen in Eigenarbeit individuell übersetzt und umgebaut werden.

Eine besondere Lage schildert *Frau B.*, die einzige Mutter und das einzige mit ihrem Kind lebende Elternteil der Befragung. Alleinerziehend lebt sie bei ihren eigenen Eltern und geht einer Halbtagsarbeit (unter ihrem Qualifikationsniveau) nach. Sie zeigt ihre Lage als eine des mehrfachen Ausschlusses: von Außenkontakten, Berufsperspektiven, Elternschaft, Selbstverwirklichungs-Optionen ... Sie fühlt sich eingezwängt und wertlos, ohne eine Aussicht auf »Besserung«, solange sie für ihren Sohn in der Erziehungspflicht steht. Über ihre psychodynamische Thematik hinaus zeigt sich die Ausschluss-Dynamik durch die Kombination von sozialen Faktoren und psychiatrischem »label«.

Der »gefühlten Inklusion« war ein zumeist schmerzliches Scheitern an »größeren Zielen« vorausgegangen. Im Bereich Erwerbsarbeit wurde am ehesten die Erfahrung beschrieben, »draußen« oder »unten« zu bleiben, nicht weiterzukommen oder nicht einbezogen zu sein (u. U. trotz erfolgreicher beruflicher Reha wie bei Herrn V.). Allerdings hatten diejenigen, die mit Frührente oder in Selbsthilfefirmen schließlich vom Allgemeinen Arbeitsmarkt verabschiedet worden waren, in ihrem Rückblick auch erkennen wollen, dass die Belastungen des Marktes nicht mit ihrer persönlichen Verfassung vereinbar gewesen waren. Insofern hatte diese Teilgruppe mit dem Modell »Rente + Zuverdienst« sich für zufrieden erklärt – nachdem jede/r eine taugliche Zuerwerbstätigkeit gefunden hatte, welche den eigenen Kräften und Wünschen relativ gut entsprach.

- »Und das ist so, dass wenn ich in der Kunstszene, ich bin im Berufsverband der bildenden Künstler, da verkauft man kein einziges Bild, da sind ja oft gute Bilder, die verkauft man nicht. Und auf der Schiene »psychisch krank«, oder so ein biss-

chen angeschlagen, da kann man viel eher was verkaufen. Als wenn man sagt, ich bin der große ... « (Frau S., S. 14)

Ausgeschlossen blieben die Befragten i. d. R. vom Konsummarkt (mangels Finanzmittel), und vom »Beziehungs-Markt«: Partnerschaftliche Beziehungen suchen und pflegen nur mehr wenige Betroffene (häufig nach leidvollen Erfahrungen, oder weil Intimität auch als Risiko für die psychische Balance gesehen wird) – und wenn, dann zu ebenfalls Psychatrieerfahrenen. Bei ihren Kontakten zur »normalen Bevölkerung« agierten die meisten flexibel mit der Veröffentlichung eigener Psychoseerfahrung – je nachdem, wie stark sie Befangenheit oder Zurückweisung aufgrund des »Stigmas« erwarteten. Diese changierende Identitäts-Politik in öffentlichen Räumen wurde als Möglichkeit geschildert, allerdings auch als anstrengend charakterisiert. Insgesamt zeigte sich ein Bild flexibler Identitäts-Darstellungen je nach Kontext und Vertrautheit.

- »Ich hab' möglichst versucht, ... ja, ... ein ganz normales Leben zu führen, ohne mir irgendwie vorzustellen, dass ich jetzt chronisch schizophoren krank bin, ne!« (Herr V., S. 7)

Wie weit kann als *Basiserfahrung psychisch Kranker gelten*, »nicht mehr gebraucht zu werden«?

Die Befragten geben darauf keine einförmige Antwort, sondern zeichnen ein Spektrum von unterschiedlichen Möglichkeiten, das sich in Interaktion zwischen eigenen Anstrengungen, gesellschaftlichen Ressourcen und ggf. professionellen/solidarischen Unterstützungen realisiert.

Nach dem Einsturz ursprünglicher Lebensentwürfe hatten die Gesprächspartner – mitunter nach dramatischen Wendephasen wie z. B. überstandenen Suizidversuchen – damit begonnen, Sinn und Bezüge ihres Lebens neu zu konstituieren. Die Frage des gesellschaftlichen »Gebraucht-Werdens« veränderte sich dabei in der Zielrichtung: wichtiger und ergiebiger als der Bereich von Erwerbsarbeit und Ökonomie entwickelten sich die Bereiche von Solidarität, sozialem Engagement, Kulturarbeit und Partnerschaft. In neu gefundenen oder neu gegründeten sozialen Kontexten (z. B. Selbsthilfegruppen, Non-Profit-Organisationen, Kulturveranstaltungen) mit und ohne Psychiatrie-Bezug konnten soziale Formen eines »Gebrauchtwerdens auf Gegenseitigkeit« gefestigt werden.

Diese Erweiterung eines funktionalen Brauchbarkeits-Begriffes um eine soziale, dialogische Dimension ermöglichte einigen – nicht allen – Interviewpartnern eine neue Positionsbestimmung: Sie konnten sich in einer gemeinschaftsbezogenen, sinnvollen Aufgabenstellung wiederfinden. Sie konnten sich als wertvoll und ihr Tätigsein als sozial bedeutsam erfahren, ihr Kohärenzgefühl also deutlich stärken:

- »... und ich finde das halt ganz gut dort hin zu kommen, ein bisschen zu arbeiten (*Tagesstätte*). Ich habe so das Gefühl, ich verdiene mir meine Sozialhilfe, in dem ich dort hingehere und dort arbeite ... für die Gemeinschaft.« (Frau C., S. 2)

- I.: »Und mit der Selbsthilfegruppe: Sie haben gesagt, sie haben eine ins Leben gerufen.«
- S.: »Ja genau, dass man sich Unterstützung gibt, Information und so. Also das man sich austauscht, dass jeder ausreden kann, seine Probleme, dass die anderen alle zuhören. Dass wir gemeinsam was unternehmen, Angebote anbietet, dass man sich anruft, dass man ja sich eben gegenseitig hilft. Und dass man so eine Verbundenheit im Laufe der Zeit entwickelt.« (Frau S., S. 23)

Diese neue Fundierung von Selbst- und sozialer Anerkennung zeigt sich eng verbunden mit einer *Erzählung der eigenen Erfahrungen*. Die Mehrzahl der Gesprächspartner hatte eine Ausdrucksform dafür geschaffen – zunächst für sich selbst, schließlich für andere Interessierte und darüber hinaus für die mediale Öffentlichkeit.

- Frau S. und Herr G. schreiben seit Jahren Gedichte, die sie auch auf Lesungen vortrugen und im Eigenverlag veröffentlicht hatten.
- Herr G., Frau C. und Frau R. fertigten Selbstberichte mit Fachtexten für die ›Clubhaus‹-Zeitschrift, Letztere war an einer Buchveröffentlichung des Selbsthilfezentrums zum Themenbereich ›Empowerment‹ beteiligt.
- Herr V. verfasste seine Autobiografie und veröffentlichte sie im Selbstverlag. Als Diskutant trat er in Fernsehsendungen zu Psychiatrie-Themen auf (ebenso wie Frau R.).
- Herr P. fertigte politische Essays auf der Basis seiner Lebens- und Psychiatrieerfahrung.
- Frau B. brachte eine Auswahl ihrer religiösen Visionen in Erzählform, Herr M. hatte seinen bewegten Lebenslauf in vielfältige Szenen eines ›Kampf-Epos‹ beschrieben, Herr L. berichtete seine Erfahrungen auf einer großen Fachtagung.

Kurzum: Die – auch in dieser Hinsicht nicht repräsentativen – Befragten dieser Studie berichteten über ein ungewöhnlich reichhaltiges Vermögen, ihren Erfahrungen und daraus folgenden Anschauungen für sich und für andere Ausdruck zu verleihen.

- »Ja. Ich finde alles gut, was die ... Patienten zu Wort kommen lässt. Alles, egal ob Fernsehen, oder so deine Untersuchung ... Und wichtig ist mir persönlich dabei, dass ich das, was ich sage, nicht als Leidensgeschichte präsentiere: ... ›Oh, Gott, was bin ich für eine Arme!‹ ... Sondern dass ich versuche, meine Entwicklung weiterzugeben, ... und das, was so 'ne Krankheit auch sein kann: nämlich wirklich ein Schritt ins Leben! Das, was ich vor meiner Krankheit gelebt habe, war kein Leben!« (Frau R., S. 42)

Damit verbunden war nicht nur eine verstehende, wertschätzende, identitätsstiftende Betrachtung des eigenen Werdens, sondern auch ein Impuls, sich anderen Menschen verständlich zu machen und Anschlüsse zu ermöglichen. Dies reicht

bis zu dem Wunsch, in der (fach-)öffentlichen Meinung anhand der eigenen Erzählung Verständnis und Unterstützung zu wecken für die berechtigten Belange psychisch kranker Menschen.

Als ein Forum zur Herausbildung einer Kultur des Erzählens, Zuhörens und Verständigens hat sich auch in München das *Psychoseseminar* entwickelt. Psychoseerfahrene, Angehörige und Professionelle kommen hier – im Rhythmus der Universitätssemester – in einer Gruppe von etwa 30–40 Personen zusammen, um gleichberechtigt und jenseits der im Alltag prägenden Rollenerwartungen ihre subjektiven Erfahrungen zum Themenkreis ›Psychosen‹ auszutauschen und voneinander zu lernen. Im 15. Jahr ihres Bestehens hat diese Institution nicht nur zahlreiche individuelle Lernprozesse begleitet, sondern auch eine Kultur des ›Triologs‹ zwischen den Bezugsgruppen befördert: Es ist leichter und üblicher geworden, Angelegenheiten des psychiatrischen Alltags auch aus der Perspektive der jeweils anderen zu betrachten.

Von den hier berücksichtigten Interviews hatte jede dritte Gesprächspartnerin für mehrere Semester an diesem Seminar teilgenommen, und darin eine Erzähl- und Verständnis-Kompetenz entwickelt, die sich in den eigenen Erzählungen und Repräsentationen wiederfand.

Zusammenfassung

Bei den eher nach außen gerichteten Identitätsaspekten von sozialer Anerkennung und Teilhabe wurde die herausragende Bedeutung eines *eigenständigen Lebensmittelpunktes*/eines eigenen Wohnraumes herausgestellt. Psychosen hatten häufig am Übergang von Elternhaus zur Eigenständigkeit eine Zäsur gesetzt. Im Anschluss an erste Behandlungsepisoden ging es darum, (erstmalig oder wieder) eine eigenständige Lebensform zu etablieren, die der Entwicklung eigener Lebensentwürfe förderlich war (z. B. indem sie Abstand zur bisherigen Lebensform ›Herkunftsfamilie‹ ermöglichte). Auf dem Weg dorthin wurden große Reha-Einrichtungen mit ihrem Regelwerk als ›schwierige‹ und auch mit Ausgrenzung drohende Kontexte begriffen, während die hilfreichen Erfahrungen in therapeutischen Wohngemeinschaften ganz überwiegend als Sprungbrett hin zur Selbstsorge in eigener Wohnung beschrieben waren. Zum Befragungszeitpunkt lebten alle Kern-Interviewten in eigenständigen Wohnverhältnissen. Lediglich zwei Personen waren in die unmittelbare Nähe ihrer Herkunftsfamilien zurückgekehrt: Sie hatten dort zwar eine stabile soziale Situation vorgefunden, blieben in ihren sozialen Entwicklungsmöglichkeiten allerdings stark gebunden.

Im Bereich *Erwerbsarbeit* wurde am ehesten die schmerzliche Erfahrung beschrieben, ›draußen‹ oder ›unten‹ zu bleiben, und nicht weiterzukommen (zum Teil auch trotz erfolgreicher beruflicher Rehabilitation). Gleichwohl hatten alle Befrag-

ten einen mehr oder weniger befriedigenden Weg gefunden, über Teilzeit-Arbeit, den 2. Arbeitsmarkt oder das Modell »Rente + Zuverdienst« ein ihrer Belastbarkeit angemessenes Auskommen zu finden, und von dieser Existenzsicherung ausgehend ihre neuen Anerkennungs- und Zugehörigkeitsprojekte aufzubauen. Diese Projekte waren vorzugsweise in Bereichen wie Gemeinschaftsarbeit, Kulturarbeit, kreatives Gestalten und bürgerschaftliches Engagement/Selbsthilfe angesiedelt, und zeugten von einem beachtlichen Reichtum an entwickelten Kompetenzen und Kommunikationsfähigkeiten – jenseits des ökonomischen »Marktes«. Insbesondere psychiatrische Tagesstätten wie die »Club-Häuser« und die »Szene«-Treffpunkte Psychiatrieerfahrener ermöglichten durch ihre persönliche Atmosphäre und einen weiten Gestaltungsraum eine Entwicklung, die zu einer deutlichen Zunahme der »gefühlten Integration« und der sozialen Handlungsfähigkeit führen konnte. Als spezifisches Ergebnis dieser Untersuchung war festzuhalten:

Das Netz gemeindepsychiatrischer Arrangements und die »Szene« psychiatrieeerfahrener Menschen in der Großstadt ermöglichen eine Grunderfahrung von Zugehörigkeit und Inklusion – im Übergang oder auf Dauer – die sich qualitativ und quantitativ positiv von den Interview-Schilderungen aus der »prä-psychotischen« Zeit abhebt.

Das Gefühl von Zugehörigkeit wird als wichtiger Baustein auch für andere, eher kognitive oder produktorientierte Identitätsziele erkennbar.

Alle drei Gesprächspartner mit langfristig zugeordneten gesetzlichen Betreuungen konnten im Zuge ihrer (wieder)gewonnenen Souveränität diese Pflichtbetreuung auf eigene Initiative hin ablegen. Zusätzlich zu den privat vereinbarten Krisen-Vorsorge hatten zahlreiche Befragte auch eine rechtlich wirksame Vorsorge in Form einer »Betreuungsverfügung« hinterlegt, und damit ihre Eigenständigkeit als Rechts-Subjekt gestärkt.

Die mit neuen Identitätsprojekten gewonnene Selbstanerkennung und soziale Anerkennung zeigte sich eng verbunden mit dem reichhaltigen Vermögen, eigene Erfahrungen zu erzählen – in Form von Gedichten, Essays, Berichten, Lesungen, Interviews, Medienauftritten u. Ä. Der Wunsch, nicht nur sich selbst wertschätzend zu verstehen, sondern sich anderen verständlich zu machen und auch in der (fach-)öffentlichen Meinung für Verständnis zu werben, kennzeichnet diese Studiengruppe – und korrespondiert mit dem verwendeten narrativen Ansatz.

Souveränität bei der Gestaltung eigener Ziele und Sinn-Entwürfe (Authentizität)

- »Solange ich Ziele hab', bekommt mich die Krankheit nicht ganz in den Griff ... Dann sind die exogenen Anlässe nur kleine Kiesel, und keine riesengroßen Steine.« (Herr M.)

Bisher war es um die eher nach ›außen‹ gerichtete Abstimmung und Passungsarbeit gegangen, um Handlungsfähigkeit, Anerkennung und Zugehörigkeit. In diesem Kapitel folgt nun die Feinabstimmung der Subjekte ›nach innen‹: die Verknüpfung der verschiedenen, u. U. konkurrierenden Bestrebungen, der Aufbau von Kohärenz und Selbstanerkennung. Es geht um Sinnschöpfung und Zukunftsideen, um die Ausbildung eines Gefühls von Authentizität.

Nach ersten Psychosen und langdauernden Behandlungsphasen stellte sich für die Betroffenen ihre innere Landschaft als umfangreiche ›Baustelle‹ dar. Der notwendig gewordene Um- und *Neuaufbau des eigenen Selbstbildes* und Selbstentwurfes war in unterschiedlich gewundenen Schleifen begonnen und gemeistert worden. Einige fassten die *Psychose als Warnsignal* für einen Lebensentwurf auf, den sie ohne ausreichende innere ›Verträglichkeitsprüfung‹ auf ihren Lebensweg übernommen hatten. In der Konsequenz ging es jetzt darum, an eigenen Maßstäben für die subjektive ›Richtigkeit‹ von Zielen und Stilen zu feilen, und sie dann in der eigenen Lebenspraxis zu erproben.

Frau R. schildert das explizit für ihr ›rücksichtslos‹ perfektionistisches Leistungsideal sowie ihre Tendenz, sich der Meinung und Bewertung anderer innerlich unterzuordnen. In der Folge von Psychosen erkennt sie diese Maximen als hinderlich und gefährlich, und revidiert ihr Konzept *um ihres Lebens willen*. Das Scheitern ihres alten Selbstbildes via Psychose wird für sie zum »*Schritt ins Leben*«: fortan nimmt sie ›sich selbst‹ als Maßstab ihrer Entscheidungen, und entwickelt dieses ›Selbst‹ in unterstützender Umgebung. In ihren Abstimmungen mit der Umwelt berücksichtigt sie gleichwohl die äußeren Realitäten und Möglichkeiten, z. B. in beruflicher Hinsicht.

Herr P. findet über seine jüngste, erst kurz zurückliegende Psychose eine lebenswichtige Information aus seiner Herkunftsfamilie. Seine Tendenz zu paranoid-halluzinatorischen Gedanken und seine damit einhergehende Gewaltbereitschaft werden ihm dadurch verständlich. Damit kann er sowohl seine innere Haltung neu ausrichten (Spiritualität, kulturverbindender ›Brückenbauer‹) als auch seine Lebenspraxis konsolidieren.

Andere verstanden ihre Psychose als Folge eines ›*Erziehungsschadens in der Kindheit*‹, der sie ihr Leben lang begleiten würde (*Frau So., Herr V.*). Ihnen ging es darum, empfindliche Stellen in ihrer Erlebniswelt (wie Umgang mit Kritik, Reizüberflutung ...) soweit zu vermeiden bzw. durch Vorsorge mit ausreichend schützenden ›Pflastern‹ zu versehen, dass sie sich im Alltag genügend gesichert fühlen konnten. Wie im Kap. »Autonomie durch Regulierung des sozialen (Unterstützungs-)Netzwerks« beschrieben, kann dieses ähnliche Bestreben durchaus zu unterschiedlichen praktischen Gestaltungen führen, etwa im Kontaktstil.

Auf diesem Pfad kamen eher professionskritische Haltungen zustande und eine positive Betonung von Lebensfreude.

Eine dritte Teilgruppe nahm die Psychose als *biologisch begründetes, schicksalhaftes Ereignis*, und kümmerte sich in einer konsequenten Ressourcen-Orientierung darum, auf welche Weise künftige Krisen unwahrscheinlicher, und mit welchen Zielen und Bezügen ein souveränes Leben wahrscheinlicher werden könnte. Dieser Weg führte zu eher professionsfreundlichen Haltungen und einer gewissen Strenge in der ›richtigen‹ Lebensführung. *Herr E., Frau El. und auch Frau C.* können hierzu gedacht werden.

Herr L. und Herr G. legten eine Art *Moratorium* ein: Die ersten Behandlungsepisoden ermöglichten ihnen noch nicht die Entwicklung eigenständiger Ziele oder die Begründung eines eigenständigen Lebensmittelpunktes. So pendelten sie konfliktvoll zwischen verschiedenen Betreuungseinrichtungen und der Rückkehr in ihr Elternhaus – so lange, bis wesentliche Erfahrungen (durch professionelle Personen und Kontexte begleitet) den Weg zu eigenständigen Ziel- und Sinngestaltungen bahnten. Diese setzten sie dann entschieden in ihren Lebenslauf um.

Einen umgekehrten Weg schlugen *Frau S. und Herr M.* zunächst ein: Sie ›flüchteten‹ nach ersten Psychosen aus einem stark problemzentrierten Elternhaus, um in der Ferne ›das Glück‹ einer selbstständigen Lebensführung zu suchen, mit unterschiedlichem Erfolg:

Frau S. traf auf ein höchst unterstützendes (semi-)professionelles Umfeld in München, konnte ihre Stärken und ihre Ziele optimal entwickeln, und befindet sich heute noch in einer dynamischen und sozial verbundenen Weiterentwicklung dessen, was ihr im Leben wichtig ist.

Im Widerstreit mit väterlicher Autorität ging Herr M. einige Jahre als Gärtner und Steinsetzer auf die ›Walz‹, entzog sich den Autoritäten, hatte aber auch anhaltend seine Probleme mit Bindungen. Durch einen fünf Jahre dauernden Aufenthalt im Bezirkskrankenhaus (mit Wohn- und Arbeitsstatus) konnte er sich offenbar konsolidieren: im Anschluss vermag er jedenfalls sein erstes Studium zu beginnen, es inhaltlich und sozial zu bestehen. Seine Fähigkeit zur eigenständigen Lebensgestaltung erweist sich von Dauer, er zieht nach München zurück in die erste eigene Wohnung. Auch wenn seine berufliche Anerkennung scheitert, vermag er dennoch die beharrliche Weiterentwicklung seiner Ziele und Projekte im Fluss zu halten. Die Passung mit den Hilfen des SpDi ist dafür begleitende Voraussetzung. Eine Differenzierung der eingeschlagenen Zielwege wäre von Interesse – etwa für weiterführende Studien im Zusammenhang von Psychopathologie, Psychodynamik, Passungsprozessen und den neueren ›*Recovery-*(Genesungs-)Konzepten in der Psychiatrie.

Inhalte und Vorgehensweisen auf diesen Pfaden zeigen sich individuell unterschiedlich. Zugleich imponiert bei allen Gesprächspartnern *auf der Prozessebene* die essenzielle Bedeutung von

- *Selbst-Wirksamkeit* (›*sich kann mit meinen Fähigkeiten und Handlungsmög-*

lichkeiten bestimmte Prozesse in Gang setzen, bestimmte Ergebnisse erzielen), und

- *Selbst-Achtung* (›ich bin vor mir selbst etwas wert; bestimmte Handlungen bzw. Verhaltensweisen genügen zentralen eigenen Werten und Normen‹; vgl. bei KEUPP 1999, S. 262)

als grundlegende, emotional begründete Akzente ihrer Identitätsziele. Bei der Entstehung von Entwürfen und deren Umsetzung in Projekte der Lebenspraxis kam es allen wesentlich darauf an,

- ihr eigenes Leben wertzuschätzen;
- es als selbst zu gestaltendes Werk anzusehen;
- von eigenen Belangen und Zielen bei der Gestaltung auszugehen, diese womöglich sich erst zu erschließen, und selbst wesentlich an der Umsetzung tätig zu werden;
- die Veränderungen im Laufe dieser Identitätsarbeit aufzunehmen, kein statisches Projekt zu ›meißeln‹, offen zu bleiben für Widersprüchliches, Neues, Scheitern und Enttäuschungen; diese in den Werdegang einfließen lassen;
- bei den Projekten eine Übereinstimmung und ›Stimmigkeit‹ mit dem zu suchen, was ihnen selbst an Werten im Leben wichtig war (z. B. Achtsamkeit auf eigene Kräfte und Bedürfnisse versus Perfektion; Gemeinschaftlichkeit ...);
- in Abstimmung mit der ›Außenwelt‹ eine Passung zu versuchen, die sowohl der Autonomie wie der Bezogenheit Raum lässt.

So allgemein menschlich diese ›Tugendliste‹ wirkt – und so lehrbuchhaft sie das Thema der Kohärenz aufgreift – so existenziell ist sie gleichermaßen in den Biografien und Erzählungen hinterlegt: etwa wenn Gesprächspartner *nach* glücklich überlebten Suizidversuchen beginnen, ihr Leben nun als eigenes wertzuschätzen und selbst für ihre Entwicklung zu sorgen.

In der Erzählung von *Frau B.* – der religiösen ›Visionärin‹ und Mutter – wird dagegen deutlich, dass sie – eingezwängt in ihren Lebensrahmen zwischen eigenen Eltern, eigenem Kind und Arbeit, ohne ergänzende Außenkontakte und Partnerschaft – *keinen Spielraum zur Verfügung sieht zur Entfaltung realistischer Lebensziele*. So bleibt sie in ihrem Selbstwernerleben beinahe angewiesen auf die Fluchten zu ihren Identitätsinseln: den religiösen Erlösungsvisionen und den gelegentlichen manischen Stimmungshochs. Dort kann sie sich phasenweise als wertvoll und wirksam vorstellen und erleben, im Gegensatz zu einem deprimierenden Alltag.

Im Gespräch mit *Frau El.* tritt zutage, dass sie tatkräftig, wirksam und sozial eingebunden ihr Leben gestaltet, dass sie sich relativ autonom eingerichtet hat. Die emotionale ›Stimmigkeit‹ scheint in ihrer Gestaltung jedoch nicht mehr durch: Sie ist angestrengt um Fehlerfreiheit bemüht, und es scheint so, als hätte ihre Selbstachtung nicht mit der autonomen Entwicklung Schritt halten können.

Anders ausgedrückt zeigt sich in ihrem zwar stabilen Arrangement auch eine Ambivalenz, die ihr bei der Weiterentwicklung ihres Selbst-Projektes zu einer positiven Herausforderung und einer treibenden Kraft werden könnte.

In diesem Sinne geht es nicht um die Verwerfung von Ambivalenzen und Widersprüchen bei der Gestaltung eigener Entwürfe, sondern darum, sie in ein Spannungsverhältnis zu bringen, das für den Einzelnen konstruktiv *lebbar* ist. Sie machen auf mögliche weitere Entwicklungen der eigenen Identität aufmerksam. Letztlich bestimmt sich das Gelingen des subjektiven Entwurfes nicht alleine an der *Effektivität* von Handlungsfähigkeit und Bewältigungskompetenz. Zu einem Gefühl von ›Stimmigkeit‹ oder *Authentizität* gehört auch das *Gefühl, selbst etwas Eigenes und Gelungenes geschaffen zu haben* – und zwar in Übereinstimmung mit den eigenen Vorstellungen davon, was als wertvoll, ›richtig und wichtig‹ anzusehen ist.

Erfolg und Stimmigkeit von eigenen Projekten helfen auch bei folgenden Entwicklungsschritten weiter, z. B. bei Kompromissen in der Lebensgestaltung, die bislang verworfen worden waren:

Herr V., Herr M. und Herr L. sind beispielsweise erst dann zur regelmäßigen Konsultation eines Psychiaters (einschließlich der Verhandlung über kontinuierliche Medikation) bereit, als sie mit ihren Lebensentwürfen ein Maß an Erfolg und Stimmigkeit errungen hatten, das sie unbedingt zu erhalten suchten. Die gewonnene Lebensqualität sollte nicht mehr den Unwägbarkeiten der Psychose anheim fallen. *Medikation und Compliance hatten damit die Bedeutung einer komplementären Unterstützung im persönlichen Entwurf gefunden, und erschienen damit akzeptabler.*

Ähnlich kann *Frau So.* – auf dem stabilen Fundament ihrer Autonomie – sich nun in ›Bezogenheit‹ üben: Sie beginnt überaus vorsichtig eine Psychotherapie aus Neugier darauf, was ihr bislang in Beziehung entgangen war, und wie ihre emotionalen Bedürfnisse eigentlich beschaffen sind.

Zusammenfassung

Beim Neuaufbau eines tragfähigen Selbstentwurfes zeigte sich in den Erzählungen eine grundlegende Bedeutung und zugleich Transformation von *Selbstachtung, Selbstwirksamkeit und Stimmigkeit*: Etwas »Eigenes« im Leben zu entwickeln, dabei ganz existenziell bei der Achtung und Wertschätzung des eigenen Lebens zu beginnen – und das in nicht wenigen Fällen nach glücklich überstandenen Suizidversuchen; an eigenen Maßstäben für die Richtigkeit und Stimmigkeit von persönlichen Zielen zu feilen; eigene Projekte zu erproben – darin zeigte sich über die Einzelerzählungen hinaus *auf einer Prozessebene* die mögliche Hinwendung zu eigener Lebenssouveränität.

Spannungen zwischen einzelnen Zielen und Bestrebungen (etwa zwischen Autonomie und Bezogenheit) wurden nicht als Widersprüche begriffen, die aufzulösen wären, sondern fortlaufend in eine erträgliche und lebbare Form zu bringen sind. Diese Arbeit an der eigenen Identität und Authentizität ist gleichwohl von allen Individuen in der Spätmoderne zu leisten, unterscheidet psychoseerfahrene Mitbürger nicht von anderen. Die Früchte dieser Arbeit sind keine überdauernden Lebens- und Selbstentwürfe (mehr), sondern zeitweise gefundene Passungen, die ihrer nächst folgenden Inventur harren.

An der Erzählung von Frau B. – der familiär eng eingebundenen Mutter und ›Visionärin‹ – wurde nachvollzogen, dass es ermöglichender Bedingungen bedarf, eines ›Spielraums‹, um realisierbare Ziele entfalten zu können. Mangelt es an privatem oder sozialem Spielraum, bleibt die eigene Souveränität von Demoralisierung und/oder »Fluchten in Richtung Psychose« bedroht.

Das eigene Leben und die Psychose: Rekonstruktion – Gestaltung – Erzählung

- »Ich war zweimal im Bezirkskrankenhaus Haar, einmal habe ich als Verlierer vom Platz gehen müssen, einmal als Sieger. Ich war zweimal in der Tagesklinik ›Lindwurmstraße‹, bin das erste Mal als Verlierer und das zweite Mal *als Sieger vom Platz gegangen!*« (Herr G., 38 Jahre, S. 20)

Lebenssouveränität ist »*Tat + Text*«. Sie umfasst nicht nur Handlungsarbeit an Entwürfen und Passungen, sondern ebenso Erzählarbeit: die Fertigung einer Erzählgestalt, anhand derer sich der Einzelne selbst verstehen, sich anderen mitteilen und verständlich machen kann. Selbstnarrationen – die »*Art und Weise, in der das Individuum selbstrelevante Ereignisse auf der Zeitachse aufeinander bezieht*« (KEUPP et al., 1999, S. 208, in Anlehnung an Gergen & Gergen) – bilden und verändern sich in sozialen Aushandlungsprozessen, deren Ziel vor allem auf Anerkennung ausgerichtet ist.

»Selbsterzählungen sollen Antworten formulieren auf die Frage: ›Wer bin ich?‹ und: ›Warum bin ich so, wie ich bin?‹. Insofern machen sie eine Person verstehbar für andere. Was jemandem widerfährt, wie er die Welt sieht und wie er Erlebtes bewertet, das alles macht Menschen sichtbar und gibt ihnen für sich selbst und für andere eine Gestalt. Die Konstruktionsarbeit an diesen Selbstgeschichten ist ein ständiger Prozess, der wesentlich von sozialem Aushandeln geprägt ist.« (KEUPP et al., 1999, S. 208 f.)

Die in dieser Studie grundlegende Methode des narrativen Interviews trägt in sich bereits zu einer Fortschreibung der eigenen Erzählkonstruktion bei, und vermittelt durch die aufmerksam-nichtwertende Haltung des Interviewers ein hohes Maß an sozialer Anerkennung, die wiederum stimulierend auf die Differenzierung der Erzählgestalt wirkt.

Grundlegend für das Empfinden einer befriedigenden Lebenssouveränität ist das Vermögen, eine bedeutungsvolle Erzählung von sich geben zu können und damit auf zustimmende Aufmerksamkeit von Zuhörenden zu treffen. ›Bedeutungsvoll‹ meint umfang- und bezugsreich in einem formalen Sinne, wie er etwa in der literaturwissenschaftlichen Narrationsforschung behandelt wird: Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Vielschichtigkeit, Positionierung der Akteure u. a. m. (vgl. KRAUS 1996, dargestellt in KEUPP et al.. 1999, S. 209)

›Bedeutungsvoll‹ meint aber auch eine dichte Beschreibung sinnhaft-verständlicher Zusammenhänge, sowie eine vorteilhafte und angemessene Präsentation durch die Erzählperson. Die Realitäts-Umstände in einer Erzählung (die ›Fakten‹) können dabei zugunsten eines stringenten Erzählfadens oder einer erwünschten Botschaft in ihrer Bedeutung zurücktreten: Es geht immer auch um ›*meaning making*‹, um die Erzeugung von (Selbst-)Kohärenz und Zustimmungsfähigkeit, um soziale Zugehörigkeit in einer Konsensgemeinschaft.

Für das Identitätsgefühl von Menschen mit Psychosen ist es deshalb äußerst wichtig, im Anschluss an die Krisen und Tiefpunkte in ihrer Geschichte ein *Veränderungsgeschehen* erlebt zu haben *und* beschreiben zu können, das ihnen den Weg (zurück) zu einer souveränen Lebensgestaltung ermöglicht hatte: eine Geschichte zu erzählen, in der es ›*aufwärts*‹ geht.

Eine solch ›*progressive*‹ *Selbst-Narration* ist wirkungsvolles Stimulans für die Schöpfung jener ›Soft‹-Ressourcen (wie Selbstvertrauen, Optimismus, Entschiedenheit, Glaube an den eigenen Erfolg ...), die für das Gelingen der Projekte im eigenen Lebensentwurf nicht nur große Bedeutung, sondern auch hohe Vorhersagekraft besitzen. Ebenso wichtig ist es, auf *Zuhörer* zu treffen, die sich für diese Geschichte(n) interessieren, Anteil nehmen und zu potenziellen Gesprächspartnern werden.

Menschen, die sich zu dieser Interview-Studie bereit erklärten, waren überwiegend in einem relativ gelungenen und zufriedenstellenden Kompromiss bei ihrer Lebenssouveränität angelangt, und sie *waren in unterschiedlichen Erzählformen bereits ›geübt‹* (wie im vorangegangenen Kapitel »(Wieder-)Aufbau von Kontexten der sozialen Anerkennung und Teilhabe« beschrieben). Sie hatten nicht nur relativ erfolgreiche Geschichten ›gelebt‹, sondern wussten auch ›gute‹ Geschichten zu erzählen. Diese – gegebene oder im Laufe der Zeit erworbene – Kompetenz stellte einen kraftvollen Faktor dar auf dem Weg zu einer günstigen Prognose des Werdegangs unter salutogenetischem Blickwinkel. Selbst *Herr M.* mit seinem eigenwillig zurückgezogenen Kontaktstil hatte eine Menge an Essays, Protokollen, Notizen u. Ä. geschrieben und damit sich selbst und jedem, der es zur Kenntnis nehmen wollte, seine Sicht des Lebens und die von ihm zu meisternden Widrigkeiten zu verstehen gegeben.

Auch Interview-›Neulinge‹ wie *Frau B.* und *Herr E.* nutzten die besondere Erzählsituation: Zum einen für sehr ausführliche Erzählungen – jeweils etwa drei

Stunden andauernd – zum anderen für die Weiterarbeit an ihren ›Botschaften‹, für die keine aufmerksamen Zuhörer (mehr) zu finden waren (Frau B.), oder die sich exklusiv an ausgewählte, vertrauenswürdige und verschwiegene Zuhörer wie mich richteten (Herr E.).

Bei den ›erfolgreichen‹ Erzählungen begann das *Veränderungsgeschehen*, sich an einem Wendepunkt oder während einer sensiblen Wende-Phase des Lebenslaufs einer ›Aufwärts‹-Kurve zuzuwenden: Für *Herrn L.* war es die Begegnung mit Frau Dr. L. in einer Sackgasse seiner Behandlungskarriere, und später mit seiner Wohnbetreuerin Frau W.:

- »Da war halt durch die Frau Dr. L. war so eine Zuwendung zur Menschheit entstanden. Das heißt ich will jetzt wieder leben, ich will jetzt wieder dabei sein bei den anderen Menschen, ich will mit meinem Leben was machen. Ich will was aufbauen. Und die Frau W. hat mir die Möglichkeit dazu gegeben was aufzubauen, mit ihr zusammen, verschiedene Sachen anzuschneiden.« (Herr L., S. 10)

Diese initiale Begegnung kommt zustande, nachdem er einen Suizidversuch während eines langfristigen Klinikaufenthaltes nur mit Glück überlebt, und ihm das Schicksal eines Dauerpatienten in einem ›chronischen‹ Haus gedroht hatte. Er ›kratzt‹ gerade noch die Kurve, ergreift jetzt eigene Initiative und Selbstsorge, und betreibt seine Entlassung in ambulante Wohnbetreuung.

Auch für *Frau R.* steht am Anfang ein knapp überstandener Suizidversuch mit der Erfahrung anschließender Fürsorglichkeit (durch Mutter und Klinikpersonal), die sie wie eine ›soziale Wiedergeburt‹ erlebt. Später lehnt es ihre bisherige ambulante Therapeutin ab, die Therapie fortzuführen. Dies trifft sie im Innersten und verhilft zur Mobilisierung aller Selbstsorge- und Widerstandskräfte, entgegen ihrer Tendenz, sich von anderen Menschen abhängig zu erleben. In ihrer ›Aufwärtskurve‹ reibt sie sich an den Regeln der Institutionen und ihrem eigenen Ehrgeiz, und findet mit anderen wie mit sich selbst einen verträglichen Weg des Umgangs, eine gelingende Abstimmung zwischen ihrem ›Innen‹ und ›Außen‹. So kann sie die Krankheit als einen »Schritt ins Leben« sehen.

Für *Herrn G.* ist es der »Wendepunkt 1992, da kann man wirklich sagen, da ging es mir besser. Da hat es dann gewirkt, die Therapie.« (S. 4): 1992 wurden die passenden Medikamente und das passende Arbeitsfeld »Büro« gefunden, er kann in die WG ein- und von zu Hause ausziehen. Teil der gelingenden Gesundheitsarbeit ist die Erfahrung, häufig erst *beim zweiten Aufenthalt in einer Institution* eine positive Entwicklung zu nehmen (BKH Haar, Tagesklinik), und schließlich »als Sieger vom Platz zu gehen«. Dafür war es gut, erneut krank zu werden. »Die Krankheit hat das so gesteuert, verstehen Sie« – so erklärt er sich, obwohl er sonst nicht zu interpretierenden Aussagen neigt.

- »Wie ich zum zweiten Mal dort war, ich wollte noch mal die Erfahrung machen, das habe ich damals gesehen, wenn du jetzt zurückgehst noch mal, dann machst mal noch andere Erfahrungen. Und das habe ich verwirklicht. Zum Beispiel, das

durfte ich dann auch machen, eben in der Tagklinik haben wir eine Glaubensrunde gemacht.« (S. 19)

Diese »zweiten« Erfahrungen verhelfen ihm dazu, die Vorstellung eines gelingenden Lebens für sich zu entwickeln, einschließlich der *Chance, selbst etwas dafür tun zu können*, und sich einzubringen. So steuert er beim zweiten Aufenthalt im BKH gezielt das von ihm bevorzugte Schreibbüro als Arbeitstherapie an, während er beim ersten Aufenthalt noch unglücklich von einem AT-Platz zum anderen gestolpert war, und seinen Rückzug durch Zustandsverschlechterungen eingeläutet hatte. Im ›Clubhaus‹ und später in der eigenen Wohnung kann er diese Bestätigung in selbst gestalteten Bereichen fortführen. Das *Gefühl von Kohärenz* macht dann alles andere leichter, in einem zirkulären Prozess: Er ist kontaktfreudiger und kann sich zutrauen, erstmals eigenständig zu wohnen. Er nimmt seine Medikamente: Es gibt keinen Grund mehr, sie abzusetzen (etwa für das Ziel eines Studienabschlusses medikamentös weniger gedämpft und gebunden zu sein – oder aus »Psycho-Romantik«, wie er es nennt, S. 10), weil er nun realistischere Ziele vor sich sehen kann: Sein Aufwärtstrend trägt sich mit den Erfolgen zunehmend selbst.

Es wirkt manchmal überraschend und eigenwillig, an welchen Stellen der Erzählungen die ›Positionslichter‹ an den Aufwärtstendenzen postiert sind: Aber gerade dies markiert die ›Freiheit des Autors‹, die Souveränität in der Lebenserzählung, wonach jemand selbst darüber zu befinden und zu erzählen hat – insbesondere in einer öffentlichen Erzählung – worin er die Wendepunkte erkennen mag: Vor sich selbst wie von anderen ist es leichter zu akzeptieren und flüssiger darzustellen, wenn die Änderung etwa weniger durch einen Suizidversuch als durch den ›Kuss einer Prinzessin‹ (die erhellende Begegnung mit einer professionellen Helferin) eingeleitet wurde.

So werden die *erzählten* Wendepunkte zumindest eingerahmt von *gelebten* lebensverändernden Ereignissen: *In sechs von zwölf Erzählungen sind es offenbarte oder angedeutete Suizidversuche, die eine positive Lebenswende einläuteten* (und diese Tendenz wird in den weiteren Interviews jenseits der Hauptauswertung bekräftigt). Frau So. hatte ihren Tiefpunkt im Pflegeheim erreicht. Frau C. sah sich nur noch zwischen Klinik und zu Hause pendeln, dabei zunehmend lebensuntüchtig werden. Für sechs Erzählende war mit dem Einzug und der Betreuung in einer therapeutischen Wohngemeinschaft erstmals ein Auszug vom Elternhaus und eine konstruktive Gemeinschaftserfahrung möglich geworden.

Ist eine Wende zum ›Aufwärts-Trend‹ vollzogen, ändert sich auf markante Weise die Selbstdarstellung der Erzählenden: sie wechselt von der Position eines ›Objektes‹, bisweilen auch ›Opfers‹ oder Erleidenden‹, dem etwas geschieht (vonseiten der Krankheit, der Familie, den Professionellen ...) hin zu einer *Position des Akteurs der eigenen Geschichte*, der oder die etwas aktiv gestaltend unternimmt, um seine/ihre Belange zu ergründen und in Projekte einzubringen. *Frau So.* und

ihre Rückkehr vom Pflegeheim in das selbstständige Leben in der Stadt kann als ›Muster-Fall‹ für die Position eines ›erstarkten Akteurs‹ gelten.

Auch die Art, wie *Frau R.*, *Herr G.* und *Herr L.* damit beginnen, sich ganz existenziell für ihre eigenen Belange zu interessieren und danach zu handeln, gibt eine starke Erzählposition wieder. Ihnen wird es möglich, auch Fehler zu machen und an einzelnen Schritten zu scheitern (z. B. bei den beruflichen Ambitionen): Sie können daraus lernen, gerade weil es die *eigenen* Erfahrungen sind, und ihren unangefochten erfolgreichen Kurs mit Korrekturen fortsetzen.

Wer in seinem Werdegang Anlass findet für eine progressive Narration, wer sich selbst und anderen eine aufwärtsstrebende Geschichte zu erzählen weiß, für den wird es leichter, Zufriedenheit mit seinem Leben in der Welt zu entwickeln – *trotz* und *mit* den Kompromissen, die *auch* damit einhergehen. So resümiert eine Vielzahl der Befragten eine ausgesprochene Zufriedenheit mit ihrer Lebensqualität, was in dieser Deutlichkeit so nicht zu erwarten war und einen Unterschied zur Landschaft der – zuvor erwähnten – Lebensqualitäts-Studien markiert.

Herr G. – der Clubhaus-Aktivist – kann z. B. auf diese Weise eine berufliche Perspektive »auf unterstem Niveau« bejahen und begrüßen, weil er über genügend Aktivposten in anderen Lebensfeldern verfügt.

Frau So. kann – nach all den Lebensdramen, die sich bei ihr zugetragen haben, heute sagen: (überlegt lange) ... »Ja, ich bin zurzeit sehr zufrieden. (S. 21) ... Und ich hab' auch immer wieder Glück ... Also die letzten Jahre lief alles recht, recht gut, ja.« (S. 16)

Jene Erzählungen mit *regressiver Tendenz* – wie bei *Frau B.* und *Frau El.* – geben Ausdruck eines eingeschränkten Lebensspielraumes, dem die Erzählenden (zu) wenig Befriedigendes abgewinnen können – und die also ein bleibendes Risiko für ihre seelische Gesundheit tragen.

Herr P. – dessen Erzählung eine stabile Narration abbildet, und zwar auf hohem Niveau – bleibt beweglich seinen Optionen auf der Spur, selbst wenn nicht alles gut läuft. Mit seiner religiösen Verankerung findet er fortlaufend einen Deutungsrahmen und eine ›Meta-Erzählung‹, die ihn auch schwierige Erlebnisse zugunsten einer ›Läuterung‹ oder eines ›Entwicklungshinweises‹ verstehen lässt. Die göttliche Instanz lässt sie ihm in gut gemeinter Absicht zukommen. In seiner Erzählung kann er *Krisen achten* wegen der Neuerungen, die ihnen innewohnen – sich also der ursprünglichen Bedeutung des Wortes anschließen.

›Integratives‹ und ›separatives‹ Psychoseverständnis

»Als *integrativ* wird ein Verständnis bezeichnet, das der Psychose einen gewissen Sinn zuordnet, einen biografischen Zusammenhang annimmt und die Möglichkeit eigener Einflussnahme nicht ausschließt ... Im Gegensatz dazu nimmt ein Teil der Befragten

die Psychoseerfahrung entweder gar nicht wahr oder versteht sie als ausschließlich somatische, nicht beeinflussbare Erscheinung ohne inneren Zusammenhang zum eigenen Leben. Diese Haltung wird als *separativ* bezeichnet.« (BOCK 1997, S. 287)

Die hier zitierte Unterscheidung zugrunde legend, scheint die Stärkung der Souveränität durch Eigeninitiative und (Selbst-)Narration *nicht* an ein ›integratives‹ Konzept der eigenen Psychose gebunden zu sein. Auch wer die Krankheit (zunächst) als etwas Ich- und Biografiefernem repräsentiert (›*separativ*‹) und vorwiegend biologisch versteht, *kann* eine progressive Selbst-Erzählung entwickeln und seine psychosoziale Verankerung nach innen und außen festigen – so lauten die Ergebnisse meiner Studie.

Bei den Erzählungen mit besonders ›steilen‹ Aufwärtsskurven waren einige mit einem dezidiert ›integrativen‹ Verständnis unterlegt (Frau R., Herr P.), andere mit einem betont ›separativen‹ (Herr G., Herr L.), und dritte wiederum mit einer mittleren Position wie die von Herrn V. und Frau So., die einen irreparablen »Erziehungsschaden« als wichtigsten Grund für ihre Anfälligkeit gegenüber Psychosen annahmen.

Herr G. verortet seine Krankheit eindeutig im medizinischen Paradigma, verfolgt keine weiteren Hintergründe psychologischer, biografischer oder sozialer Art. Dadurch wird er zum »Muster-Fall« für *Lösungsorientierung*: Pragmatisch baut er auf den gelingenden Erfahrungen auf, bei denen er sich selbst gemäß seinen Neigungen einbringen konnte, und die ihm dementsprechend etwas gebracht haben.

Verkürzt gesagt: Um Souveränität zu pflegen ist es nicht notwendig, die eigene Psychodynamik zu entdecken oder intensive Biografie-Arbeit zu leisten. Allerdings wird das Psychoseverständnis selten stabil und abgeschlossen geschildert. Häufiger tauchen verschiedene Deutungsmuster in den Erzählungen miteinander auf, gehen ineinander über, wandeln sich (Vordergrund/Hintergrund; implizit/explicit; Loyalitäts- und Tabubereiche), sodass eine ›Ahnung‹ des jeweils anderen Bereiches durchscheint. Zum Beispiel erwähnt Herr G. die chronisch belastete Beziehung zu seinem Vater am Ende unseres Gesprächs: dann, als er von der Entspannung in ihrem Verhältnis berichten kann, und er die Notwendigkeit seines Auszugs von zu Hause rückblickend bestätigt.

Ein gutes Erfolgsrezept für eine ›aufstrebende Erzählung‹ ist die feste soziale Verankerung gemäß dem eigenen Kontaktstil. Unabdingbar bleibt, sich dem eigenen Leben zuzuwenden, es wertvoll und ernst zu nehmen – gerade, wenn dieser Blickwinkel bislang wenig vertraut geworden war. Erst mit einem – in den Interviews mehrfach auftauchenden – Erschrecken über den möglichen Verlust des Lebens und eigener souveräner Qualitäten war eine progressive Erzählung überhaupt möglich geworden. Eine introspektive Schulung ist für dieses Gewährwerden sicherlich hilfreich – allerdings nicht an die Voraussetzung einer professionellen Psychotherapie gebunden. Ein eigenständiges Verlangen nach

Psychotherapie entwickelte sich vielmehr *nach* dem subjektiven Grundentscheid *für* das eigene Leben und die eigene Selbstsorge.

Die Teilnahme an einem ›Psychoseseminar‹ – einem ›trialogischen‹ Diskurs zur ›Annäherung an das Ungewöhnliche‹, bestehend aus den drei beteiligten Bezugsgruppen Psychoseerfahrene, Angehörige und Professionelle – hilft, sich in der Erzählbarkeit des eigenen Psychoseerlebens und in der gegenseitigen Verstehbarkeit zu üben. Vier Erzählende (von insgesamt zwölf) aus dem Auswertungskanon dieser Studie hatten über mehrere Jahre am fortlaufenden Münchener Psychoseseminar teilgenommen und sich im narrativen Gestalten geübt.

Zusammenfassung

Die Arbeit an der Identität umfasst nicht nur Handlung und innere/äußere Stimmigkeiten, sondern auch die *Gestaltung einer Erzählung*, anhand derer die Einzelnen sich selbst verstehen, sich anderen mitteilen und verständlich machen können. Im Anschluss an Krisen, Tiefpunkte und Entmutigungen in ihren Lebensläufen war es für das Identitätsgefühl von Menschen mit Psychosen besonders wichtig, positive Wendungen zu erfahren *und diese erzählend beschreiben zu können*: Erzählungen, in denen es mit ihrem Leben wieder ›aufwärts‹ geht. Eine ›progressive Narration‹ (vgl. GERGEN & GERGEN 1988, zitiert bei BOCK 1997, S. 292 ff.) stimuliert die inneren Ressourcen, die man für das Gelingen des eigenen Lebensentwurfs braucht – und die zugleich eine gute Vorhersagekraft für den Erfolg des Unternehmens besitzen.

Die Gesprächspartner dieser Studie waren in vielfältigen Erzählformen geübt (Texte, Interviews, Beteiligung am Psychoseseminar, öffentliche Auftritte): Sie hatten nicht nur relativ erfolgreiche Lebens-Wendungen gelebt, sondern wussten auch gute ›Aufwärts‹-Geschichten darüber zu erzählen. Schwierige Passagen und Kompromisse wurden dadurch nach innen plausibel und kohärent erklärlich, nach außen vermittelbar (vgl. *Herrn G.* und seine Erzählfigur, beim jeweils zweiten Therapiedurchlauf als »*Sieger vom Platz zu gehen*«). Erkennbar zeigte sich der Aufwärts-Trend daran, dass die Erzählenden eine Position des handlungswirksamen *Akteurs der eigenen Geschichte* wesentlich deutlicher bezogen, als dies aus der Zeit vor ihren Psychoseerfahrungen der Fall war.

Das Kriterium eines ›integrativen‹ versus ›separativen‹ Psychoseverständnisses stellt nach diesen Ergebnissen *keinen* richtungsweisenden Zusammenhang zur Stärkung von Souveränität dar: Bei den Erzählungen mit besonders ›steilen‹ Aufwärts-Kurven waren sowohl solche mit betont integrativem wie separativem Verständnis als auch weitere mit mittleren oder changierenden Positionen. Daraus konnte gefolgert werden: Um Souveränität zu gewinnen (und zu fördern), ist es nicht unabdingbar, die eigene Psychodynamik zu entdecken, oder intensive Bio-

grafie-Arbeit zu leisten (z. B. durch Aufnahme einer Psychotherapie). Gleichwohl hilft das Üben von Introspektion dabei, den eigenen Lebenslauf zu rekonstruieren und Lebenskohärenz aufzubauen.

Souveränität in der Gestaltung von Kontakten zur Psychiatrie

- »... Ich brauch' jemanden, der wirklich sagt: ›O.k.‹, der kann das nachvollziehen, aber der nicht gleichzeitig denkt: ›Oh, je, die ist verrückt. Der müssen wir wieder Medikamente aufs Auge drücken.‹« (Frau B., 40 Jahre, S. 15)
- »Sehen Sie zum Beispiel, das sind so Möglichkeiten, wo ich mich positiv einsetzen konnte. Wenn ich so was habe, dann wirkt bei mir die Therapie, verstehen Sie. Aber wenn ich nur rumsitze und es tut sich nichts und ich mach' nur Arbeitstherapie, des bringt mir nichts. « (Herr G., 38 Jahre, S. 19)

Mit wachsender Entschiedenheit in der eigenen Lebensgestaltung entwickelten die Befragten auf eigene Initiative differenziertere Kontakte zur Psychiatrie und den Professionellen. Zu Beginn der Psychosebewältigung standen dagegen unfreiwillige, erzwungene, notgedrungene, verordnete oder unter dem Druck der Wohnungslosigkeit eingegangene Hilfskontakte im Vordergrund – zumeist in großen Behandlungs- und Reha-Einrichtungen mit standardisierten Programmabläufen.

Die Erzählungen berichten zunächst mehr von Anpassungen und Rebellion als von gemeinsam ausgehandelten, hilfreichen Passungen. Sofern sie auf das Obdach der Institution angewiesen waren, entwickelten die Befragten (realistische) Befürchtungen, in eine Obdachlosen-Pension oder ein fernes Pflegeheim abgeschoben zu werden, wenn sie die Therapie oder die Auflagen nicht schaffen sollten, und einmal nicht ›funktionierten‹. Es ging darum, diese Art von Internierung möglichst bald hinter sich lassen zu können.

Kontroll-Arrangements stießen dennoch nicht gänzlich auf Ablehnung:

- *Im Rückblick* wurden die widerfahrenen unfreiwilligen Klinikeinweisungen dem Grunde nach überwiegend als gerechtfertigt zur Gefahrenvermeidung angesehen;
- erteilte ›Therapie-Auflagen‹ wurden einerseits häufig mit Widerstand beantwortet, andererseits knüpften Betroffene durchaus ihre eigenen Vorstellungen daran an und setzten sie den offiziellen Auflagen entgegen (z. B. das Nikotin- und Alkoholverbot bei Frau So.);
- in der Lebensphase der Lösung vom Elternhaus konnte selbst die ›geschlossene‹ Station mit Bettensaal als geborgenheitsspendender Zufluchtsort erlebt werden (Frau R.);
- auch in Großanstalten gab es Professionelle, welche die Not der *Lebenslage* einzelner Betroffener zu sehen vermochten und ein hilfreiches Angebot daran

zu knüpfen wussten (z.B. die Vermittlung in eine Wohngemeinschaft oder eine passende Arbeitstherapie);

- Betroffene vermochten kraft ihrer Erfahrung, sich auch in der Anstalt für bestimmte Therapiemaßnahmen einzusetzen und diese ›bewilligt‹ zu bekommen.

Mit der Erlangung eines eigenständigen Lebensmittelpunktes (eigene Wohnung oder WG) begann eine *Auswahl* unter professionellen Personen und Dienstleistungen, die einen zunehmend differenzierten ›Mix‹ an Hilfe-Arrangements, und zunehmend spezifischere Ziele und Aushandlungen zur Folge hatte. Jetzt kann von beiderseitigen Passungsbemühungen die Rede sein.

Grundvoraussetzung für einen hilfreichen Prozess ist die Freiwilligkeit in Bezug auf Ort, Art und Zeit der Hilfeleistung.

Das Psychiatrieangebot in der Großstadt ermöglicht eine solche Auswahl. Aushandlungen sind hier auch unter dem Aspekt der Vielfalt und eines möglichen Angebotswechsels üblicher als in knapp versorgten ländlichen Regionen. Innerhalb dieser ›Marktmechanismen‹ fällt die ›*Dignität*‹ bei den Aushandlungen der Befragten auf:

- Weder ›Ärzte-Hopping‹ noch ›Medizin-Shopping‹ sind feststellbar wie bei anderen psychiatrischen Problemstellungen und in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung.
- Beziehungen zu den ausgewählten Ärztinnen und Ärzten werden einerseits über Jahre gehalten, gepflegt und auch mit Aushandlungen belastet. Andererseits werden bei klarer Indikation (wie Zeitbudget, Arzneimittelbudget, Mann/Frau) auch klar gewechselt, oder durch andere ambulante Experten ergänzt. Beziehungen zu Psychotherapeuten sind seltener etabliert und werden (etwa nach der obligatorischen ›Pause‹ von zwei Jahren bei Kassenfinanzierung) häufiger bei einem anderen Therapeuten wieder aufgenommen.
- Sozialpsychiatrische Dienste werden aufgrund ihrer flexiblen, persönlichen und alltagsstützenden Hilfen geschätzt und für bestimmte Fragen oder dauerhafte Betreuungen gesucht. Geschätzt werden vor allem die Kontakt-Gruppenangebote.
- Die psychiatrischen Tagesstätten in München ermöglichen eine lockere bis dichte Nutzung, werden genauso in Anspruch genommen und auch wieder gewechselt, je nach eigenem Anliegen. Sie werden lebensphasenweise als wichtige Ankerplätze genutzt. Besondere Bedeutung auf dem Weg zu einer souveränen Lebensgestaltung bekommen jene Tagesstätten, in denen die Besucher vor allem Aufgaben und Verantwortungen übernehmen, Projekte entwickeln und sich mit ihren Kompetenzen einbringen (z. B. in den ›Club‹-Häusern und kreativen Werkstatt-Ateliers).

Ein Blick auf die Nutzungsfrequenz von Hilfskontakten zeigt: Die Befragten halten in der Regel über viele Jahre ein relativ konstantes Maß, häufig zu den ihnen bekannten Personen und Angebotsformen: Ärztin, Betreutes Einzelwohnen oder SpDi, Tagesstätten/Freizeitclubs, Arbeitsprojekte. Bedarfstermine werden wahrgenommen, »wenn etwas anliegt«. Klinikaufnahmen waren – mit nur einer Ausnahme – seit vielen Jahren nicht mehr notwendig geworden: keine Gruppe von ›heavy users‹ also, welche die Psychiatrie vor große Versorgungsprobleme stellt. Gleichwohl haben sich alle Interviewten darauf eingestellt, lange Zeit und vielleicht ein Leben lang Psychiatrie-Kontakte in Anspruch zu nehmen und zu »pflegen« – in dem Sinne, dass sie nicht in erster Linie eine Leistung ›konsumieren‹ oder fremd gesetzten Maßstäben folgen, sondern mit einer (oder mehreren) professionellen Bezugsperson(en) eine Beziehung gestalten, die der Förderung ihrer eigenen Ziele, Lebensumstände und sozialen ›Einbettung‹ dienen soll.

Souveränität bedeutet ihnen nicht Abstinenz, sondern Gestaltung von Experten-Kontakten, innerhalb einer grundsätzlich selbst gestalteten Lebenspraxis.

Grundlage ist das Anerkenntnis, durch die Hintergründe und die Folgen der Krankheit und der Behandlungskarriere in den eigenen Möglichkeiten beeinträchtigt zu sein. Die Erzählenden repräsentieren sich als vom Leben besonders Gezeichnete, die zu ihrer souveränen Lebensgestaltung neben eigenem ›Vermögen‹ auch des Beistandes anderer Menschen und der sozialen Ressourcen der Gesellschaft bedürfen (etwa durch professionelle psychiatrische Hilfen) – ganz so wie andere, vom Leben anders gezeichnete Menschen auch. Fragen nach Schuld und Bewertung der eigenen Person im Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen finden keinen prominenten Ausdruck (mit Ausnahme von Frau B.: für sie steht diese Frage im Zentrum ihrer psychischen Problematik). Die Gesprächspartner geben in ihrer ›Krankheits-Identitäts-Rede‹ (vgl. ESTROFF et al., 1997) – fast – keine abwertenden Selbst-Stigmatisierungen wieder. Es fällt ihnen daher vergleichsweise leicht, professionelle und solidarische Hilfe als legitime Unterstützung ihrer ›Aufwärts-Strebungen‹ zu begreifen und in Anspruch zu nehmen.

Jenseits dieser allgemeinen Aspekte spielen sich die interessanten Passungs-Diskurse in den jeweils individuellen Arrangements ab:

Herr V. sieht seine Ärzte als »Freunde«, die ihm helfen und für ihn ansprechbar sein sollen. Mit ihnen handelt er seine Medikation und Einnahmegewohnheiten aus. Wenn ihm jemand mit Auflagen oder Beschränkungen – professionellen Attitüden – »kommt«, wechselt er zu einem anderen Arzt, der bereit ist, ihn auf der Grundlage freundschaftlicher Kooperation zu behandeln. So entschärft er in seinen Augen das professionelle Mandat von ›Hilfe + Kontrolle‹, und übt seinerseits mehr Kontrolle auf die Hilfebeziehung aus, die sich damit gleichberechtigter entwickeln kann. Er ist aber auch selbst bereit, ein höheres Maß an Selbstkontrolle auszuüben, und seinen Freundeskreis in die Sorge um seine

Gesundheit einzubinden. Ansonsten ist es für ihn ein Zeichen beruhigender Autonomie, wenn er *keine* psychiatrischen Dienste in Anspruch nehmen muss. Dann fühlt er sich vor öffentlichen Sanktionen sicher.

Auch für Frau C. und ihre Freundin sind die gemeinsame Ärztin, die Therapeutin, die Apothekerin, die BEW-Betreuerin ... Bestandteile ihres Netzwerkes zur Vermeidung von Unruhen und zur Sicherstellung von Autonomie. Alle werden hier eingespannt für das gemeinsame Ziel – ähnlich wie Freundinnen, Nachbarn, Buchhändler, Dienstleister – unter der Regie beider Betroffener. Auch auf juristischem Gebiet ist vorgesorgt: Durch eine beim Vormundschaftsgericht hinterlegte ›Betreuungs-Verfügung‹ für den Fall eines Antrags auf gesetzliche Betreuung – von wem auch immer gestellt.

Für *Frau So.* ist es wichtig, ihre Autonomie gegenüber der Psychiatrie zu wahren. Dementsprechend nutzt sie professionelle Unterstützung in vielfältiger Weise, jedoch in wechselnden Bezügen und knapp ›dosiert‹ für einzelne Anliegen. Mit dem erledigten Anlass beendet sie die *funktional* verstandenen Hilfebeziehungen. Sie legt großen Wert auf eine nicht-betreute, normale Alltagsgestaltung: »... *aber ich mein', ich will von der Psychiatrie auch net so vereinnahmt werden. Wenn kein konkreter Grund vorhanden ist, möchte ich net einfach so zu psychiatrischen Dienststellen hingehen – da muss schon wirklich was vorliegen ...*« (S. 1)

Durch kurze Episoden von gelungener *personaler* Hilfeerfahrung kann Frau So. schließlich – vor vier Jahren – eine kontinuierliche psychologische Hilfebeziehung in Form einer Psychotherapie akzeptieren und aufnehmen. Sie erkennt ihr emotionales Bedürfnis nach Unterstützung an und begibt sich in eine komplementäre Klientin-Expertin-Beziehung – *nachdem sie in ihrem Verständnis wieder souverän leben und handeln kann.* Sie kann sich sogar erlauben, Kritik an der Therapeutin zu üben – und sich der dabei auftauchenden, biografisch begründeten Angst auszusetzen.

Frau B. stellt die jeweilige ›Passung‹ zu ihren Helfern mittlerweile entlang deren professionellem Selbstverständnis selektiv her – sodass sie Anerkennung von allen findet und Sanktionen vorbeugt. Ihre Erzählungen setzt sie funktional: Den ärztlichen Behandlern berichtet sie nichts mehr von religiösen Visionen, sondern begrenzt den Kontakt auf kurze Rücksprachen zum psychischen Befund und zur Medikamentendosis. Als Fachleute für Visionen spricht sie Theologen und Pfarrer an, um ihre inneren Bilder zu kommunizieren und theologisch zu unterfüttern: hier muss sie nicht fürchten, pathologisiert zu werden. Mit ihrer gemeindepsychiatrischen Betreuerin kann sie über alle Lebensbelange sprechen, darunter auch »*den ganzen religiösen Sums*«. Hier geht es für beide um die Balancierung des Alltags: »*Und das ist ja auch ein Schmarrn – ich muss mich ja in der jetzigen Welt zurechtfinden, und nicht in einer, die mal sein könnte.*« (S. 9) So nutzt sie diese Begleitung durch den SpDi, um die Basis ihrer sozialen Eigenständigkeit zu erhalten und auszubauen, und sicheres Terrain zu gewinnen

jenseits der Gratwanderung zwischen Depression und Selbstzweifeln einerseits, und überhöhten Visionen andererseits.

Nach zahlreichen Erfahrungen von im Konflikt beendeten Kontakten zu Professionellen und Bürgerhelfern findet *Herr M.* an ›seinem‹ zuständigen SpDi ein ›Kontaktfeld‹ zu *verschiedenen Mitarbeitenden und Angeboten*. Die Passungen werden beiderseits im Laufe der Jahre immer wieder neu eingerichtet und weiterentwickelt: Die Profis lassen sich durch die konfliktfreundige Ader von Herrn M. nicht beirren, verstehen ihn so zu nehmen und auf seine Anliegen zu antworten. Herr M. seinerseits beginnt diesen Kontakt zu pflegen, Grenzen des Umgangs zu akzeptieren (z. B. seine ›Seuchen-Erzählung‹ nicht in die Kulturgruppe zu tragen) und seine Kompetenzen in die Gruppenarbeit einzubringen. In der Folge einer gemeinsam durchgestandenen psychotischen Krise ist Herr M. erstmals zu einem kontinuierlichen Behandlungskontakt beim Psychiater bereit. Der SpDi lässt nichts unversucht, seine Existenzbedingungen und seine Projekte zu unterstützen: Die Mitarbeitenden lassen sich ›einspannen‹ und gewährleisten ein Mindestmaß an Zugehörigkeit und Identitätsarbeit nach innen und außen. Herr M. reguliert seine ›Gegen-Gefühle‹ zu dieser Kooperation *innerhalb der Hilfebeziehung*: in Form seiner ›Seuchen-Erzählung‹, und durch mitunter drastische Entwertungen der Profis stellt er wieder Distanz her.

Herr G. und Frau C. nutzen den gegebenen Rahmen in den ›Clubhaus‹-Tagesstätten, um soziale Aufgaben zu übernehmen, und (endlich wieder) als handelnde Personen bedeutsam zu sein. Sie finden und entwickeln ihre Projekte, legen damit die Basis für ihre ›Aufwärts-Kurven‹ und ihre Identitätsarbeit. Mit den Erfolgen wenden sie sich wieder neuen Projekten und Kontexten zu.

Am Anfang ihrer ›Karriere‹ war *Frau S.* von Psychiatrie-Profis intensiv unterstützt und gefördert worden (v. a. in ihrem künstlerischen Talent). Daraus hatte sie einen stabilen Lebensrahmen und eine anerkennungsvolle Identität aufbauen können. Heute begreift sie ihre Souveränität darin, auf Einseitigkeiten in ihren Projekten und Kontakten selbst aufmerksam zu werden, und sich daraufhin neuen Zielen und neuen sozialen Anschlüssen zuzuwenden, mit und ohne Psychiatrie-Bezug. Sie erlebt ihre Souveränität im Vermögen, ihre Bezüge und ihre Zugehörigkeiten zu ändern.

An den subjektiven Passungs-Arrangements lassen sich allgemeinere Zusammenhänge ablesen: Um in spätmodernen Zeiten als Psychoseerfahrener in der Großstadt die Kontakte zur Psychiatrie souverän zu gestalten, bedarf es Kompetenzen und Ressourcen:

- Nach den anfänglichen Sequenzen meist fremd definierter Psychiatrie-Hilfe sollte es möglich werden, einen *eigenständigen Lebensmittelpunkt* zu gründen und zu bewahren: eine eigene Wohnung, oder – als Zwischenschritt – eine therapeutische Wohngemeinschaft mit Betreuung.

- Der passende *Hilfemix* muss und kann heute mehr denn je selbst zusammengefügt werden: Die Auswahl von und Aushandlung in Experten-Kontakten wird mit zur Aufgabe der Betroffenen, die sich ihre ›Karriere‹ nun stärker selbst gestalten (müssen) als in der patriarchal organisierter Versorgung der vorangegangenen ›Moderne‹. Es braucht beides: sowohl Vertrauen und persönliche Atmosphäre in gegenseitiger Zugewandtheit als auch eine Unterscheidung nach berufsgruppenspezifischem Selbstverständnis. (Es macht wenig Sinn, einen ärztlichen Experten als Gesprächspartner bezüglich religiös inspirierter Visionen zu befragen; in der Regel wird er dazu veranlasst, über psychiatrische Interventionen nachzudenken.)
- Es bedarf der Kontakte in die Selbsthilfe-Szene und zur »Normalbevölkerung« bzw. in allgemeine gesellschaftliche Kontexte, um die Perspektiven der (Gemeinde-)Psychiatrie zu ergänzen. Das betrifft vor allem die Bereiche von Zugehörigkeit und Anerkennung, sowie von sinnvollem, identitätsstiftendem Tätigsein.
- Die Fortschreibung der eigenen Selbst-Erzählung ist wesentliches Element der Identitätsarbeit. Sie stimuliert und begleitet die Entfaltung eigenständiger Ziele, und hilft bei der Verständigung mit sich selbst, den Professionellen und anderen Mitmenschen.
- Ambivalenz und Zweifel gegenüber den Behandlungsmitteln (Medikamente, Psycho- und Soziotherapie) sind besser durch beharrliches Aushandeln mit den Helfenden zu regulieren als durch plötzliches ›Absetzen‹.
- Krisenvorsorge sollte auch den juristischen Bereich einschließen, indem Betreuungsvorfügung und Behandlungsvereinbarung hinterlegt sind für den Fall abnehmender Selbstsorge und drohender Fremdsorge.

Aus dem Gesagten ergibt sich ein Verständnis von dialogisch gefasster ›*Compliance*‹, als der von Betroffenen und Profis *wechselseitig gewonnenen Einsichten in die subjektiven Gesundheitszusammenhänge bei Psychosen*. So kann ›Passungs-Arbeit‹ als Verschränkung der beiderseitigen Perspektiven aufgefasst werden. Wesentlich dabei ist das Erkennen der individuellen Lebenslage Psychoseerfahrener – und zwar über die ›reinen‹ Krankheitszeichen hinaus – und die ›Erfindung‹ eines spezifisch passenden Erfahrungs- und Gestaltungsraumes, der ihnen ermöglicht, Lebenssouveränität (wieder) zu entwickeln.

Dieses Unterfangen gelingt leichter im Rahmen persönlich zugewandter, interessierter Beziehungen: »Aber das Persönliche, wenn das da ist, das ist für mich so wichtig. *Verstehen Sie das?*« (Herr G., 38 Jahre) Damit ist nicht gemeint, die Betreuer sollten nur nett sein. Herr L. berichtet aus seiner langen Karriere mit Respekt von jener Arbeitstherapeutin, die ihn mit Nachdruck, aber eben auch Interesse auf Unstimmigkeiten in seinem Auftreten anspricht und *gemeinsam mit ihm reflektiert*. Und begleitet wird seine ›Lebenswende‹ durch jene Ärztin, die

ihn relativ schonungslos, aber eben auch voller Sorge und Interesse mit seiner bislang unzureichenden Lebenssorge konfrontiert.

Standard-Programme, das Regelwerk großer Institutionen, Behandlungsleitlinien und formalisierte Hilfepläne erschweren das Begreifen der subjektiven Lebenslandschaft, in der sich Krankheits- wie Gesundungsereignisse abspielen. Die Befragten dieser Studie beurteilen solch formalisierte Hilfen mit großer Skepsis – ähnlich wie sie die weit verbreiteten, passivierenden Selbstdarstellungen unter Mitpatienten mit Distanz betrachten. Aus eigener Erfahrung setzen sie dagegen eine *Konzeptualisierung von wirksamer Expertenhilfe*, die aufbaut

- auf einer verständigungsreichen persönlichen Begegnung,
- auf Erreichbarkeit und Schutz gegenüber den Folgen von Psychoserisiken,
- auf Unterstützung bei den materiellen Lebensbelangen,
- auf Förderung der ermöglichenden Bedingungen für Eigenständigkeit und Gemeinschaftlichkeit (›Empowerment‹).

Die eigene Lebenssouveränität im Handeln und Gestalten, Erleben und Erleiden soll begleitet und gefördert, nicht aber ersetzt werden.

- »Die sollen keine Psychoanalyse mit mir machen, das würd' ich mir schön verbieten. Aber die sollen mir zu meinen Zielen verhelfen.« (Herr M., zu seinen Erwartungen an den SpDi)
- »Also einmal Hinführung der Patienten zu sich selber, durch Gespräche zum Beispiel, das ist auf jeden Fall wichtig. Dann, dass die Patienten in ihrem So-Sein nicht bewertet werden, weder positiv noch negativ. Sondern dass sie einfach so sind, und so wie sie sind ernst genommen werden. Dass sie dann auch mal ›Kack‹ machen, ja o.k., aber die Erfahrung werden sie früher oder später selber machen. Aber dass sie die Erfahrung überhaupt machen können, das schließt sich aus, wenn die von vornherein bewertet werden, wie sollen sie dann Erfahrungen machen! Diesen Regelsatz, wie er in der Reha-Einrichtung war, finde ich schlecht! Finde ich einfach schlecht. Diese Von-bis-Betreuung, das kann es für mich nicht sein. Sondern irgendwie, Gesprächsbegleitung klar, ganz wichtig. Dass man auch die Patienten in ihren Impulsen fördert, dass man die rauskitzelt, rausholt. ›Was wollt ihr denn? Wo wollt ihr denn hin? Wollt ihr Karriere machen? Wollt ihr – was weiß ich – ...‹ Tatsache ist, in dieser Gesellschaft muss gearbeitet werden, das ist so, jeder braucht eine Arbeit, um Geld verdienen zu können ... ›Aber ihr habt die Wahl! Was wollt ihr arbeiten? Die Wahl habt ihr in dem Rahmen, was eure Qualifikation an Möglichkeiten bietet. Also, entscheidet euch! Oder: Wozu hättet ihr am ehesten Lust?‹. Das irgendwie gemeinsam erarbeiten! So, und dann, den Leuten ... ähm, ... ja, die Möglichkeit und die Chance zur Entwicklung zu lassen, zu geben. Ich mein', das ist ein riesiger Anspruch, aber ich denke, das ist das A und O.« (Frau R., S. 25)

Zusammenfassung

Mit wachsender Entschiedenheit in der Lebensgestaltung entwickelten die Befragten auf eigene Initiative hin differenziertere Kontakte zur Psychiatrie und den Professionellen. Hilfen wurden nun auf Brauchbarkeit, Helfer auf Passung hin ausgewählt und zu einem individuellen Hilfemix verbunden, im Rahmen einer grundsätzlich selbst gestalteten Lebenspraxis. Die entstehenden Arrangements hatten einerseits langandauernden Charakter, wurden andererseits wechselnden Lebenszielen flexibel angepasst. So zeichnete sich einerseits ein Angewiesensein auf hilfreiche Bedingungen ab, andererseits eine überwiegend *souveräne Unabhängigkeit* in der aktiven Gestaltung von Hilfebeziehungen.

An den individuellen Passungsmustern konnten allgemeine Anforderungen und Ressourcen formuliert werden (z. B. eigenständiger Lebensmittelpunkt, soziale Kontakte zu Selbsthilfe und Allgemeinbevölkerung, Krisenvorsorge), die zu diesem Gestaltungsprozess beitragen, der typische Züge der Spätmoderne trägt.

›Compliance‹ konnte neu formuliert werden als der von Betroffenen und Profis *wechselseitig gewonnenen Einsichten in die subjektiven Gesundheitszusammenhänge bei Psychosen*. Eine Konzeptualisierung von ›wirksamer Hilfe‹ aus Sicht Psychoseerfahrener fokussiert weniger auf die einzelne Maßnahme oder die einzelne Professionelle – obwohl auch diese in Erscheinung treten –, als vielmehr auf die Fähigkeit von Hilfearrangements, sich in persönlich zugewandten Beziehungen auf die spezifische Lebenslage von Betroffenen einzuschwingen – und zwar über die ›reinen‹ Krankheitsanzeichen hinaus. Standardisierte Behandlungs- und Hilfeplanverfahren stoßen aus Erfahrung auf große Skepsis, ebenso wie passivierende Selbstdarstellungen in den Diskursen von Psychiatrieerfahrenen.

Diskussion

»Für keinen ist es zu früh und für keinen zu spät,
sich um die Gesundheit der Seele zu kümmern.«
(EPIKUR, zitiert nach GUSSONE & SCHIEPEK 2001, S. 115)

Zusammenfassende Bewertung der Untersuchungsergebnisse

Wohin hat die Studien-Reise durch die narrativen Erzählungen von langfristig psychoseerfahrenen Menschen in München nun geführt? Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Auswertung von – im Kern zwölf – narrativen Interviews zusammengefasst und bewertet im Hinblick auf die Ausgangsfragestellung und die ›Anschlüsse‹ in der Forschungslandschaft.

Zunächst gilt es festzuhalten, dass die Untersuchungsgruppe eine *Auswahl* von betroffenen Menschen darstellt, die ihr Spektrum durch das qualitative Design der Studie nach und nach im Laufe des Forschungsprozesses gefunden hat. Sie ist nicht repräsentativ angelegt. Die Studie wurde von einem Autor relativ unabhängig durchgeführt, der seit Jahren in der Psychiatrie-Szene Münchens als ›sozialpolitisch engagierter Professioneller‹ tätig und bekannt ist. Die Befragten konnten deshalb davon ausgehen, dass das Erkenntnisinteresse der Studie eine mit ihren Belangen vereinbare Bearbeitung finden würde.

Die Anlage des Interviews als ein nicht standardisiertes, freies ›Erzählgespräch‹ begünstigte die Teilnahme von Menschen, die im Umgang mit Selbstberichten und ad-hoc-Erzählungen bereits über einige Erfahrung verfügten, oder hier zumindest keine allzu großen Hemmungen befürchteten. Der Zugang kam je zur Hälfte über Selbsthilfekontexte und über Expertenvermittlung zustande, stellt also eine ›gute‹ und ausgewogene Mischung in der Rekrutierung her. Es nahmen schließlich *19 psychose-erfahrene Menschen* teil, die alle bereits in einem relativ ›gelungenen‹ Kompromiss bei ihrer Lebenssouveränität angelangt waren, über eine relativ zufriedene Lebensqualität verfügten und *aktuell* nicht in akuten psychosenahen Prozessen gebunden waren.

Die Ergebnisse zeigen keine repräsentativen ›Verläufe‹, sondern reflektieren – dem Charakter einer explorativen qualitativen Studie entsprechend – die Entwicklung souveräner Gestaltungsmuster anhand des Vergleichs qualitativ interpretierter und ›verstandener‹ Einzelfälle. Die subjektive Perspektive der Einzelnen ist dabei bis zur Ebene der Fallporträts – oder ›Fallstruktur-Hypo-

thesen« – erhalten geblieben. Diese geben die unmittelbare ›Essenz‹ der Untersuchungsdaten wieder.

Die Studie nimmt in besonderem Maße jene Erfahrungen auf, die nach vielen Jahren der Auseinandersetzung mit Psychoseerfahrung und souveräner Lebensgestaltung schließlich in relativ ›gut‹ gelungene Kompromisse gemündet waren – vor allem aufgrund der verfügbaren Kompetenzen der Befragten. Nicht alle Betroffenen – und ihre Kontexte – können jedoch über diese persönlichen und sozialen Ressourcen verfügen, und nicht alle gewinnen jene positive Erfahrungen (die auch leichter über die unvermeidlichen Enttäuschungen hinweghelfen). Auch »kämpfen« nicht alle vergleichbar eigenwillig für ihre Selbstständigkeit – aus welchen Hinderungsgründen oder Rücksichtnahmen auch immer.

Die »Stärke« der Studie liegt damit nicht in ihrer repräsentativen Abbildung von ›Wirklichkeit‹, sondern vielmehr darin, aus einem Verständnis subjektiv mehr oder weniger ›gelungener‹ Lebensgestaltungen Hinweise zu geben

- auf individuell sinnvolle Identitätsstrategien,
- auf die subjektorientierte Gestaltung von Hilfebeziehungen,
- auf eine an den Personen und ihren Lebenslagen orientierte Organisation gemeindepsychiatrischer Versorgung.

Die Studie stärkt den Möglichkeitssinn dafür, wie auch in einem Lebenslauf mit Psychosen Souveränität erweitert werden kann. Dies mag sich gerade auch für jene Betroffene positiv auswirken, die eher am Anfang oder in einer schwierigeren Phase ihrer souveränen Lebensgestaltung stehen, und (noch) über wenig Abstand zu ihrem Psychosegeschehen verfügen. Oder die – wie Frau So. es ausdrückte – »nicht so viel Glück im Leben hatten«.

Der Verwendung eines narrativen Interviewstils ist es zuzuschreiben, dass die *Erzählung eigener Lebensgestaltung* das Hauptthema darstellt, innerhalb dessen die Erfahrungen mit psychiatrischen und gemeindepsychiatrischen Hilfen ihren Platz finden: Erfahrungen mit Hilfe werden als Teil des übergeordneten Themas Lebensgestaltung repräsentiert. Dementsprechend sind die *Ergebnisse der Untersuchung in fünf Bereichen von Identität und Lebenssouveränität* gefasst, und nicht etwa nach verschiedenen Hilfeformen und -erfahrungen gegliedert:

Bei der *Regulierung des sozialen (Unterstützungs-)Netzwerks* fällt auf, dass die Mehrzahl der Befragten alleine im Singlehaushalt lebt, gleichwohl ein nach Breite und/oder Tiefe differenziert ausgeformtes soziales Netz um sich geknüpft hat, das neben weiteren Aspekten von Lebensqualität – wie Freizeit, Kultur, Gemeinschaftlichkeit, Bindung – *auch* der Sicherung eigener Autonomie gegenüber den Lebensrisiken dient. Die Stile reichen dabei in einem Spektrum von *dichten und multiplexen Bindungen* bis zu (zahlreichen) *lockeren und diversifizierten Kontakten*. Sogar ein distanzierter Kontaktstil (›*positive withdrawal*‹) konnte

hierzu gezählt werden, insofern er sozialen Überforderungen vorzubeugen hilft und sofern er ausreichend Anchlüsse zur sozialen Wirklichkeit ermöglicht.

Bei ihren Herkunftsfamilien lebende Gesprächspartner waren dagegen stärker loyal gebunden und konnten weniger sozialen »Spielraum« und persönlichen »Identitätsraum« entfalten. Sie waren in ihrer Lebenssituation insofern weniger zufrieden und stärker von Risiken für die seelische Gesundheit bedroht.

In der Regulation von Kontaktweisen – selbst in einem zurückgezogenen Kontaktstil – *liegt eine selbstsorgende, gesundheitsachtsame Ressource zur souveränen Lebensgestaltung*. Diese Ressource vermag eine risikoreiche Abstimmung zwischen inneren Prozessen und äußerer Welt fein zu regulieren, z. B. Überforderungen vorzubeugen oder Belastungen in einem Unterstützungsnetzwerk aufzufangen. Sie kann psychosozial fördernden Prozessen entgegenwirken und das Gelingen einer persönlichen Lebenssouveränität fördern. Als verbindendes Band der unterschiedlichen Kontaktstile war – im Anschluss an Jessica Benjamin – die »*Dialektik von Autonomie und Bezogenheit*« erkannt worden.

Überraschend an diesen Ergebnissen ist zum einen die beschriebene Dichte bzw. Breite des geknüpften sozialen Netzes: Sie kontrastiert mit den bekannten Ergebnissen quantitativ-standardisierter Studien (siehe Kap. »Zum Stand der Forschung über die subjektive Perspektive auf psychische Erkrankung und psychiatrische Versorgung«), welche über eine geringe Reichweite und Verarmung der sozialen Netze von chronisch Psychosekranken berichten. Zum anderen kann sich in einem zurückgezogenen Kontaktstil nicht nur eine Folge der Erkrankung zeigen, sondern möglicherweise auch eine positiv wirksame Ressource, welche die eigenen Kräfte vor Überforderung zu schützen hilft.

Obwohl die Erkrankung und ihre sozialen Folgen eine schmerzliche Abkehr von ursprünglichen Lebensentwürfen erzwang, vermochten es die Befragten mit überwiegend großem Erfolg, *neue Kontexte von sozialer Anerkennung und Teilhabe, als Bausteine für neue Identitätsentwürfe* aufzubauen:

- einen eigenständigen Lebensmittelpunkt im Sinne einer eigenen Wohnung und eines selbst gestalteten Umfeldes,
- eine Verankerung im Bereich Arbeit/Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement/schöpferischer und produktiver Tätigkeit (*häufig in einer Kombination aus Lohn-/ersatz + Zuverdienst + soziokulturelles/bürgerschaftliches Engagement + Neigungsgruppen*), überwiegend jenseits des ersten Arbeitsmarktes,
- eine reale und »gefühlte« Zugehörigkeit zu verschiedenen Gruppen und Gemeinschaften *in- und außerhalb* der Psychiatrie-Szene (Integration),
- eine Wiederherstellung der Eigenständigkeit als Rechts-Subjekt (→ Beendigung von gesetzlicher Betreuung und Entmündigung).

Häufig wurden diese »Aufwärtsbewegungen« im Lebenslauf möglich, nachdem Tiefpunkte und sensible Lebenspassagen die Gesprächspartner vor *existenzielle*

Entscheidungen gestellt hatten. Daraus folgte eine stärkere Besinnung auf eigene Selbstachtung und -anerkennung. Es wurde wichtig, an *eigenen* Maßstäben für die Richtigkeit und Stimmigkeit von persönlichen Zielen zu ›feilen‹, und *eigene* Projekte zu erproben. Bei dieser *Identitätsarbeit ›nach innen‹* erwiesen sich die vormals bzw. vor der Erkrankung verfolgten Werte und Ziele häufig als übernommen und nicht ausreichend auf die Verträglichkeit für die eigene Person hin überprüft (z. B. in Form überfordernder Leistungs Ideale). Ein Umbau des persönlichen Werte- und Zielekanons war häufige Folge.

Über die individuell unterschiedlichen Zielformulierungen hinaus wurde *auf einer Prozessebene* die grundsätzliche Bedeutung von *Selbstachtung, Stimmigkeit und Sinn-Schöpfung* für die eigene souveräne Lebensgestaltung herausgearbeitet.

Auch für die Bereiche *Zugehörigkeit und Integration* konnte ein überraschendes Fazit gezogen werden: Aus der Zeit *vor* der ersten Psychose wird überwiegend ein weitaus geringeres und vor allem brüchigeres *Gefühl* von Zugehörigkeit geschildert als *nach* dem durch Psychosen ausgelösten Umbruch des Lebensentwurfs, und der darauf einsetzenden Aufbauarbeit an einer neuen und mehr *›authentischen‹* Identität. Das verweist zum einen auf ein hohes salutogenes Potenzial der Gesprächspartner bei ihrer (Wieder-)Einbettung in einen gelingenden Lebenszusammenhang, zum Zweiten auch auf die wirksame Unterstützungskraft der gemeindepsychiatrischen Settings in Wohngemeinschaften, Tagesstätten und »Szene«-Treffpunkten: *Das Netz gemeindepsychiatrischer Arrangements und die ›Szene‹ psychiatrie-erfahrener Menschen in der Großstadt ermöglichen Erfahrungsräume für Zugehörigkeit und Inklusion – im Übergang oder auf Dauer – der sich qualitativ und quantitativ positiv von den Interview-Schilderungen aus der ›prä-psychotischen‹ Zeit abheben.*

Das Gefühl ›dazuzugehören‹ konnte sich bei vielen Gesprächspartnern allmählich über einen konkreten Betreuungskontext hinaus erweitern, zugunsten einer Einbettung in die Selbsthilfe-Kontexte und die allgemeinen Netzwerke des Gemeinwesens. Die bekannte Kritik an der Gemeindepsychiatrie im Sinne eines *›ambulanten Gettos‹* wird damit nicht vollends entkräftet. Dennoch gilt es festzuhalten, dass Betroffene hier Bezüge und Zugehörigkeiten von einer Tragfähigkeit entwickeln können, wie sie in den Primärsystemen und/oder ihrer natürlichen, ›normalen‹ sozialen Umwelt bislang *nicht* erfahren wurde.

Auf dem Hintergrund der skizzierten erfolgreichen Identitätsprojekte, der gewachsenen Selbstsorge-Fähigkeiten, und der – mit eigener, solidarischer und professioneller Hilfe – neu gestalteten Zugehörigkeiten *konnte die Mehrzahl der Befragten ein positives Resümee ihrer aktuellen Integration* ziehen:

- Die Vorsorge gegenüber den Folgen möglicher erneuter Psychosen hatte ein stabiles und sozial eingebundenes Niveau erreicht – die Furcht vor erneuter sozialer Ausgrenzung war dadurch weitgehend gebannt.

- Die Einbußen im beruflichen Bereich konnten durch Teilzeit- und Nebenerwerbstätigkeiten teils ausgeglichen, teils durch Selbsthilfe und soziokulturelles Engagement befriedigend und den eigenen Kräften angemessen kompensiert werden.
- Durch Übernahme von sozialer Verantwortung in Gemeinschaften (den ›Club-Häusern‹, im Selbsthilfe-Kontext oder anderen öffentlichen Arrangements) konnte die Befürchtung überwunden werden, ›als psychisch Kranker nicht mehr gebraucht zu werden‹.

Auch dieses Resultat kontrastiert zunächst mit dem wissenschaftlichen wie dem gängigen Alltagsbild von der unzureichenden Integration psychisch Kranker und der mangelnden Inklusionskräfte in Öffentlichkeit und Gesellschaft. Beide Positionen stehen sich nur scheinbar entgegen: Während die *objektiven Parameter* ein allzu deutliches Bild von den bestehenden Integrationshürden zeichnen (z. B. in Form von Frühberentungen, Langzeitarbeitslosigkeit, karger sozialer Teilhabe ...), deuten die Ergebnisse *dieser Studie* auf die *subjektiven Optionen*, durch selbst gestaltete Identitätsprojekte (›Kohärenzarbeit‹) ein befriedigendes Maß an Lebensqualität, eine hohe Übereinstimmung mit inneren Werten (›Authentizität‹), eine gefestigte soziale Teilhabe und Anerkennung zu erreichen. Dadurch werden zufriedenstellende Kompromisse auch innerhalb einer objektiv schwierigen Lage möglich – und manches Mal ein ›besseres Leben‹ als in ›fremd gelebten Lebensläufen‹ vor der Psychose.

Dies betrifft zumindest die Lebens- und Unterstützungsbedingungen in der Großstadt – in ländlichen Regionen sind die Möglichkeiten für offene und flexible Identitätsprojekte anders und begrenzter, insofern mögen die Zusammenhänge dort anders gewichtet sein: ein Anknüpfungspunkt für weitergehende Forschungen.

Kongruent mit dem Gelingen selbst gestalteter Lebensentwürfe zeigte sich die *Fähigkeit und Praxis, eine Selbst-Erzählung zu entwickeln, in der es ›aufwärts‹ geht*. Eine ›progressive Narration‹ stimuliert ihrerseits die inneren Ressourcen, die man für das Gelingen des eigenen Lebensentwurfes braucht. Erkennbar zeigte sich der Aufwärts-Trend daran, dass die Erzählenden überwiegend eine Position des handlungswirksamen *Akteurs der eigenen Geschichte* bezogen – wesentlich deutlicher als sie dies aus der Zeit vor den Psychoseerfahrungen berichteten.

Durch das Studiendesign zugunsten ›erzählgeübter‹ Teilnehmer trat dieser *Zusammenhang zwischen Lebenssouveränität und Selbst-Narration* besonders klar zutage – auch wenn er aus der *Diskursiven Psychologie* (vgl. eine aktuelle Darstellung bei QUINDEL 2004, S. 103 f.) und dem *Konzept der sozialen Repräsentationen* prinzipiell bekannt ist.

Eine Umsetzung in die psychosoziale Praxis führt folglich zu Projekten, in denen ein *Erzählraum* auch für weniger ›Geübte‹ eröffnet wird, um Selbst- und

Gemeinschafts-Narrationen weiterzuentwickeln. Die bekannt gewordenen *Psychoseseminare* oder ›*Trialoge*‹ gehen in ihrem Anliegen und in ihrem Erfolg u. a. auf diesen Zusammenhang zurück.

Mit wachsender Entschiedenheit in der Lebensgestaltung entwickelten die Befragten *differenziertere Kontakte zur Psychiatrie und den Professionellen*. Hilfen wurden nun auf Brauchbarkeit, die Helfer auf Passung hin ausgewählt und zu einem individuellen Hilfemix verbunden, im Rahmen einer grundsätzlich selbst gestalteten Lebenspraxis. In Anerkennung des eigenen Angewiesenseins auf unterstützende Bedingungen *fassten die Befragten ihre Souveränität nicht in der Abstinenz, sondern in der eigenen (Mit-)Gestaltung von Expertenkontakten auf*. Sie hatten sich darauf eingestellt, auf absehbar lange Lebenszeit Psychiatrie-Kontakte in Anspruch zu nehmen und zu »pflegen« – in dem Sinne, dass sie nicht in erster Linie eine Leistung ›konsumieren‹ oder fremdgesetzten Maßstäben folgen, sondern mit professionellen Bezugspersonen eine Beziehung gestalten, die der Förderung ihrer *eigenen Ziele* und Lebensumstände dienlich ist. Professionelle Hilfen auf diese Weise zu nutzen, war der eigenen Identität und Souveränität nicht (mehr) abträglich.

Aus dem Gesagten ergab sich ein Verständnis von dialogisch gefasster ›*Compliance*‹, als der *von Betroffenen und Professionellen wechselseitig gewonnenen Einsichten in die subjektiven Gesundheitszusammenhänge bei Psychosen*.

Eine *Konzeptualisierung von ›wirksamer Hilfe‹ aus Sicht Psychoseerfahrener* fokussierte weniger auf die einzelne Maßnahme oder die einzelne Professionelle, als vielmehr auf die *Fähigkeit von Hilfearrangements, sich in persönlich zugewandten Beziehungen auf die spezifische Lebenslage von Betroffenen einzuschwingen – und zwar über die ›reinen‹ Krankheitsanzeichen hinaus*. Daraus können individuell passende, ›ermöglichende Bedingungen‹ gefunden oder aufgebaut werden, die es erlauben, eigene Lebenssouveränität weiterzuentwickeln. An den subjektiven Wendephasen in den Lebensläufen waren solcherart *gelungene Passungen* vielfach ablesbar geworden: zwischen Betroffenen und (einigen) Helfenden, zwischen spezifischen Lebenslagen und spezifisch hilfreichen Bedingungen (wie etwa Auszug aus dem Elternhaus und Einzug in eine therapeutische Wohngemeinschaft).

Mit großer Skepsis wurden dagegen formalisierte Hilfepläne, standardisierte Behandlungsprogramme und das Regelwerk großer Institutionen betrachtet.

Eine Einschränkung der vorgelegten Ergebnisse ist – neben der studentypischen Selektivität zugunsten ›erzählfreudiger‹ und psychisch relativ stabiler Psychoseerfahrener – sicherlich darin zu sehen, dass es sich bei der Erhebung um einmalige, retrospektive Interviews handelt, also um ›*Momentaufnahmen*‹. Aufschlussreich und dem Prozessverständnis qualitativer Forschung gut entsprechend wären Follow-up-Erhebungen zu einem späteren Zeitpunkt – mit der Fragestellung, welche Entwürfe die Befragten inzwischen gelebt haben, und welche Erzählungen sie darüber finden. (Die *Berliner Studie* hatte diese Mög-

lichkeit, in drei ›Wellen‹ über fünf Jahre hinweg schizophrene Menschen zu begleiten – und daraus »eine Beschreibung der subjektiven Lebenswirklichkeit chronisch psychisch Kranker zu fertigen – ›wie es ist, psychisch krank zu sein‹«. ZAUMSEIL & LEFERINK 1997, S. 84)

Die Studie schließt mit Ansatz und Ergebnissen an die in den vergangenen Jahren im deutschsprachigen Raum entstandenen *qualitativen Studien zu den Lebensgestaltungen* (›Krankheitsverarbeitungen‹) psychisch kranker Menschen an. Neben den zitierten großen Studien in Berlin (ZAUMSEIL et al. 1997) und Hamburg (BOCK 1997) seien neuere Studien erwähnt wie diejenigen

- von GUTKNECHT (2004) aus einer psychiatrischen Tagesklinik: »Wie Psychiatriepatienten ihre Krankheit verarbeiten« – (›Die Untersuchung zeigt den Gewinn, der in der Beschäftigung mit der Perspektive des Patienten liegt« – aus der Inhaltsbeschreibung)
- von KRISCHKE (2006) über die subjektive Beurteilung der Zwangseinweisungspraxis in Bremen
- von AMERING & SCHMOLKE (2007) über das ›Recovery‹-Konzept anhand der Selbstbeschreibung Betroffener.

Verbindendes Element der Ergebnisse ist die jeweils einkehrende Überraschung der Forscher/Professionellen über die Vielfalt und Breite der subjektiven Repräsentationen und Bearbeitungsformen psychisch Kranker, die dann zum Ausdruck kommt, wenn die Befragungen nicht auf standardisierte Verfahren beschränkt, sondern (auch) auf Narration und qualitatives Verstehen gegründet sind. Die wiederkehrend beschriebene Differenz zwischen Betroffenen- und Experten-sichtweisen ist ein wichtiger Hinweis auf anstehende beiderseitige ›Passungsarbeiten‹.

Qualitative Methodik entdeckt andere, subjektivere ›Wirklichkeiten‹ als diejenigen, die uns aus quantitativ-objektivierenden Studien bekannt sind und erwartbar scheinen. Das ›Bild der Schizophrenie‹ bewegt sich: Es zeigt auch bei den Forschungsergebnissen eine Flexibilität, die mit der soziokulturellen Modernisierung unserer Vorstellungen einhergeht.

Natürlich können sich beide Forschungsperspektiven gewinnbringend ergänzen – wenn es denn gelingt, sie in ein praktikables Studiendesign zu bündeln. Die aus dem klinischen Sektor der Psychiatrie stammenden Forschungen folgen nach wie vor einem überwiegend quantitativ messbaren Focus und einem deskriptivem Verständnis. Ihre ›qualitativen Anbauten‹ – wie Lebensqualität, Behandlungsbeurteilung, Netzwerkbildung u. Ä. – führen dann zu eher verwirrenden Interpretationen, wenn sie weiterhin einem Paradigma der Messbarkeit und Objektivierbarkeit folgen (vgl. das Forschungskapitel dieser Arbeit).

Ein ›reifes‹ Design müsste also tatsächlich die Spezifika beider Perspektiven zusammenführen – etwa die grundlegenden Dimensionen einer Fragestellung

qualitativ zu explorieren, und dies als Ausgangspunkt einer quantitativ vergleichenden Erhebung zu nehmen. Die in der vorliegenden Studie ermittelten fünf Bereiche souveräner Lebensgestaltung könnten z. B. Ausgangspunkte für eine weiter gefasste, unter quantitativen Gesichtspunkten vergleichende Studie werden. Eine solche zukunftsweisende Bearbeitung erfordert allerdings Ressourcen, die im Forschungsbetrieb eher selten zur Verfügung stehen.

Eine Folgerhebung mit einer Vergleichsgruppe – im soziokulturellen Kontext München – könnte sich gewinnbringend der Fragestellung widmen, welche Auswirkungen die zwischenzeitlich dominierende ›*Ökonomisierung Sozialer Qualität*‹ (vgl. DEDERICH 2005) – also die Formalisierung, Standardisierung und Begrenzung öffentlicher Hilfen – auf die Entwicklung von Hilfearrangements und auf die Repräsentation souveräner Lebensgestaltungen bereits zeitigt. Beispielsweise könnte dadurch eine derzeit (2007) durch die Sozialhilfeträger anlaufende Evaluation zum ›Hilfeplanverfahren‹ in Bayern qualitativ um die ›subjektive Seite der Medaille‹ ergänzt werden.

Bezüge zu Theorie und sensibilisierenden Konzepten

Im Anschluss an die qualitative Analyse wird als sinnvoll angesehen, einen Rückbezug auf relevante Theorie und sensibilisierende Konzepte der Fragestellung zu nehmen. Dadurch kann die Angemessenheit der Befunde geprüft, und eine Verortung auf der »wissenschaftlichen Landkarte« vorgenommen werden.

Gesellschaftliche Modernisierung

Mit den Ergebnissen spricht vieles dafür, dass souveräne Lebensgestaltungen nach Psychoseerfahrungen eine Option darstellen, die heute eher möglich geworden ist – u. a. durch die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten und die Umkehr einer vormals sozial ausgrenzenden Betreuungspraxis. Eine wichtige Rolle dabei spielen *soziokulturelle Modernisierungserscheinungen*, die dazu geführt haben – so argumentieren ZAUMSEIL & LEFERINK (1997) – Schizophrenien und chronische Psychosen aus dem Verdikt der bedrohlichen, gefährlichen und unheilbaren Erkrankungen zu befreien, welche eine dauerhafte Fremdbetreuung erforderlich machen würden. Eine psychotische Erkrankung wird heute völlig anders gedeutet als noch in – nicht allzu lange – zurückliegenden Jahren und Jahrzehnten. Die soziokulturelle Meta-Erzählung der Schizophrenie hat sich gewandelt, ›modernisiert‹. Demnach ist es ›heute‹ in der sozialen Repräsentation wie in der eigenen Identität sehr viel leichter *vorstellbar*, Psychosen zu *bewältigen* und ein selbstständiges, gelingendes, sozial verbundenes und befriedigendes Leben *in der Gemeinde* zu

führen. Passende, (gemeinde-)psychiatrische und allgemeine gesellschaftliche Hilfen lassen dies auch in der *tatsächlichen Umsetzung* leichter zu. Allerdings verlangt diese ›Verheißung‹ von den Betroffenen ein hohes Maß an Eigenarbeit, an persönlichen, kommunikativen und sozialen Kompetenzen: *Sie muss als spät-moderne Form von Identitätsarbeit errungen werden* – z. B. durch Entwicklung eigener Identitätsprojekte (häufig jenseits des klassischen ersten Arbeitsmarktes), durch flexible Ausbalancierung verschiedener Identitäts-Bausteine, durch einen individuell zu erstellenden Hilfemix, durch eine dem eigenen Kontaktstil gemäße soziale Einbindung, durch Stärkung der eigenen Selbstsorge-Fähigkeiten.

»*Identitätsfindung bedeutet, für sich eine Perspektive zu finden, die einen in die Lage versetzt, sinnhaft zu handeln. Eine individualisierte Gesellschaft ist ... eine, in der einzelne Individuen ihren Lebenssinn zunehmend selbst herausfinden und sich aktiv dafür entscheiden müssen. Die einzelne Person wird zur Steuerungseinheit und die Begründung ihres Handelns muss ihr sinnvoll erscheinen*« (KEUPP 2005, S. 6), also zum je ›eigenen Maß‹ und Lebenskontext passen.

Diese Modernisierung zeigt sich in der Großstadt möglicherweise stärker fortgeschritten als in ländlichen Regionen: Die Befragten dieser Studie lebten ganz überwiegend allein in eigener Wohnung, partnerschaftlich und familiär ungebunden, dafür mit flexiblen Optionen in der Gestaltung von sozialem und ›Arbeits‹-Alltag. Ganz offensichtlich schätzen und nutzen sie die Chancen der Individualisierung, tragen die Lasten und Risiken, und verbünden sich eher solidarisch/wahlverwandtschaftlich als in traditionellen Familienmodellen. Es ist davon auszugehen, dass Individualisierungsprozesse innerhalb verschiedener gesellschaftlicher Milieus unterschiedlich verlaufen, und mithin auch milieuspezifische Ausprägungen von souveränen Lebensstilen existieren.

Ein Vergleich mit den ›verwandten‹ qualitativen Studien aus *Berlin, Hamburg und Leipzig* weist beispielsweise aus, dass in dieser ›Münchener Studie‹ die formalen Bildungsabschlüsse am höchsten liegen, die Zahl der ›familienfern‹ und unverheiratet in eigener Wohnung Alleinlebenden am größten ist, die Sozialhilfe am wenigsten zum Gesamteinkommen beiträgt und die geäußerte Lebenszufriedenheit die größte Ausprägung zeigt (vgl. ZAUMSEIL & LEFERINK 1997, BOCK 1997, JUNGBAUER 2002).

»Individualisierung« in diesem Sinne meint *Enttraditionalisierung*, aber auch das Gegenteil: die ›Erfindung von Traditionen‹.« (BECK 1995, S. 13) So ist die enorme Bedeutung, welche den ›Szene-Treffpunkten‹ der Psychiatrieerfahrenen in den Erzählungen beigemessen wird, zu verstehen als ›Erfindung‹ einer neuen Form von Sozialität mit eigenen Traditionen.

Gesundheitsförderung – Salutogenese

Die Weltgesundheitsorganisation hatte – nach Abkehr von ihrer berühmt gewordenen Formel des ›umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens‹ – bereits in den 80er-Jahren ein Konzept von Gesundheit und ihrer Förderung entwickelt, das die psychosozialen, gemeinschaftlichen, demokratischen Aspekte betont, und v. a. Gesundheit als individuellen und kollektiven Gestaltungsprozess begreift:

- »Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch,
- dass man sich um sich selbst und andere sorgt,
- dass man in die Lage versetzt ist, Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch,
- dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.« (Ottawa-Charta der WHO von 1986)

»*Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000*« lautete eine daraus abgeleitete, ehrgeizige und bewusst utopisch gehaltene Kampagne der WHO. Darin wird skizziert, wie sich Einzelne, soziale Gemeinschaften und die Gesellschaft insgesamt auf den Weg machen, um die Bedingungen für gesunde Lebensweisen Schritt für Schritt zu verbessern.

Die Leitidee einer »*Gesunden Stadt*« ist im gleichnamigen WHO-Projekt (1992) so formuliert: »Sie verbessert kontinuierlich die physischen und sozialen Lebensbedingungen und fördert die Entfaltung gemeinschaftlicher Aktions- und Unterstützungsformen, beides mit dem Ziel, die Menschen zur wechselseitigen Unterstützung in allen Lebenslagen zu befähigen und ihnen die maximale Entfaltung ihrer Anlagen zu ermöglichen.«

Keupp fasst diese Ansätze zeitgemäß zusammen:

- »Lebenserfahrungen, in denen Subjekte sich als ihr Leben Gestaltende konstruieren können, in denen sie sich in ihren Identitätsentwürfen als aktive Produzenten ihrer Biographie begreifen können, sind offensichtlich wichtige Bedingungen der Gesunderhaltung.« (KEUPP 2005, S. 11)
- »Es spricht sehr viel dafür, die eigentlichen Bedingungen für Gesundheit in spezifischen Lebensweisen zu sehen.« (ebenda, S. 7)

Diese Vorstellung einer ›modellierbaren Gesundheitslandschaft‹ greift der israelische Gesundheitsforscher Antonovsky in seinem Modell der ›*Salutogenese*‹ auf und formuliert darin eine Alternative zur Pathogenese, zur Entstehung von Krankheiten. Er stellt dabei die Ressourcen – oder ›Widerstandsquellen‹ – in den Mittelpunkt, die ein Mensch mobilisieren kann, um mit widrigen, belastenden und widersprüchlichen Lebensumständen produktiv umzugehen, Krankheitsprozessen entgegenzuwirken, und sich aus eingetretenen Krankheiten wieder genesend hervorzuentwickeln (vgl. ANTONOVSKY, dt. 1997). Zu den Ressourcen zählen körperliche, psychische, materielle und psychosoziale, die in ihrer Wirksamkeit

von einer zentralen subjektiven Kompetenz moderiert werden: dem ›*Gefühl von Kohärenz*‹ (›*sense of coherence*‹). Diese Gewissheit eines inneren Zusammenhangs bringt zum Ausdruck, inwieweit Menschen

- ihre innere wie äußere Welt als verstehbar, vorhersehbar und nachvollziehbar erleben (›*Verstehbarkeit*‹),
- die ihnen gestellten Aufgaben mithilfe der erreichbaren Ressourcen als lösbar begreifen, die Anforderungen also nicht dauerhaft überhöht oder zu niedrig sind (›*Handhabbarkeit*‹),
- für ihre Lebensgestaltung sinnvolle Ziele erkennen, für die es sich einzusetzen lohnt (›*Sinnhaftigkeit – Bedeutsamkeit*‹).

Antonovsky reicht damit über die klassische Stress- und Bewältigungsforschung im Anschluss an Lazarus hinaus, in dem er der Sinn-Dimension einen prominenten Platz einräumt, innerhalb eines Lebens-›Flusses‹, der fortwährend in einem Kontinuum zwischen dem Pol der Gesundheit und dem Pol der Krankheit strömt. Er betont Ressourcen und Potenziale von Menschen, macht Gesundheit jedoch nicht zu einer Angelegenheit von ›Fitness‹, guter Laune und positivem Denken. Erfahrungen von Leid und Scheitern bleiben mit im Blick, sie erhalten sogar einen wichtigen Platz bei der Arbeit an der eigenen Kohärenz.

Sein Modell bleibt indes reaktiv auf ›Stressoren‹ bezogen. In zeitgemäßem Verständnis sind ›pro-aktive‹, direkt gesundheitsfördernde Kompetenzen zu ergänzen, etwa die Fähigkeit zu ›euthymem‹, genussvollem Erleben. Es geht nicht nur um ein den widrigen Umständen abgerungenes, asketisches Leben, sondern um eines, das sich auch in Freude, Zufriedenheit und Bezogenheit entfaltet. Und natürlich bleiben individuelle Bewältigungs- und Gestaltungsressourcen angewiesen auf und zugleich begrenzt durch die materiellen und kulturellen Umgebungsbedingungen.

Die Ergebnisse der hier referierten Studie über Lebenssouveränität mit Psychosen schließen eindrucksvoll an diesen beiden Konzepten an – ›obwohl‹ beide nicht explizit für den Bereich psychischer Gesundheit formuliert worden waren: Sowohl die Bedeutung der subjektiven Lebens-Kohärenz als auch das Erfordernis von passender sozialer Einbindung und von ermöglichenden gesellschaftlichen Bedingungen kommen in den ›relativ gelungenen‹ Lebensgestaltungen der Gesprächspartner klar zum Ausdruck. Als überraschend ist möglicherweise die Gestaltungskraft zu werten, die in den Lebensläufen *dann* wirksam wird, *wenn* persönliche Ziele ›gefunden‹ und in die Lebenspraxis umgesetzt werden – und die ›Kraft der Selbsterzählung‹, die den Aufwärtstrend der Lebensgeschichte begleitet und stimuliert.

Für die Bedeutung des Kohärenz-Gefühls spricht zudem der Befund, dass es in den Erzählungen kaum mehr um die Vermeidung weiterer Psychosen ging: Selbst-Sorge und Vor-Sorge waren so weit austariert, dass eine Wiedererkrankung

kung subjektiv als unwahrscheinlich galt, und/oder dass die schädlichen Folgen einer ›unvermeidlichen‹ Krankheitsepisode durch die Einbettung in sorgsame Netzwerke als vermindert angesehen werden konnten. Tatsächlich lagen bei den Befragten – mit einer Ausnahme – akute psychotische Episoden bereits viele Jahre zurück:

Der beste Schutzschild gegenüber Psychosen (und ihren Folgen) zeigte sich in einem ›kohärenten‹ Lebenszusammenhang. Die Geschichte von Herrn V. (Fallporträt 2) kann als prototypisch hierfür gelten.

Durch den qualitativen Ansatz der Studie wurde dieser ›subjektive Faktor‹ für den Erkrankungs- und Lebensverlauf verstehend herausgearbeitet. Die Ergebnisse schließen – über einen anderen methodischen Zugangsweg – an die Zusammenfassung von Marneros an, der im Standardwerk zur Schizophrenie von Häfner schreibt:

»Übereinstimmend mit einem großen Teil der Autoren, die Verlaufsforschung bei schizophrenen Patienten betreiben, bleibt festzuhalten, dass sich durch einzelne Prädiktoren meist nur ein geringer Teil der Varianz klären lässt. Zu berücksichtigen bleibt die große Individualität der Verläufe. Überzeugend bleibt damit auch die wiederholt vorgebrachte Meinung, dass der wichtigste Prädiktor für den individuellen Verlauf der jeweilige individuelle Verlauf selbst sei.« (HÄFNER 1996, S. 114)

Souveränität als spätmoderne Leitvorstellung eigengestalteten Lebens (im Anschluss an Böhme) –

›Die Sorge um sich‹ als zeitgemäße Lebenskunst (im Anschluss an Foucault)

Als Schlüsselbegriffe und sensibilisierendes Konzept dieser Studie wurden ›Souveränität‹ und ›souveräne Lebensgestaltung‹ gewählt – nachdem sich die zunächst gesetzten ›key codes‹ ›Gesunderhaltung‹, ›Psychosebewältigung‹ oder ›Integration‹ als zu normativ und zu nahe an professionellen/gesellschaftlichen Erfolgskriterien herausgestellt hatten. Im gängigen Sprachgebrauch – Ausdruck von sozialer Repräsentation – ist Souveränität positiv und in Bezug auf die Fähigkeit zur Selbstgestaltung des eigenen Lebenszusammenhanges konnotiert, also inhaltlich und normativ weiter gefasst als ›expertenlastige‹ Gesundheitsmodelle.

Hat sich diese Wahl nun bewährt, lassen sich auf diesem Kurs relevante Phänomene entdecken und zuordnen? Zeichneten sich Anschlüsse zu weiteren Konzepten ab, und wie erweiterte sich das Verständnis?

Gernot Böhme hat – in seinen Darmstädter Vorlesungen zur »Anthropologie in pragmatischer Hinsicht« (BÖHME 1985) – ein »neues Bild vom Menschsein« skizziert, das sich von jenem des autonomen Subjektes der westlichen Aufklärung abhebt, und darin eine ›souveräne Lebensgestaltung‹ als Leitvorstellung des Lebens ins Zentrum gerückt:

»Welcher Mensch erscheint heute auf dem Hintergrund des vielfältigen Wissens vom Menschen? Im Unterschied zum autonomen Vernunftmenschen Kants möchte ich ihn den souveränen Menschen nennen. Souveränität wird häufig mit Herrschaft in Verbindung gebracht. In diesem Sinn will ich das Wort nicht verstanden wissen. Der souveräne Mensch unterscheidet sich von dem autonomen gerade nicht durch die Steigerung der Herrschaft über sich selbst und über andere. Souveränität in diesem Sinne heißt eher, nicht über alles herrschen zu müssen.« (BÖHME 1985, S. 287 ff.)

Souveräne Lebensgestaltung im Profil von Böhme:

- meint die eigenständige, selbsttätige, gelassene Bestimmung der eigenen Lebensbelange, im bewussten Anerkenntnis des inneren wie äußeren Angewiesenseins auf unterstützende andere Menschen, materielle Sicherheiten und ermöglichende Bedingungen;
- meint die Leistungen anderer anerkennen, und eigene Niederlagen ertragen zu können; die Fähigkeit, sich vom anderen betreffen zu lassen, sich etwas widerfahren zu lassen; (im Unterschied zu *Freud*, dessen Arbeits- und Liebesverständnis von je eigener Aktivität gezeichnet ist); »Die Souveränität besteht vor allem in der Zulassung des Anderen. Der souveräne Mensch weiß, dass er nicht die ganze Wahrheit vertritt und dass seine Form des Daseins nur einen Teil der Menschheit ausmacht. Er wird mit sich selbst leben als Teil eines größeren Zusammenhanges.« (S. 289)
- meint *kompetente* Lebensgestaltung: »Zwar wird auch der souveräne Mensch auf Dienstleistungen durch andere, wird auch er auf Expertenwissen angewiesen sein. Aber er wird sich dabei niemals ganz als Objekt in die Hände der anderen begeben. Er wird in Auseinandersetzung mit den Experten selbst herausfinden, welche Art von Hilfe er braucht, und er wird nicht unnützlich und vorschnell sich anderen überlassen.« (BÖHME, S. 288) Das erfordert die Bereitschaft, Niederlagen und Schmerzen auszuhalten.
- gründet auf eine ethische Kategorie des »Sich-Lassens«, steht damit zwischen »aktiv« und »passiv« (entspricht der im Altgriechischen vorhandenen grammatischen Form des *Mediums*), lebt als Teil des Ganzen und weiß sich damit in Verbindung zu setzen; z. B. durch eine mittlere Position zwischen einem »Psychose-Vorsorge-Wahn« und der Verleugnung des eigenen Mitwirkens bei der Entfaltung einer Psychose;
- ist sich des »anderen« der eigenen Vernunft, der Kehrseite der Rationalität und der Strömungen an (eigener) Unvernunft gewahr, verzichtet aber auf deren Beherrschung und Ausgrenzung;
- ist sich gewahr des eigenen Angewiesenseins auf mitsorgende Regulierung von außen.

BÖHME bringt klar zum Ausdruck, dass Souveränität nicht für sich alleine gelebt werden kann, wenn sie Bestand haben soll. Sie bedarf der sozialen Einbindung

und »*muss von anderen mitgetragen werden ... Die Gemeinschaft der souveränen Menschen aber wird nicht ohne eine neue Kultur möglich sein*« (S. 289). Hier denkt er eine Kultur des Aushandelns von Souveränitätsansprüchen an, die nicht mehr nur individualisierte Züge trägt, sondern notwendig *auch* gemeinschaftlich eingewoben ist.

Mit dieser Verankerung von Souveränität jenseits des Herrschaftsbegriffes und auf der Kehrseite einer rein vernunftbestimmten Autonomie öffnet Böhme einen Verständnisraum, in dem die Selbstbeschreibungen Psychoseerfahrener prinzipiell ›Platz finden‹: Sie werden hier subjektiv nachvollziehbar, von außen beschreibbar und konsistent auch in ihren Ambivalenzen/Ambiguitäten zuordenbar. Diese sind gekennzeichnet durch ein ›Sowohl-als-auch‹ von

- Selbstständigkeit und Angewiesensein
- Vorsorge und Geschehenlassen
- Akzeptanz und Zügelung/Bindung eigener Irrationalität und Fantasie
- notwendigem *Für-sich-Sein* (schon zur sichernden Abgrenzung des eigenen Selbst gegenüber dem Nicht-Selbst) und ebenso notwendigem *Mit-anderen-Sein* und *Teil-Sein*
- Produktiv-schöpferischem Tätigsein und Ruhen

Aber diese Dialektiken, und diese notwendigen Passungsarbeiten nach innen und außen sind *keine nur für Psychoseerfahrene spezifischen Anforderungen* – auch wenn sie hier spezifische Ausprägungen annehmen (etwa den dauerhaften Umgang mit den Professionellen und den Konzepten der Psychiatrie). Sie betreffen allgemein die Subjekte im Zeitalter der Spätmoderne, und die subjektive Identitätsarbeit mit und nach Psychosen spiegelt sich in den allgemeinen kulturellen Erfahrungen wider: Das skizzierte Verständnis von Souveränität ermöglicht eine Inklusion *ver-rückter* Lebensentwürfe auf der Ebene von Lebensverständnis und Lebensgestaltung. Unabdingbare Anforderung für ›alle‹ bleibt die handelnde, selbsttätige, eigen-willige Bearbeitung der eigenen Lebensbelange.

Das Modell der Selbstsorge (im Anschluss an Foucault)

Ein der Souveränität nahes Modell beschreibt FOUCAULT mit seiner »Sorge um sich« (›*Le souci de soi*«, Paris 1984, hier zitiert nach GUSSONE & SCHIEPEK 2001). Er bezeichnet damit »die Sorgfalt, die man auf sich selbst verwendet. Diese Sorgfalt ist Voraussetzung dafür, das eigene Leben gestalterisch in die Hand zu nehmen (S. 12) ... die Verantwortung nicht in fremde Hände zu legen und sich nicht an von außen gesetzten Normen und Erwartungen auszurichten« (S. 113). Selbstsorge meint »das Bemühen, der eigenen Existenz in allen Lebensvollzügen ein unverwechselbares Gesicht zu verleihen« (ebd.). »Dabei geht es nicht darum,

die eigene Individualität zu entdecken, wenn das heißt, danach zu suchen, wer ich *eigentlich* bin – sondern die eigene Existenz als Prozess zu begreifen, dessen Ziel es ist, immer wieder die Perspektive zu wechseln, andere Sichtweisen einzunehmen, anders zu denken und anders zu sein als vorher ... Erst durch diesen beharrlichen Prozess der Arbeit an sich selbst konstituiert sich das Subjekt; also nicht durch einen einmaligen Kraftakt, sondern durch beharrliches Gestalten und Entwickeln eines eigenen Lebensstils. Ein solches Leben ist Lebenskunst. Die Arbeit an sich selbst mit Hilfe der Selbstsorge bringt die eigene Existenz als Kunstwerk hervor.« (ebd., S. 108)

Foucault betont das stete Arbeiten und Formen an der eigenen Lebensgestalt, den Prozesscharakter der Identitätsarbeit und die damit notwendig verbundene Bereitschaft zum Perspektivenwechsel. Dieses dynamische Verständnis trifft sich mit der in den vorliegenden Interviews gezeichneten – aus Not und innerer Bereitschaft geborenen – Formung der eigenen Lebenskurve infolge von Krisen und Wendepassagen. Es verdeutlicht auf allgemeinerer Ebene, dass die ›Krankheits-Identitätsarbeit‹ (vgl. ESTROFF et. al. 1997) eine beharrliche Fortentwicklung darstellt, die nicht mit einer erreichten Bewältigungs-Form ihr Ende findet. »Nicht die jeweilige Form, sondern eher die Intensität, die Eindringlichkeit und Ernsthaftigkeit, die Konkretheit der ›Sorge um sich‹ stellen Anstöße für die Ausgestaltung einer eigenen Lebenskunst zur Verfügung.« (ebd., S. 114) Hier begegnen wir wieder der in den Interviews gefundenen Bedeutung von Selbstachtung, Selbstwirksamkeit und Sinnschöpfung *auf einer Prozessebene*.

FOUCAULT zeigt einerseits eine explizit ›praktische‹ Vorstellung von Lebensstilgestaltung – eben die »Praxis der Existenztechniken« (ebd., S. 19), welche die Selbstsorge wirksam werden lassen. Andererseits bezieht er sich noch deutlicher als Böhme auf die soziale und politische Dimension: Selbstsorge bezieht die Bedingungen mit ein – Macht, Diskurse, sozialer Austausch – unter denen ich mich um ›mich selbst sorgen kann‹. Sie bezieht sich immer *auch* auf die konkreten anderen, die am sozialen Austausch teilhaben. Sie umfasst die Fähigkeit, ›sich um andere und um das Gemeinwohl zu sorgen‹. Umgekehrt ist die Entfaltung der Selbstsorge an den Dialog mit anderen Menschen gebunden, die durch ihre Rückmeldung dazu herausfordern, »sich selbst zu transformieren und ein anderer zu werden« (ebd., S. 132). Selbstsorge ist in vielfältiger Weise auf andere Menschen bezogen. Durch diese Betonung wird es möglich, der in den Interviews aufscheinenden prominenten Bedeutung von »Sozialität« einen begrifflichen Rahmen zu geben, und sie über die einzelnen Erfahrungen hinaus weiterzuentwickeln. Umgekehrt kann ›Selbstsorge‹ Anstöße geben für die praktische Lebensgestaltung, gerade auch von Psychoseerfahrenen. Beide Konzepte – Souveränität und Selbstsorge – haben sich damit bewährt, die in den Interviews aufscheinenden Phänomene zu identifizieren, ihnen einen verstehenden Rahmen zu geben und sie zu allgemeineren Aussagen zu führen.

Ausblick auf ein Konzept von Kohärenz-Arbeit in der Gemeindepsychiatrie

»Die sollen keine Psychoanalyse mit mir machen,
das würd' ich mir schön verbieten.
Aber die sollen mir zu meinen Zielen verhelfen.«
(Herr M., 59 Jahre, zum Thema SpDi)

Die Gespräche mit langfristig psychoseerfahrenen Menschen und ihre qualitative Auswertung haben uns die Potenziale gezeigt, die zu einer mehr und mehr souveränen Lebensgestaltung entfaltet werden. Sie haben aber auch die harte Arbeit deutlich gemacht, die mit der Umarbeitung des eigenen Lebensentwurfs, und die mit der Abstimmung zwischen innerer und äußerer Realität verbunden ist. Gleichwohl ist diese Identitäts- und Passungsarbeit unumgänglich, mehr noch: sie bildet die Voraussetzung dafür, mit der eigenen Kohärenz ›auf dem Weg‹, und mit der gesellschaftlichen Realität im anerkenntnisvollen Austausch zu bleiben. Auf diese Weise wird Normalität ›hergestellt‹: als Passungstätigkeit zwischen individuellen Bauteilen und gesellschaftlichen Normen-Sets.

Dieses Erfordernis gilt allgemein für Subjekte in spätmodernen Gesellschaften, unterscheidet psychisch Kranke nicht von anderen ›Normalbürgern‹: Jede und jeder hat diese Verknüpfung von innerer und äußerer Realität einigermaßen erfolgreich zu erbringen, und alle müssen wir unsere Normalitäts-Erzählung gestalten.

Manfred Bleuler hat – in der ihm eigenen Sprache und nach langer Forschungstätigkeit als Psychiater – diese ›Erfahrungsverwandtschaft‹ herausgestellt und sie in Gegensatz gesetzt zu einem Verständnis von Psychosen, deren Erfahrungswelten von außen unzugänglich seien:

»Es geht im Leben darum, dass wir die verschiedenen, oft sich widersprechenden inneren Strebungen harmonisieren, sodass wir ihrer Widersprüchlichkeit zum Trotz ein Ich, eine ganze Persönlichkeit werden und bleiben. Gleichzeitig haben wir uns damit auseinanderzusetzen, dass unsere äußeren Lebensverhältnisse nie den inneren Bedürfnissen voll entsprechen, dass wir uns an Umwelt und Realität anzupassen haben ... Nach unserem heutigen Wissen bedeutet Schizophrenie ... den besonderen Lebensweg eines Menschen unter besonders schwerwiegenden inneren und äußeren disharmonischen Bedingungen – welche Entwicklung einen Schwellenwert überschritten hat, nach welchem die Konfrontation der persönlichen inneren Welt mit der Realität, und der Notwendigkeit zur Vereinheitlichung zu schwierig und zu schmerzhaft geworden ist und aufgegeben worden ist.« (BLEULER, S. 18 f.)

Er beschreibt – bis zu einem gewissen Schwellenwert – die prinzipielle Ähnlichkeit der Harmonisierungstätigkeit mit und ohne Psychoseerfahrung:

»Bis heute lässt sich nichts Objektives gegen die Feststellung vorbringen, dass sich der spätere Schizophrene vorgängig seiner Erkrankung mit diesen Problemen, die uns allen

wesensähnlich sind, in einer Art auseinandersetzt, die unser aller inneren Entwicklung ähnlich ist.« (ebd., S. 18)

Gleichwohl sieht er eine Differenz darin, dass »der spätere Schizophrene präpsychotisch mit ungewöhnlich vielfältigen und ungewöhnlich schweren Kämpfen um die Harmonisierung seiner inneren Welt und um seine Anpassung an die äußere Welt zu schaffen hat« (ebd. S. 18).

Wenn dieser grundsätzlich wesensverwandte, aber doch für Psychoseerfahrene besonders schwierige Vermittlungsweg unterstützt werden soll, um nicht abgebrochen oder aufgegeben zu werden – wie ist eine begleitende Hilfestellung dann anzulegen, auf dem Hintergrund der hier vorgelegten Ergebnisse? Welche Leitvorstellungen greifen Gemeindepsychiatrie und psychosoziale Praxis dafür vorzugsweise auf? Wie haben sie mit einem Teil ihrer Kraft in die Gesellschaft hineinzuwirken, um die Bedingungen für ein je individuelles Gelingen zu verbessern?

Bei BLEULER finden sich auch dafür erste Hinweise (aus Sicht des erfahrenen Kliniklers):

»Wichtig ist vorerst eine natürliche, stete Beziehung, sei es zum Arzt, zu einem Familienmitglied oder einer anderen Bezugsperson, eine Beziehung, die weder emotionell überladen noch bloß kalt und logisch geplant ist. Wichtig ist die Eingliederung des Kranken in eine ihm passende aktive Gemeinschaft. Wichtig ist, dass er in dieser Gemeinschaft seine Fähigkeiten und Interessen ausleben kann, aber auch im rechten Maße Ruhe findet.« (ebd., S. 23 f.)

Die Studienergebnisse sagen aus, wie groß die Bedeutung von Kontexten sozialer Anerkennung, von neu begründeten Lebensmittelpunkten und Identitätsprojekten, von einem Zuwachs an Authentizität und Erzählfertigkeit, schließlich von selbstkompetenter Gestaltung von Hilfenetzwerken ist. Professionelle Hilfen der Gemeindepsychiatrie sollten diese Bedeutungen ernst nehmen und dahingehend verstehen, ihr wertvolles Wissen über innere Dynamiken von Menschen mit dem Wissen über den Einfluss der sich verändernden gesellschaftlichen Lebensverhältnisse zu verknüpfen.

Wiederkehrend war in den Interviews von der grundlegenden Bedeutung einer persönlich zugewandten und interessevollen Hilfebeziehung und -atmosphäre die Rede. Nur ausnahmsweise bezog sich solche Rede auf psychotherapeutisch ausgewiesene Settings. Vielmehr jedoch auf eine im Rahmen von Wohngemeinschaften, Klinikstationen, Tagesstätten, SpDi – also von gemeindepsychiatrischer Regelversorgung – auffindbare Fähigkeit und Haltung, sich auf die besondere Lebenslage und Lebenskontexte Einzelner »einzuschwingen« – und zwar über die »reinen« Krankheitsanzeichen hinaus – und daraus spezifisch passende Hilfen und Entwicklungsräume zu schaffen.

Gemeindepsychiatrie sollte mit einem Schwerpunkt Kohärenz-Arbeit sein, d. h. das Gefühl eines inneren Zusammenhangs bei Psychoseerfahrenen unterstützen,

was die Verstehbarkeit, Gestaltbarkeit und Sinnhaftigkeit ihres Lebenslaufes anbelangt. Das kann in ungewöhnlichen, neuen Formen geschehen, die eine neue Kohärenzerfahrung ermöglichen. Das – professionell begleitete – Pilgerwegs-Projekt der psychiatrischen Klinik in Herne ist solch ein gelungenes Beispiel, die – vor allem in der Selbsthilfeszene verankerten – ›Psycho-Patenschaften‹ sind weitere.

Andererseits muss es darum gehen, der durch psychiatrische Interventionen hervorgerufenen (oder verstärkten) *Demoralisierung* entgegenzuwirken und alles dafür zu tun, durch psychiatrisches Handeln keine weitere entstehen zu lassen. Das ist die Forderung nach Transparenz, nach *Verhandlung*, nach dialogischer Aufarbeitung und auch nach *Erzählarbeit*.

Weil im psychiatrischen (Notfall-)Handeln immer auch die persönlichen Grundrechte und Kohärenzen berührt, bisweilen auch beschränkt werden, ist der Ausbau einer ›dialogischen‹ Beschwerdestellen-Arbeit konsequente Folge.

Kohärenz-Arbeit ist folglich auch Thema für die Professionellen, die gefordert sind, jene Brüche in ihren Arrangements (zwischen Institutionen, Berufen, Rechtsnormen, Kostenträgern, Therapieschulen ...) offenzulegen und zu bearbeiten (zu ›heilen‹?), die sich schädlich für die Betroffenen wie für sie selbst auswirken. Um im Bild von Antonovsky zu bleiben: ›Wir, die Experten, leben nicht außerhalb des Gesundheits-Krankheits-Flusses, sondern sind *Teil des Flusses*.‹

Auch hier zeigt sich wieder eine Verwandtschaft (bei der Bestreitung von Lebensaufgaben), die allzu machtvolle professionelle Deutungsansprüche korrigieren hilft, und gleichzeitig die Tür öffnet für eine Perspektive des ›Empowerment‹, bei der die Experten dann tatsächlich die komplementäre Funktion der begleitenden und bereitstellenden Helfer einnehmen.

Die treffendste Formulierung findet sich bei KEUPP (2005, S. 17 f.), der Rapport sinngemäß zusammenfasst: »Jede professionelle Aktivität, der es nicht gelingt, zur Überwindung des Erfahrungskomplexes der ›gelernten Hilflosigkeit‹ oder ›Demoralisierung‹ beizutragen, wird wirkungslos bleiben. Die Wirksamkeit professioneller Hilfe wird davon abhängen, ob das Gefühl gefördert werden kann, *mehr* Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen zu erlangen.«

- *Gemeindepsychiatrie als »Schaffen von Bedingungen für die Möglichkeit ...«*
Diese von Foucault entlehnte Formulierung beschreibt die Hintergrundarbeit an den ermöglichenden Ressourcen, die Betroffene für eine selbsttätige, souveräne Gestaltung ihres Lebenslaufes brauchen – und über die sie häufig selbst nicht ausreichend verfügen können: ein neuer, eigenständiger Lebensmittelpunkt bedarf des Wohnraumes – einschließlich Pflege, Erhalt und Gestaltung des Umfeldes – und einer ›passenden‹ Zeit für den Einzug. Beide Aspekte, der materielle wie der persönliche, können von Professionellen adäquat unterstützt werden. Die Wohnungsfrage muss bereits im Vorfeld auf struktureller

Ebene mit Wohnungsgebern vorgeklärt sein – eine klassische Aufgabe für vorausschauende Gemeindepsychiatrie, oder – im neuen Fachjargon – von ›community living‹.

Herr V. und Frau So. erzählen in ihren Geschichten, wie stark ihre Lebenssouveränität mit diesem eigenen Wohnraum verbunden ist – und wie passend ihnen dabei von den Betreuenden geholfen wurde. Andere berichten, wie erst die soziale Erfahrung in einer Betreuten Wohngemeinschaft sie dazu befähigt habe, einen eigenständigen Lebensmittelpunkt zu wählen.

Die Gestaltung neuer (Arbeits-)Tätigkeiten, Gemeinschaftsaufgaben und Identitätsprojekte ist an die Verfügbarkeit eines ›Entwicklungsraumes‹ gebunden: Das Modell der ›Clubhaus-Tagesstätten ermöglicht z. B. in besonderer Weise einen professionell gerahmten ›Freiraum‹ zur Gestaltung eigener und gemeinschaftlicher Kompetenz und Verantwortlichkeit, zur Erfahrung von ›Gebrauchtwerden‹: ohne Lohn, aber mit hohem Gewinn für die eigene Identität.

In einem nächsten Schritt wird dann die Spezialisierung solcher Art von Gemeindeeinrichtungen (auf psychisch Kranke, auf Behinderte, auf Suchtkranke ...) zurückgenommen werden müssen zugunsten einer Offenheit für alle Menschen mit Hilfebedarf, unbesehen des jeweiligen Ursprungs (so jedenfalls denken es besagte ›community‹-Konzepte neueren Ursprungs).

Zuerwerbsmöglichkeiten jenseits des ersten Arbeitsmarktes stellen eine für viele Betroffene zuträgliche Form des Arbeitens dar – wollen aber erst mit professionellem Know-how in den Nischen des Marktes eingewoben werden.

Die Gestaltung eines sozialen (Unterstützungs-)Netzwerks gelingt leichter, wenn Anknüpfungspunkte im soziokulturellen Leben einer Stadtgemeinde bestehen – hier sind die Unterstützungsquellen der Selbsthilfe und des Bürgerengagements angesprochen, die sich sinnvoll durch eine unspezifische und zugleich hochwirksame öffentliche Förderung unterstützen lassen (siehe das Selbsthilfezentrum in München). Die Klinik in Herne hat auch hier ein interessantes Modell entwickelt: die ›Ateliers‹ – in Räumen der Klinik und der VHS –, in denen Bildungs- und Freizeitkurse für Menschen mit und ohne Psychoseerfahrung stattfinden. In München dürfte die ›REHA‹ – eine Bürger- und Selbsthilfeinitiative – mit ihrem offenen ›Montagstreffen‹ den größten nachhaltigen Erfolg bei der Wirkung von Netzwerken verzeichnen.

Weil sich Selbst-Narrationen als Begleitmusik, aber auch Stimulans der eigenen aufstrebenden ›Lebenskurve‹ zeigen, lohnte es, für das Üben an der eigenen Selbst-Erzählung offene ›Räume‹ vorzuhalten. Deren Lokalisierung – ob professionell gerahmt, in Selbsthilfe, in Kulturzirkeln, in Theatersettings – kann vielfältig sein und bleiben. Wichtig ist die Möglichkeit persönlicher Begleitung, der Aussprache und des wechselseitigen Erzählens und Zuhörens.

Schließlich gehört auch eine solide Verankerung der Gemeindepsychiatrie in den öffentlichen Medien vor Ort – die bei entsprechendem ›Erzählbedarf‹ rasch zu aktivieren ist – zur Grundausrüstung eines Profis.

Weil biografisches Erzählen so sehr die Identität stärkt, hilft es auch den Angehörigen psychisch Kranker und den Professionellen bei ihrer eigenen Lebenssouveränität. Psychoseseminare bieten diesen geschützten Verständigungsraum – und haben deswegen so großen Zuspruch und Erfolg. Gemeindepsychiatrie sollte mit dafür sorgen, dass Erzählräume, dass Psychoseseminare dort entstehen, wo es sie noch nicht gibt.

Von der Unterstützungsquelle ›Selbsthilfe‹ profitieren im Übrigen auch die Angehörigen und die Experten in ihrer jeweils eigenen Bezugsgruppe: Sie hilft, Zumutungen und Widersprüche in den gesellschaftlich zugeschriebenen Schnittmustern der eigenen Position zu unterscheiden von den persönlichen Eigenarten. Eine Klärung der ›persönlichen‹ und der ›soziokulturellen‹ Seite des Geschehens wird so leichter möglich. Selbsthilfeförderung auch im eigenen Metier sollte deswegen Bestandteil professioneller Identität in der Gemeindepsychiatrie sein.

Gemeindepsychiatrie hat sich für variable Nutzungen zur Verfügung zu stellen. Damit ist ein Qualitätsmerkmal von ›Niedrigschwelligkeit‹ angesprochen, das in vielen sozialpsychiatrischen Einrichtungen ja Bestandteil des Konzeptes ist – allerdings in Zeiten der Ökonomisierung sozialer Hilfen zunehmend in Gefahr gerät, von administrativen Prozeduren eingeholt oder übervorteilt zu werden. Damit haben Professionelle die doppelte Aufgabe, in kluger Weise sowohl ihre eigene ›Berufsfreiheit‹ oder fachliche Souveränität zu verteidigen als auch (und damit zusammenhängend) das »*Persönliche, wenn das da ist, das ist für mich so wichtig. Verstehen Sie das?*« (Herr G.) in der Psychiatrie-Arbeit vor weiterer Beschädigung zu schützen.

In der Begegnung bedeutet das nicht, grenzenlos freundlich zu sein – die Interviews bezeugten zahlreiche Erfahrungen, in denen gerade eine Konfrontation notwendig hilfreich wurde – sondern eine empathische Fähigkeit, sich erreichbar zu halten, vorausschauend achtsam zu sein und dabei subjektiv wichtige Schritte von Psychoseerfahrenen zu unterstützen – auch wenn die realen Erfolgsaussichten gering sind. (Herr M. und seine misslingende Erbschafts-Nachregulierung waren das passende Beispiel in den Interviews.)

Das meint auch einen Rückzug von der Bastion alleiniger professioneller Deutungs- und Lösungshoheit, eine Hinwendung zur Lebenssouveränität Betroffener.

Gemeindepsychiatrie hat der Gemeinde dabei zu helfen, ihr Solidaritätsversprechen einzulösen. In Anlehnung an Dörners Bonmot vom ›Helfens-Bedarf‹ aufseiten der Gesunden (vgl. DÖRNER 2007) gilt es, der Gemeinde und ihren Mitgliedern dabei zur Seite zu stehen, ihren ver-rückten Bürgerinnen und Bürgern ein Leben innerhalb des Gemeinwesens, und ein Miteinandersein zu ermöglichen

(manchmal auch zu ertragen). Ein lebbarer Entwurf des Seins an der Grenze gewohnter Normalität wird so möglicherweise zu integrieren sein. Gemeindepsychiatrie wird dann nicht zur ausführenden, sondern zur katalysierenden Instanz einer Solidarität, die alle Bürger vor Ausgliederung schützt, wenn sie in welche Not auch immer geraten.

Gemeindepsychiatrie als ›gate-keeper‹ von ›Verwirklichungs-Chancen‹? Amartya Sen hat den Begriff der »Verwirklichungschancen« eingeführt und meint damit das »Recht und die Freiheit, ein mit guten Gründen für erstrebenswert gehaltenes Leben zu führen« (vgl. SEN 2000, S. 108). Er legitimiert dieses Recht in ethischer, aber auch in ökonomischer Hinsicht (und erhielt dafür den Nobelpreis für Ökonomie).

Für Gemeindepsychiatrie bedeutet dieser Anspruch, die ihr vorgetragenen Normalitätsvorstellungen (vonseiten einer Gesellschaft, die sich selbst in atemberaubendem Globalisierungswandel ihrer Normalitätswerte befindet) nicht ungeprüft auf die Lebensverhältnisse psychisch Kranker zu übertragen – sie könnten den geforderten neuen Fertigkeiten von rascher Mobilität, Flexibilität und Offenheit für Neues vermutlich nicht zeitgerecht und unbeschadet nachkommen, selbst wenn sie eine ›Turbo-Rehabilitation‹ absolvieren würden.

Vielmehr geht es darum, die *Chance und den Anspruch auf Verwirklichung der je eigenen Vorstellungen* offenzuhalten – und die ›guten Gründe‹ für dieses Begehren gemeinsam zu ergründen, zu ›legitimieren‹ und womöglich fortzuentwickeln. Wenigstens *dieser* Individualisierungsgewinn spätmoderner Gesellschaften sollte der Lebenssouveränität psychisch kranker Menschen zugute kommen.

Damit schließt sich der Kreis, souveräne Lebensgestaltung und ihr Gelingen aus der Sicht psychoseerfahrener Menschen zu beschreiben. Die Instanz zur Beurteilung des ›Gelingens‹ kann zunächst nur der und die jeweils Gestaltende selbst sein. Im zweiten Schritt sind es die umgebenden anderen Menschen, die mit dem Betroffenen sein Gelingen tragen und weitergestalten, und die seinen einmalig subjektiven Beitrag zur Mit-Welt (hoffentlich) als Bereicherung aufnehmen können.

Gelingende Identität im Verständnis der Forschenden (vgl. KEUPP et al., 1999, S. 275) kann »als eine balancierte Variante des gut geführten Lebens, eines sich und andere achtenden, bereichernden, fordernden und umsorgenden Interagierens« beschrieben werden – wobei das Scheitern nicht ausgegrenzt, sondern Bestandteil dieses Werks ist. ›Gelingende Identität‹ ist also kein dauerhafter, sondern ein zeitlich begrenzter Zustand relativ gelungener Passungen.

Zeitgemäße Aufgabe von Gemeindepsychiatrie wird es, zum subjektiven Gelingen der Lebenssouveränität Einzelner, und zum kollektiven Gelingen solidarischer Aushandlungen beizutragen.

- »Ich hab' möglichst versucht, ... ja, ... ein ganz normales Leben zu führen, ohne mir irgendwie vorzustellen, dass ich jetzt chronisch schizophran krank bin, ne!« (Herr V., 46 Jahre)

Literaturverzeichnis

- AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (2001): »25 Jahre Psychiatrie-Enquete.« Tagungsband 27 (1 und 2). Bonn: Psychiatrie-Verlag
- AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (2002): »Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.« Tagungsband 29. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (2004): »Personenzentrierte Hilfen« – Erfahrungen und Perspektiven. Tagungsband 30. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- AMERING, Michaela; SCHMOLKE, Margit (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- ANGERMEYER, Matthias (1995): Ergebnisse der Forschung zum sozialen Netzwerkschizophrener Kranker. In: HÄFNER, Heinz: Was ist Schizophrenie? Stuttgart: Gustav-Fischer-Verlag
- ANGERMEYER, Matthias; ZAUMSEIL, Manfred (Hg.) (1997): Ver-rückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- ANTONOVSKY, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag
- BAUER, Manfred; ENGFER, Renate; RAPPL, Jörg (Hg.) (1991): Psychiatrie-Reform in Europa. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- BENJAMIN, Jessica (1993): Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht. Frankfurt/M.: Fischer TB Verlag
- BLEULER, Manfred (1987): Schizophrenie als besondere Entwicklung. In: DÖRNER, Klaus (1987): Neue Praxis braucht neue Theorie. Gütersloh: Verlag Jakob von Hoddis
- BOCK, Thomas; DERANDERS, Jürgen; ESTERER, Ingeborg (Hg.) (1992): Stimmenreich. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- BOCK, Thomas (1997): Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- BOCK, Thomas; BUCK, Dorothea; ESTERER, Ingeborg (2000): »Es ist normal, verschieden zu sein – Psychoseseminare, Hilfen zum Dialog.« Arbeitshilfe 10. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- BOCK, Thomas (2003): Psychoseseminar – Ort, sich neu zu entwerfen. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 33. Jg., Heft 3, S. 34–39
- BOCK, Thomas; DÖRNER, Klaus; NABER, Dieter (Hg.) (2005): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- BÖHM, Andreas (2000): Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: FLICK, Uwe; v. KARDORFF, Ernst; STEINKE, Ines: Qualitative Forschung, S. 475 ff. Reinbek: Rowohlt Verlag

- BÖHME, Gernot (1985): Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Frankfurt: Suhrkamp-Verlag
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. (Psychiatrie-Enquete) Bonn: Bundestagsdrucksache 7/4200
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich. Bonn: Aktion Psychisch Kranke e. V.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.) (1999): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Baden-Baden: Nomos-Verlag
- CIOMPI, Luc (1982): Affektlogik. Bern: Verlag Hans Huber
- CIOMPI, Luc; HOFFMANN, Holger; BROCCARD, Michel (Hg.) (2001): Wie wirkt Soteria? Bern: Verlag Hans Huber
- CRANACH, von Michael; SIEMEN, Hans-Ludwig (Hg.) (1999): Psychiatrie im Nationalsozialismus. München: Oldenbourg
- CORIN, Ellen, LAUZON, G. (1992): Positive Withdrawal and the Quest for Meaning: The Reconstruction of Experience among Schizophrenics. *Psychiatry* 55, S. 266–278
- CORIN, Ellen (1997): Die Dichte des Seins. Intentionale Welten, Identitätsstrategien und die Erfahrung von Menschen mit der Diagnose Schizophrenie. In: ANGERMEYER, Matthias; ZAUMSEIL, Manfred 1997, S. 166–205
- DEDERICH, Markus (2005): Zur Ökonomisierung sozialer Qualität. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 35. Jg., Heft 4/2005, S. 2–6
- DÖRNER, Klaus; PLOG, Ursula (Hg.) (1978): Irren ist menschlich. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- DÖRNER, Klaus (1996): »Jeder Mensch will notwendig sein.« Beiträge zur Gütersloher Fortbildungswoche 1994. Gütersloh: Verlag Jakob-von-Hoddis
- DÖRNER, Klaus (2007): Inklusion jetzt. Thesen zum Umgang mit Menschen mit Assistenzbedarf in der Gemeinde. In: Soziale Psychiatrie, 31. Jg., Heft 1/2007, S. 15–17
- DREßING, Harald; SALIZE, H. J. (2004): Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- EINK, Michael (Hg.) (1997): Gewalttätige Psychiatrie. Ein Streitbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- ESTROFF, Sue et al. (1997): »Jeder ist ein bisschen psychisch krank.« Krankheits- und Selbstdarstellungen von Menschen mit schweren psychischen Krankheiten. In: ANGERMEYER, Matthias; ZAUMSEIL, Manfred 1997, S. 102–165
- FALTERMEIER, Toni (1987): Lebensereignisse und Alltag. München: Profil-Verlag
- FENGLER, C.; FENGLER, T. (1980): Alltag in der Anstalt. Eine ethnomethodologische Untersuchung. Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag
- FLICK, Uwe; VON KARDORFF, Ernst; KEUPP, Heiner; ROSENSTIEL, L.; WOLFF, S. (Hg.) (1991): Handbuch qualitative Sozialforschung. München: Psychologie Verlags Union
- FLICK, Uwe; v. KARDORFF, Ernst; STEINKE, Ines (Hg.) (2000): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. (3. Auflage 2004) Hamburg: Rowohlt Verlag

- FOUCAULT, Michel (1986): Die Sorge um sich. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- GEERTZ, C. (1983): Dichte Beschreibungen – Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt a. M.: Campus Verlag
- GERGEN, K. J.; GERGEN, M. M. (1988): Narrative an the self as relationship. In: BERKOVITZ, L.: Advances in experimental social psychology. New York: Academic Press
- GIDDENS, Anthony (1995): Konsequenzen der Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp-Verlag
- GLASER, B.; STRAUSS, A. (1998): Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Verlag Hans Huber
- GREVE, Nils (2007): Kooperation stärken. Gemeindepsychiatrische Verbünde – ein Beitrag zur Inklusion im Gemeinwesen. In: Soziale Psychiatrie, 31. Jg., Heft 1/2007, S. 33–35
- GROMANN, Petra (1996): »Ja, welches Konzept ist das Bessere – da mag ich mich gar nicht so drauf einlassen ...« Qualitätsbeurteilung komplementärer psychiatrischer Dienste und Einrichtungen durch ihre Nutzer. In: die Psychotherapeutin, Heft 4, S. 42–75
- GROMANN, Petra (1999): Ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem im Urteil der Patienten und Klienten. In: Psychosoziale Umschau 2/1999, S. 4–6
- GRUYTERS, Thomas; PRIEBE, Stefan (1992): Die Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Patienten – eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 60 (1992), S. 140–145
- GRUYTERS, Thomas; PRIEBE, Stefan (1994): Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. In: Psychiatrische Praxis, 21. Jg. (1994), S. 88–95
- GUNKEL, Stefan; BRÖKER, Matthias; PRIEBE, Stefan (1996): Psychiatrische Behandlung aus der Sicht chronisch schizophrener Patienten. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 1/1996, 26. Jg. S. 20–33
- GUSSONE, Barbara; SCHIEPEK, Günter (2000): Die »Sorge um sich«. Burnout-Prävention und Lebenskunst in den helfenden Berufen. Tübingen: DGVT-Verlag
- GUTKNECHT, Hardy (2004): Wie Psychiatriepatienten ihre Krankheit verarbeiten. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- HELTZEL, Rudolf (2001): Die Begegnung zwischen Sozialpsychiatrie und Psychotherapie. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 3/2001, 31. Jg. S. 24–31
- HILDENBRAND, Bruno (1991): Alltag als Therapie. Ablösungsprozesse Schizophrener in der psychiatrischen Übergangseinrichtung. Bern: Huber
- HOFMANN, Heinrich; HUBSCHMID, Ted (1989): Die soziale Abhängigkeit des Langzeitpatienten. Eine Untersuchung im sozialpsychiatrischen Ambulatorium. In: Psychiatrische Praxis, 16. Jg. (1989), S. 1–7
- HONNETH, Axel (1992): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag
- JAEGGI, Eva; FAAS, Angelika (1993): Denkverbote gibt es nicht! In: Psychologie & Gesellschaftskritik, 17. Jg., S. 141–162
- JASPERS, Karl (1972): Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Springer (9. Auflage)
- JUNGBAUER, Johannes (2002): Partner schizophrener Patienten. Belastungslagen, Bewältigungsstrategien, Lebensentwürfe. Bonn: Psychiatrie-Verlag

- KALLERT, Thomas; LEIßE, Matthias (2006): Betreuungsbedürfnisse chronisch schizophrener Patienten in verschiedenen Wohnformen. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 36. Jg., 3/2006, S. 10–16
- KARDORFF, Ernst von (1995): 20 Jahre Psychiatriereform. Versuch einer Zwischenbilanz. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 27. Jg., Heft 4, S. 467–482
- KEUPP, Heiner (1987): Psychosoziale Praxis im gesellschaftlichen Umbruch. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- KEUPP, Heiner (1998): Sozialpsychiatrie. In: GRUBITZSCH, Siegfried; WEBER, Klaus (Hg.): Psychologische Grundbegriffe. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 581–583
- KEUPP, Heiner (1999): Identitätsarbeit in einer multiphrenen Gesellschaft – wenn die Passungen zwischen Subjekt und Lebenswelt immer schwieriger werden. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 29. Jg., Heft 1, S. 7–14
- KEUPP, Heiner et al. (1999): Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Reinbek: Rowohlt
- KEUPP, Heiner (2005): Förderung salutogenetischer Potentiale durch Empowerment. Vortrag bei der Tagung »Salutogenese in der Psychiatrie« in der Ev. Akademie Tutzing, 6./7. April 2005
- KLEE, Ernst (1978): Psychiatrie-Report. Frankfurt: Fischer-Verlag
- KLEE, Ernst (1983): Euthanasie im NS-Staat. Frankfurt: Fischer-Verlag
- KLEINING, Peter (1991): Methodologie und Geschichte qualitativer Sozialforschung. In: FLICK et al.: Handbuch qualitativer Sozialforschung. München: Psychologie Verlags Union
- KNUF, Andreas; SEIBERT, Ulrich (Hg.) (2000): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- KOSTAL, Erich (1998): Psychiatrie als permanenter Horror. In: Soziale Psychiatrie, 22. Jg., Heft 3, S. 12–15
- KRISCHKE, Norbert (2006): Sozialpsychiatrische Gesundheitspsychologie. Qualitätssicherung in der Zwangseinweisungspraxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- KRISOR, Matthias (2005): Aufgehoben in der Gemeinde. Entwicklung und Verankerung einer offenen Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- LEHMANN, Peter (1998): Vielfalt statt Einfalt. Über die unterschiedlichen Positionen innerhalb der Psychiatrie-Erfahrenen-Bewegung. In: Soziale Psychiatrie, 22. Jg., Heft 2, S. 9–13
- MACHLEIDT, Wielant (2001): Die Abteilung Sozialpsychiatrie & Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover und ihre Geschichte. In: Sozialpsych. Informationen, Sondernr. 2001, 31. Jg. S. 2–6
- MARSCHNER, Rolf (1998): Gesetzestexte und Rechtswirklichkeit – Möglichkeiten einer grundrechtsorientierten Unterbringung im Ländervergleich der PsychKGs und ihrer Anwendung. In: Recht & Psychiatrie, 16. Jg., Heft 2, S. 68–72
- MAYRING, Peter (1991): Qualitative Inhaltsanalyse. In: FLICK et al. 1991
- MAYRING, Peter (1996): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- MELCOP, Nikolaus (1997): Eine lebensgeschichtliche Betrachtung sozialer Beziehungen bei psychisch Kranken. In: ZAUMSEIL, LEFERINK (1997) S. 201–238

- MENTZOS, Stavros (1991): Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht
- MENTZOS, Stavros (1993): Der Krieg und seine psychosozialen Funktionen. Frankfurt am Main: Fischer
- MENTZOS, Stavros (Hg.) (1997): Psychose und Konflikt. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht
- MENTZOS, Stavros; MÜNCH, Alois (Hg.) (2000): Die Bedeutung des psychosozialen Feldes. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht
- MOSER, Tilman (1995). Politik und seelischer Untergrund. Frankfurt: Suhrkamp-Verlag
- PRIEBE, Stefan (1994): Bedeutung der Lebensqualität für psychiatrische Versorgung und Forschung. In: Psychiatrische Praxis, 21. Jg. (1994), S. 87
- QUINDEL, Ralf (2004): Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle. Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- RIEMANN, G. (1987): Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München: Wilhelm Fink Verlag
- SCHULZE-MÖNKING, Heinrich et al. (1996): Über die soziale Situation schizophrener Patienten im Verlauf einer 8-Jahres-Katamnese und die Bedeutung von Angehörigen für die psychosoziale Integration. In: Psychiat. Praxis, 23. Jahrgang (1996), S. 282–284
- SEN, Amartya (2000): Ökonomie für den Menschen. Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München: Hanser-Verlag
- SKANTZE, Kerstin; MALM, Ulf et al. (1992): Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic outpatients. In: British Journal of Psychiatry, Vol. 161, S. 797–801
- SMOLKA, M; KLIMITZ, H.; SCHEURING, B.; FÄHNDRICH, E. (1997): Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie aus der Sicht der Patienten. In: Der Nervenarzt. 11/1997, S. 888–895
- STEINKE, Ines (2000): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: FLICK, v. KARDORFF, STEINKE: Qualitative Forschung. Reinbek: Rowohlt Verlag. S. 319–331
- STRAUSS, A.L., CORBIN, J.M. (1996): Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz
- TANSELLA, Michele (1991): Gemeindenahe Psychiatrie und Psychiatriereform in Italien. In: BAUER, ENGFER, RAPPL 1991, S. 5–26
- THOM, Achim; WULFF, Erich (Hg.) (1990): Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- VIERERBE, Walter; BACH, Otto (1999): Lebensqualität chronischer Schizophrener in unterschiedlichen Betreuungsformen. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 29. Jg., Heft 4; S. 24–29
- VOELZKE, Wolfgang (1998): In Zukunft nicht mehr ohne uns! Selbsthilfe und Selbstorganisation Psychiatrie-Erfahrener. In: Soziale Psychiatrie, 22. Jg., Heft 2, S. 4–8
- WIEDEMANN, Peter (1991): Gegenstandsnahe Theoriebildung. In: FLICK et al.: Handbuch qualitative Sozialforschung; S. 440–445. München: Psychologie Verlags Union

- WILMS, BULL, WITTMUND, ANGERMEYER (2005): Hilfen für Partner psychisch kranker Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- WULFF, Erich (1972): Kritische Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik. In: DÖRNER, PLOG (Hg.): Sozialpsychiatrie. S. 137–148; Berlin: Luchterhand
- ZAUMSEIL, Manfred (1995): Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie – Am Beispiel eines Forschungsprojektes. In: Psychiat. Praxis, 22. Jg., S. 102–106
- ZAUMSEIL, Manfred; LEFERINK, Klaus (Hg.) (1997): Schizophrenie der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Anhang

Soziodemografisches Profil der Untersuchungsgruppe

Aus der Gesamtzahl der Interviews wurden während und nach der Erhebungsphase, gemäß dem beschriebenen Sampling-Verfahren

- acht Interviews für eine vertiefte Auswertung (»Ankerfälle«) sowie
- vier Interviews für eine verkürzte Auswertung ausgewählt.

Daneben standen sieben weitere Interviews für eine vergleichende Betrachtung zur Verfügung.

Folgende Übersichten geben das Spektrum der Personen und ihrer Daten wieder:

Auswertungsgruppe:	n = 12 (8 + 4)
Geschlecht:	6 m/6 w
Lebensalter:	Durchschnitt 45,1 Jahre; Variation 34–59 Jahre
Zugang über ...:	5 x MüPE; 6 x gemeindepsychiatrischer Dienst; 1 x Bekannter
Lebensform:	9 allein = 75 %, 2 in Herkunftsfamilie = 17 %, 1 mit Partner = 8 %
Personenstand:	10 ledig = 83 %, 2 geschieden = 17 %
Einkommen überwiegend durch:	Arbeitstätigkeit: 4 = 33 % Umschulung/Reha-Projekt 2 = 17 % EU-Rente + Zuverdienst 5 = 42 % Sozialhilfe + Zuverdienst 1 = 8 %
Bildungsabschluss:	Hauptschule/Ausbildung 2 = 17 % Realschule/Ausbildung 2 = 17 % (Fach-)Abitur, anschließend (Fach-)Hochschulbesuch: 8 = 66 % davon ohne Abschluss 4 = 33 %
Patientenkarriere:	erste Klinikaufnahme im Alter zwischen 17 und 36 Jahren Mittelwert bei 24,6 Jahren vor min. 7–max. 41 Jahren erster Kontakt zu gemeindepsychiatrischem Dienst im Alter zwischen 21 und 40 Jahren Mittelwert bei 34,7 Jahren, vor min. 7–max. 22 Jahren Durchschnittliche Lebenszeit – mit psychiatrischer Behandlung 21,4 Jahre – mit gemeindepsychiatrischer Betreuung 13,8 Jahre

Übersicht der intensiv (fett gedruckt) und kurz ausgewerteten Interviews, N = 12

Int.-Partner	Gender	Alter	Zugang über	Diagnose	Erfahrungsspektrum	akt. Betreuungsbereiche	Lebensform	Einkommen durch	Bildungsabschluss	Patientenkarriere (Klinik/Gemeinde) seit
L	m	39	BEW-Betreuer	schizo-aff. Ps.	SPZ, WG, AP, SpDi, TS, BEW, Therapie	BEW, Therapie	allein	(Teilzeit-) Arbeit	Hauptschule/Ausbildung	18/18 Jahre
E	m	40	Arbeitsprojekt	schizo-aff. Ps.	BKH, Tagklinik, SpDi, Therapie, AP	SpDi, AP	Herkunfts-familie	Arbeit (Rehaprojekt)	Realschule/Ausbildung	7/7 Jahre
EI	w	53	MüPE	paranoide Ps.	BKH, SpDi, TS, WG, Reha, MüPE, PS	SpDi, TS	allein	EU-Rente	Realschule/Ausbildung	36/17 Jahre
G	m	38	SpDi	Psychose, Zwänge	BKH, SpDi, TK, TS, WG, berufl. Reha, Therapie	SpDi, berufl. Reha, TS	allein	Umschulung (Reha)	Gymnasium/Uni (abgebr.) Umschulung	19/13 Jahre
V	m	47	Bekanntnen	paranoide Ps.	BKH, SpDi, SPZ, WG, MüPE, ges. Betreuer	-	allein	EU-Rente + Zuverdienst	Hauptschule/Ausbildung	28/25 Jahre
S	w	57	MüPE	schizo-aff. Ps.	Klinik, SPZ, SpDi, TS, WG, SHG, Therapie, PS	Ambulanz, TS, SpDi, SHG	allein	EU-Rente + Zuverdienst	Gymnasium / Uni	35/16 Jahre
R	w	34	MüPE	schizo-aff. Ps.	Klinik, SPZ, SpDi, Therapie, WG, Psychoseseminar	-	allein	Arbeit	Gymnasium/Uni (abgebr.) Umschulung	10/8 Jahre
So	w	52	MüPE	schizo-aff. Ps.	BKH, Pflegeheim, TS, SHG, MüPE, Therapie	-	allein	EU-Rente + Zuverdienst	FOS/FH/Uni (abgebr.)	20/17 Jahre
B*	w	39	SpDi	Wahr-Psychose	Klinik, Ambulanz, SpDi, Therapie	Ambulanz, SpDi	Herkunfts-familie	(Teilzeit-)Arbeit	Gymnasium/Uni	15/9 Jahre
C	w	41	TS	Borderline, Psychose	Klinik, Therapie, SPZ, TS, BEW, SpDi	Therapie, BEW, TS	mit Part-nrt	Sozialhilfe + Zuverdienst	Ausbildung/BOS/FH	14/6 Jahre
P	m	42	MüPE	paranoide Schizophrenie	Klinik, SpDi, TS, WG	Therapie, SpDi,	allein	(Teilzeit-)Arbeit	Gymnasium/Uni	14/9 Jahre
M	m	59	SpDi	paranoide Schizophrenie	Psychoseseminar Klinik, SpDi, Arbeitsassis-tenz, Bürgerhelfer	SpDi	allein	EU-Rente + Zuverdienst	Gymnasium/Uni	41/20 Jahre

6 m 45, 1 J 5 x MüPE
 6 w 34–59 J 6 x gpDi
 1 x Bekannter
 * einzige Mutter

9 x allein
 2 x mit Herk.fam.
 1 x mit Partner

21, 4/13, 8 Jahre

Legende:

- AP: Arbeitsprojekt
- BEW: Betreutes Einzelwohnen (in München i. d. R. in eigener Wohnung des Klienten)
- BKH: Bezirkskrankenhaus = regional pflichtzuständiges öffentliches Versorgungs Krankenhaus in Bayern
- EU-Rente: Erwerbsunfähigkeitsrente
- gpDi: gemeindepsychiatrische Dienste
- MüPE: Münchener Psychiatrie-Erfahrene e. V.
- PS: Psychoseseminar
- SpDi: Sozialpsychiatrischer Dienst
- SPZ: Sozialpsychiatrisches Zentrum = Rehabilitationseinrichtung in München
- TK: psychiatrische Tagesklinik
- TS: Tagesstätte
- WG: therapeutisch betreute Wohngemeinschaft

Übersicht der Interviewpartner/-innen und ihrer Kernaussagen

- I-13 Frau So:** »Mei' Konzept is', dass ich's selber in die Hand nehmen muss!«
(ab S. 86)
- I-8 Herr V.:** »Ich hab' möglichst versucht, ... ja, ... ein ganz normales Leben zu führen, ohne mir irgendwie vorzustellen, dass ich jetzt chronisch schizophren krank bin, ne!«
(ab S. 96)
- I-14 Frau B.:** »Jedem Menschen, der uns anzweifelt, gönne ich mal einen schönen Tag in der Manie!«
(ab S. 108)
- I-11 Frau R.:** »... und das, was so eine Krankheit auch sein kann:
nämlich ein Schritt ins Leben!«
(ab S. 118)
- I-7 Herr G.:** »Sehen Sie zum Beispiel, das sind so Möglichkeiten, wo ich mich positiv einsetzen konnte. Wenn ich so was habe, dann wirkt bei mir die Therapie, verstehen Sie. Aber wenn ich nur 'rumsitze und es tut sich nichts und ich mach' nur Arbeitstherapie, des bringt mir nichts.«
»Aber das Persönliche, wenn das da ist, das ist für mich so wichtig. Verstehen Sie das?«
(ab S. 140)
- I-15 Frau C.:** »... und ich finde das halt ganz gut dort hin zu kommen, ein bisschen zu arbeiten (Tagesstätte). Ich habe so das Gefühl, ich verdiene mir meine Sozialhilfe, in dem ich dort hingehge und dort arbeite ... für die Gemeinschaft.«
- I-2 Herr L.:** »Also dass ich da eine Hilfe erwarten kann, hatte ich eigentlich gar nicht so im Kopf, damals ... Ich habe gedacht, da muss ich halt erzählen wie es mir geht, damit ich drin bleiben kann, so ungefähr ...«
(ab S. 151)
- I-9 Frau S.:** »Also ich mache das jetzt, auch die Selbsthilfegruppe, weil ich was Selbstbestimmtes machen will.«
I: »Weil das in der letzten Zeit eher zu kurz gekommen war.«

S: »Da wird man irgendwie so komisch, so ein komisches Denken hat man dann so, ein bisschen so wie Konsumdenken, man lässt sich so bedienen, ja. Und da kommt dann jeder und bestimmt über einen ...«

Kurzauswertung:

- I-3 Herr M.:** »Solange ich Ziele hab', bekommt mich die Krankheit nicht ganz in den Griff. ... Dann sind die exogenen Anlässe nur kleine Kiesel, und keine riesengroßen Steine.«
»Die sollen keine Psychoanalyse mit mir machen, das würd' ich mir schön verbieten. Aber die sollen mir zu meinen Zielen verhelfen.«
(zum SpDi)
(ab S. 126)
- I-5 Herr E.:** »Vielleicht hilft es anderen, wenn ich erzähle.«
»Ich bin froh, wie's heute ist.«
(ab S. 135)
- I-6 Frau EL.:** »Psychotische Phasen treten bei mir bis heute immer noch auf. Werden aber von mir rechtzeitig erkannt und behandelt.«
»Es kommt mir dabei (→ SpDi) gar nicht so sehr auf gezielte Hilfe an, sondern auf den Kontakt mit halbwegs gesunden Menschen.«
»Ich suche nach Orientierung bei den Fachleuten, um meine Tendenz zum Chaos in Schach zu halten. Mit dem Erfolg kann ich zufrieden sein.«
(ab S. 164)
- I-18 Herr P.:** »Meine Psychose ist ein andauernder Lernprozess für mich.«
»... mein Konzept ist, ich bin bei Gott dankbar für die Krankheit – weil sie mir den Weg zu ihm eröffnet hat. ... Also für mich ist es ein seelischer Prozess, hin zu Gott und hin zu mir selber.«
(ab S. 172)

Vorgehen bei der Einzelfallauswertung

Arbeitsschritte bei der qualitativen Analyse des einzelnen Interviews:



Kernthemen des Fallvergleichs

1. Autonomie durch Regulierung des sozialen (Unterstützungs-)Netzwerkes:

- Dichte und multiplexe soziale Bindungen *versus* lockere und diversifizierte Kontakte *versus* distanzierte Kontakte (»positive withdrawal«)

- Verwandtschaftliche Bindungen *versus* Wahl-Beziehungen

Die Dialektik von »Autonomie und Bezogenheit« (J. Benjamin) als verbindendes Band zwischen diesen unterschiedlichen Haltungen. In der Regulation von Kontaktweisen kann eine selbstorgende, gesundheitsachtsame Ressource zum Ausdruck kommen. Diese vermag den inneren und äußeren Bedrohungen durch psychose-nahe Prozesse entgegenzuwirken.

2. (Wieder-)Aufbau von Kontexten der sozialen Anerkennung und Teilhabe

- Wohnung und Lebensmittelpunkt
- Arbeit, Aufgaben, schöpferisches und produktives Tätig-Sein
- Eigenständigkeit als Rechts-Subjekt
- Zugehörigkeit und Integration
- Erzählung eigener Erfahrungen (privat/öffentlich)

3. Souveränität bei der Gestaltung eigener Ziele und Sinn-Entwürfe (»Authentizität«)

4. Das eigene Leben und die Psychose: Rekonstruktion – Gestaltung – Erzählung

- Veränderungsgeschehen während sensibler Wende-Phasen des Lebenslaufs.
- »Integratives« versus »separatives« Konzept gegenüber der eigenen Psychose.
- Narration: das Erzählbarmachen der eigenen Lebensgestalt; die Kompetenz, eine progressive Selbst-Narration zu verfassen.

5. Souveränität in der Gestaltung von Kontakten zur Psychiatrie

- Passung als wechselseitige Aushandlung und Verschränkung von Perspektiven.
- »Compliance« als wechselseitig gewonnene Einsichten in die subjektiven Gesundheits-Zusammenhänge bei Psychosen.
- Konzeptualisierung von »wirksamer Hilfe« in persönlich zugewandten Arrangements.

Der Autor

Manfred Jehle, geb. 1959, Dr. phil., Diplom-Pädagoge (Univ.), Diplom-Sozialpädagoge (FH). Ausbildungen in Gestalttherapie und Bewegungsanalytischer Therapie. Tätigkeiten in einem Münchener Sozialpsychiatrischen Dienst, im mobilen ›Krisendienst Psychiatrie München‹ sowie in der gemeindepsychiatrischen Fortbildung.

Veröffentlichungen: »Über das Jonglieren mit psychosozialen Problemen. Dokumentation einer Arbeitswoche in einem Sozialpsychiatrischen Dienst.« In: Heinrich Berger, Ulla Schirmer (Hg.): »Sozialpsychiatrische Dienste«, Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag 1993, S. 15–40.

»Wie geht's eigentlich den Sozialpsychiatrischen Diensten ... in Bayern?« mit Sepp Ramstetter und Horst Reiter, in: Sozialpsychiatrische Informationen, 34. Jg., Heft 4/2004, S. 51–53; Bonn: Psychiatrie-Verlag.

»Heim oder Daheim – Gerontopsychiatrie in der Gemeinde«, in: Dokumentation der 4. Fachtagung Gerontopsychiatrie im Kloster Irsee, 28.–30.3.2004; Augsburg: Neues Soziales Wissen e. V. 2004, S. 23–32.

