



FORSCHUNG FÜR DIE PRAXIS  
HOCHSCHULSCHRIFTEN

Ralf Quindel

# Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle

Das Selbstverständnis der Professionellen  
in der Sozialpsychiatrie

RALF QUINDEL

# Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle





RALF QUINDEL

# **Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle**

Das Selbstverständnis der Professionellen  
in der Sozialpsychiatrie

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

DOI: 10.1486/9783884143797

**Ralf Quindel. Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle.** Das Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie.  
Dissertation an der Ludwig-Maximilians-Universität München.  
ISBN 3-88414-379-4  
Zugel.: Univ.-Diss., 2004.

**Bibliografische Information der deutschen Bibliothek**

Die deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn 2004

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

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Dortmund

Satz: Marina Broll, Dortmund

Druck: DIP, Witten

Psychiatrie-Verlag im Internet: [www.psychiatrie.de/verlag](http://www.psychiatrie.de/verlag)

# Inhalt

<b>1 Einleitung</b>	9
<b>2 Hilfe und Kontrolle in der Sozialpsychiatrie</b>	14
2.1 Antipsychiatrie, Gemeindepsychiatrie und modernisierte Psychiatrie	14
2.2 Theoretische und praktische Ursprünge der Sozialpsychiatrie	17
2.3 Institutionelle Entwicklungen	20
2.4 Diskurse über soziale Kontrolle	24
2.4.1 Kritik am Konzept der Gemeindepsychiatrie	25
2.4.2 Flexibilisierung und Individualisierung	28
2.5 Gemeindepsychiatrische Perspektiven	30
2.6 Resümee	35
<b>3 Methodik der Untersuchung</b>	37
<b>4 Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi)</b>	42
4.1 Organisationsformen der SpDi in Berlin und Bayern	42
4.1.1 Sozialpsychiatrische Dienste in Berlin	42
4.1.2 Sozialpsychiatrische Dienste in Bayern	46
4.2 Der SpDi aus der Sicht der Professionellen	50
4.2.1 Auftrag	51
4.2.2 Gemeindepsychiatrischer Verbund	54
4.2.3 Team	61
4.2.4 Institutioneller Zwang versus therapeutische Freiheit?	68
4.3 Psychiatrische Zwangseinweisung	69
4.3.1 Diskussion der ethischen Problematik	71
4.3.2 Funktionen der Einweisung in den Interviews	74
4.3.3 Hoheitliche Aufgaben für alle SpDi?	77
4.4 Resümee	80

<b>5 Der sozialpsychiatrische Diskurs</b>	82
5.1 Die Arbeiten von Michel Foucault	82
5.1.1 Wahnsinn	83
5.1.2 Macht	89
5.1.3 Diskurs	93
5.1.4 Soziale Kontrolle in der Gemeindepsychiatrie	96
5.2 Methodische Überlegungen	99
5.3 Sozialpsychiatrische Diskurse	107
5.3.1 Medizinischer Diskurs	107
5.3.2 Psychotherapeutischer Diskurs	116
5.3.3 Juridischer Diskurs	123
5.3.4 Ökonomischer Diskurs	129
5.3.5 Sozialpsychiatrischer Diskurs	138
5.4 Resümee	148
<b>6 Die sozialpsychiatrische Beziehung</b>	150
6.1 Ethnopschoanalyse	150
6.1.1 Begegnung mit dem Fremden	152
6.1.2 Bedeutung des Fremden in der Entwicklung des Kindes	153
6.1.3 Das Fremde als Spiegel der Kultur	154
6.1.4 Umgang mit dem Fremden	156
6.2 Psychoanalyse des Individuums in Institutionen	159
6.2.1 Identifikation mit der Rolle	159
6.2.2 Kritik der sozialpsychiatrischen Arbeit	162
6.3 Methodische Überlegungen	166
6.4 Beziehungsdynamik zwischen Helfer/in und Klient/in	169
6.4.1 Lust	171
6.4.2 Angst	178
6.5 Resümee	187

<b>7 Empowerment</b>	189
7.1 Das Empowerment-Konzept	190
7.2 Empowerment in den Interviews	192
7.3 Empowerment und seine Wirksamkeit auf drei Ebenen	202
7.3.1 Institutionelle Reformen	202
7.3.2 Diskursive Vielfalt	205
7.3.3 Beziehung und Anerkennung	209
7.4 Empowerment als Begegnung mit dem Fremden	212
<b>Literatur</b>	216
<b>Anhang</b>	227
<b>Danke</b>	229
<b>Der Autor</b>	230



# 1 Einleitung

Sozialpsychiatrische Arbeit unterstützt Menschen, die den sozialen Anforderungen der Gesellschaft nicht gewachsen sind und schützt zugleich die Gesellschaft vor dem störenden Verhalten der Irren. Sie zieht und bewacht die *Grenze zwischen Normalität und Wahnsinn*, zwischen tolerierbaren und zu sanktionierenden Verhalten. Sie hilft und kontrolliert, wobei in jeder ihrer Handlungen beide Aspekte untrennbar verschmelzen.

An der Grenze, die psychische Normalität von der Abweichung trennt, lässt sich momentan, im Gegensatz etwa zur Frage der sexuellen Orientierung oder der kulturellen Identität der Nation, keine breite Diskussion gesellschaftlicher Normen feststellen. Offensichtlich ist es die medizinische Kategorie der Krankheit, die immer wieder den Fokus auf das Individuum richtet und gesellschaftliche Normen, die Abweichung produzieren, außer Acht lässt. Kritische Stimmen problematisieren die Ausschließungsmechanismen wie Zwangsmaßnahmen, Fesselung oder Elektroschock als unangemessen, die Stigmatisierung des Individuums als »psychisch krank« stellen sie nicht in Frage. Im Vergleich dazu sind beispielsweise die Diskurse über geschlechtsspezifische Diskriminierung viel weiter in den Bereich der *sozialen Konstruktion von Differenz* (z. B. »gender« als soziales Geschlecht) vorgedrungen.

Es gab andere Zeiten, in denen der Begriff »psychisch krank« als gesellschaftliche Zuschreibung im Dienste der herrschenden Normalität dekonstruiert wurde (GOFFMAN 1961). Die Bewegung der Antipsychiatrie hatte diese Überlegungen in die gesellschaftspolitische Debatte getragen und damit zur Reform der Psychiatrie beigetragen. Seit der Veränderung der Psychiatrie durch die Psychiatrie-Enquete hat, mit der Entwicklung von sozialpsychiatrischen und gemeindenahen Angeboten, jedoch eine Umwälzung innerhalb des psychiatrischen Denkens stattgefunden. Das Thema »Kontrolle«, das bis dahin die Psychiatrie zentral bestimmte, wurde in einige wenige Felder, beispielsweise die Diskussion über die Zwangseinweisung, zurückgedrängt. Die meisten Angebote sind, im Selbstverständnis der Professionellen, Hilfe zur Selbsthilfe, bedürfnisorientiertes Arbeiten oder *Empowerment*, also die Unterstützung von Selbstorganisationskräften der KlientInnen<sup>1</sup>.

---

1 Ich verwende diese Schreibweise, wenn ich mich auf weibliche Klientinnen sowie männliche Klienten beziehe.

Dennoch ist bei genauerem Hinsehen deutlich, dass die Dialektik von Hilfe und Kontrolle nach wie vor die Sozialpsychiatrie durchzieht, wenn auch in veränderter Form. Zwang und Gewalt machen dabei nur noch einen Teil der Kontrollaspekte aus, statt Fixierung und Haldolkuren findet in der Sozialpsychiatrie eine fürsorgliche Belagerung in Form eines sich immer stärker differenzierenden Netzes von Institutionen im Alltag der KlientInnen statt. *Kontrolle* wandelt sich hier von der Unterwerfung allzu auffälliger Verrücktheit zur Betreuung, die auch unscheinbare Anzeichen von Störung erkennt und behandelt.

Der Dialektik von Hilfe und Kontrolle kann man nicht entrinnen, es stellt sich aber die Frage, ob innerhalb des sozialpsychiatrischen Diskurses Formen von *Anerkennung der KlientInnen als Subjekte* zu finden sind. Formen von Anerkennung, die eine Begegnung mit Psychiatrie-Erfahrenen ermöglichen, jenseits eines medizinisch oder psychotherapeutisch begründeten Expertentums. Gibt es Wege, die Strukturen und Verstrickungen des sozialpsychiatrischen Feldes so transparent zu machen, dass ein befreiter Blick entsteht, der zu einem solchen veränderten Umgang befähigt?

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit dem *Selbstverständnis der Professionellen* in der Sozialpsychiatrie. Sobald diese Thematik fokussiert wird, kann man davon ausgehen, dass das Selbstverständnis nicht (mehr) selbstverständlich ist. Einsparungen, Qualitätsmanagement und Privatisierung im Gesundheitswesen auf der einen Seite, das zunehmend selbstbewusste Auftreten der Selbsthilfebewegung Psychiatrie-Erfahrener auf der andere Seite bringen die herkömmlichen Identitätswürfe der Professionellen unter Druck. Die strukturellen Veränderungen und die Finanzknappheit fordern eine flexible, transparente Form der Professionalität, die neuen Begegnungsformen mit Psychiatrie-Erfahrenen in Beschwerdestellen, Psychoseminaren oder Psychiatriegremien fordern die Überwindung der Expertendistanz des medizinischen Modells. Wie bilden sich diese Entwicklungen in dem Selbstverständnis der Professionellen ab?

Als methodisch-empirischer Zugang zu diesen Fragen eignet sich das *qualitative Interview*. Zwölf SozialpädagogInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen, die in sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) in Berlin und Bayern arbeiten, wurden für die vorliegende Untersuchung nach ihren Sichtweisen auf die sozialpsychiatrische Praxis befragt. Die Auswertung der Interviews bezog sich darauf, wie die InterviewpartnerInnen ihre professionelle Position als PsychologInnen, SozialpädagogInnen und ÄrztInnen entwerfen, inwiefern medizinisches oder psychotherapeutisches Fachwissen dabei eine Rolle spielt, welche ethischen oder politischen Utopien sie in ihrem Handeln verfolgen.

Die Erzählungen der InterviewpartnerInnen können als *Konstruktionen professioneller Identitäten* betrachtet werden, sie reduzieren die Komplexität der Praxis und dienen der eigenen Orientierung in der Arbeitswelt. Erzählungen unterliegen jedoch nicht vollständig der Steuerung und Kontrolle der Subjekte. Ein großer Teil

der durch sie vollzogenen Positionierungen und Entscheidungen besteht aus Reproduktionen kultureller Muster, die sich mit Michel Foucault als Diskurs oder mit der Psychoanalyse als Unbewusstes beschreiben lassen.

In seinen historischen Analysen hat sich *Michel Foucault* mit der Entstehung der psychiatrischen Wissenschaft und der Geschichte der Disziplinierung von abweichendem Verhalten beschäftigt. In »Wahnsinn und Gesellschaft« (1961) analysiert Foucault, wie sich das Verständnis und der Umgang mit Wahnsinnigen historisch verändert. Er beschreibt die Ausgrenzung des Wahnsinns als konstituierende Praxis der aufgeklärten, vernünftigen, modernen westlichen Kultur. In »Überwachen und Strafen« (1975) wird das Problem der sozialen Kontrolle am Beispiel der Gefängnisse thematisiert. Foucault verabschiedet sich von der Vorstellung einer repressiven Macht, welche die autonome Entfaltung der Individuen beeinträchtigt. Er beschreibt den modernen Subjektbegriff des autonomen Individuums selbst als diskursive Machtwirkung, geschaffen durch die Humanwissenschaften, allen voran die Medizin und die Psychologie.

Neben Wahnsinn und Macht ist der Diskurs eine weitere zentrale Analysekategorie Foucaults. In »Archäologie des Wissens« (1973) beschreibt er Aussagen als diskursive Praktiken, als Machtwirkungen ähnlich denen von Handlungen, welche die Lebenswelt konstruieren, indem sie von ihr sprechen. Demnach gibt es in der Psychiatrie keinen Unterschied zwischen Hilfe und Kontrolle, sondern lediglich diskursive Kämpfe: Kämpfe um Bedeutungen, um Erklärungen und um Behandlungsformen von Wahnsinn. Mithilfe der Arbeiten von Foucault werden die Erzählungen in den Interviews *diskursanalytisch* betrachtet. Welche Diskurse (z. B. medizinische, juristische, psychotherapeutische) finden sich im sozialpsychiatrischen Feld? In welcher Form spiegeln sie sich in den Erzählungen der InterviewpartnerInnen? Welche Handlungsoptionen eröffnen, welche verschließen sie?

Für eine psychologische Untersuchung bedarf es neben Foucault einer weiteren theoretischen Basis, welche die *Emotionalität und das Begehren der Subjekte* einschließt. Das Konzept der Sozialen Kontrolle korrespondiert auf psychologischer Ebene mit dem Konzept der Triebkontrolle der Psychoanalyse. In Freuds Instanzenmodell der menschlichen Psyche übernimmt das Über-Ich, das aus Verinnerlichung gesellschaftlicher Normen entstanden ist, den Gegenpart zum Es, welches die Natur, die Triebwünsche des Menschen repräsentiert. Vermittler zwischen Triebansprüchen und gesellschaftlichen Normen ist das Ich. Auf Triebimpulse, die gegen die internalisierten Normen des Über-Ich verstoßen, reagiert das Ich mit Angst. Dem Ich stehen Abwehrmechanismen zur Verfügung, die gegen die Triebansprüche gerichtet werden können und verhindern, dass diese bewusst wahrgenommen werden. Mit der Verbannung in das Unbewusste wird Angst vermieden, ebenso geht jedoch Lust verloren. Somit eignet sich jedes Individuum in seiner Sozialisation eine spezifische Abwehrhaltung an. In Abhängig-

keit von der Art der internalisierten Normen und der Rigidität des Über-Ichs wird die Qualität und die Kraft unbewusster, verdrängter Impulse beschaffen sein.

Die *Ethnopschoanalyse* überträgt diesen individuellen Mechanismus auf gesellschaftliche, kulturelle Prozesse. Auch Gesellschaften produzieren Unbewusstheit (ERDHEIM 1988). Das Es erscheint als herrschaftsbedrohendes Element, da sich die Triebnatur des Menschen nicht ohne weiteres gesellschaftlichen Einschränkungen unterwirft. Dementsprechend lässt sich die Geschichte einer Kultur als Produktion von Unbewusstheit beschreiben. Die »Verknappung des Diskurses« (FOUCAULT 1972, S. 42), die Machtspiele über das Sag- und Denkbare, der Kampf um Bedeutungen spielt sich an der Grenze zwischen Bewusstheit und Unbewusstheit ab. Das individuelle Unbewusste ist durch die oben beschriebenen Mechanismen an dieser kulturellen Produktion von Unbewusstheit beteiligt. Abweichungen von der Grenzlinie lösen Angst, aber auch Lust aus.

Interessant für die vorliegende Untersuchung ist in diesem Zusammenhang vor allem die Frage, wie die Professionellen, die in der Sozialpsychiatrie tätig sind, mit dem Fremden in der eigenen Kultur, dem Wahnsinn, umgehen. Mit welchen Abwehrformen sie sich gegen die Bedrohung und die Verlockung des »Verrückt-Seins« wehren. Wie sich über ihre individuelle psychische Bewältigungsform die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit lesen lässt und wie sich soziale Kontrolle über die Ängste und das Begehren von Einzelnen fortpflanzt.

## Überblick über den Inhalt

- In Kapitel 2 »*Hilfe und Kontrolle in der Sozialpsychiatrie*« wird der Diskurs über soziale Kontrolle in der Sozialpsychiatrie verfolgt, wie er sich seit den Sechzigerjahren bis heute verändert hat. Parallel dazu ergibt sich eine historisch-gesellschaftliche Betrachtung der Entwicklung der Sozialpsychiatrie in Deutschland. Den Abschluss dieses Kapitels bildet eine zeitgenössische Beschreibung sozialer Kontrolle und die Einführung des Empowerment-Konzeptes als gemeindepsychiatrische Perspektive.
- In Kapitel 3 »*Methodik der Untersuchung*« wird der methodische Rahmen der Arbeit festgelegt und die InterviewpartnerInnen vorgestellt. Die folgenden drei Kapitel repräsentieren die drei Analyseebenen der Untersuchung, die institutionelle, die diskursive und die beziehungsdynamische Ebene.
- Das Kapitel 4 »*Der Sozialpsychiatrische Dienst*« gibt einen Einblick in die strukturellen Unterschiede in der Organisation der SpDi in Berlin und Bayern. Daran anschließend werden die institutionellen Zusammenhänge aus der Sicht der MitarbeiterInnen beschrieben. Spezielle Aufmerksamkeit gilt der Prozedur der Zwangseinweisung der KlientInnen in die Klinik, weil sich dort die Dialektik von Hilfe und Kontrolle in besonderem Maße zuspitzt.

- Kapitel 5 »*Der sozialpsychiatrische Diskurs*« beginnt mit einer Einführung in die Arbeiten von Michel Foucault, mit deren Hilfe die Frage der sozialen Kontrolle in der Gemeindepsychiatrie auf neue Art und Weise diskutiert wird. Daran schließen methodische Überlegungen zur Diskursanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Subjektposition an. Schließlich werden die diskursiven Stränge in den Erzählungen der InterviewpartnerInnen dargestellt. Die Beschreibung der medizinischen, psychotherapeutischen, juristischen und ökonomischen Diskurse, welche die Erzählungen der InterviewpartnerInnen in vielfältiger Art und Weise prägen, bilden den Schwerpunkt dieses Abschnittes.
- Der diskursiven Analyse wird in Kapitel 6 »*Die sozialpsychiatrische Beziehung*« die psychoanalytische Betrachtung der Beziehungsdynamik zwischen Professionellen und KlientInnen gegenübergestellt. In einer Einführung in die ethno-psychoanalytische Theorie der Begegnung mit dem Fremden werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der ethnologischen und psychiatrischen Betrachtungsweisen von Fremdheit und Wahnsinn verdeutlicht. Entsprechend den von ERDHEIM (1988) beschriebenen xenophoben und exotistischen Haltungen gegenüber dem Fremden, zeigen sich lustvolle und ängstigende Aspekte auch in den Schilderungen der InterviewpartnerInnen.
- Zum Abschluss werden in Kapitel 7 »*Empowerment*« zunächst die Empowermentansätze in den Erzählungen der InterviewpartnerInnen betrachtet. Professionelle Beziehungskonzepte, die den KlientInnen den Status von eigenverantwortlichen Subjekten zugestehen, werden herausgearbeitet. Anhand der institutionellen, der diskursiven und der beziehungs-dynamischen Analyseebene werden schließlich Perspektiven des Empowerment-Konzeptes in der Sozialpsychiatrie beschrieben.

## 2 Hilfe und Kontrolle in der Sozialpsychiatrie

Mit der Beschreibung der historischen Entwicklung der Sozialpsychiatrie in der BRD<sup>1</sup> lassen sich die parallel stattfindenden Veränderungen im Diskurs über Hilfe und Kontrolle verfolgen. Dabei interessiert besonders, welche Formen von Hilfsangeboten entwickelt werden, welche institutionellen Veränderungen damit einhergehen und wie der gesellschaftliche Kontrollauftrag innerhalb dieser neuen Konstellationen thematisiert wird.

In der Analyse des sozialpsychiatrischen Diskurses zeigt sich ein historisches Wechselspiel in der Dominanz der Handlungskonzepte von Antipsychiatrie, Gemeindepsychiatrie und modernisierter Psychiatrie. Diese Konzeptionen von Psychiatrie bewegen sich in den Koordinaten der wissenschaftlichen Erklärungen psychischer Störung, den biologischen, sozialen und psychologischen Paradigmata. Darüber hinaus bestimmen die massiven gesellschaftlichen Veränderungen seit dem Beginn der Reformbewegung der Psychiatrie in den Sechzigerjahren des 20. Jahrhunderts und die rasante Entwicklung von biotechnischen und pharmakologischen Möglichkeiten (BALZ, BRÄUNLING und WALTHER 2002) das Feld, in dem sich der sozialpsychiatrische Diskurs bewegt.

### 2.1 Antipsychiatrie, Gemeindepsychiatrie und modernisierte Psychiatrie

In dem Handbuch »Psychologische Grundbegriffe« (GRUBITZSCH und WEBER 1998) findet sich unter dem Stichwort »Sozialpsychiatrie« folgende Beschreibung:

Sozialpsychiatrie ist der Oberbegriff einer normativ orientierten 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 von Medizin, Psychologie, Sozialpädagogik und anderen Sozialwissenschaften. (KEUPP 1998, S. 581)

---

1 Ich betrachte nur die Entwicklung in den alten Bundesländern, da meine InterviewpartnerInnen alle in SpDi in Bayern oder West-Berlin arbeiten. Zur Geschichte der Psychiatrie in der DDR und die weitere Entwicklung in den neuen Bundesländern finden sich Informationen bei THOM und WULFF (1990) und BACH (1995).

Das zentrale Anliegen der Sozialpsychiatrie ist demnach die Integration ihrer KlientInnen in den Alltag mithilfe eines multidisziplinären Ansatzes. Sozialpsychiatrische Arbeit dient der Erweiterung der individuellen Handlungskompetenzen und der Lebensqualität der KlientInnen durch psychologische Beratung, durch Unterstützung von sozialen Kontakten im Wohn- und Arbeitsumfeld in Form von Netzwerkarbeit (KEUPP 1987) und der Sicherung von Ressourcen, zum Beispiel durch Unterstützung bei Schwierigkeiten mit Behörden oder durch Schaffung von betreuten Arbeitsplätzen und Wohngemeinschaften. Die Sozialpsychiatrie steht also für folgende psychiatrische Reformen:

- Das biologisch-medizinische Krankheitsbild wird durch ein *soziales Verständnis von psychischem Leiden* ergänzt, das die KlientInnen in ihren belastenden wie auch unterstützenden sozialen Bezügen wahrnimmt. Während in der Klinik ÄrztInnen Kraft ihres medizinischen Wissens von PatientInnen als ExpertInnen anerkannt werden müssen, unterstützen die sozialpsychiatrisch Tätigen individuelle Lösungsversuche der KlientInnen als Schritte zu einem selbstbestimmteren Leben.
- Die großen Kliniken werden durch kleinere, *gemeindenaher Einrichtungen* ergänzt. Damit sind die psychosozial Tätigen vertraut mit den Verhältnissen vor Ort und können integrative Strukturen (Patientenclubs, Arbeitsprojekte usw.) in der Gemeinde aufbauen. Einweisungen in die Klinik sollen durch unterstützende Krisenangebote in der Lebenswelt der KlientInnen vermieden werden.

Sozialpsychiatrie wendet sich kritisch gegen die Verwahrung von Menschen in Sonderinstitutionen und gegen die Dominanz des biologisch-medizinischen Krankheitsmodells. Ihre Wurzeln entstanden aus der kritischen Haltung gegenüber der Form von sozialer Kontrolle, die von der klassischen Psychiatrie ausgeübt wurde. In dem sozialpsychiatrischen Diskurs spielen drei unterschiedliche Vorstellungen von psychosozialer Versorgung eine wichtige Rolle:

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)

Während der erste der Ansätze grundsätzlich psychiatriekritisch ist, zählen die letzteren beiden zur Reformpsychiatrie, deren Beginn in Deutschland Anfang der Siebzigerjahre angesiedelt ist. In der Entwicklung dieser Reformpsychiatrie lässt sich, wie Keupp beschreibt, eine Spaltung in die gemeindepsychiatrische Linie

und in die modernisierte Psychiatrie beobachten. Entlang dieser Spaltung laufen sowohl Verteilungskämpfe über Ressourcen wie auch der ideologische Konflikt zwischen dem psychosozialen und dem biomedizinischen Verständnis von psychischer Störung. Demgegenüber kritisiert die Position der »antipsychiatrischen Befreiungsperspektive« (ebd.) jede Form expertenorientierten Handelns sowie die Formen von sozialer Kontrolle, welche die sozialpsychiatrische Reform hervorbringt. So konnte man in einer elf Jahre älteren Ausgabe des gleichen Handbuchs, aus dem die obigen Zitate von Keupp entnommen sind, zu dem Stichwort »Sozialpsychiatrie« Folgendes lesen:

Wenn man die zentralen sozialpsychiatrischen Programmpunkte [...] zusammenstellt, lassen sich unschwer die Zielsetzungen einer imperialen Medizin beziehungsweise einer Wissenschaft der Devianz, vor allem auch der ideologische Gehalt der Sozialpsychiatrie ablesen: (1) Zur psychiatrischen Behandlung von psychischer Abweichung sollen programmierte Dienste eingerichtet werden und die Interventionen sich auf ausgewählte Risikogruppen richten. (2) Um auf Gemeinden als soziales Gefüge eingehen zu können und Interventionen nicht ausschließlich auf Konzeptionen aufzubauen, die von Kategorien der individuellen Klientenbehandlung bestimmt sind, muß ein hinreichender Einblick in die Gemeindestruktur gewährleistet sein. (3) Es müssen grundlegende epidemiologische Untersuchungen im Bereich psychischer Abweichung betrieben werden, in die Programmanalysen und kontrollierte Evaluation einzubeziehen sind. [...] So wird das Ensemble der menschlichen Lebenswelten von einem psychiatrisch-psychotherapeutisch pädagogischen Komplex umstellt, wobei, zumindest als objektiver Effekt, eine immense Ausdehnung von sozialer Kontrolle und Überwachung die Folge ist. (HELLERICH 1987, S. 1000 ff.)

Es sind also zwei sehr unterschiedliche Blickwinkel auf Sozialpsychiatrie auszumachen. Keupp betrachtet Sozialpsychiatrie aus der Reformperspektive, auf der Suche nach gemeindepsychologischen Möglichkeiten der Veränderung der psychiatrischen Versorgung. Hellerich kritisiert aus der antipsychiatrischen Perspektive die sozialpsychiatrischen Reformen als effektivere, modernisierte Form der Kontrolle von Abweichung.<sup>2</sup> Die radikale Position der Antipsychiatrie findet sich

---

2 Heiner Keupp äußerte in einem Gespräch mit mir die Hypothese, dass die unterschiedliche psychiatriepolitische Landschaft in Bremen und Bayern zu den beiden Positionen führte. In Bremen wurden die sozialpsychiatrischen Reformen von den regierenden Sozialdemokraten administrativ umgesetzt, quasi von oben verordnet. Daraus ergab sich eine regierungskonforme Haltung in der sozialpsychiatrischen Szene. Die Kritik in Bremen, unter anderem von GERT HELLERICH (1987) und ADAM ZUREK (1991) radikalisierte sich in einer Gegenbewegung. In Bayern hingegen stießen die sozialpsychiatrischen Reformen auf beharrlichen Widerstand der CSU-Regierung. Die Umsetzung selbst grundlegender sozialpsychiatrischer Forderungen war heftig umkämpft. Die sozialpsychiatrisch Engagierten blieben in der Opposition. Durch ihren gemeinsamen Gegner blieb

in den aktuellen Veröffentlichungen zur Sozialpsychiatrie kaum noch wieder. Im Gegenteil, die Gegenwart ist von einem Wiedererstarben des biologisch-medizinischen Paradigmas geprägt, sodass unter den aktuellen Bedingungen bereits die konsequente gemeindepsychiatrische Position radikal erscheint (WOLLSCHLÄGER 2003). Die Positionen der Antipsychiatrie tauchen momentan in Form der Betroffenenbewegung der Psychiatrie-Erfahrenen wieder auf, allerdings viel pragmatischer und kooperativer ausgerichtet (VON TROTHA 2001).

Interessant ist, dass die drei Perspektiven (Antipsychiatrie, Gemeindepsychiatrie und modernisierte Psychiatrie) sowohl in Opposition wie auch in Bündnissen zueinander stehen. Gemeindepsychiatrie und modernisierte Psychiatrie verbindet die Expertenperspektive auf psychische Störung, in der Opposition befindet sich die Antipsychiatrie. Die antipsychiatrische und die gemeindepsychiatrische Position hingegen verbindet die Kritik an dem biomedizinischen Krankheitsmodell und an seinen institutionellen Niederschlägen, in der Opposition steht hier die modernisierte Psychiatrie. Die Gemeindepsychiatrie steht also zwischen den beiden Polen Antipsychiatrie und modernisierte Psychiatrie, von beiden Seiten angegriffen, aber auch beide Seiten vermittelnd. Um diese enge Verbindung verständlich zu machen, wird der gemeinsame historische Ursprung der drei Konzepte, die kritischen Theorien und Untersuchungen, die als Basis der Psychiatriereform dienten, kurz skizziert.

## 2.2 Theoretische und praktische Ursprünge der Sozialpsychiatrie

Viel beachtete theoretische Grundlage der sozialpsychiatrischen Reformbewegung sind die *Untersuchungen Goffmans* aus den Sechzigerjahren. Sie prägten die kritische Wahrnehmung vieler Intellektueller, die Rede von der totalen Institution und der Patientenkarriere (GOFFMAN 1961) fanden Eingang in den Alltagswortschatz der Psychiatriekritik. Goffman entwickelte seine Theorien mit der Methode der teilnehmenden Beobachtung in psychiatrischen Anstalten in den USA (VON KARDORFF 1991). Mit dem Begriff der Patientenkarriere beschrieb er Krankheitsverläufe nicht als pathologischen Verlauf einer psychischen Störung, sondern als Hospitalisierungseffekte, von der Institution produzierte Karrieren und damit als soziale Phänomene.

Psychopathologische Termini, so Goffman, erklären das verstörende regelverletzende Verhalten des Devianten, indem sie es zu einem medizinischen Problem erklären. Sie stützen dadurch die Normalitätskonstruktionen der Gesellschaft und kontrollieren das Verhalten des Betroffenen, indem sie ihn einer speziellen, sei-

---

die kritische Position in Bayern (unter anderen HEINER KEUPP 1998) der sozialpsychiatrischen Szene verbunden.

ner Störung entsprechenden Behandlung zuführen (GOFFMAN 1971). Neben den Arbeiten von Goffman gab es eine Vielzahl weiterer Untersuchungen, welche die soziale Herstellung des Etikettes »psychisch krank« verdeutlichten. Sie wurden unter dem Begriff der Labeling-Perspektive diskutiert.

Die Labeling-Perspektive ist aus einem interpretativen Verständnis sozialwissenschaftlicher Vorgehensweise entstanden. [...] Ein Ereignis oder eine Handlungsweise haben keine immer schon feststehende, ihnen innewohnende Bedeutung, sondern diese sind das Ergebnis sozialer Konstruktionen und Herstellungsleistungen. Ihr interpretativer Nachvollzug erfordert eine genaue Analyse der jeweiligen situationellen Kontextbedingungen und ein verstehendes Anknüpfen an den Produzenten alltäglicher Sinnstiftung. [...] Bezogen auf abweichendes Handeln heißt das, daß eine Handlung nicht per se abweichenden Charakter haben kann, sondern erst im Prozeß gesellschaftlicher Sinnsetzung zu Abweichung wird. (KEUPP 1987, S. 91)

Diese theoretischen Überlegungen werden durch *sozialepidemiologische Befunde* zur Schichtspezifität psychischer Störungen gestützt. Untersuchungen verweisen auf ein gehäuftes Auftreten psychischer Störungen in den unteren Sozialschichten (KEUPP 1990), außerdem auf geschlechtsspezifisch unterschiedliche Verteilungen von psychischen Erkrankungen (VOGT 1991). In einer politisch bewegten Zeit trafen diese Erkenntnisse auf großes Interesse, Psychiatrisierte wurden als Opfer sozialer Ungleichheit und staatlicher Repression betrachtet. Die durch diese Argumentation entstandenen psychosozialen Erklärungsmodelle psychischer Störung dienten der Kritik am medizinischen Modell und waren darüber hinaus eine Voraussetzung für die Öffnung des Psychiatriemarktes für den psychologischen und sozialpädagogischen Berufsstand.

Neben den soziologischen Analysen war die Psychiatrie auch Gegenstand von *historischen Betrachtungen*. FOUCAULT (1961) hat in »Wahnsinn und Gesellschaft« den Mythos der Humanisierung der Behandlung der Irren durch die Fortschritte einer medizinisch-psychologischen Theoriebildung und Behandlungsmethodik widerlegt. Er zeigt, dass die Formen des Wahnsinns durch die Behandlungsformen produziert werden, um daraufhin wiederum deren Herrschaftsanspruch zu legitimieren. CASTEL (1976) verlängert die historische Analyse Foucaults in die Gegenwart. DÖRNER (1969) wählt eine andere Perspektive und beschreibt Psychiatriegeschichte auf Basis der Kritischen Theorie als ökonomisch motivierte Aussonderung von Abweichung.

Nicht nur theoretische, auch zwei wichtige institutionalisierte Formen der Kritik an der Psychiatrie gehören zu den Wurzeln der Sozialpsychiatrie, die Antipsychiatrie in England und die demokratische Psychiatrie in Italien. Die *englische Antipsychiatrie*, die mit den Namen Laing und Cooper verbunden ist, hat in ihrem Ursprung einen phänomenologischen Zugang zur psychischen Störung. LAING (1960) betont in seinen Arbeiten die Möglichkeit, psychotisches Erleben

zu verstehen und sich darin einzufühlen. COOPER (1967) legt den Schwerpunkt auf die pathologisierenden Aspekte der familiären Sozialisation: Die Familie als Agent der gesellschaftlichen Repression führe zu Schädigungen der Kinder, die sich in psychischen Störungen manifestieren können. Der besondere Verdienst der englischen Antipsychiatrie lag in ihren Experimenten in Bezug auf das Behandlungssetting für Menschen mit psychischen Problemen.

Die englische Antipsychiatrie [...] hat vor allem Initiativen zur Selbsthilfe außerhalb der öffentlichen Psychiatrie hervorgebracht. Nach dem Scheitern des von Cooper unternommenen Versuchs, in einer psychiatrischen Anstalt auf einer Station (Villa 21) jugendliche Psychotiker repressionsfrei zu behandeln, gründeten führende Antipsychiater 1965 die Selbsthilfeorganisation »Philadelphia Association«, die in London verschiedene Gebäude anmietete (u. a. Kingsley Hall) und die Möglichkeiten schuf für ein informelles und selbstverwaltetes Zusammenleben. Personen mit psychischen Problemen können dort unter Verzicht auf jegliche Form medizinischer Eingriffe und unter verständnisvoller Betreuung jene Reise in ihre Innenwelt unternehmen. (WIENAND 1987, S. 78)

Im Gegensatz zur englischen Antipsychiatrie hatte die *demokratische Psychiatrie in Italien* keine außerinstitutionelle Selbstorganisation aufgebaut, ihr Konzept bestand in der radikalen Reform der bestehenden psychiatrischen Institutionen. Zwangsmaßnahmen wurden abgeschafft und statt der Definitionsgewalt der ÄrztInnen eine offene Kommunikation zwischen ÄrztInnen, PflegerInnen und PatientInnen in Form von Versammlungen installiert. Die PatientInnenzahl in einigen Anstalten wurde drastisch reduziert, LangzeitpatientInnen wieder in die Gemeinde integriert und neue psychiatrische Strukturen (Wohngemeinschaften, Ambulanzen) außerhalb der Anstalt gegründet. Die psychiatrischen Reformen konnten sich dabei auf eine politische linke Massenbewegung in den Sechziger- und Siebzigerjahren in Italien stützen (WIENAND 1987).

Die Theoriearbeit der demokratischen Psychiatrie (BASAGLIA 1973; JERVIS 1975) kann sich, wie die Antipsychiatrie von Laing und Cooper, auf eine begleitende Praxis beziehen. Das hebt sie aus den anderen theoretischen Wurzeln der deutschen Sozialpsychiatrie heraus. Die gesellschaftskritischen und politischen Verdienste der demokratischen Psychiatrie beschreibt Bopp:

Basaglia, Pirella und Jervis [beziehen] die Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen Gewalt in der Therapie ein. Zweitens beschreiben sie die Rollenkonflikte nicht nur als Ausdruck einer nach außen abgeschotteten institutionellen Binnendynamik, sondern auch als Manifestation gesellschaftlicher Tendenzen von Herrschaft und Selbstunterwerfung. Drittens thematisieren sie die ihnen zugewiesene Funktion der sozialen Kontrolle. Viertens suchen sie nach politischen Wegen, diese gesellschaftliche Funktionalisierung zu lockern, indem sie sich mit linken Massenbewegungen verbinden. (BOPP 1980, S. 105)

Es soll nicht verschwiegen werden, dass psychiatriekritische Positionen in die Gefahr gerieten, psychische Störung einseitig als Rebellion gegen bestehende Verhältnisse zu mystifizieren und hilfsbedürftige, leidende Anteile der PatientInnen zu vernachlässigen. Trotzdem sind die Impulse der demokratischen Psychiatrie aus Italien und der Antipsychiatrie aus England enorm wichtig für die Entwicklung der Sozialpsychiatrie in Deutschland. Keupp beschreibt die Verdienste der Antipsychiatrie:

- a. Sie hat Formen des Verständnisses und der Hilfsbereitschaft gegenüber psychischer Devianz entworfen und erprobt, die objektivierende Distanzierungen aufgehoben haben und Solidarität und Sympathie zur Grundlage hatten.
- b. Sie hat das Bewußtsein dafür entwickelt, daß der Dissens gegenüber vorherrschenden Normalitätsmodellen ein Recht ist, das es als elementares Bürgerrecht zu proklamieren und zu verteidigen gilt.
- c. Sie hat schließlich auch die Einsicht vermittelt, daß der Dissens eine Aussage zur vorherrschenden sozialen und politischen Realität ist und deshalb auch in dieser zu einem politisierenden Faktor zu werden hat. (KEUPP 1987, S. 134)

Auf welche Weise wurden diese Anregungen in Deutschland in die Praxis umgesetzt? Zunächst werden die spezifischen gesellschaftlichen Bedingungen kurz beschrieben, die zur Reform führten.

### 2.3 Institutionelle Entwicklungen

Ökonomische Faktoren spielten eine wichtige Rolle als Motor der Reformen. Zum einen stiegen die Kosten der verwahrenden Psychiatrie, zum anderen wurde Arbeits- und Konsumkraft der PatientInnen vergeudet. Die Produktivität der Arbeitstherapie in den Anstalten wurde im Vergleich zum Wirtschaftswachstum immer geringer, ein nennenswerter ökonomischer Gewinn ging damit verloren. In der Zeit der Vollbeschäftigung war die Rehabilitation der Ausgrenzung aus ökonomischen Gründen vorzuziehen, da Arbeitskräfte rar waren. Mit diesem wachsenden Anspruch auf Rehabilitation der PatientInnen und der Forderung nach Reduzierung der Aufenthaltsdauer und Häufigkeit der Einweisungen kam die traditionelle Anstalt unter Reformdruck.

Deshalb betreibt die Asylpsychiatrie eine Vergeudung nutzbarer personeller Ressourcen, da sie mit dem ihr anvertrauten Menschenmaterial nicht rentabel arbeitet. Weder erhält sie die Arbeitskraft, noch stellt sie diese wieder her, noch setzt sie diese effizient ein. Die vom spätkapitalistischen Gesellschaftssystem an die Psychiatrie gestellte Erwartung der Effizienzsteigerung hat also zwei Aufgaben zu lösen: die Rückführung möglichst vieler in den Arbeitsprozeß in möglichst kurzer Zeit und die reibungslose und unauffällige Verwaltung jener, die sich einer Rückführung widersetzen. (BOPP 1980, S. 103)

Diese Veränderungswünsche auf ökonomischer Basis fielen zusammen mit dem Nachholbedarf an psychiatrischer Modernisierung der deutschen Psychiatrie. In Frankreich (1960 »Erlass über die Sektorisierung«) und in den angloamerikanischen Ländern (1959 »Mental Health Act« in England und 1963 »Community Mental Healthcenters Act« in den USA) wurde die Psychiatrie bereits seit längerem gemeindepsychiatrisch modernisiert. Diese Leitlinien für die moderne, gemeindebezogene Psychiatrie hatten sich auch in den Standards der World Health Organisation (WHO) niedergeschlagen (CASTEL 1980, S. 162), deren Leitlinien auch für die BRD galten, die jedoch noch keine nennenswerten Reformen in der Psychiatrie eingeleitet hatte.

Neben den ökonomischen und fachlichen Voraussetzungen gab es auch politische Impulse, die Veränderungen erforderlich machten. In der Öffentlichkeit wurde die Reform der Psychiatrie vor allem durch die breite moralische Empörung über die menschenunwürdigen Zustände in der Psychiatrie getragen. Eine Reihe von Presseberichten und journalistischen Büchern befassten sich mit den skandalösen Zuständen in der Psychiatrie. Die Sensibilität für den undemokratischen Umgang mit Minderheiten und für Übertretungen der Menschenrechte war geschärft, im Bewusstsein der Reformbewegung stand vor allem diese ethische Thematik im Vordergrund.

Der Fokus der sozialpsychiatrischen Bewegung lag deshalb nicht in erster Linie in einer methodischen Fragestellung, sondern war eine ethische, gesellschaftskritische und kulturelle Aufgabe. (OBERT 2001, S. 90)

Der Modernisierungsbedarf der Psychiatrie traf auf eine vom wohlfahrtsstaatlichen Gedanken getragene sozialliberale Politik in einer Zeit von relativem wirtschaftlichem Wohlstand und positiven Wachstumserwartungen (VON KARDORFF 1995, S. 469), zudem erleichterte die Entwicklung von Psychopharmaka den Verbleib der nun weniger auffälligen PatientInnen in der Gemeinde (OBERT 2001, S. 98).

### **Verlauf der Psychiatriereform in Deutschland<sup>3</sup>**

Auf Drängen der »Aktion Psychisch Kranke e. V.«, ein Zusammenschluss von reformengagierten Fachkräften und Politikern, wird von der sozialliberalen Koalition 1971 eine Expertenkommission durch den Bundestag eingesetzt, die einen Bericht zur Situation der Psychiatrie in Deutschland verfassen soll. Parallel dazu entsteht 1972 die »Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie« (DGSP), als Organisation der reformengagierten Fachkräfte. Stilbildend für den Diskurs

---

3 Die historischen Daten der Reformbewegung habe ich VON KARDORFF (1995) entnommen.

dieser sozialpsychiatrischen Reformszene, was die Themen und die Art der Auseinandersetzung betraf, waren die Zeitschrift »Sozialpsychiatrische Informationen«, die Rundschreiben der Reformverbände »Soziale Psychiatrie« und die Veröffentlichungen des Psychiatrie-Verlags. 1975 wird schließlich der Schlussbericht zur Lage der psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, die Psychiatrie-Enquete, durch die Expertenkommission vorgelegt.

Mit dem an die amerikanische Gemeindepsychiatrie angelehnten Konzept der ca. 150 000 bis 200 000 Einwohner umfassenden Standardversorgungsgebiete sollte sozialräumlich die Möglichkeit wohnortnaher Angebote und mit Blick auf die soziale Wiedereingliederung die Chance zur Sicherung von Behandlungskontinuität in einer aufeinander abgestimmten Behandlungskette erreicht werden. Mit einer breiten Palette von Vorfeldeinrichtungen (psychosoziale Kontaktstellen, Sozialpsychiatrische Dienste), Kriseninterventionsdiensten, teilstationären Einrichtungen (Tages- und Nachtkliniken) sowie nachgehenden (SpDi) und komplementären Einrichtungen und Diensten (Übergangswohnheime, therapeutische Wohngemeinschaften) und Angeboten zur beruflichen Rehabilitation sollte eine umfassende Versorgung erreicht sowie eine Entlastung und Verkleinerung der Großanstalten ermöglicht werden. (VON KARDORFF 1995, S. 469)

Deutlich wird in der Beschreibung von Kardorffs die stark administrativ-technisch geprägte Umsetzung des vormals doch hauptsächlich ethisch-politischen Anspruchs. Die Reform wurde administrativ verordnet und gesteuert, Betroffene und KritikerInnen aus der Praxis wurden nicht befragt und nicht gehört und so von der Mitgestaltung ausgeschlossen. Die Reform implementierte zudem eine Sprachregelung in Form von technischer Verwaltung psychischer Abweichung, gesellschaftliche Zusammenhänge blieben unberücksichtigt. Die Enquete wurde dadurch zur entscheidenden Weichenstellung, welche die Sozialpsychiatrie von ihren gesellschaftskritischen Wurzeln, der Antipsychiatrie, getrennt hat.

Bei aller Kritik, die der Kommissionsbericht ausgelöst hat, ist er doch für die Psychiatriepolitik zum zentralen Bezugspunkt geworden. Er hat fast alle konzeptuellen Ressourcen gebunden, seine Sprachregelung hat schnell funktioniert und vor allem seine technokratische Planungsphilosophie hatte Prägungskraft. Keiner psychiatriekritischen Initiative ist der Prozeß letztlich erspart geblieben, die eigenen Vorstellungen in die Sprache des Enquetejargons zu übersetzen, das war ein Teil einer Normalisierungsmaschine. (KEUPP 1984, S. 35)

Was in die Welt gesetzt worden war, um die Verhältnisse zu ändern, schaffte nur eine neue, nicht mehr medizinisch, sondern technokratisch geprägte, verwaltende Normierung. Neben der technokratischen Ausrichtung wurde auch der Versorgungscharakter der Enquete kritisiert. Die Reform unterstütze nicht Selbst-

bestimmung und Pluralität, sondern die große expertendefinierte Gesamtlösung im Sinne einer fürsorglichen Belagerung. Der Bedarf wird als ein von Experten festgelegter Normwert definiert, die von oben definierte bedarfsgerechte Versorgung legt Betroffene auf die passive Rolle fest, sie werden als Hilflose konzipiert, die nicht für sich selbst sorgen können. Selbstverantwortung oder Kooperation sind demnach für Menschen mit psychischen Problemen nicht vorgesehen, zudem bleibt das medizinisch-therapeutische Krankheitsverständnis und die zentrale Rolle der Klinik unangetastet.

[Der Bericht der Expertenkommission] kanonisiert die Rückkehr der Psychiatrie zu einer neuen – nun gemeindepsychiatrisch akzentuierten – Normalität der psychiatrischen Versorgung, in der die Dominanz der Klinik [...], das Monopol des Arztes und der um soziale Komponenten ergänzte klinische Blick im Wesentlichen bestehen bleiben. (VON KARDORFF 1995, S. 472)

Die Vorschläge der Enquete werden zunächst in Modellregionen umgesetzt, dort entstehen gemeindenaher psychiatrische Einrichtungen. Durch unterschiedliche politische Rahmenbedingungen in den Ländern und Kommunen und durch unterschiedliches Engagement der Fachleute wurde die psychiatrische Reform in Deutschland jedoch höchst uneinheitlich verwirklicht. Gerade in dieser chaotischen Umsetzung sieht von Kardorff einen Gewinn, denn innovative gemeindepsychiatrische Projekte bekamen schließlich doch eine Chance.

Gleichwohl läßt sich erkennen, daß sich in der bundesdeutschen Psychiatrie Reformelemente – begreift man sie als Veränderungen, die über fachtechnische, administrative, institutionelle und ökonomische Anpassungen und Rationalisierungen, das heißt also Modernisierung, hinausgehen – gerade dadurch verankern konnten, daß es eine geplante und organisierte Modernisierung eigentlich kaum gab. Diese weitgehend naturwüchsig-chaotische und von regionalen Besonderheiten, den Zufälligkeiten politischer Förderer und besonders sozialpsychiatrisch engagierter Professioneller abhängige Entwicklung hat im Ergebnis eine Vielzahl von lehrreichen Erfahrungen und innovativen Modellen erst ermöglicht und ein bunte produktive und reiche Pluralität vielfältiger Arbeitsansätze hervorgebracht, die allerdings vielfach insulär geblieben sind, zuweilen sich selbst genügen und auch eine gewisse Beliebigkeit ausdrücken. (VON KARDORFF 1995, S. 473)

Aber nicht nur die gemeindepsychiatrische Szene war von der Psychiatrie-Enquete enttäuscht. Nach Auswertung des Modellprogramms wurde allgemein eine kritische Bilanz des Reformprozesses gezogen. Der Bericht der Expertenkommission von 1988 (VON KARDORFF 1995, S. 471) konstatiert: Die Lage der chronisch Kranken habe sich kaum verbessert, die Abstimmung zwischen den verschiedenen Bereichen des psychiatrischen Versorgungssystems sei nur unzureichend gelungen.

[Der Bericht nimmt] Abstand von dem starren angebotsorientierten Modell der Enquete und ersetzt dies durch das Konzept des bedarfsgerechten funktionalen Ineinander greifens der verschiedenen Versorgungskomponenten in einem gemeindepsychiatrischen Verbundsystem. Dies beinhaltet erstens eine enge und geregelte Koordination von Angeboten und die Kooperation zwischen den verschiedenen Trägern und Einrichtungen, zweitens die Idee einer regionalen Versorgungsverantwortung/-verpflichtung als Kernstück einer wohnortnahen psychosozialen Begleitung und Wiedereingliederung. (VON KARDORFF 1995, S. 472)

Die neuen Modelle haben primär das Ziel besserer Kooperation und reibungsloserer Zusammenarbeit, so ermöglicht zum Beispiel der »Gemeindepsychiatrische Verbund« (GPV) eine engere Kooperation und Abstimmung der verschiedenen ambulanten Dienste. Ein weiteres Ziel des GPV ist die Personenzentrierung der Hilfen. Es geht darum, den individuellen Hilfebedarf als Ausgangspunkt für die Versorgungsangebote zu nehmen und mit Hilfe eines Case-Management die individuell optimale Kombination der Hilfen zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang sollen mit einem »Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan« (IBRP) schriftliche Absprachen zwischen den Professionellen und den KlientInnen, ähnlich wie im Hilfeplan der Jugendhilfe, getroffen werden (OBERT 2001).

Der Entwicklung des reformorientierten Flügels der Sozialpsychiatrie wird im Folgenden die Bewegung innerhalb des antipsychiatrischen Diskurses gegenübergestellt. Beide Positionen trennten sich durch die Psychiatrie-Enquete voneinander, blieben jedoch in ihren Entwürfen aufeinander bezogen. Man könnte sagen, der antipsychiatrische Diskurs lebt als radikale Kritik weiter, und nimmt damit den wichtigen Stellenwert eines Spiegels und Korrektivs innerhalb des sozialpsychiatrischen Diskurses ein.

## 2.4 Diskurse über soziale Kontrolle

Die institutionelle Entwicklung der Sozialpsychiatrie, die sich immer weiter von ihren antipsychiatrischen Wurzeln entfernte, wurde begleitet von einer kritischen Diskussion, die sich auf eben diese Wurzeln bezog. Während sich ein Teil der Sozialpsychiatrie der praktischen Umsetzung der Psychiatriekritik widmete und mit Versorgung, Planung und Finanzierungsmodellen beschäftigen musste, wurde von der theoretischen Weiterführung der Kritik nun die Sozialpsychiatrie selbst ins Visier genommen. Die Dialektik von Hilfe und Kontrolle in der psychiatrischen Arbeit wurde dadurch als Einheit zunehmend aufgelöst und polarisiert, der Blick auf den Kontrollaspekt war in der Kritik aufgehoben und trennte sich von dem Blick auf die helfenden Anteile, der mit Versorgung beschäftigt war.

Diese grundlegende Spaltung blieb weit gehend unbemerkt, da die reformorien-

tierten Kräfte ihrerseits gespalten waren. Es gab einen technizistischen Flügel, der sich mit Netzwerken und Sektoren beschäftigte, und einen humanistischen Flügel, der sich auf die Beziehung zu den Betroffenen konzentrierte und Psychose als Wachstum und Erfahrung thematisierte. Keupp nennt diese beiden Gruppen treffend »ModernisiererInnen« und »sozialpsychiatrische MoralistInnen« (KEUPP 1995, S. 487). Beide Gruppen konnten sich auf der kritisch-innovativen und guten Seite wähen, im Gegensatz zu der biologisch-medizinischen Anstaltspsychiatrie, die als gewalttätig, mächtig und böse erschien (BRUNS 1998).

Während die sozialpsychiatrisch Engagierten also an der Umsetzung der Reformideen arbeiteten, zielten die radikalen PsychiatriekritikerInnen auf das Herz der Sozialpsychiatrie, das Konzept der Gemeinde. Ihre Kritik ist zwar stellenweise einseitig formuliert, sie vertreten jedoch historisch und theoretisch Positionen, die zur Kenntnis genommen werden müssen. Historisch, weil sich hier wie bereits dargestellt ein wichtiger Teil der ursprünglichen Kritikbewegung verortet, theoretisch, weil sie sensibilisieren und aufmerksam machen für Widersprüche und den Verlust von Radikalität, ohne den sich keine Kritik in eine gestaltende Kraft umsetzen lässt.

#### **2.4.1 Kritik am Konzept der Gemeindepsychiatrie**

Die KritikerInnen warfen dem Gemeindebegriff eine romantisierende Wirkung vor, er verberge gesellschaftliche Zusammenhänge und Widersprüche. Wenn von Gemeinde die Rede ist, dann, so lautet der Vorwurf, meistens im Sinne von Gemeinschaft, gegenseitiger Unterstützung oder politischer Mitbestimmung. Machtverhältnisse, soziale Ungleichheit und soziale Kontrolle werde dagegen selten thematisiert.

Statt der überall im Psychiatriealltag [...] feststellbaren Gewalt gegenüber Menschen wird verharmlosend Belastung, Streß und Bewältigung formuliert. Der Begriffstausch erscheint raffiniert: Belastung, Streßbewältigung, soziale Unterstützung an die Stelle von: struktureller und offener Gewalt, Ausschluß, Aktion der Befreiung. Auf der sozialen Dimension: Gemeindenähe, Netzwerkforschung, social support statt: Entfremdungs- und Verdinglichungszusammenhänge im Rahmen gesellschaftskritischer Begrifflichkeit. (ZUREK 1991, S. 253)

Das Gemeinwesen, so die Kritik, ist nicht unabhängig von gesamtgesellschaftlichen Konflikten. Das Gefühl der Resignation und die damit einhergehende Entpolitisierung der Menschen ist ein Effekt der zunehmenden Globalisierung, durch die nicht nur die Gemeinde die Verfügung über politische Selbstbestimmung verliert, sondern zunehmend auch der Staat. Die KritikerInnen werfen der Gemeindepsychiatrie vor, dass sie diese zunehmende Machtlosigkeit verdeckt und

eine »Gemeinde-Illusion« (ebd.), eine virtuelle Realität schafft, welche keine reale politische Basis in Form von Verfügungsgewalt über eigene Lebensbedingungen habe.

Die Gemeinde-Illusion ist in jenen karitativen Klinik-Pflege-Heim-Sozialräumen vielleicht ungebrochen; in der wirklichen Stadt und Gemeinde greift das Konzept nicht, weil gegenwärtig die Prozesse der sozialen und Selbstentfremdung, der Individualisierung und Entpolitisierung sowie Bürokratisierung dominieren. (ebd.)

Weitere Kritik bezieht sich auf die Verlagerung der Verantwortung für die Lösung sozialer und psychischer Probleme auf die Gemeinde, während gleichzeitig die gemeindefernen Strukturen der psychiatrischen Versorgung (z.B. Kliniken) beibehalten werden. Der Gemeinde würden so die Probleme, aber nicht die Ressourcen zu ihrer Bearbeitung übertragen. Äußerst widersprüchlich sei es auch, die Idee von Selbstbestimmung in der Gemeinde von staatlicher Seite zu verordnen. Der Verlauf der Psychiatriereform zeige, dass viele lokale Initiativen absorbiert wurden, um im Laufe der Reform eine von oben verordnete Sektorisierung in der Gemeinde zu implantieren. So wurden lebendige Initiativen, die tatsächlich aus den lokalen Bedürfnissen erwachsen sind, ersetzt durch eine verwaltungstechnische Festlegung von Sektoren mit einer bestimmten Einwohnerzahl (ZUREK 1991).

Die KritikerInnen verweisen außerdem darauf, dass an gemeindepsychiatrischen Projekten lediglich ein sehr spezieller Teil der Gemeinde beteiligt ist: die Professionellen, die Politiker und vielleicht auch einige Betroffene und ihre Angehörigen. Die Mehrzahl der Bevölkerung bleibt außen vor. Die Mitbestimmungsmöglichkeiten derjenigen, die an dem gemeindepsychiatrischen Projekt teilnehmen, sind jedoch höchst unterschiedlich.

In der Realität wird deutlich, daß es keine Gleichheit geben kann zwischen den Gesundheitsarbeitern im psychischen Bereich [...], die alle ungefähr das gleiche kulturelle Niveau, die gleich Funktion, die gleiche Ausbildung und die gleichen Perspektiven [...] haben – und ihren tatsächlichen oder virtuellen Patienten auf der anderen Seite, die überdies in der Mehrzahl aus den gefährdetsten und ärmsten Gruppen stammen, deren Lebensweise und Kultur am weitesten von den Wertvorstellungen der Verantwortlichen [...] entfernt sind. Man wählt also die annehmbaren Gesprächspartner ganz natürlich unter seinesgleichen aus. (CASTEL, CASTEL und LOVELL 1979, S. 161)

Radikale Kritik, die an dem Konzept der Gemeinde geäußert wird, beruft sich vorwiegend auf das marxistische Entfremdungsparadigma: »Subjektive Leidenszustände verweisen auf gesamtgesellschaftliche Entfremdungs- und Zwangsverhältnisse, die Individuen in ihren Entfaltungsmöglichkeiten systematisch behindern, sie demoralisieren.« (KEUPP 1987, S. 138) Tatsächlich bezieht sich der weitaus größte Teil antipsychiatrischer Kritik in Deutschland auf Kapitalismus-

kritik in marxistischer Tradition (MALINOWSKI und MÜNCH 1975; MUTZ 1983). Hinter dieser Kritik an der Gemeindepsychiatrie steht die Annahme, die sozialpsychiatrische Modernisierung der Psychiatrie diene lediglich der Verbesserung ihrer Kontrollmöglichkeiten im Dienste der herrschenden gesellschaftlichen Verhältnisse.

Die Psychiatrie könne nun in alle Lebensbereiche eindringen; durch ihre verfeinerten Kontrollmechanismen sei sie weniger anstößig und deshalb bei der Verdeckung von Widersprüchen und der Neutralisierung von Protestpotential äußerst effizient. (BOPP, 1980, S. 104)

Die Kritik ist treffend, da die gemeindepsychiatrischen Konzepte tatsächlich größtenteils die Konzeptualisierung der Kontrollfunktion ihrer Tätigkeit zu Gunsten der Hilfeaspekte vernachlässigen. Die oben angeführte Argumentation reagiert jedoch reflexartig in die Gegenrichtung. Sie löst den Widerspruch zwischen Hilfe und Kontrolle auf, indem sie die Notwendigkeit von Hilfe und Unterstützung sowie die Wirksamkeit gemeindenaher Hilfeaspekte unterschätzt. Soziale Kontrolle erscheint hier als durchgängig repressive Machtwirkung, der es sich immer entgegenzustellen gilt. STANLEY COHEN (1989) widerspricht diesem einseitigen, verdinglichenden Blick auf soziale Kontrolle. Nicht die konkrete Erscheinung sozialer Kontrolle in der Psychiatrie, sondern die Rückführung auf weitere soziale Kontexte werde von den KritikerInnen bearbeitet. Hinter der chaotisch anmutenden Kontrolllandschaft werde eine Ursache, eine Wirkkraft in Form des Staates oder des Kapitals gesucht, welche die Spielregeln entwirft. Damit verliere sich die Thematik im Abstrakten und komme zu keinen konkreten Ergebnissen, die Beschäftigung mit dem Thema gerate in ideologische Grabenkämpfe.

Tatsächlich ist, wohl auch auf Grund seiner ideologischen Engführung, der Diskurs über soziale Kontrolle in der oben beschriebenen Form weitgehend aus der sozialpsychiatrischen Landschaft verschwunden. Gleichwohl muss es nach wie vor Kräfte geben, welche die Gesellschaft auch kontrollierend zusammenhalten. Diese Form sozialer Kontrolle ist jedoch mit der alten Begrifflichkeit nicht mehr zu fassen. Um auch die neuen Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie (Gemeindepsychiatrischer Verbund, personenzentrierte Hilfen usw.) in ihrer gesellschaftlichen Funktion verstehen zu können, bedarf es neuer Konzeptionen sozialer Kontrolle.

## 2.4.2 Flexibilisierung und Individualisierung

Herkömmliche Konzepte von sozialer Kontrolle erfassen lediglich Kontrollformen, die im Wesentlichen mit Sanktionen auf das Verletzen bestehender Normen reagieren, beziehungsweise auf zentralisierte Weise Prävention von Normverletzungen betreiben (MALINOWSKI und MÜNCH 1975). Wenn man das Konzept der sozialen Kontrolle nur auf die zentral gesteuerte Regulierung abweichenden Verhaltens beschränkt, sind zeitgenössische Formen von Kontrolle nicht erfassbar, weil sie zunehmend dezentral funktionieren, und weil sie nicht nur als repressiv angesehen werden können, sondern auch der produktive Anteil berücksichtigt werden muss. Soziale Kontrolle in ihrer gegenwärtigen Form produziert soziale Realität durch die Herstellung gesellschaftlich notwendiger Verhaltensweisen in pluralisierter Form (Moden, politische Bewegungen usw.).

In der neoliberalen Gesellschaft steht eine Zunahme regulierter Lebenswelten einer ebenfalls wachsenden sozialen Unordnung gegenüber. Der Zuwachs an subjektiver Autonomie verbindet sich mit einer Zunahme von individuell unbeeinflussbaren globalen Zusammenhängen. Verhaltensweisen, die früher als typisch unangepasst verstanden wurden, gelten als angepasst und umgekehrt. Abweichung und Anpassung werden unbestimmt und standortabhängig, können gesellschaftlich stabilisierend sowie destabilisierend wirken. Ein Beispiel: Individualisierung bedeutet Differenzierung, also Abweichung, wirkt aber stabilisierend für die neoliberale Wirtschaftsordnung, die flexible, unabhängige Arbeitskräfte benötigt (SENNETT 1998). Das passive Fügen in die PatientInnenrolle bedeutet Anpassung, wirkt aber destabilisierend, weil durch die geringe Selbstverantwortung hohe medizinische Behandlungskosten verursacht werden.

Die gesellschaftliche Entwicklung öffnet also durch Pluralisierung Möglichkeitsspielräume, die jedoch durch die Verdichtung von Strukturbedingungen und durch steigende Abhängigkeiten wieder eingeschränkt werden. Lebenspläne sind nicht mehr vorgegeben, sondern müssen individuell entworfen werden. Jedoch gilt es dabei, eine Vielzahl von Variablen und Unbekannten zu berücksichtigen. Der Entwurf solch langer Handlungsketten erfordert ausgesprochen Widersprüchliches: einerseits die Ausschaltung von Verhaltensschwankungen, andererseits aber auch Verhaltensflexibilität, da nicht mehr alle notwendigen Verhaltensregeln, alle Eventualitäten eingeplant werden können. So müssen beispielsweise Kinderwunsch, Wohnort und Arbeitsplatz hinsichtlich der Kinderbetreuungsmöglichkeiten, der Karrierechancen, der Altersabsicherung und der Verwirklichung der Partnerschaftsvorstellungen koordiniert werden (BECK und BECK-GERNSHEIM 1990).

Diese Flexibilität ist notwendig, um den rasanten gesellschaftlichen Veränderungen und den damit verbundenen widersprüchlichen Handlungsanforderungen gerecht zu werden. Das gilt in gleichen Maße für Individuen wie für Institutio-

nen (MUTZ 1983). Institutionalisierte Formen sozialer Kontrolle reagieren jedoch vergleichsweise langsam auf die gesellschaftlichen Veränderungen. Solange angemessene gesellschaftliche Kontrollinstitutionen nicht vorhanden sind, müssen auftauchende Widersprüche individuell verarbeitet werden. Das bedeutet, dass Individualisierung Kontrollarbeit beinhaltet und deren Gelingen Voraussetzung einer modernen Sozialstruktur ist. Sie ist also Möglichkeit zur Selbstbestimmung und Zwang zur Selbstkontrolle zugleich.

Sieht man soziale Kontrolle nämlich weniger unter dem Aspekt von gesellschaftlich produzierten Restriktionen, die die »eigentlich« unbegrenzte Handlungsautonomie des Einzelnen beschneiden, sondern unter dem Aspekt, welche und wieviel Kontrollarbeit dem Einzelnen innerhalb eines bestimmten sozialstrukturellen Gefüges zugemutet wird, um nicht als »deviant« deklassiert zu werden, so läßt sich erkennen, daß das Gesamtvolumen sozialer Kontrollen zugenommen haben muß. (HAHN 1995, S. 169)

Soziale Kontrolle ist dementsprechend kein eindeutig negatives Phänomen, das auf den Einzelnen einwirkt, sondern etwas, was jeder Einzelne selbst produziert. Individualität ist in diesem Sinne die Kombination der selbst gewählten, jedoch gesellschaftlich vorgegebenen Kontrollstrategien. Die Kombination ist als solche zwar individuell, die einzelnen Bestandteile sind jedoch hochgradig sozial überformt. Die Suche nach neuen Beziehungsformen (z. B. Psychoseseminare) läßt sich als Strategie zur Entlastung von individueller Kontrollarbeit verstehen. Auch diese Vergesellschaftungsmuster sind nicht einseitig als Kontrolle oder Befreiung auflösbar, sie sind in sich ambivalent. Soziale Kontrolle funktioniert hier in dem Wunsch nach Zugehörigkeit zu einer Gruppe und in der Akzeptanz dieser Gruppennormen. Der Markt und staatlicher Zwang regulieren dabei den Spielraum, den solche Gruppen nutzen dürfen.

FLICK (1993) zeigt, wie sich die Flexibilisierung und die Individualisierung sozialer Kontrolle in der psychiatrischen Versorgung niederschlägt. Während die traditionelle Psychiatrie alle PatientInnen in Krisen in die Klinik eingewiesen und in »gesunden« Phasen wieder zurück in die Gemeinde entlassen hat, also allein durch ihre binäre institutionelle Logik bestimmt war, versucht die Reformpsychiatrie Krisen durch Angebote in der Gemeinde aufzufangen. Besonders in den neuen Konzeptionen des GPV und des Case-Management wird deutlich, dass sich die institutionellen Angebote dabei zunehmend am individuellen Klienten orientieren und eine Vielzahl von unterschiedlichen Angeboten zur Auswahl stehen. Es kommt zu einem »Wandern der Klienten durch die psychosoziale Versorgung mit beratender Unterstützung durch die SpDi-Mitarbeiter« (FLICK 1993, S. 180). Das heißt, zunehmend können, aber auch müssen die KlientInnen ihre »Karriere« selbst bestimmen. Entscheidungen müssen immer wieder neu getroffen werden, die Finanzierung und die Struktur der Angebote (z. B. therapeutische Wohngemeinschaft, Übergangwohnheim) sind zeitlich begrenzt und bestimmten Teil-

zielen verpflichtet. Der Weg durch die Angebote ist nicht zentral geregelt, sondern muss zwischen den Beteiligten ausgehandelt werden. Damit wird die Kontrollarbeit von der Institution auf die Akteure verlagert, sie funktioniert dezentral, flexibel und produktiv, indem sie individuelle Lösungen schafft.

Die Unterbringung in der Klinik hat relativ eindeutige Zuständigkeiten und Machtverhältnisse geschaffen mit ebensolchen Konsequenzen von Stigmatisierung bis Dauerhospitalisierung. Die Vermittlung in eine therapeutische WG beruht dagegen auf einem Netz von eher informellen Bezügen: Ob sie klappt, hängt von Aushandlungsprozessen zwischen SpDi-Berater und Klient (Beratung), zwischen SpDi-Berater und WG-Betreuer (Kooperation), zwischen Klient und WG-Betreuer (Betreuung) und zwischen Klient und Mitbewohnern ab. (FLICK 1993, S. 178)

Dieser Abschnitt sollte gezeigt haben, wie sich der Diskurs über soziale Kontrolle in der Sozialpsychiatrie mit den gesellschaftlichen Entwicklungen verändert hat. Nach den harten Angriffen in den Achtzigerjahren auf der Grundlage eines marxistischen Weltbildes ist er in der Unübersichtlichkeit postmoderner Theoriebildung weit gehend verstummt. Im Folgenden wird diskutiert, ob die anti-psychiatrische Kritik wirkungslos blieb, oder ob die kritischen Stimmen Eingang in die konzeptuelle Arbeit der Sozialpsychiatrie fanden. Darüber hinaus wird die Frage untersucht, wie der gemeindepsychiatrische Diskurs auf die gesellschaftlichen Veränderungen im Neoliberalismus reagiert.

## 2.5 Gemeindepsychiatrische Perspektiven

Arbeitslosigkeit, Finanzkrisen der öffentlichen Hand und die wachsende soziale Ungleichheit sind gesellschaftliche Veränderungen, welche die wohlfahrtsstaatlichen Utopien der Siebzigerjahre zum Verschwinden gebracht haben (KEUPP 1987). Mit der Biotechnik erobert das medizinische Modell Terrain zurück, Psychopharmaka werden immer selbstverständlicher eingesetzt (KOBÉ 2002), in Form von Institutsambulanzen dringt das medizinische Modell auch in die ambulante Versorgung ein. Der sozialpsychiatrische Diskurs kann dem nicht viel entgegensetzen, es gibt kaum Foren für Diskussionen zwischen Sozialpsychiatrie und der biologisch-medizinischen Psychiatrie, die beiden Diskurse haben wenig Berührungspunkte (FINZEN 2000). Zudem ist die sozialpsychiatrische Arbeit auf Grund des ökonomischen Drucks weniger an inhaltlichen Diskussionen orientiert, sondern zunehmend von Effizienzkriterien und Qualitätsmanagement bestimmt: Qualität der sozialpsychiatrischen Arbeit muss messbar sein, um finanziert zu werden (SCHÄTZLE 2003). Alle diese Faktoren bremsen die Umsetzung gemeindepsychiatrischer Konzepte, es gibt aber auch immanente Entwicklungen, die das gemeindepsychiatrische Projekt an sich in Frage stellen.

Wenn man einmal betrachtet, wie wenige Nicht-Patienten in den Kontakt- und Begegnungsstätten für psychisch Kranke im Stadtteil auftauchen, zeigt sich, wie wenig sich tatsächlich auf der Ebene der Integration der Letzteren geändert hat. (FLICK 1993, S. 180)

Nach der psychiatriegeschichtlichen Phase der Ausgrenzungspsychiatrie (Modell der Anstalt) und der integrationsorientierten Psychiatrie des Wohlfahrtsstaates (Modell der Gemeinde) finden sich innerhalb der Sozialpsychiatrie erneut Ausgrenzungsmechanismen. Auf Grund mangelnder Möglichkeiten beruflicher Rehabilitation und mangelnder Ressourcen, um am Konsumleben teilzunehmen, geraten KlientInnen in dauerhafte Abhängigkeit von sozialpsychiatrischen Angeboten. Auf diese Weise kommt es zu einer Psychologisierung und Therapeutisierung von Arbeitslosigkeit und Armut, welche die objektiven Ursachen individualisiert. Ein zentraler Auftrag der Sozialpsychiatrie, die berufliche Rehabilitation, wird unglaublich, als Ziel zwar noch vorhanden, aber in der Realität selten einzulösen. Möglichkeiten finden sich bestenfalls noch in beschützten Arbeitsverhältnissen oder in schlecht bezahlten, unsicheren Hilfsjobs. Meist jedoch wird in Form von Frühberentung die Gruppe von KlientInnen immer größer, die keine gesellschaftliche Aufgabe mehr übernehmen und in den Ghettos von Wohngemeinschaften, sozialpsychiatrischen Diensten und Freizeitclubs aufgehoben und versorgt wird.

Die gegenwärtige psychiatrische Landschaft läuft weiterhin Gefahr, mit ihren sozialpsychiatrischen Reformansätzen ein Spektrum von differenzierten Formen der sozialen Ausgrenzung zu schaffen, das von den betreuten Nischen in der Gemeinde hin bis zur dauerhaften Unterbringung in geschlossenen Einrichtungen reicht. Darüber hinaus schafft die Psychiatrie mit den Erklärungsansätzen ihrer Wissenschaft nach wie vor ideologische Wirklichkeitskonstruktionen zur Erklärung und zum Verständnis psychosozialer Konflikte. (ARMBRUSTER und OBERT 1990, S. 27)

Der offensichtliche, oft gewalttätige Ausschluss aus der Gemeinde durch den Einschluss in die Klinik wird ersetzt durch eine soziale Ausgrenzung in der Gemeinde, der sich im sozialpsychiatrischen Fachjargon »Den-Klienten-an-den-SpDi-Anbinden« verrät. Genau betrachtet ist daher die sozialpsychiatrische Kontrollfunktion weniger eine ausgrenzende, sondern eher eine einbindende. Sie grenzt die störende Andersartigkeit des psychisch Kranken nicht aus, sondern bindet ihn in ein Netzwerk von psychosozialen Angeboten ein. Auch dadurch wird eine Grenze zwischen Andersartigkeit und Normalität markiert.

Vor allem der Verlust von gemeinsamen Lebenswelten lässt kollektive Widerstandsformen verschwinden. Was bedeutet der Begriff »Gemeinde«, wenn kollektive und verbindende Erfahrungen fehlen? Taugt er nur noch als Utopie, aber nicht mehr als Kategorie sozialer Analyse? Was macht er für einen Sinn, wenn es immer weniger Gemeinsamkeiten gibt, und wenn das Gemeinsame vermittelt wird

über den Werbungs-, Unterhaltungs- und Informationsstrom der globalisierten Medien? Wenn sich Subkulturen immer mehr differenzieren, und der Rückzug ins Private mit Internet und Telefonbanking beschleunigt wird? Es hat manchmal den Anschein, als ob sich der Vorwurf, das Konzept der Gemeinde bestehe lediglich als romantisches Konstrukt in den Köpfen der Professionellen, bewahrheitet hat. Mit einer Krise lässt sich jedoch auch ein Neuanfang verbinden. Keupp sieht trotz dieser beschriebenen Entwicklungen Perspektiven für die Gemeindepsychologie, auch und gerade auf der Basis gesellschaftlicher Umbrüche.

Sie setzt dabei an der Ambivalenz des gesellschaftlichen Transformationsprozesses an, der zur Individualisierung von Lebenslagen und zur gesellschaftlichen Desintegration führt, der jedoch zugleich die Spielräume für Individualität erweitert. [...] Gemeindepsychologie sucht eine Praxis, die eine lebbare Vermittlung der beiden Pole Individualität und neue solidarische Lebensformen zu initiieren vermag. [...] Sozialpolitik muß Ressourcen für die Initiierung und Unterstützung sozialer Beziehungsmuster und Lebensformen schwerpunktmäßig dort bereitstellen, wo alltägliche Hilfesysteme zur Entwicklung positiver Identitätsentwürfe und zur Erarbeitung kollektiver Lebenspläne besonders notwendig sind, um sozioökonomische Unterprivilegierung produktiv überwinden zu können. (KEUPP 1987, S. 10)

Es muss also ein zentrales Anliegen sein, der Frage nachzugehen, wo es Verbindungen zwischen den beiden Polen »Individualität« und »solidarische Lebensformen« (ebd.) gibt, um herauszufinden, welche Form von Unterstützung die Gemeindepsychiatrie bieten kann.<sup>4</sup>

### Identity Politics und Empowerment

In eine positive Utopie übersetzt geben die Kritikpunkte an dem Konzept von Gemeinde (Kapitel 2.4.1) folgende Koordinaten vor: Die Zukunft der Gemeindepsychiatrie ist politisch, dezentral und eine Sache der Betroffenen. Vielleicht besteht mit einem solchen Entwurf Anschluss an den momentan wohl mächtigsten gesellschaftlichen Gegendiskurs: »Identity Politics« (ROMMELSPACHER 1997). Klassische Beispiele für Identity Politics sind die Frauenbewegung oder die Bewegung der Schwarzen in den USA. Diesen Gruppen geht es darum, auf ihre gesellschaftliche Diskriminierung aufmerksam zu machen und eine eigene selbstbewusste Identität zu gewinnen.

---

4 Wie bedeutsam diese Frage ist, zeigt unter anderem die Debatte um Kommunitarismus und bürgerschaftliches Engagement (KEUPP 1995 a) und ein groß angelegtes interdisziplinäres Forschungsprojekt (KEUPP, HÖFER, JAIN, KRAUS und STRAUS 2000), das genau diesen Formen sozialen Kitts, wie sie auch heute noch zu finden sein müssen, auf die Spur kommen will.

Allerdings ist es keineswegs einfach, die eigene Gruppenzugehörigkeit zu akzeptieren und offensiv zu vertreten, wenn man einer sozial mißachteten Gruppe angehört. [...] Denn eine positive Identität bedarf einer community, die sie unterstützt. (ROMMELSPACHER 1997, S. 258)

Die diskriminierten Gruppen schaffen sich deswegen Räume und Netzwerke und gestalten daraus eine eigene Kultur, sie machen Politik mit ihrer Identität. Neben der Chance, die dieses Vorgehen beinhaltet, besteht darin auch eine Gefahr: Wenn die eigene Identität, zum Beispiel »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.<sup>5</sup> Die »Psychiatrie-Erfahrenen«, die psychiatriepolitische Organisation der von Psychiatrisierung Betroffenen in Deutschland, versuchen dieser Gefahr zu entgehen, indem sie die Zuweisung des sozialen Ortes (Psychiatrie) und nicht eine körperliche oder psychische Eigenschaft als gemeinsame Identität im Namen ihrer Bewegung tragen.

Die Diskussionen um die Diskriminierung von MigrantInnen oder die Gleichstellung von Schwulen und Lesben ist in der medialen und wissenschaftlichen Öffentlichkeit sehr präsent. In einer breiten Spanne von liberalen, humanistischen, christlichen und radikalen Positionen wird in diesem Gebiet gekämpft. Die Betroffenen besetzen, durch politische Initiativen oder in Form von medienwirksamen Inszenierungen, Positionen in dieser Diskussion. Ist es für Psychiatrisierte möglich, an diesen Diskurs anzuschließen? Ist es möglich, Verrücktheit als kulturell eigenständiges Lebensmuster zu propagieren, das nicht nur ein Existenzrecht beanspruchen kann, sondern sich auch zeigen darf?

Tatsächlich sind seit den Achtzigerjahren viele Projekte von Psychiatrie-Erfahrenen initiiert worden. Neben explizit antipsychiatrisch-politischen Gruppen, wie der »Irrenoffensive« in Berlin (STÖCKLE 1993), entstanden viele Selbsthilfegruppen, die privat und persönlich psychiatrische Themen bearbeiteten (BROLL 1997). Psychiatrie-Erfahrene betreiben alternative Psychiatrieprojekte wie ein Nachtcafé (HELLERICH 1999) oder ein Weglaufhaus (KEMPKER 1998). Mitglieder dieser Gruppen schlossen sich bundesweit unter dem 1992 gegründeten »Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen« zusammen (VOELZKE 1998). Über diese Interessenvertretung sind Psychiatrie-Erfahrene auch an der Gestaltung der institutionalisierten Formen des psychiatrischen Feldes beteiligt. Sie arbeiten an der Klärung von Konflikten zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und Professionellen in Beschwerdestellen, sind Mitglieder der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG), dem Steuerungs-

---

<sup>5</sup> Diese beiden Seiten der »Identity Politics« stellt KEUPP (2000, S. 318) mit Bezug auf CASTELLS (2001) dar.

gremium für die psychiatrische Versorgung, und diskutieren mit Angehörigen und Professionellen in Psychoseminaren über die Erfahrungen mit Psychose und Psychiatrisierung.

Die Projekte der Psychiatrie-Erfahrenen können als eine Rückkehr des Verdrängten, als eine Wiederaufnahme der abgespaltenen psychiatriekritischen Impulse in die sozialpsychiatrische Praxis verstanden werden. Der verbindende Inhalt, der alle diese Gruppen eint, bezieht sich auf die Rückeroberung des Status des Subjektes, der Befreiung sowohl von der fürsorglichen Sozialpsychiatrie sowie der technisch-medizinischen modernisierten Psychiatrie. So unterschiedlich die Ziele der Beteiligten sind (LEHMANN 1998), ist doch klar, dass sie selbst entscheiden wollen, ob und wie sie die Hilfe der ExpertInnen in Anspruch nehmen wollen. Tatsächlich werden diese Projekte als »Neue Antipsychiatrie« bezeichnet.

Lokal organisiert, pragmatisch ausgerichtet und an der Verwirklichung konkreter Projekte weit mehr interessiert als an politischen und weltanschaulichen Grundsatzfragen, versammelt diese als Neue Antipsychiatrie apostrophierte Bewegung eine große Bandbreite inhaltlicher Positionen, die von dem reformatorischen Wunsch nach Verbesserungen der bestehenden (Sozial-)Psychiatrie bis zu der radikalen Forderung nach deren Auflösung reichen. (VON TROTHA 2001, S. 203)

Selbsthilfeaktivitäten der Psychiatrie-Erfahrenen stehen im Mittelpunkt der Hoffnungen kritischer Professioneller in der Gemeindepsychiatrie. Entsprechend gilt ihnen die Aufmerksamkeit in Form von professioneller Unterstützung. Das Empowerment-Konzept (STARK 1996) bietet dafür den theoretischen und praktischen Rahmen.<sup>6</sup> Empowerment hat den Ursprung in den Bürgerrechtsbewegungen der USA (RAPPAPORT 1980) und steht damit auch historisch in enger Verbindung mit der Frauenbewegung und anderen marginalisierten gesellschaftlichen Gruppen.

In den letzten Jahren wird die Organisation der Psychiatrie-Erfahrenen zunehmend als Gesprächspartner in sozialpsychiatrischen Fachdiskussionen akzeptiert, kaum eine Veröffentlichung oder eine Veranstaltung im gemeindepsychiatrischen Bereich, zu der nicht auch Psychiatrie-Erfahrene einen Beitrag beisteuern. Empowerment bedeutet in diesem Zusammenhang die professionelle Förderung von Selbsthilfe und Partizipation der Psychiatrie-Erfahrenen und ein Abbau von professioneller Bevormundung. Auch die neuen Modelle im Anschluss an den Bericht der Expertenkommission ermöglichen eine weiter gehende Anerkennung des Subjektstatus der KlientInnen. Unter dem Stichwort Personenzentrierung geht es darum, den individuellen Hilfebedarf als Ausgangspunkt zu nehmen und mit dem »Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan« (IBRP) schriftliche Absprachen zu treffen. Auch Psychoseminare, in denen sich Psychiatrie-Erfah-

---

6 Das Empowerment-Konzept wird ausführlich im Kapitel 7.1 beschrieben.

rene und Professionelle auf gleicher Ebene austauschen, können als Empowerment betrachtet werden.

In dieser Entwicklung steckt eine Chance, nämlich die Möglichkeit von mehr Selbstbestimmung der Betroffenen, aber es gilt genauer auf die Machtverhältnisse zu achten, die den Rahmen für diese Aushandlungsprozesse setzen. Sie bestimmen, welche Möglichkeiten und welche Grenzen der Freiheit der Psychiatrie-Erfahrenen gesetzt sind. Und die Mächtigeren in den Psychoseseminaren oder den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften sind nach wie vor die ExpertInnen (WEIß 1998; VON TROTHA 2001). Außerdem gilt es zu beachten, dass unter den ExpertInnen die Macht zu Ungunsten der gemeindepsychiatrischen VertreterInnen verteilt ist. An der Dominanz des biologisch-medizinischen Paradigmas scheitert beispielsweise nach wie vor die Verwirklichung alternativer Konzepte für eine weit gehend psychopharmakafreie Behandlung, wie zum Beispiel das Soteria-Projekt (KROLL 1998).

## 2.6 Resümee

Im Gegensatz zur radikalen Kritik der Antipsychiatrie steht die Gemeindepsychiatrie in einem ambivalenten Verhältnis zur Anstaltspsychiatrie: Sie muss mit ihr zusammenarbeiten und ist doch auch ihre Kritikerin. Sie gerät in diesen Doublebind, weil sie einen Teil der gesellschaftlichen Ordnungsfunktion der Psychiatrie erfüllen muss. So stehen gemeindepsychiatrische Einrichtungen den biologisch-medizinisch dominierten Behandlungskonzepten der Klinik kritisch gegenüber, müssen aber auf Grund mangelnder Alternativen KlientInnen in Krisensituationen in die Klinik einweisen.

Die Ausübung von Gewalt und Kontrolle [...] der ambulanten Psychiatrie [ist] weniger offensichtlich, subtiler, vermittelter und erscheint in den unterschiedlichsten Ausprägungen, ohne daß dabei das Moment der unmittelbaren körperlichen Gewaltanwendung als drohende und letzte Möglichkeit verschwunden wäre. (ARMBRUSTER und OBERT 1990, S. 26)

Die Gemeindepsychiatrie kann in ihrer gegenwärtigen, relativ offenen Form nur existieren, weil sie Zwang und Gewalt an andere Institutionen delegiert. Die Polizei oder das Gesundheitsamt ist für die gewaltsame Einweisung, die psychiatrische Klinik für die Zwangsmedikation zuständig. Dieser Hintergrund muss berücksichtigt werden, wenn es um die Frage geht, ob und wie der Empowermentansatz in den Institutionen der Sozialpsychiatrie umgesetzt werden kann.

Neben diesen institutionellen Verbindungen zwischen Gemeindepsychiatrie und modernisierter Psychiatrie, teilen beide Konzepte einen expertenorientierten Umgang mit psychischer Störung. Der gesellschaftliche Auftrag für die ExpertIn-

nen ist die Hilfe für, aber auch die Kontrolle über Menschen, die auf Grund von psychischen Problemen leiden oder auffällig werden. Für die VertreterInnen der Gemeindepsychiatrie stellt dies eine große Herausforderung dar, denn das doppelte Mandat von Hilfe und Kontrolle in der psychosozialen Arbeit lässt sich nicht auflösen, auch nicht im Empowermentkonzept (QUINDEL 2002). Wenn sich die Professionellen jedoch des Kontrollauftrages und der damit verbundenen Macht bewusst sind, dann bietet das Empowermentkonzept eine Basis für den Dialog mit den Psychiatrie-Erfahrenen, der Unterschiede und Konflikte nicht verdeckt, sondern politisch zur Veränderung der Psychiatrie nutzt. So könnte der verloren gegangene antipsychiatrische Diskurs einen größeren Raum in der Sozialpsychiatrie einnehmen und dazu verhelfen, dass mehr Orte geschaffen werden, die Andersartigkeit erlauben.

Die vorliegende Arbeit möchte Wege aufzeigen, wie das gelingen kann und auf welche Weise mit dem Kontrollaspekt bewusst umgegangen werden muss. Dazu gilt es die folgenden Fragen mit Hilfe der Interviews mit MitarbeiterInnen aus der Sozialpsychiatrie zu klären: Wie nehmen die Professionellen in der Sozialpsychiatrie das Verhältnis von Hilfe und Kontrolle heute wahr, auf welche Erklärungsmodelle beziehen sie sich bei ihrer Positionierung im theoretischen Diskurs und im praktischen Feld? Gelingt es ihnen, die produktiven Seiten des Kontrollthemas, wie sie in diesem Kapitel entwickelt wurden, zu besetzen, oder ist in ihrer Wahrnehmung Kontrolle in erster Linie das Reglementieren der Betroffenen, zu dem man sich autoritär bejahend oder emanzipatorisch ablehnend verhalten muss?

### 3 Methodik der Untersuchung

Zu Beginn jeder empirischen Untersuchung steht die Frage, welchen Ausschnitt des gewählten Feldes man in die Untersuchung einbeziehen will und wie groß der Bereich ist, für den die Ergebnisse der Untersuchung relevant sind. Die Sozialpsychiatrie bietet eine Vielzahl von verschiedenen Arbeitsfeldern, von der therapeutischen Wohngemeinschaft bis zum Krisendienst. Für die vorliegende Untersuchung wurden lediglich MitarbeiterInnen aus Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) interviewt, um die institutionellen Bedingungen der Dienste in die Untersuchung detaillierter einbeziehen zu können. Die Berücksichtigung der unterschiedlichen Aufträge und institutionellen Organisationen der SpDi in Berlin und Bayern ermöglichte es, die Erzählungen der InterviewpartnerInnen in ihrer Kontextabhängigkeit zu vergleichen. Die Ergebnisse lassen sich jedoch auf andere sozialpsychiatrische Institutionen übertragen, da der SpDi vielfältige Arbeitsbereiche in sich vereint. Im Gegensatz zu den spezialisierten Einrichtungen, die jeweils für einzelne Teilbereiche des Lebens, wie Wohnen, Arbeiten oder Freizeit, zuständig sind, bietet der SpDi Beratung, Betreuung und Vermittlung für alle Problembereiche.

Die empirische Basis bilden zwölf einstündige Interviews mit PsychologInnen, SozialpädagogInnen und Ärzten aus Sozialpsychiatrischen Diensten in Bayern und Berlin. Die InterviewpartnerInnen aus Bayern arbeiten alle in SpDi in ländlichen Bereichen im Bezirk Oberbayern. In Berlin haben sich nur vier MitarbeiterInnen für das Interview gemeldet.<sup>1</sup> Vermutlich liegt das an der Tatsache, dass in Berlin die SpDi Teil des Gesundheitsamtes und damit eine Behörde sind. Die MitarbeiterInnen sind teilweise verbeamtet und dadurch weniger frei in ihrer Entscheidung, Interviews zu ihrer Arbeit zu geben. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die InterviewpartnerInnen, ihr Alter, ihre Profession und die Dauer der Tätigkeit am SpDi<sup>2</sup>. Weitere berufsbiografische Informationen zu den einzelnen Personen werden jeweils direkt im Kontext zu den Auswertungen und Interpretationen der Interviews gegeben.

---

1 Das Anschreiben, mit dem ich um die Teilnahme an der Untersuchung geworben habe, findet sich im Anhang.

2 Teilweise haben die InterviewpartnerInnen vor ihrer Tätigkeit im SpDi bereits in anderen Institutionen des sozialpsychiatrischen Feldes gearbeitet.

**Berlin**

Andreas <sup>3</sup>	48 Jahre	Arzt	11 Jahre SpDi
Ludwig	58 Jahre	Arzt	18 Jahre SpDi
Petra	52 Jahre	Psychologin	17 Jahre SpDi
Susanne	48 Jahre	Sozialpädagogin	21 Jahre SpDi

**Bayern**

Bettina	30 Jahre	Psychologin	2 Jahre SpDi
Carsten	53 Jahre	Psychologe	6 Jahre SpDi
Doris	44 Jahre	Sozialpädagogin	2 Jahre SpDi
Ernst	44 Jahre	Sozialpädagoge	10 Jahre SpDi
Fritz	49 Jahre	Sozialpädagoge	3 Jahre SpDi
Gudrun	33 Jahre	Sozialpädagogin	3 Jahre SpDi
Monika	42 Jahre	Sozialpädagogin	4 Jahre SpDi
Vera	42 Jahre	Sozialpädagogin	15 Jahre SpDi

Den Einstieg in das Interview bildeten offene Fragen nach Erfolgserlebnissen und Problemen in der Arbeit mit KlientInnen. Anschließend fragte ich nach Widersprüchen zwischen dem institutionellen Auftrag und den Bedürfnissen der KlientInnen. Weitere Themen waren die persönliche Motivation für die Arbeit im psychiatrischen Feld und Erlebnisse im Kontakt mit KlientInnen, die Freude und Angst auslösten. Mir ging es darum, die MitarbeiterInnen zum ausführlichen Erzählen von konkreten Arbeitssituationen zu ermuntern, da keine fachliche Expertendiskussion, sondern vor allem Alltagserfahrungen Gegenstand des Interviews sein sollten. Diese Interviewform bezeichnet Flick als »episodisches Interview«:

Der Ausgangspunkt für das episodische Interview ist die Annahme, daß Erfahrungen der Subjekte hinsichtlich eines bestimmten Gegenstandsbereichs in Form narrativ-episodischen Wissens und in Form semantischen Wissens abgespeichert und erinnert werden. Während die erste Form erfahrungsnah sowie bezogen auf konkrete Situationen und Umstände organisiert ist, enthält die zweite Form des Wissens davon abstrahierte, verallgemeinerte Annahmen und Zusammenhänge. Im ersten Fall stellt der Ablauf der Situationen in ihrem Kontext die zentrale Einheit dar, um die herum Wissen organisiert ist. Im zweiten Fall sind Begriffe und ihre Beziehungen untereinander die zentralen Einheiten. (FLICK 1995, S. 124)

---

3 Die Namen der InterviewpartnerInnen sind selbstverständlich geändert.

Neben den Fragen, die Erzählungen, also narrativ-episodisches Wissen anregen, waren auch Fragen nach der Definition von psychischer Gesundheit oder dem Verständnis von Empowerment, also nach semantischen Wissen, im Interviewleitfaden (siehe Anhang) enthalten. Die Befragten sollten ihre subjektiven Perspektiven einbringen und konnten das Interview innerhalb der thematischen Grenzen selbst steuern.

Die Interviews wurden auf Kassette aufgenommen und transkribiert, zu jedem Interview habe ich ein Protokoll über die Interviewsituation verfasst und dabei vor allem meine emotionalen Eindrücke festgehalten. Diese Eindrücke waren eine wichtige Information über die Interaktion zwischen mir und den Interviewten. Da ich mich im Rahmen der Suche nach InterviewpartnerInnen und in der Einleitung zum Gespräch als ehemaliger Mitarbeiter eines SpDi vorgestellt habe, ergab sich meist eine Form von kollegialer Nähe, die zur Offenheit beitrug. An manchen Interviewpassagen wurde jedoch auch deutlich, dass mir eine fachlich-wissenschaftliche Autorität zugeschrieben wurde, die sich in Unsicherheit (meist bei weiblichen Interviewpartnerinnen), aber auch in Demonstrationen von kompetenter Fachlichkeit (vor allem bei männlichen Interviewpartnern) äußerte.

Neben den Betrachtungen zur Beziehung mit den InterviewpartnerInnen habe ich Eindrücke notiert, welche die Räumlichkeiten und die Atmosphäre des jeweiligen SpDi hinterlassen haben. Mithilfe von Statistiken, Jahresberichten und Veranstaltungsprogrammen konnte ich weitere Daten über den Kontext der Institutionen sammeln, die für die Auswertung und Interpretation hilfreich waren. Es folgt eine Übersicht über die verschiedenen Auswertungsschritte, die ausführliche Darstellung der Methodik sowie der Ergebnisse findet sich in den jeweils angegebenen Kapiteln.

A) Auswertungsfragen für Interviewpassagen, die sich mit dem institutionellen Kontext der sozialpsychiatrischen Arbeit beschäftigen:

*Institutionsanalyse* (Kapitel 4 »Der sozialpsychiatrische Dienst«)

- Wie wird der eigene Auftrag beschrieben?
- Wie werden das Team und die eigene Institution beschrieben?
- Wie wird die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen beschrieben?
- Wie werden gesellschaftliche Rahmenbedingungen reflektiert?

B) Auswertungsfragen für Interviewpassagen, die sich mit der Beziehung zwischen MitarbeiterInnen und KlientInnen beschäftigen:

*Diskursanalyse* (Kapitel 5 »Der sozialpsychiatrische Diskurs«)

- Welche Sprecherpositionen, welche Diskurse lassen sich finden?

- Mit welchen Begriffen wird normales/gesundes beziehungsweise abweichendes/krankes Verhalten beschrieben?
- Wie werden Normalitätsvorstellungen durchgesetzt?

*Analyse der Beziehungsdynamik* (Kapitel 6 »Die sozialpsychiatrische Beziehung«)

- Welche beziehungs-dynamische Funktion erfüllen die Aussagen?
- Welche Emotionen lassen sich hinter dem Gesagten vermuten?

*Suche nach Empowermentansätzen* (Kapitel 7 »Empowerment«)

- Gibt es Formen von Anerkennung des Subjektstatus der KlientInnen?
  - Wird wertschätzend und ressourcenorientiert über KlientInnen gesprochen?
  - Werden die Gefühle und Werte der KlientInnen akzeptiert?
- Ergebnisse in Kapitel 7 »Empowerment«

Die Kapitel der Arbeit sind entsprechend der methodischen Zugangsweisen auf das Feld aufgeteilt und von »außen nach innen« angeordnet. Beginnend mit der Institution des SpDi, seiner Organisation und seinem Kontext (Kapitel 4), über die Diskurse, die das sozialpsychiatrische Feld bestimmen (Kapitel 5), bis zu der Beziehungsdynamik zwischen Helfer/in und Klient/in (Kapitel 6). Im Kapitel 7 werden auf der Basis der Ergebnisse die Möglichkeiten von Empowerment in der Sozialpsychiatrie diskutiert. In allen Kapiteln findet sich eine Vielzahl von Interviewpassagen mit Angabe der jeweiligen Interviewpartnerin/des jeweiligen Interviewpartners und der Zeilenzahl bezogen auf das Transkript des Interviews. Die Zitate sollen folgende Funktionen erfüllen:

- Sie sollen der Leserin/dem Leser ermöglichen, in die Atmosphäre der Erzählungen der InterviewpartnerInnen einzusteigen.
- Sie bieten das Rohmaterial, das in den Kapiteln analysiert und interpretiert wird.
- Sie dienen als Beispiele und Belege für meine Ausführungen.

Es geht in dieser Untersuchung nicht darum, bestimmte Typologien von MitarbeiterInnen in SpDi zu entwickeln oder sie als Individuen untereinander zu vergleichen. Zur Darstellung der Ergebnisse werden vielmehr einzelne Interviewauschnitte als prototypische Darstellungen bestimmter Sichtweisen ausgewählt und kaleidoskopartig verschiedene Äußerungen zu einer Thematik zusammengestellt. Die Erzählungen der InterviewpartnerInnen werden als Mitteilungen angesehen, die aus bestimmten Sprecherpositionen gemacht werden. Diese variieren u. a. mit dem Alter, dem Geschlecht, der Profession und dem institutionellen Kontext. Es gilt also die Perspektive von Frauen und Männern, Berlinern und Bayern, langjährigen MitarbeiterInnen und BerufsanfängerInnen und die verschiedenen Pro-

fessionen im sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld als unterschiedliche Positionen zu begreifen, die wiederum differierende Konstruktionen von Wirklichkeit erzeugen.

Der dieser Arbeit zu Grunde liegende Subjektbegriff besteht demnach nicht in der Vorstellung von einem »Kern«, der mit der Umwelt interagiert, sondern geht davon aus, dass das Selbstverhältnis der Individuen, ihre Subjektivität, interaktiv und kulturell durch eine spezifische Mischung diskursiver Positionen konstruiert wird.

Mit Konstruktivismus ist die Idee gemeint, dass wir die Welt, die Wirklichkeit, in der wir leben, nicht einfach vorfinden und durch unsere Sinnesorgane abbilden, sondern dass wir sie buchstäblich mit Hilfe unseres Denkens und unserer Sinne selber erst erzeugen oder konstruieren. Und zu dieser Wirklichkeit gehören auch die Probleme – und nicht zuletzt die Lösungen. (PFEIFER-SCHAUPP 2002, S. 14)

Erzählungen, als Konstruktionen von Wirklichkeit, reduzieren Komplexität und dienen der eigenen Orientierung (KRAUS 1996). Sie können sehr unterschiedlich sein und mehr oder weniger Möglichkeiten und Handlungsperspektiven beinhalten. In Geschichten wird Chronizität produziert, indem unlösbare Probleme beschrieben werden oder Handlungsoptionen eröffnet, indem mehrdimensionale Beschreibungen und Lösungen entworfen werden. Diese Untersuchung zielt darauf, eindimensionale professionelle Prägungen und Wertpräferenzen in der Sozialpsychiatrie bewusst zu machen, indem sie die Erzählungen der InterviewpartnerInnen und ihre Wirklichkeitskonstruktionen analysiert. Nachdem in diesem Kapitel die methodischen Grundlagen dargestellt wurden,<sup>4</sup> werden im nächsten Kapitel zunächst die objektivierbaren unterschiedlichen Realitäten der SpDi in Berlin und Bayern dargestellt. Eine genauere Beschreibung der jeweiligen Arbeitssituation wird dann aus der Sicht der InterviewpartnerInnen erfolgen.

---

4 Eine genauere Beschreibung der diskursanalytischen beziehungsweise psychoanalytischen Zugänge zur Empirie findet sich in Kapitel 5 beziehungsweise 6.

## 4 Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi)

Gegenstand dieses Kapitels ist eine Institutionsanalyse der SpDi, in der die formellen organisatorischen Rahmenbedingungen durch die Wahrnehmung der MitarbeiterInnen, also einer informellen Sicht, kontrastiert werden. Dabei soll gezeigt werden, wie sich der institutionelle Kontext in dem Arbeitsverständnis der InterviewpartnerInnen abbildet und in welcher Form er aufgegriffen wird, um bestimmte professionelle Positionen zu markieren.

### 4.1 Organisationsformen der SpDi in Berlin und Bayern

Die Berliner SpDi sind im Gegensatz zu den bayerischen SpDi Teil des Gesundheitsamtes und übernehmen entsprechend hoheitliche Aufgaben (Zwangseinweisungen in die Klinik, Gutachten für andere Ämter, Verpflichtung zur Aktenführung). Sie haben eine lange Geschichte:

Die (West-)Berliner SpDi sind nicht als Ergebnis der Reformdiskussion entstanden, sondern haben als Teil der bezirklichen Gesundheitsämter eine längere Tradition – zunächst als »offene Fürsorge für Geisteskranke« zu Anfang des Jahrhunderts, dann als »Nervenberatungsstellen« und seit 1969 als »SpDi«. (FLICK 1993 a, S. 86)

Die bayerischen SpDi sind dagegen Ende der Siebzigerjahre im Rahmen der Psychiatriereform in freier Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden gegründet worden und haben den Charakter von Beratungsstellen. Die sich daraus ergebenden Unterschiede sollen im Weiteren im Detail beschrieben werden.

#### 4.1.1 Sozialpsychiatrische Dienste in Berlin

In dem Jahresbericht eines Berliner SpDi findet sich folgende Aufgabenbeschreibung:<sup>1</sup>

Dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) obliegt die Beratung, Betreuung und Behandlung psychisch Kranker und Behinderter, einschließlich Abhängigkeitskranker und psychisch Alterskranker sowie geistig Behinderter. [...] Die Arbeit erfolgt in multiprofes-

---

1 Alle Angaben, die ohne Quellenangabe sind, wurden aktuellen Jahresberichten von Berliner SpDi entnommen. Auf Grund der Anonymisierung gebe ich keine weiteren Hinweise auf die SpDi.

sioneller Zusammenarbeit und schließt die Beratung von Angehörigen, des sozialen Umfeldes sowie anderer Dienste mit ein. [...] Er kooperiert eng mit allen relevanten Diensten der psychosozialen Versorgung des Bezirks, ist in allen Fachkonferenzen zwecks Abstimmung und Koordinierung des individuellen Hilfebedarfs vertreten und wirkt [...] an der Gestaltung der psychiatrischen Versorgung des Bezirks mit. (Jahresbericht eines SpDi in Berlin)

SpDi in Berlin sind Teil des Gesundheitsamtes des jeweiligen Berliner Bezirks. Sie sind mit SozialpädagogInnen und ÄrztInnen, seit 1979 auch mit PsychologInnen besetzt. Als Behörde sind sie zur Aktenführungen über die KlientInnen verpflichtet, die MitarbeiterInnen sind verbeamtet (FLICK 1989, S. 18f.). Der SpDi ist für KlientInnen zuständig, die im jeweiligen Bezirk in Berlin leben. Neben Sprechstunden im Dienst führen die MitarbeiterInnen des SpDi auch außerhalb der Dienststelle, in Form von Hausbesuchen, in Krankenhäusern und in Alten- und Pflegeheimen Gespräche mit den KlientInnen.

Der Stellenschlüssel der in den SpDi arbeitenden SozialpädagogInnen, ÄrztInnen und PsychologInnen steht etwa im Verhältnis 11 zu 4 zu 1. Die SozialpädagogInnen sind jeweils für bestimmte Straßenzüge zuständig, sodass sie zu vielen KlientInnen eine kontinuierliche Beziehung entwickeln, während ÄrztInnen eher punktuell in Krisensituationen oder zur Gutachtertätigkeit herangezogen werden, jeweils in enger Abstimmung mit den SozialpädagogInnen. PsychologInnen sind weniger in das Alltagsgeschäft integriert, sie haben Spezialaufgaben, wie beispielsweise Supervision von EinzelfallhelferInnen oder intensivere therapeutische Begleitung von KlientInnen.

Die Jahresstatistik eines Berliner SpDi weist aus, dass jede/r hundertste Bewohner/in des Einzugsgebietes über 18 Jahre, Klient/in des SpDi war. Die MitarbeiterInnen verfassten knapp 3000 Gutachten und Stellungnahmen, darunter etwa 200 Anträge auf Unterbringung in stationärer Behandlung. Diese Zahlen zeigen, wie stark die Arbeit von diesen schriftlichen Stellungnahmen geprägt ist. Umgerechnet auf die Stellen hat durchschnittlich jede/r Mitarbeiter/in pro Arbeitstag eine Stellungnahme verfasst.

### Klientel

Mit welchen Problemen befassen sich die MitarbeiterInnen der Berliner SpDi? Jahresstatistiken geben folgende Verteilung<sup>2</sup> der Krankheitsbilder an:

---

2 Die Prozentangaben bilden ein grobes Mittel und sind von mir gerundet.

- 30 % organische psychische Störungen (Alterskranke)
- 20 % Störungen durch psychotrope Substanzen (Abhängigkeitskranke)<sup>3</sup>
- 20 % schizophrene beziehungsweise affektive Störungen (endogene Psychosen)
- 10 % neurotische Störungen
- 10 % geistige Behinderungen
- 10 % sonstige oder keine Diagnosen

Zur Zielgruppe gehören vorwiegend Klienten mit chronischem Verlauf ihrer Krankheit, die oft sozial desintegriert sind, auf Grund ihrer meist vielfältigen Beeinträchtigungen einen umfassenden Hilfebedarf haben und die aus Gründen ihrer Störung beziehungsweise Lebenslage von sich aus das übrige Hilfesystem nicht in Anspruch nehmen beziehungsweise dort keine adäquate Hilfe finden können. Für diesen Personenkreis hat der öffentliche Gesundheitsdienst einen Pflichtversorgungsauftrag, der auch einen Behandlungsauftrag einschließt. (Jahresbericht eines SpDi in Berlin)

Klientel des SpDi sind also Menschen, die durch Angebote von anderen Diensten nicht erreicht werden. Diese Negativauslese der KlientInnen zeigt sich in dem hohen Anteil von nicht erwerbstätigen Personen (FLICK 1989, S. 37) und in dem großen Anteil Fremdmeldungen von 90 % (ebd., S. 36), dass heißt, nur jeder zehnte Klient meldet sich freiwillig. Neben der direkten Arbeit mit den KlientInnen hat sich durch die Verschiebung einer Vielzahl von sozialpsychiatrischen Angeboten in die Trägerschaft von freien Vereinen der Schwerpunkt der Tätigkeit in Richtung »Case-Management« (FLICK 1993, S. 166) verlagert.

### **Institutionelle Vernetzung**

Lag früher der Schwerpunkt der Tätigkeit bei der Betreuung eigener Patienten, so wird diese jetzt [...] zum großen Teil von anderen Leistungserbringern übernommen, wenn auch der SpDi [...] in die Betreuung mit eingebunden ist und darüber hinaus eine eigene Klientel hat, die nur durch ihn betreut wird. Stattdessen hat sich der Schwerpunkt seiner Tätigkeit verlagert auf diagnostische Abklärung, Beratung, Weichenstellung, Weitervermittlung, Organisation und Vermittlung von Hilfen einschließlich deren Koordinierung, auf die Begutachtung von Hilfemaßnahmen sowie auf Notfallpsychiatrie- und Krisenintervention einschließlich hoheitlicher Aufgaben. (Jahresbericht eines SpDi in Berlin)

---

3 Bei den Abhängigkeitskranken handelt es sich meist um »chronisch mehrfach geschädigte Alkohol-  
kranke«.

Eine Kooperation mit anderen psychosozialen Diensten in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) gibt es sowohl in Bayern wie in Berlin. In Bayern haben die SpDi jedoch keine Verfügung über die Steuerung von Geldern im psychosozialen Bereich. Berliner SpDi hingegen sind für die Verteilung öffentlicher Gelder verantwortlich, darüber hinaus sind sie das administrative Rückgrat der PSAG, da sie die notwendigen organisatorischen Ressourcen zur Verfügung haben. Auch in der Vermittlung der KlientInnen nimmt der Berliner SpDi eine wichtige Position ein:

Anleitung, Vermittlung und Organisation von materiellen Hilfen, von Hilfen zur Behandlung, Pflege, Arbeit, Tagesstrukturierung, Freizeit und sozialen Teilhabe einschließlich deren Koordinierung und Überwachung. [...] Vielfältige fachärztliche, psychologische und sozialpädagogische Begutachtungen und Stellungnahmen im Rahmen des PsychKG, BtG, Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) und Gesundheitsdienstgesetzes (GDG). Über seine Gutachtertätigkeit, zum Beispiel im Rahmen der fachlichen Begutachtung von Eingliederungshilfemaßnahmen u. Ä., steuert er in erheblichem Umfang finanzielle Ressourcen. (Jahresbericht eines SpDi in Berlin)

Eine zentrale Aufgabe der Berliner Dienste ist außerdem die psychiatrische Notfallversorgung einschließlich Unterbringungsmaßnahmen nach dem »Psychisch-Kranken-Gesetz« (PsychKG) und dem »Betreuungsgesetz des Bundes« (BtG). SpDi in Berlin sind mit den Kompetenzen des Gesundheitsamtes ausgestattet, die ÄrztInnen der Dienste können Unterbringungsmaßnahmen veranlassen. Voraussetzung für Unterbringungsmaßnahmen nach dem PsychKG ist eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung auf Grund einer ernsthaften psychischen Krankheit. Diese Gefährdung erlaubt eine sofortige Unterbringung durch die Verwaltungsbehörde, die innerhalb von 48 Stunden von einem Richter bestätigt werden muss. Voraussetzung für eine Unterbringung nach dem BtG ist eine langfristig bestehende Einschränkung der Geschäftsfähigkeit, beziehungsweise Selbstversorgungsfähigkeit der betroffenen Person (BRUNS 1997). Der Jahresbericht eines Berliner SpDi gibt ca. 200 Zwangseinweisungen im Jahr an, davon ca. 150 nach PsychKG und ca. 50 nach BtG.

Nur knapp die Hälfte der PsychKG-Unterbringungen wird direkt durch den sozialpsychiatrischen Dienst aus der ambulanten Tätigkeit heraus veranlasst. Die Mehrheit der Unterbrachten kommt auch weiterhin auf anderem Wege in die zuständige Klinik und wird erst dort dem Dienst zum Zwecke der Unterbringung [...] vorgestellt. Die Zahl der Unterbringungen nach BtG spiegeln nur diejenigen wider, bei denen der SpDi per Gutachtenstellung beteiligt war. Die durch die Klinik beziehungsweise Dritte veranlassten und begutachteten Unterbringungen sind darin nicht enthalten. (Jahresbericht eines SpDi in Berlin)

Anders als in Berlin haben SpDi in Bayern keine hoheitlichen Rechte und keine Kompetenzen, Zwangseinweisungen durchzuführen. Die MitarbeiterInnen müssen sich an das Gesundheitsamt oder an die Betreuungsstelle richten, um eine Einweisung einzuleiten.

#### 4.1.2 Sozialpsychiatrische Dienste in Bayern<sup>4</sup>

Die ersten bayerischen Dienste wurden Ende der Siebzigerjahre gegründet. Die Dienste auf dem Land sind für eine Zahl von 100 000 bis 200 000 Einwohnern zuständig. Diese Spanne entspricht in etwa auch der Anzahl der Einwohner in dem Zuständigkeitsbereich eines SpDi in Berlin, wobei durch die geringere Bevölkerungsdichte auf dem Land die bayerischen Dienste für ein weit größeres Gebiet zuständig sind. In den bayerischen SpDi sind zwei Planstellen für SozialpädagogInnen und eine Planstelle für PsychologInnen eingerichtet. Eine Ärztin/ ein Arzt ist eine bis fünf Stunden in der Woche als Honorarkraft anwesend. Zusätzlich zu dem SpDi im engeren Sinne sind an den Diensten eine bis drei SozialpädagogInnen-Stellen für Angebote wie Betreuung von Wohngemeinschaften und Tagesstätten, als ArbeitsassistentInnen oder in der Gerontopsychiatrie angegliedert.

Im Vergleich zu den Berliner Diensten sind die SpDi in Bayern also viel kleinere Organisationseinheiten. Während ÄrztInnen als Honorarkräfte nur verschwindend wenig Zeit vor Ort sind, sind verhältnismäßig mehr PsychologInnen beim SpDi angestellt. Größtenteils haben in Bayern SozialpädagogInnen die Leitung der Stelle, während in Berlin ÄrztInnen die Leitung innehaben. Bereits an diesen organisatorischen Unterschieden wird deutlich, dass die medizinische Orientierung der Berliner SpDi sich von der psychologisch-sozialpädagogischen der bayerischen SpDi unterscheidet. Zudem sind die bayerischen Dienste von Beginn an als gemeindepsychiatrische Einrichtungen entstanden und haben entsprechend einen anderen MitarbeiterInnenstamm als die durch einen lange medizinische Tradition geprägten SpDi in Berlin.

Die bayerischen Dienste befinden sich nach wie vor im Wachstum, durch die Etablierung von Wohngemeinschaften, Tagesstätten, Arbeitsassistenten und gerontopsychiatrischen Fachkräften, werden neue Finanzierungsmöglichkeiten und

---

4 Wenn nicht anders angegeben stammen die folgenden Angaben aus aktuellen Jahresberichten von SpDi aus ländlichen Gebieten Bayerns. Auf Grund der Anonymisierung gebe ich keine weiteren Hinweise auf die SpDi. SpDi in Städten, insbesondere in München, weichen stellenweise von den Beschreibungen ab. Auf jeden Fall werden aber die Kontextbedingungen für die Interviews zutreffend beschrieben, da die bayerischen InterviewpartnerInnen ausschließlich im ländlichen Raum arbeiten.

neue Stellen geschaffen. Das ist möglich durch die Unterversorgung der ländlichen Gebiete. In Berlin hingegen haben hauptsächlich kleinere freie Vereine jenseits des SpDi alternative Angebote entwickelt. So ergibt sich dort das Bild der Behörde des SpDi mit ihren verbeamteten MitarbeiterInnen als große, traditionsreiche, eher behäbige Institution, finanziert aus öffentlichen Geldern, umgeben von vielen Initiativen und Angeboten im psychosozialen Spektrum.

In Bayern hingegen sind die SpDi in der Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände (Caritas, Diakonie, Arbeiterwohlfahrt, Rotes Kreuz, Deutscher paritätischer Wohlfahrtsverband) mit einer Mischfinanzierung, die den größten Anteil vom Bezirk, einen kleineren von den Krankenkassen und einen Restbetrag aus den Eigenmitteln der Verbände erhält. Diese Finanzierung wird vor allem bei kirchlichen Trägern durch Spenden ergänzt. Dadurch erscheinen die bayerischen SpDi beweglicher, es gibt mehr Fluktuation von MitarbeiterInnen (anders als in Berlin sind die MitarbeiterInnen nicht verbeamtet) und mehr Bedarf nach Absicherung, beziehungsweise Erweiterung der eigenen Existenzgrundlage.

In Bayern sind die ambulanten Einrichtungen (SpDi) bis heute nicht gesetzlich verankert, was sich immer wieder einschränkend auf die Arbeitsmöglichkeiten auswirkt und einen hohen Legitimationsdruck erzeugt. Die Finanzierung und Organisation der SpDi wird über vorläufige Richtlinien geregelt und damit auf unsicherem Boden angesiedelt (SIGEL, BERGER und SCHIRMER 1993, S. 68).

Im Gegensatz zu Berlin gibt es in Bayern kein Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG), das die gesetzliche Grundlage für die Aufgaben des SpDi bietet. Die hoheitlichen Aufgaben im psychiatrischen Bereich übernehmen in Bayern die Gesundheitsämter. Damit fallen wichtige Legitimationen (Zwangseinweisungen, Erstellen von Gutachten) weg. Die Geschichte der bayerischen SpDi ist ein ständiger politischer Kampf um den eigenen Fortbestand, da immer wieder Mittelkürzungen drohen (ebd.). So hat sich während des Verfassens dieser Arbeit die finanzielle Situation in den bayerischen SpDi dramatisch zugespitzt.<sup>5</sup>

Seit Januar 2003 haben sich die Krankenkassen aus der Finanzierung der SpDi in Bayern zurückgezogen. Sie hatten sich – seit 1995 – an den Kosten mit einem pauschalen Zuschuss beteiligt, zuletzt in Höhe von ca. 16 %. Die meisten der sieben bayerischen Bezirke, als Auftraggeber der SpDi, übernehmen übergangsweise für 2003 (und voraussichtlich 2004) diese zusätzlichen Kosten. Die Bezirke in Bayern sind jedoch unterschiedlich finanziell gepolstert: so sah sich der Bezirk Schwaben außer Stande, sein Gemeindepsychiatrie-Budget zu halten. Auf Grund der Kürzungen (um 15 %) wurden bereits zwei SpDi in Schwaben komplett geschlossen und zahlreiche weitere Personalstellen gestrichen. In weiteren Verhandlungen – an denen Sozialministerium, Bezirke, Krankenkassen und Wohlfahrts-

---

<sup>5</sup> Die Informationen über die aktuelle Situation der Dienste verdanke ich Manfred Jehle, Leiter des SpDi München-Schwabing.

verbände beteiligt sind – muss nun die künftige Verteilung der Finanzierungsanteile neu bestimmt werden. Davon hängt entscheidend ab, ob es zu weiteren Kürzungen im Bereich der SpDi in Bayern kommen wird.

#### Klientel<sup>6</sup>

Die SpDi in Bayern betreuen im Durchschnitt jährlich 250 KlientInnen mit 800 Beratungsgesprächen im Dienst und 250 Haus- und Klinikbesuchen. Die Statistiken geben durchschnittlich eine Zahl von 50 Kriseninterventionen im Jahr an. Etwa 40 % der KlientInnen kommen aus eigener Initiative zu den SpDi. In Berlin sind es laut FLICK (1989, S. 36) lediglich 10 %. Jahresstatistiken der bayerischen SpDi weisen im Durchschnitt folgende Verteilung der Krankheitsbilder aus:

5 %	organische psychische Störungen	(Berlin: 30 %)
5 %	Störungen durch psychotrope Substanzen	(Berlin: 20 %)
25 %	schizophrene beziehungsweise affektive Störungen	(Berlin: 20 %)
20 %	neurotische Störungen	(Berlin: 10 %)
1 %	geistige Behinderungen	(Berlin: 10 %)

Die Prozentangaben für bayerische SpDi fallen zu niedrig aus, weil jeweils eine große Prozentzahl in der Kategorie »Mehrfachdiagnose« und »Diagnose unbekannt« vermerkt sind. Die Vergleichbarkeit mit den Berliner Zahlen wird nicht nur dadurch, sondern auch durch die Tatsache eingeschränkt, dass an den bayerischen SpDi die Diagnosen größtenteils nicht durch ÄrztInnen des SpDi gestellt werden. Betrachtet man aber das Verhältnis der Diagnosen, dann werden trotz einiger Vorsicht in der Interpretation folgende Unterschiede zu der Klientel der Berliner SpDi deutlich:

- In Bayern wird kaum die Diagnose »organische Psychose« vergeben, was darauf verweist, dass alte Menschen mit organisch bedingten psychischen Erkrankungen nicht in das Ressort der SpDi fallen.
- Ähnlich verhält es sich mit der Diagnose »Störung durch psychotrope Substanzen«. Auch für Suchtkranke gibt es spezifische Dienste in Bayern. Die Klientel aus beiden Bereichen ist stark in der Berliner Statistik vertreten, weil besonders häufig Zwangsunterbringungen (und keine Beratung) in diesen Fällen vorgenommen werden. Diese Klientel kommt in Bayern auf anderen Wegen in die Klinik, da bayerische SpDi keine Unterbringung anordnen können.

<sup>6</sup> Die folgenden Zahlenangaben sind sehr grobe Mittelungen aus Jahresberichten bayerischer SpDi im ländlichen Raum. Die Zahlen in den einzelnen Berichten variieren beträchtlich.

- Der prozentuale Anteil der Diagnose »schizophrene bzw. affektive Störung« entspricht ungefähr dem der Berliner Dienste. KlientInnen mit der Diagnose »neurotische Störung« sind dagegen in den bayerischen SpDi stärker vertreten, vermutlich auch wegen fehlender alternativer Therapie- und Beratungsmöglichkeiten auf dem Land.
- Anders als in Berlin ist die Betreuung von Menschen mit der Diagnose »geistige Behinderung« nicht in dem Auftrag der SpDi in Bayern enthalten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in Bayern weniger schwere Fälle im Sinne der Diagnosen als in Berlin betreut werden. Zudem gibt es prozentual gesehen weit mehr freiwillige Kontakte von Seiten der KlientInnen als in Berlin. Betrachtet man die Schwere der Diagnose und die Verantwortung durch die hoheitlichen Aufgaben, ergibt sich eine höhere Arbeitsbelastung in Berliner SpDi.

### Institutionelle Vernetzung

Bayerische SpDi haben den Charakter einer Beratungsstelle.<sup>7</sup> Im Unterschied zu Berliner SpDi ist in bayerischen SpDi ein umfangreiches Gruppenangebot (z. B. Angehörigengruppe, Gruppe für Depressive, Freizeitangebote usw.) anzutreffen und es gibt monatliche Supervision für das Team. Die verschiedenen Professionen arbeiten nach dem Bezugspersonensystem, das heißt die KlientInnen werden umfassend sowohl von PsychologInnen als auch SozialpädagogInnen beraten, es findet keine Arbeitsteilung nach Professionen statt.

Die Vernetzung mit anderen psychosozialen Diensten ist weitaus unverbindlicher als in Berlin. Die bayerischen SpDi übernehmen lediglich informell Case-Management, sie sind nicht für die Verteilung von Geldern verantwortlich. In den einzelnen Versorgungsgebieten ist das Ausmaß der Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Einrichtungen sehr unterschiedlich. Landesweit gibt es in Bayern Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG), in denen Psychiatriefachkräfte der jeweiligen Region über die Psychiatrieplanung verhandeln, häufig übernehmen die LeiterInnen der SpDi auch dort Leitungsfunktionen. Darüber hinaus gibt es modellhaft in bestimmten Regionen eine verbindlichere Kooperation in Form eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV). In diesem Rahmen werden Instrumente wie Case-Management und Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) versuchsweise angewandt.

Der IBRP ist ein Arbeitsinstrument zur personenzentrierten, bedarfsgerechten

---

<sup>7</sup> Die Identität bayerischer SpDi zeigt sich auch in dem Titel »Beratungsstelle für psychische Gesundheit« einiger bayerischer SpDi, der weitaus größer auf dem Türschild erscheint als der kleine Vermerk »Sozialpsychiatrischer Dienst«.

Planung von Hilfen. Er beinhaltet unter anderem zielorientierte Behandlungsplanung, Koordination durch eine therapeutische Bezugsperson, Selbsthilfeorientierung, Festlegung der Leistungen und der Leistungserbringer, Bestimmen eines Zeitrahmens (SIEMEN 2002, S. 44 f.). An der Ausarbeitung sollen die KlientInnen und die professionellen HelferInnen aus beteiligten Institutionen mitarbeiten, die Abstimmung der institutionellen Zusammenarbeit wird über den GPV organisiert. Dieser besteht aus einer verbindlich geregelten Zusammenarbeit aller sozialpsychiatrischen Einrichtungen einer Region, unter Einbezug der Kliniken und dient der Abstimmung der Angebote (ebd., S. 46).

Diese Entwicklung ist durch den Abbau der Klinikbetten angestoßen worden. Die PatientInnen verweilen kürzer in der Klinik, deswegen bedarf es eines verlässlichen ambulanten Angebotes, vor allem für schwerer beeinträchtigte KlientInnen. Damit nicht lediglich die Aufbewahrung in der Klinik pauschal durch die in Heimen ersetzt wird, bedarf es personenzentrierter Angebote, die weder über- noch unterversorgen.

Die bisherige Logik des sozialpsychiatrischen Feldes ist jedoch institutionszentriert. Auf längere Frist ist deswegen geplant, die Pauschalfinanzierung der Dienste zu Gunsten einer Leistungsvereinbarung des jeweiligen bayerischen Bezirks mit jedem einzelnen Dienst abzulösen. Dabei sollen die verschiedenen Dienstleistungen der SpDi nach einem Punktesystem bewertet werden. Die Punkteverteilung ermöglicht eine inhaltliche Steuerung, indem (sozial-)politisch gewünschte Leistungen mit mehr Punkten abgerechnet werden können. Schwerpunkte künftiger Leistungen der SpDi werden demnach vermehrt Krisenversorgung und Arbeit mit KlientInnen sein, die viel Hilfe benötigen und sich diese nicht in ausreichender Form erschließen können. Selbstständigere KlientInnen sollen an andere Beratungseinrichtungen oder niedergelassene TherapeutInnen verwiesen werden. Möglicherweise werden Auftragsarbeiten für Institutsambulanzen und niedergelassene ÄrztInnen in Zukunft eine größere Rolle spielen. Die Arbeit der SpDi in Bayern wird sich also etwas stärker der Aufgabenstruktur der Berliner Dienste angleichen.

## 4.2 Der SpDi aus der Sicht der Professionellen

In den Interviews haben die MitarbeiterInnen ihren institutionellen Arbeitskontext beschrieben. Daraus ließen sich in der Auswertung drei Themenfelder generieren, in denen die meisten ihrer Äußerungen anzusiedeln sind. Es handelt sich einmal um die Diskussion über den Auftrag der SpDi, also die gesellschaftliche Aufgabe, zum Zweiten um die Probleme und Perspektiven in der Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Institutionen im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV), also die Vernetzung der eigenen Tätigkeit im professionellen Feld, und drittens um

die Beziehung zu den KollegInnen des eigenen Teams, also die unmittelbare Interaktion mit KollegInnen unterschiedlicher Professionen. Die Sicht der MitarbeiterInnen aus Berlin und Bayern auf diese drei Bereiche werden im Folgenden beschrieben.

#### 4.2.1 Auftrag

Untersucht man das Verhältnis von Hilfe und Kontrolle in der Sozialpsychiatrie, ist es notwendig, sich mit dem gesellschaftlichen Auftrag der Dienste zu befassen. Die Berliner SpDi sind Teile der Gesundheitsämter des Landes Berlin und gehören zum öffentlichen Dienst. Sie sind zuständig für das Abwenden von Eigen- oder Fremdgefährdung, die ÄrztInnen aus den Diensten können Zwangseinweisungen vornehmen. Die SpDi in Bayern sind in der Trägerschaft der freien Wohlfahrtsverbände und werden durch eine Mischfinanzierung von Bezirk, Krankenkasse und Eigenmitteln der Verbände getragen. Sie haben keine hoheitlichen Aufgaben, die KlientInnen besuchen die Beratung freiwillig.

Welche Unterschiede zeigen sich zwischen einer stärker regulierten Arbeit, ausgestattet mit den Kompetenzen des Gesundheitsamtes, wie wir sie in den SpDi in Berlin vorfinden, im Vergleich mit den SpDi in Bayern, die den Charakter von offenen Beratungsstellen besitzen? Wie erleben die MitarbeiterInnen die Organisationsform ihres SpDi?

#### Berlin

Da die SpDi in Berlin die Aufgaben des Gesundheitsamtes übernehmen, ist die Kontrollfunktion offiziell anerkannt und wird in den Interviews offen verhandelt. Der Auftrag erscheint klar, da er in den Gesetzen zur Zwangsbehandlung festgelegt ist. Vor allem in der Außenwahrnehmung im psychosozialen Feld wird der SpDi mit seiner Kontrollfunktion in Krisensituationen identifiziert.

Kolleginnen und Kollegen glauben, wir könnten als sozialpsychiatrischer Dienst sofort auf der Matte stehen. Wenn dort eine Patientin mit Suizidgedanken oder vielleicht auch nach einer suizidalen Handlung kommt, eingeliefert wird, Tablettenintoxikation oder vielleicht auch was anderes, dass ich dann das Gefühl hab, der Druck, der dort entsteht, wird mir so in der Übersetzung 1 : 1 sofort weitergereicht. »Jetzt müssen Sie aber! Und Sie sind doch der Psychiater und Sie sind doch das Gesundheitsamt!« (Andreas, Arzt, Berlin, Z. 215)<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Z. 215 bezieht sich auf die Zeile (215) in dem Interviewmanuskript, in der das jeweilige Zitat beginnt.

Es entsteht Druck, wenn das Thema Suizid in einer Klinik auftaucht, und dieser Druck wird weitergereicht, indem der SpDi als Krisenmanager angefordert wird. Wie verhält sich Andreas zu den Anfragen seinen KollegInnen aus der Klinik?

Ich hatte kurz vor dem Urlaub eine Situation mit einer Angehörigen im Krankenhaus: Die Psychologin, die die Patientin im Krankenhaus betreut, und ein Angehöriger dazu, und keiner verstand, warum ich das jetzt nicht so mache, wie die das wollten. Da bin ich auch unprofessionell laut geworden. Oder ein gewisser Zynismus. Oder: »Nö, mach ich jetzt nicht, das sehe ich jetzt nicht ein!« Und – ich kam nicht, und die Patientin, die Angehörige wartete im Krankenhaus, gemeinsam mit ihrer Patientin, und ich kam nicht zu dem Zeitpunkt, wo sie wohl gedacht hat, ich komme, sondern eine Stunde später oder eine halbe Stunde später. »Immer müssen wir auf Sie warten!« Und ich hatte so dieses »Hase-und-Igel-Gefühl«, immer ich – laufe den ganzen Tag, und wo ich hin- komme, sagt einer: »Ich bin schon da!« oder »Ich warte schon auf Sie!« (lacht). (Andreas, Arzt, Berlin, Z. 290)

Die Überforderung, die in der mangelnden personellen Ausstattung der SpDi, aber auch in den Zuschreibungen der anderen Dienste angelegt ist, äußert sich in den Erzählungen von Andreas als Zynismus und richtet sich gegen KollegInnen, Angehörige oder PatientInnen. Mögliche strukturelle Defizite werden von ihm nicht angesprochen. Eine solche Arbeitsbelastung, überhaupt Klagen in Bezug auf Überforderung, finden sich in den Interviews mit Beschäftigten aus baye- rischen SpDi nicht.

### Bayern

Da SpDi in Bayern organisatorisch an Wohlfahrtsverbände angegliedert sind und hoheitliche Aufgaben am Gesundheitsamt verbleiben, ist die Arbeit weniger re- glementiert. Das wird von den MitarbeiterInnen geschätzt. In vielen Interviews zeigt sich die ablehnende Haltung gegenüber einer Bürokratisierung der Tätig- keit. Zu sehr festgelegt zu sein, Rechenschaft für die eigene Tätigkeit abgeben zu müssen und zu enge Vorgaben werden abgelehnt. Stattdessen wird die Unabhän- gigkeit, die Vielfalt der Arbeit und der Kontakt zu den KlientInnen betont.

Also da denke ich, haben wir so einen sehr breiten Spielraum, und ich genieße das auch, dass wir eine freiwillige Beratungsstelle sind. Also dass wir jetzt – im Gegensatz zum Jugendamt – keinen gesetzlichen Auftrag haben, da irgendjemandem die Kinder wegzunehmen oder wie in der Betreuungsstelle jemanden hier vor die Nase zu setzen. Also wir sind nicht verpflichtet, irgendwas Staatliches durchzudrücken, und das finde ich sehr positiv. Macht es auch leichter, zu den Leuten Kontakt aufzunehmen. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 180)

Bettina hat einen sehr kritischen Blick auf den gesetzlichen Auftrag. Er bedeutet »wegnehmen«, »vor die Nase setzen« und »durchdrücken«, ist also eine durchweg gewalttätige Intervention. Dagegen erscheint der Kontakt mit den KlientInnen in dem SpDi »leicht«, findet in einem »Spielraum« statt, Bettina »genießt« die Freiwilligkeit der Klientenarbeit. Diese Polarisierung birgt die Gefahr einer Idealisierung des Kontaktes mit den KlientInnen auf der einen und eine Verleugnung von Kontrollaspekten auf der anderen Seite. Durch die fehlende Kompetenz für Zwangsmaßnahmen entsteht jedoch auch eine wichtige Vertrauensbasis für die Arbeit mit KlientInnen, welche die MitarbeiterInnen des SpDi zum Beispiel als Verbündete gegenüber den behördlichen Maßnahmen nutzen können.

Die Arbeit in den bayerischen Diensten ist zwar weniger reglementiert als in Berlin, doch der Gewinn an Freiheit hat seinen Preis in dem Mangel an Anerkennung. Doris spricht dieses Problem an, als sie die Frage nach ihrer Motivation, an dem Interview teilzunehmen, beantwortet.

Wir haben da im Team drüber gesprochen, dass da jemand ist halt, der da seine Arbeit macht über die sozialpsychiatrischen Dienste. Und da Interviewpartner braucht. Und dann war so gleich da, ja klar. Und um Sie zu unterstützen und auch den sozialpsychiatrischen Dienst zu unterstützen. Also dass vielleicht so auf einer anderen Ebene die Notwendigkeit unterstrichen wird. Dass man das braucht für die Leute. Die halt hier sich herwenden und hilfeschend sind. Weil wir in so einem Schwebestand sind und »Wir bräuchten euch eigentlich gar nicht. Das ist nur unsere Gnade, dass ihr hier noch sein dürft«. So ungefähr »Ihr bringt ja kein Geld und nix«. Und das war, denk ich mir, so was, wo ich gesagt hab, ja, wenn Sie sich dafür einsetzen, ist doch gut. (Doris, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 580)

Offensichtlich sind ökonomische Gründe für den »Schwebestand« des SpDi verantwortlich: »Ihr bringt ja kein Geld.« Daher ist es umso wichtiger, die eigenen Leistungen, die Notwendigkeit der eigenen Existenz nach außen darzustellen. Tatsächlich sind die SpDi in Bayern nicht voll rückfinanziert, das heißt, dass der Träger einen kleinen Eigenanteil zuschießen muss. Die Unsicherheit in Bezug auf die Finanzierung ist ein ständiger Begleiter in der Arbeit der bayerischen Dienste. Im Gegensatz dazu sind die Berliner Dienste fest etabliert, die MitarbeiterInnen sind verbeamtet. Die Unsicherheit in Bezug auf die Finanzierung ist der mangelnden gesetzlichen Absicherung, der fehlenden hoheitlichen Aufgaben der bayerischen SpDi geschuldet, also auch ein Preis der Freiheit.

#### 4.2.2 Gemeindepsychiatrischer Verbund

In dem Bericht der Expertenkommission (Kapitel 2.3) wurde als Grundlage der sozialpsychiatrischen Arbeit die »enge und geregelte Koordination von Angeboten« (VON KARDORFF 1995, S. 472) empfohlen. Diese Koordination ist in Berlin organisatorisch und rechtlich weit gehend festgelegt, der SpDi nimmt dabei eine wichtige Steuerungsfunktion ein. In Bayern laufen zum Zeitpunkt der Interviews lediglich Modellprogramme, in vielen Regionen gibt es noch keine verbindlichen Regelungen. Das Ausmaß an Zusammenarbeit mit anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen ist also bei den einzelnen SpDi sehr unterschiedlich ausgeprägt. Im Folgenden werden die Äußerungen der Berliner MitarbeiterInnen den bayrischen gegenübergestellt und verdeutlicht, wie die jeweilige Position die Perspektive auf die Frage der Vernetzung und Zusammenarbeit bestimmt.

##### Berlin

Berliner MitarbeiterInnen, die bereits in einem eng vernetzten sozialpsychiatrischen System arbeiten, sehen diese Zusammenarbeit durchaus skeptisch. Die Vernetzungsarbeit droht in den Vordergrund zu rücken und damit die Zeit für die konkrete Arbeit mit den KlientInnen zu verringern. Besonders drastisch drückt Andreas sein Missfallen aus.

Ich denke, ich finde, einen guten Einfluss in der letzten Zeit in der Sozialpsychiatrie, dass sich zunehmend wieder um Psychotherapie oder um Behandlung Gedanken gemacht wird. [...] Dass man sich Gedanken drüber macht, wie funktionieren Beziehungen, was ist Therapie und was machen wir da eigentlich? Das find ich, also diese ewige Gremien-Hockerei, und zu gucken, dass man das Netz eng genug strickt und beim Eng-Stricken des Netzes mit immer mehr Professionellen zusammenhockt, das kann ich nicht leiden. Ich sehe diese Notwendigkeit, und ich finde auch, dass ein eng gestricktes sozialpsychiatrisches Netz existieren muss, damit möglichst keiner sozusagen abrutscht oder verkommt oder so. Aber es gibt so eine überschäumende Professionalität und Absprecherei und Netzknüpferei, die, wenn man sich wirklich drauf einlässt, einen Großteil der Arbeitszeit fressen könnte. Also da bin ich jemand, der nicht so vorneweg mitmacht. Wobei ich sehe, es ist schon notwendig. Aber es ist ja manchmal unglaublich, was da für Zirkel zusammenhocken und über den Patienten reden. Ich denke, lieber mit dem Patienten mal reden, dann weiß ich auch, mit wem ich es zu tun hab! (lacht). (Andreas, Arzt, Berlin, Z. 617)

Andreas schildert das »Zusammenhocken« und das »Eng-Stricken des Netzes« als bedrohlich »überschäumend« und »gefräßig«. Er freut sich über den »guten Einfluss«, der von sozialpsychiatrischen Diskussionen ausgeht, die sich um die

therapeutische Beziehung Gedanken machen. Er betont jedoch auch die Notwendigkeit für ein Sicherungsnetz, das verhindert, dass Menschen »abrutschen« oder »verkommen«. Aus der Position des Therapeuten findet er deutliche Worte voll bissiger Ironie zu der sozialpsychiatrischen Zusammenarbeit von Professionellen. Aus der Verantwortung für die öffentliche Gesundheit, die er als Vertreter des Gesundheitsamtes hat, muss er jedoch die Notwendigkeit von Sicherungsnetzen verteidigen.

Die Vermutung liegt nahe, dass bei Andreas das Interesse an der sozialpsychiatrischen Arbeit stark von der therapeutischen Arbeit geprägt ist. Der Konflikt, der dadurch mit den anderen Facetten der sozialpsychiatrischen Tätigkeit entsteht, zeigt sich besonders deutlich in den Äußerungen von Petra, die als Psychologin in einem Berliner SpDi viel psychotherapeutische Arbeit leistet.

Wenn ich mich dann so rechtshemisphärisch fühle, also wenn ich dann auf der sehr intuitiven, empathischen Ebene den Prozess begleite, und dann zack mit den bürokratischen Aspekten hier meiner Institution in Kontakt komme, und dann denke: Also ich bin in ganz anderen Welten zugange und muss auch noch hier Zeit- und Längsstatistik machen, und in der Dienstbesprechung verstehe ich manchmal gar nicht, wovon meine Kollegen reden. Und dann krieg ich Angst. Also dass ich – wah! Also die Seite, die auch von mir gefordert wird, da überhaupt nicht mehr funktioniert, oder manchmal kotzt es mich auch total an, ne? Die institutionellen Aspekte. Oder in einer Dienstbesprechung, wenn wir dann viel über organisatorischen Kram reden. Und die Art der Beziehungsgestaltung oder therapeutische Fragen überhaupt kein Thema sind. Dann langweile ich mich oder ich ärgere mich oder ich krieg Angst, weil ich mich so abgespalten fühle, in anderen Welten, und zu deren gar keinen Zugang mehr habe. (Petra, Psychologin, Berlin, Z. 492)

Petra spricht von zwei Welten, den therapeutischen und den organisatorischen Aspekten der Arbeit, die kaum Zugang zueinander haben. Sie ist die einzige Psychologin in einem SpDi in Berlin, ihre KollegInnen sind ÄrztInnen und SozialpädagogInnen. Sie arbeitet therapeutisch mit den KlientInnen, während ihre KollegInnen für die sozialen Belange zuständig sind. Petra besetzt dadurch eine Nische, die ihr viel Freiraum lässt, die sie aber auch einsam macht und von ihren KollegInnen entfremdet, sie leidet unter der fehlenden Berücksichtigung der therapeutischen Beziehung in der Arbeit.

### Bayern

In der sozialpsychiatrischen Diskussion in Bayern tauchen die Begriffe Case-Management, Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV), Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) und Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan

(IBRP) immer häufiger in der sozialpsychiatrischen Diskussion auf. Ernst ist der Ansicht, dass diese Begriffe in ihrer genauen Bedeutung und in ihrem Sinn von der Fachbasis nicht mehr verstanden werden.

Diese ganzen schönen Modelle, die da entstanden sind, die bewegen sich ja nur auf der administrativen Ebene, also wenn man sich das GPV-Konzept mal anguckt, es herrscht ein derartiger Wirrwarr, dass es für viele, die an der Fachbasis arbeiten, also kaum mehr verständlich ist. Also es ist nicht ganz klar jetzt, wie wird der Psychiatrieplan des Bezirks Oberbayern fortgeschrieben, welche Rolle spielt die PSAG weiterhin, die es ja auch gibt, wo ist der GPV-Koordinator angestellt, welche Aufgaben hat der GPV-Koordinator? (Ernst, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 432)

Ernst, in seiner Funktion als Leiter eines SpDi, muss sich mit diesen Modellen in einer Vielzahl von Arbeitskreisen auseinander setzen. Bei MitarbeiterInnen an der Fachbasis stößt dieser administrative Diskurs auf Unverständnis, was nicht nur aus dem mangelnden Wissen über die Entwicklungen resultiert, sondern auch daraus, dass diese als eine Bedrohung der eigenen Arbeit, der therapeutischen Identität gesehen werden. An diesem Punkt finden sich Parallelen zwischen dem Unmut der Berliner KollegInnen, die diese Entwicklung schon hinter sich haben und sich ebenso in ihrer therapeutischen Kernaufgabe behindert fühlen, und den MitarbeiterInnen in Bayern, die schon prospektiv diese Entfremdung befürchten.

Der Gegensatz zwischen dem technisch dominierten Feld der Organisation des sozialpsychiatrischen Netzes und der von humanistisch-psychotherapeutischen Konzepten geprägten Beziehung zu den KlientInnen taucht in den Interviews häufig auf. Explizit äußert sich Vera zu diesem Thema im Zusammenhang mit ihrer Skepsis gegenüber den Planungen zu dem gemeindepsychiatrischen Verbund in Bayern.

Ich hab bisher in meiner 17-jährigen Tätigkeit nie so was erlebt, dass ich so in dem Rahmen, wie das der GPV jetzt vorgibt oder wie sich die das vorstellen, so einen runden Tisch zu machen. Also das hat sich bei mir nie ergeben. Das war immer anders. Und meine große Angst oder Befürchtung ist, dass die Klienten da so nicht, dass der Mensch da nicht mehr gesehen wird. Obwohl ja der im Mittelpunkt sein soll, und für die ist ja das, aber ich kann mir das nicht vorstellen, wie das umsetzbar ist. Also ich versuche mir dann immer vorzustellen, ich wäre dieser Betroffene und würde dann da sitzen und alle Fachleute um mich rum, ich würde da Zustände kriegen! Das ist für mich ein System, was irgendwie zu einseitig fachlich werden könnte. Vielleicht führen die Menschen das gut aus, die das machen, aber – also ich, wenn ich mir vorstelle, auch dran teilzunehmen, jetzt als Fachfrau, ich hätte da auch meine Probleme. (Vera, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 520).

Vera spricht über ihre Befürchtungen in Bezug auf die Fallkonferenzen mit Professionellen und Betroffenen, wie sie in dem GPV vorgesehen sind. Sie identifiziert sich mit den KlientInnen und stellt sich die konkrete Situation sehr belastend vor. Schließlich kommt sie zu dem Schluss, dass sie sich nicht nur an Stelle der KlientInnen, sondern auch in der Rolle der Professionellen an dem »runden Tisch« Probleme hätte. Vera ist in ihrem professionellen Selbstverständnis eine Begleiterin, die in großer Vertrautheit und Nähe mit KlientInnen arbeitet. Die fachliche Distanz, die eine Fallkonferenz mit sich bringt, kann sie sich schlecht vorstellen. Aus der Art und Weise heraus betrachtet, wie sie Beziehungen mit KlientInnen gestaltet, erscheint die Fallkonferenz distanziert und ängstigend.

Während in den oben zitierten Passagen die Kritik an der Vernetzung und Standardisierung sozialpsychiatrischen Arbeitens aus der Position der therapeutischen Arbeit geführt wurde, gibt es auch Aussagen, die direkt auf den Kontrollaspekt der Vernetzung eingehen. Die Kontrolle trifft nicht nur die KlientInnen, auch die Professionellen selbst sehen sich von dem GPV in ihrer Arbeit bedroht.

Eine Vernetzung, die immer intensiver wird und die immer mehr individuelle Freiheit vernichtet. Und damit auch der Mitarbeiter. Und das sehe ich mit relativem Grausen [...] wenn irgendwann dieser komische integrierte Reha-Behandlungsplan auf dem Tisch liegt und für uns Wichtigkeit gewinnt, wenn wir den Klienten mit in etwas hineinweben und uns damit ja auch, was letztlich eine virtuelle Klinik bedeutet. Und dann sind wir [...] festgefahren, eingebunden, unbeweglich. (Carsten, Psychologe, Bayern, Z. 275)

Die Vernetzung der sozialpsychiatrischen Hilfsangebote wird von Carsten nicht als Verbesserung der Kooperation, sondern als Falle gesehen, »die Freiheit vernichtet«, die KlientInnen werden in etwas »hineingewebt«, was mit »Grausen« anzusehen ist. Mit dem IBRP werde der sozialpsychiatrische Bereich, der bislang relativ frei von Kontrolle war, mit einem unsichtbaren Netz überzogen, das Prinzip der Klinik auf das Umfeld ausgeweitet. Offensichtlich wird eine größere Verbindlichkeit und Abstimmung der Hilfsangebote mit den KlientInnen und anderen Diensten, wie sie beispielsweise in der Jugendhilfe selbstverständlich ist, von Carsten abgelehnt. Die zunehmende Regulierung der Tätigkeit in den Sozialpsychiatrischen Diensten in Bayern wird in vielen Interviews problematisiert. Sie wird als Einschränkung der Vielfältigkeit und der Selbstständigkeit der Arbeit betrachtet. Diese Bedrohung wirkt existenziell, weil sie die Motivationsquelle der MitarbeiterInnen betrifft.

Ja, also Spaß macht, dass jeder Fall total anders ist. Die Lebensgeschichten, die Biografien höchst interessant sind. [...] Wenn ich jetzt an die Suchtarbeit denke, das ist doch sehr – na ja, ich hab einmal aushelfen müssen in der Suchtarbeit, die haben schon ihre Vorgaben, wie sie Gespräche führen, entsprechend einem Statistikraster oder wie auch immer, Dokumentationsraster, auch wie die ihre Gruppen führen und so – da

unterscheidet sich unsere Arbeit noch sehr. Ich würde mir wünschen, dass es so bleibt. Aber es ist abzusehen, dass sich auch da bei uns was ändert. Dass wir nicht mehr so locker unsere Karteikarte hier in der Schublade führen können, sondern mit Mordsdokumentationspflichten (?)<sup>8</sup> werden. Und dann wird es schematischer. [...] Also aber bisher ist es noch so, dass wirklich eine große Neugierde auf jeden Fall da ist, auf jedes Erstgespräch, und dass man auch bezüglich der Gruppenaktivitäten also keinerlei Grenze fast hat. In dem, was man anbieten kann. (Fritz, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 228)

Fritz hat Angst, dass der Spielraum, die Vielfältigkeit der Arbeit eingeschränkt wird. Die Begriffe, die er wählt, »Raster« und »Mordsdokumentationspflichten«, erinnern an Rasterfahndung, an bedrohliche Gewalt. Eigentlich dienen Statistikraster oder Dokumentationsraster dazu, Fälle von Abweichung in den Griff zu bekommen, sie sollten also eine Erleichterung der Arbeit bedeuten und eher die Bedrohlichkeit des Süchtigen oder des Wahnsinnigen katalogisieren. In der Erzählung von Fritz geht die Bedrohung aber nicht von den KlientInnen aus, sondern von den administrativen Reformen, die zu einer stärkeren Reglementierung der Arbeit der Professionellen in der Sozialpsychiatrie führen. Fritz sieht die Reformen als Gefahr für seine Freude an der Arbeit. Der Kontrollaspekt taucht hier also nicht als Bestandteil der eigenen Arbeit auf, sondern ist ein von außen kommender, der die eigene Arbeit kontrolliert.

Offensichtlich ist es den MitarbeiterInnen in den bayerischen SpDi bisher möglich, ihr Angebot weit gehend selbstständig an dem Bedarf der KlientInnen und an den eigenen Interessen auszurichten. Dabei geraten sie stellenweise in Widerspruch zu dem offiziellen Auftrag des SpDi. Doris beschreibt den Konflikt, die Vorgaben für ihre Arbeit, die Versorgung chronisch psychisch Kranker, mit den Bedürfnissen ihrer KlientInnen zusammenzubringen.

Ich habe eigentlich diesen Konflikt hier fast ständig. Also den Konflikt, dass meine Arbeitgeberin – also meine Chefin – möchte, dass wir mit psychisch Kranken arbeiten, und ganz viele Leute, die hierher kommen, sind noch nicht psychisch krank. [...] Und also ich habe viele Leute, die eine Krisenintervention sind oder wo so eine Krisenintervention nötig ist, oder die in einer Lebenskrise stecken, und wo sie sagen, sie haben Angst davor, verrückt zu werden. Oder merken das so. Also das ist, kommt mir vor, oft so eine Präventionsarbeit, damit es eben nicht kippt in eine Psychose. Und ich habe wenig Leute, oder weniger, die also wirklich chronisch psychisch krank sind. [...] Und das find ich auch schön, also fittere Leute zu haben, wo ich so das Gefühl habe, da ist auch Arbeiten möglich und die sind motiviert und es geht auch. Die können auch noch für sich was verändern in ihrem Leben oder können was bewegen. (Doris, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 204)

---

8 Das Fragezeichen in der Klammer (?) deutet auf ein unverständliches Wort hin.

In der Erzählung von Doris verwischen sich die Grenzen zwischen ihren persönlichen Neigungen und den Bedürfnissen der KlientInnen. Offensichtlich arbeitet sie lieber mit »fitteren Leuten«, weil sie diese motivierter erlebt und sich etwas bewegen lässt. Im Umkehrschluss ist zu vermuten, dass sie »chronisch psychisch kranke KlientInnen« eher unmotiviert und unbeweglich einschätzt und damit die Diagnose »chronisch psychisch krank« mitsamt ihren defizitorientierten Zuschreibungen bestätigt. Dem möglichen Vorwurf, Doris würde nach ihren eigenen Vorlieben ihre KlientInnen selektieren, ließe sich entgegenhalten, dass es paradox wäre, die präventive Arbeit zu vernachlässigen, weil durch sie die »chronischen Fälle« vermieden werden könnten.

An diesen Ausschnitten sollte deutlich geworden sein, dass es bei den Professionellen viele Bedenken gegenüber einer verbindlich geregelten Zusammenarbeit gibt. Es lassen sich aber auch Äußerungen finden, welche die positiven Möglichkeiten aufgreifen, die für die MitarbeiterInnen in einer solchen Intensivierung der Kooperation enthalten sind. Bettina, die noch nicht lange als Psychologin in einem bayerischen SpDi arbeitet, fällt es, vielleicht auf Grund ihres Selbstverständnisses als Berufsanfängerin, leichter, ihre Defizite in der Arbeit mit dem Hilfesystem zuzugeben. Sie erkennt strukturelle Mängel in der Konzentration auf die therapeutische Einzelarbeit mit den KlientInnen.

Und gerade so dieses Systemische, also das Denken wirklich auch in größeren Verbunden und Gemeinschaften, also gerade wenn man sagt, man nimmt so was wie GPV ernst und guckt, was sind denn eigentlich noch alles für Einflüsse, die auf jemanden wirken – das ist was, was mir persönlich noch nicht so in Fleisch und Blut übergegangen ist. Also ich bin jemand, der dann sehr viel individuell mit dem Klienten und am Klienten arbeitet, vielleicht noch die Mama mal mit einlädt oder den Ehemann, [...] aber dass ich jetzt so richtig sagen könnte, mir fällt jetzt, wenn ich jemanden seh, gleich automatisch ein, was das Jugendamt tun könnte und was der tun könnte und wo er noch wohnen könnte, was ihm vielleicht besser täte, also dieses ganze Drumherum – das ist noch Arbeit für mich. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 506)

Für Bettina ist deutlich, dass sie einen wichtigen Bereich in ihrer Arbeit zu wenig berücksichtigt. Die Beteiligung des Helfersystems an der Bearbeitung der Gesamtproblematik der KlientInnen ist ihr bewusst und sie wünscht sich mehr Kompetenz in dem Umgang mit diesem System. Sie kann den Gewinn in der verstärkten Zusammenarbeit der Institutionen im GPV sehen, weil sie in einem SpDi arbeitet, der bereits eng mit anderen Einrichtungen kooperiert. Die Vernetzung mit anderen Institutionen dient dabei der Klärung der Zuständigkeiten und den entlastenden Aspekten durch Zusammenarbeit.

Und da hat es sich inzwischen sehr ausgezahlt, dass wir zusammen gerade mit der Jugendhilfe schon zwei, drei gemeinsame Fallseminare gemacht hatten. [...] Gerade weil

es solche Situationen immer wieder gibt, wir hängen gemeinsam am Klienten, die müssen irgendwas, wir müssen nix, und man versteht sich dann sehr schlecht gegenseitig, wenn wir die Interessen des Klienten vertreten und die die Interessen der Kinder zum Beispiel, das beißt sich ja manchmal. Und dann haben wir so in den gemeinsamen Fallkonferenzen so ganz komplexe Fälle aus der Praxis mal zusammen durchgespielt, und das machen wir jetzt auch live. Also dass es viel leichter möglich ist als vor diesen Seminaren, den Kollegen mal anzurufen und zu sagen, wir machen jetzt bei manchen Klienten grundsätzlich nur Dreiergespräche, also einer vom Jugendamt, wir und der Klient, damit sich die Interessen nicht so beißen beziehungsweise dass man sie mal wirklich aushandeln kann. Und das wird auch von den Klienten sehr gut angenommen, weil die gerade gegenüber Behörden ja doch gebrannte Kinder sind zum Teil. Wenn die dann merken, das sind auch Leute, mit denen kann man reden, die können mir auch erklären, warum sie das tun müssen, dann ist es auch viel leichter. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 200)

Eine engere Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen kann nicht nur Konflikte der Professionellen lösen, sondern auch den KlientInnen einen Verhandlungsraum öffnen, in dem sie ihre Anliegen vertreten können und auf Unterstützung und Transparenz treffen. Anders als Vera weiter oben befürchtet hat, kommen aus der Sicht von Bettina KlientInnen mit dem runden Tisch gut zurecht und können davon profitieren. Aber auch die Professionellen haben Vorteile aus der Kooperation: An anderer Stelle erzählt Bettina von der engen Zusammenarbeit im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Eine Fortbildungsreihe auf Tauschringbasis wurde organisiert, die einzelnen Institutionen konnten ihre Arbeit vorstellen und ihre Fachlichkeit als Fortbildungsangebot gegenseitig nutzen. Solche Arbeitskreise erscheinen als eine Möglichkeit, Sichtweisen auszutauschen und Verständnis für die verschiedenen Arbeitsansätze zu entwickeln; das zeigt sich auch in den Äußerungen von Monika:

Also was ich persönlich sehr fruchtbar finde, sind Arbeitskreise mit Sozialpädagogen, die im Bezirkskrankenhaus arbeiten. Wir treffen uns alle paar Monate, die Sozialpädagogen in dem Sektor treffen sich, und da können wir auch ohne feste Tagesordnung reden über Dinge, die eigentlich immer wieder auftauchen, also wenn jemand die Drehtür hat, immer wieder Klinik, dann wieder raus, wie ist das mit der Übergabe, kommen die Leute bei uns an. Oder wir erzählen uns oft auch interne Sachen, wie's denn tatsächlich in der Klinik aussieht aus ihrer Sicht. Also wir kriegen von den Klienten viel mit, die aus Kliniken kommen, und dann kriegen wir halt von den Kollegen dort auch noch mit, wo da die Schwierigkeiten sind. (Monika, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 528)

Verbindungen sind in der Erzählung von Monika wichtig. Ihr ist es wichtig, angebunden zu sein, etwas mitzukriegen. Sie betont dabei, dass durch das Fehlen

einer Tagesordnung ein Austausch über Themen jenseits des organisatorischen Alltags möglich wird. Es geht nicht primär um eine Effizienzsteigerung in der Zusammenarbeit, sondern um eine Verständigung über Sichtweisen auf die Psychiatrie, von verschiedenen Arbeitsfeldern aus.

#### 4.2.3 Team

Das Team stellt für die MitarbeiterInnen den unmittelbaren Arbeitskontext dar, hier finden sie soziale Beziehungen, fachliche Kooperationsmöglichkeiten und alternative Sichtweisen auf die Probleme im Kontakt mit KlientInnen. Diese Perspektiven ergeben sich durch unterschiedliche Berufsgruppen, therapeutische Ausbildungen und verschiedene Aufgabenschwerpunkte.

##### Berlin

In Berlin sind die Berufsgruppen mit unterschiedlichen Aufgaben betraut. Die ÄrztInnen sind für Notfalleinsätze zuständig, die SozialpädagogInnen machen den Hauptteil der sozialen Alltagsarbeit, lediglich die PsychologInnen führen intensive Beratungsgespräche, die Therapiecharakter haben. Formal tragen die ÄrztInnen die Verantwortung für die Entscheidungen im Notfall, denn nur sie haben die Befugnis, Zwangseinweisungen einzuleiten. In der Zusammenarbeit mit erfahrenen KollegInnen kann Andreas diese Verantwortung teilen, aber es bleibt das Gefühl, diese Entscheidung letztendlich doch allein tragen zu müssen.

Wir begreifen uns ja als ein multiprofessionelles Team, und eigentlich sind solche Notfalleinsätze immer eine gemeinsame Aktion von Sozialarbeiterinnen und Ärztinnen oder Sozialarbeiterinnen und Arzt. Aber vom Empfinden her, also von dem, wie ich es erlebe, hab ich das Gefühl: Ich trag's auf meinen Schultern. (Andreas, Arzt, Berlin, Z. 242)

Die verschiedenen Professionen werden trotz aller Zusammenarbeit durch unterschiedliche Aufgaben und unterschiedliche Verantwortungen getrennt, dadurch kann der Eindruck entstehen, dass Arbeiten ungerecht verteilt sind. Auch die Kommunikation und das Verständnis für die Arbeit der anderen kann dadurch gestört werden. Im Gegensatz zu Andreas, der sich häufig überlastet fühlt, sieht sich Petra, die Psychologin, von dem Alltag der Arbeit abgeschnitten und in einer Außenseiterrolle.

Also wir sind ja hier eine Berufsgruppe, die ist ziemlich unterrepräsentiert, ne, der sozial-psychiatrische Dienst ist groß hier, wir sind, ich glaub alle zusammen 20 Kollegen,

hauptsächlich Sozialpädagogen und dann auch mal Ärzte, sind auch viele, und die Psychologen sind mini mini. [...] Ich hab eine halbe Stelle. Und also das macht schon mal so mein Gefühl, also am speziellen Reiz in dieser Institution, immer so ein bisschen, also, wir sind so ein bisschen was Besonderes. Also wir wurden auch immer schon manchmal titulierte so: Wir sind der Blinddarm, ne? Also weil wir sind ja sozusagen dazugekommen vor 20 Jahren, und die normalen Geschäftsabläufe so, die laufen eben, also meine Kollegen, Ärzte und Sozialarbeiter, kooperieren ganz viel, weil die viel Hausbesuche machen müssen; das machen sie dann meist zu zweit. Und ich bin meistens hier, also ich bin sozusagen »at home«, hier in meinem Zimmer, und der eine Schwerpunkt jetzt in den letzten zehn Jahren ist Einzeltherapie. Also ich bin dann, ich sitze hier vor Ort in meinem Zimmerchen, und gehe ganz wenig mit raus, also fast gar nicht zu Hausbesuchen, sondern mache psychotherapeutische Einzelgespräche mit den Leuten, mit denen ich dann an dem Tag verabredet bin. (Petra, Psychologin, Berlin, Z. 55)

Petras Darstellung ihrer Position im Dienst ist durchaus widersprüchlich. Zum einen scheint es einen Reiz für sie an der Sonderrolle zu geben, zum anderen wird ihre Position mit der herabsetzenden Metapher des Blinddarms beschrieben. Ein Blinddarm ist aus medizinischer Sicht ein überflüssiges Organ, das nur durch gefährliche und schmerzhaft entzündliche Prozesse auf sich aufmerksam macht. Vielleicht symbolisiert das den institutionellen Blick auf die PsychologInnen im Dienst, aus ärztlicher oder auch aus sozialpädagogischer Sicht. Petra jedenfalls scheint sich trotzdem in ihrem »Zimmerchen« wohl zu fühlen.

Berufsspezifische Aufgabentrennung muss nicht zu einer Isolation der einzelnen Professionen führen. Die Zusammenarbeit der Professionen in Bezug auf eine Klientin/einen Klienten erleichtert den gegenseitigen Austausch, da mehrere MitarbeiterInnen mit den Problemen der Klientin/des Klienten vertraut sind und sich gegenseitige praktische Unterstützungsmöglichkeiten jenseits von Fallbesprechungen und Supervision ergeben. Das fördert gegenseitiges Verständnis und bildet eine Teamidentität.

Wenn ich dann wieder so ein Gefühl habe, wie schön es auch ist, dass man als Team also so schwerer gestörten Menschen, die ja irgendwann auch im Alltag oder so, in so ganz alltagspraktischen Sachen, Unterstützung brauchen, dass man dann so ein kollegiales Helfernetz hat, also dass ich auch weiß, ich muss nicht alleine. Ich begleite den in einem Aspekt, aber ich hab dann auch meinen Arzt, den ich mal fragen kann, oder wenn dann mit der Sozialhilfe wieder was hapert, dann geh ich nach nebenan. Und wenn dann so ein Gefühl ist, so: Wir tragen es gemeinsam. Und wir schaffen für die Leute auch dann so einen Ort, wo sie das Gefühl haben, ihnen wird geholfen. Das freut mich auch. (Petra, Psychologin, Berlin, Z. 436)

Petra ist froh, KlientInnen, die große Probleme haben, nicht alleine helfen zu müssen: »Wir tragen es gemeinsam.« In der Idee, für Leute einen Ort zu bauen, an dem »sie das Gefühl haben, ihnen wird geholfen«, findet sich Petra in einer »Welt« mit ihren KollegInnen. Man könnte fast sagen, je bedürftiger die KlientInnen, desto wohler fühlt sich Petra im Team, desto enger rückt es in ihren Augen zusammen. Ist es für ihre KollegInnen ähnlich? Ludwig beschäftigt sich mit der Entscheidung über die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen, die Diskussion mit KollegInnen findet er dabei sehr hilfreich.

Und für mich ist es wichtig, weniger aus fachlicher Sicht eine Beratung zu haben mit Kollegen oder auch anderen Mitarbeitern, sondern gerade in diesen Fragen dann so eine doppelte Sicht drauf zu haben und den Rat und die Meinung des anderen da mit einzubeziehen. Wir sind da in der Regel da nicht so weit auseinander, aber es gibt dann doch immer auch andere Aspekte, oder wo jemand anderes sagt, wir sollten uns schon mal das überlegen oder so, ja. So wechselseitig, wo andere mich bremsen oder wo ich andere bremsen. [...] Ich denke aber, wir haben auch so was im Dienst, was ja auch hilft, so eine gleiche – trotz aller individueller Unterschiede – doch ähnliche Maßstäbe. Also eine gemeinsame Philosophie, gemeinsame implizite und auch explizite Leitlinien. Oder einen gemeinsamen Erfahrungsschatz. Oder Tradition, wie man mit solchen Situationen umgeht. (Ludwig, Arzt, Berlin, Z. 170)

Für Ludwig ist das Team wichtig, um seine Entscheidungen, die weit reichende Konsequenzen für die Betroffenen haben, abzusichern. Da es in vielen Situationen im Sinne des Auftrages des SpDi keine eindeutigen Lösungen gibt, entsteht ein Freiraum, der Entscheidungen auf anderen Grundlagen als rein medizinischen oder juristischen Faktoren verlangt. Diese Grundlagen werden kollegial entwickelt, im Team werden Erfahrungen und daraus abgeleitete implizite oder explizite Leitlinien tradiert, eine gemeinsame Philosophie entsteht. Auch für ihn ist, wie für Petra, wichtig, die Last schwerer Fälle auf mehrere Schultern zu verteilen und die Ideen und Einwände von KollegInnen zu berücksichtigen.

### Bayern

Die SpDi in Bayern arbeiten nach dem Bezugspersonensystem, das heißt SozialpädagogInnen wie PsychologInnen sind für soziale und psychische Probleme eines Klienten/einer Klientin zuständig. Dieser Ansatz vermeidet eine Spezialisierung und die damit verbundene Einengung des Kompetenzfeldes der BeraterInnen. Zudem ermöglicht die Kombination der verschiedenen professionellen Kompetenzen eine interne kollegiale Weiterbildung und eine kritische Reflexion der eigenen Arbeit aus unterschiedlichen Blickwinkeln, sie bietet hilfreiche Außenperspektiven. Die Zusammenarbeit ist jedoch nicht immer reibungslos. Fritz

berichtet über Auseinandersetzungen im Team, weil es verschiedene Erklärungsansätze zur Entstehung der Problematik und entsprechend auch unterschiedliche Interventionskonzepte gibt. Als Sozialpädagoge kritisiert er eine psychologisierende Sicht der Probleme der KlientInnen.

Ja, dass es wichtig ist – das hab ich jetzt hier so erlebt –, dass es wichtig ist, dass auch materielle Belange eines Klienten den verrückt machen können. Also da immer so eine psychologische – klar mündet es, wenn er kein Geld hat oder materiell nicht entsprechend ausgerüstet ist, mündet das erst mal, kann es in eine Störung. Aber wo setzt man an? Also wo setzt man an: Behebt man mit ihm zusammen – und dass er es lernt für die Zukunft – seinen materiellen Engpass oder setzt man an der Störung an? Das sind dann unterschiedliche Sichtweisen. (Fritz, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 500)

Diese Auseinandersetzung weist auch auf die mehr oder weniger verdeckte gesellschaftliche Hierarchie hin, die zwischen der (höherwertigen) psychologischen Beratung und der (weniger geschätzten) Unterstützung in sozialen Belangen besteht. Die Hierarchie etabliert sich vermutlich auf Grund der längeren und kostspieligeren psychotherapeutischen Qualifikationen, der höheren Gehaltseinstufung der PsychologInnen und auch auf Grund der bevorzugten therapeutischen Identität der MitarbeiterInnen.

Gespräche mit KlientInnen, die therapeutischen Charakter haben, nehmen in den Interviews mit MitarbeiterInnen von bayerischen SpDi einen größeren Stellenwert ein als in Berlin. Das liegt an der größeren Zahl von PsychologInnen und an der konzeptuellen Ausrichtung der Dienste als Beratungsstellen. Die Vielfalt der Perspektiven ist in Bayern daher nicht nur durch die unterschiedlichen Berufsgruppen, sondern auch durch die unterschiedlichen therapeutischen Qualifikationen der BeraterInnen gewährleistet. Fast ausschließlich systemische und humanistische Ausbildungen (meist klientenzentrierte Gesprächstherapie nach Rogers) sind bei den MitarbeiterInnen vertreten. Obwohl diese beiden Verfahren denkbar weit auseinander liegen, wird die Kooperation als sehr hilfreich beschrieben.

Auch die verschiedenen Sichtweisen, die es dann von den Leuten zu einem Fall gibt [...] finde ich sehr bereichernd. [...] Also gerade wenn so, mein Chef ist so ein Systemiker, der auch viel so mit Aufstellungen arbeitet, das war mir ganz neu, als ich hier angefangen hab, und inzwischen machen wir es so, dass wir bei sehr vielen Klienten zusammen was machen, also ich mach so die Gesprächsführung und er macht so eine Stunde Familienaufstellung [...]. Und wo mir selber dann auch immer ganz schwummrig wird, weil man Dinge plötzlich versteht. Also auch so Sachen, wo ich im Beratungsprozess so mitverwickelt war, und plötzlich durch diese Aufstellung noch mal einen anderen Sichtwinkel erlebt habe. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 435)

Für Bettina als Berufsanfängerin ist es besonders wichtig, Unterstützung einzuholen. Es ist für sie sehr hilfreich, mit ihrem Chef gemeinsam an einem Fall zu arbeiten und aus der eigenen klientenzentrierten, mitschwebenden, sehr nahen Arbeit mit KlientInnen herauszutreten und das Familiensystem von außen zu betrachten. Neben der Begeisterung für den systemischen Ansatz übt sie aber auch Kritik.

Aber auch gerade so mit diesem rein systemischen Denken. Das ist mir manchmal zu zynisch. Also so wirklich zu sagen, okay, oder transaktionsanalytisch denken, klar ist es wichtig, dass ich so ein Spiel erkenne, wenn ich es sehe. Aber deswegen ist nicht alles, was mein Klient anbietet, ein Spiel. Und ich hab manchmal das Gefühl, dass bei vielen Kollegen oft zu früh die Warnglöckchen klingeln und die dem Klienten jetzt irgendwas unterstellen an Nicht-gesund-werden-Wollen, an Widerstand, an Helfer-gegenseinander-ausspielen-Wollen etc., wo ich manchmal ganz froh bin, dass ich sage, okay, ich habe einfach noch den naiveren Standpunkt. Also zum Teil, weil ich noch nicht lang dabei bin, zum Teil auch von meiner Persönlichkeit her, und zum Teil auch von diesem Rogers'schen Denken her, dass es immer noch am weitesten bringt, wenn man ganz naiv annimmt, der andere hat Entwicklungspotenzial und will was draus machen. Und sich auch wirklich auch ganz auf dessen Sichtweise einzustellen. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 532)

Bettina gefällt das Misstrauen und die Expertendistanz ihrer KollegInnen nicht. Sie ist froh um ihren »naiven Standpunkt«, den sie in ihrer Rolle als Berufsanfängerin, in der klientenzentrierten Haltung, aber auch in ihrer Persönlichkeit begründet sieht. Sie interessiert sich für die Klientinnen und deren Sichtweise, anstatt einen Expertenblick auf das System zu werfen. Insofern ist die Methodenvielfalt in der Arbeit nicht nur eine Bereicherung, sondern eine notwendige Korrektur von Einseitigkeit und Expertendominanz. In Teams schaffen jedoch nicht nur verschiedene Professionen oder Therapieausbildungen Unterschiede in der Expertenposition. Die folgende Passage geht von einer Erzählung Veras aus, in der sie über Nähe und Distanz zu dem psychotischen Erleben der KlientInnen nachdenkt.

Also ich würde mir denken, dass das auch so damit zusammenhängt, dass ich so diese Grenzen zwischen gesund und krank irgendwie nicht – nicht akzeptieren will, so wie es halt ist. Dass ich da eher so das durchlässig selber erlebe und dann auch mit den Klienten – ich tu mir da auch leicht, da hinzugehen. Aber es ist halt, da muss ich aufpassen. Das ist mir noch nie passiert, dass ich da eingestiegen bin, aber ich spüre das immer ganz deutlich, wenn es soweit ist. Wo ich da wieder einen Schritt zurück muss, und – und ich habe auch das Gefühl, dass ich da im Team bei uns die Spezialistin bin für, zum Beispiel für Psychotiker. Weil das so, wo die anderen schon lang sagen: Mei Wahnsinn, das kann man ja gar nicht kapieren, das ist ja nicht nachvollziehbar! Und

für mich ist die Strecke noch viel länger, wo es nachvollziehbar ist für mich. Was der erlebt oder was der da, wie der die Realität hat. (Vera, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 377)

In ihrem Team sieht sich Vera, auf Grund ihrer Fähigkeit, sich in den Wahnsinn einzufühlen, als Spezialistin für PsychotikerInnen. Indem sie die Grenze zwischen gesund und krank, zwischen Vernunft und Wahn nicht einfach akzeptiert, wird diese »durchlässiger«, kann sie näher an das Erleben der KlientInnen »hingehen«. Sie spürt aber auch deutlicher die Angst, »einsteigen« in diese Welt möchte sie nicht. Die anderen im Team ziehen die Grenze viel früher und geben ihr dadurch einen Halt, eine Rückversicherung, dass sich Vera nicht verliert. Die KollegInnen im Team können also eine wichtige, entlastende Rolle im Arbeitsalltag übernehmen. Manchmal tauchen in den Interviews überaus familiäre Strukturen in den Erzählungen vom Team auf. Besonders Gudrun erlebt das Team in sehr familiärer, freundschaftlicher Form.

Also morgendlicher Ablauf, guten Morgen sagen erst einmal, was war los, bisschen Austausch erst mal, bisschen ratschen, erste Tasse Kaffee mal trinken in Ruhe, gehört dazu einfach. Den Anrufbeantworter natürlich noch abhören, ob irgendwelche Katastrophen waren inzwischen. Dann – ja, Termine, es hat jeder seine eigenen Gespräche, Termine, die halt anstehen, was auf dem Tisch noch liegt an – »Du musst den anrufen«, »Der Anruf ist eingegangen, da muss was gemacht werden«, Anrufbeantworter, die Leute zurückrufen beziehungsweise neue Anfragen, dass man die bearbeitet. (Gudrun, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 50)

Das morgendliche Ritual schafft einen persönlichen Austausch, eine Einstimmung auf den Tag, bevor mit der Planung der Arbeit begonnen wird. Der Kontrast zwischen der heilen Frühstückswelt und den »Katastrophen« auf dem Anrufbeantworter liefert einen ersten Hinweis auf die Funktion des Teams: Es dient Gudrun als Rückzugsraum und hilft, den Katastrophen und Fallen in der Arbeit mit KlientInnen zu begegnen.

Wir haben eigentlich ein recht gutes Team, wo man ganz gut mal abladen kann, wo man ganz gut mal was aushält, muss ich sagen, wo man einfach mal ins Büro beim anderen reingehen kann und sagen, Herrschaft, jetzt, weißt was, schon wieder, und – das finde ich, das trägt oder fängt eigentlich ganz viel ab. (Gudrun, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 209)

Das Team bietet die Möglichkeit zu schimpfen, etwas abzuladen, Gefühle und Belastungen werden in informeller Form geteilt. Das Team funktioniert als eine Gemeinschaft, die ein Gegengewicht zur schwierigen Arbeit mit KlientInnen bietet. Neben dieser Form der Entlastung ist die Möglichkeit, in Supervisionen und Fallbesprechungen die eigene Arbeit zu reflektieren, eine weitere Funktion, die dem Team in den Interviews zugeschrieben wird.

Ich bin auch im Betriebsrat oder in der Mitarbeitervertretung – das ist – ja, das ist zermürbend. [...] Das ist das Hauptsächliche, was mich schon oft innerlich zum Kündigen gebracht hat. [...] Was ich sehr schätze, ist die Teamarbeit. Also ich bin ja im Kontakt allein mit dem Klienten, aber dass ich immer das Team im Rücken habe, und wir sind ein relativ gut funktionierendes Team immer noch, und einfach immer zu wissen, da gibt es Leute, die verstehen mich auch. Und auch mit meinen eigenen Anteilen, die ich ja immer dabei habe, und ich kann das auch anschauen, und – ja, meine Werkzeuge wieder schärfen in der Supervision oder in der Teambesprechung. Weil ich bin das Werkzeug hier. (Vera, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 438)

Das Team dient nicht nur der Reflexion der eigenen Anteile in der Arbeit mit den KlientInnen, sondern bietet auch eine Insel von Verständnis in einer Organisation, die Vera als »ätzend« bezeichnet. Das Team bietet Rückenstärkung und ist ein Ort der Geborgenheit in einer sonst feindlichen Institution. Eine wichtige Rolle spielt das Team, wenn es Vera, die ja die ausgewiesene Spezialistin für PsychotikerInnen ist, ihre Grenzen aufzeigt und sie darin unterstützt, Verantwortung abzugeben.

Da fällt mir jetzt direkt ein konkreter Fall ein, das ist zum Beispiel jemand gewesen, wo ich bei mir selber an eine Stelle gekommen bin, wo ich in meiner Verwandtschaft oder Familie was erlebt hab, einen Unglücksfall, und das hat mich dann sehr, das ist da total aufgewühlt gewesen. Ich hab da, das war ein Mann, bei dem musste ich Hausbesuche auch machen, und diese Beratung musste ich dann abschließen. Weil das musste ich jemand anderem übertragen. Das passiert nicht oft. Das ist mir vielleicht zweimal in all den Jahren passiert, dass ich so was gemerkt hab, und dazu ist ja auch die Supervision gut und die Fallbesprechung im Team. Und das war ein schwieriger Prozess für mich selber auch zu sehen, dass es da Grenzen gibt für mich, wo ich einfach jemandem nicht helfen kann, weil ich da selber einen Punkt hab, den ich da selber bearbeiten muss oder auch nicht, aber jedenfalls wo es nicht gegangen ist. (Vera, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 178)

Supervision und Fallbesprechung im Team schützt MitarbeiterInnen vor Überforderung, bietet Entlastung, die sich die Einzelnen vielleicht nicht zugestehen würden, zwingt zur Einsicht in die eigenen Grenzen. Vereinzlung, Arbeitsunzufriedenheit, Überlastung und Burn-out wird vorgebeugt. Trotzdem sind Supervision und kollegiale Fallbesprechungen keine Selbstverständlichkeit.

Also wir haben hier schon Team jede Woche. Und die Fallbesprechungen finden auch statt. Wobei die Fallbesprechungen ziemlich drauf beschränkt sind, eine Diagnose zu finden oder zu sagen, derjenige hat dieses oder jenes. Und ich geh dann halt extra in Supervision, außerhalb, und zahle es dann auch selber. Also das zahlt dann nicht der Träger, also die weigern sich da auch, das zu machen. »Das braucht's nicht. Man hat ja die Fallbesprechungen.« (Doris, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 480)

#### 4.2.4 Institutioneller Zwang versus therapeutische Freiheit?

In den vorangegangenen Darstellungen zeigte sich, dass die professionelle Identität der MitarbeiterInnen im Wesentlichen auf die therapeutische Beziehung ausgerichtet ist. Im direkten Kontakt mit den KlientInnen fühlen die HelferInnen sich sicher und kompetent. Die Zusammenarbeit mit anderen Professionellen in Gremien und der fachliche Austausch wird häufig als störend gegenüber der »eigentlichen« Arbeit, den Klientenkontakten angesehen. Die Arbeit mit den KlientInnen wird idealisiert und der institutionelle Hintergrund (Träger der Einrichtung, Zusammenarbeit mit anderen Institutionen) eher problematisiert. Folgt man der Mehrzahl der Äußerungen, scheint es, als ob in einer therapeutischen Beziehung keine Macht ausgeübt würde, als würde es sich hier um eine »reine« Begegnung zweier Menschen handeln.

Kontrolle und Zwang wird lediglich in der Verfahrensrationalität (der Bürokratie, der Vernetzung usw.) gesehen. Vor allem in bayerischen SpDi, in denen der Grad der Organisation und der Bürokratie vergleichsweise niedrig ist, wird ein höherer Organisationsgrad im sozialen Feld schnell als Kontrolle begriffen. Auf der anderen Seite klagen MitarbeiterInnen über die mangelnde Anerkennung, die mangelnde Finanzierungs- und Planungssicherheit. Der GPV würde einen Zuwachs an Sicherheit und Verbindlichkeit bringen, aber die Professionellen fürchten um ihren Freiraum in der Arbeit.

Für einige InterviewpartnerInnen bietet die institutionelle Zusammenarbeit auch entlastende Möglichkeiten. Der abwechslungsreiche Charakter der Beziehungsarbeit und die intime therapeutische Nähe zu KlientInnen macht Freude, aber in Krisensituationen kann all dies auch belastend sein. Ein klarer Auftrag, eine engere Zusammenarbeit mit anderen Kontaktpersonen der KlientInnen bietet dann Schutz vor Überforderungen und professionelle Sicherheit. Diese Seite der Organisation wird jedoch selten thematisiert. Institutionelle Hintergründe scheinen nicht als Hilfe in der schweren Arbeit betrachtet zu werden, sondern werden eher als bürokratische Belastung angesehen. Hilfe und Unterstützung dagegen finden die MitarbeiterInnen nach eigener Einschätzung hauptsächlich bei ihren KollegInnen im Team des SpDi. Das zeigt sich auch in der Bedeutung des Teams, das stellenweise familiäre Funktionen für die MitarbeiterInnen übernimmt.

Die mangelnde institutionelle Anbindung an die Fachbasis ist offensichtlich ein Problem der Psychiatriereform seit der Psychiatrie-Enquete. So wird auch die Debatte über Qualitätssicherung in der sozialen Arbeit, die eine Demokratisierung der Arbeit und eine größere Zufriedenheit und Identifikation der MitarbeiterInnen mit ihrer Institution zum Ziel haben könnte, überwiegend auf betriebswirtschaftliche Bedingungen verkürzt. Auch die Diskussion über die Entwicklungen von GPV und Case-Management findet hauptsächlich auf verwaltungstechnischer Ebene statt und verpasst dadurch den Anschluss an die Praxis der Mitarbeite-

rInnen. In den Diensten sind es jeweils spezialisierte MitarbeiterInnen, meist die LeiterInnen, die Anschluss an diesen Diskurs haben, die anderen bleiben außen vor.

Die große Distanz zwischen der Fachbasis und den leitenden MitarbeiterInnen in den Trägern der SpDi bewirkt stellenweise Misstrauen und ein Gefühl von Ausgeliefertsein und erhöht die Rückzugstendenz in die vergleichsweise selbstbestimmte therapeutische Beziehung zu den KlientInnen. Darunter leidet die Transparenz und die Demokratisierung der Sozialpsychiatrie. Eine Öffnung der Arbeit mit den KlientInnen, zum Beispiel an einem runden Tisch, die Hinzuziehung der Angehörigen und anderer beteiligter Professioneller wird als Gefährdung der letzten selbstbestimmten Arbeitsreservate betrachtet.

Die hier beschriebenen Phänomene zeigen sich weniger ausgeprägt in den Interviews mit MitarbeiterInnen aus Berliner SpDi. Die Arbeit in Berlin ist weit weniger therapeutisch geprägt als in Bayern. Durch die hoheitlichen Aufgaben und die Einbindung in das Gesundheitsamt bietet die Arbeit kaum unregulierte Arbeitsbereiche (eine Ausnahme bildet die Psychologin Petra). Da sich die MitarbeiterInnen in Berlin täglich als KontrolleurInnen erleben, stehen für sie die Kontrollaspekte der Vernetzung nicht so sehr im Vordergrund, es fällt ihnen schwerer, diese zu kritisieren.

Nachdem einige wichtige Unterschiede zwischen den SpDi in Berlin und Bayern beschrieben wurden, geht es im Folgenden um Situationen, in denen der Kontrollauftrag der SpDi am offensten zu Tage tritt, den psychiatrischen Zwangseinweisungen.

### 4.3 Psychiatrische Zwangseinweisung

Zwangswise Unterbringungen in der Psychiatrie können in Deutschland entweder nach dem »Psychisch-Kranken-Gesetz« (PsychKG) beziehungsweise »Unterbringungsgesetz der Länder« (UBG) oder dem »Betreuungsgesetz des Bundes« (BtG) durchgeführt werden. Das PsychKG kommt zur Anwendung, wenn akute Selbst- oder Fremdgefährdung auf Grund einer ernsthaften psychischen Krankheit vorliegt. In diesem Fall ist eine sofortige Unterbringung durch die Verwaltungsbehörde durchzuführen, die innerhalb von 48 Stunden von einem Richter bestätigt werden muss. Damit das Betreuungsgesetz des Bundes zum Tragen kommt, muss eine langfristig bestehende Einschränkung der Geschäftsfähigkeit beziehungsweise Selbstversorgungsfähigkeit vorliegen.

Zwangseinweisungen haben unangenehme soziale Folgen für die Betroffenen, sie können ein Hinderungsgrund für eine Verbeamtung sein oder zeitweise zum Verlust des Wahlrechts führen. Zwangseinweisung bedeutet nicht nur physische Gewalt und drohende körperliche Schädigung der KlientInnen, sondern auch

soziale und psychische Beeinträchtigungen. Soziale Folgeprobleme einer Zwangseinweisung oder die Verletzungen der persönlichen Würde (z. B. durch Anlegen von Handschellen) machen die Zwangseinweisung zu einer traumatischen Situation, einer absoluten Ohnmachtserfahrung für PatientInnen.

Soweit sie darüber sprechen, fühlen sie sich gekränkt, entwertet und verletzt. Die Patientinnen und Patienten beschäftigen sich oft selbstquälerisch jahrelang damit; sie hegen den ausgeprägten Wunsch nach Wiedergutmachung – zum Beispiel in Form einer Entschuldigung seitens Beteiligter – und versuchen, das eventuell auf dem Klageweg zu erreichen, oder sie zeigen die bei traumatischen Reaktionen charakteristische Abspaltung beziehungsweise Dissoziation der traumatischen Erinnerung mit spontaner Flucht-, Angst- oder Vermeidungsreaktion bei deren Berührung. (BRUNS 1997, S. 67)

Die Erfahrung der Zwangseinweisung kann in die psychische Struktur der Klientin/des Klienten so integriert werden, dass sie als Retraumatisierung erlebt wird und als zusätzliche Verletzung und Kränkung vermehrt Abwehrformen aktiviert und damit die Bearbeitung der psychischen Problematik erschwert.

Zwangmaßnahmen sind also ein massiver Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen, trotzdem liegen nur bei etwa einem Drittel der Zwangseinweisungen tatsächlich fremd- oder selbstgefährdende Handlungen vor (BRUNS 1997, S. 59). Oft wird lediglich eine Gefahr prognostiziert, die aus der Grundkrankheit abgeleitet wird. Zudem weisen bundesweit extrem schwankende Zahlen von Zwangseinweisungen (ebd.) auf einen ordnungspolitischen Hintergrund der Zwangmaßnahmen, denn eigentlich müssten sie wie die psychischen Krankheiten annähernd gleich über die Länder verteilt sein. Darüber hinaus muss man von einer hohen Dunkelziffer von Fällen ausgehen, in denen eine Zustimmung zur Behandlung unter Androhung von Zwangmaßnahmen erzwungen wurde. Offensichtlich sind Zwangseinweisungen auf ganz unterschiedliche Gründe zurückzuführen und bewegen sich zu einem Teil außerhalb des im Gesetz festgelegten Rahmens.

Mit Einrichtung der gemeindenahen Dienste stieg interessanterweise die Zahl der Zwangseinweisungen (SEIBT 1997, S. 196). Dies könnte ein Hinweis auf deren ordnungspolitische Funktion sein. In gemeindenahen Einrichtungen sind die MitarbeiterInnen mit dem Alltag der KlientInnen konfrontiert, mit Formen von Verwahrlosung und extrem belästigendem Verhalten, auf das die Umgebung empört, hilflos und mit appellativem Druck auf die ExpertInnen reagiert. Das führt zu großem Handlungsdruck bei den Professionellen. Sie könnten in Zweifelsfällen eher dazu neigen, eine psychische Erkrankung zu diagnostizieren, um eine Einweisung zu ermöglichen und damit die sozialen Spannungen zu befrieden. Darüber hinaus zeigt die Zahl der Klinikeinweisungen auch das Fehlen alternativer Hilfemöglichkeiten, wie etwa betreute Krisenwohnungen, oder auch fehlende Zeit und Kompetenz der Professionellen, Krisenfälle vor Ort zu betreuen.

Zum Thema Zwang und Gewalt in der Psychiatrie gibt es im sozialpsychiatrischen Diskurs mehrere Veröffentlichungen, die sich ethisch oder politisch mit der Problematik auseinandersetzen. So in den Zeitschriften Sozialpsychiatrische Informationen (1990) und Soziale Psychiatrie (1998) und in dem Sammelband »Gewalttätige Psychiatrie« (EINK 1997). Im Folgenden werden die zentralen Argumentationen dieses Diskurses nachgezeichnet.

### 4.3.1 Diskussion der ethischen Problematik

Wenn die Beziehungs- und Integrationsangebote der Sozialpsychiatrie nicht angenommen werden und wenn der internalisierte Kontrollblick der KlientInnen nicht ausreicht, anstößiges Verhalten zu unterbinden, dann tritt offener Zwang auf den Plan. Erst wenn sich die Klientin/der Klient nicht freiwillig als krank definiert und sich in ärztlich medikamentöse Behandlung begibt, folgt die gewaltsam erzwungene Einweisung in die Klinik. Dieser Zwang dient einerseits der Durchsetzung gesellschaftlicher Normen, lässt sich aber andererseits auch als direkte Reaktion auf das widerständige Verhalten der KlientInnen verstehen.

Psychisch Kranke sind nie bloß hilflose Opfer eines über sie hereinbrechenden Krankheitsgeschehens, sondern immer auch Handelnde. Als solche tun sie sich und anderen Gewalt an. Die Gewalt der Psychiatrie ist auf diese Weise ein Stück Ausdruck und Spiegel dieser Gewalt (man denke zum Beispiel an die Destruktivität des Süchtigen, die Ent-Grenzung des Manikers). (WIENBERG 1997, S. 19)

Die Gewalt der Psychiatrie geht jedoch häufig über eine reaktive Gewalt hinaus. Die Feststellung von Selbst- oder Fremdgefährdung ist nicht nur abhängig vom Gewaltpotenzial der Klientinnen, sondern auch von der Rigidität des normativen Anspruchs ihrer Umgebung. Der Gewalteininsatz der Psychiatrie zum Schutz der sozialen Umgebung kann in manchen Situationen unverhältnismäßig gegenüber dem Gewaltpotenzial der Klientin/des Klienten sein. Die Gewalt der Klientin/des Klienten ist dann eher eine Reaktion auf die Haltung der Psychiatrie oder der sozialen Umgebung. Die verantwortlichen Professionellen stehen vor einem Dilemma: Üben sie Zwang aus, kann das zu einer Eskalation der Situation führen. Entziehen sie sich dem Auftrag des sozialen Umfeldes, die Unruhestifterin/den Unruhestifter zu entfernen, kann diese Verweigerung dazu führen, dass die sozialen Spannungen nicht gelöst werden und die Gewalt letztlich an andere delegiert wird: Es drohen familiäre oder nachbarschaftliche und damit unkontrollierbare Gewalthandlungen.

Die Dialektik von gesellschaftlicher Ordnungsfunktion und therapeutischen Zielen lässt sich nicht einseitig auflösen, anhand der Diskussion über Behandlungsformen psychisch kranker Gewalttäter wird das besonders deutlich: Ein Ma-

ximum an Sicherheit bedeutet einen Verzicht auf Therapie, während der einseitige Blick auf therapeutische Ziele den Schutz der potenziellen Opfer des Patienten vernachlässigt. Gewalt zur Durchsetzung gesellschaftlicher Normen scheint unabdingbar zu sein, gäbe es keine öffentliche Verantwortung, kein staatliches Gewaltmonopol, würde die Gewalt in nicht-öffentlichen Bereichen eskalieren. Die psychiatrische Gewalt sollte jedoch demokratisch kontrollierbar sein und offen verhandelt werden.

Die Doppelfunktion der Psychiatrie als therapeutische Institution einerseits und als Ordnungsmacht andererseits grundsätzlich anzuerkennen, darf jedoch nicht dazu führen, daß Zwang und Gewalt als Therapie ausgegeben werden und damit die Ordnungsfunktion verschleiert wird. (WIENBERG 1997, S. 17)

Neben dem politischen Aspekt ist es auch im therapeutischen Sinne sinnvoll, die Ordnungsfunktion der Psychiatrie zu akzeptieren und in der Beziehung mit den KlientInnen zum Thema zu machen.

Im Kontext von gewaltsamen Eskalationen neigen sowohl Patienten als auch Helfer zur Spaltung: Zwangseingewiesene oder behandelte Patienten idealisieren häufig – zumindest vorübergehend – sich und ihr eigenes Verhalten (»gute« Opfer), während die gewaltanwendende Psychiatrie beziehungsweise die dort Tätigen abgewertet und angeschuldigt werden (»böse« Täter). Unser Tun sollte deshalb dem Patienten zu verstehen geben, daß wir als Helfer versorgende und versagende, gewährende und zwingende, »gute« und »böse« Anteile realisieren. Dies hilft ihm auch bei der Integration seiner eigenen ambivalenten Anteile und Tendenzen. (ebd., S. 23)

Spaltungen in gut und böse und einseitige Täter-/Opferzuschreibungen können durch ein Gespräch nach der Zwangseinweisung, in dem beide Seiten ihre Sicht darstellen, bearbeitet werden und zur Einsicht in die grundlegende Ambivalenz beider Positionen beitragen. Für die HelferInnen wie für die KlientInnen bedeutet dies die Auseinandersetzung mit dem Gewaltaspekt des eigenen Handelns. Notwendige Voraussetzung für eine solche Auseinandersetzung ist die gegenseitige Anerkennung. Dem steht das Krankheitsverständnis der Psychiatrie entgegen, die mit ihren Diagnosen einen Teil der psychischen Struktur und damit einen Teil der Identität der KlientInnen als krank und nicht zurechnungsfähig negiert. Problematisch ist vor allem eine aus der zu Grunde liegenden Krankheit abgeleitete Uneinsichtigkeit. Dadurch werden auch Formen von Widerstand, die nicht aus der Krankheit erklärbar sind, übergangen. Notwendige Voraussetzung für eine therapeutische Aufarbeitung der Zwangseinweisung ist demnach eine kritische Haltung gegenüber psychiatrischer Diagnostik.

Diagnosen stellen ist Machtgebrauch mit nicht geringer Irrtumsmöglichkeit. Dabei verweisen versehentliche Fehldiagnosen zumeist auf keine ethischen, sondern eher sachli-

che Probleme. Anders verhält es sich bei den in Kauf genommenen Fehlbewertungen, sei es im angenommenen Interesse des Patienten, der Familie oder der Gesellschaft. Nicht selten entartet Diagnostik zu technologischem Selbstzweck oder ästhetischer Selbstbestätigung des Therapeuten und als scheinbare Lösung für verwickelte menschliche Lebenslagen. Als lebensgefährlich schließlich erweisen sich Diagnosen, wenn sie als Waffen gegen die unbequemen Meinungen anderer verwandt werden. (SEIDEL 1990, S. 10)

Wenn die Eindeutigkeit der Diagnostik in Frage gestellt wird, dann öffnet sich der Blick für die Beziehungsdynamik zwischen den Beteiligten in Zwangseinweisungssituationen. Die Eskalation, die zu der Zwangseinweisung führte, kann ein Ausdruck der psychischen Dynamik der KlientInnen sein, eine Inszenierung innerpsychischer Konflikte im Außen, an der die professionellen HelferInnen als Protagonisten beteiligt sind.

Mir erscheint dagegen der Hinweis wichtig, daß es bei vielen psychiatrischen Patienten ein störungsbedingtes Bedürfnis nach Gewalterfahrung als unbewußten Wiederholungszwang gibt. Gewaltmaßnahmen werden so zu szenischen Darstellungen der inneren Welt dieser Patienten, in die Angehörige, Polizei, Gericht und die Institution Psychiatrie eingewoben werden. (BRUNS 1997, S. 64)

Wird dieser Wiederholungszwang von den professionellen HelferInnen nicht erkannt, dann agieren diese die ihnen zugewiesene Rolle, also ihre Gegenübertragung aus. Die verärgerten Handlungen der Professionellen, die durch die KlientInnen ausgelöst werden, werden dann häufig als notwendiges Setzen von Grenzen rationalisiert. Das rigide Durchsetzen von Regeln im »legitimierten Gewande der therapeutischen Konsequenz« (ebd.) auf Seiten der Professionellen bekommt eine Eigendynamik, die nicht mehr ohne Gesichtsverlust zu stoppen ist, und führt so zu Gewalteskalationen. Besonders brisant sind in diesem Zusammenhang eigene unbewusste Impulse der Professionellen.

Auf der Seite des öffentlichen Publikums geht es um die Abwehr eigener unbewußter Wünsche nach und Ängste vor der Verrücktheit. Für die in den Gewalt ausübenden Institutionen Polizei, Gericht und Psychiatrie Tätigen geht es um die kompromißhafte Befriedigung und Kontrolle aggressiver Bedürfnisse im gesellschaftlichen Auftrag, also in einem legitimierten Zusammenhang. (ebd., S. 65)

Eine Bearbeitung der eigenen aggressiven Impulse, sowie das Verständnis des Inszenierungscharakters im Verhalten der KlientInnen sind Voraussetzungen, um auch Zwangsmaßnahmen kompetent in das fachliche Handeln zu integrieren. Nur wenn die Fachleute sich dieser kontrollierenden Seite ihrer Tätigkeit stellen, können sie Verantwortung übernehmen und Zwangseinweisungen im Sinne der KlientInnen möglichst wenig verletzend gestalten.

Es zeugt von wenig Verantwortungsgefühl, wenn die Unterbringung nach dem PsychKG Ordnungsbeamten, Feuerwehrlern, sowie Amts- und Notärzten allein überlassen wird. Dabei geht es nicht nur um eine eventuelle Vermeidung von Unterbringungen durch eine fachlich verantwortbare Krisenintervention, sondern auch um die Sorge für eine möglichst transparente Gestaltung der Unterbringung, um so die seelische Verletzung des Betroffenen so gering wie eben möglich zu halten. (DEMAND 1998, S. 460)

Die ethische Positionierung spricht demnach eindeutig für die Übernahme von Verantwortung in Bezug auf Zwangsmaßnahmen, um diese möglichst fachlich begründet und einfühlsam zu gestalten. Voraussetzung dafür ist die Achtung des gesetzlichen Rahmens und der demokratisch-rechtsstaatlichen Kontrolle der Maßnahmen. Dies ist im psychiatrischen Alltag jedoch nicht immer der Fall. Nachdem durch statistische Auswertungen die Vermutung bestätigt wurde, dass nicht alle Zwangseinweisungen dem Rahmen der gesetzlichen Vorgaben entsprechen, stellt sich die Frage, welche Begründungen für Einweisungen in den Erzählungen der InterviewpartnerInnen auftauchen.

### 4.3.2 Funktionen der Einweisung in den Interviews

Die *Verhinderung von Gewalthandlungen* steht bei den Erzählungen über Zwangseinweisungen im Vordergrund. Es erscheint im Zweifelsfall im Sinne der KlientInnen oder des Umfeldes sinnvoller, sich für eine Einweisung zu entscheiden als dagegen, denn die Konsequenzen bei einer nicht erfolgten Unterbringung können gravierend sein.

Bei einem Paranoiker war ich, der hat zum Schluss sich selber erschossen oder die Frau gerade noch mit erschossen, also der hatte wirklich eine scharfe Waffe. Ich hab mich nicht dazu entschließen können, den zwangsunterzubringen. Und etwas später hat der rumgeschossen, ich glaub, es ist, ich weiß nicht, ob noch jemand zu Schaden gekommen ist, jedenfalls er hat sich dann auch selber erschossen. (Andreas, Arzt, Berlin, Z. 456)

In vielen Interviews werden medizinische Diagnosen genannt, die einer stationären Behandlung bedürfen: Paranoia, akute Psychose, manische Psychosen, Delir, Persönlichkeitsstörung. Als Begründung für eine Zwangseinweisung von KlientInnen mit diesen Diagnosen wird häufig die Verweigerung der Medikation und die mangelnde Krankheitseinsicht angeführt. Das Ziel der Einweisung ist die Zuführung zu medikamentöser (Zwangs-)Behandlung; damit hat die Zwangsmaßnahme eine formell medizinische Begründung. Die Begriffe »mangelnde Einsicht« und »Verweigerung« beschreiben jedoch nicht den hilfsbedürftigen psychisch Kranken, sondern bewegen sich im Feld des Regelverstößes, der Delinquenz. Damit

taucht eine alte Art und Weise des Umgangs mit dem Wahnsinn auf, die nie ganz untergegangen ist, die Politik der Internierung (FOUCAULT 1961, S. 82 ff.). In dem folgenden Interviewausschnitt zeigt sich, versteckt hinter medizinischen Begründungen, der *Strafcharakter der Zwangseinweisung* als Drohung für KlientInnen, die sich der medikamentösen Behandlung widersetzen.

Wobei ich – ja, doch anklingen lasse, dass ich das [die Verweigerung der Medikamenteneinnahme] jetzt nicht akzeptiere, was sie macht, aber es letztlich ihre Entscheidung ist. Das sag ich ihr, was ich tun kann, ist eben sie aufzuklären, dass ihre gesundheitliche Lage sich dann wahrscheinlich wirklich nie verbessert, und dass sie halt wieder mal im Bezirkskrankenhaus sein wird, wo sie ja absolut nicht mehr hin möchte. [...] Gerade bei manischen Psychosen ist das ja eindeutig, dass keinerlei Einsicht da ist. [...] und dann natürlich, wenn offenbar wird, dass der Mensch sich nicht mehr helfen kann, aber das nicht glaubt und versteht, dass jetzt der Spielraum für ihn enger wird, dass er im Bezirkskrankenhaus landet. (Fritz, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 171)

Eher seltener wird eine *therapeutische Indikation* für die Einweisung angeführt. Die stationäre Behandlung kann dann als Zufluchtsort zum Verkriechen, als Ort, der Erholung und Regressionsmöglichkeiten bietet, verstanden werden. Damit ist das Ziel der sozialpsychiatrischen Arbeit verbunden, das Vertrauen in die therapeutischen Möglichkeiten der stationären Psychiatrie bei den KlientInnen zu stärken und die Angst gegenüber der Klinik abzubauen. Die Klientin/der Klient soll in Krisensituationen bereit sein, von sich aus, freiwillig und aus eigener Initiative Hilfe in der stationären Behandlung zu suchen. Petra beschreibt eine Klientin, die im Laufe der Zeit eine solche positive Haltung gegenüber der Klinik entwickelt hat.

Eher so ein Vertrauen auch, also dann eher auch in die Klinik zu gehen und das als einen Ort, der nicht nur ein Horror ist, wo man dagegen trotzts, sondern wo man sich auch verkriecht, wenn man mal überhaupt nicht mehr kann und sich erholt so. Hat sie eher eine positive Haltung dazu. (Petra, Psychologin, Berlin, Z. 406)

Häufig beeinflusst die *Situation der Angehörigen* die Entscheidung für eine Zwangseinweisung. Wenn die Angehörigen leiden, steigt die Bereitschaft der Professionellen, eine Zwangseinweisung zu befürworten.

Ich denke mir, den Ausschlag hat gegeben die drei, vier Stunden am Vortag. Wo ich dann wirklich mit allen Betroffenen in der Küche gegessen bin und das Leid und die Verzweiflung der Leute auch mitbekommen habe. [...] Wo ich gemerkt hab, die können alle nicht mehr, die sind am Ende ihrer Weisheit, da muss jetzt irgendwas passieren. Und wo es mir halt geiruselt hat bei dem Gedanken, das geht jetzt schon vier Tage so. Das war ja schon länger. Und der kleine Sohn, den sie dann schon zur Oma gebracht hatten, damit der das nicht mehr mit ansehen muss, und mit dem dann der

Freund auch noch telefoniert hat: Ja, der Mama geht es immer noch nicht gut, mach dir keine Sorgen, wir haben schon alles im Griff. Also es hat mich auch emotional sehr berührt. Wo ich gedacht habe, okay, da ist jetzt das Interesse wirklich nicht so, wie es der Klientin geht, die war ja noch gar nicht richtig Klientin, sondern da hab ich mich eher so als verpflichtet gefühlt, den Angehörigen zur Seite zu stehen. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 300)

Die Professionellen geraten in Gefahr, eine neutrale Position beziehungsweise eine Position, die das Wohl des Klienten im Blick hat, zu verlassen und sich auf die Seite der Angehörigen zu begeben, um dann lediglich die Normalisierung der sozialen Situation in deren Sinne zu betreiben. Die Konflikte zwischen Angehörigen und KlientInnen werden auf diese Weise nicht bearbeitet.

Neben der psychischen und körperlichen Verfassung spielt in den Erzählungen auch die soziale Situation der KlientInnen eine große Rolle. Das *Verhindern von Stigmatisierungsschäden* und von materiellen Schäden, die zum Beispiel Menschen in einer manischen Phase erleiden können, ist ein wichtiger Beweggrund für eine Einweisung. Schwierig sind Situationen, in denen die medizinisch-juristischen Voraussetzungen nicht eindeutig erfüllt sind, aber ein subjektiver Handlungsdruck durch ein starkes Mitleidsgefühl besteht. Das Mitleiden an der Situation der KlientInnen verführt dazu, eigene Maßstäbe anzulegen und auf eine Veränderung der Situation zu drängen.

Die Patientin lag wirklich im Bett, völlig eingenäst, Bett durchweicht, und erst mal nicht wach, und – ja, dann kam sie dann doch schon zu sich, und ich hab irgendwie gedacht – sie wollte nicht in die Klinik – und ich hab gedacht, sie hat mich gedauert irgendwie. Und es war so, dass ich dachte: Ach, jetzt mach ich doch eine Zwangseinweisung. Und wusste, na ich strapaziere ein bisschen das Gesetz. Weil so ganz die harten Fakten von Selbstgefährdung und der akuten Selbstgefährdung waren so nicht gegeben. Also ich hätte dann schon argumentieren müssen. Aber auf der anderen Seite kann man natürlich sagen: Die schädigt sich, die kriegt wieder einen Anfall und so. Da hab ich gesagt: »Sie müssen!« (Andreas, Arzt, Berlin, Z. 102)

In manchen Situationen wird die Zwangseinweisung als eine *pädagogische Konsequenz* beschrieben, die auf das Brechen von Vereinbarungen oder die Missachtung von Grenzen reagiert.

Das gehört mit zum Job, in dem Sinn, dass man sich als Experte klar definiert, was man tun kann und was nicht. Und wo die Grenzen sind. [...] Also wenn ich jemandem in der Wohngemeinschaft sozusagen sage, wenn das und das jetzt sich nicht ändert, also wenn Sie weiter andere mit Gewalt bedrohen, dann müssen die Konsequenzen erfolgen, also dann – ist das so. Auch wenn dann jemand sagt, nein, ich mein es ganz anders, aber das Verhalten spricht ja für sich. (Ernst, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 260)

Klarheit, Grenzen setzen und Konsequenzen ziehen sind für Ernst wichtige professionelle Kompetenzen in der sozialpsychiatrischen Arbeit. Vor allem in der Wohngemeinschaft ist es notwendig, sich an Regeln zu halten. Die Zwangseinweisung (in diesem Fall über den Betreuer des Klienten) dient hier als Konsequenz für regelwidriges Verhalten. Diese Haltung gerät in die Gefahr, den Charakter eines Machtkampfes zu bekommen, in dem Trotzreaktionen und Angst vor Gesichtsverlust die Handlungen der AkteurInnen bestimmen. Ein sehr plastisches Beispiel dafür beschreibt Bettina.

Also ich kann mich an eine Situation erinnern, wo ich sie in die Klinik gebracht habe und sie gleich gesagt hat, sie bleibt da nicht, sie läuft hier weg, und dann wollte sie dann doch wieder bleiben, und wir haben da im Klinikfoyer, also vor dem Büro des Oberarztes drei Stunden lang gezofft. Also hauptsächlich sie. Geschrien, gewettert, Sachen geworfen, Freiheitsberaubung, sie ist wieder irgendwo weggerannt, dann in ein Büro gerannt, um sich zu beschweren; und ich hab mir ganz fest vorgenommen, ich nehme die nicht mehr mit heim. Die hat einmal »ja« gesagt und das ziehen wir jetzt durch. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 157)

Offensichtlich gibt es eine Vielzahl von Beweggründen, die für eine Einweisung in die Klinik sprechen. Diese Beweggründe sind den AkteurInnen nicht alle bewusst und können dadurch eine unkontrollierbare Eigendynamik entwickeln. Nicht immer genügen Einweisungen fachlich fundierten Kriterien. Spricht das für oder gegen die Ausübung von hoheitlichen Aufgaben durch SpDi, die neben anderen behördlichen Kompetenzen auch Zwangsmaßnahmen einschließen?

#### 4.3.3 Hoheitliche Aufgaben für alle SpDi?

In Berlin übernehmen die SpDi seit jeher die Aufgaben des Gesundheitsamtes und sind deswegen auch für die Zwangseinweisungen zuständig. In Bayern gibt es seit langem eine Diskussion über das Pro und Kontra in Bezug auf die Übernahme von hoheitlichen Aufgaben. Es hat sich bisher keine einheitliche Positionierung der Dienste in Bezug auf diese Frage ergeben. Für eine Übernahme spricht die damit verbundene Verankerung der SpDi als Pflichtleistung im Rahmen der psychiatrischen Versorgung, damit wäre die Finanzierung der Dienste gesichert. Außerdem gäbe es durch die Beteiligung von sozialpsychiatrischen Fachkräften mehr Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Praktiken der Einweisung. Argumente gegen eine Übernahme hoheitlicher Aufgaben beziehen sich auf die Gefährdung der parteilichen Arbeit und vertrauensvollen Beziehung zu den KlientInnen. Im Folgenden soll diese Frage anhand von Interviewausschnitten diskutiert werden.

Wahrscheinlich haben die Berliner Dienste auf Grund ihrer Behördenfunktion ein etwas anderes Image bei den KlientInnen als die bayerischen Dienste. Petra,

Psychologin in einem Berliner Dienst, vermutet, dass manche KlientInnen ihr therapeutisches Angebot nicht annehmen, weil sie sich nicht sicher fühlen und nicht offen sprechen können.

Oder dass jemand nicht gerne zu mir zu therapeutischen Gesprächen möchte, wenn er weiß, dass auch unsere Institution, wenn sie dann wieder verrückte Sachen erzählen, sagen kann: Oho, und jetzt doch mal, glaub ich, muss ich Herrn Doktor Bescheid sagen, und dann wieder ab in die Klinik. [...] dass manche das wissen und Erfahrung schon mit Zwangseinweisungen gemacht haben und Angst haben, kaum dass sie mir von brüchigen Situationen oder verrückten Gedanken erzählen, dass ich dann gleich meinen Kollegen hole und sie wieder einweisen lasse, ne? (Petra, Psychologin, Berlin, Z. 378)

Dieses Problem ist jedoch nicht allein auf die hoheitlichen Aufgaben der Berliner Dienste zurückzuführen. Auch Gudrun, Mitarbeiterin in einem bayerischen Dienst, klagt über einen Vertrauensverlust, wenn sie als Kontrollinstanz eingreifen muss.

Das sind, ja, das kommt leider immer wieder halt vor, gell, dass wir da was gegen den Willen von den Leuten auch machen müssen. Was einfach nicht so schön ist, weil man viel wieder vom Vertrauensverhältnis kaputtmacht. Aber das, also Kontrollinstanz wirklich nur immer an der Stelle, wo es halt gar nicht mehr anders geht, weil da Selbstgefährdung auch da ist. (Gudrun, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 270)

Im Zweifelsfall müssen also auch bayerische Dienste Zwangsmaßnahmen einleiten. Diese müssen dann zwar BetreuerInnen oder das Gesundheitsamt veranlassen, aber auch die Beziehung zwischen MitarbeiterInnen und KlientInnen in Bayern sind nicht völlig frei von dieser Thematik.

Einer therapeutischen Beziehung, ähnlich der bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen, ist der Behördencharakter sicher abträglich. Solche Gesprächsformen sind zwar nicht offiziell Aufgabe der SpDi, im Arbeitsalltag entwickeln sich jedoch immer wieder Beziehungsformen zwischen Professionellen und KlientInnen, die einer Psychotherapie sehr ähnlich sind. Hoheitliche Aufgaben für die bayerischen SpDi würden also zwangsläufig die Arbeitsformen dort verändern. Therapeutisch orientierte MitarbeiterInnen müssten ihre Haltung anpassen, denn hoheitliche Aufgaben würden mehr Zusammenarbeit mit anderen Professionellen bedeuten, und weniger Nähe in der Beziehung zu KlientInnen.

Diese Veränderungen würden jedoch auch den Umgang mit Zwangsmaßnahmen selbstverständlicher machen, die bayerischen SpDi könnten an Fachlichkeit und Transparenz gewinnen. Darüber hinaus entlastet eine verbindlichere Zusammenarbeit mit KollegInnen und der Klinik die Beteiligten bei einer Zwangseinweisung. Durch die intersubjektive Abstimmung lässt sich die eigene Einstellung reflektieren und gemeinsam die Verantwortung tragen. Bettina schildert einen

Fall, in dem sie sich von der Zustimmung des Nervenarztes in der Notwendigkeit der Zwangseinweisung einer Klientin bestätigt gefühlt hat.

Das hat sich erst dann wieder ein bisschen aufgelöst, als wir dann beim Nervenarzt waren und der gesagt hat: Nein, das war schon okay so. Also er hat sich schon öfter mit ihr unterhalten, die wäre nicht freiwillig hergefahren, und er befürwortet das, er holt einen Krankenwagen und er holt die Polizei. Also auch so ein bisschen als Bestätigung für mich. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 310)

Neben der Abstimmung mit professionellen KollegInnen, ist auch die Kommunikation mit der Klientin/dem Klienten wichtig. Auch wenn die Einweisung nur mit Gewalt gegen den Willen der KlientInnen durchzusetzen war, kann es weiterhin Kontakte zwischen Professionellen und Klient/in geben. Für die Reflexion der eigenen professionellen Haltung ist die Rückmeldung von den KlientInnen, wie sie im Nachhinein die Einweisung beurteilen, sehr hilfreich.

Aber richtig gut ging es mir erst, als ich sie dann selber in der Klinik noch besucht hab und wo sie gesagt hat: Nein, sie versteht es, sie wäre wirklich nicht gegangen und sie kann nachvollziehen, dass uns halt nix anderes übriggeblieben ist. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 305)

In der Äußerung von Bettina wird ihr Schuldgefühl deutlich und die Entlastung, die für sie die Rückmeldung der Klientin bedeutet. Schuldgefühle, die mit dem massiven Eingriff gegen den Willen der KlientInnen verbunden sind, das Erleben von eigenen Wut- oder Rachegefühlen, die in der professionellen Handlung spürbar werden, sind eine Zumutung für die MitarbeiterInnen. Auch für sie kann eine gewalttätige Einweisungssituation traumatischen Charakter annehmen. Vermutlich gibt es auch aus diesem Grund viele Stimmen in den bayerischen SpDi gegen die Übernahme von hoheitlichen Aufgaben.

Nur wenige MitarbeiterInnen gehen so distanziert und abgeklärt mit der Frage von Zwangsmaßnahmen um wie Fritz. Der Grund dafür liegt in seiner Arbeit als gesetzlicher Betreuer, die er vor der Tätigkeit im SpDi ausübte. Für ihn ist es selbstverständlich, ab einem gewissen Punkt, wenn Selbst- oder Fremdgefährdung besteht, einzugreifen. Das sieht er als seinen professionellen Auftrag.

Ich denk, dass ich mittlerweile den Blick habe, dass ich sag, so geht es nicht mehr. Also er gefährdet sich selbst, er richtet auch eventuell was an. Also ich hab ja auch konkret den Auftrag, entsprechend dann die äußeren Bedingungen zu schaffen, dass er – also den hab ich ja. Das wäre einer der größten professionellen Fehler, das zu übersehen, nur weil man sich scheut, dass da jetzt ein Eingriff in die Freiheitsrechte natürlich nötig ist. (Fritz, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 210)

Dieses Selbstverständnis ist das Ergebnis mehrjähriger Erfahrung in einer Berufsrolle, in der Fritz eine professionelle Identität entwickeln konnte, die sich nicht

primär auf therapeutische Fähigkeiten stützt. Betrachtet man zusammenfassend die Erzählungen der Professionellen in bayerischen SpDi, so zeigt sich, dass auch diese mit Zwangssituationen in ihrer Tätigkeit konfrontiert sind. Auch sie geraten im Krisenfall in die Rolle, über einen Nervenarzt oder die Polizei Zwangsmaßnahmen einzuleiten. Im Gegensatz zu den Berliner SpDi existieren jedoch wenig professionelle Routinen für diese Situationen. Die MitarbeiterInnen bayerischer SpDi bleiben in Abhängigkeit von Polizei oder Arzt/Ärztin, was sich in den Erzählungen häufig in Form einer Identifikation mit den KlientInnen und einem hilflos-passiven Mitleiden äußert. Diese Phänomene sprechen für eine Integration der Verantwortung für Zwangseinweisungen in die Aufgaben des SpDi.

#### 4.4 Resümee

In den Interviews zeigte sich, dass die MitarbeiterInnen der SpDi in Krisensituationen auf die einfachen Diagnoseschemata des medizinischen Diskurses zurückgreifen und den therapeutischen Weg der Suche nach Verständnis für die KlientInnen verlassen. Die hilfreiche Haltung verwandelt sich dadurch unvermittelt in eine Kontrollfunktion. Da die dialektische Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle schwer zu halten ist, tritt jeweils eine Position in den Vordergrund, ohne dass die andere Seite integriert wird. Die Klientin/der Klient kippt unvermittelt aus der Subjektposition der therapeutischen Beziehung in die unzurechnungsfähige und nicht krankheitseinsichtige Position des Objektes von Zwangsmaßnahmen. Welche Möglichkeiten gibt es, die beiden Seiten zu vermitteln? Wie lässt sich die Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle halten?

- Zwischen der Ausübung von Funktionen des Gesundheitsamtes und einer vertrauensvollen Beziehung mit den KlientInnen besteht kein grundsätzlicher Widerspruch. Unter der Voraussetzung einer verbindlichen und kritischen kollegialen Zusammenarbeit und einer Einbeziehung der Klientin/des Klienten kann sich sehr wohl eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen. Dieses Vertrauen basiert auf einem *offenen Umgang mit dem Kontrollauftrag*. Das bedeutet, dass die Professionellen diese Seite in das Bild ihrer beruflichen Identität integrieren und sich von der – eventuell nur unbewussten Fantasie – des reinen Helfens verabschieden. Erst unter diesen Voraussetzungen können die KlientInnen Einfluss auf die Kontrollseite der Beziehung nehmen. Diese Mitbestimmung bleibt ihnen vorenthalten, wenn der Kontrollauftrag der sozialpsychiatrischen Arbeit vor ihnen versteckt wird. In diesem Sinne ist die Integration der Kontrollseiten der Beziehung in die professionelle Identität eine wichtige Voraussetzung von Empowerment.

- Um die Verantwortung für Zwangsmaßnahmen mit der Haltung des Empowerment zu verbinden, bedarf es großer *Veränderungen im institutionellen Angebot für Menschen in Krisensituationen*. Die binäre Logik, entweder die Klientin/den Klienten in der sozialen Situation alleine zu lassen, in der sie in die Krise geraten ist, oder sie in die Klinik einzuweisen, muss durch eine Vielzahl von bedürfnisorientierten Angeboten aufgelöst werden. Krisenwohnungen, Weglaufhäuser<sup>9</sup> oder Soteria-Projekte sind bewährte Angebote, die zur Verfügung stehen müssten, professionelle Fortbildungen in Mediation könnte helfen, Situationen vor Ort zu entschärfen (SEIBERT 2000 a).
- Nachdem der antipsychiatrische Diskurs aus der Entwicklung der Sozialpsychiatrie ausgeschlossen wurde (Kapitel 2), fehlt ein wichtiger Baustein für die professionelle Identität. Es fehlt eine *professionelle Beziehungskompetenz für die Arbeit mit Menschen in psychotischen Krisen*, die sich nicht auf das medizinisch-psychotherapeutische Paradigma stützt. In den oben beschriebenen institutionellen Angeboten könnten entsprechende Beziehungsformen zwischen professionellen HelferInnen und KlientInnen erprobt werden.

---

<sup>9</sup> Das Weglaufhaus ist eine Villa am Stadtrand von Berlin, die seit 1996 existiert und 13 Plätze für obdachlose, psychiatrisierte Menschen für jeweils sechs Monate bietet. Die MitarbeiterInnen leben dort mit Menschen mit psychischen Krisen zusammen, ohne sich auf Psychopharmaka und psychiatrische Krankheitskonzepte und Behandlungsmodelle zu stützen (KEMPKER 1998).

## 5 Der sozialpsychiatrische Diskurs

Nach der Beschreibung der historischen Entwicklung der Sozialpsychiatrie in Deutschland und der Analyse der institutionell-organisatorischen Zusammenhänge der SpDi, werden in diesem Kapitel die wichtigsten diskursiven Stränge beschrieben, die das Reden über die Sozialpsychiatrie bestimmen. Als Grundlage für dieses Vorgehen dienen die Arbeiten von Michel Foucault, mit deren Hilfe die Frage der sozialen Kontrolle in der Gemeindepsychiatrie erneut diskutiert wird. Anschließend soll die Diskursanalyse nach Foucault mit subjektorientierten Konzepten der Diskursiven Psychologie verbunden werden, daraus ergibt sich die weitere methodische Vorgehensweise für das Herausarbeiten der sozialpsychiatrischen Diskurse aus den Interviews.

### 5.1 Die Arbeiten von Michel Foucault

Die Überlegungen von Michel Foucault sind für die vorliegende Untersuchung auf drei Ebenen interessant:

- Foucault untersucht das *Phänomen des Wahnsinns* in seiner gesellschaftlichen Bedeutung, er wählt keinen helfenden, sondern einen sozialhistorischen Zugang zum Wahnsinn. Dieser Zugang transportiert eine Haltung der kritischen Anerkennung des Phänomens des Wahnsinns und der Analyse seines gesellschaftlichen Kontextes, wie er auch für Empowerment konstitutiv sein kann.
- Foucault untersucht *moderne Machtwirkungen*. Mit seiner Theorie gelingt es, aktuelle Formen sozialer Kontrolle in der Psychiatrie zu beschreiben. Darüber hinaus bietet er die Basis für einen Subjektbegriff jenseits essentialistischer Konzeptionen, der auch der Kritik der Konzeption des Subjektbegriffs im Empowermentkonzept dienlich ist.
- Foucault entwickelt *einen Diskursbegriff*, der es ermöglicht, die Machtwirkungen der Fachdiskurse der Sozialpsychiatrie in den Erzählungen meiner InterviewpartnerInnen zu beschreiben.

Um eine Grundlage dafür zu schaffen, die Frage der sozialen Kontrolle in der Gemeindepsychiatrie unter macht- und subjekttheoretischen Gesichtspunkten neu zu diskutieren, sollen im Folgenden die Arbeiten von Michel Foucault zu den Themen Wahnsinn, Macht und Diskurs dargestellt werden.

### 5.1.1 Wahnsinn

Der Wahnsinn ist das Andere der Vernunft, so die zentrale These Foucaults. In »Wahnsinn und Gesellschaft« beschreibt FOUCAULT (1961) die Geschichte der Ausgrenzung, das Zum-Schweigen-Bringen des Wahnsinns. Die gesamte westliche Kultur schließt sich seit dem klassischen Zeitalter (17. Jahrhundert) mit sozialen und politischen Praktiken zu einem repressiven Ganzen gegen den Wahnsinn zusammen. Der Mensch, so Foucault, verliert dadurch ein Teil seines Menschseins, die Vernichtung des Anderen durch die Vernunft ist tendenziell Selbstvernichtung. In einer Gegenbewegung sucht Foucault Orte, in denen der Wahnsinn zu seiner Sprache zurückfindet. Damit schließt er an Nietzsches »Geburt der Tragödie« an, er will das tragische Bewusstsein des Wahnsinns wiedererwecken, das sich bereits in der Renaissance unter dem kritischen Bewusstsein zu verbergen begann. Das Apollinische (die maßvoll gestaltende, abgrenzende Individuation) wurde von seinem Anderen, dem Dionysischen (das rauschhaft Lustvolle, Grenzen Sprenge), abgetrennt. Die Tragödie des Lebens, die tragische, widersprüchliche Verbindung von Apollinischem und Dionysischem, wurde so zu einem lebensfeindlichen Intellektualismus verkürzt.<sup>1</sup>

In der Arbeit »Psychologie und Geisteskrankheit«, die vor Wahnsinn und Gesellschaft entstand, richtete FOUCAULT (1954) den Blick noch stärker auf die individuellen Ausprägungen des Wahnsinns. Die Inhalte des Wahnsinns sind, so Foucault, der positive Ausdruck der Phänomene, die eine Gesellschaft verwirft, dadurch hat der Wahnsinn den Wert einer Sprache. Wenn die Psychopathologie im Wahnsinn die Regression, das Wiederauftreten infantiler Verhaltensweisen und archaischer Formen der Persönlichkeit sieht, muss zuvor eine Abspaltung eben jener Formen aufgetreten sein, die nicht überschritten werden darf. Entsprechend sieht Foucault die Ursache des religiösen Wahns in der Laifizierung der Kultur. So wird in der Wahnwelt die in der wirklichen Welt zerbrochene Einheit wiederhergestellt. Die Fremdheit und der Zwang in der realen Welt macht den Menschen angewiesen auf eine private »schizophrene Welt«.

Einzig und allein der reale Konflikt der Existenzbedingungen kann als Strukturmodell für die Paradoxe der schizophrenen Welt dienen. Aus der Geschichte nimmt die Geisteskrankheit mit der leeren Öffnung ihrer Möglichkeit ihre notwendigen Figuren. (FOUCAULT 1954, S. 128)

---

1 In dieser Argumentation von Foucault lassen sich Parallelen zu den Arbeiten der Ethnopsychanalytiker (Kapitel 6.1) finden. Auch diese gehen von einer Verdrängung triebhafter Impulse aus. Das »Es« könnte als das psychoanalytische Äquivalent zu dem Dionysischen bei Foucault und Nietzsche betrachtet werden.

Die menschliche Wahrheit, die der Wahnsinn entdeckt, ist der unmittelbare Widerspruch dessen, was die moralische und gesellschaftliche Wahrheit des Menschen ist. Der Wahnsinn bietet ein Gefäß für alles Negative, sozial Ausgegrenzte. Damit lässt sich auch die sich historisch verändernde Toleranz einer Gesellschaft gegenüber dem Wahnsinn verstehen: Je kohärenter das Milieu ist, desto höhere Integrationsnormen hat es, desto mehr grenzt es aus, umso mehr Angst entsteht vor dem Ausgegrenzten. Psychiatrische Behandlung hat dann die gesellschaftliche Aufgabe, das kulturell ausgegrenzte Böse, die Gewalt, die Lust und die Wünsche im Wahnsinn zum Schweigen zu bringen.

Die Botschaft an die psychiatrische Praxis wird deutlich: Nicht der Irre soll Gegenstand von Reformbemühungen sein, sondern die gesellschaftlichen Existenzbedingungen. Folgerichtig wird die Psychologie überflüssig. Foucault sieht ihren historischen Ursprung in der Analyse der Erscheinungsformen des Wahnsinns zu Beginn der Moderne. Seit das Verhältnis des Menschen zum Wahnsinn in die Innerlichkeit verlegt wurde, ist der Wahnsinn seiner Struktur und Bedeutung nach psychologisch.

Die Psychologie ist nur eine dünne Haut über der ethischen Welt, in der der moderne Mensch seine Wahrheit sucht – und verliert. [...] Eine Psychologie des Wahnsinns betreiben wollen, hieße von der Psychologie fordern, daß sie ihre eigenen Bedingungen angeht, daß sie auf die Bedingungen ihrer Möglichkeit zurückgeht und das für sie schlechthin Unüberschreitbare überschreitet. [...] Bis in ihre Wurzeln hinabgetrieben wäre die Psychologie des Wahnsinns nicht Bemeisterung der Geisteskrankheit, sondern Zerstörung der Psychologie selbst und Zutagefördern jenes wesentlichen, nicht psychologischen, weil nicht moralisierbaren Verhältnisses zwischen der Vernunft und der Unvernunft. (FOUCAULT 1954, S. 114)

Aus dem Abbruch des Dialogs der Vernunft mit ihrem wahnsinnigen Anderen, als Monolog mit sich selbst, entstand die Psychologie als »Beziehung von sich selbst zu sich selbst« (FOUCAULT 1961, S. 15). Die Entwicklung der abendländischen Kultur vollzieht sich also in Prozessen der Abgrenzung, die ihr den Ausdruck von Positivität verleihen. Die Sprache der Psychiatrie, ein Monolog der Vernunft über den Wahnsinn, hat sich auf dem Schweigen, der verloren gegangenen Sprache zwischen dem Irren und dem Vernunftmenschen errichtet. Der Wahnsinn ist demnach keine Naturgegebenheit, sondern ein Zivilisationsprodukt und die heutige Psychiatrie ist eine der historischen Beziehungen von Vernunft und Wahnsinn.

## Rezeption

Die Reaktionen auf die Arbeiten von Foucault waren unterschiedlich. Von dem strukturalistisch geprägten Umfeld in Frankreich begeistert aufgenommen,<sup>2</sup> stößt »Wahnsinn und Gesellschaft« bei kritischen, marxistisch-naturwissenschaftlich orientierten Kreisen auf Ablehnung. Vor allem Klaus Dörner, eine wichtige Gestalt in der deutschen Reformpsychiatrie, hat den Ansatz von Foucault kritisiert: Foucault ignoriere »die objektive Verhinderung der Subjektivität der Irren durch den tatsächlichen und weitgehend unangreifbaren Krankheitsprozeß« (DÖRNER 1969, S. 108).

Mit seinem Buch »Bürger und Irre« verfolgt Klaus Dörner die gleiche Absicht wie Foucault, nämlich eine historische Betrachtung über den gesellschaftlichen Umgang mit den Wahnsinnigen. Im Unterschied zu Foucault bedient er sich der Kritischen Theorie der Frankfurter Schule, betreibt also eine marxistische Kritik der bürgerlich-ökonomisch motivierten Ausgrenzung des Wahnsinns. Er betrachtet die historischen Formen des Umgangs mit dem Wahnsinn aus der Position zeitgenössischer Medizin, die durch naturwissenschaftliche Erkenntnis und Behandlung geprägt ist.

Es ist daran zu erinnern, daß zu dieser Zeit noch keine technischen oder anderen naturwissenschaftlichen Möglichkeiten bestanden, die heutigen endogenen Psychosen (manisch-depressives Irresein, Schizophrenie) von psychopathologischen Bildern anderer Herkunft zu sondern. (DÖRNER 1969, S. 108)

Die Gefahr der Verkennung historischer Erfahrungen mit dem Wahnsinn, die in dem Überstülpen des naturwissenschaftlichen Rasters der Trennung von exogenen und endogenen Psychosen über die Zeit des 18. Jahrhunderts liegt, sieht Dörner auf Grund der Ideologie des naturwissenschaftlichen Fortschritts der Erkenntnis nicht. Die Menschen damals konnten noch keine Unterscheidung treffen zwischen endogenen und exogenen Psychosen, da diese aber die Natur des Wahnsinns beschreiben, muss es sie damals bereits gegeben haben. Foucault argumentiert jedoch, dass die Formen des Wahnsinns nicht seiner Natur, sondern den Formen seiner Ausschließung entstammen.

Dörner schreibt in einem Stil, der die Vorzüge der Sprache Foucaults deutlich macht: Während Dörner mithilfe der Kritischen Theorie aus der Position moralischer Empörung über den oft unmenschlichen Umgang mit den Irren schreibt, bleibt bei Foucault der Boden seltsam unbeständig, als Leser/in spürt man die Bedrohung durch den Wahnsinn und die verborgenen Kräfte der Unvernunft. Vielleicht weist Dörner gerade deshalb Foucaults Ansatz brüsk als »unhistorisch, einseitig und unbefriedigend« (DÖRNER 1969, S. 380) ab.

---

2 Vgl. die Rezensionen von Roland Barthes und Michel Serres (ERIBON 1989, S. 185f.).

Der »Fortschritt« der ärztlichen Zuwendung zu den Irren und anderen Internierten ist – so problematische Implikationen er enthalten mag – sowohl in der subjektiven Absicht als auch im objektiven Erfolg gegeben und läßt sich nicht schlechthin in eine »strange regression« verkehren. (DÖRNER 1969, S. 156)

Dörner betont im Unterschied zu Foucault die emanzipative Seite der Aufklärung. Die Entwicklung der naturwissenschaftlichen Psychiatrie ist für Dörner ein eindeutiger Fortschritt, weil sie den Patienten von der moralischen Verurteilung und den folterartigen Behandlungsmethoden befreit hat. Foucault hat die »Befreiung der Geisteskranken« (FOUCAULT 1961, S. 482) im Jahr 1793 durch den Arzt Pinel hingegen kritisch als Beginn der modernen Herrschaft der Medizin über den Wahnsinn beschrieben. Abgesehen davon, dass der modernen Psychiatrie nach wie vor Gewalt in den Methoden der Lobotomie, des Elektroschocks, der Zwangssterilisierung, der Psychopharmaka und der Fesselung zur Verfügung standen, lässt sich nach Foucault auch aus einem Rückgang offener Repression nicht die Zunahme der Freiheit und damit ein Erfolg der Aufklärung feiern. Diese Veränderung in den Mitteln bedeutet vielmehr die Vervielfältigung und Vervollkommnung der disziplinierenden Wirkung moderner Machtmechanismen, die FOUCAULT (1975) in »Überwachen und Strafen« beschrieben hat.

Trotzdem verweist die Kritik Dörners auf eine wichtige Frage innerhalb der Praxis der Psychiatrie: Wenn die Psychiatrie nur und ausschließlich ein Instrument der Repression des Wahnsinns und jede Reform nur eine Verfeinerung der Kontrolle darstellt, wo bleiben dann emanzipative Möglichkeiten? Gibt es keine praktische Utopie? Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die Analyse Foucaults dem konkreten, subjektiven Leid der psychisch Kranken gerecht wird, die ja häufig gerade an ihrer von Foucault gefeierten Andersartigkeit scheitern.

### Antipsychiatrie

Während Dörner, ein wichtiger Wegbereiter der Sozialpsychiatrie in Deutschland, die Humanisierung und Reform der Psychiatrie befürwortete, wurden die Arbeiten von Foucault von der antipsychiatrischen Bewegung zur radikalen Kritik der Psychiatrie genutzt. »Wahnsinn und Gesellschaft« erscheint in England in einer Reihe, die von Ronald Laing herausgegeben wird, der gemeinsam mit David Cooper und einer Gruppe von Psychiatern in Begriff ist, die Antipsychiatrie zu begründen (ERIBON 1989, S. 194). Die Rezeption bezog sich hauptsächlich auf die Darstellung der repressiven Tendenzen, auf die Gewalt, die Willkür und den Ausschluss.

In dem Band »Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen«, herausgegeben von Franco Basaglia, einem italienischen Vertreter der

Antipsychiatrie, äußert sich FOUCAULT (1975 a) zu den aktuellen Reformen der Psychiatrie, die seiner Meinung nach auf der Infragestellung der Macht des Arztes basieren. Die Macht, welche die Anstalt dem Arzt überträgt, so Foucault, wird sich dadurch rechtfertigen müssen, dass sie Phänomene produziert, die sich in die medizinische Wissenschaft integrieren lassen. Die Verstrickung von Macht und Wissen in der Figur des Arztes führe zur Produktion von medizinischer Wahrheit über den Wahnsinn.

Die Machtverhältnisse gestalten die Klinik als den Ort für Erkenntnis der Wissenschaft über ihr Objekt, den Wahnsinn. Die Erkenntnis ihrerseits begründe die Rechte der Macht. Die Reformen dagegen greifen die Macht und Gewalt, die der Arzt ausübt, an und versuchen sie zu verschieben. Ziel der Antipsychiatrie sei die systematische Zerstörung der Anstalt von innen heraus. Sie richte sich gegen die Institution, die aus den Anforderungen der sozialen Ordnung und den Notwendigkeiten der Therapeutik gerechtfertigt werde. Antipsychiatrie, so Foucault, sei der Versuch, dem Kranken selbst die Macht zu übertragen, seinen Wahnsinn und die Wahrheit seines Wahnsinns zu produzieren, es gehe nicht darum bessere Formen der Behandlung des Wahnsinns zu erfinden.

[Die Antipsychiatrie] gibt dem Individuum die Aufgabe und das Recht, seinen Wahnsinn zu Ende zu führen, bis zum äußersten zu führen, in einer Erfahrung, zu der die anderen beitragen können, aber niemals im Namen einer Macht, die ihnen auf Grund ihrer Vernunft oder ihrer Normalität verliehen wäre. (FOUCAULT 1975 a, S. 80)

Vielleicht schlagen sich in dieser etwas distanzierten Haltung gegenüber den Reformanstrengungen auch die Erfahrungen mit VertreterInnen der Antipsychiatrie nieder, von deren Naivität Foucault häufig gereizt war (ERIBON 1989, S. 199). In einem Interview sagte Foucault über »Wahnsinn und Gesellschaft«:

Das Buch [bedeutete] für mich – und für diejenigen, die es gelesen und benutzt haben – eine Veränderung unseres historischen, theoretischen, aber auch moralischen und ethischen Verhältnisses zum Wahnsinn, zu den Irren, zur psychiatrischen Institution. [...] Es ist also ein Buch, das dem, der es schreibt, ebenso wie dem, der es liest, als eine Erfahrung dient, viel eher denn als Feststellung einer historischen Wahrheit. [...] Nun ist diese Erfahrung jedoch weder wahr noch falsch. Eine Erfahrung ist immer eine Fiktion, etwas Selbstfabriziertes. (FOUCAULT 1980, S. 30)

Die Erfahrung ermöglicht uns gewisse Mechanismen zu verstehen, sie anders wahrzunehmen und uns von ihnen zu lösen. Zu einer Veränderung bedarf es neben der Erfahrung einer kollektiven Praxis, zum Beispiel eine Bewegung wie die Antipsychiatrie. Der Autor hat natürlich die Rezeption seines Buches nicht in der Hand, so konnte Foucault nicht verhindern, dass die VertreterInnen der Antipsychiatrie besonders die repressive Seite der Macht und die glorifizierte Seite des unterdrückten Wahnsinns herausgelesen haben. Verbunden mit einem lin-

ken Utopismus wurden die PatientInnen allzu häufig als Kristallisationspunkt der repressiven Macht der Verhältnisse instrumentalisiert und auf ihrem Rücken die Revolution geprobt. Soweit erzählt es zumindest der Mythos vom Scheitern der Antipsychiatrie: Die selbsternannten Befreier hätten die Irren nur als Menschen mit unterdrückter Freiheit, als rechtlose Individuen gesehen und vollkommen vergessen, dass sie Menschen sind, die Unterstützung und Hilfe benötigen. Sie vergaßen, dass es nicht nur ein Recht, sondern auch eine Aufgabe für den Menschen ist, »den Wahnsinn zu Ende zu führen« (FOUCAULT 1975 a, S. 80). Eine Aufgabe, an der viele befreite Irre mangels Unterstützung scheitern mussten.

Foucault hat mit seinen Arbeiten gezeigt, dass das Dilemma von Hilfe und Kontrolle in der Psychiatrie im historischen Ursprung psychiatrischer Wissenschaft als Agent der sozialen Kontrolle begründet liegt. Die Medizin ist die moderne Form der Ausschließung des Wahnsinns, sie steht in einer langen Reihe von vorgängigen Disziplinen. Ihre historischen Wurzeln zeigen sich beispielsweise in den Praktiken der Zwangseinweisung und in der gefängnisartigen Architektur der psychiatrischen Kliniken, die nach medizinisch-therapeutischem Wissen kontraproduktiv für Heilungsprozesse sind.

Daß die Ausschlußpraktiken und Schutzmaßnahmen nicht mit der mehr theoretischen Erfahrung, die man mit dem Wahnsinn hat, koinzidieren, ist sicher ein ziemlich konstantes Faktum der abendländischen Erfahrung. Noch in unserer Zeit kann man leicht das Unbehagen über eine Unangemessenheit in der Sorgfalt, mit der unser gutes Gewissen sich abmüht, jeden Trennungsversuch auf eine medizinische Bestimmung zu gründen, entziffern. (FOUCAULT 1961, S. 165)

Das Neue an der modernen Form des Umgangs mit dem Wahnsinn liegt darin, soziale Kontroll- und Ausschlussmechanismen medizinisch zu begründen. Die humanistische Kritik der Zustände in der Psychiatrie funktioniert nur im Glauben an die, vermeintlich im Sinne der PatientInnen, medizinisch begründete Gewaltanwendung. Der medizinisch nicht begründete »Überschuss« an Gewalt in den Kliniken führte zu der Empörung, aus der die Reformpsychiatrie geboren wurde. Foucault hat gezeigt, dass die Verhältnisse umgedreht gedacht werden müssen: Die psychiatrische Wissenschaft und die Funktion des Arztes in der Irrenanstalt sind Ergebnis und Fortführung der Ausgrenzung des Wahnsinns. Die medizinische Theorie hat sich erst auf dem zum Objekt degradierten Wahnsinn errichten können, sie gründet auf einem gewaltförmigen Verhältnis. Die Geschichte ihrer Entstehung hat die medizinische Wissenschaft jedoch vergessen, sie zeigt sich nunmehr in der »Natur« der psychischen Erkrankung.

Die Art, wie man den Irren entfremdet, wird vergessen, um als Natur der Alienation wiederzuerscheinen. Die Internierung ist im Begriff, sich nach den Formen zu ordnen, die sie hat entstehen lassen. (ebd., S. 455)

In späteren Arbeiten, vor allem in »Überwachen und Strafen« (1975), hat sich FOUCAULT genauer mit der Entwicklung der Mechanismen beschäftigt, die diesen Formen der Internierung und Ausgrenzung zu Grunde lagen.

### 5.1.2 Macht

Der wichtigste Beitrag Foucaults zur Klärung der Frage zeitgenössischer Formen sozialer Kontrolle liegt in seiner Theorie der Macht. Foucault versteht sich als Sozialhistoriker, er untersucht die Veränderungen, die zu der Entstehung moderner Machtformen führen. Er subsumiert Autorität, Zwang, Gewalt und Herrschaft unter den Begriff der Macht und schließt damit den liberal-normativen Begriffsrahmen aus. Demnach gibt es keine Grundlage, um zwischen Machtformen, die Herrschaft beinhalten, und solchen, die keine beinhalten, zu unterscheiden. Ebenso wird die Unterscheidung zwischen legitimer Gewalt und illegitimer Gewalt obsolet, sie verschleiert den Blick auf die zu analysierenden Machtformen. Foucault betrachtet Macht lediglich unter Effizienz- und Ökonomiegesichtspunkten, er verfasst eine Art Evolutionsgeschichte der Macht, indem er die historischen Veränderungen der Machtmechanismen analysiert.

#### Vormoderne und moderne Macht

In seiner Arbeit »Überwachen und Strafen« (1975) unterscheidet FOUCAULT zwischen vormodernen und modernen Machtformen. Vormoderne Machtmechanismen funktionieren diskontinuierlich, periodisch und benötigen die Anwesenheit eines Vertreters der Macht für die Ausübung von Zwang. Sie arbeiten mit einem fixen Betrag an Gewalt (in Form von Soldaten, Waffen, Besitz von Land und Geld) der zur Verfügung steht. Sie stellen sich widerstrebenden Kräften entgegen und versuchen sie zu vernichten oder zu dezimieren. Vormoderne Macht besteht also in direkter, offener Gewaltanwendung. Ihr ökonomischer Nachteil liegt auf der Hand: Die Form der Machtausübung besteht in der Verausgabung von Kräften gegen die Gegner. Wenn diese zu zahlreich werden, geht die Macht zu Grunde. Die Zurschaustellung von Gewalt in öffentlicher Hinrichtung, allgemein der Einsatz von offener Gewalt zur Interessensdurchsetzung, birgt die Gefahr der Solidarisierung des Volkes mit den Delinquenten. Vormoderne Macht droht also immer am Widerstand zu scheitern.

Moderne Macht hingegen hält sich bedeckt, sie braucht keine spektakulären Zurschaustellungen. Sie ist ökonomischer, weil sie weniger Arbeitsaufwand benötigt und weil sie nicht so leicht zur Zielscheibe des Widerstands wird. An die Stelle der despotischen Macht, die gewaltsam bestraft, tritt die normalisierend-

disziplinierende Macht der SozialwissenschaftlerInnen, LehrerInnen und PsychiaterInnen. Moderne Macht entwickelt sich laut Foucault im späten 18. Jahrhundert. Lokal und schrittweise wurden in Asylen, Waisenhäusern, Kasernen, Hospitälern, Gefängnissen und Schulen eine Vielzahl von Disziplinierungs- und Normalisierungstechniken von Ärzten, Aufsehern und Schulmeistern entdeckt und perfektioniert.

- *Disziplinierung* dient der Erschaffung von Individuen: Die Orte, an denen sich Menschen befinden, werden baulich gegenüber der Umwelt abgeschlossen und in sich parzelliert, jedem Individuum wird ein Platz zugewiesen. Dieses Verfahren richtet sich gegen unkontrolliertes Verschwinden, diffuses Umherschweifen und gefährliche Anhäufung von Menschen. Es dient dem Erkennen, Kontrollieren und Nutzbarmachen von Menschen, dem Schaffen von einzelnen Individuen. Die Individuen werden gedrillt, die Disziplin wird in ihren Körpern eingeschrieben.
- *Normalisierung* hat zwei Funktionen: Einerseits zwingt sie zur Homogenität, indem sie statistische Durchschnitte bildet und Normen errichtet, andererseits wirkt sie individualisierend, da sie Abstände misst, Niveaus bestimmt und Besonderheiten fixiert. Normalisierung schafft dokumentierbare Individualität, aus jedem Individuum wird ein Fall, der Gegenstand von Erkenntnis und Zielscheibe von Macht ist.

Der allgegenwärtige Blick der Überwachung in den disziplinierenden Institutionen führt schließlich zur einer Internalisierung des Blicks, in Form von Selbstkontrolle. Anhand des architektonischen Entwurfes eines Gefängnisses aus dem Jahr 1840, am Plan des »Panopticon«, verdeutlicht FOUCAULT (1975, S. 256) den Wandel von Fremdkontrolle zu Selbstkontrolle: Die Zellen sind ringförmig um einen zentralen Überwachungsturm geordnet. Von diesem Turm aus kann ein Wächter alle Zelleninsassen beobachten. Die Sträflinge können jedoch nicht erkennen, ob der Turm besetzt ist oder nicht. Sie müssen sich also ständig so benehmen, als ob sie beobachtet werden. Sie lernen sich selbst zu kontrollieren, unabhängig von der sichtbaren Anwesenheit der Kontrollinstanz. Die Ökonomie der Sichtbarkeit in der Machtausübung wird dadurch umgedreht. Im Panopticon ist die Macht unsichtbar, sie zwingt den Unterworfenen die Sichtbarkeit auf.

Der Unterschied zwischen vormodernen und modernen Machtmechanismen fällt demnach zusammen mit dem Unterschied zwischen Gewalt und Macht. Ein Gewaltverhältnis wirkt auf den Körper und auf die Dinge ein, es schließt alle anderen Möglichkeiten aus, es bleibt kein Gegenpol außer der Passivität. Wenn ein Gewaltverhältnis auf Widerstand stößt, hat es keine Wahl, als diesen niederzuzwingen und zu vernichten. Ein Machtverhältnis ist eine Handlung, die nicht

unmittelbar auf den anderen einwirkt, sondern auf dessen mögliche oder wirkliche, künftige oder gegenwärtige Handlungen. Der Andere bleibt als Subjekt des Handelns bis zuletzt anerkannt, es eröffnet sich ihm ein mehr oder weniger offenes Feld von möglichen Antworten. Machtverhältnisse stacheln an, lenken ab, erleichtern oder erschweren, erweitern oder begrenzen und nur im Extremfall verhindern sie vollständig. Es wird stattdessen das Feld eventuellen Handelns strukturiert und dadurch Handlungswahrscheinlichkeiten geschaffen (DREYFUS und RABINOW 1982, S. 254).

Offensichtlich hat die klassische Anstaltspsychiatrie in ihren Kontrollformen einen größeren Anteil vormoderner Machtmechanismen als die Sozialpsychiatrie, dadurch ist sie auch in größerem Maße Kritik und humanistischer Empörung ausgesetzt. Ein Großteil der Diskussion über soziale Kontrolle in der Psychiatrie arbeitet mit einem Machtbegriff, der eher dem vormodernen Modell entspricht und dementsprechend sensibel für die gewaltförmigen Kontrollmechanismen und eher unsensibel für die Mechanismen moderner Macht ist. Mechanismen moderner Macht bleiben der kritischen Wahrnehmung eher verborgen, weil sie nicht singular auftreten, wie gewaltsame Fesselungen oder Elektroschocks, sondern konstituierend für den gesamten modernen Rechtsstaat sind. Die Aufklärung, welche die Demokratie und den Rechtsstaat begründete hat, hat schließlich auch die Mikro-techniken der Disziplinierung und Normalisierung entstehen lassen. Diese haben sich mit der Pastoralmacht zur Kunst der Regierung von Nationalstaaten verbunden, die Foucault »Gouvernementalität« nennt (FOUCAULT 1978, S. 41).

### Pastoralmacht und Gouvernementalität

Foucault beschreibt die Pastoralmacht als eine sehr eigentümliche Macht. Sie befiehlt nicht nur, sondern muss auch bereit sein, sich für andere zu opfern. Sie kümmert sich um jedes einzelne Individuum und zielt darauf zu erforschen, was in deren Köpfen und Seelen vor sich geht. Dementsprechend versucht sie die Menschen dazu zu bewegen, ihre intimen Geheimnisse zu verraten. Sie ist eine sorgende Macht, die in der christlichen Tradition der Beziehung zwischen Hirt und Herde begründet ist (FOUCAULT 1982, S. 248f.). Sie gibt sich helfend und selbstlos, hat jedoch auch eine Reihe von Analyse- und Führungstechniken entwickelt, die der Disziplinierung dienen.

Neben der Institutionalisierung der Beichte etabliert das Christentum die Instanz des reinen Gehorsams. Anders als bei den Griechen und Römern fungiert Gehorsam hier nicht länger als ein Instrument, um bestimmte Tugenden zu erlangen, sondern wird selbst zu einer Tugend: Man gehorcht, um in den Zustand des Gehorchens zu gelangen. (LEMKE, KRASMANN und BRÖCKLING 2000, S. 11)

Gehorcht man, dann kann man in den Genuss des ewigen Lebens kommen. Mit den Versprechungen des Jenseits begründete die Pastoralmacht ihre Herrschaft. In der Moderne haben sich Ziele und Verwalter der Pastoralmacht gewandelt, sie selbst ist jedoch nach wie vor wirksam. Es geht nun nicht mehr darum, das Heil in einer anderen Welt zu sichern, sondern es wird in dieser Welt gesucht. Es geht um Gesundheit, Sicherheit und Wohlfahrt. Die Rolle der Kirchen wurde dabei unter anderem von ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen oder PsychotherapeutInnen ersetzt.

In seinen späten Machtanalysen hat Foucault sich mit dem Übergang der Pastoralmacht zur Regierungskunst beschäftigt, die er als »Gouvernementalität« (FOUCAULT 1978, S. 41) bezeichnet. Er sieht sie als Entwicklung, welche die Normalisierungs- und Disziplinierungstechniken der Polizei und des Militärs mit der Pastoralmacht der christlichen Kirche zur modernen Staatsmacht verbindet (ebd., S. 66). Diese Macht geht nicht nur von der politischen Führung eines Staates aus, das Verständnis Foucaults von Regierung ist viel weiter gefasst.

Unter Regierung verstehe ich die Gesamtheit der Institutionen und Praktiken, mittels derer man die Menschen lenkt, von der Verwaltung bis zur Erziehung. (FOUCAULT 1980, S. 118)

Regierung bedeutet nicht nur Normalisierung und Disziplinierung. Sie beruht darauf, ein Bewusstsein von Gesellschaft herzustellen, das die Führung der Menschen erleichtert. So werden gesellschaftliche Probleme und Risiken konstruiert, die wiederum bestimmte politische Lösungen nahe legen. »Risiken folgen also nicht unmittelbar aus der industriell-gesellschaftlichen Realität, sondern sie repräsentieren eine Form des Denkens der Realität – mit dem Ziel, sie regierbar zu machen.« (LEMKE, KRASMANN und BRÖCKLING 2000, S. 11) Neben der Kontrolle des Diskurses sind es vor allem Herrschafts- und Selbsttechnologien, welche die Machtverhältnisse in der Gesellschaft prägen.

Man muss die Wechselwirkung zwischen diesen beiden Technikformen – Herrschaftstechniken und Selbsttechniken – untersuchen. Man muss die Punkte analysieren, an denen die Techniken der Herrschaft über Individuen sich der Prozesse bedienen, in denen das Individuum auf sich selbst einwirkt. Und umgekehrt muss man jene Punkte betrachten, in denen die Selbsttechnologien in Zwangs- oder Herrschaftsstrukturen integriert werden. Der Kontaktpunkt, an dem die Form der Lenkung der Individuen durch andere mit der Weise ihrer Selbstführung verknüpft ist, kann nach meiner Auffassung Regierung genannt werden. (FOUCAULT 1993, S. 203 f.; zit. nach LEMKE, KRASMANN und BRÖCKLING 2000, S. 29)

Unschwer lässt sich in dieser Machtanalyse das neoliberale Projekt der Eigenverantwortung wiederfinden, das momentan die Diskussion im Sozial- und Gesundheitsbereich prägt und die Idee des Wohlfahrtsstaates ablöst. Dieses Projekt

scheint ein Rückzug des Staates, ein Weniger an Regulierung zu bedeuten. Mit Foucault betrachtet, ändert sich jedoch nicht das Ausmaß, sondern lediglich die Ökonomie der Macht.

Warum sollte es nötig sein, individuelle Freiheiten und Gestaltungsspielräume einzuschränken, wenn sich politische Ziele wesentlich ökonomischer mittels individueller Selbstverwirklichung realisieren lassen? Entscheidend ist die Durchsetzung einer autonomen Subjektivität als gesellschaftliches Leitbild, wobei die eingeklagte Selbstverantwortung in der Ausrichtung des eigenen Lebens an betriebswirtschaftlichen Effizienzkriterien und unternehmerischen Kalkülen besteht. (LEMKE, KRASMANN und BRÖCKLING 2000, S. 30)

Bevor nun der Versuch unternommen wird, einige der Funktionsweisen moderner Macht im Feld der Sozialpsychiatrie zu benennen, soll noch ein wichtiger Baustein in dem Konzept Foucaults ergänzt werden, die Theorie der Diskurse.

### 5.1.3 Diskurs

In »Archäologie des Wissens« (1973) versucht FOUCAULT Probleme zu klären, die seine früheren Arbeiten aufgeworfen haben. In Bezug auf seine Ausführungen in »Wahnsinn und Gesellschaft« stellt er folgende Frage: Wie verhalten sich die historisch sich verändernden Ausschlusspraktiken des Wahnsinns zu den jeweils zeitgenössischen Wissensstrukturen? In seiner damaligen Analyse stehen sie unvermittelt nebeneinander, nun sucht er nach Verbindungsgliedern. Foucault löst das Problem, indem er beiden Seiten den Status von Praktiken zugesteht, es gibt also keine ideellen Wissenssysteme, die über der Wirklichkeit der Praxis schweben. Wissen hat vielmehr die Form von Praktiken, und zwar von diskursiven Praktiken (also Aussageformationen, wie z. B. Begrifflichkeiten der Psychopathologie), und ist zu unterscheiden von nicht-diskursiven Praktiken (technische, ökonomische, soziale oder politische Praktiken, z. B. medizinische Behandlungstechniken in der Psychiatrie).

In »Archäologie des Wissens« beschreibt Foucault Diskurse als geregelte Verknüpfungen von Aussagen. Diese Regeln folgen keiner von außen determinierten Logik, sondern ergeben sich aus den Verknüpfungen der Aussagen selbst:

[Aussagen sollen die] völlig individualisierte, kontingente, anonyme und ebenso knappe wie nackte Materialität des zu einer bestimmten Zeit und an einem bestimmten Ort wirklich Gesagten bezeichnen. In völliger Bedeutungslosigkeit und purer Äußerlichkeit findet sie der Archäologe chaotisch im Raum verstreut vor. Das setzt ihn instand, allererst nach ihren wirklichen Regelmäßigkeiten zu fragen. (FINK-EITEL 1989, S. 58)

An dem Beispiel der Entstehung der psychiatrischen Disziplin am Anfang des 19. Jahrhunderts lässt sich das Vorgehen Foucaults verdeutlichen:

Bei der Befragung dieser neuen Disziplin hat man zwei Dinge entdeckt: Was sie in der Zeit ermöglicht hat, in der sie aufgetaucht ist, was diese große Veränderung in der Ökonomie der Begriffe, der Analysen und der Beweise determiniert hat, ist ein ganzes Bündel von Beziehungen zwischen der Hospitalisierung, der Internierung, den Bedingungen und Prozeduren des gesellschaftlichen Ausschlusses, den Regeln der Jurisprudenz, den Normen der industriellen Arbeit und der bürgerlichen Moral, kurz eine Gesamtheit, die für diese diskursive Praxis die Formation ihrer Aussagen charakterisiert; aber diese Praxis manifestiert sich nicht allein in einer Disziplin mit wissenschaftlichem Statut und Anspruch; man findet sie ebenso in juristischen Texten, in literarischen Ausdrücken, in philosophischen Betrachtungen, bei politischen Entscheidungen, in täglichen Redensarten, in Meinungen angewandt. (FOUCAULT 1973, S. 254)

Diskursive Praktiken lassen sich also nicht nur im psychiatrischen Fachdiskurs finden, sondern sind verstreut in allen möglichen gesellschaftlichen Feldern. Der Diskurs gewinnt Gestalt, indem man folgende Fragen an ihn richtet (FOUCAULT 1973, S. 42 f.): Wie kommt es, dass eine bestimmte Aussage erschienen ist und keine andere an ihrer Stelle? Welche Formen der Korrelation mit anderen Aussagen zeigen sich? Wie werden andere Formen der Äußerung ausgeschlossen? Wie kommt es zu einer Häufung von bestimmten Themen im Diskurs? Foucault bleibt aber nicht auf der sprachlich-symbolischen Ebene der Analyse stehen. Er geht über das strukturalistische Modell hinaus, welches sich nur in dem Bereich der Texte, Erzählungen und Aussagen bewegt. So beschreibt er seine Methodik in »Archäologie des Wissens«:

Eine Aufgabe, die darin besteht, nicht – nicht mehr – die Diskurse als Gesamtheiten von Zeichen (von bedeutungstragenden Elementen, die auf Inhalte oder Repräsentationen verweisen), sondern als Praktiken zu behandeln, die systematisch die Gegenstände bilden, von denen sie sprechen. (FOUCAULT 1973, S. 74)

Foucault stellt die Frage nach der Macht, die Diskursformationen bedingt, beschränkt und institutionalisiert und überschreitet damit den strukturalistischen Ansatz. Er spricht von diskursiven Praktiken, um zu verdeutlichen, dass der Diskurs Einfluss auf die Praxis hat und gleichzeitig von ihr abhängt. Zum sozialpsychiatrischen Diskurs lässt sich demnach fragen: Welche Beziehung besteht zwischen den Regeln, die den sozialpsychiatrischen Diskurs lenken, und den Kräften, welche die sozialpsychiatrische Praxis betreffen? Der Diskurs benutzt die technischen, institutionellen und ökonomischen Praktiken, welche die sozialpsychiatrische Praxis determinieren, indem er sie aufgreift und ihnen eine Sprache verleiht. Außerdem wird auch die Art und Weise, wie Subjekte ihr eigenes Verhalten reflektieren vom Diskurs bestimmt: Wie PsychologInnen ihre Arbeit

in der Sozialpsychiatrie verstehen oder wie KlientInnen das Beratungsgespräch und ihre »psychische Störung« repräsentieren, ist Teil des Diskurses.

Die institutionellen Beziehungen und das Selbstverständnis der Subjekte werden also letztlich durch ein System von diskursiven Regeln organisiert, das bestimmt, welche Art des Sprechens etwa über institutionelle Bedingungen, Beratungsansätze oder über das Phänomen psychischer Störungen in einer bestimmten historischen Periode ernst genommen werden kann. Nun gibt es aber weder einen einheitlichen Diskurs noch ein einheitliches Feld nicht-diskursiver Praktiken. Vielmehr wird eine Analyse Lücken, Veränderungen und Widersprüche zu Tage fördern. So fließen im sozialpsychiatrischen Diskurs ethische, therapeutische und institutionelle Entscheidungen zusammen und bilden ein äußerst heterogenes Feld, indem sich diese verschiedene Diskursen kreuzen, brechen oder verstärken.

Trotzdem ist die Anzahl der anerkannten Aussagen begrenzt, der sozialpsychiatrische Diskurs hat eine Gestalt: Foucault spricht von der »Verknappung des Diskurses« (FOUCAULT 1972, S. 43). Sprechakte, die heute bizarr und unverständlich scheinen, wurden zu anderen Zeiten mit anderen Diskursformationen ernst genommen. Es gelten also diskursive Regeln, welche die unendliche Möglichkeit von Äußerungen einschränken, die bestimmen, was als Objekt gelten kann, welche Dinge ernsthaft darüber gesagt werden können, wer sie sagen kann und in welchen Begriffen. So kann man sich vorstellen, dass in Gremien, in denen Psychiatrie-Erfahrene und psychosoziale PraktikerInnen und RepräsentantInnen der staatlichen Verwaltung diskutieren, durchaus unterschiedliche Regeln gelten, wer was wie sagen kann oder muss, um Gehör zu finden.

Diskurse eröffnen also einen abgegrenzten Sprach- und Denkraum, in dem bestimmte Handlungsmöglichkeiten auftauchen, genutzt und wieder aufgegeben werden. Das passiert natürlich immer in einem bestimmten vorgegebenen Rahmen (das heißt unter sozialer Kontrolle). Der Grad an diskursiver Freiheit ist demnach ein Maßstab für die emanzipative und kritische Kraft des Diskurses. Jede Gesellschaft kontrolliert, selektiert und organisiert die Produktion des Diskurses. Warum? Weil er Macht bedeutet; keine Form von Macht, die sich auf die Kontrolle über Geld, Waffen, Menschen oder andere materielle Güter bezieht, sondern eine Macht, die dazu befähigt, Wirklichkeit zu produzieren.

Der Diskurs – dies lehrt uns immer wieder die Geschichte – ist auch nicht bloß das, was die Kämpfe oder die Systeme der Beherrschung in Sprache übersetzt: Er ist dasjenige, worum und womit man kämpft; er ist die Macht, deren man sich zu bemächtigen sucht. (FOUCAULT 1972, S. 11)

Mithilfe der Machtanalyse und der Diskurstheorie von Foucault soll im Folgenden die Frage nach den Formen der sozialen Kontrolle erneut gestellt werden.

### 5.1.4 Soziale Kontrolle in der Gemeindepsychiatrie

In »Der Wille zum Wissen« (1976) beschreibt FOUCAULT wie moderne Macht befreiende Diskurse hervorbringt, um die wirkliche Funktionsweise der Herrschaft zu maskieren. Verschiedene Diskurse, die sich dem Regime zu widersetzen scheinen, unterstützen es in Wirklichkeit, indem sie dessen wahren Charakter verbergen. So kommt es in der so genannten »sexuellen Befreiung« in den Sechziger- und Siebzigerjahren zu einer massiven Diskursivierung und Normierung des Körpers und des Begehrens. Aus Verboten sexueller Betätigung werden Gebote: Ein gesundes, erfülltes Leben bedarf sexueller Erfüllung. Ein Markt mit den entsprechenden Angeboten entsteht, von der Bioenergetikgruppe bis zum Sexshop. An diesem Beispiel wird deutlich, dass der Körper unmittelbar im Feld des Politischen steht. Er wird dressiert als nützlicher und produktiver Körper im Verhältnis zum ökonomischen System.

Das Bedürfnis ist dabei ein sorgfältig gepflegtes, kalkuliertes und ausgenutztes politisches Instrument. Foucault lehnt die Unterscheidung zwischen wirklichen und verordneten Bedürfnissen ab, wie sie zum Beispiel in der marxistischen Kritik als Entfremdung oder in humanistisch-psychologischen Konzepten als wahres Selbst theoretisiert werden. Moderne Macht steigert laut Foucault ihre Kraft, indem sie Bedürfnisse produziert. Sie zielt nicht auf Unterdrückung, sondern auf Umformung, es geht darum, angepasste und nützliche Körper zu erzeugen.

Sozialstaatliche Programme liefern ihren KlientInnen ein Angebot von unterschiedlichen Rollen und Bedürfnissen. Um Leistungen zu erhalten, müssen sich die Individuen den Vorgaben anpassen. Angebote schaffen also Bedürfnisse: Konzepte wie Empowerment oder subjektorientiertes Arbeiten setzen auf Selbstverantwortung und produzieren so KlientInnen, die ein höheres Maß an Selbstkontrolle aufweisen als PatientInnen in der psychiatrischen Klinik. Darüber hinaus werden durch die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und politischen Initiativen von Psychiatrie-Erfahrenen potenziell gegnerische Kräfte in den psychiatrischen Kreislauf integriert.

Während die psychiatrische PatientInnen in der klassischen Anstaltspsychiatrie Objekt von Disziplinartechniken sind, wird die Klientin/der Klient in der Sozialpsychiatrie zum Subjekt und damit zur Selbstkontrolle erzogen. Gemeindepsychiatrie ist deswegen weniger gewaltförmig, aber weitaus effizienter im Sinne von Normierung, Herrschaft und Disziplinierung. Gewalt und Zwang tritt im gemeindepsychiatrischen Kontext nur noch in Notfällen auf, die Einweisung in die Klinik bleibt jedoch als Drohung für allzu Widerständige im Hintergrund wirksam.

Die distanzierte, medizinisch-objektivierte Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in wird in den sozialpsychiatrischen Kontakten abgelöst durch Vertraulichkeit und Nähe. Diese Nähe im therapeutischen Kontakt produziert eine emo-

tionale Verbindung und führt zu intimeren Erkenntnissen über Individuen. Die therapeutische Beziehung kann man so als moderne Form der Beichte betrachten, in ihr wirkt die Pastormacht, die ihre Kontrollfunktion durch einen selbstlos-helfenden Impetus verbirgt. Sie schöpft ihre Kraft aus der Lust und den Bedürfnissen, die in der emotionalen Nähe der therapeutischen Beziehung entstehen. Die Macht im zeitgenössischen Wahrheitsdiskurs liegt also weniger bei dem belehrten Psychiater, der auf Grund seines Fachwissens diagnostiziert, sondern eher bei den SozialpädagogInnen, die sich um das Verständnis der subjektiven Lebenswelt der KlientInnen bemühen.

Die Suche nach Erkenntnis steht im Dienst der Macht, so Foucault. Wissenschaften vom Menschen bewegen sich nicht jenseits der modernen Macht, sie können diese nicht von außerhalb kritisieren, sie sind vielmehr eine ihrer zentralen Operationen. Wie verhält es sich mit den Entwicklungen der Wissenschaft vom Wahnsinn im Zusammenspiel mit den Praktiken seiner Ausschließung und Behandlung?

In vormodernen Zeiten wurden die Massen im Schatten gehalten und erschienen nur im Abglanz der Macht. Prunkvolle, wuchtige Architektur der regierenden und kontrollierenden Institutionen demonstrierten deren Macht. Ähnlich monströs wirken die großen Irrenanstalten, die für die Ausschließung und Behandlung des Wahnsinns gebaut wurden. Die Insassen waren namenlose medizinische Objekte, ihrer Geschichte, ihrer Individualität beraubt. Seitdem hat sich viel verändert: Mit der Geburt der Psychoanalyse entstand ein Interesse an der psychischen Entwicklungsgeschichte der PatientInnen, mit der Etablierung der Sozialpsychiatrie wurden die sozialen Lebensverhältnisse der KlientInnen Gegenstand psychiatrischer Diagnose und Intervention. In Verbindung mit den Sozialwissenschaften ist der psychiatrischen Macht heute eine erschöpfende Analyse ihrer Objekte möglich.

Der Fortschritt in der Erforschung des Wahnsinns besteht demnach in der Verknüpfung der Medizin mit der Psychologie und den Sozialwissenschaften. Das biopsychosoziale Modell lässt keinen Teil der PatientInnen außerhalb wissenschaftlicher Beobachtung. Während sie ihre Objekte durchleuchtet, strebt die psychiatrische Macht nach Unsichtbarkeit. Die großen psychiatrischen Krankenhäuser mit ihrer gespenstischen Machtdemonstration werden als Bettenburgen kritisiert, statt ihrer wird ein unscheinbares Netz von gemeindenahen Institutionen geknüpft. Therapeutische Wohngemeinschaften, Arbeitsprojekte und Beratungsstellen sind in die Wohn- und Bürohäuser der Nachbarschaft integriert. Die Macht wird unsichtbar, die Objekte der Macht werden umso sichtbarer: Der »Manisch-Depressive«, der »Schizophrene« wird aus seiner Krankenrolle befreit, wird zum Individuum und zum Mittelpunkt vielfältiger, interdisziplinärer Bemühungen von SozialpädagogInnen, PsychotherapeutInnen, PsychiaterInnen oder BeschäftigungstherapeutInnen.

Dem biopsychosozialen Modell in der Theorie entsprechen die multiprofessionellen Strategien der Praxis. Im Rahmen neuer sozialpsychiatrischer Projekte wie betreutes Einzelwohnen oder Case-Management werden Akten voll von detaillierten Beobachtungen über die sozialen Lebensverhältnisse und die psychische Befindlichkeit angelegt. Die Klientin/der Klient und ihr/sein soziales Leben werden um ein Vielfaches genauer beobachtet als die gesunden NormalbürgerInnen. In »Die Ordnung des Diskurses« (1972) beschreibt FOUCAULT Kontrolltechniken des Diskurses, die sich auch im sozialpsychiatrischen Diskurs wiederfinden.

- *Prozeduren der Ausschließung.* Unvernünftige Diskurse werden ausgegrenzt. So wird die Sprache des Wahnsinns nicht gehört und nicht überliefert, beziehungsweise idealisierend überhöht (»der Narr spricht die Wahrheit«). Seit Sigmund Freud wird zwar den Äußerungen der psychisch Kranken Beachtung geschenkt, aber die Vernunft bleibt im Horchen wachsam, sie interpretiert und entschärft damit das Unheimliche (FOUCAULT 1972, S. 12). Auch der Zwang zur Verwissenschaftlichung der Diskurse erlaubt bestimmte Formen von Aussagen nicht. Zwar gibt es zunehmend mehr Literatur in Form von Selbstberichten von Psychiatrie-Erfahrenen, die professionelle Sprache bleibt davon jedoch weitgehend unberührt.
- *Eingrenzung des Gegenstandsbereichs.* Psychiatrische Erkrankungen werden durch strenge Diagnoserichtlinien von anderen Formen abweichenden Verhaltens (z.B. Delinquenz) isoliert, spezielle Methoden der Datenerhebung (z.B. Diagnoserichtlinien) etablieren sich.
- *Verknäppungen durch Kommentare.* Durch kommentierende Sekundärtexte können aus dem Primärtext endlos sich wiederholende Diskurse konstruiert werden. Diese Diskurse sind nicht neu, sondern beziehen sich auf den Primärtext in Wiederholung und Interpretation desselben.<sup>3</sup> Zudem wird geregelt, welche Form die Texte einhalten müssen: Definitionen des Gegenstandsbereichs, der Methoden und der Regeln setzen dem Diskurs Grenzen.
- *Kontrolle des Zugangs zu den Diskursen.* Es gibt Regeln, die bestimmte Aussagen nur in bestimmten Situationen und von bestimmten Person ermöglichen (z.B. die besondere Rolle der ÄrztInnen in der Psychiatrie). Sozialpsychiatrische Rituale bestimmen für die sprechenden Subjekte die notwendigen besonderen Eigenschaften sowie die allgemein anerkannten Rollen als KlientInnen oder HelferInnen (z.B. therapeutisches Ritual oder der Hausbesuch). Wissen wird

---

3 Ein Beispiel: Das Kapitel 2 dieser Arbeit beschreibt die Geschichte der Sozialpsychiatrie und steht damit in einer Tradition einer Vielzahl von ähnlichen Texten. Auch wenn sich diese Texte im Schwerpunkt und in der Fragestellung unterscheiden mögen, sind doch die Gemeinsamkeiten weit größer als die Unterschiede.

nur innerhalb einer Gruppe von Eingeweihten weitergegeben (z. B. interne Papiere, Teambesprechungen, Supervisionsgruppen).

Macht ergreift ihre Objekte nicht nur über Sprache, sondern auch über ihre Gesten, Gewohnheiten, Körper und über ihr Begehren. Sie geht nicht von einer zentralen Quelle aus, sondern zirkuliert durch den gesamten sozialen Körper bis in die kleinsten und anscheinend belanglosesten Glieder in alltäglichen sozialen Praktiken. Macht wirkt also durch soziale Praktiken, nicht durch politische Überzeugungen. Auf lokaler Ebene gibt es bewusste Entscheidung, Planung und Koordination politischer Aktivität, zum Beispiel in sozialpsychiatrischen Reformbemühungen. Die Handelnden wissen, was sie tun, und sie können es zumindest auf Nachfragen deutlich formulieren. Sie haben jedoch keine Kenntnis von Folgen ihrer Handlungen innerhalb der Gesamtlogik der Machtverhältnisse. Diese Gesamtlogik ist der Gegenstand der Analysen von Foucault, sie ist hocheffizient, obwohl kein Subjekt sie entworfen hat.

Die Macht ist nicht eine Institution, ist nicht eine Struktur, ist nicht eine Mächtigkeit einiger Mächtiger. Die Macht ist der Name, den man einer komplexen strategischen Situation in einer Gesellschaft gibt. (FOUCAULT 1976, S. 114)

Moderne Macht operiert strategisch ohne an Subjekte gebunden zu sein. Das Ergebnis, in unserem Fall die Wirkung gemeindepsychiatrischer Reformen, ist entsprechend des bisher Dargestellten nicht durch Konzeptionen und Intentionen der beteiligten Akteure zu erfassen. So wird auch verständlich, warum MitarbeiterInnen mit einer kritischen sozialpsychiatrischen Haltung in der Praxis in herkömmliche Handlungsmuster fallen und viele Reformkonzepte in der Umsetzung von der konservativen Gewohnheit des psychiatrischen Alltags verschlungen werden.<sup>4</sup>

## 5.2 Methodische Überlegungen

Wie lassen sich Diskurse analysieren und beschreiben? In »Archäologie des Wissens« beschreibt FOUCAULT (1973) vier Analyseebenen des Diskurses, die hier durch die Einbeziehung der Kategorie der Macht erweitert werden, die Foucault erst in seinen späteren Arbeiten berücksichtigt.

- *Diskursimmanente Beschreibung*: Innerhalb des Diskurses lassen sich folgende Fragen stellen: Was kann überhaupt ein Äußerungsobjekt werden? Welche

---

<sup>4</sup> Eine Darstellung der Handlungsmuster und Alltagspraktiken in der Sozialpsychiatrie findet sich bei PFEFFERER-WOLF (1999).

Begriffe werden verwendet? In welchen Beziehungen stehen die Aussagen zueinander? Welche Konflikte, Entscheidungen, Taktiken zeigen sich? Diese Ebene ist weitgehend dem strukturalistischen Erbe entlehnt und bezieht sich stark auf die linguistische Tradition der Analyse.

- *Äußerungsmodalitäten*: Foucault fragt nach der Position des Subjekts im Diskurs: Wer spricht? Von welchem institutionellen Ort aus wird gesprochen? Von wem erhält die Sprache ihren Wahrheitsanspruch? Lässt sie sich auf politische, juristische oder pädagogische Normen gründen? In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass Foucault die Modalitäten der Äußerung nicht auf ein einheitliches Subjekt zurückführen möchte. Im Gegenteil, die spezifische Position im Diskurs schafft Subjekte. Das heißt, der Subjektbegriff Foucaults ist ein diskursiv vermittelter, kein essenzieller. Subjektivität ist lediglich als temporäre Positionierung, als Diskurseffekt theoretisch fassbar.

Man bezieht also insgesamt die verschiedenen Modalitäten der Äußerung nicht auf die Einheit eines Subjekts [...]. Man wird also darauf verzichten, im Diskurs ein Phänomen des Ausdrucks zu sehen [...], man wird darin eher ein Feld von Regelmäßigkeit für verschiedene Positionen der Subjektivität sehen. (FOUCAULT 1973, S. 81 f.)

- *Formation der Gegenstände*: Beziehungen zwischen Institutionen, gesellschaftlichen und ökonomischen Prozessen, Verhaltensformen und Normsystemen bestimmen das, was dem Diskursgegenstand (z.B. psychische Krankheit) gestattet, in Erscheinung zu treten. Es geht Foucault jedoch nicht darum zu zeigen, wie ökonomische oder politische Entwicklungen den Sinn und die Inhalte des Diskurses bestimmen, sondern in welcher Weise sie die Bedingungen seines Auftauchens, seiner Einbeziehung und seines Funktionierens gestalten. Foucault weigert sich also linear-verkürzende Ursache-Wirkungszusammenhänge zu Grunde zu legen. Zur Verdeutlichung der eigenständigen Position des Diskurses unterscheidet Foucault zwischen Primärbeziehungen (die wirklichen Beziehungen, z.B. zwischen Institutionen), den Sekundärbeziehungen (die reflexiven Beziehungen, z.B. was Fachleute über die Zusammenhänge zwischen Institutionen erzählen) und den diskursiven Beziehungen, welche die beiden zuvor genannten aufgreifen und gestalten.

So öffnet sich ein ganzer, aus möglichen Beschreibungen gegliederter Raum: System der *primären* oder *wirklichen Beziehungen*, System der *sekundären* oder *reflexiven Beziehungen* und System der Beziehungen, die man eigentlich *diskursiv* nennen kann. Das Problem besteht darin, die Spezifität dieser letzteren und ihr Zusammenspiel mit den anderen beiden deutlich werden zu lassen. (ebd., S. 69)

- *Formation der Strategien*: Foucault fragt nach dem Zusammenhang zwischen dem untersuchten Diskurs und den zeitgenössischen, benachbarten Diskursen. Darüber hinaus interessiert ihn die Funktion des Diskurses in einem Feld

nicht-diskursiver Praktiken: Welche Auswirkung hat er? Wer hat Zugang zum Diskurs? Auch die Verbindung mit dem Begehren der Menschen zählt Foucault zu den Strategien des Diskurses: Dient er der Inszenierung, Symbolisierung, dem Verbot, der Befriedigung?

Schließlich charakterisiert sich diese Instanz durch die möglichen Positionen des Verlangens im Verhältnis zum Diskurs: Dieser kann in der Tat der Ort für gaukelhafte Inszenierung, Element der Symbolisierung, Form des Verbots, Instrument der abgeleiteten Befriedigung sein. (ebd., S. 100)<sup>5</sup>

Mit den Strategien nimmt Foucault die Machteffekte des Diskurses ins Visier. Diskurse werden nicht als Gesamtheiten von Zeichen (von bedeutungstragenden Elementen, die auf Inhalte oder Repräsentationen verweisen) betrachtet, sondern als Praktiken, die systematisch die Gegenstände bilden, von denen sie sprechen. Die Diskurse entstehen und verschwinden dabei nicht zufällig, sondern sind Ergebnis und Grundlage spezifischer Machtkonstellationen.

Auch wenn sie machtkritisch ist, wird in der Diskursanalyse keine tiefere oder gar bessere Wahrheit zu Tage gefördert. Es werden keine Bedeutungen unter den Aussagen hervorgeholt. Foucault hat gezeigt, dass es das Eigentliche nicht gibt. Diskurse sind nicht da und werden entdeckt und analysiert, sondern sie werden durch die Analyse erst geschaffen.

Die Diskursanalyse schafft sich ihre Gegenstände – historische Diskurse im Moment ihres Erscheinens – selbst; sie analysiert die Diskurse, die sie selbst erst herstellt und die sie als Diskurse nicht in der Gesellschaft vorfindet. Was sie zunächst vorfindet, sind Momente in ihrer Seltenheit, Singularität. (BUBLITZ 1999, S. 28)

Die Analyse von Diskursen eröffnet einen anderen Blick auf die Gegenwart und ermöglicht die Kritik des vermeintlich Allgemeinen, Absoluten und Notwendigen. Lemke verdeutlicht dies am Beispiel der Analyse des psychiatrischen Diskurses.

Das Ziel dieses methodischen Vorgehens ist also gerade nicht zu bestreiten, dass es so etwas wie ein »Objekt« gibt, auf das sich »Wahnsinn« bezieht; in Zweifel gezogen wird lediglich, das dieser »Referent« mit dem »Wahnsinn« selbst identisch ist. [...] Das Problem besteht nicht mehr darin, den (verstellten) Zugang zur Wahrheit zu finden, sondern in der Frage, welche Wahrheit produziert wird. (LEMKE 1999, S. 184 f.)

Diese Wahrheit wird wiederum nicht nur auf eine Art und Weise, im Sinne des herrschenden Diskurses produziert. Diskurse machen lediglich einen Möglich-

---

5 An dieser Stelle zeigen sich deutliche Parallelen zu den psychoanalytischen Abwehrmechanismen der Sublimierung (kulturell akzeptierte Ersatzbefriedigung) und Projektion (Inszenierung eigener verbotener Triebimpulse im Außen).

keitsraum auf: Sie sind die Regeln, die das Sagbare vom Unsagbaren trennen. Diskurse funktionieren positiv, sie können Aussageformen fördern und andere verdrängen.

Die Welt des Diskurses ist nicht zweigeteilt zwischen dem zugelassenen und dem ausgeschlossenen oder dem herrschenden und dem beherrschten Diskurs. Sie ist als eine Vielfältigkeit von diskursiven Elementen, die in verschiedenen Strategien ihre Rolle spielen können, zu konstruieren. Diese Verteilung, mit allem, was sie an gesagten und verborgenen Dingen, an geforderten und untersagten Äußerungen enthält, [...] je nachdem, wer spricht, seiner Machtposition und seinem institutionellen Kontext [...] diese Verteilung gilt es zu rekonstruieren. (FOUCAULT 1976, S. 122)

Die psychologische Fragestellung interessiert sich in diesem Zusammenhang vor allem für die Frage, wie Subjekte sich in diesen Diskursfeldern positionieren, beziehungsweise wie sie positioniert werden. In der Analyse der Äußerungsmodalitäten sowie in den oben genannten diskursiven Anschlüssen an das Begehren lassen sich bereits erste Schnittpunkte zwischen diskursanalytischen und psychologischen Fragestellungen finden.

#### **Verortung der Subjekte im Diskurs**

Empirischer Gegenstand dieser Untersuchung sind Erzählungen in Form von Interviews von SozialpädagogInnen, PsychologInnen und Ärzten, die im sozialpsychiatrischen Feld tätig sind. Diese Erzählungen handeln von Machtverhältnissen in Form von Kontrolle, aber auch von Ermächtigung und Emanzipation (Empowerment) bezogen auf die KlientInnen sowie auch auf die Professionellen selbst. Es geht nun nicht darum, einzelne Äußerungen von Professionellen in Bezug auf das zu Grunde liegende Verständnis von sozialer Kontrolle und Empowerment biografisch zu interpretieren. Vielmehr sollen die Erzählungen als Aussagen betrachtet werden, die ExpertInnen über ihre Arbeit machen. Damit lässt sich ein Bruchteil des Diskurses im sozialpsychiatrischen Feld abbilden: Welche Diskursstränge werden wie miteinander verknüpft? Wie bilden sich Institutionen, deren Beziehungen und psychiatrische Praktiken in den Erzählungen ab? Welche Handlungsoptionen ergeben sich daraus?

Mit dem diskursanalytischen Ansatz bleibt die Analyse jedoch auf einer abstrakten Betrachtungsebene. Psychologische Forschung interessiert sich für die Auswirkungen auf das Wahrnehmen, Denken, Handeln und Fühlen von Individuen. Wie lässt sich die Ebene des Diskurses mit einem psychologischen Subjektbegriff verbinden? Für diese Fragestellung lassen sich zwei Ansätze heranziehen: die Diskursive Psychologie und die Ethnopschoanalyse. Der ethnopschoanalytischen Zugang (ERDHEIM 1988), der sich mit den Verknüpfungen des Begehrens

mit kulturspezifischen Diskursen beschäftigt, wird im Kapitel 6 näher erläutert. Zunächst sollen die Überlegungen der Diskursiven Psychologie (POTTER und WETHERELL 1995) die methodische Basis der Untersuchung bilden.

Die *Diskursive Psychologie* bezieht sich auf das Konzept der sozialen Repräsentationen nach MOSCOVICI (1995) und verbindet diese mit der Diskursanalyse von Foucault. Soziale Repräsentationen sind ein System von Werten, Ideen und Handlungsweisen, das Ordnung schafft und Individuen erleichtert sich in der sozialen Welt zu orientieren, sie zu verstehen und handlungsfähig zu werden. Zudem ermöglichen sie Kommunikation zwischen den Individuen, indem sie Codes zur Benennung liefern. Diese Codes bilden einen Teil des Diskurses: Etwas wird ein Objekt, über das man sprechen kann, indem es Teil eines kollektiven Zeichensystems, eines Codes wird. Zwei Mechanismen sind bei der Konstruktion eines solchen Zeichensystems zu beobachten (FLICK 1995 a, S. 14):

- Der Mechanismus der *Verankerung* reduziert Neues und Unvertrautes auf gewöhnliche Bilder und stellt es in einen vertrauten Kontext. Dabei wird der vertraute Kontext schrittweise modifiziert.
- Der Mechanismus der *Objektivierung* übersetzt abstrakte Ideen und Konzepte in ein Bild, welches an konkreten Gegenständen festgemacht wird. Dabei werden spezifische Bestandteile in den Vordergrund gedrängt beziehungsweise weggelassen.

In der empirischen Analyse der Interviews könnte man also nach Phänomenen von Objektivierung und Verankerung suchen. Über diese Mechanismen verändern sich die Zeichensysteme, denn Signifikanten sind nicht fest mit ihrem Signifikat verbunden. Kein Wort hat einen unveränderlichen Sinn, die Signifikate gleiten unter den Signifikanten. Ein Beispiel: Worauf bezieht sich der Begriff »psychische Gesundheit«? Das kann man nicht sicher sagen. Zum einen, weil der Begriff an sich unbestimmt ist, zum anderen, weil er sich kontextabhängig und historisch ständig veränderbar zeigt. Trotzdem lenkt dieser Begriff das Denken und Handeln der sozialpsychiatrisch Tätigen: An welchen Beispielen, an welchen konkreten Bildern wird psychische Gesundheit objektiviert? Wie werden singuläre Geschehnisse als psychische Gesundheit verankert? Mit diesen Fragen käme man den sozialen Repräsentationen näher, die den MitarbeiterInnen der Sozialpsychiatrie Orientierung in einem komplexen Arbeitsfeld geben.

Setzt man das Konzept der sozialen Repräsentationen mit der Diskursanalyse in Zusammenhang, wird der Blick frei für die Handlungsoptionen, die taktischen Überlegungen, die mit dem Aufgreifen diskursiver Stränge im individuellen Sprechen verbunden sind: Die Frage der Macht wird einbezogen. POTTER und WETHERELL (1995) haben Bausätze, in denen Subjekte verschiedene Diskursstränge in taktischer Absicht verbinden, *Interpretationsrepertoires* genannt.

Interpretationsrepertoires sind breit angelegte, klar unterscheidbare Cluster von Begriffen, Beschreibungen und Redewendungen, die oft von Metaphern oder lebhaften Vorstellungsbildern zusammengehalten werden. Man kann sie auffassen als Bausteine, die für die Interpretation von Handlungen der eigenen Person und gesellschaftlichen Strukturen im Sprechen verwendet werden. [...] Es handelt sich um kollektiv verfügbare Ressourcen, mit deren Hilfe Bewertungen vorgenommen, geltende Auffassungen konstruiert und Handlungen ausgeführt werden. Sie beziehen sich auf den Inhalt des Diskurses, sowie auf die Organisation dieses Inhalts. (POTTER und WETHERELL 1995, S. 188)

Es wird also nicht von den Aussagen auf zu Grunde liegende mentale soziale Repräsentationen geschlossen, sondern es werden die kontextabhängigen Eigenschaften des Redens berücksichtigt. »Leute tun etwas mit ihrem Reden; sie erheben Vorwürfe, stellen Fragen, flirten, rechtfertigen ihr Handeln« (ebd., S. 183). So wird beispielsweise die Erzählung über Konflikte in Einweisungssituationen in den Interviews im Rahmen von spezifischen Diskursen erzählt und innerhalb bestimmter Diskurse werden Erklärungen für diese Konflikte gesucht. Die InterviewpartnerInnen bedienen sich verschiedener Diskursbausteine für die Untermauerung ihrer Argumentation. Die Auswahl ist bestimmt von dem Kontext der Interviewsituation und der Absicht der Interviewten, ihr Handeln als sinnvoll darzustellen.

Mit dem Ansatz von Potter und Wetherell ist es möglich, die Verbindung von diskursiv hergestellter Subjektivität und individueller Verantwortung zu knüpfen. Die spezifische Zusammenstellung der eigenen Interpretationsrepertoires spielt sich meist unbewusst in mehr oder weniger großen diskursiven Spielräumen ab, es bleibt jedoch immer auch in der Verantwortung der einzelnen AkteurInnen, welche der möglichen diskursiven Bausteine sie wie zusammensetzen. Zum Beispiel ob InterviewpartnerInnen nur innerhalb des medizinischen Diskurses über psychische Gesundheit sprechen oder ob auch andere Diskurse (wie etwa politische oder ökonomische) in ihren Erzählungen auftauchen, die den medizinischen Diskurs relativieren. Interpretationsrepertoires beziehen sich dabei sowohl auf den Inhalt des Diskurses wie auf die Organisation des Inhalts. Die Frage ist: Was wird durch diesen spezifischen Sprachgebrauch bewirkt und welche Interpretationsressourcen werden dazu eingesetzt? Werden die KlientInnen nur mittels des medizinischen Diskurses als psychisch kranke Behandlungsobjekte konstruiert oder taucht auch der neoliberale Diskurs der Selbstverantwortung der KlientInnen in der Erzählung auf? Welche Wendungen in der Erzählung werden damit eingeleitet? Welche professionellen Entscheidungen begründet?

Auf diese Weise kommen dynamisch sich verändernde Diskurskombinationen in den Blick, in denen neue Diskurse auftauchen, die den alten hegemonialen Diskurs unterlaufen. Auf der Basis der jeweiligen Lebenswelt der Subjekte, ihrer Verstrickung in Alltagspraxen, die dem hegemonialen Diskurs ganz oder teilweise

entsprechen oder widersprechen können, lassen sich die Gründe für die Akzeptanz oder das Schwinden der Akzeptanz hegemonialer Diskurse beleuchten. Insofern unterscheidet sich das Konzept der Interpretationsrepertoires von dem statischen, relativ geschlossenen Konzept der sozialen Repräsentationen. Aus diskursanalytischer Perspektive bilden Interpretationsrepertoires den Niederschlag des Diskurses im Subjekt beziehungsweise den Beitrag der Subjekte zum Diskurs.

Der Diskurs wird zwar von der Gesamtheit der Individuen gemacht, bei unterschiedlicher Beteiligung der Individuen an jeweiligen Mengen von diskursiven Strängen und unterschiedlicher Nutzung der Spielräume, die die sozio-historisch vorgegebenen Diskurse erlauben. Aber keines der Individuen determiniert den Diskurs. Dieser ist sozusagen Resultante all der vielen Bemühungen der Menschen, in einer Gesellschaft tätig zu sein. Was dabei herauskommt ist etwas, was so keiner gewollt hat, an dem aber alle in den verschiedensten Formen und Lebensbereichen (mit unterschiedlichem Gewicht) mitgestrickt haben. (JÄGER 1999, S. 148)

Die Individuen, die an dem Diskurs beteiligt sind, verfolgen Interessen und Absichten. »Sprache ist das Medium, durch das Machtbeziehungen kommuniziert und Dominanzbeziehungen hergestellt und aufrechterhalten werden.« (AUGUSTINOS 1995, S. 213) Eben diese Machtbeziehungen werden sich auch in den Erzählungen in den Interviews finden lassen. Diskursive Machtmechanismen zeigen sich darin, dass komplexe soziale Prozesse als Personen oder Dinge vergegenständlicht werden, Sätze vom Aktiv ins Passiv verwandelt werden, Handlungen von Menschen deren Eigenschaften und nicht deren Motiven und Interessen zugeschrieben werden. Diskursive Strategien zeigen sich in den Erzählungen in Form von Anspielungen oder Vermeidungen.

Geschichten brechen irgendwo ab und werden an anderer Stelle wieder aufgenommen. An den Rändern steht Vergessenes. Nachfragen bringt gewöhnlich etwas hervor, das ohnehin zu unseren Verarbeitungsstrategien gehört: die Geschichtsklitterung. Wir können wählen zwischen harmonischen, ruhigen Ablaufschilderungen, in denen eins zum anderen passt, oder lauter inkonsequenten Fragmenten, die kein Ganzes ergeben. (HAUG 1990, S. 77)

Wenn Worte fehlen, um Erfahrungen zu beschreiben, um Gefühle und Motive zu beschreiben, wenn Ungereimtheiten oder Lücken auftauchen, weist das auf Machtwirkungen hin. Frigga Haug hat das in ihrer biografisch-sozialwissenschaftlichen Methode der Erinnerungsarbeit folgendermaßen beschrieben:

Das Verschüttete und Liegengelassene spricht nicht mit lauten Worten. Umgekehrt müssen wir viel eher mit einem hartnäckigen Schweigen rechnen. In den Erinnerungen tritt es auf als Leerstelle oder als Bruch. (HAUG 1990, S. 76)

Wie lassen sich diese Überlegungen zur Analyse der Diskurse mit dem empirischen Gegenstand, den Interviews, methodisch vermitteln? Die am weitesten ausgearbeitete Form der Diskursanalyse im Sinne Foucaults findet sich bei JÄGER (1999). Sie ist jedoch, wie andere Konzepte (BUBLITZ 1999), stark an der kultursoziologischen und sprachwissenschaftlichen Erkenntnisebene orientiert. Für den psychologischen, subjektorientierten Zugang fehlen bisher methodische Operationalisierungen. Das muss kein Nachteil sein, denn jede Operationalisierung erfordert notwendigerweise eine Verkürzung des widersprüchlichen Werkes von Foucault. Gerade in der Widersprüchlichkeit, in dem Verweigern des Festgelegtseins liegt jedoch die kritische Potenz seiner Arbeiten. Jede kontext- und gegenstandsübergreifende Methode, die man im Sinne der klassischen empirischen Forschung anwenden kann, funktioniert im Dienste des herrschenden Diskurses, der bestimmt, wie Wissenschaft auszusehen hat. In diesem Sinne wurde in der Analyse der Interviews die Konzeption von Foucault ebenso als Grundlage herangezogen wie die folgenden Auswertungsfragen von JÄGER (1999, S. 76 ff.):

- Welche Botschaft vermittelt der Text? Was ist Motiv und Ziel des Textes?
- Welches Bild vom Rezipienten steht dahinter? Welches Vorwissen wird vorausgesetzt? Gibt es Anspielungen oder Jargonelemente der Szene?
- Wie ist das Verhältnis zum hegemonialen Diskurs beschaffen? Wie zu anderen Diskursen (class, race, gender)?
- Wie wird Bezug auf diskursive Ereignisse, politische, ökonomische, historische und kulturelle Gegebenheiten genommen?
- Wie steht der Diskurs in Verbindung mit Institutionen, sozialen Gruppen, Praktiken?

Ziel der diskursanalytischen Darstellung ist die Kritik an der Vorstellung, dass es Wahrheiten innerhalb des sozialpsychiatrischen Diskurses gäbe, indem gezeigt wird, wie diese konstruiert werden. Gleichzeitig werden Möglichkeiten, Lücken und Widersprüche gekennzeichnet, in denen Gegendiskurse auftauchen. Dabei wird sich zeigen, dass jeweils quer zu den Individuen, quer zu den Aussagen über Hilfe und den Aussagen über soziale Kontrolle, auch quer zu den Professionen, Diskurse wirksam werden, in der Weise, dass sie den MitarbeiterInnen Identitätsprofile zur Verfügung stellen, auf die zurückgegriffen werden kann (KEUPP 1996). Indem sie von ihrer Arbeit erzählen, entwerfen die InterviewpartnerInnen ein Bild ihrer professionellen Identität. Sie geraten dabei in Schwierigkeiten, die in der Identitätsforschung (KRAUS 1996) hinlänglich bekannt sind: Ihr Wunsch nach einem kohärenten, stimmigen Zusammenspiel ihrer Selbstentwürfe und der Anforderungen der Arbeit wird in vielen Situationen vor Zerreißproben gestellt. Auch über den Umgang mit diesen Widersprüchen wird auf den folgenden Seiten zu lesen sein.

## 5.3 Sozialpsychiatrische Diskurse

Anhand Foucaults Ausführungen wird nachvollziehbar, auf welche Weise Diskurse Subjekte und deren gesellschaftliche Praktiken formen und selbst wieder aus ihnen entstehen. Demzufolge gäbe es in der Psychiatrie keinen eindeutigen Unterschied zwischen Hilfe und Kontrolle, sondern lediglich diskursive Kämpfe um Bedeutungen, um Erklärungen und um Behandlungsformen von Wahnsinn. Diese diskursiven Kämpfe müssten sich auch in den Interviews abbilden. Welche Diskurse (z. B. medizinische, juristische, psychotherapeutische) finden sich in den Erzählungen der InterviewpartnerInnen und welche Diskurse dominieren? Welche Handlungsoptionen können Diskurse eröffnen und welche verschließen sie? Wie entwerfen die InterviewpartnerInnen ihre professionelle Position als PsychologInnen, SozialpädagogInnen und Ärzte in der Beziehung zu ihren KlientInnen und inwiefern spielt dabei medizinisches, psychotherapeutisches Fachwissen oder andere Wissensformen eine Rolle?

### 5.3.1 Medizinischer Diskurs

Der mächtigste Diskurs im sozialpsychiatrischen Feld ist der medizinische Diskurs. Im Folgenden wird beschrieben, in welcher Form er in den Erzählungen der InterviewpartnerInnen auftaucht. Ein bestimmendes Thema ist zunächst die Rolle der Psychopharmaka in der Psychiatrie.

#### Medikation als Grundlage der sozialpsychiatrischen Arbeit

In vielen Interviewpassagen zeigt sich, dass sozialpsychiatrische Angebote erst auf der Grundlage der Einnahme von Psychopharmaka greifen, ohne Medikamentierung würden viele KlientInnen das Angebot der Sozialpsychiatrie nicht wahrnehmen können oder wollen. Das folgende Zitat von Doris verdeutlicht die Hilflosigkeit sozialpsychiatrischer Arbeit in Bezug auf KlientInnen, die eine medizinische Behandlung ablehnen.

Diese Situationen, wenn ich wirklich schwerstgestörte psychische Menschen vor mir sitzen hab, und ich weiß, dass ich für sie nix tun kann im Grunde genommen, sondern dass sie einen Klinikaufenthalt bräuchten oder eine medizinische Behandlung, und die kriegen sie vielleicht auch noch, die medizinische Behandlung, halt alle 14 Tage ihre Imap-Spritze, aber mehr nicht, und die verlottern eigentlich. Und verweigern aber. Also das ist dann schwer für mich, das auszuhalten. Also wenn ich so merke, ich muss sie halt so nehmen, wie sie sind, und bin in diesem Konflikt: Lasse ich sie jetzt einweisen

oder steht mir das überhaupt zu, oder aber das müsste eigentlich der Psychiater machen und nicht ich, und – also da ringe ich dann oft so damit. Dass ich mir denke, ich darf nicht meinen Maßstab nehmen auch. Also ich hab da vor allem eine Klientin vor Augen, die ist halt schmutzig und ich weiß, dass ihre Wohnung total verschmutzt ist, und sie ist einsam und verzweifelt und steckt in einer Sackgasse und will aber nicht in die Klinik. (Doris, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 148)

Doris beklagt sich über das »Schmutzige«, die Verwahrlosung der KlientInnen. Sie hält es kaum aus, »dass jemand so ist«. Doris sieht keine Möglichkeit zu helfen, solange die Klientin die medizinische Behandlung verweigert. Der medizinische Diskurs wird hier als Rettung gesehen, die stationäre Behandlung als einzige Möglichkeit der Veränderung begriffen. Das medizinische Modell erscheint als Erlösung, vielleicht um die eigene Hilflosigkeit gegenüber dem Leid, aber auch der Andersartigkeit der KlientInnen auszuhalten.

Foucault hat beschrieben, wie die Medizin das Unheimliche und das Nicht-verstehbare des Wahnsinns durch Erklärungen und Behandlungen zu bändigen sucht. Durch den medizinischen Diskurs wird das Phänomen der psychischen Krankheit geschaffen und einer speziellen Behandlung in psychiatrischen Einrichtungen zugeführt. Das Problem in dem oben beschriebenen Fall besteht darin, dass die entstandenen medizinischen Kategorien, zum Beispiel »chronisch Kranke« wiederum ohne medizinische Behandlung nicht mehr als sozial integrierbar gelten. Indem man den Wahnsinn in die Obhut der Medizin gibt, wird man von ihr auch abhängig. Diese Erfahrung macht Doris, sie kann selbst nicht in die Klinik einweisen und ärgert sich über den Psychiater, der nicht handelt. Sie fühlt sich vollkommen hilflos und abhängig von dem Engagement der ÄrztInnen.

Mit der Möglichkeit der medizinischen Behandlung ist jedoch die Beunruhigung durch den Wahnsinn nicht vollkommen verschwunden. Die Bezeichnungen »Psychiatrie« und »psychisch krank« wecken nun ihrerseits Ängste.

Doris: Und ich konnte mir eigentlich nix drunter vorstellen, unter Sozialpsychiatrischem Dienst. Das hat sich damals wie, es wurde mir aufgedrängt, das hat sich wie angeboten, das war – ich hatte ziemlich Angst davor. Wie denn das ist, mit Menschen zu arbeiten, die so in der Krise sind. Ich wusste nicht, ob ich das kann und wie das ist. Und ob ich mir das zutrauen kann.

Interviewer: Was hatten Sie da für Fantasien, wenn Sie sagen, da hatten Sie Angst davor mit solchen Menschen?

D: Ja, halt so, was die Allgemeinbevölkerung, denk ich, für Fantasien hat, also dass die gewalttätig sind oder dass die mir irgendwas tun. Mehr so in der Richtung.

I: Also Sie hatten vorher dann auch mit Psychiatrie und psychiatrisch Betroffenen noch nie was zu tun gehabt.

D: Nee. Im Grunde genommen nicht. Also ich hatte halt nur mit normal gestörten, neurotischen Menschen was zu tun. Ich war schon in der Kinder- und Jugendpsychiatrie,

aber das ist ja dann noch mal was anderes. Also so mit richtig psychisch Kranken hatte ich noch nie was zu tun. (Doris, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 309)

Der medizinische Diskurs weckt als fremder, einschüchternder Diskurs Ängste. Durch den Zusammenhang mit Psychiatrie werden Menschen als gewalttätig fantasiert. Im Gegensatz zu den »normal gestörten, neurotischen Menschen« beschreibt der medizinische Diskurs Menschen als »richtig psychisch krank« und begründet so die Schwierigkeit, mit ihnen zu arbeiten. Gleichzeitig schützt er aber auch vor der psychotischen Bedrohung durch den Einsatz von Medikamenten.

Ich hab noch nie jemand in einer Psychose erlebt. Also die kommen ja alle, entweder eingestellt von der Klinik oder vom Psychiater, mit Medikamenten, also ich habe jetzt – nee. Ich kann das jetzt nicht sagen. Dass ich da irgendwas Unangenehmes erlebt hätte. (Doris, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 405)

Medikamentöse Behandlung der KlientInnen wird offensichtlich nicht nur für die KlientInnen, sondern auch für die MitarbeiterInnen der SpDi selbst als hilfreich betrachtet. Ohne Medikamente, so die Befürchtung, drohen psychotische Episoden, die KlientInnen können »unangenehm« werden.

### Die Autorität des Arztes

Die Autorität des Arztes stützt sich auf sein Wissen über die richtigen Wege zur Heilung der Krankheit. Der Königsweg in der Psychiatrie ist der Einsatz von Medikamenten, es gibt aber auch andere Formen von ärztlichen Interventionen. Ludwig, der Arzt aus Berlin, erzählt die Geschichte einer Patientin, die erst nach seiner »ärztlichen Verordnung« die sozialpsychiatrischen Versorgungsangebote wahrnimmt.

Zu Beginn meiner Tätigkeit hier wurde mir eine Patientin, eine Krankenschwester, die immer wieder psychotisch entgleiste, noch ihrer Arbeit nachging, das war dann immer relativ mit vielen Folgen und die ließ keinen Kontakt zu; hat dann ihre Sachen alle entsorgt und weggeworfen, weil sie meinte, die seien alle von Wanzen durchsetzt. Und es gab wiederholte Ansätze. Immer mit Krisenintervention, Klinikbehandlung, und nach kurzer Zeit trat wieder das Gleiche ein. Sie war alle anderen Angeboten, sie vielleicht noch in den Club zu nehmen und sie auch längerfristig intensiver zu betreuen, ist sie ausgewichen, bis es dann irgendwann mal dann doch geklappt hat, ja? Ich ihr quasi auch den Club verordnet habe. Mit Autorität, quasi als ärztliche Verordnung. Und sie hingegangen ist und dann wider Erwarten dann doch recht gut Fuß gefasst hat und dann da für sich auch so die Wende gezogen hat, gesagt hat, sie gibt den Beruf auf, ist zu anstrengend für sie; da war auch eine Diskussion. Dann regelmäßig zu der Ärztin ging, sich Medikamente verschreiben ließ, und dann auch hier regelmäßig so Kontakt

hielt. Und ich denke, sie hat dann mit ihrer Krankheit leben können, und auch wieder ein Stück Lebensqualität gefunden, ja. (Ludwig, Arzt, Berlin, Z. 50)

Der medizinische Diskurs in Form der ärztlichen Verordnung gibt in dieser Geschichte den entscheidenden Türöffner für die Hilfsangebote der Sozialpsychiatrie. In Verbindung mit Medikamenteneinnahme führt das aus der Expertenperspektive zu mehr »Lebensqualität« der Patientin. Die ständigen psychotischen Schübe und die Klinikaufenthalte werden vermieden. Allerdings mit dem Preis, dass die Frau ihren Beruf aufgibt, sich also ganz in die Rolle der psychiatrisierten Patientin fügt. Die medizinische Hilfe geht auf Kosten der gesellschaftlichen Teilhabe der Patientin.

Obwohl die sozialpsychiatrische Arbeit fundamental auf der medikamentösen Behandlungen der KlientInnen beruht, liegt die Vergabe der Medikamente allein in der Macht der ÄrztInnen. Die Berufsgruppen der PsychologInnen und SozialpädagogInnen sind in diesem Diskurs vollkommen ausgeklammert und machtlos.

Ich misch mich jetzt nicht in die Verordnung ein, also dafür, mein ich, bin ich nicht kompetent genug. Selbst wenn ich denke, also aus meiner Erfahrung könnte es auch dieses und jenes Medikament sein, aber ich hab gemerkt, dass auch Ärzte da sehr empfindlich sind, also meine eine Kollegin ist schon über zehn Jahre hier, die hat noch mehr Ahnung von den Auswirkungen der Medikamente und die hat es auch mehrmals mit Ärzten versucht, und wenn die hören, ihr seid Sozialpädagogen, dann kommt man da eigentlich nicht so weit. (Monika, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 265)

Obwohl Monika als Gesprächspartnerin von den ÄrztInnen im Zusammenhang mit der Medikamentierung nicht akzeptiert wird, arbeitet sie als Vermittlerin für das medizinische Modell. Sie spricht KlientInnen an, wenn diese Medikamente ohne Absprache mit der Ärztin/dem Arzt absetzen.

Also mein Tenor ist, aber das ist eher was Allgemeines, dass ich aktiv werde, wenn ich höre, dass jemand immer wieder mit dem Gedanken spielt, seine Medikamente von heute auf morgen abzusetzen. Das sind Menschen, die brauchen von ihrem Krankheitsbild, und ich denke, oder die Erfahrung zeigt wirklich, dass sie dann immer einen Einbruch erleben und in die Klinik müssen, wenn sie das so still und heimlich machen ohne Absprache mit dem Arzt. Da schalt ich mich ein, dass ich sag, das haben sie da gemacht und das haben sie da gemacht und ich weiß es von andern, das kann nicht gut gehen. Aber ich schalt mich nicht so in die Dosierung ein. Also ab und zu telefonier ich natürlich auch mit den Ärzten und sage, also tausch mich aus, wenn die Klienten das wollen. (Monika, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 280)

In dieser Funktion der Mahnerin und der Kontrolleurin in Bezug auf die Einnahme der Medikamente zeigt sich die Macht und die Ausweitung des medizini-

schen Diskurses, der nicht nur die ÄrztInnen, sondern auch alle anderen Berufsgruppen erfasst. Deutlich wird zudem der Kontrollaspekt, der mit der regelmäßigen Einnahme von Psychopharmaka verbunden ist. Dieser Kontrollaspekt wird mehr und mehr in die Individuen selbst verlagert. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Literatur und Trainingskursen, zum Beispiel »Psychoedukative Gruppen« (KNUF 2000, S. 53), zum Erkennen von Frühwarnsymptomen, die eine nahende Psychose ankündigen und zu einem Arztbesuch mit Erhöhung der Dosierung führen sollen. Die äußere Autorität der ÄrztInnen wird in die Innerlichkeit des Patienten verlegt.

Diese Macht des medizinischen Diskurses begründet sich jedoch weniger in dem Kontrollaspekt, sondern vor allem in der Entlastungsfunktion, die er für die MitarbeiterInnen sowie für die PatientInnen ausübt. Die Akzeptanz einer psychiatrischen Diagnose und die Durchführung einer medikamentösen Behandlung verspricht den PatientInnen eine Erklärung für das Unheimliche, eine Entlastung von Verantwortung und das Versprechen auf Heilung. Fritz beschreibt diese hilfreiche Seite des medizinischen Krankheitsmodells:

Hilfreich insofern, dass man unmittelbar auch im Gespräch schon eine bessere Aufklärungsarbeit betreiben kann für den Angehörigen, für den betroffenen Besucher selbst, der ja auch sehr neugierig ist, was seine Erkrankung angeht. Auch darüber Entlastung findet, wenn man ihm erklären kann, was für eine Krankheit das ist und wieso das eben ein typisches Bild ist, das er da abgibt, und dass das jetzt nicht was so Individuelles – es ist klar, es ist definiert in Lehrbüchern – »Ah ja«, also dann fällt schon eine gewisse Last von ihm. Er kann persönlich abrücken auch und sich selbst eher auch mal als Patienten sehen. Nicht als so verschrobenen irren Typen. Das ist halt nur eine bestimmte Seite von ihm, die jetzt gerade so auffällt. Aber wenn er beim Heilungsprozess mitmacht auch, wird er wieder gesund und so weiter. Also da bin ich froh um dieses weitere Hintergrundwissen. Sehr froh. (Fritz, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 275)

Die Einordnung der Störung des Klienten in die Psychopathologie ist für Fritz ein ganz entscheidender Bereich seiner Arbeit. Für die KlientInnen ist es aus seiner Sicht wichtig, von den ExpertInnen »aufgeklärt« zu werden, die Verantwortung für ihre Probleme abzugeben und dafür das Versprechen der Heilung zu erhalten. Der medizinische Diskurs ist in seiner Wirkung also nicht an die Berufsgruppe der ÄrztInnen gebunden. So vertritt der Sozialpädagoge Fritz eindeutig das biologisch-medizinische Modell (siehe oben), während der Arzt Ludwig sich als Sozialpsychiater versteht und offen ist für andere Sichtweisen neben der biologisch-medizinischen.

Und sich auch die Anregung, ohne jetzt da auf den Zeitgeist zu springen, aber hinzuhören, was wollen die Betroffenen oder auch die Angehörigen? Das mehr ernst zu

nehmen. Da haben wir ja auch eine Diskrepanz zwischen dem, was wir meinen, was wichtig ist, und was die wichtig finden, ja? Wir sagen, es sind die Medikamente, und die sagen, das ist die Beziehung oder so was, ja? Und ich glaube, es geht auch nur, indem sich die unterschiedlichen Vorstellungen annähern. Also zwischen dem, was Patienten wollen, und was wir denken, was für sie richtig ist. Sonst können wir sie nicht bei der Stange halten. (Ludwig, Arzt, Berlin, Z. 460)

Ludwig stellt den medizinischen Diskurs in Frage, indem er die Perspektive der Betroffenen und der Angehörigen übernimmt. Als Arzt vertritt er zwar den medizinischen Diskurs, durch seine sozialpsychiatrische Sozialisation und durch das Setting, in dem er arbeitet (im Unterschied zu niedergelassenen PsychiaterInnen), kann er auch andere Sichtweisen respektieren. Zumindest aus ökonomischen Erwägungen heraus findet Ludwig es sinnvoll, auf die Angehörigen und die PatientInnen zu hören, weil das die KundInnen »bei der Stange hält«.

#### Wahnsinn als Objekt der Medizin

Bereits in den obigen Zitaten wurde deutlich, dass der medizinische Diskurs psychopathologische Begriffe produziert, um damit das abweichende Verhalten zu erklären. Gleichzeitig schüren Begriffe wie Schizophrenie oder Psychose diffuse Ängste. Diese wiederum können durch die Autorität und die Erklärungs- und Heilversprechen der ÄrztInnen in Schach gehalten werden. Besonders deutlich wird das in der Beschreibung von Carsten.

Ich habe eine Menge Menschen, die depressiv [...] sind, Depressionen haben, und lassen sich so mit diesem biologistischen Bild von Hirn und Synapsen [...] und Anlegenstellen und Informationsweitergabe behindert oder nicht-behindert – eigentlich schon sehr einsichtig machen. Und dass da eine regelmäßige Tabletteneinnahme was sehr Wesentliches ist, damit einfach der Informationsfluss weiterhin gewährleistet ist und nicht irgendwelche Teile, Bruchstücke nur kommen, die dann so verwirrend wirken, dass man sie eh nicht mehr entziffern kann. Ich denke, da läuft es ganz gut. Problematisch ist es natürlich in dem ganzen bipolaren Bereich, wenn die Manie auftaucht. Ist dann so der Punkt, wo ich bei längeren Begleitungen immer gucke, wann war er das letzte Mal beim Doktor, wie viele Medikamente nimmt er, nimmt er es regelmäßig, ich versuche die Umgebung mit einzubeziehen – in genau diesen Zeitpunkten. Ja. Psychotische Klienten habe ich im Moment ganz, ganz wenig. Und das, was man früher so schön, diese wahnhaften Dinge sah, die sieht man heute nicht mehr. Mit der Chemie – die sind weg. (Carsten, Psychologe, Bayern, Z. 132)

Carsten scheint sich mit den Begriffen »biologistisch« und »Chemie« auf kritische Weise von dem medizinischen Diskurs zu distanzieren. Diese Distanzierung

bleibt aber an der Oberfläche. Die logischen Erklärungen der Medizin, die abweichendes Verhalten »einsichtig« machen (im wörtlichen Sinne, indem sie dem Patienten in das Gehirn auf die Synapsen blicken), bewegen sich auf biologischer Ebene, sind deswegen von den Betroffenen nicht verstehbar und beeinflussbar. Die Klientin/der Klient wird reduziert auf ein passives medizinisches Objekt, es gibt nichts Verwirrendes, keine Unsicherheit. Aus dieser sicheren Position kann Carsten ein exotistisches Interesse an »wahnhaften Dingen« formulieren und sein Bedauern über ihr Verschwinden äußern. Der Wahnsinn verliert seine beunruhigende Kraft durch die Erklärungen und Behandlungen der biologischen Medizin. Carsten beschreibt »Menschen, die Depressionen haben«, er spricht von »der Manie«, die »auftaucht«. Hier wird deutlich, wie die Diagnosen der Psychopathologie sich verselbstständigen, KlientInnen durch ihre Diagnose zu einer homogenen Gruppe zusammengefasst werden und ihr Verhalten auf dem Hintergrund der medizinischen Diagnose interpretiert wird. Besonders deutlich zeigt sich das bei Gudrun:

Auch so unsere Depressiven einfach, denen es jetzt eigentlich objektiv, wenn man sie so anschaut, die wirklich alles haben! Die eigentlich abgesichert wären, die sich ein schönes Leben machen könnten. Aber wegen ihrer Depression mit der Antriebslosigkeit halt nix, nix auf den Weg bringen und nix schaffen irgendwo, was einen selber einfach oft auch aggressiv macht, gell, obwohl man weiß, woher es kommt, sie können nicht anders. Ja. Und dann natürlich unsere Persönlichkeitsstörungen, das ist natürlich eh so ein Thema für sich. Dass sie das immer wieder schaffen, dass sie einen auf die Palme bringen. (Gudrun, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 190)

In der Bezeichnung »unsere Depressiven«, »unsere Persönlichkeitsstörungen« klingt neben der Etikettierung (das Individuum verschwindet hinter der Diagnose) auch eine Vereinnahmung, ein Besitzverhältnis mit. Über die psychiatrische Diagnose werden die KlientInnen nicht nur zum Behandlungsobjekt, sondern zum Eigentum der Psychiatrie oder der sie Behandelnden. In Abgrenzung zu den Behandlungsobjekten bildet sich ein »Wir«, in der Erzählung von Gudrun gilt dieses »Wir« dem Team des SpDi. Außerdem werden mithilfe der Diagnosen Ursachen für unverständliche Verhaltensweisen gesucht: »man weiß, woher es kommt«. Der Status der Krankheit dient dazu, eigene Gefühle (Ärger gegenüber KlientInnen) in Schach zu halten, die Patienten »können nicht anders«, weil sie krank sind.

Die Kodes der Psychopathologie verdichten eine Vielzahl von Informationen in einer Diagnose und die Kommunikation zwischen den Professionellen in der Sozialpsychiatrie über KlientInnen wird stark durch diese medizinischen Diagnosen geleitet. Der medizinische Diskurs dient dabei auch der Herstellung von Gemeinsamkeit unter den Professionellen. Er bildet eine eingeweihte Gemeinschaft von Fachleuten, indem bei der Erwähnung von bestimmten psychiatrischen

Diagnosen eine Vielzahl von Assoziationen, Bildern, Ursachen und Zusammenhängen aktiviert wird. Auch in den Interviews wurden häufig Diagnosen genannt, um die Fallgeschichten nachvollziehbar zu machen.

Einer meiner Telefonpatienten – ich denke, er hat eine Persönlichkeitsstörung und darauf aufgesetzt was Paranoides – dessen Frau war ... (Andreas, Arzt, Berlin, Z. 100)

Die Macht der Medizin liegt in der Kategorisierung von Menschen durch Diagnosen. Bei jedem Fachmann wecken sie Bilder und Erinnerungen. Sie dienen somit der Herstellung von Gemeinsamkeit in der Sicht der Professionellen auf die KlientInnen, die zu einem medizinischen Fall werden.

### **Herstellung von Eindeutigkeit und Handlungsfähigkeit**

Der medizinische Diskurs übersetzt komplexes, bedrohliches und unordentliches menschliches Verhalten in medizinische Pathologie, um juristischen Voraussetzungen gerecht zu werden und eingreifen zu können.

Bei Leuten, die gar nicht, wenn man es einmal oder zweimal probiert hat, die da gar nicht einsichtsfähig sind, also die wirklich akut psychotisch sind oder sonst irgendwas, da ist es bei mir schon so, dass sich die Frage dann gar nicht mehr stellt, ob das gerechtfertigt ist. Zum Beispiel einen Betreuer oder so anzuleiern. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 220)

Die Diagnose »akut psychotisch« dient dazu, klare Begründungen für eine Einweisung oder Betreuung zu liefern. Sie bezeichnet die Grenze zwischen Normalität und Wahnsinn. Wenn die medizinische Diagnose »nicht einsichtsfähig«, »akut psychotisch« gefallen ist, gibt es keine Frage mehr, es »wird ein Betreuer angeleiert«. Das medizinische Modell hat in der Sozialpsychiatrie eine dominante Position. Es erscheint nicht als eine Haltung, wie der psychotherapeutische Diskurs oder als eine gesellschaftliche Vereinbarung, wie der juristische Diskurs, sondern erhebt den Anspruch auf wissenschaftlicher Basis objektive Wahrheiten zu suchen. Damit bleibt der medizinische Diskurs größtenteils außerhalb der ethisch-politischen Diskussion.

Oder es kann dann auch eine Krise vorkommen, dass man im Gespräch ist und kurz danach sagt dann die Verwaltungskraft: »Bitte ganz schnell den Herrn Soundso anrufen, der macht sich Sorgen um seine Tochter, er weiß nicht weiter.« Dann macht man aus, okay, nach Dienstschluss besucht man die Tochter. Die verweigert sich dem Vater und den anderen Familienangehörigen. Und dann stellt sich heraus, dass sie eine maniforme Psychose hat, und – ja, eine Einweisung in die stationäre Behandlung dringend nötig ist. Ich informiere den Vater darüber, was er auch tun kann, am nächsten Tag

eben Arztbesuch, der Arzt muss sich mit dem Gericht ins Benehmen setzen, dass da ein Vormundschaftsrichter den Einweisungsbeschluss rausschreibt, dann, wenn er es sich zutraut, dann schlägt er sich vielleicht gleich als Betreuer vor, das ist dann doch leichter für den Richter als dann die Information an den Angehörigen. Und weil das ein strammer Feldweibel ist von Berufs wegen (Interviewer lacht), marschiert der am nächsten Tag durch alle Institutionen und ist abends Betreuer und hat den Einweisungsbeschluss. Und dann, na ja wenn seine Tochter nicht freiwillig mitgeht, dann muss halt Polizei und Krankenwagen mit behilflich sein. Das ist jetzt so ein Krisenfall. (Fritz, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 75)

Der medizinische Diskurs erklärt störendes Verhalten als »maniforme Psychose« und bietet Möglichkeit zur Behandlung. Der juridische Diskurs dient dem Durchsetzen der medizinischen Behandlung gegen den Widerstand der Betroffenen. Die Gefahr liegt in der Individualisierung und Pathologisierung des sozialen Konfliktes. Der Konflikt in der Familie wird zur »maniformen Psychose« der Tochter. Durch die Formulierung von Fritz (eine maniforme Psychose »stellt sich heraus«) wird der hegemoniale Anspruch des medizinischen Diskurses deutlich, der für sich in Anspruch nimmt, die grundlegenden (körperlichen) Ursachen dieses familiären Konflikts zu beschreiben. Der medizinische Diskurs erlaubt außerdem eine distanzierende Haltung von Fritz gegenüber der Person der Tochter, da ja objektiv eine Krankheit vorliegt, die diese unzurechenbar macht. Die Maßnahmen, die eingeleitet werden, wären ohne die medizinische Diagnose rechtlich nicht durchsetzbar.

### Zusammenfassung

Der medizinische Diskurs schützt vor der beunruhigenden Fremdheit des Wahnsinns. Er sorgt für Klarheit in chaotischen und unübersichtlichen Krisensituationen, indem er ein Diagnoseraster anbietet, das verrücktes Verhalten auf eine individuelle Krankheit zurückführt. Dadurch bietet er einfache Erklärungen und Lösungen für komplexe Probleme und entlastet von Verantwortung. Der medizinische Diskurs bildet darüber hinaus auch Identität, indem er ein »Wir« der Gesunden und Vernünftigen gegenüber den Borderline-PatientInnen oder KlientInnen mit Depressionen abgrenzt. Diese Distanz wirkt als Schutz für die Professionellen, macht aber auch hilflos, weil mit der Akzeptanz des medizinischen Diskurses in Krisensituationen keine Alternativen zur medikamentösen Behandlung mehr in den Sinn kommen.

### 5.3.2 Psychotherapeutischer Diskurs

Trotz der Bemühungen biologisch orientierter Forschung ist eine befriedigende medizinische Erklärung für Psychosen noch immer nicht gefunden worden. Deswegen bleibt die Medizin im psychiatrischen Feld auf den psychotherapeutischen Diskurs angewiesen. Die psychotherapeutische Grundlage sozialpsychiatrischer Arbeit lieferte in den Siebzigerjahren die *Verhaltenstherapie*, die durch ihre Methodik und die Messbarkeit ihrer Erfolge gut mit dem naturwissenschaftlichen Paradigma der medizinisch-biologischen Psychiatrie kombinierbar ist. Auch wenn nicht explizit ausgewiesen, bilden verhaltenstherapeutische Konzepte die Grundlage der stufenweisen Rehabilitation, der Heranführung an Selbstständigkeit und des Einübens von sozialen Fertigkeiten und Selbstbewusstsein in der sozialpsychiatrischen Arbeit (BRUNS 1998).

Die *klientenzentrierte Gesprächstherapie* nach ROGERS (1951) bildete das humanistische Pendant zur Verhaltenstherapie. In ihrer einführenden und akzeptierenden Haltung sahen viele MitarbeiterInnen allgemeinemenschliche Beziehungsbedürfnisse aufgehoben. Mit dem Glauben an das Wachstumspotenzial der KlientInnen lieferte die Gesprächstherapie eine humanistische Utopie, die auf fruchtbaren Boden fiel.

Seit den Achtzigerjahren lässt sich die zunehmende Verbreitung des *systemischen Paradigmas* beobachten. Es hat vor allem das Bewusstsein für fehlende oder problematische Aufträge in der sozialpsychiatrischen Arbeit geschärft. Das lösungsorientierte Vorgehen der systemischen Haltung ermöglicht kurzfristiges, eng eingegrenztes Handeln auch unter schwierigen Bedingungen, z. B. in Zwangskontexten (SCHWEITZER et al. 1991). Die pragmatische Orientierung des systemischen Paradigmas ist außerdem gut kompatibel mit dem zunehmenden Gebot der Wirtschaftlichkeit und Effizienz der Hilfen. Systemische Sprache und Konzepte haben eine große Ähnlichkeit mit den Ansätzen, die im Qualitätsmanagement Verwendung finden. Obert vermisst dementsprechend die ethische Orientierung in den systemischen Ansätzen.

Sich um jemand zu kümmern oder nicht hängt davon ab, ob ein Auftrag vorliegt oder formuliert werden kann. Wenn kein konkreter Auftrag abzuleiten ist, kann die Beendigung oder Nichtaufnahme des Kontaktes legitimiert werden. So entsteht erneut das Risiko der therapeutisch gerechtfertigten Selektion, obwohl Hilfsbedürftigkeit besteht. (OBERT 2001, S. 120)

Die Veränderungsprozesse im Rahmen des Qualitätsmanagements stehen im Dienste der Autonomie, der Vernunft und der Effizienz. Wo bleiben die sperrigen, ängstigenden, unvernünftigen, lustvollen, lethargischen und aggressiven Aspekte, die doch im Wahnsinn so stark ausgeprägt sind? Die *Psychoanalyse*, die diese Seite berücksichtigt, spielt als Behandlungstechnik kaum eine Rolle in der Sozialpsychiatrie.<sup>8</sup>

Allen psychotherapeutischen Konzepten gemeinsam, ist die Konkurrenz zu dem medizinischen Diskurs.

### **Kampf mit der medizinisch-biologischen Psychiatrie**

In besonderer Weise zeigt sich bei Petra der Konflikt zwischen einer psychodynamisch orientierten Sicht auf psychische Störungen und der medikamentenorientierten klassisch-psychiatrischen Sichtweise. Während in den anderen Interviews dieser Konflikt eher am Rande angesprochen wurde, ist er bei Petra der zentrale Inhalt. Sie identifiziert sich stark mit der therapeutischen Arbeit mit Psychosepatientinnen (es sind durchgängig Frauen, von denen sie erzählt).

Eine Frau, die ich schon sechs Jahre begleite, die eine psychotische Erkrankung hat, hatte, [...] also mit Mitte 20 ist sie zum ersten Mal verrückt geworden, und mehrere Jahre war sie dekompenziert, von einer Klinik in die andere, Krankenhausaufenthalte. Und dann war sie ein bisschen stabilisierter. Und dann hat sie ein Kind geboren, und dann hat sie angefangen, mit mir Gespräche zu führen. Und mit der mache ich jetzt sechs Jahre. Und die war da, die ersten vier Jahre war sie relativ auf ihrem Niveau stabil, also nicht wieder verrückt geworden und in der Klinik, und dann ist sie jetzt aber in den letzten drei Jahren und jetzt eben gerade zu Ostern wieder dekompenziert. Und, und da war ich also jetzt beim letzten Mal zu Ostern ziemlich traurig, also weil sie hatte ein sehr gutes Jahr davor, auch eins, wo ich das Gefühl hatte, dass, oder auch aus ihren Äußerungen, dass da so Heilung stattgefunden hatte. Also sie hatte sehr – sehr viel Selbstachtung und Selbstwertschätzung entwickelt, hatte so Erfahrungen beschrieben, wie da hat zwölf Jahre ein Kampf in ihrem Inneren getobt, so ein Krieg zwischen verschiedenen Seiten ihrer Seele. Immer sich so widersprüchlich, so zerrissen gefühlt, und jetzt war da was zusammengekommen, sie fühlte sich friedlicher, mehr bei sich, also so, dass ich richtig so ein Gefühl hatte: Siehste, da ist was heil geworden. Und zwar wirklich auf einer tiefen Ebene in ihrer Seele und nicht nur wegen – Taxilan. Oder pharmakologischer Krücken. Und dann ist sie dekompenziert, und da hab ich so gedacht: Scheiße, jetzt kannst du aber wirklich, kannst du deine Heilphilosophie und deine therapeutischen Bemühungen an den Nagel hängen, die Doktors haben doch

---

8 Eine psychoanalytische Kritik der sozialpsychiatrischen Arbeit findet sich in Kapitel 6.2.2

Recht, diese Menschen, die sind eben so dünnhäutig und die brauchen lebenslänglich einen pharmakologischen Reizschutz. Und – Psychotherapie, na ja gut, kann man machen, aber – also da war ich ziemlich traurig und so an mir selbst irre geworden, an meiner Philosophie. (Petra, Psychologin, Berlin, Z. 186)

Petras Art, sich auf die Klientin einzulassen, in eine emotionale Nähe zu gehen, ist hilfreich, macht sie aber auch empfindlich gegenüber Rückschlägen. Weil auch in Petras Verständnis eine Heilung möglich ist, also ein Unterschied zwischen gesund und krank gemacht wird, ist sie sehr enttäuscht, als die Klientin wieder »dekompensiert«. Indem Petra den Begriff des medizinischen Diskurses benützt, wird sie von der Logik des Diskurses gefangen: Sie verliert den Glauben an ihre eigene Behandlungsmethode. Offensichtlich ist es schwer, sich von der Herrschaft des medizinischen Diskurses frei zu machen, denn warum sollte Petra die erneute psychotische Phase nicht im Rahmen des seelischen Wachstumsprozesses der Klientin verstehen? Erfolg heißt wohl für sie auch erst mal Symptomfreiheit und keine weiteren Krankenhausaufenthalte. Erst über die Supervision kann sie sich auf die Individualität und den Veränderungsprozess der Klientin einlassen.

Es ist schon doch auch ein Unterschied, so diese Art, wie sie jetzt durch diese Krise durchgegangen ist, ne, das hat nicht so lange gedauert, sie ist ziemlich schnell in die Klinik gegangen, bevor sie das absolute Chaos in ihrer Wohnung oder in ihrem Alltag angerichtet hatte. Also sie hat nicht so viel zerstörerische Energie freigesetzt, schneller in die Klinik gegangen, schneller wieder rausgekommen, schneller wieder in den Alltag integriert. Auch mehr Kontakt zu der psychotischen Erfahrung, also den Inhalten dessen, was sie da erlebt hat, das konnte sie zum ersten Mal mir im Nachhinein auch erzählen, angstfrei, und jetzt denk ich: Na ja gut, ist doch nicht alles umsonst gewesen. (Petra, Psychologin, Berlin, Z. 210)

Das Empfinden einer persönlichen Niederlage im Kampf gegen die klassische Psychiatrie verstellte Petra offenbar die Sicht, die eigene Kränkung überdeckte die Wahrnehmung der Entwicklungen bei der Klientin. Tatsächlich hinterlassen die äußerst emotional engagierten Erzählungen Petras den Eindruck, sie spreche, wenn sie von Klientinnen erzählt, immer auch von sich selbst. Diese persönliche Identifikation mit dem psychotherapeutischen Ansatz stürzt Petra in schwere Krisen, wenn sie in dem Kampf gegen den übermächtigen medizinischen Diskurs unterliegt. Petras Ansatz bleibt ein exklusives Konzept, denn sie arbeitet lediglich mit einer kleinen, speziellen Auswahl von Klientinnen.

Also ich meine, die Menschen, die zu mir kommen, die sind wirklich noch eine andere Spezies als so der stinknormale Verrückte – in Anführungsstrichen sag ich das immer –, wo meine Kollegen Hausbesuche machen und die dann zwangsuntergebracht werden, und dann kriegen sie ihre Psychopharmaka und gehen zurück in ihr Leben – also die Menschen, mit denen ich arbeite, das sind ganz klar welche, die sagen: »Ich will

nach innen schauen. Ich möchte meine Seele verstehen. Ich will mich nicht damit abfinden, einfach Psychopharmaka rein und ansonsten will ich mit dem gar nichts mehr zu tun haben. Ich möchte verstehen, ich leide!« Und das ist natürlich, das ist ein geringerer Prozentsatz, der den Weg gehen will. Von denen. Also es ist schon ein spezielles Klientel, was dann hier landet. Nämlich diese. Die ganz klar sagen: »Ja, ich möchte Gespräche.« Und erhoffen davon Unterstützung und: »Ich will mich kennen lernen. Ich will nach innen gehen.« Und das wollen ja nun wahrlich nicht alle, die verrückt werden. (Petra, Psychologin, Berlin, Z. 394)

KlientInnen für eine psychotherapeutische Behandlung sind privilegierte, nicht »stinknormale« Verrückte. Psychotherapie bleibt hier eine ausgewählte Behandlung für reflektierte KlientInnen und distanziert sich von der medizinischen Behandlung, die für Menschen zuständig ist, die zwangseingewiesen werden und sich nicht mit sich auseinandersetzen wollen. In der Aussonderung dieser therapieunwilligen Klientel liegt die Machtwirkung des psychotherapeutischen Diskurses. Petra profitiert davon durch die narzisstische Bestätigung als Psychotherapeutin. In der exklusiven Klientel begegnet sie einem Teil von sich selbst: Frauen, die sich auf die Sicht nach innen einstellen können. Das Fremde, das Andere in Form des »stinknormalen« (männlichen) Verrückten wird ausgegrenzt und der medizinischen Behandlung zugeführt.

#### **Koexistenz mit dem medizinischen Paradigma**

Neben der offenen Konkurrenz gibt es viele Formen von Vermittlungen zwischen psychotherapeutischem und medizinischem Diskurs. Ernst berichtet von seinem Modell der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen.

Ich hab da eine ganz pragmatische Haltung, man kann ja auch innerhalb des medizinischen Modells Unterschiede machen. Also wenn jemand auf Krankheit besteht, sowohl der Klient als auch der Psychiater, mit dem ich zu tun hab, kann man auch innerhalb des medizinischen Modells Unterschiede machen. Ich frag da manchmal meine Klienten, also wenn der Psychiater jetzt sie einschätzen würde, zu wie viel Prozent würde er sagen, Sie sind heute gesund oder krank? [...] Ich bin ja schon länger tätig auf dem Gebiet, ich versuche mich da halt anzukoppeln und die Sichtweise des anderen bestehen zu lassen. Und bei Medikamenten hab ich eine ganz pragmatische Haltung, ich frag eher meine Klienten, wie sie sich verhalten müssen, wenn ihr Psychiater meint, sie bräuchten mehr Medikamente, wenn die Dosis erhöht werden muss, wie sie sich verhalten müssten, damit sie weniger Medikamente benötigen. [...] Ich versuche immer auch, die Sichtweisen von anderen gelten zu lassen, bestehen zu lassen. Ich tu dann aber einfach meine Sichtweise auch aufzeigen. Das erlaub ich mir schon. (Ernst, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 312)

Der systemische Ansatz hilft Ernst beim Umgang mit der hegemonialen Macht des medizinischen Diskurses. Die Machtverhältnisse, die Rahmenbedingungen der Psychiatrie werden nicht kritisiert, sondern in ein Spiel einbezogen: Durch die Einnahme der systemischen Metaebene kann er die medizinische Krankheitslehre in seine Arbeit integrieren, aber auch relativieren. Ernst umgeht eine direkte Konfrontation und bleibt handlungsfähig.

In der folgenden Erzählung von Monika, deren Vater Medikamente gegen depressive Verstimmungen nahm, zeigt sich, dass der psychotherapeutische Diskurs (hier in Form einer Ausbildung in Familientherapie) auch den medizinischen unterstützen kann.

Ne, also weil ich hab ja dann auch vor zehn Jahren die Ausbildung gemacht in Familientherapie und da ist ja auch 'n Stück eigene Geschichte dabei und bei dieser Familienrekonstruktion meiner Familie hab ich gemerkt, dass ich auch viele gute Sachen gekriegt hab von meiner Familie. Also ich hab mich da ein Stück mit dieser Krankheit auch versöhnt. Also damals hab ich noch sehr geschimpft, ja diese verdammten Medikamente! Also noch als ich die Familienrekonstruktion gemacht hab, mein Vater hat immer starke Medikamente gekriegt, die ihn auch gedämpft haben und er wollte es aber auch so. Und da hab ich noch sehr dagegen angekämpft und ich weiß, unsere Anleiterin hat gesagt, sei doch froh, dass es so was gibt, sonst wär's ihm noch viel dreckiger gegangen (lacht). Und inzwischen seh ich das hier auch so. Dass ich es gut finde, wenn ein Mensch ohne Medikamente mit seinen Depressionen oder Ängsten umgehen kann, aber wenn er immer wieder merkt, er braucht 'ne gewisse Dosis, dann find ich das in Ordnung, dann find ich das besser als ohne dem. Hab ich auch hier viel gelernt. (Monika, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 500)

Als junge Angehörige hat sich Monika über die Medikamente und deren »dämpfende« Wirkung geärgert. Im Rahmen ihrer Professionalisierung durch eine Therapieausbildung wurde ihr die hilfreiche Seite der medikamentösen Behandlung durch eine Ausbilderin nahe gebracht. Monika hat daraufhin ihre emotionale Position zu Gunsten einer rationalen verlassen und die Problematik der medikamentösen Symptombehandlung individualisiert: Jede/r soll selbst entscheiden, ob sie/er Medikamente nimmt oder nicht. Mit dem Rückgriff auf die autonome Entscheidungsfreiheit des Einzelnen gelingt es Monika, die eigene Erinnerung, ihre alte intuitive Ablehnung gegenüber Medikamenten zu verlassen.

Mithilfe der Ideologie des frei entscheidenden Individuums wird ein gesellschaftliches Phänomen (die mangelnden Alternativen zur medikamentösen Therapie) zu einer privaten Entscheidung. Auf diese Weise ermöglicht sich der psychotherapeutische Diskurs eine Koexistenz neben dem medizinischen: Dem therapeutischen Ideal der Selbstbestimmung und der Selbstverwirklichung wird die Freiheit der Entscheidung für ein Leben unter Psychopharmaka als ein mögliches Modell subsumiert.

Es zeigen sich also verschiedene Formen der Koexistenz: Durch die Taktiken der moralischen Erhöhung (Beispiel Petra im vorhergehenden Abschnitt), des Besetzens einer Metaebene (Beispiel Ernst), der Anpassung (Beispiel Monika) gelingt es dem psychotherapeutischen Diskurs, einen Ort neben dem mächtigen medizinischen Diskurs zu besetzen.

### Der psychotherapeutische Diskurs als Reflexionsebene

Eine wichtige Rolle spielt der psychotherapeutische Diskurs als Reflexion der eigenen Arbeit und schafft so die notwendige Distanz zum Alltag.

Also ich kann mich an eine Situation erinnern, wo ich sie in die Klinik gebracht habe und sie gleich gesagt hat, sie bleibt da nicht, sie läuft hier weg, und dann wollte sie dann doch wieder bleiben, und wir haben da im Klinikfoyer, also vor dem Büro des Oberarztes drei Stunden lang gezofft. [...] Das ging dann so lang, bis ich selber angefangen hab zu heulen. Also wo ich einfach nicht mehr konnte. Und dann hat sie plötzlich umgeschwenkt und war ganz lieb, und – nein, ich soll nicht sauer sein und hat mich in den Arm genommen, und – ich hab gedacht, wo sind wir denn (lacht)? Also da – ein furchtbarer Zirkus! Also und da hab ich mich dann einfach nicht mehr Herrin der Lage gefühlt. Und ich würde sagen, das hat es so schwer gemacht, so Gefühlsintensität, plus so eine ewige Ambivalenz, sich nie auskennen, plus immer der Notfalldruck, plus die Tatsache, dass ich sie eigentlich auch irgendwo ganz gern hatte. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 157)

Bettina gerät in eine Verstrickung mit der Klientin, ihr fehlt die professionelle Distanz. Der Einsatz des psychotherapeutischen Diskurses in der Erzählung (Stichwort: »Ambivalenz«) dient dem Versuch die Beziehung zu reflektieren, aus der gefühlsverwirrenden Nähe zu der Klientin herauszukommen und wieder »Herrin der Lage« zu werden. Auch im folgenden Beispiel dient der psychotherapeutische Diskurs der Selbstreflexion von subjektiven Bedrohtheitsgefühlen.

Das war eben ein Mann so meines Alters, und der war – weiß ich nicht, der hatte durch einen Unfall auch irgendwie, konnte nicht gescheit laufen, und der hat immer sehr gewaltvoll auch gesprochen und so auf den Tisch gehauen und – und da lag dann eben immer so ein Messer auch auf dem Tisch [...] und diese Gewaltigkeit von dem – Obwohl er nicht laufen konnte, ich hätte weglaufen können, aber das war trotzdem für mich als Frau dann auch in dem Moment nicht – ja, ich hab mich bedroht gefühlt. Weil ich aus meiner Familie eben auch so eine Geschichte kenne. Und das kam dann da hoch in dem Moment. [...] da ist mein Trauma also auch wieder hochgekommen, und das war dann unvereinbar für mich, also ich konnte da nicht mehr frei hinfahren zu dem. (Vera, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 300)

Der psychotherapeutische Diskurs (Stichwort »Trauma«) dient dazu, die Angst zu erklären und seine Autorität unterstützt die notwendige Grenzziehung. Vera entscheidet sich auf Grund ihrer persönlicher Betroffenheit den Fall an jemand anderen aus dem Team abzugeben.

Ernst erzählt eine Situation, in der er Zwangsmaßnahmen ergreifen musste, mit Hilfe des systemischen Paradigmas begründet er sein Vorgehen.

In der Wohngemeinschaft hab ich das schon erlebt. Also wo wir dann mit Hilfe eines Betreuers einen Unterbringungsbeschluss erwirken mussten. Wobei wir vorher dem Klienten aufgezeigt haben, was wir tun müssen sozusagen, neue Optionen mit ihm durchgespielt haben, er aber dann – ich verstehe es als Entscheidung – sich für das entschieden hat. Also wir haben vorher gesagt, was wir tun müssen, entsprechend seines Verhaltens, und haben ihm Optionen aufgezeigt, und ich hab es dann als Entscheidung genommen. [...] Das Verhalten ist ja auch eine Botschaft. (Ernst, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 240)

Der psychotherapeutische Diskurs in systemischer Ausprägung wirkt in den Erzählungen von Ernst professionell, distanziert und greift auf eine organisatorisch-technische Weise in das Leben von Menschen ein. Dieser Diskurs geht auf sehr rationale Weise gegen die Unvernunft vor. Ernst versucht nicht, sich in den Klienten einzufühlen oder seine Motive nachzuvollziehen, er versteht die Handlungen des Klienten als Ausdruck rationaler Entscheidungen. Die systemische Haltung ermöglicht offensichtlich eine rationale Distanzierung, mit deren Hilfe die Zwangsmaßnahmen und die Reaktion des Klienten für die MitarbeiterInnen emotional erträglich werden.

### Zusammenfassung

Ähnlich wie der medizinische Diskurs kann auch der psychotherapeutische Diskurs als Distanzierung genutzt werden. Der psychotherapeutische Diskurs (mit Ausnahme des systemischen) lässt jedoch mehr Raum für emotional beunruhigende Beziehungserfahrungen, der Wahnsinn bleibt spürbar, während er im medizinischen Diskurs verstummt. Der psychotherapeutische Diskurs lässt mehr Verschiedenheit zu, er vereint unterschiedliche Konzepte von humanistischen bis systemischen Ansätzen. Normalität wird weniger durch Konstruktionen von Abweichung, sondern eher durch Gesundheitsideale geschaffen. In ihnen zeigt sich die Ideologie des freien Individuums, dass sich selbst verwirklicht (humanistische Konzepte) oder rational entscheidet (systemische Ansätze).

### 5.3.3 Juridischer Diskurs

Die Psychiatrie unterscheidet sich von anderen psychotherapeutischen Feldern dadurch, dass ein großer Teil der PatientInnen nicht freiwillig von sich aus Hilfe sucht. Menschen, die als psychisch krank diagnostiziert wurden, werden in Situationen, in denen Selbst- oder Fremdgefährdung besteht, auch gegen ihren Willen einer psychiatrischen Behandlung zugeführt. Damit muss sich die therapeutische Arbeit teilweise auf den juridischen Diskurs in Form von Zwangsmaßnahmen stützen.

#### Die Grenzen des psychotherapeutischen Diskurses

KlientInnen, die für Hilfsangebote nicht erreichbar sind und die keine Krankheitseinsicht zeigen, lösen aus bei vielen professionellen HelferInnen Ohnmacht und Hilflosigkeit aus. Sie sind nicht mit Worten zu bewegen, sondern nur durch Zwang und Gewalt. Das ist für die therapeutisch Tätigen schwer auszuhalten.

Beängstigend ist fast jede Situation für mich, wo Gewaltandrohung im Raum steht, körperliche Gewaltandrohung, Zwangsmaßnahmen im Raum stehen. Weil es nicht gelang, dem Klienten es einsichtig zu machen, dass ein Klinikaufenthalt doch was sehr Sinnvolles sei. Und da – macht mir einfach diese Zwangssituation Angst, wenn die Polizisten die Handschuhe vom Gürtel holen und sie anziehen. Das betrifft mich immer sehr und belastet mich dann furchtbar. (Carsten, Psychologe, Bayern, Z. 211)

Der juridische Diskurs ermöglicht dort einzugreifen, wo psychotherapeutisches Handeln seine Grenze findet. Für Carsten ist das eine große Belastung, er identifiziert sich mit dem Klienten in der oben beschriebenen Szene. Nicht so für Fritz, der vor seiner Tätigkeit in einem SpDi als rechtlicher Betreuer tätig war und daher diese Seite der Arbeit kennt.

Gerade bei manischen Psychosen ist das ja eindeutig, dass keinerlei Einsicht da ist. Dann muss man halt, oder als Betreuer – ich war mal sechs, sieben Jahre Betreuer – da muss man ja wirklich ganz massiv in das Leben des anderen eingreifen, und also hier auch, dass man eben einen Betreuungsantrag stellt ans Gericht, und dann natürlich wenn offenbar wird, dass der Mensch sich nicht mehr helfen kann, aber das nicht glaubt und versteht, dass jetzt der Spielraum für ihn enger wird, dass er im Bezirkskrankenhaus landet. [...] Ich denk, dass ich mittlerweile den Blick habe, dass ich sag, so geht es nicht mehr. Also er gefährdet sich selbst, er richtet auch eventuell was an. Also ich hab ja auch konkret den Auftrag, entsprechend dann die äußeren Bedingungen zu schaffen, dass er – also den hab ich ja. Das wäre einer der größten professionellen Fehler, das zu übersehen, nur weil man sich scheut, dass da jetzt ein Eingriff in die Freiheitsrechte

natürlich nötig ist. [...] Als ich angefangen habe in der Sozialarbeit, da war ich eben dieser Betreuer [...] und das war eine wunderbare Einführung in diesen anderen Teil des Berufs, da eben jetzt nicht im ersten Moment als der Helfer dazustehen, sondern das verabscheuungswürdige Individuum zu sein. (Fritz, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 199)

Die Problematik des Klienten wird von Fritz bereits in medizinisch-juridischen Termini beschrieben: »Manische Psychosen, keine Einsicht, gefährdet sich selbst, richtet etwas an.« Diese Termini begründen das Eingreifen in die Freiheitsrechte. Auf der Seite des Beraters/der Beraterin kann die klare juristisch-medizinische Position der Abwehr von Ambivalenzen, Unsicherheiten und der Distanzierung von Emotionen dienen. Die Betonung der »wunderbaren Erfahrung«, das häufige Verwenden des Wortes »natürlich« deutet daraufhin, dass Fritz sich seiner Position immer wieder versichern muss. Er stellt sich mit professioneller Härte dar, die sich nicht mehr berühren lässt. Die Formulierung »verabscheuungswürdiges Individuum« zeigt, dass sich Fritz sehr wohl in Frage gestellt sieht, auch für ihn ist das professionelle Handeln gegen den Willen der KlientInnen wohl nicht einfach. Er tut es, weil es sein muss, nicht weil er es gerne tut. Im weiteren Verlauf des Interviews antwortet Fritz auf die Frage, ob er sich von psychotischen Patienten schon einmal bedroht gefühlt hat.

Ja, bedroht höchstens, dass ich, da fühle ich mich dann vielleicht als beruflich Agierender bedroht, weil ich dann sehe, also jetzt muss ich was tun! Ich kann nicht weggehen! Beim Beratungszimmer, oder auch hier, wenn hier was ist. Jetzt muss ich den Hörer ergreifen und agieren. Weil ich kann ihn so nicht gehen lassen. Und wenn ich nichts tue, dann passiert was. Das Gespür ist da. Das ist vielleicht auch bisschen so eine Bedrohung, aber die dann sehr schnell eben so einen starken Aufforderungscharakter hat. Ja, da kommt natürlich auch hinzu, wenn ich jetzt nichts tue, der tut sich was an, man weiß, er war hier, – dann bin ich dran. [...] Wenn der Staatsanwalt hier rumkramt in den Akten, das möchte man ja dann doch gerade nicht. [...] Wenn ich jemanden gehen lasse, obwohl er jetzt hilfebedürftig und hilflos ist, da kann ich am nächsten Tag große Probleme haben. (Fritz, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 330)

Fritz befürchtet, wenn er »hilfebedürftige« KlientInnen nicht psychiatrischer Behandlung zuführt, ein juristisches Verfahren gegen ihn. Nicht die KlientInnen, die Hilfe brauchen stehen hier im Mittelpunkt, sondern die Angst des Beraters vor den juristischen Folgen, die es haben kann, sich gegen eine Psychiatrisierung zu entscheiden. In der Konsequenz bedeutet das, die KlientInnen im Zweifelsfall in die Klinik einweisen zu lassen. Die Angst vor juristischen Konsequenzen kann also dazu führen, das eigene Handeln nicht mehr therapeutisch zu begründen, sondern zur juristischen Absicherung lediglich dienstliche Maßnahmen zu vollziehen. Bedrohlich erscheint nicht die Andersartigkeit des verrückten Klienten, son-

dern die drohenden rechtlichen Konsequenzen bei unterlassener Hilfeleistung. Angst vor der Macht des Staatsanwaltes wird umgesetzt in Machtausübung in Bezug auf die KlientInnen. Die eigene Angst wird kontrolliert durch die Anwendung von Zwangsmaßnahmen.

Wenn ich jetzt sehe, da geht es den Berg runter und ich bin – gerade bei dieser Klientin, was ich jetzt gerade gesagt hab, wo ich einfach zuschauen muss im Moment, die spielt so mit ihren Tabletten, mit dem Alkohol, und wo ich jetzt langsam so ein bisschen in diese, in diese Funktion oder Rolle Kontrollinstanz auch reingedrängt werde, ob ich jetzt mag oder nicht. Aber ich muss irgendwann jetzt aktiv werden, weil halt sonst was passiert und ich dann irgendwo mit drinhänge. (Gudrun, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 265)

Der juridische Diskurs bekommt hier eine Art Gewissensfunktion: Er setzt bei Selbstgefährdung unter Handlungsdruck und zwingt dazu in einer Form zu handeln, die Gudrun unangenehm ist. Aber nicht nur der äußere Druck in Form von juristischen Konsequenzen macht zu schaffen, sondern auch das eigene Gewissen. MitarbeiterInnen von SpDi kommen häufiger in Situationen, in denen sie entscheiden müssen, ob eine Suizidgefährdung vorliegt.

»Er würde sich aber nie umbringen«, hat er gesagt. Also er würde seinem Leben kein gewaltsames Ende tun, würde nicht von der Brücke springen oder so. Und das hab ich ihm dann geglaubt. Wobei ich schon merke, es ist so ein leichter Zweifel in mir. Aber dafür hab ich mich entschieden. [...] Also in der Situation, im Kontakt mit dem Klienten kann ich das dann, also da ist das ganz klar für mich dann. Es ist dann hinterher so. Und dann parallel dazu mach ich oder hab ich jetzt gerade eine Heilpraktiker-ausbildung gemacht oder diese Geschichte da mit dieser Therapeuten-Prüfung da, und da war immer der Tenor: Die müssen sofort eingewiesen werden. Polizei und zack zack zack. Also wo ich dann immer in diesem Konflikt »Theorie ist so und Praxis ist halt dann noch mal anders« stand. Ich hab es auch im Team besprochen. Mei, und ein Restzweifel bleibt dann halt doch. Aber nur weil ich Zweifel habe, kann ich den Mann nicht einweisen lassen. (Doris, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 175)

Doris wendet sich gegen die klare und harte Linie, die in der Heilpraktikerausbildung vertreten wird. Sie entscheidet sich gegen die Einweisung aus einem inneren Gefühl heraus, dass sie den Klienten ernst nehmen kann und hält ihre Zweifel aus. »Nur weil ich Zweifel habe, kann ich den Mann nicht einweisen.« Sie vertraut den Äußerungen des Klienten, obwohl es eine Entlastung für sie bedeuten würde, ihn sicherheitshalber einzuweisen.

Nicht nur in den Extremsituationen bei Fremd- oder Selbstgefährdung entstehen Konflikte zwischen dem juridischen Paradigma der Korrektheit und Sicherheit und dem psychotherapeutischen Paradigma des Verständnisses und Vertrauens. Auch zwischen der Funktion Beamter/Beamtin und Therapeut/Therapeutin in den Berliner SpDi entstehen Spannungen. So berichtet Petra von einer Klientin,

die im Gespräch Informationen offenbarte, die auf einen Sozialamtsbetrug hindeuteten. Aus psychotherapeutischer Sicht war der Wunsch der Klientin, sich aus der Abhängigkeit von ihrer Mutter zu lösen, ein wichtiger Entwicklungsschritt. Rechtlich gesehen war die wohlhabende Mutter jedoch verpflichtet der Tochter finanziell beizustehen. Als Beamtin konnte Petra den Sozialamtsbetrug nicht decken und hat die Klientin dazu gebracht, die Vermögensverhältnisse der Mutter offen zu legen. Wäre Petra eine niedergelassene Psychotherapeutin, wäre sie nicht in ein solches Dilemma geraten.

Ich hatte das jetzt schon zweimal, dass Klientinnen sich mir in der therapeutischen Situation anvertrauten und dass sie im Grunde genommen Sozialamtsbetrug machen. Ne? Und das eine Mal war es wirklich, also daran ist die therapeutische Beziehung nicht kaputtgegangen, aber es war eine heftige Krise. Weil also da, ich kann das, es steht ja unter Schweigepflicht, ich sag ja keinen Namen, also es war so eine Situation, wo eine Frau schwere Konflikte mit ihrer Mutter hatte, also eine ganz schlechte Beziehung zu ihrer Mutter, schon viele Jahre, bevor sie überhaupt uns bekannt war, und da hatte sie, als sie damals Sozialhilfe beantragt hatte, gesagt, ihre Mutter ist gestorben. Weil auf einer psychischen Ebene war die gestorben. Aber die lebte noch, und die ist auch nicht arm. Und dann war so ein Punkt, wo wir sagten: Wir sind Beamte, wir können das nicht decken. Weiterhin noch jetzt Maßnahmen zu beantragen, wo wir wissen – so. Und dann haben wir sie, habe ich sie damit konfrontiert. Also dass ich das nicht weiter so tragen kann. Und da, und unterm Strich hat sie das dann offen gelegt und kriegt jetzt rechtmäßig Sozialhilfe. Also es hat gar nichts an ihrer Situation verändert außer, dass es jetzt offen gelegt ist, dass ihre Mutter noch lebt, dass sie trotzdem nicht herangezogen wird, dass sie trotzdem Sozialhilfe kriegt. Aber das war so ein Stolperstein, wo sie auch gesagt hat: »Scheiße, hätte ich meinen niedergelassenen Therapeuten, dem hätte ich das alles erzählen können, jetzt weiß ich ja gar nicht« – »Also wir mussten dann ne ganze Weile Beziehungsklärung machen danach, ne?« (Petra, Psychologin, Berlin, Z. 324)

Der Konflikt zwischen dem Auftrag der Institution und dem Bedürfnis der Klientin liegt in Berlin auf der Hand: Die MitarbeiterInnen sind BeamtInnen, sie arbeiten in einer Behörde. Damit ist ein wichtiger Unterschied zu niedergelassenen TherapeutInnen gegeben, aber Petra geht damit offen um. Es wird zwar ein bisschen »schlüpfrig«, aber sie trifft eine bewusste Entscheidung die Klientin mit der rechtlichen Seite zu konfrontieren. Man kann mutmaßen, dass diese Entscheidung für die Klientin in der Auseinandersetzung mit ihrer Mutter ein wichtiger Schritt war, die reale Ebene von der psychischen zu trennen, der juristische Diskurs hier also unterstützend für den psychotherapeutischen Diskurs eingesetzt wurde.

### Der juristische Diskurs und die medizinische Praxis

Die oben beschriebenen Situationen verdeutlichen, wie der psychotherapeutische Diskurs durch den juristischen in seinem Spielraum eingeschränkt wird. Die Machtverhältnisse zwischen dem medizinischen und dem juristischen Diskurs sind etwas komplexer.

Schwierig ist es für mich immer, wenn es Ermessensgeschichten sind und wenn es zur Güterabwägung kommt. Also ein Beispiel, einen alten Mann, auf den wir durch die Feuerwehr aufmerksam wurden, weil der wegen einer körperlichen Erkrankung nicht mehr aus dem Bett kann. Und er hatte dann aber sich geweigert, in die Klinik zu gehen, und der Bericht der Feuerwehr hat auf eine katastrophal voll gestellte und angesammelte Wohnung verwiesen. Und das ist für uns immer ein Hinweis auf eine Pathologie und dann auch das zu klären, und er war völlig klar im Kopf, hat alle Hilfsmaßnahmen abgelehnt, hatte aber auch eine systematische Ordnung – es waren nur kleine Trampelpfade in der Riesen-Wohnung; also es würde zu weit führen, das Ganze zu schildern. Er war noch Besitzer des Hauses, Eigentümer des Hauses, und im Haus ging der Strom nicht mehr und es ging das Wasser nicht mehr, und er hat seine Fäkalien entsorgt und dann entsorgen lassen, als er bettlägerig war durch jemand, der Zugang zum Haus hatte. Und hatte dann aber das in Tüten gesammelt; und es war zwar nicht verwahrlost, aber es war schon sehr skurril. Und da haben wir eine Betreuung beantragt. Obwohl er klar im Kopf war, aber für uns war das Ausdruck einer Pathologie, auch einer Zwangsstörung, wie auch immer, aber es war gegen seinen Willen. Und da war für mich, wir sind zwei-, dreimal reingegangen. Der Kollege meinte, er hat einen klaren Willen, kann man nichts machen, ich hab gesagt, das ist menschenunwürdig wenn so einer dahinvegetiert. Außerdem hat er eine schwere Pulmonal-Insuffizienz, ist so schwach, dass er nicht mehr aus dem Bett kam. Er kam also nur durch großes Gewühle quasi an das Bett. Und dann standen die Urin-Milchtüten voll gepinkelt überall rum und so. Und dann hatten wir ihn auch noch mal eingewiesen, weil wir dachten, dass sein gesundheitlicher Zustand mit der Luftnot ist so schlimm und schwer, und er hat auch jegliche Behandlung abgelehnt. Ich hab ihn eigentlich nur eingewiesen in das Humboldt-Krankenhaus, in das somatische Krankenhaus, weil ich dachte, es geht um die körperliche Erkrankung. Und die haben ihn weitergelegt bei denen in die Psychiatrie. Und nachher wollte er da nicht entlassen werden. Nur mit Zwang. Also da heftig und trotzigem Widerstand gehabt. Die Betreuerin nachher, die also quasi nur das Minimum getan hat, auf unsere Empfehlung, musste sich ständig beschimpfen lassen. Und das ist natürlich die Frage, was richtet man an, ja? Man tut was gegen den Willen des Betroffenen, ja, wo wir aber dachten, das ist Ausdruck seiner Pathologie, und so mit diesen unwürdigen, ohne fließend Wasser, ohne Toilettenbenutzung, ohne dass die Wohnung begehbar ist, dass er im Bett hilflos liegt, immer nur ein bisschen Essen von dieser Zugehfrau gebracht bekommt, sich nicht auf den

Beinen halten kann, das können wir nicht so akzeptieren. Also das ist kein Misserfolgs-Erlebnis, aber das sind die Punkte, wo man sich fragt: Handelt man eigentlich richtig, ja? [...] Also das ist ja immer die spannende Frage, wobei diesmal berechtigt, weil wir ja auch ein Stück Macht haben, gerade auch in unserer Position. Ist natürlich durch Gesetze geregelt, aber da gibt es Ermessens-Spielraum. Was ist der richtige Weg? Und das zu finden da. Und dabei, bei auch einem so genannten objektiven wohlverstandenen Interesse auch die Subjektivität des Betroffenen zu berücksichtigen. (Ludwig, Arzt, Berlin, Z. 105)

Ludwig beschreibt die Unordnung in dem Haushalt und die skurrile Lebensweise des Mannes. Er empfindet die Art des Lebens »menschenunwürdig«. Es gibt jedoch keine Handhabe gegen den Willen des Mannes einzugreifen, weil keine medizinisch-psychiatrische Indikation im Sinne des Gesetzes besteht. Schließlich bietet sich doch noch die Möglichkeit, den Patienten wegen einer körperlichen Krankheit in ein somatisches Krankenhaus einzuweisen. Die Idee der Fürsorge, die normative Vorstellung, was ein gelungenes und was ein unerträgliches Leben ausmacht, stellt sich über das Gesetz. Es ist keine medizinische oder juristische Indikation, sondern eine Idee von Humanität oder Normalität, die Ludwig in diesem Beispiel zu einer Einweisung veranlasst.

Die Ärzte handeln in dem dargestellten Fall gegen den Willen des Klienten, weil dieser Willen als Ausdruck einer Pathologie betrachtet wird. Warum wird er als pathologischer Ausdruck betrachtet? Weil es menschenunwürdig ist, wie er lebt. Letztendlich schwimmt also das subjektive Normalitätsempfinden des Arztes mit der medizinischen Diagnose. Der medizinische Diskurs übersetzt quasi die Überlegungen zur Menschenwürde in die Begrifflichkeiten der medizinischen Pathologie um den juristischen Voraussetzungen gerecht zu werden und eingreifen zu können. Der juristische Diskurs wiederum verleiht dem Arzt die Macht zum Durchsetzen von Maßnahmen gegen den offenen Widerstand des Klienten, manchmal verhindert er jedoch auch notwendige Interventionen.

Kürzlich war eine relativ junge Frau, wo ich zugewartet habe, weil es für eine Zwangsunterbringung nach PsychKG nichts war, sie wiederholt einbestellt hab, sie sich nachher entzogen hat, und nachher hab ich erfahren, sie war eben mal nach Frankreich abgedüst, mit einem großen Aufwand zurückgeführt worden und kam dann in die Klinik. Die stand noch in ihrer Ausbildung. Die Dienststelle hat mittlerweile alles erfahren. Es hat sich unnötig länger verzogen, sie ist jetzt nach paar Wochen Behandlung remittiert, und signalisiert eigentlich, es war völlig richtig, dass sie jetzt in Behandlung kam. Ja? Also mit Engelszungen war damals nichts zu machen, ja? Alle Angebote, Brücken bauen oder ambulant, wie auch immer, die war nicht mehr erreichbar. Und so Situationen gibt es dann häufig, ja. Ich hätte sie auch eingewiesen, wenn es etwas fürs Gesetz für psychisch Kranke wäre. Aber es hätte erst mal Betreuung geben müssen, und das dauert dann immer eine Weile, und dann hatte sie sich dem schon

entzogen. Da war ich auch drauf und dran, eine Betreuung zu beantragen. Und so Situationen gibt es häufiger. [...] ja, man hätte durch frühere Intervention bei manchen materiellen oder Stigmatisierungs-Schaden, glaub ich, verhindern können. Durch frühere Intervention. (Ludwig, Arzt, Berlin, Z. 203)

In diesem Fall wird deutlich, dass im Nachhinein ein früheres Eingreifen sinnvoll gewesen wäre. Ludwig sieht sich in seinem Handeln hier durch den juristischen Diskurs eingeschränkt. Er erschwert rasches Handeln und führt deswegen manchmal zu großem Aufwand und zu Stigmatisierungsschäden bei den KlientInnen.

### Zusammenfassung

Der juristische Diskurs dient als Regulator des medizinischen und des psychotherapeutischen Diskurses. Er setzt den medizinisch oder humanitär begründeten Zugriffen Grenzen. Auch der psychotherapeutischen Arbeit mit den KlientInnen setzt er Grenzen, indem er die therapeutisch Tätigen zum Handeln gegen den Willen der KlientInnen zwingt. Der juristische Diskurs schränkt also Freiheiten der KlientInnen sowie der Professionellen ein, in den Erzählungen übernimmt er die Rolle des Gewissens. Er stellt den individuellen Ideen von Normalität die rechtlichen und damit die demokratischen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gegenüber. Im Gegensatz zu dem medizinischen und dem psychotherapeutischen Diskurs bleibt er der Identität der Professionellen in der Sozialpsychiatrie fremd.

### 5.3.4 Ökonomischer Diskurs

Der ökonomische Diskurs spielt seit der Verknappung der materiellen Ressourcen für den sozialpolitischen Bereich eine immer größere Rolle. Durch die Qualitätssicherungsmaßnahmen bestimmt der Diskurs nicht nur den Finanzierungsrahmen, sondern erhält auch auf die Inhalte und die Abläufe der sozialpsychiatrischen Arbeit Zugriff. Das Konzept des bedürfnisorientierten Angebotes geht davon aus, dass die KlientInnen, für die der SpDi zuständig ist, die chronisch psychisch Kranken, spezifische Bedürfnisse haben. Treffen diese Bedürfnisse auf ein passendes Angebot des SpDi, dann zeigt sich das durch die Inanspruchnahme, die Auslastung dieses Angebotes. Schwierigkeiten entstehen durch Unklarheiten in Bezug auf die Bedürfnislage der Klientel und entsprechend falsche Angebote.

Nun ist es sicher richtig, sich als SpDi an den Bedürfnissen der KlientInnen zu orientieren, aber lassen sich diese als Eigenschaften der Klientin/des Klienten

feststellen oder messen? Versuche, über Fragebögen oder Rückmeldungen von KlientInnen die Bedürfnisse zu eruieren, scheitern an der mangelnden Beteiligung und der Problematik der sozialen Erwünschtheit der Antworten (SCHÄTZLE 2003). Verständlicherweise, denn KlientInnen sind keine autonomen KundInnen, die sich die besten Produkte aussuchen und bei Nichtgefallen den Anbieter wechseln können. Sie sind meist im psychischen und materiellen Sinne abhängig von ihrer Bezugsperson beim SpDi. Psychisch, weil sie etwas von sich preisgegeben haben, eine intime Beziehung eingegangen sind, die anders als in freundschaftlichen Beziehungen nicht auf Gegenseitigkeit beruht. Materiell, weil sie auf die Unterstützung in Verhandlungen mit VermieterInnen, dem Sozialamt usw. angewiesen sind.

In der Praxis ist es also schwierig, die Bedürfnisse der KlientInnen zu erfahren. Zudem ist es fraglich, ob Bedürfnisse überhaupt unabhängig von einem Gegenüber entstehen, erlebt und geäußert werden können. Je nachdem wer einem Klienten/einer Klientin gegenübersteht, werden unterschiedliche Gefühle und Wünsche entstehen, die mit der Situation und dem Gegenüber zusammenhängen. Pointiert kann man sagen, dass die jeweiligen Bedürfnisse nicht in den KlientInnen begründet sind, sondern von dem Angebot des SpDi produziert werden (VON KARDORFF 1986).

### **Erhalt und Erweiterung der Institution**

Bedürfnisorientierte Arbeit ist also ein problematischer Begriff, denn er suggeriert, dass der Aufbau gemeindepsychiatrischer Einrichtungen allein an dem Wohl der KlientInnen und an deren Bedürfnissen orientiert ist. Die ökonomischen Dynamiken der SpDi, so wie jeder Institution, zielen jedoch auf den Ausbau von Macht, der Sicherung und Erweiterung der eigenen Existenzgrundlage. Die Konstruktion der bedürftigen Klientel ist dabei eine wichtige Basis. Eigeninteressen der Institution vermischen sich in den Erzählungen mit dem Bedarf auf Seiten der KlientInnen, dies zeigt sich in den Äußerungen von Gudrun.

I: Fällt Ihnen jetzt im Moment gerade eine Situation ein, wo Sie einem Klienten gut helfen konnten? Also wo Sie gesagt haben, das war eine erfolgreiche Arbeit?

G: [...] Ich denke, es kommt schon öfters jetzt vor. Was ich jetzt im Moment als sehr erfolgreich immer erlebe eigentlich, das betreute Einzelwohnen, was wir jetzt relativ neu eingeführt haben. Und das war für mich oft so das Gefühl, ach, gut (schnalzt mit den Fingern)! Da haben wir was geschafft, da haben wir jetzt was erreicht, da haben wir mehr Zuwendung, da geht es ganz gut weiter. (Gudrun, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 84)

Auf die Frage nach erfolgreicher Hilfe für KlientInnen erwähnt Gudrun den Aufbau eines neuen Angebotes, des betreuten Einzelwohnens. Die Erweiterung des Dienstes durch das Angebot des betreuten Einzelwohnens bedeutet auch eine Erweiterung der finanziellen Basis des SpDi. Unklar bleibt, auf was sich der Begriff »Zuwendung« bezieht. Sind damit die zusätzlichen finanziellen Mittel für die Stelle gemeint oder die verbesserte Betreuung für die KlientInnen? In dem Zusammenhang der Aussage von Gudrun liegt eher die ökonomische, in Zusammenhang mit der einführenden Frage eher die fürsorgliche Interpretation nahe. Offensichtlich scheint für Gudrun die Erweiterung des SpDi-Angebotes unmittelbar Hilfe für KlientInnen zu bedeuten.

I: Was würden Sie denn so abstrakt als Ziel formulieren in der Klientenarbeit?

G: Mehr Lebensqualität für den Klienten. Gemeindenah zu arbeiten, zu versuchen ... Also ein großes Ziel war, so eine Wohngemeinschaft aufzubauen. Das ist was, wo ich mich jetzt einfach absolut gut fühle und wo ich sagen muss, super, das haben wir jetzt gut hingekriegt, jetzt haben wir's endlich. Das war so ein großes Ziel eigentlich. Und dass man einfach so im Sinne der Gemeindeförderung versucht, vor Ort so ein relativ dichtes Netz noch aufzubauen. (Gudrun, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 119)

Das Ziel in der Klientenarbeit ist für Gudrun die Erweiterung der eigenen Institution, sie ist stolz auf die Verbesserungen in einer Gegend in Bayern, die noch wenige sozialpsychiatrische Einrichtungen aufweist. Aus ihrer Sicht ermöglicht ein dichtes Netz von gemeindenahen Einrichtungen Lebensqualität für KlientInnen. Gudrun gründet ihre Identität als sozialpsychiatrisch Tätige offensichtlich auf ihre Management-Qualitäten. Sie spricht in diesen Passagen nicht aus der Position der Beraterin, die sich auf die Individualität der KlientInnen bezieht, sondern als Gestalterin des sozialpsychiatrischen Feldes.

### **Öffentlichkeitsarbeit als Marketing**

Die lückenhafte sozialpsychiatrische Versorgung in dem Gebiet des SpDi, in dem Gudrun arbeitet, bewirkt eine Aufbruchstimmung, die sich neben dem Aufbau von sozialpsychiatrischen Einrichtungen, auch in dem Bedarf nach Darstellung der eigenen Arbeit und in der Aufklärung der Bevölkerung über psychisch Kranke aus sozialpsychiatrischer Sicht zeigt. Gudrun geht es darum, die eigene Dienstleistung bekannt zu machen und auf ihre Vorteile hinzuweisen.

Und was anderes oder ein großes Ziel wäre für uns, dass man psychisch Kranke ein bisschen anerkannt auch noch macht in der Gesellschaft, dass das so den somatischen Erkrankungen eben ein bisschen mehr gleichgestellt wird. Das ist bei uns in dem Eck in ... (Ort des SpDi) ist das einfach – ja, ein großes Problem, gel? Ich meine, es hat ja

vor ein paar Jahren gar nix hier gegeben an psychiatrischen, sozialpsychiatrischen Einrichtungen, und entsprechend sind die Leute natürlich dem Ganzen noch sehr verschlossen, noch – schämen sich zum Teil, wenn sie zu uns ins Haus gehen und – wir sind hier natürlich auch sehr offen vorne und die schleichen zum Teil regelrecht her, damit da keiner was mitkriegt oder sieht bei dem Ganzen, gell? Und das wär einfach so ein Anliegen zu sagen, ja, psychisch Kranke, mei, Depressionen, das ist was Normales, das kann einen jeden erwischen. Und das versuchen wir auch viel so über Öffentlichkeitsarbeit zu machen. Immer wieder das den Leuten ein bisschen näher zu bringen. Halt bei uns im Haus hier so Veranstaltungen zu machen, dass das auch offener wird, dass da so die Berührungängste ein bisschen nachlassen. (Gudrun, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 127)

Die Allgemeinheit steht der sozialpsychiatrischen Arbeit skeptisch gegenüber. Über Öffentlichkeitsarbeit versuchen die MitarbeiterInnen des SpDi, Berührungängste abzubauen, mit dem Ziel psychisch Kranke den somatisch Kranken gleichzustellen. Das bedeutet für die SpDi Abbau von Vorurteilen, von Erschwernissen, die ihre Arbeit behindern, aber auch zusätzliche finanzielle Mittel für die Sozialpsychiatrie und ihre KlientInnen.

Also man muss jetzt mal sagen, so unsere Klientel ist ein Großteil eigentlich Leute, diese so genannten Zugereisten, also nicht die Ureinheimischen haben wir eigentlich nicht allzu viele. Das sind wirklich ein Hauptteil, in der Hauptsache Leute, die – ja, die nicht so lange in ... (Ort des SpDi) leben oder die auch diese Bezüge nicht so haben. Also gerade so unsere Leute, die halt wirklich zum Großteil alle kontaktgestört sind, die sowieso nicht so viel Kontakt außenrum haben. Da erlebe ich das nicht so als das Problem. Aber so an diese richtigen Ureinheimischen ranzukommen, das ist ein Problem. Auf jeden Fall. Und ich denke, da gibt es eigentlich auch sehr viele, die schon von der Familie aus so im Hinterkammerchen eingesperrt werden irgendwo. Und die man gar nicht so rauslässt. Das ist halt das Depperl in der Familie und da holt man sich auch nicht viel Hilfe, der läuft halt da irgendwie so mit. Also was erstaunlich ist, dass hier in der psychiatrischen Klinik, dass die ja permanent dauerüberbelegt sind. Sind viele Leute, die wir jetzt auch kennen, aber es sind auch sehr viele so Ureinheimische da, die schwer chronisch krank sind und die aus unserem Landkreis kommen. Die wir jetzt nicht kennen. Also die Leute, die gibt's, gell? Die aber zu uns keinen Kontakt suchen und wo wir auch über die Klinik eigentlich keinen Kontakt auch herstellen können. »Das brauchen wir nicht, das muss nicht sein ...« Also da tun wir uns schon noch schwer. Ich denke, da braucht es schon auch noch lange Zeit, bis man da so mehr rankommt. (Gudrun, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 291)

KlientInnen, die wenig Kontakt haben, Gudrun bezeichnet sie als »kontaktgestört«, gibt es viele in dem Dienst. Sie sind leicht zu erreichen, da sie bedürftig sind und kein soziales Netzwerk haben, das sie trägt. Schwieriger ist es mit den

»Ureinheimischen«. Das enge soziale Netz trägt sie und sperrt sie gleichzeitig ein. Deutlich wird der Wille möglichst an alle »ranzukommen« und Gudrun äußert Kritik an den Angehörigen, die dem SpDi die KlientInnen vorenthalten. Die Seite, dass die dörflichen Strukturen den Wahnsinn auf eine andere Art und Weise bergen als es die sozialpsychiatrischen Strukturen vorsehen, sieht Gudrun nicht.

### **Armut der KlientInnen und die Verteilung der Güter**

Während es in den SpDi in Bayern um Ausbau und Akzeptanz geht, sind die SpDi in Berlin seit langem etabliert. Sie sind in einer anderen Art und Weise mit ökonomischen Fragen beschäftigt, es geht um die Verteilung von sozialen Leistungen. Susanne verfasst Stellungnahmen zu Anträgen der KlientInnen, die von Sozialhilfe abhängig sind.

Dann kommen Menschen mit bestimmten Ansprüchen hierher. Und da wird es dann manchmal schwierig. Weil es kommt für mich drauf an, also kann ich ja – na ja gut, geht auch nicht – nur sagen, das vergleiche ich dann so ein bisschen mit den anderen, die ich habe. Also es kann nicht einer sozusagen ganz viel kriegen und der andere ganz wenig. Da gucke ich dann: Was ist denn wirklich notwendig? Also was braucht der denn tatsächlich? Ist es das, was er wirklich haben will? Es gibt Leute, die wollen ganz viel haben. Aus irgendeinem Manko heraus, was sie früher nicht gekriegt haben. Da kann ich noch so viel reingeben, dieses Gefühl, was da ist, werden sie damit nie und nimmer verändern können, und es wird immer der Anspruch bleiben, und es ist so wie die Raupe Nimmersatt. Ja, da fällt mir eine Situation ein, es gibt ja so Leute zum Beispiel mit Waschwängen. Also die müssen sich mit Sagrotan sauber machen, die müssen, wenn sie ihre eigene Wohnung betreten, durch so eine Art Schleuse gehen. Wenn ich mich mit Sagrotan pur abwasche, brauch ich mich nicht wundern, dass ich auch spezielle Creme brauche, weil nämlich meine Haut darunter leidet, und dass ich dann vielleicht auch bestimmte kratzige Wäsche nicht vertrage, das ist auch logisch. Aber dass ich dann atmungsaktive Schuhe von Bally brauche, das, irgendwo gibt es da eine Grenze. Und da habe ich dann schon mal gesagt: Nein. Also das hab ich nicht alleine gesagt, das war mit dem Arzt abgesprochen. Also da denke ich, da sind so manchmal Ansprüche, wo ich denke: Nee. Das fände ich dann irgendwie in irgendeine andere Richtung asozial. Weil das finde ich nicht, also das ist für mich nicht gerecht. Also ich versuche möglichst irgendwas gerecht zu machen, ist natürlich auch immer mein Blickwinkel, aber das fände ich anderen gegenüber nicht in Ordnung. (Susanne, Sozialpädagogin, Berlin, Z. 532)

Susanne versucht, gerecht gegenüber ihren KlientInnen zu sein. Als Vertreterin der Behörde kann und muss sie Güter verteilen. Auf der einen Seite verhandelt sie diese Machtposition offen und nimmt die KlientInnen als verantwortliche

Subjekte ernst. Sie ärgert sich über KlientInnen die überzogene Ansprüche haben und ist nicht bereit, diese auf Grund von krankheitsbedingten Ursachen zu entschuldigen. Sie übernimmt jedoch auch eine mütterliche Funktion: Alle KlientInnen sollen gleich behandelt werden und Susanne meint selbst einschätzen zu können, was sie wirklich brauchen.

### **Kontaktaufnahme als Kundenakquisition**

Neben dem Problem, die Ansprüche der KlientInnen nicht erfüllen zu können, gibt es im sozialpsychiatrischen Feld auch das Gegenteil: KlientInnen, die kein eigenes Anliegen haben und über Dritte als auffällige oder störende Personen dem SpDi gemeldet werden. Sie müssen erst als KlientInnen für den SpDi geworben werden.

Und dann gibt es die Situation, wo wir in Kontakt mit Menschen kommen, das sind dann die Hilferufe, wenn es um die Frage der Einweisung geht. Niedergelassene Ärzte rufen ja auch an, wo wir dann die Leute – da hab ich jetzt gerade ein paar Sachen – wo wir dann die Leute anschreiben, weil die sich doch Gedanken machen, ob derjenige zurechtkommt, dass wir dann ein Anschreiben machen, je nachdem wie die Situation ist. Ob derjenige vielleicht zu uns kommen kann und wir Hilfe anbieten können, oder ob wir uns zum Hausbesuch anmelden und sagen: »Wir würden gerne zu Ihnen kommen und mit Ihnen das in Ruhe besprechen, die Situation, ob wir Hilfe anbieten können.« Ich schreibe dazu, von wem ich die Information habe, dass ich auf den Betroffenen zugehe, und da mit Telefonnummer und allem, und der kann sich dann melden. Es gibt welche, die sich dann melden und sagen: »Was wollen Sie überhaupt und wie kommen Sie dazu?« Und sind ganz ablehnend. Okay, müssen wir mal gucken, wie wir damit umgehen. Das erfolgt telefonisch. Und beim Hausbesuch kann es auch mal sein, dass der Mensch sich nicht traut, vielleicht hier anzurufen, es vergessen hat und dann keiner da ist. Also wie wir dann mit den Menschen ins Gespräch kommen ist nicht immer ganz einfach. (Susanne, Sozialpädagogin, Berlin, Z. 120)

Im Umgang mit Meldungen von auffälligen Personen haben SpDi Routinen entwickelt: Fremdmeldungen wird nicht direkt nachgegangen, sondern zunächst wird die/der vermeintlich psychisch Kranke angeschrieben und Hilfe angeboten. In dringenderen Fällen wird ein Hausbesuch angekündigt. Um ins Gespräch zu kommen, benötigt man viel Fingerspitzengefühl, zunächst gilt es die eigene Erwartung, der Klient/die Klientin möge von sich aus ein Anliegen formulieren, abzulegen. Es ist nicht immer einfach, geduldig nach Möglichkeiten der Kontaktaufnahme zu suchen.

I: Wie geht's Ihnen in solchen Situationen, wenn Sie sozusagen so 'nen Hausbesuch machen, wo Sie nicht von dem Klienten selber gebeten wurden, sondern von jemand anders, was ist das für ein Gefühl?

M: 'n Stück aufgeregt. Und auch so im Kopf, ich muss damit rechnen, dass mir nicht aufgemacht wird oder dass ich wieder gehen muss. Das tut weh! Wenn ich das nicht schaffe, mit Freundlichkeit (lacht) oder Vertrauensbildung da anzukommen. Das ist ein dummes Gefühl, also da vor der Tür zu stehen und zu wissen, der müsst eigentlich da sein oder ich hör sogar was in der Wohnung, aber ich muss dann wieder gehen.

I: Und wenn er dann aufmacht?

M: Dann sag ich, wer ich bin und was ich möchte. Das ist spannend, aber ich hab eher die Erfahrung gemacht, dass das leichter ist, als ich dachte. Dass auch bei den Menschen, wenn sie hören, da hat sich ein Nachbar, die wollen ja oft anonym bleiben die Nachbarn, das ist ja auch noch das. Die wollen ja bloß nicht, dass derjenige weiß, wer die Meldung gemacht hat. Also dann sag ich, jemand aus Ihrer Nachbarschaft hat uns angerufen, dann kann auch sein, dass die von sich aus dann schimpfen und wirklich anfangen schon zu reden. Also was denn da los ist in dieser Hausgemeinschaft, dass sie wirklich da auch schlecht behandelt werden, weil sie krank sind oder weil sie alt sind. (Monika, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 371)

Monika spricht von der Kränkung und dem Ohnmachtsgefühl, wenn Kontaktaufnahmen fehlschlagen. Mit viel Freundlichkeit versucht sie einen Kontakt herzustellen, im Zweifelsfall gibt sie den KlientInnen den Raum, ihren Ärger über die NachbarInnen Luft zu machen und gewinnt darüber eine Beziehung. So kann es sein, dass ein Klient/eine Klientin, die zunächst jeder Begegnung aus dem Weg geht, in eine Beziehung geholt wird, mit dem Ziel eine eigene Motivation, ein Bedürfnis nach Hilfe bei dieser Klientin/diesem Klienten zu produzieren. Die zwei Aspekte von Hilfe und Kontrolle verschränken sich hier sehr deutlich. Die Betroffenen kommen beispielsweise aus ihrer Isolation, sie können neue soziale Kontakte knüpfen, aber mit der Bedingung der Übernahme der hilfsbedürftigen Rolle als KlientInnen. Die Rolle der Hilfsbedürftigen wird in vielen Fällen wohl auch aus Angst oder Bequemlichkeit angenommen, um sich einer Konfrontation mit einer offiziellen Dienststelle zu entziehen.

Ja manchmal rufen auch Nachbarn an, die sich beschweren und dann sagen wir, wir gehen da hin. Aber wenn uns jemand nicht reinlassen will, dann müssen wir uns überlegen, ob wir das so akzeptieren oder ob wir es ein nächstes Mal wieder probieren oder per Telefon oder per Brief oder ob wir dann wirklich 'n offiziellen Weg gehen müssen, wenn wir denken, der ist tatsächlich gefährdet. Dann müssen wir mit den Ämtern oder der Polizei zusammenarbeiten. Aber ich erlebe jetzt, dass es oft nicht so sein muss. Also dass wir dann doch versuchen, auf die sanfte Art 'n Kontakt herzustellen. [...] Also es ist ja auch immer so ein Eingriff, wenn man vor der Tür steht. Und wir versuchen auch, eigentlich uns anzumelden, also nicht einfach dazustehen, selbst

wenn es 'ne Meldung vom Amt ist, sondern vorher dort bei demjenigen anzurufen und uns anzumelden. [...] Es gibt bei einem Konflikt immer zwei Seiten. Also so ist auch 'ne Möglichkeit also zu sagen, der beschwert sich jetzt, aber wer weiß! (lacht) Was mit dem los ist, ne! Jetzt würden wir gern auch mit Ihnen mal drüber reden, wie Sie das Ganze sehen! (Monika, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 337)

Der SpDi in Bayern übt eine sanfte Form von Kontrolle aus. Die MitarbeiterInnen lernen auf eine sehr kompetente, vorsichtige Art und Weise Kontakt aufzunehmen. Dazu ist es notwendig, Distanz zu Behörden und öffentlichen Kontrollorganen zu halten, um im Krisenfall auch Partei für die KlientInnen ergreifen zu können. Das ist allerdings eine schwierige Rolle, denn die Professionellen bleiben ja dem Auftrag der öffentlichen Ordnung und Gesundheit verpflichtet und werden im Zweifelsfall selbst eine Einweisung beantragen. Eine Möglichkeit, dieser Problematik zu entgehen, ist die Entkoppelung der Rolle des Klienten/der Klientin mit der des psychisch Kranken. Das heißt, diejenigen, die ein Anliegen haben, gelten als KlientInnen.

Also Ziel ist, jemand kommt aus 'ner Eigenmotivation. Wenn die Angehörigen sich hier melden, dann geht's mir erstmal um die Angehörigen, wie geht's denen und wo fühlen die sich überfordert, wo wollen sie Informationen oder einen anderen Blickwinkel haben und dann frage ich ja, ist es möglich, dass Ihr Sohn mitkommt? Sie haben jetzt mir viel von ihm erzählt, ich würd ihn gerne hier mal im Gespräch haben. Das ist dann der nächste Schritt. Und das funktioniert manchmal und manchmal kommt der Betroffene nie hier an. Können wir auch nicht erzwingen. Wir können dann noch überlegen, ja gut, dann machen wir mal 'nen Hausbesuch bei Ihnen und schau'n wir, ob er da ist oder nicht. Auch das ist auch so bissl durch die Hintertür. (Monika, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 300)

Im Gegensatz zu den obigen Beispielen, in denen die Professionellen »durch die Hintertür« vorgehen, verhandelt Ernst auf der Basis der systemischen Therapie offen den Auftrag und die Ziele mit den Beteiligten. Die Kategorie »psychisch krank« löst sich auf, weil alle Beteiligten eines Systems an der Aufrechterhaltung des problematischen Symptoms mitwirken und dementsprechend auch an der Lösung des Problems beteiligt werden.

Zum Beispiel, nehmen wir mal einen Klienten, der Stimmen aus dem Kühlschrank hört, sich verfolgt fühlt, und mir von einem Arzt zugewiesen wurde, und ich dann eben so gearbeitet hab, also erst mal so mit ihm einen Kontakt herstellen, ein erreichbares Ziel zu entwickeln, und dann eben aber auch das Umfeld miteinbezogen worden ist, sprich: die Familie, in dem Fall die Partnerin. Und hier war eben akut sozusagen die unbewältigte Trauer, die unbewältigte Trennung, eine Scheidungssituation, und die Rückkehr des Klienten in seine Herkunftsfamilie. Also zunächst mal war der Fokus Paarbeziehung, und entpathologisierend aus meiner Sicht war, dass noch mal klar beschrieben

worden ist, wer will von wem was, was auf keinen Fall, also sprich: Trennung der partnerschaftlichen Ebene – von der Elternrolle kann man sich ja nicht trennen – mit Fokus »Wie wollen wir mit den Kindern umgehen, wie regeln wir die finanziellen Dinge, die noch zu regeln sind«. Und dann in einem weiteren Schritt Einbeziehung der Herkunftsfamilie, sprich: der Eltern, und deren Erklärung über das so genannte bizarre Verhalten oder nicht verstehbare Verhalten des Patienten. Und dann Arbeit daran, also wie hier eine gute Lösung für alle Beteiligten gesucht werden kann. Was in der Folge zu einem Autonomiezuwachs geführt hat bei dem Betreffenden. Schrittweise. (Ernst, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 113)

Der Klient wird nicht als Bedürftiger konstruiert, dem geholfen werden muss, sondern behält den Status eines selbstverantwortlichen Subjekts. Auch der soziale Kontext in Form der Partnerin und der Eltern wird miteinbezogen. Das »bizarre Verhalten« wird nicht als individuelle Krankheit betrachtet, als an und für sich behandlungsbedürftig, sondern als ein, für den sozialen Kontext, problematisches Verhalten. Im Sinne der Transparenz, Ehrlichkeit und Berechenbarkeit professionellen Handelns ist der systemische Ansatz eine Form von Empowerment. Die KlientInnen werden nicht fürsorglich belagert, nicht mit Verführungskünsten in die Beziehung gelockt, sondern der Auftrag wird offen mit ihnen verhandelt, sie werden als Subjekte ernst genommen, wenngleich das, wie wir an anderer Stelle sahen, eine sehr distanzierende, rationalistische Haltung beinhalten kann.

### Zusammenfassung

Der ökonomische Diskurs ist mächtig und doch wenig greifbar. Die gesamte Begrifflichkeit unserer Sprache ist mit seinem ökonomisch-rationellen Paradigma durchsetzt. Die Kolonisierung der Lebenswelten unter dem Deckmantel der Humanität wird vor allem an dem Beispiel von Gudrun und der Lebenswelt der »Ureinheimischen« auf dem bayerischen Land deutlich. Die unterschiedlichen Interessen der Beteiligten, das ökonomische Eigeninteresse des SpDi eingeschlossen, werden von vielen MitarbeiterInnen als Bedürftigkeit der KlientInnen uminterpretiert. Über den Begriff der Bedürftigkeit wird Nachfrage nach professionellen Angeboten geschaffen, die wiederum im Konzept des Empowerment als Selbstermächtigung der KlientInnen verkauft werden. So ergibt sich ein Bild der Sozialpsychiatrie als Wirtschaftszweig, der ständig neue Märkte schaffen muss.

### 5.3.5 Sozialpsychiatrischer Diskurs

Der sozialpsychiatrische Diskurs wird durch die medizinischen, psychotherapeutischen, juristischen und ökonomischen Diskurse geprägt, geht in seiner Spezifik aber darüber hinaus. Seine Eigenheiten sollen im Folgenden beschrieben werden.

#### Psychologische Beratung und soziale Unterstützung im Alltag

Neben der psychischen Problematik nehmen soziale Probleme wie Armut, Arbeitslosigkeit oder Obdachlosigkeit den größten Raum in der Arbeit der SpDi ein. Einen typischen sozialpsychiatrischen Fall, in dem sich die psychische Problematik mit der sozialen vermischt, schildert Bettina. Sie erzählt von einer Klientin, die hoch ambivalent ist, immer wieder in schwierige soziale Situationen gerät, um Hilfe ruft, sich zu einer therapeutischen Behandlung in der Klinik bereit erklärt, um dann im letzten Moment wieder alle Kontakte abubrechen.

Aber ich hab es irgendwie ganz lange nie geschafft, so eine Draufsicht zu bekommen. Und mich irgendwann mal da jetzt gelassen zurückzulehnen und zu sagen, okay, die Frau hat 30 Jahre Erfahrung mit Chaos, die hat mehr Erfahrung als ich. Der kann ich, also was praktische Lebensbewältigung und Durchwurschteln anbelangt, kann ich ihr nix mehr beibringen. Was ich ihr beibringe, wäre was anderes. Aber immer wenn ich versucht habe, sie dazu zu bringen, das Ganze von oben anzuschauen, das zusammen mit mir zu reflektieren, auch wie sie diese Beziehung gestaltet mit diesem »Feuerwehr«, und mögen und dann doch nicht mögen, dann wie wenn sie es gerochen hätte, zu diesen Terminen ist sie immer nicht erschienen. Gerade wenn ich gedacht habe, jetzt reicht's aber, dann war wieder mal Ruhe, und dann hab ich mich wieder so halbwegs erholt davon, und dann rief sie wieder an: »Die Kinder haben nix zu essen, und ich krieg den Mann nicht mehr aus der Wohnung, den ich bei mir einquartiert habe«, und – ja, dann ging das ganze Spielchen (lacht) wieder von vorn los. [...] Weil immer so wahnsinnig viel Druck kam. Also sofort von ihr am Telefon, sodass es mir selber sofort alles zusammengesogen hat, und es waren ja dann auch objektive Notlagen. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 113)

Bettina schildert einen Fall, in dem sie sich von der Klientin hin und her gescheucht fühlt. Versuche diese Dynamik anzusprechen, also eine psychotherapeutische Reflexionsebene mit der Klientin zu betreten, scheitern auf Grund der Dringlichkeit der sozialen Problematik. Da der Auftrag im Rahmen der Arbeit in einem Sozialpsychiatrischen Dienst die soziale Situation der Klientin einschließt, ist es schwierig sich in diesen Krisensituationen auf die Reflexion der Beziehung zurückzuziehen. Zu drängend erscheinen die Probleme, es ist schwierig zu unterscheiden,

welcher Anteil der geschilderten Notlage real ist, welcher der psychischen Inszenierung der Klientin dient. Bettina gerät besonders unter Druck, weil die Frau zwei Kinder hat, die unter der Situation leiden. Auf diese Weise sieht sie sich immer wieder genötigt einzugreifen. Sie identifiziert sich mit der Klientin und den Kindern und spürt, wie es ihr an deren Stelle gehen würde. In solchen Situationen ist sie im Mitleiden gefangen, nicht mehr handlungsfähig. Sie schafft es nicht die Klientin in ihrer Andersartigkeit zu akzeptieren, zu berücksichtigen, dass die Klientin »Erfahrung mit durchwurschteln hat«.

Das ist jedoch kein persönliches Problem von Bettina, sondern ein Widerspruch, der in dem sozialpsychiatrischen Auftrag selbst angelegt ist, nämlich in der Verbindung einer psychologischen Beratung mit dem Auftrag die KlientInnen bei sozialen Problemen zu unterstützen. Die therapeutische Distanz, die hilfreich ist, um die psychische Dynamik in den Beziehungen der KlientInnen zu erkennen und anzusprechen, ist dadurch in der sozialpsychiatrischen Arbeit nicht gegeben. Schwierigkeiten entstehen beispielsweise, wenn die Beraterin, die mit einer Klientin Beratungsgespräche führt, zugleich ein Gruppenangebot leitet, an dem die Klientin teilnimmt.

Also das war, also es gab dann in unserer Beziehung so eine schwierige Zeit, also die ist, von ihrer Erkrankung her hat die eigentlich eine bipolare Störung, und ist immer wieder so – ich hab sie kennen gelernt, wie sie in diesem manischen Teil war, in dieser manischen Episode war. Und wir waren da zusammen auf einer Freizeit, und da hat es sich dann rausgestellt. Also die war in der Beziehung fast nicht tragbar, mit anderen Menschen, also das war ganz schwierig. Die wollte immer nur Aufmerksamkeit haben und immer Beachtung und hat lauter, also hat sich unmöglich aufgeführt. Schlicht und einfach. Und ich musste ihr dann einige Male die Grenzen aufzeigen und sagen: So geht's nicht. Also da war ich, das war, denk ich, auch diese Schwierigkeit, ich war da nicht ihre Therapeutin oder Beraterin, sondern war in dieser Funktion als – ich bin mit diesen zehn Leuten da in die Freizeit gefahren und musste zu ihr sagen: So nicht. Und dann, zu Hause dann wieder in unserer normalen Beratungssituation gab es dann eben diese Konflikte, die wurden dann halt besprochen miteinander, und das war, also da ging es ganz schön zur Sache. Also die hat mich dann beschimpft und – ja, ich hab halt dann versucht, das, die Beziehung nicht abzurechnen. Damit hat sie ja wahrscheinlich gerechnet, dass ich das dann mache. Und es ist uns dann auch gelungen, diesen Konflikt durchzustehen. Und sie kam dann wieder, und es gab mehrere Gespräche, und dann hat es ganz gut geendet so. (Doris, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 130)

In dieser Erzählung zeigen sich die verschiedenen Diskurse, welche die sozialpsychiatrische Arbeit prägen. Der medizinische Diskurs wird in Form der Diagnosen »bipolar, manische Episode« wirksam, diese werden der Erzählung vorangestellt, um das Verhalten der Klientin zu erklären. Der Beziehungskonflikt wird

letztlich der Diagnose, der Störung der Klientin angelastet. Im Rahmen des psychotherapeutischen Diskurses muss Doris »Grenzen aufzeigen«. Zum Aufarbeiten des Erlebten bemüht sich Doris, die »Beziehung nicht abbrechen« zu lassen. Gebrochen werden die beiden klinischen Diskurse durch die Alltagsebene. Das Verhalten der Klientin in der Freizeitgruppe schildert Doris empört: »Die wollte immer nur Aufmerksamkeit haben und immer Beachtung und hat lauter, also hat sich unmöglich aufgeführt. Schlicht und einfach.« Hier ist offensichtlich keine medizinische oder psychotherapeutische Sprachregelung gefragt, sondern eine klare alltagspraktische Positionierung, damit die Gruppe funktioniert. Diese praktische Funktion im Alltag wird dem Krankheitswert der medizinischen Diagnose nicht gerecht. Aus dieser Sicht kann die Patientin ja nichts für ihr Verhalten, denn sie ist krank. Auch innerhalb des psychotherapeutischen Settings würde diese Problematik wohl kaum auf diese Art und Weise thematisiert werden.

Eben dieser Bruch mit dem klassischen therapeutischen Setting macht die Arbeit in den SpDi schwierig, aber auch wirkungsvoll. Die Alltagsebene bringt den Konflikt der Klientin in einer besonderen Weise zum Vorschein. Die Klientin sucht sehr viel Beachtung und kommt deswegen mit der Gruppenleiterrolle von Doris nicht zurecht, sie möchte Doris nicht mit anderen teilen. Indem dieser Konflikt so deutlich inszeniert wurde, bietet sich auch die Chance einer anschließenden Beziehungsverhandlung. Die Klientin kann die Erfahrung machen, dass eine Beziehung auch schwierige Situationen überstehen kann und ein realistischeres Beziehungskonzept entwickeln. Das Spezifikum der sozialpsychiatrischen Arbeit liegt offensichtlich in der Mischung der diskursiven Felder. Die Situationen in der Arbeit sind zu komplex, um sie unter ein Paradigma zu stellen. Das zeigt sich auch an den Definitionen von psychischer Gesundheit in den Interviews.

### **Konzepte von psychischer Gesundheit**

Eine Frage in Rahmen des Interviews lautete: Was verstehen Sie unter psychischer Gesundheit? Carsten überlegt sich, was Gesundheit am Beispiel eines Klienten, den er eben beschrieben hat, ausmacht.

Wenn ich jetzt bei ihm psychische Gesundheit nehme, dann wäre es der Punkt, ab dem eine Beweglichkeit auftritt, die sagt, den Zustand im Wohnbereich, in meinem Lebensbereich, in dem Umfeld, mit den Mitmietern, mit den Mietschulden, die ich habe, der funktioniert nicht mehr, muss ich aufgeben, auch wenn es eine Art von Schneckenhaus ist und ein bekannter Krieg mit all dem Ringsrum. Aber ich kann es aufgeben und kann gucken, wo kann ich mit was ganz anderem anfangen. Das wäre ein Weg in Gesundheit. (lacht) Diese Veränderung.[...] Gesundheit hat sicher immer mit der Bewegung zu tun, und zwar mindestens mit dieser Bewegung – was heißt mindestens,

das »mindestens« streichen wir – mit dem In-Frage-Stellen und Verändern von gedanklichen und emotionalen Positionen. Klar. Und oft ist auch eine räumliche Veränderung ein Schritt, um einfach das andere zu erleichtern. Auch klar. (Carsten, Psychologe, Bayern, Z. 93)

Ganz allgemein lässt sich psychische Gesundheit laut Carsten mit Bewegung von einer momentanen, problematischen Position zu einem Ziel (Gesundheit) beschreiben. Diese Bewegung ist das »Mindeste«, was ein Klient tun muss. Der Anspruch, der mit diesem »mindestens« verbunden ist, fällt Carsten auf, er streicht ihn nachträglich aus seiner Schilderung. Ähnlich wie Carsten umgehen auch andere Äußerungen zum Thema »psychische Gesundheit« die Frage der medizinischen Definition von Krankheit. Der medizinische Diskurs spielt in den meisten Antworten keine große Rolle. Es sind meist soziale Kriterien, die die Antworten auf diese Frage kennzeichnen. Vera bezieht sich im Folgenden auf den Fall eines Klienten, der bei Aufnahme des Kontaktes sehr zurückgezogen war.

Also der ist nicht psychisch gesund geworden, also den würde ich schon als, das hat auch schon eindeutig einen Krankheitswert, wie der im Leben steht. Das würde ich schon sagen. Aber der hat einfach, der hat wieder einen Job, der tut zum Beispiel Zeitungen austragen. Und damals ist er über sein, über den Zimmerrand oder über das in die Kirche hin und her nicht hinausgekommen. Und heute hat er ein Stück mehr Bezug zur Realität. Er verdient sich ein Geld dazu, und – ja, er ist wohl auch in Kontakt mit mehreren Leuten wie damals. Damals war er einfach, der war sehr eingeschränkt, sein Horizont. (Vera, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 249)

Sozialpsychiatrische Arbeit orientiert sich zwar an den medizinischen Diagnosen (»eindeutig einen Krankheitswert«), arbeitet aber auf einer anderen Ebene: Die soziale Integration des Klienten dient Vera als Kriterium für erfolgreiche Arbeit. Auch Fritz definiert psychische Gesundheit als soziale Integration.

Psychische Gesundheit – ja, dass noch eine gewisse Anpassungsfähigkeit da ist, die es ihm erlaubt klarzukommen. Nicht anpassen an irgendwelche genormten Dinge, dass er sein Häuschen haben muss und seine Gartenzwerge darin im Garten – das nicht. Sondern wenn er einen Wunsch hat, ein Bedürfnis hat, das sozial adäquat ist, nicht störend ist für ihn und andere, dass er daraufhin leben soll, die Wege gehen soll, um das eben für sich in Erfüllung zu bringen. Für sich und seine Angehörigen und so. Ohne da wiederum – ja, verzweifeln zu müssen oder, also dass er orientierungsfähig ist, dass er sieht, wo seine Grenzen sind, das meine ich jetzt so – kein normierter Mensch, sondern einer, der halt – ja, sein persönliches Himmelreich irgendwie verwirklicht und sich gut fühlt dabei. (Fritz, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 296)

Die Beschreibung von Fritz skizziert sozial adäquates Glück. Eine Form von Selbstverwirklichung, aber nicht auf Kosten anderer. Interessant ist die Abgren-

zung zur »Gartenzwerg-Normalität«. Die Falle, die in dem Wort »Anpassung« lauert, umgeht Fritz, indem er sich mit diesem Begriff vom ironisiert übertriebenen Konformitätszwang abgrenzt. Die Frage ist, inwiefern die eigenen Normalitätsideen der MitarbeiterInnen als Ziele in die Arbeit einfließen: Wer entscheidet was »sozial adäquat« ist und was nicht? Das Freiräumen des verstellten Zugangs zu den eigenen Gefühlen oder Wünschen und der Versuch diese sozial anschlussfähig zu machen, stellt für Monika psychische Gesundheit dar.

Also wütend auf andere sein oder auf Situationen sein und das dann auch rauszulassen. Das ist auch was Gesundes, also das nicht alles reinzufressen, wie sie's früher immer gemacht haben. Oder auch traurig werden zu können, also das ist für mich schon gesünder, als sich so steinern deprimiert zu fühlen. Also Vertrauen zu haben oder zu entwickeln, ist auch was Gesundes. Zu ändern Menschen oder zu sich selbst, sich selbst wahrzunehmen. Was ist denn da jetzt los, warum bin ich denn jetzt so verletzt, was hat der mit mir gemacht und kann ich das ihm sagen oder traue ich mich das nicht. Also das sind Fragen, die kann ich allgemein beantworten, aber ich denke, das ist bei jedem Einzelnen auch anders, was ich besonders gesund an diesem Menschen finde. Dieses Merken, was ist da jetzt los bei mir, also das haben viele früher nicht gehabt. Sie haben, das sagen mir Menschen immer wieder, ich hab nichts mehr gespürt oder es war alles dicht und eng und wenn das dann langsam sich öffnet, nicht nur durch unsere Beratungsgespräche, sondern auch durch 'ne Veränderung in ihrem Leben, durch ihr eigenes Tun, dann ist das was Gesundes. Aber es ist vielleicht empfindlicher, was da aufgeht. Also es ist nicht leichter dann unbedingt. Mir hat das heute eine Frau gesagt, die 'ne Angsterkrankung hat, die sagt, also die Angst ist jetzt viel größer, wenn sie kommt, aber ich weiß besser mich dann zu beruhigen. Ich sag mir dann immer wieder, ich leb jetzt heute und es ist nicht mehr so wie damals, als ich jung war, als ich diese Probleme in der Familie hatte, sondern hier jetzt kann mir das nicht passieren. Also da gibt's halt dann auch eigene Hilfe, die dann die Leute sich erarbeiten. (Monika, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 182)

Geht es um das persönliche Glück von KlientInnen, dann werden medizinische Diagnosen auf Grund eines psychiatrischen Manuals problematisch. Die Klientin von Monika beispielsweise erzählt, »die Angst ist viel größer, wenn sie kommt«, aber sie kann die Angst erklären und sich dadurch beruhigen. Der sozialpsychiatrische Diskurs emanzipiert sich hier und in den weiter oben beschriebenen Beispielen von den medizinischen Kriterien psychischer Gesundheit, in dem er ein subjektbezogenes und soziales Verständnis entwickelt. Auch Vera stellt dem medizinischen Modell ein Modell von Bewusstheit und Eigenverantwortung entgegen. Für sie ist Gesundheit eine Form von direktem Kontakt zu den eigenen Gefühlen, eine weniger entfremdete Haltung gegenüber dem eigenen Leben.

Also für mich ist – das ist vielleicht vermessen – aber für mich ist da jetzt sogar jemand, der jetzt eine Psychose hat und damit gelernt hat umzugehen, der ist für mich vielleicht gesünder wie jemand, der, also psychisch gesünder wie jemand, der mit einer Neurose rumläuft und sich durchs Leben wurschtelt und nichts damit anfängt und sich dessen nicht gewahr wird und sich nicht anschaut, was er macht. Also das ist irgendwie so ein Gradmesser auch von Eigenverantwortung vielleicht, was jemand, wo jemand gelernt hat sich zu nehmen oder sich zu entwickeln in seinem, wie er eben auf der Welt ist. Unabhängig von einer Diagnose. Mei klar gibt es die klassischen Einteilungen, mir ist klar, dass ich da auch nicht drüber weg kann. Ich muss auch mit Ärzten reden, und spätestens da wird es, ist es klar, dass es um Diagnosen auch geht, aber ich versuche auch den Leuten hier in der Beratung immer dieses – sich selber auch einschränken durch so eine Diagnose, dass man da wekommt. Oder dass das nicht so im Vordergrund ist vielleicht. (Vera, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 160)

Vera sieht in medizinischen Diagnosen eine Einschränkung und Festlegung der KlientInnen. Durch die defizitorientierte Diagnose werde der Blick auf die Kranken, nicht auf die gesunden Anteile gelenkt. Mit dem defizitorientierten medizinischen Modell ist auch Ernst nicht zufrieden. In dem systemischen Modell findet er eine fachlich-theoretische Fundierung der Spezifität des sozialpsychiatrischen Diskurses. Anders als die oben beschriebenen Äußerungen argumentiert Ernst nicht aus dem eigenen Erleben, aus seiner persönlichen Sicht auf die Arbeit, sondern nutzt systemische Begriffe um seine Haltung zu beschreiben.

Ich erinnere mich an eine Situation, Stichwort Angehörigenarbeit, wir saßen hier in der Gruppe, dann kommt hier jemand rein und – meine Methode besteht darin, dass wir hier nicht über denjenigen reden, der abwesend ist, weil das wirkt ja chronifizierend, ich versuche also das Thema immer wieder auf den Angehörigen zurückzulenken und wie er seine Situation erleichtern kann. Dann beschreibt ein Angehöriger eine Situation, wie er eine Situation bewältigt hat mit dem, sag ich jetzt mal, Symptomträger. Ja? Was ich sehr gut fand. Der ganze Lebensinhalt hat sich nicht mehr um das psychisch kranke in Anführungszeichen Mitglied gedreht, sondern er hat begonnen, wieder eigene Interessen, eigene Hobbys, eigene Beziehungen zu unterhalten, hat sich auch noch um das psychisch kranke Familienmitglied gekümmert, aber abgegrenzt. Und hat sehr viel Verantwortung zurückgegeben, und das war für beide Beteiligten erfolgreich, ja? Dann saß hier eine Angehörige mit einem medizinischen Modell, hat das medizinische Modell verinnerlicht, und sagt zu dem Betreffenden: »Na haben Sie schon mal nachgelesen im Lehrbuch Soundso über die Symptome, die Ihr Sohn hat?« Und Sie müssten doch ganz anders sich verhalten und Sie müssten doch da viel hilfreicher sein – und so weiter und so fort. Und dann war es für mich eben schwierig, ich versuch ja dann so kleine Unterschiede zu machen, und hab versucht, also die Idee reinzubringen, dass eben das eine gute Lösung war, die der Betreffende für sich und seine Angehörigen da entwickelt hat, und – ja. Und dass es eben auch Nachteile gibt beim medizini-

schen Modell. Weil dann, wenn man dem folgt, kann man ja quasi, es ist zwar entlastend, aber man kann keinen Einfluss mehr ausüben, weil es ist ja eine Krankheit. Man kann gar nichts tun! Also diese Idee der Krankheit, die erleb ich als sehr lähmend oft in der Praxis. Ich kann die Angehörigen verstehen, auf der einen Seite fühlen sie sich entlastet, auf der anderen Seite wirken sie aber unbewusst chronifizierend, indem sie diese Defizite und defektorientierten Ideen übernehmen. Und oft werden sie von Experten darin bestärkt. Stichwort Psychiater, Therapeuten, und dadurch bleibt oft alles beim Alten. Weil alle Beteiligten sich sagen: Es ist ja eine Krankheit, wir können nichts tun. Letztendlich ist es eine Krankheit. (Ernst, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 173)

Ernst fühlt sich ohnmächtig gegenüber der Verführungskraft des medizinischen Modells. Es entlastet von Verantwortung, gleichzeitig wirkt es jedoch chronifizierend. Ähnlich wie Vera sieht er in dem defizitorientierten Blick der medizinischen Psychiatrie eine Kraft, die gegen die eigenen Bemühungen um Veränderung in der Lebenswelt der KlientInnen gerichtet ist.

Dieser pessimistische Ausklang soll nicht täuschen: In Konzeptionen psychischer Gesundheit vieler MitarbeiterInnen findet man Haltungen, die sich von dem medizinischen Diskurs emanzipieren und einen subjektorientierten, ressourcenorientierten und kontextbezogenen Begriff psychischer Gesundheit bevorzugen. Die Antworten auf die Frage nach dem Verständnis psychischer Gesundheit unterscheiden sich jedoch von dem Verständnis, dass sich aus den Fallgeschichten herausarbeiten lässt. In den Erzählungen aus dem Arbeitsalltag und ihren impliziten Gesundheitskonzepten sind der medizinische und psychotherapeutische Diskurs dominanter als in der bewussten Positionierung, das wird auch in der folgenden Erzählung deutlich.

#### **Paradoxe Auftrag: Anleitung zur Selbstständigkeit**

Die folgende Passage entwickelt sich auf Grund der Frage nach den Erfolgen in der Arbeit mit KlientInnen. Sie ist die mit Abstand längste Passage in den Interviews, die sich mit einem Klienten beschäftigt. Susanne erzählt von der Arbeit mit einem jungen Mann.

Die Mutter hat ein Alkoholproblem, es ist so eine Art Hassbeziehung, sie traut ihm nichts zu – es gibt noch Geschwister – und er wird eigentlich immer: »Na du kannst nix, du bist nix.« Die Tendenz. Der Vater war Akademiker und hat sich wohl das Leben genommen, wobei nicht so ganz klar war, wie. Dieses hat er auch selber vor Augen. Und sein Problem ist immer so: Wo ist sein eigenes Selbstbewusstsein, wo ist sein Selbstverständnis, wo spürt er sich selber, wie kann er überhaupt einen Erfolg sehen, anfangs war sogar wie kann er Entscheidungen treffen? Er war nicht mal in der Lage Entscheidungen zu treffen. Er war auch emotional gar nicht groß ansprechbar. Also er erzählte

so Beispiele von zu Hause, was eigentlich furchtbar ist, und saß dabei und lachte. Aber dieses Lachen war ein sehr hohles Lachen, was eigentlich sagte, dass es nichts mit der eigentlichen Sache zu tun hat. [...] also wir haben ja unterschiedliche Menschen, mit denen wir hier zu tun haben, und er gehört vielleicht nicht so ganz zu den typischen Leuten auf Grund seiner Diagnose. Weil er Borderliner ist. (Susanne, Sozialpädagogin, Berlin, Z. 200)

Mit Begriffen aus dem psychotherapeutischen Diskurs («Wenig Selbstbewusstsein, spürt sich nicht, kann keinen Erfolg sehen, keine Entscheidungen treffen, hohles Lachen»), beschreibt Susanne die Probleme und die Lebensgeschichte des Klienten. Sie beschreibt ein differenziertes Bild des jungen Mannes und bezieht die soziale Umgebung mit ein. Erst am Schluss wird der Klient unter medizinisch-diagnostischen Gesichtspunkten gesehen, als »Borderliner«. Im Vergleich zu der vorherigen Erzählung, die den Klienten in seinen Gefühlen und seiner Lebenswelt betrachtet, erscheint das als eine stark stigmatisierende Zuschreibung. Im Gegensatz zu der einführenden Beschreibung zu Beginn, dient die Diagnose als Bestätigung der Schwere seiner Störung, seine Identität schrumpft plötzlich auf die medizinische Diagnose zusammen: »Er ist Borderliner.« Der psychotherapeutische Diskurs ermöglicht eine umfassendere Sicht auf die Person des Klienten, zwar auch stark defizitorientiert, bietet er doch ein recht facettenreiches Bild. Der medizinische Diskurs hingegen legt fest.

Und dann hatte er weiterhin so Vorstellungen, sein Ziel selbstständig zu werden und er möchte eine eigene Wohnung und überhaupt. Gut. Das war alles noch ein bisschen fraglich, weil wie weit er selbst was kann und nicht, das wurde nie deutlich, das war auch nie ausprobiert worden – wie denn? Er wollte eine eigene Wohnung, und wenn dann mit Unterstützung. Eine Betreuung zu Hause. Ist alles möglich. Die WG war's nicht mehr, okay, da haben wir gesagt, okay. Also ich fand das in Ordnung. Soll er machen. Und dann kriegt er das so genannte betreute Wohnen, das ist der ambulant psychiatrische Dienst, der APD, der der aufsuchende Dienst ist und sich zu Hause so kümmert, dass der Mensch, der dann in seiner Wohnung alleine lebt, dort auch zu-rechtkommt. Egal ob das im hauswirtschaftlichen Bereich ist, egal ob das sich auf Arbeit und Freizeit und Beschäftigung bezieht, alle diese Bereiche waren bei ihm schon wichtig, zumindest auch darüber zu reden. (Susanne, Sozialpädagogin, Berlin, Z. 230)

Nachdem Susanne den Klienten und seine Situation beschrieben hat, erzählt sie von den sozialpsychiatrischen Angeboten, die er in Anspruch nimmt. Das Ziel des Klienten und seiner BetreuerInnen ist die Selbstständigkeit. Der gemeindepsychiatrische Diskurs beschreibt die institutionellen Angebote als Hilfe zur Selbstständigkeit, die durch die Betreuung im Arbeits-, Freizeit- und Hauswirtschaftsbereich erreicht werden soll. Es geht also um eine beschützte Entwicklung des Klienten. Susanne ist stolz auf ihre Unterstützungsleistung, vor allem darauf,

dass sie und die anderen HelferInnen die Ziele des Klienten anerkennen und bedürfnisorientiert arbeiten.

Und was bei ihm das Schlimme war: Wenn es Situationen gab, egal ob realistisch oder nicht, wo er nicht mehr weiter wusste, dann hat er geschnippelt. Also er hat an den Händen richtige Schnittwunden. Ich glaube sogar in die richtige Richtung gemacht. Er ist aber immer wieder – sag ich jetzt mal – gerettet worden. Ich weiß nicht, ob er dann irgendwo noch angerufen hat, so eigentlich als Hilferuf, das weiß ich jetzt nicht, oder ob es auch manchmal Zufall war. Also jedenfalls gab es viele Situationen, wo er eigentlich nicht mehr leben wollte, weil alle halten ihn für doof und seine Mutter ja auch, und dann hat er so Beispiele erzählt, was sie gesagt hat, wo mir also die Haare zu Berge standen. Und was er aber eigentlich gar nicht an sich ranlassen konnte, und damit konnte er eigentlich auch gar nichts anfangen, mit den Aussagen, und das auch gar nicht verarbeiten. (Susanne, Sozialpädagogin, Berlin, Z. 240)

In dieser Passage wird das Erschrecken und die Ohnmacht von Susanne gegenüber dem selbstverletzenden Verhalten und der Ablehnung von Kommunikation deutlich. Entlastung und Erklärung bietet der psychotherapeutische Diskurs (»vielleicht ein Hilferuf, nichts ranlassen, nichts verarbeiten«). Dadurch entkommt sie dem hilflosen Mitgefühl, kann durch das psychotherapeutische Fachwissen die Perspektive des Klienten übernehmen und sich sein Verhalten verständlich machen.

Bevor er ausgezogen ist – das war so am Jahresende – ist seine Mutter irgendwie verweist. Und da hat er gesagt, er möchte in der Wohnung seiner Mutter leben und möchte einfach mal ausprobieren, inwieweit er alleine leben kann. Er musste die Katze versorgen, und – na ja, und sich selbst. Also dass er überhaupt auf diese Ideen gekommen ist und das so gesagt hat, waren wir ehrlich gesagt, wirklich erfreut davon. Und er hat es so gemacht und das hat geklappt. Und er hat eigentlich ganz viele Dinge gesagt, die er machen möchte, die wir letzten Endes auch mitgemacht haben, und haben ihm immer Unterstützung angeboten. Und haben ihm gesagt, wenn Krisensituationen sind, wo er sich hinwenden kann. Ich hab es ihm richtig eingetrichtert: »Wenn was ist, wo können Sie sich hinwenden?« Also er sollte es mir echt aufsagen, damit es mal einen Automatismus gibt, und das System hat funktioniert. Also das macht man nun nicht mit jedem, aber es gibt so Situationen, wo ich denke, dass das schon sinnvoll ist. Und das hat auch gut funktioniert. Gleichzeitig haben wir ihm bei Frau S. [die Psychologin am Dienst] Gespräche angeboten, um über seine persönliche Situation zu reden. Das wollte er noch nicht. (Susanne, Sozialpädagogin, Berlin, Z. 258)

Die HelferInnen freuen sich über Fortschritte, sie gehen eine starke Identifikation mit dem Selbstständigkeitsbestreben des Klienten ein, bieten aber auch Unterstützung in Krisensituationen. Susanne betont, gemäß der Sprachregelungen des gemeindepsychiatrischen Diskurses, die Seite des »Angebotes« und der »Unterstützung«. Die Hilfen haben aber auch eine starke Kontrollfunktion. Der Kli-

ent wird regelrecht konditioniert auf das sozialpsychiatrische System. Dieses »Eintrichtern« dient sicher auch der Beruhigung der HelferInnen, alles für die Sicherheit getan zu haben. Die intensive Betreuung erzeugt eine erziehungsähnliche Situation, wie eine Mutter sorgt sich Susanne um den Klienten.

Dann hat er mit dieser Betreuung, hat also das gut zu Hause geschafft, hat sich diese Wohnung gesucht, ist zu Wohnungsbaugesellschaften gegangen, hat er alles alleine gemacht, konnte aber nie erkennen, was er eigentlich für Schritte gemacht hat. Was er für einen Erfolg hat. Was er sich in den Kopf gesetzt hat und gemacht hat, mit Unterstützung, aber er hat die Schritte gemacht. Aber er konnte nie sehen, dass das eigentlich was ganz Selbstständiges gewesen ist, was er gemacht hat. [...] Und dann war er immer ganz überrascht, und wir haben das dann immer wieder aufgezählt, und: »Ach ja, richtig, hab ich ja gemacht.« Also es war, wo ist er selbst, wer ist er überhaupt – das war immer wieder Thema. Und dann hat er irgendwann gesagt: Ja, jetzt möchte er doch Gespräche über seine persönliche Situation. Da kam so ganz viel, was die Mutter betrifft und den Vater betrifft, diese Selbstmordgeschichte, da kam ganz viel so in ihm hoch, und da wollte er drüber reden. (Susanne, Sozialpädagogin, Berlin, Z. 273)

Nachdem der Klient wichtige Schritte in Richtung Selbstständigkeit gegangen ist, geht es nun darum, die Schritte zu reflektieren. Das psychotherapeutische Angebot bei der Psychologin kann er jetzt annehmen.

Inzwischen, auf Grund der Situation, dass es auch wieder gefährlich war, er hatte auch zwischendurch sich wieder an den Handgelenken geschnitten und war dann auch in einer Klinik – die Abstände wurden aber größer – gab es aber dann Zeiten, wo er Medikamente nehmen sollte. Weil er war auch sehr unruhig und sprang in Themen hin und her, konnte nirgendwo so dabei bleiben. Da hat er die Medikamente genommen, und dann irgendwann fand er, dass er die vielleicht doch absetzen sollte. Hat das aber nicht so groß besprochen, weil wir ja immer gesagt haben: Wenn was ist, sollen wir das besprechen. Ist ja in Ordnung, ich denke, man kann das alles machen, aber man muss das besprechen. Und dann hat er das aber einfach erst mal so heimlich abgesetzt, und dann hatte er, das weiß ich nicht, dann kam er, hatte er einen Termin hier bei mir, und dann kam er her und hat gesagt: Ja, er hat jetzt gerade seiner Hausärztin gesagt, dass er die Medikamente nicht mehr nimmt seit – weiß ich nicht, war das jetzt schon ein Viertel- oder ein halbes Jahr – und das sagte er dann auch mir. Und er sitzt dann immer so da, als ob er denkt, jetzt schimpfen wir gleich mit ihm. Das passierte nur jedes Mal gar nicht, also es war wirklich, es waren so Sachen, die für ihn eingeübt waren, wo er dachte, die Reaktionen kommen und die kamen nicht. Und die kamen ohne – das ist wirklich noch mal ganz positiv, dass das Helfersystem unheimlich gut funktioniert hat – ohne dass wir uns groß abgesprochen haben. Wir hatten also so den gleichen Ansatz und die gleichen Ideen und die gleiche Haltung. Ich kann nur sagen:

Das lief fantastisch. Der Betreuer war auch mit, und dann haben wir die Situation besprochen, er hat auch gesagt, dass auch er nicht merkt, dass eine Veränderung bei dem Klienten gewesen ist. Und – ja, sag ich, na okay, dann kann er das ja weiter probieren, die Gespräche weiter bei unserer Psychologin, weil ich denke, wenn er so ganz dicht an seine inneren Sachen rankommt, also da fing ja auch mal, konnte er auch mal weinen, er konnte das vorher überhaupt nicht. (Susanne, Sozialpädagogin, Berlin, Z. 287)

Zunächst geht es um Probleme: Susanne zählt Symptome auf (»schneiden, unruhig, in den Themen springen«), die in dem medizinischen Diskurs darauf hindeuten, dass eine medikamentöse Behandlung beziehungsweise ein Klinikaufenthalt notwendig ist. Der Klient entscheidet selbst, die Medikamente abzusetzen und bringt damit den Widerspruch zwischen Selbstständigkeit und Sicherheit zutage. Im Dienste der Selbstständigkeit begrüßen die HelferInnen die Fortschritte, sicherheitsrelevante Entscheidungen, wie etwa das Absetzen der Medikamente, sollten jedoch mit den HelferInnen besprochen werden.

Susanne zeichnet das Bild eines geschlossenen Betreuersystems, auf dessen Kooperation sie stolz ist. Die HelferInnen beobachten genau die Veränderungen beim Klienten und bieten sich dadurch als Übertragungsobjekte für die Schuldgefühle und das schlechte Gewissen des Klienten an, als er eigenmächtig die Medikamente absetzt. Sie reagieren für den Klienten überraschend, da sie seine Handlungen unterstützen, nachdem sie sich versichert haben, dass keine Gefahr droht. Nachdem also medizinisch keine Indikation mehr für die Einnahme von Medikamenten vorliegt (Sicherheitsaspekt), kann im Rahmen des psychotherapeutischen Diskurses die Übertragungsfigur aufgelöst werden. Zudem werden die Fortschritte in den Gesprächen mit der Psychologin hervorgehoben (Aspekte der Selbstständigkeit).

## 5.4 Resümee

Im sozialpsychiatrischen Feld werden medizinische und psychotherapeutische Diskurse gebrochen durch Erfahrungen im Lebensalltag der KlientInnen und Professionellen. Soziale Probleme, Armut, Einsamkeit und Verwahrlosung stellen die medizinischen und psychotherapeutisch geprägten Identitätsentwürfe der Professionellen vor Zerreißproben. Sie zwingen dazu, den konkreten gesellschaftlichen Kontext der KlientInnen zu berücksichtigen und führen zu neuen, kontextbezogenen Konzepten von psychischer Gesundheit. Das sozialpsychiatrische Feld ist gut für den Empowermentansatz geeignet, weil die Verhältnisse, in denen die KlientInnen leben, zu wenig konkrete Anknüpfungspunkte für psychotherapeutische Selbstverwirklichungsideale bieten.

Deutlich wurde auch die Vielfalt der Diskurse und ihre wechselseitige Verwobenheit, ihr unterstützendes und konkurrierendes Verhältnis in den Erzählungen der InterviewpartnerInnen. Der Rückgriff auf Diskurse, die mit eher starren Bildern von Normalität und Abweichung hantieren, wie der medizinische und der juristische, erleichtert es in kritischen Situationen den kontrollierenden Zugriff auf KlientInnen zu rechtfertigen. Der psychotherapeutische Diskurs lässt eher der Verwirklichung individueller Gesundheitsideale Raum, die freilich durch die vorgegebenen Schablonen therapeutischer Schulen wiederum eingeschränkt und normiert werden.

Ökonomische und juristische Diskurse prägen die Identitätsentwürfe der Professionellen auf grundlegendere Art und Weise, indem sie ihnen die Logik der kapitalistisch-demokratischen Rahmenbedingungen zu Grunde legen. Sie kanalisieren die therapeutischen Identitätsentwürfe, indem sie in einer Balance von Angebot und Nachfrage, Normierung und Flexibilität, Vergesellschaftung und Privatheit austariert werden müssen. Wie sich diese diskursiv vermittelten Identitätsmuster mit dem Begehren der Subjekte verknüpfen, soll im folgenden Kapitel gezeigt werden.

## 6 Die sozialpsychiatrische Beziehung

Nachdem die institutionellen und diskursiven Kontexte der Erzählungen betrachtet wurden, wird die Beziehungsdynamik zwischen den Professionellen und den KlientInnen in den Interviews thematisiert. Zunächst wird mithilfe von ethnopsychanalytischen Konzepten die Rolle des Fremden auf gesellschaftlicher und psychodynamischer Ebene beschrieben. Daran schließt sich die psychoanalytische Betrachtung des Individuums im institutionellen Kontext an. Nachdem der methodische Zugang zu unbewussten Inhalten entwickelt wurde, werden aus den Erzählungen der Professionellen lustvolle und ängstigende Aspekte in der Beziehung zu den KlientInnen herausgearbeitet.

### 6.1 Ethnopschoanalyse

Die Ethnopschoanalyse verbindet psychoanalytische Methodik mit dem Feld der Ethnologie. Zunächst als ethnologische Wissenschaft verstanden, beschäftigten sich Ethnopschoanalytiker mit den psychischen Strukturen der Menschen in fremden Kulturen. Bald jedoch wurden die eigenen kulturellen Muster problematisiert, da deutlich wurde, wie stark sie die Betrachtung fremder Kulturen beeinflussen. GEORGES DEVEREUX (1967) befasste sich mit den unbewussten Prozessen, welche die Wahrnehmung des ethnologischen Forschers verzerren und übersetzte sie in eine Kritik der Methodik von Verhaltenswissenschaften im Allgemeinen. Zwei weitere wichtige Vertreter erweiterten die psychoanalytische Theorie von der individuellen Ebene auf die gesellschaftliche: MARIO ERDHEIM (1988) setzte sich mit der gesellschaftlichen Produktion von Unbewusstheit auseinander, und PAUL PARIN (1978) entwickelte das Konzept der Anpassungsmechanismen als soziales Äquivalent zu den innerpsychischen Abwehrmechanismen. Die Ethnopschoanalyse versteht sich heute als eine Wissenschaft zwischen Ethnologie, Soziologie und Psychoanalyse:

Die Ethnopschoanalyse versucht [die] unbewußte Dimension aufzudecken und zwar sowohl diejenige, die mit dem Individuum und seiner Geschichte, als auch diejenige, die mit der Kultur und ihrer Geschichte zusammenhängt. Die Ethnopschoanalyse versucht also, die psychogenetische mit der soziogenetischen Sehweise zu verknüpfen. (ERDHEIM 1988, S. 258)

Bevor im Folgenden die psychoanalytische Konzeption des Fremden entwickelt werden soll, einige Bemerkungen zu dem Verständnis psychoanalytischer Begrifflichkeit, das dieser Arbeit zu Grunde liegt. Psychoanalytische Begriffe, wie »Abwehrmechanismus« oder »narzisstische Störung« werden oft als pathologische Beschreibungen, als Abweichungen von der Normalität gelesen. Das entspricht der Bedeutung dieser Begriffe im klinischen Feld. Sie werden zur Begründung therapeutischer Behandlungstechniken von psychischen Störungen angeführt und dienen diagnostischen Zwecken.

Neben der klinisch-therapeutischen Verwendung haben die Begrifflichkeiten jedoch auch eine Bedeutung für das sozialwissenschaftliche Verständnis menschlichen Verhaltens. Sie dienen dazu innerpsychische Dynamiken zu beschreiben, das menschliche Verhalten und Erleben unter Einbeziehung unbewusster Prozesse zu verstehen.<sup>1</sup> Die Unterscheidung zwischen Pathologie oder Normalität ist in diesem Zusammenhang nicht sinnvoll, weil sie durch ihre Wertung den Blick auf die soziale Anpassungsfunktion der psychischen Mechanismen trübt. Berücksichtigt man die aktuelle soziale Umwelt und die individuellen Sozialisationserfahrungen, wird der Einsatz von Abwehrmechanismen als Reaktion verständlich und als sinnvolle Lösung nachvollziehbar, egal ob sie klinisch als pathologisch oder normal bewertet werden. Die Psychoanalyse betrachtet so die Interaktion zwischen individuellen Sozialisationserfahrungen, die sich in innerpsychischen Dynamiken niedergeschlagen haben, mit der jeweils aktuellen sozialen Umwelt. Da die Entwicklung der psychoanalytischen Begrifflichkeit in einem Spannungsfeld zwischen Erkenntnissen aus der therapeutischen Arbeit und theoretischen Überlegungen stattfindet, werden sich normative Konnotationen jedoch nicht vermeiden lassen.

Dennoch braucht man auf das medizinische Denken nicht zu verzichten, wenn man nur daran festhält, daß es sich um Vorstellungen handelt, die nichts Endgültiges aussagen, um Metaphern, Analogien, wie die berühmten Gleichnisse aus der Physik, der Politik, der Kriegskunst, die Freud verwendet hat, um seine Entdeckungen darzustellen. (PARIN 1978, S. 72)

---

1 Das Unbewusste hat in der Konzeption von Freud zwei Funktionen: Als Es beschreibt Freud den triebhaften Charakter des Unbewussten. Das Unbewusste nimmt aber auch alle aus dem Bewusstsein verdrängten Inhalte auf. »Das Unbewußte als Es treibt das Individuum immer wieder an, neue Objekte der Lust zu suchen und zu schaffen; das Unbewußte als Konservator nimmt hingegen diejenigen Elemente auf, die das Ich an der Realität scheitern ließen, und konserviert sie als unbewußt gewordenen Wunsch.« (ERDHEIM 1988, S. 169)

### 6.1.1 Begegnung mit dem Fremden

Das Fremde spielt in der Ethnopschoanalyse eine doppelte Rolle. Zum einen in der fremden Kultur, die für den Ethnologen unverständlich, beängstigend und faszinierend zugleich erscheint. Zum anderen in dem Unbewussten, dessen Äußerungen dem bewussten Ich fremd sind und ähnliche Reaktionen hervorrufen kann wie die Begegnung mit fremden Kulturen.

Analog zur phänomenologischen Konzeption von Fremdheit als einen relationalen Begriff kann sie im psychoanalytischen Denken als Ausdruck einer Beziehungserfahrung konzipiert werden. Der, die, das Fremde begegnet mir danach sowohl in einer Interaktion mit einem äußeren Objekt (einer Person oder einer Sache) als auch in introspektiver Betrachtung als Aspekt, der dem bewussten Ich als nicht zuständig erscheint. In sinnfälligster Form findet diese Fremde im Eigenen seinen Ausdruck im Symptom, wie etwa Ängste oder Zwangshandlungen, die der/m Betroffenen unverständlich und fremd erscheinen. Aber auch Träume und Fehlleistungen (als universelle Phänomene im Vergleich zu psychischen Störungen) sind häufig mit dem Gefühl von Fremdheit verbunden. (QUINDEAU 1999, S. 168)

Aus psychoanalytischer Betrachtung gibt es Fremdheitserfahrungen mit äußeren Objekten sowie mit eigenen unbewussten Impulsen. Diese unbewussten Impulse werden in Form von Träumen und Fehlleistungen, aber auch in massiverer Form als Ängste und Zwangshandlungen oder als psychotische Symptome wie Stimmenhören erfahrbar. Die Trennung zwischen äußerer und innerer Fremdheitserfahrung dient der analytischen Beschreibung, ist jedoch in dem subjektiven Erleben sozialer Beziehungen nicht möglich. In der Begegnung mit einem äußeren Objekt werden immer auch eigene innere Wünsche und Ängste aktiviert, die sich mit der Wahrnehmung des Objektes vermischen.

Situationen und Begegnungen werden unheimlich, wenn das Verhalten des Gegenübers nicht einschätzbar ist und Spielraum für eigene Fantasien und angstvolle oder lustvolle Besetzungen lässt. Die diesen Fantasien zugrunde liegenden Impulse sind kulturell verpönt, zum Beispiel sexuellen Inhalts, und im Laufe der Sozialisation einer Selbstkontrolle unterworfen worden. Die Wahrnehmung dieser Impulse als eigene, würde Angst und Scham verursachen und deswegen vermieden. Sie werden mittels Abwehrmechanismen unbewusst gemacht.

Diese Abwehrmechanismen stellen Kompromisse dar, der ursprüngliche Impuls wird unkenntlich gemacht, in kaschierter Form darf er jedoch zu Bewusstsein kommen und befriedigt werden. Träume und Fehlleistungen sind solche Kompromissbildungen in denen unbewusste Impulse in verwandelter Form auftauchen. Auch neurotische und psychotische Symptome haben diesen Doppelcharakter. Sie enthalten den ursprünglichen Wunsch sowie dessen Abwehr. Ein Waschwang ermöglicht zum Beispiel, sich ständig autoerotisch mit dem eigenen Körper zu

befassen, aber nicht mehr im ursprünglichen Sinne lustvoll, sondern in der Abwehr nur noch reinigend. Während diese Ausdrucksformen zwar als fremd, aber doch auch als eigene Handlungen oder Vorstellungen gesehen werden, gibt es auch die Möglichkeit, verbotene unbewusste Impulse auf äußere Objekte zu projizieren. Damit erscheinen sie als Eigenschaften des Gegenübers und können an diesem stellvertretend bekämpft oder idealisiert werden.

Menschen aus fremden Kulturen können als Projektionsfläche diese verdrängten Anteile zugeschrieben bekommen. Psychisch Kranke jedoch bekommen sie nicht nur zugeschrieben, sondern sie leben sie auch. Während MigrantInnen zufällig Normen verletzen, brechen psychisch Kranke zielgerichtet die kulturellen Tabus, weil sie diese kennen. Die Verrückten sind also auf andere Art und Weise fremd als Angehörige einer fremden Kultur. Da sie als Angehörige der eigenen Kultur den gleichen Normen unterliegen, die gleiche Sozialisation durchlaufen haben, sind sie uns näher. Umso befremdlicher jedoch ist ihr Verhalten. Gerade weil sie uns so ähnlich sind, gefährden sie durch ihre bizarren Symptome, durch die Brüchigkeit ihrer Abwehr und das Hervortreten kulturell verpönter Impulse unsere eigene Abwehr unbewusster Impulse. Der Wahnsinn wird somit zum Spiegelbild, zur Negativfolie unserer vernünftigen Kultur. Das, was FOUCAULT (1961) mit Rückgriff auf Nietzsche als das Dionysische bezeichnet (siehe Kapitel 5.1.1).

Das Fremde kann demnach nicht als Eigenschaft einer bestimmten Kategorie von Menschen zugeschrieben werden, sondern ist ein Beziehungsphänomen. Auch Menschen, die der eigenen Kultur angehören, können befremden, zum Beispiel, wenn sie sich verrückt verhalten. Aus psychoanalytischer Sicht haben Fremdheitserfahrungen trotz ihres beunruhigenden Charakters eine wichtige Bedeutung in der psychischen Entwicklung.

### 6.1.2 Bedeutung des Fremden in der Entwicklung des Kindes

Die Ursache des Fremdelns, dass etwa im achten Lebensmonat des Kindes zu beobachten ist, erklärt die Psychoanalyse in einer Projektion von bösen, frustrierenden oder angsterregenden Anteilen aus der symbiotischen Bindung zwischen Mutter und Kind auf äußere Objekte. In dieser ursprünglichen Abwehrform erfüllen Fremde als Projektionsobjekte eine notwendige Entlastungsfunktion. Aber in dem Verhalten des Kindes sind neben der Angst auch Neugierreaktionen zu beobachten, offensichtlich gibt es neben der Bedrohung auch eine Faszination, die von Fremden für das Kind ausgeht.

Fremd ist nicht einfach das, was ich nicht kenne und wovon ich nichts weiß, fremd ist vielmehr das, was mich auf eine merkwürdige Weise betrifft, obwohl ich es nicht ken-

ne. Die Ambivalenz von Angst und Faszination prägt mein Verhalten gegenüber dem Fremden und bestimmt zugleich meine Haltung zu mir selbst. Das Fremde und das Eigene stehen also in einem ähnlichen Verhältnis zueinander wie das Unbewußte und das Bewußte. (ERDHEIM 1993, S. 167)

Auch die Faszination des Fremden erfüllt eine wichtige Funktion in der Entwicklung des Kindes. Fremde sind das Dritte, das die symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind transzendiert. Es bietet dem Kind die Möglichkeit, sich von der Mutter zu lösen, indem es sich zu ihnen hinwendet. In der frühen Triangulation erfüllt diese Rolle oft der Vater, in späteren Phasen der Entwicklung übernehmen gesellschaftliche Institutionen oder Personen, die nicht zur Familie gehören, diese Funktion.<sup>2</sup>

Das Fremde hat also in der Entwicklung des Kindes eine doppelte Bedeutung: Es dient zum einen als Behälter für die unerwünschten und verbotenen Themen in der innerpsychischen und familialen Welt des Kindes. Durch die Verbannung der Gefahr ins Außen wird die Innenwelt geschützt. Zum anderen ist die Faszination, die dem Fremden zugeschrieben wird, ein Anlass die gewohnte Weltsicht in Frage zu stellen und zu verändern, mütterliche und familiäre Bindungen zu überschreiten. Diese beiden Funktionen des Fremden lassen sich nicht nur in der kindlichen Entwicklung, sondern auch in der Haltung von Erwachsenen gegenüber dem Fremden beschreiben. Die Dialektik des Fremden, das zugleich notwendig ist um das Eigene zu bewahren, sowie um es zu überschreiten, spaltet sich jedoch meist in die xenophobe und die exotistische Haltung gegenüber Fremden.

In der Xenophobie meidet man das Fremde, um das Eigene nicht in Frage stellen zu müssen, im Exotismus zieht es einen in die Fremde, und man muß deshalb zu Hause nichts ändern. (ERDHEIM 1988, S. 261)

### 6.1.3 Das Fremde als Spiegel der Kultur

Warum ist es so schwierig die dialektische Spannung zum Fremden zu halten? Erdheim erklärt das Phänomen mit dem Konzept der Unbewusstheit in der Kultur. Ausgehend von dem Antagonismus von Trieb und Kultur, den Freud beschrieben hat, konzipiert er ein kulturelles Unbewusstes, das sich mit der kulturellen Evolution verändert:

Die soziale Evolution vollzog sich unter dem Vorzeichen von Herrschaft, und da die Aufrichtung von Herrschaft nicht unter dem Druck von Einsichten, sondern von Ge-

---

2 Die Funktion der Mutter und des Vaters sind nicht an die biologischen Eltern gebunden. Wenn von der Mutter oder dem Vater die Rede ist, sind symbolische Positionen in der Entwicklung des Kindes gemeint.

walt stattfand, war das, was unbewußt gemacht werden musste, die Aggression, die sich gegen die ihre Macht ausdehnende Herrschaft richtete. (ebd., S. 16)

Xenophobe beziehungsweise exotistische Klischees entstehen durch die Projektion unbewusster Aggressionen oder Wünsche auf Fremde. Diese unbewussten Fantasien haben mit Einschränkungen unserer Kultur zu tun. Sexualität und offener emotionaler Ausdruck sind in der protestantisch-vernünftigen Welt tabuisiert. Das Fremde zeigt also die Eingeschränktheit unserer Kultur auf. Es fasziniert durch das Aufzeigen neuer Möglichkeiten und macht Angst, weil Gewohnheit und Sicherheit verloren gehen. Der Verlust von Gewohnheit und Sicherheit nennt Erdheim das »soziale Sterben«.

Das soziale Sterben ist jener Prozeß, in welchem die sozialen und kulturspezifischen Rollen zerfallen, die unbewußten Werte und Identitätsstützen ins Wanken kommen und damit auch die diesen Verhältnissen angepassten Wahrnehmungsformen. Das soziale Sterben ist ein alltäglicher Vorgang, dem man sich immer aussetzen kann, wo man seinen gewohnten Kreis verläßt; man steht vor einer Alternative: entweder an seinen fremden Erfahrungen festzuhalten und nun den fremden Blick auf die eigene Kultur zu richten oder jene Erfahrungen an die von der eigenen Kultur geforderten Konventionen anzupassen und damit Schritt für Schritt seine Erfahrungen zu verleugnen. (ERDHEIM 1988, S. 74)

Die Rollensysteme, die Identität stützen und Wahrnehmung lenken, werden durch die Konfrontation mit dem Fremden erschüttert. Lassen wir uns auf das Fremde ein, so kommt es zu Grenzverschiebungen, und wir müssen uns ändern. Wir werden zum Fremden in der eigenen Kultur. Gehorchen wir der Angst, so werden wir unsere Grenzen verstärken und befestigen. Das Fremde wird dann zum Feind, der mit Gewalt abgewehrt werden muss. Das Fremde tritt in vielerlei Gestalt auf. Nicht nur als fremde Kultur, mit der sich die Wissenschaft der Ethnologie beschäftigt, sondern auch in der eigenen Kultur. Das Fremde wird dann Wahnsinn genannt. Entsprechend lässt sich Psychiatrie als Wissenschaft vom »Anderssein in der eigenen Kultur« (ebd., S. 17) beschreiben.

Die »Wilden« ebenso wie die »Irren« fielen durch ihre ganz andere Art des Verhaltens auf und forderten in extremer Weise das Orientierungs- und Abgrenzungsbedürfnis des Wissenschaftlers heraus. Um die Infragestellungen der gewohnten Anschauungen und Normen zu vermeiden, mußten die Unterschiede auf Kosten der Gemeinsamkeiten desto mehr betont werden. Die Abwehr der Versuchung, die Werte der eigenen Kultur der Normalität zu überdenken und neue Lebensformen in Erwägung zu ziehen, machte aus Psychiatrie und Ethnologie einander stützende Zwillingswissenschaften mit entsprechenden Ähnlichkeiten im Ablauf ihrer Geschichte. Die Ethnologie erscheint als eine Psychiatrie der »Wilden« oder »Naturvölker« und die Psychiatrie als eine Ethnologie der »Irren«. (ebd.)

### 6.1.4 Umgang mit dem Fremden

Erdheim beschreibt vier Formen, wie in den wissenschaftlichen Forschungen der Ethnologie mit dem Fremden umgegangen wurde. Er hat diese Formen aus einer Analyse historischer ethnologischer Berichte herausgearbeitet. MUSFELD (2001) hat die Überlegungen Erdheims auf das psychosoziale Feld und die Beziehung zu den KlientInnen als Fremde übertragen. Folgt man diesen Überlegungen, dann dürften sich ähnliche Haltungen auch in dem Umgang mit dem Wahnsinn finden. Tatsächlich lassen sich Übereinstimmungen zwischen den folgenden Tendenzen und den »Bewusstseinsformen« finden, die Foucault als Haltungen gegenüber dem Wahnsinn in seiner historischen Analyse erarbeitet hat (FOUCAULT 1961, S. 157 ff.).

#### Die entfremdende Tendenz

[Es] entsteht eine Phantasmagorie (etwa über die hemmungslose Gewalttätigkeit der »Wilden« und »Irren«), deren Grundstock aus Projektionen von Eigenschaften der Herrschenden selber oder aus jenen Elementen besteht, die eine Gruppe auf ihrem Weg zur Herrschaft abbauen oder abwehren mußte. Daher erscheinen die »anderen« als disziplin- und hemmungslos, dumm aber fröhlich, heimtückisch und abergläubisch, das heißt als Verkörperung der Eigenschaften, die Herrschaft erschweren oder verunmöglichen. (ERDHEIM 1988, S. 19)

Diese Tendenz projiziert also die Es-Impulse, die in der Sozialisation in unserer Kultur diszipliniert werden (z. B. Aggression, Sexualität, Müßiggang) auf die Fremden. Auf Grund dieser Attributionen wiederum wird Gewalt und Herrschaft gegenüber den Fremden legitimiert. Angst vor Fremden und Fremdenhass lässt sich aus dieser Tendenz erklären, ebenso die Ängste vor den Irren oder den Psychopathen, wie sie vielfältig in Filmen und Zeitungsberichten dargestellt werden (FELLNER 2002). In den Interviews taucht diese Haltung auf, wenn reflexartig auf Anzeichen psychotischen Verhaltens die KlientInnen zu einer medikamentösen Behandlung gedrängt werden. Das Verhalten wird nicht im sozialen Kontext betrachtet, es erfolgt kein Versuch, es zu verstehen. Stattdessen wird in Identifikation mit dem herrschenden medizinischen Modell eine Dämpfung der störenden Symptomatik betrieben.

### Die verwertende Tendenz

Der Fremde wird in Bezug auf seinen Nutzen beurteilt. Als billiger Arbeiter für Tätigkeiten, für die sich kein Deutscher findet, als Computerexperte, der Arbeitsplätze schafft, als Produzent von Nachkommen, die in die Rentenkasse einzahlen sind Fremde willkommen, als Flüchtling oder Asylbewerber sind sie unerwünscht. In Bezug auf die Psychiatrie sind die Möglichkeit der Rehabilitation in den Arbeitsmarkt beziehungsweise die Kosten der Behandlung oder Unterbringung psychisch Kranker korrespondierende Themen. Im Kontext von Einsparungen im sozialen Bereich, von Qualitätsmanagement und wachsenden Effizienz-erwartungen, bestimmt diese Haltung immer weitere Bereiche. In den Interviews finden sich Hinweise auf diese Tendenz in den Überlegungen zur Erweiterung des Angebotes der SpDi, in Versuchen den Bedarf zu kalkulieren, um die Finanzierung für entsprechende Maßnahmen zu begründen. Die psychisch Kranken, genauer gesagt die öffentlichen Stellen, die Gelder für die Betreuung genehmigen, werden zu Kunden, um die verschiedene Anbieter sozialpsychiatrischer Leistungen konkurrieren.

### Die idealisierende Tendenz

Die Idealisierung des Fremden bringt seine Fremdheit und Unangepasstheit zum Verschwinden und dient der Vermeidung der Angst vor Andersartigkeit. Außerdem ermöglicht er eine Flucht aus dem engen kulturellen Korsett der eigenen Gesellschaft, indem man sich mit dem »edlen Wilden« identifiziert. Idealisierung war ein wichtiger Beweggrund für das Interesse der 68er-Bewegung an der Psychiatrie. Psychotische Symptomatik wurde als Leiden an der Gesellschaft und zugleich als Form von Widerstand politisiert. Die Insassen von psychiatrischen Krankenhäusern wurden als Verbündete im Kampf gegen den Kapitalismus betrachtet. Außerdem erschien manchen der Wahnsinn als eine besondere Form von Freiheit, eine urtümlich-archaische Äußerung, die sich nicht der kulturellen Repression unterworfen hat.<sup>3</sup> Auch in den Interviews wird an einigen Stellen die Faszination deutlich, die von dem irritierenden Verhalten mancher KlientInnen ausgeht. Es wird als kreativ, kraftvoll oder erfrischend unverschämt beschrieben. Vermutlich werden eigene Wünsche auf die KlientInnen projiziert:

Neben der Möglichkeit, sich über die Projektion unangenehmer Gefühle und Wünsche zu entlasten und diese im Außen zu kontrollieren, existiert eine weitere Verfüh-

---

<sup>3</sup> Bildern und anderen künstlerischen Äußerungen von Psychiatrieerfahrenen wird ebenfalls diese archaische Kraft zugeschrieben (FELLNER 2000).

rung: Durch Identifizierung mit den Klienten kann stellvertretend ein Stück der eigenen verdrängten Triebwünsche ausgelebt werden. (MUSFELD 2001, S. 19)

### Die verstehende Tendenz

Den drei oben beschriebenen Abwehrformen stellt Erdheim eine Tendenz entgegen, welche die Fremdheit des Gegenübers anerkennt. Die Subjektivität des Forschers und die Beziehung zwischen Forscher und dem Angehörigen einer fremden Kultur wird als integrierender Bestandteil des Forschungsprozesses betrachtet. Das heißt, das Gegenüber wird nicht als Forschungsobjekt betrachtet, sondern als Beziehungspartner. Nicht den Eigenschaften des Fremden gilt die Aufmerksamkeit, sondern den eigenen Reaktionen in der Begegnung mit dem Fremden. Über diesen Weg kann, unter der Berücksichtigung der Beziehung und des Kontextes, in dem sie stattfindet, die Bedeutung des Verhaltens des Gegenübers rekonstruiert werden. Dabei werden immer wieder nicht überbrückbare Verständnisprobleme deutlich:

Das Irrationale nimmt hier die Gestalt des Nicht-Verstehbaren an; das, in das sich der Wissenschaftler nicht einfühlen und womit er sich nicht identifizieren kann. (ERDHEIM 1988, S. 25)

Soll die verstehende Tendenz tatsächlich als Utopie taugen, dann gilt es den forschenden Blick zurück auf sich selbst und die eigene Kultur zu richten. Geschieht das nicht, bleibt der ethnologische Blick ein Herrschaftsinstrument.

Insofern kann das Verstehen machtunterlegener Fremder als eine kommunikative Praxis charakterisiert werden, die gerade nicht wechselseitige Verständigung im empathischen Sinne ist, sondern eine kommunikative Markierung von Differenz, die Eigenschaften zuweist, die dann die Grundlage weiteren Handelns sind. Je besser man solche Fremde verstehen kann, desto geeignetere Mittel der Beherrschung kann man entwickeln. (SCHERR 1999, S. 63)

Wobei in Frage zu stellen ist, ob in einem Verstehensprozess etwas anderes entdeckt werden kann als die eigenen unbewussten Impulse, die in einem ersten Schritt auf den Anderen projiziert werden, um sie sich in einem zweiten Schritt über das Verstehen des Fremden wieder anzueignen. Nun aber in entschärfter Form, weil sie nicht unmittelbar erfahren werden.<sup>4</sup> Offensichtlich führt die Diskussion immer wieder auf den Punkt zurück, die den Fremden nur als Spiegel des Eigenen beschreiben kann. Die Möglichkeit, die der Fremde uns bietet, ist also das bessere Verständnis unserer eigenen Kultur, unserer eigenen psychischen

---

4 Mit dieser Frage beschäftige ich mich in der Methodendiskussion in Kapitel 6.3.

Struktur. Von dem Verrückten können wir lernen, weil er durch sein störendes Verhalten die verborgenen sozialen Arrangements sichtbar macht.

Die vier Tendenzen beschreiben Beziehungsformen mit dem Fremden, die auch in den Interviews mit den MitarbeiterInnen in SpDi auftauchen. Jedoch unterscheiden sich die SozialpädagogInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen durch ihre berufliche Rolle von anderen Mitgliedern der Gesellschaft. Sie begegnen dem Fremden im Rahmen einer Institution, auf der Basis von professionellen Konzepten. Sie nutzen fachliche Kompetenzen, die sie im Rahmen ihrer Ausbildung erlernt haben. Sie sind gewissermaßen geschult für den Umgang mit dem Fremden. Auch wenn sie in der Rolle als professionelle HelferInnen handeln, zeigen sich doch in den Interviews individuelle Unterschiede in der Art und Weise, wie sie diese Rolle füllen, wie sie ihre emotionalen Reaktionen in der Begegnung mit dem Fremden beschreiben.

Für die weiteren Ausführungen soll mit dem Konzept der »Identifikation mit der Rolle« (PARIN 1978, S. 96) deutlich gemacht werden, dass die Trennung von Rolle und Person nicht ohne weiteres aufrechterhalten werden kann, da die Person mit der Rolle verschmelzen kann und diese zu einem Teil ihrer Identität wird.

## 6.2 Psychoanalyse des Individuums in Institutionen

### 6.2.1 Identifikation mit der Rolle

Paul Parin entwickelte mit dem Konzept der »Anpassungsmechanismen« (PARIN 1978) die Beschreibung einer Ich-Funktion, die auf die Ansprüche der sozialen Umwelt gerichtet ist. Diese ergänzen die klassische psychoanalytische Konzeption der Abwehrmechanismen, die sich gegen unerwünschte innere Triebregungen richten. Beide Mechanismen laufen automatisiert und unbewusst ab. Sie entlasten das Ich vor ständigen Vermittlungen, Entscheidungen und Ängsten, und dienen der Anpassung an die Umwelt. Sie führen aber auch zu einer Einbuße von Flexibilität und Elastizität der Ich-Funktionen (Denken, Handeln usw.), die sich vor allem in rasch wandelnden sozialen Umwelten negativ auswirkt. Die Identifikation mit der Rolle ist ein solcher Anpassungsmechanismus. Diese Identifikation ist dann gegeben, wenn sich die Person nicht nur den an eine Rolle gerichteten Erwartungen gemäß verhält (dass kann sie auch ohne sich mit ihr zu identifizieren), sondern sich darüber hinaus mit ihr identifiziert.

Zur Entspannung von Konflikten mit der Außenwelt wäre ein bloßes Übernehmen von Rollenverhalten ausreichend; wie erklärt es sich dann, daß die Rolle weitergespielt wird, wenn kein äußerer Konflikt mehr droht? [...] Für das Ich resultieren zwei Vorteile, wenn es die ihm zuteilenden Rollen nicht nur übernimmt, sondern sich mit ihnen

identifiziert: Die äußere Anpassung erfolgt dann automatisch, sie erfordert keinen Besetzungsaufwand. [...] Zweitens bietet die Identifikation immer eine wirkliche oder phantasierte libidinöse Befriedigung, die manchmal auf die rollenzuschreibenden Objekte bezogen ist; ergänzend bietet sie eine narzißtische Befriedigung darüber, dass man einer ist, der seiner Rolle entspricht. (ebd., S. 97)

Die Person hat dann keine kritische Distanz mehr zu der Rolle, sie spielt sie nicht mehr, sondern sie ist die Rolle. Sie muss sich dann nicht mehr entscheiden, ob und wie sie eine Rolle ausfüllen möchte. Parin beschreibt die Identität einer Person als ein Zusammenspiel diverser Rollenidentifikationen (z.B. Mutter, Frau, Therapeutin, Volleyballspielerin usw.). Eine Rolle wird umso wichtiger, je weniger Rollen zur Verfügung stehen, beziehungsweise je zentraler die Rolle für die Identität der Person ist. Müssen Rollen, mit denen eine Identifikation bestand, aufgegeben werden, kommt es zu einer Destabilisierung des Ich, narzisstische Befriedigungen gehen verloren.

Entweder werden neue Identifikationen gefunden oder das Ich muß mit den auftauchenden Konflikten ohne diese Stütze fertig werden, was manchmal nur um den Preis neurotischer Symptombildung gelingt. (ebd., S. 105)

Besonders bei Rollen, die viel narzisstische Zufuhr bieten, kommt es zu einer wachsenden Abhängigkeit, da die Rolle objektbezogene Bindungen ersetzt hat. Idealerweise sollten narzisstische (also auf sich selbst bezogene) und objektbezogene (also auf die Umwelt gerichtete) Tendenzen in einem ausgewogenen Gleichgewicht sein (MENTZOS 1988, S. 123f.). Parin sieht dieses Gleichgewicht in der funktionalen Differenzierung der modernen Gesellschaft gefährdet.

Diese Verhältnisse scheinen dazu zu führen, daß das Ich sich mit immer mehr, z.T. widersprüchlichen Rollen identifizieren muß. Dadurch treten objektbezogene Befriedigungen und Konflikte zurück und werden von dem rollenidentifizierten Ich kompensatorisch aufgefangen, durch narzißtische Befriedigungen und Konflikte ersetzt. (ebd., S. 109)

Mit der Beschreibung der Identifikation mit der Rolle sollte deutlich werden, dass die Aussagen der InterviewpartnerInnen weder als Ausdruck einer individuellen, privaten Psychodynamik, noch als distanzierte Äußerungen aus einer allgemeinen, öffentlichen Berufsrolle betrachtet werden können. Sie sind vielmehr eine komplexe Verschränkung beider Faktoren. Mit der Beschreibung von Parin wird auch deutlich, dass professionelle Identitäten nichts Äußerliches sind, was einfach aufgegeben werden kann. Parin beschreibt Identifikationen mit der Rolle als konstitutiv für die Identität, weil sie das Ich von aktiver Regulationsarbeit entlasten. Problematisch werden sie dann, wenn sie als narzisstischer Ausgleich für Objektbeziehungen dienen und deswegen eine Form von Abhängigkeit be-

steht, die SCHMIDBAUER (1977) als »Helfersyndrom« beschreibt. Welche Konsequenzen haben diese Überlegungen für die vorliegende Untersuchung? Die Aussagen der InterviewpartnerInnen können mithilfe der psychoanalytischen Theorie auf verschiedenen Analyseebenen betrachtet werden.

- *Individuelle, psychodynamische Abwehrkonstellationen und narzisstische Regulationsmechanismen.* In seinem Klassiker »Die hilflosen Helfer« hat WOLFGANG SCHMIDBAUER (1977) als Gemeinsamkeit vieler HelferInnen eine große narzisstische Bedürftigkeit beschrieben, die sich in dem Wunsch ausdrückt, anderen zu helfen. Der psychische Gewinn besteht darin, dass die Bedürftigkeit auf den Hilfe Suchenden projiziert wird und nicht mehr als eigene wahrgenommen wird.
- *Institutionalisierte Formen psychosozialer Abwehr.* Stavros Mentzos beschreibt, wie Institutionen die individuellen Bedürfnisse nutzen. »Die von der Institution garantierte Sicherung der neurotischen Abwehr wirkt beim Einzelnen als eine Art Prämie, die seine Motivation zur Unterstützung der Institution erhöht und somit zu ihrer Stabilisierung beiträgt.« (MENTZOS 1988, S. 111) So honoriert die Psychiatrie das Bemühen der sozialpsychiatrischen MitarbeiterInnen für die Kontrolle der Medikation der »psychisch Kranken« zu sorgen, mit der Unterbringung beunruhigender, weil psychotischer KlientInnen in stationäre Behandlung.
- *Übertragung familiärer Beziehungserfahrungen auf die Arbeit.* Da Menschen die ersten sozialen Erfahrungen in der Familie machen, liegt es nahe, dass diese Erfahrungen aktualisiert werden, wenn Erwachsene in Institutionen zusammenarbeiten. Dabei wirken Mechanismen, die aus der eigenen Kindheit stammen: Vorgesetzte werden wie Eltern betrachtet, entsprechend enttäuscht sind die MitarbeiterInnen, wenn sie zu wenig Lob und Beachtung bekommen. KollegInnen geraten in geschwisterliche Konkurrenz um die Zuneigung der KlientInnen, PsychologInnen verbünden sich mit den KlientInnen gegen die unliebsamen, aber machtvollen Ärzte, die Vaterbilder repräsentieren (MUSFELD 2003).
- *Gruppendynamische Muster.* Gruppen neigen dazu, sich in ihrem Glauben und Fühlen, also in ihrer Identität zu bestärken, um gegenseitige Schonung und Achtung zu gewährleisten und sich von anderen abzugrenzen. »Die in der Institution tätigen Individuen identifizieren sich mit der Idee, welche sich in der Institution verkörpert, und ähnlich wie im Zustand der Hypnose wird das Ich des erwachsenen Individuums aufgezehrt; die Vorstellung dessen, was die Institution sein soll, setzt sich an die Stelle des individuellen Über-Ichs und lenkt von dort aus die Realitätswahrnehmung. Gleichzeitig kommt es zu typischen Regressionserscheinungen: Schwund der bewußten Einzelpersönlichkeit, gleiche Ausrichtung der Gedanken und Gefühle bei den Institutionsangehörigen, Vorherrschen der Affektivität usw.« (ERDHEIM 1988, S. 136)

Das Gemeinsame der verschiedenen Ebenen ist der Fokus auf die Art und Weise, wie sich unbewusste, triebhafte Impulse mit gesellschaftlichen Anforderungen verbinden. Diese Thematik trifft den Kern dessen, was die Ethnopsychoanalyse als Subjektivität beschreibt:

Subjektivität fasse ich somit als Ergebnis eines mehr oder weniger labilen Kompromisses zwischen dem Es und der Gesellschaft auf; Subjektivität stellt den Versuch dar, die Bewegung des Es aufzunehmen, um sie gesellschaftlich wirksam zu machen oder zu neutralisieren. (ERDHEIM 1988, S. 64)

In der Auswertung der Interviews werden Überlegungen auf allen vier Ebenen herangezogen, um ein möglichst ganzheitliches Bild professioneller Identität im sozialpsychiatrischen Feld zu zeichnen. Zuvor sollen jedoch mit BRUNS (1998) die sozialpsychiatrischen Institutionen und ihre Praktiken unter psychoanalytischen Gesichtspunkten betrachtet werden.

## 6.2.2 Kritik der sozialpsychiatrischen Arbeit

Finden sich in sozialpsychiatrischen Konzepten Verbindungen zur Psychoanalyse? BRUNS (1998) führt Gemeinsamkeiten auf, in der Kritik an dem biologisch-medizinischen Krankheitskonzept und an der Hospitalisierung von psychisch Kranken. Er sieht darüber hinaus in dem sozialpsychiatrischen Ansatz eine Bedingung für die analytische Arbeit mit PatientInnen, da diese die Möglichkeit haben, die Erkenntnisse aus der Therapie in realem Raum umzusetzen. Diese Möglichkeit ist ihnen in der stationären Behandlung verwehrt. Aus der Sicht von Bruns können sich die PatientInnen nur durch die Existenz einer äußeren Realität produktiv auf die Regression in der Therapie einlassen.

Der größte Teil sozialpsychiatrischer Maßnahmen sind aus psychoanalytischer Perspektive Aktivierungsprogramme (Förderung der Selbstständigkeit), die zum Einsatz von Ich-Funktionen (Denken, Planen, Erinnern, Triebkontrolle, Koordination usw.) zwingen. Damit können sie die PatientInnen wieder an den vollen Umfang der im Alltag erforderlichen Ich-Funktionen heranführen. Zudem fördern sie die Funktionslust und verschaffen narzisstischen Gewinn aus dem Erfolg, sodass die Eigenmotivation wächst und die Abhängigkeit von Hilfe und Motivation von außen abnimmt. Aus psychoanalytischer Sicht bleibt die sozialpsychiatrische Behandlung jedoch unspezifisch. Sie arbeitet nicht mit den PatientInnen an den, aus ihrer Biografie entstandenen, unbewussten Konflikten. Neben den Behandlungsformen betrachtet Bruns auch die Dynamik auf Seiten der MitarbeiterInnen. Mithilfe seiner psychoanalytischen Betrachtung entdeckt er viele kritische Momente in der sozialpsychiatrischen Organisation.

### Idealisierung der eigenen Institution

Bruns berichtet von der herablassenden und entwertenden Art, in der MitarbeiterInnen psychiatrischer Institutionen über andere Institutionen und Betreuungspersonen sprechen. Die Spaltung, die gegenseitige Vorwürfe provoziert, verläuft dabei häufig zwischen Klinik und sozialpsychiatrischer ambulanter Arbeit. Abgesehen von den realen Verteilungskämpfen um finanzielle Mittel, sieht Bruns in den wechselseitigen Entwertungsprozessen »nicht reflektierte Gegenübertragungsreaktionen aus dem Umgang mit Patienten [die] Identifizierungen mit Selbstaspekten der Patienten darstellen« (BRUNS 1998, S. 9). Der innerpsychische Konflikt des Patienten überträgt sich auf diese Weise auf die Beziehungen zwischen den professionellen HelferInnen, gegenseitige Abwertungen können die Folge sein. Mit diesen Gegenübertragungsreaktionen verbinden sich kränkende und enttäuschende Erfahrungen in der Arbeit mit den PatientInnen. Diese werden von der Beziehung mit den PatientInnen abgespalten und auf andere beteiligte Professionelle projiziert. Bruns betont in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit eines institutionsübergreifenden fachlichen Austausches:

Der Austausch [...] macht den Beteiligten in der Regel deutlich, dass es ernsthafte Bemühungen und Anstrengungen auf allen Seiten gibt. So wird der Blick frei für die krankheitsbedingten Grenzen und Einschränkungen, aber auch die bisher unentdeckten Fähigkeiten von Patienten. (ebd.)

### Grenzen der therapeutischen Kette

Das sozialpsychiatrische Ideal ist eine stufenweise Rehabilitation, die beispielsweise von der Klinik in ein Übergangwohnheim, von einer WG in betreutes Wohnen führt. Hinter dieser Kettenstruktur besteht eine bestimmte Vorstellung von psychischer Krankheit: »Es ist die Annahme, psychische Krankheit bestehe in der Defizienz im sozialen, kommunikativen und performativen Bereich.« (ebd.) Durch ein pädagogisches Aufbauprogramm sollen diese Defizite reduziert werden. Das Programm funktioniert nach dem verhaltenstherapeutischen Konzept mit positiver Verstärkung. Aus psychoanalytischer Sicht wendet es sich an die Ich-Funktionen der PatientInnen und setzt voraus, dass die PatientInnen eine Verbesserung ihres Zustandes wollen und ein Training ihrer Ich-Leistungen auf sich nehmen.

Leider entspricht dieses Therapieidyll nicht der kruden Praxis. Es berücksichtigt nicht die Konflikthaftigkeit psychischer Störungen mit der aus dem Konflikt entstehenden Ambivalenz auch und gerade gegenüber allzu forcierten Heilungsbemühungen, den unbewussten Wiederholungszwang der Patienten, die Allgegenwart und Notwendig-

keit von Beziehungen, die affektiven Reaktionen von Patienten und therapeutischen Mitarbeitern sowie Überforderungserlebnisse und Selbstschutzbedürfnisse des Personals. (ebd.)

### **Institutionalisierung der Beziehungsvermeidung**

Das Fremde, das im Wahnsinn zum Vorschein kommt, ist für die Umgebung schwer zu ertragen. Die archaischen Formen von Wut und Lust machen Angst, weil sie Resonanzen in dem Gegenüber wecken, welche die zivilisierte Abwehr dieser Affekte gefährden. Im Sinne der gesellschaftlichen Produktion von Unbewusstheit ist es notwendig, die Störer der herrschenden Vernunft zu entfernen. Die Psychiatrie ist die institutionalisierte Lösung dieses Problems. Die psychiatrische Behandlung gilt nicht nur dem Patienten/der Patientin, sondern entlastet auch die Angehörigen von unerträglichen Affekten.

Dabei handelt es sich überwiegend um Angst und Wutaffekte sowie Reaktionen darauf, die im Prozess der Regression nicht nur im Kranken selbst, sondern wie zum Beispiel in der Gegenübertragung im Verlauf einer Psychotherapie erfahrbar auch in den ihm nahestehenden Personen aufwallen. [...] Sie gefährden die Konfliktbewältigungsstrategien, das heißt die Abwehrstrategien der Personen der Umgebung. Um sie zu schonen, sie nicht zu erschüttern, ist die Entfernung des Kranken notwendig. Insofern ist die Beseitigung des Kranken, seine Entfernung aus dem Blickfeld der Gesunden eine institutionalisierte kollektive Abwehr schwer erträglicher Affekte und der aus ihnen entstehenden Impulse. (BRUNS 1998, S. 11)

Nun sind die MitarbeiterInnen in der Psychiatrie mit den PatientInnen und den damit verbundenen Affekten konfrontiert. Im sozialpsychiatrischen Setting ist es nicht möglich, diese PatientInnen weiter abzuschieben, die MitarbeiterInnen bleiben in Beziehung mit den PatientInnen. Die Sozialpsychiatrie bietet jedoch keine psychologische Theorie, die einen professionell-fachlichen Kontakt zu den PatientInnen ermöglichen würde.

Der »reine« Sozialpsychiater ist in Ermangelung einer solchen Theorie Verfechter der echten, authentischen, hilfreich-guten, freundschaftlichen Beziehung und Begegnung zwischen Personal und Patienten. [...] Natürlich gerät die moralisierende Forderung nach Gutheit, Echtheit und Aufgeschlossenheit gegenüber Patienten zur Falle, da Überforderung und Enttäuschung hervorgerufen werden durch Patienten, die sich nicht verändern wollen. Diese Reaktionen dürfen nicht gezeigt, auch nicht selbst wahrgenommen werden, da sie dem sozialpsychiatrischen Ideal widersprechen. (ebd.)

Bruns beschreibt, wie sich in der Folge die Enttäuschung und die damit einhergehenden Aggressionen mittels Projektionen auf die PatientInnen verschieben,

die nun als aggressiv und resistent gelten. Durch unbewusste Stimulierung von geeigneten PatientInnen werden diese zu aggressiven Entäußerungen getrieben und so kommt es zu einem befreienden, da endlich legitimierten gewalthaften Eingriff durch die Professionellen. Auch weniger dramatische, alltägliche Interventionen dienen dazu Distanz zu den PatientInnen herzustellen, um nicht in die schwierige, oft vernichtende oder gefräßige Beziehungskonstellation der PatientInnen verwickelt zu werden.

### Die Rolle des Teams

Durch die Besprechung im Team kann destruktives Mitagieren in der Beziehung zu den PatientInnen vermieden werden. Dazu ist jedoch ein gewisses Maß an Selbstreflexion notwendig, um die »jeweilige Rolle gegenüber einem Patienten diagnostisch herauszuarbeiten und therapeutisch zu variieren« (BRUNS 1998, S. 13). Je geringer die Bereitschaft und die Kompetenz eines Teams ist, eine solche Beziehungsklärung vorzunehmen, desto mehr Gewicht bekommt das Programm, das therapeutische Setting, oder das Konzept, dass sich als Drittes zwischen die direkte Beziehung von Helfer/in und Klient/in schiebt. Darüber hinaus schützt das Team durch die gemeinsame Gruppenidentität vor einem Grenzverlust gegenüber den PatientInnen, die den HelferInnen mit ihrem Wahnsinn bedrohlich nahe kommen. Die Kehrseite dieser Gruppenbildung besteht in der Abschottung nach außen.

In einer solchen Funktion wird es zum regressiv-defensiven Bündnis in der Verfolgung und Verteidigung von Vorteilen und Eigeninteressen der Teammitglieder. In einer anhaltend regressiven gruppenspezifischen Verfassung werden Teams zu einer Gefahr für die Arbeit mit Patienten und für die Reformbemühungen von Klinikleitungen, da sie eine Bündelung des Widerstandes, eine wechselseitige Rechtfertigung bornierter Eigeninteressen und eine Anonymisierung gegenüber Außenanforderungen leisten. (BRUNS 1998, S. 13)

Die Argumentation von Bruns ist über weite Strecken überaus erhellend und lässt sich aus den Erzählungen in den Interviews bestätigen. An dem letzten Punkt, der Rolle des Teams, ist jedoch eine differenziertere Betrachtung vonnöten. Tatsächlich zeigt sich in den Interviews ein starkes Wir-Gefühl in Bezug auf das Team. Konflikte im Team werden selten thematisiert, die Zusammenarbeit wird grundsätzlich als positiv beschrieben. Die Widerstände gegen Reformbemühungen können jedoch nicht rundweg pathologisiert werden. Im Kapitel 4.2 wurde beschrieben, wie sich die MitarbeiterInnen in die therapeutische Beziehung und die Teamwelt zurückziehen, weil sie die Reformen der Sozialpsychiatrie als distanziert und technizistisch wahrnehmen. Diese Haltung ist nicht nur eine Abwehr,

sondern auch eine begründete Kritik an der Reform. Allerdings wird sie in passivem Rückzug anstelle von aktiver Einmischung ausgedrückt.

Im Sinne einer Veränderung der Institution muss auf die Lösungen Rücksicht genommen werden, die sich die MitarbeiterInnen erarbeitet haben, um mit schwierigen Situationen umzugehen. Institutionalisierte Abwehrmechanismen können wie intrapsychische als (unbewusste) Form der Anpassung an die gegebenen Verhältnisse gesehen werden. Sie können nicht einfach bewusst gemacht und abgebaut werden.

Immerhin sind Abwehrmechanismen zum Teil sinnvolle, wenn auch nicht ideale Anpassungstechniken, die nur dann ohne Bedenken abgebaut werden dürfen, wenn der Not, die sie erzeugte, auch anders, besser, begegnet werden kann. (MENTZOS 1988, S. 104)

Damit sollen die psychoanalytischen Betrachtungen der Beziehungsformen zwischen Professionellen und KlientInnen in der Sozialpsychiatrie abgeschlossen werden. Im Folgenden werden einige Ideen zur empirischen Umsetzung der Erkenntnisse der Ethnopschoanalyse skizziert.

### 6.3 Methodische Überlegungen

ForscherInnen sind in dem Prozess der Auswertung ihrer Interviews einer Vielzahl von emotionalen Reaktionen ausgesetzt.

Wo will ich unbedingt ein bestimmtes Ergebnis? Warum zerfließe ich hier vor Mitleid mit meinem Interviewpartner, nehme ihm dort autoritär das Wort aus dem Mund? Was verbirgt sich hinter meiner Angst, die Untersuchten mit meinen wissenschaftlichen Hypothesen zu »vergewaltigen«? (BROCKHAUS 1993, S. 91)

Die psychoanalytische Methodik ermöglicht mit Konzepten wie Übertragung, Widerstand und Abwehr die Wahrnehmung und das Verständnis von Affekten mit denen ForscherInnen konfrontiert sind. Aus diffusen Gefühlen gegenüber Interviewpassagen wie Faszination oder Ärger gelingt es, wichtige Erkenntnisse über die Beziehung zwischen Forscher/in und Gegenstand zu gewinnen. Geht man von der Existenz bewusster sowie unbewusster Anteile in der Auseinandersetzung der ForscherInnen mit ihrem Gegenstand aus, können Letztere nur über die Selbstreflexion des Forschers/der Forscherin in dem Forschungsprozess berücksichtigt werden.

Insofern ist das Fremde, das Unbewußte verstehen, ein Verstehen des Fremden in uns selbst. So ist psychoanalytische Erkenntnis auch im Felde der Sozialforschung eingebunden in einen Prozeß der Selbsterkenntnis. (LEITHÄUSER und VOLMERM 1988, S. 10)

Die Erkenntnisse der Ethnopschoanalyse sind von großem Interesse für die psychoanalytische Sozialforschung. Ethnopschoanalytiker versuchen, das psychische Erleben von Menschen in fremden Kulturen zu verstehen, die Erkenntnisgrundlage ist, ähnlich wie in der klinischen Psychoanalyse, die eigene Gegenübertragung.

Gegenübertragung ist die Summe aller Verzerrungen, die im Wahrnehmungsbild des Psychoanalytikers von seinem Patienten und in seiner Reaktion auf ihn auftreten. Sie führen dazu, daß er seinem Patienten antwortet, als sei er eine von dessen frühkindlichen Imagines, und sich in der analytischen Situation verhält, wie es seinen eigenen – gewöhnlich infantilen – unbewußten Bedürfnissen, Wünschen und Phantasien entspricht. (DEVEREUX 1967, S. 64)

Die Ethnopschoanalyse geht davon aus, dass die Begegnung mit fremdartigen Riten und Verhaltensweisen spezifische psychische Reaktionen bei den BeobachterInnen auslöst, die, analog zu der Gegenübertragung in der Therapie, Anhaltspunkte für die unbewussten und versteckten Bedeutungen dieser Riten und Verhaltensweisen bieten. Voraussetzung ist natürlich die Unterscheidung zwischen eigenen und fremden psychischen Anteilen in der Gegenübertragung. Das heißt, der Forscher/die Forscherin sollte ihre psychischen Reaktionen und ihre kulturell vorgeprägten Muster kennen, um die Gefühlsqualität zu isolieren, die durch die Begegnung mit dem Fremden ausgelöst wird. In der Praxis gelingt diese Trennung nie vollständig. Die Ethnopschoanalyse versteht sich dem gemäß als ein nie endender Prozess der Kommunikation zwischen den ForscherInnen und den beforschten Subjekten, indem das gegenseitige Verstehen vorangetrieben wird.

DEVEREUX (1967) hat diesen Prozess als gleichschwebende Aufmerksamkeit der ForscherInnen gegenüber dem Datenmaterial beschrieben, der Haltung der PsychoanalytikerInnen in der Therapie nicht unähnlich. Die gleichschwebende Aufmerksamkeit ist jedoch ein Ideal, das nicht erreichbar ist, denn jede professionelle Haltung ist auch Abwehrstrategie. Jede Methode dient auch der Distanzierung und Angstabwehr in Bezug auf den Gegenstand.

Die Verzerrung [ist] dort besonders ausgeprägt, wo das beobachtete Material Angst erregt. Der Wissenschaftler, der sich mit dieser Art von Material beschäftigt, sucht sich im allgemeinen gegen die Angst zu schützen, indem er bestimmte Teile seines Materials unterdrückt, entschärft, nicht auswertet, falsch versteht, zweideutig beschreibt, übermäßig auswertet oder neu arrangiert. (DEVEREUX 1967, S. 67)

VerhaltensforscherInnen brauchen die Fähigkeit persönliche Beziehungen mit ihrem Gegenstand einzugehen. Die ForscherInnen sollen sich die Ängste und Bedürfnisse, die sie auf Grund ihres sozialen Hintergrundes (Kultur, Geschlecht, Alter usw.) in der Begegnung entwickeln, bewusst machen. In diesem Wechselspiel zwischen der Subjektivität des Forschers/der Forscherin und der Subjektivität

vität der untersuchten Personen entwickelt sich Thema und Inhalt der Forschung. In diesem Prozess gilt es auf Überraschungen, Fehleinschätzungen, Missgeschicke und Kommunikationslücken zu achten, denn diese geben Hinweise auf die unbewusste Dynamik des Prozesses. Folgt man Devereux, dann ist es notwendig, das Bewusstsein für eigene Ängste zu schärfen und entsprechend kreative Formen der Angstbewältigung zu suchen. Gelingt dies, dann zeigt sich das in Neugier und Lust, in einer Anerkennung der Fremdheit und des Subjektstatus des Gegenübers. Übermäßige Abwehr und Verdrängen von libidinösen und aggressiven Triebwünschen dagegen führt zu einer distanzierten leblosen Wissenschaft, letztlich zu einer Vernichtung des Subjektstatus des Forschungsgegenstandes.

Wo Subjektivität sowohl Erkenntnisgegenstand als auch Erkenntnismedium ist, kann der Erkenntnisprozeß, beim Forscher ebenso wie beim Informanten, nur über Verführung und Wissbegier vorangetrieben werden: Verführend bringen beide ihre vom Es mitbestimmte Subjektivität ins wissenschaftliche Spiel, und in der Neugierde der Forschungspartner äußert sich das, was beide subjektiv bewegt. Auf diese Weise treiben Verführung und Wissbegier dazu an, gesellschaftlich gesetzte Wahrnehmungsbarrieren zu überschreiten und Unbewußtes zur Sprache und zum Bewußtsein zu bringen. (ERDHEIM 1988, S. 66)

Wie habe ich diese Haltung in meiner Untersuchung umgesetzt? Zunächst indem ich meine Fragestellung, meine methodischen und theoretischen Zugänge im Verlauf des Forschungsprozesses weiterentwickelt und verändert habe. Ich habe also nicht mit einem vorab festgelegten Raster gearbeitet, sondern mein Vorgehen in der Beziehung zu meinem Gegenstand entwickelt. Diesen Prozess habe ich in Memos zu den Interviews festgehalten. Wichtig war darüber hinaus die Diskussion meiner emotionalen Reaktionen auf bestimmte Interviewpassagen in einer Arbeitsgruppe, in der ich meine Ideen zu den Interviews mit den Interpretationen meiner Kolleginnen vergleichen konnte.<sup>5</sup>

Die Wechselwirkungen im Dreieck zwischen schriftlicher Textvorlage, wissenschaftlicher Methodik und der Personen der Interpretierenden bilden den Gegenstand der Interpretation. Ziel ist ein Verständnis des Textes, der über die manifesten Sinngehalte des Textes hinausgeht. Die psychoanalytisch orientierte Texthermeneutik zielt auf die »Unterwelt des Textes« (LEITHÄUSER und VOLMERS)

---

5 Für die Interpretation dieser Passagen habe ich besonders ausführlich mit zwei Kolleginnen aus dem DoktorandInnenkolloquium, Gerlinde Wouters und Ramona Zuehlke, über Widerstände, Assoziationen usw. diskutiert. Da wir Interviews zu vollkommen unterschiedlichen Thematiken auszuwerten hatten, traten die Inhalte eher in den Hintergrund. Wir waren umso sensibler für das methodische Vorgehen und die jeweilige persönliche Verstrickung des Forschers/der Forscherin mit ihrem Gegenstand.

1988, S. 253). Darunter verstehen die AutorInnen »ein durch die Situation der Textproduktion, durch die im Text objektivierten Sprachfiguren und durch die Situation der Rezeption vielfältig durchmischtes Verhältnis unterschiedlicher Sinnebenen und Sinnanteile in einem umfassenderen und allgemeineren Kontext« (ebd.).

Durch die Analyse tritt nicht das Unbewusste des Sprechers/der Sprecherin dieses Textes zu Tage, sondern »das rekonstruierte gemeinsame Unbewusste im Verhältnis der Interpretationsgemeinschaft zum Text« (ebd., S. 254). Foucault würde es als den Teil des kollektiven Diskurs-Archivs bezeichnen, der in der ersten Leseart des Textes nicht auftaucht. Erdheim würde vom gesellschaftlichen Unbewussten unserer Kultur sprechen. Auf jeden Fall ist es nicht die Eigenschaft des Textes, oder der Person, die ihn gesprochen hat, sondern etwas, was im Prozess der Auswertung geschaffen wird und erst unter einiger Anstrengung zu Tage tritt. Es ist ein Ergebnis der Beziehung der InterpretatorInnen mit dem Text.

Die in der Interpretationsgemeinschaft aus dem Bewußtsein ausgeschlossenen Sinngehalte korrespondieren mit den aus der Sprache des Textes ausgeschlossenen Sinngehalten. Diese Gehalte sind keine privaten, der einzelnen Person zugehörigen neurotischen Anteile. [...] Es ist vielmehr ein Sinn, der mit dem Text geteilt wird, weil er in der gesellschaftlichen Beschaffenheit der Sprachgemeinschaft selbst begründet liegt, der die Beteiligten angehören und der auch der Text entstammt. (ebd.)

Um den latenten Sinngehalten auf die Spur zu kommen wurden für das folgende Kapitel 6.4 bevorzugt Textpassagen aufgenommen, in denen eine emotionale Betroffenheit der InterviewpartnerInnen in der Beziehung zu den KlientInnen spürbar wird. Ein Überblick über die Textstellen ergab die Einteilung in Erzählungen, die von Lust beziehungsweise von Angst geprägt sind.

## 6.4 Beziehungsdynamik zwischen Helfer/in und Klient/in

### 6.4.1 Lust

MitarbeiterInnen eines SpDi kommen in Kontakt mit verschrobene Gestalten, bei Hausbesuchen gelangen sie in merkwürdige, vermüllte oder mit ausgelassener Kreativität gestaltete Räume. Sie sind mit Wahnhaltungen und Lebenssystemen konfrontiert, die faszinierend in ihrer Andersartigkeit sind.

Und in solchen Laubenkolonien leben dann immer noch so Leute. Völlig eingemottet zum Teil oder eingestaubt, und bisschen bizarr manchmal. Und man muss sich bücken und es ist dunkel, und die Spinnweben und – ein besonderer Schlag Leute irgendwie. (Andreas, Arzt, Berlin, Z. 96)

Die Erzählung von Andreas weckt Assoziationen zu Märchen, zu verzauberten Schlössern mit Verliesen, sie weckt Gruselgefühle wie eine Geisterbahn, sie drückt *Faszination und Spannung* aus.

Und dieses Frontgefühl. Also gerade, also auch so die Situationen, die ich vorher geschildert habe, die schwierig waren, die mir Angst gemacht haben, aber wo ich mir dann auch so ein bisschen – ja, so wie ein GSG-9-Mensch vorgekommen bin. Also jemand, der das einfach bringt, da in ein fremdes Haus zu fahren, sich der Angehörigen anzunehmen, versuchen, Kontakt aufzunehmen –, das ist was, was sonst, also zumindest bei uns hier niemand tut. Außer der Polizei, weil die müssen. Aber der Nervenarzt hat Sprechstunden, die Psychologen haben freie Therapieplätze oder auch nicht, sämtliche anderen Dienststellen wie Ordnungsamt haben irgendwann mal zu, und wer setzt sich da abends um fünf noch zu einer Familie an den Tisch? Das machen in Anführungszeichen nur wir. Und das ist schon, ja und auch dieser, der Kontakt, der da mit den Angehörigen möglich ist. Wenn man auch Leute in so Ausnahmesituationen erlebt und merkt, wie sie damit fertig werden, und das finde ich einfach total spannend. Und auch so das Gefühl: Ich traue mich, ich geh da rein. Ich fahr in die Klinik. Also im Gegensatz zu anderen Arbeitsfeldern, wo es vielleicht ein bisschen ruhiger zugeht, aber wo dieser Hauch Abenteuer einfach fehlt. Oder dieser Hauch Selbstbeweihräucherung, wenn man halt was macht, was sich andere nicht trauen. Ich traue mich manchmal auch nicht (lacht), aber das ist wieder was anderes. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 461)

Bettina erzählt von dem Thrill, den sie in den Kriseneinsätzen erlebt. Ihr gefällt das »GSG-9-Gefühl«, eine Charakterisierung in der deutlich eine machtvolle, narzisstische Größenfantasie erkennbar ist. Die mögliche Beunruhigung wird hier aufgehoben von der Faszination der eigene fantasierten Stärke. Bettina beschreibt die Grandiosität der eigenen Rolle, Gudrun dagegen sucht die Faszination in der Fremdheit der KlientInnen.

Einfach so diese psychischen Erkrankungen und was da alles dahinter steckt und was, was so kommt, und – ich weiß nicht, so diese Krankheitsbilder, ich finde es einfach spannend. Gefällt mir ganz gut [...], was sie oft so ausbrüten halt so an Wahnideen oder Persönlichkeitsstörungen, wie die so ihre eigene Wirklichkeit irgendwie um sich rum so gestalten und alles in so ein Schema reinpressen – ich finde es einfach spannend. (Gudrun, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 343)

Es scheint so, als ob die KlientInnen nichts mit ihr zu tun haben, die psychotischen Exoten sind wie eine fremde, faszinierende Kultur. »Die Erkrankungen, die Krankheitsbilder«, diese Formulierungen vereinheitlichen die »Anderen« und schaffen eine Grenze zwischen »uns« und den »Anderen«. »In ein Schema reinpressen«, so könnte man auch die Äußerungen von Gudrun bezeichnen. Die Verdinglichung und Grenzziehung schafft eine Distanz, ähnlich wie die weißen

Kittel die ÄrztInnen von den PatientInnen in der Psychiatrie distanzieren. Mit dieser Distanz lässt sich die Faszination genießen und die beunruhigende Seite des Wahnsinns kontrollieren. Eine ähnliche Funktion erfüllt auch die *Intellektualisierung*.

Und einen Klienten, den kenn ich vom Hörensagen, den hat der Dienststellenleiter mal betreut, der auch ein ganz ausgefeiltes System hatte, wonach unsere ganze Welt nicht real sei. Wer das leitet, wer wem was anschafft, wie er sich zu verhalten hat, warum die Bäume so echt aussehen, warum die Häuser so echt aussehen. Und das hat mich einfach deswegen fasziniert, weil ich denke, das ist auch so eine Erfahrung, die jeder von uns manchmal hat. Dass ich danebenstehe, dass ich nicht richtig da bin, dass es so wie es erscheint, ja unmöglich sein kann, dass alles so blöd läuft, dass ich denke, das gibt es nicht, ich glaub ich träume. Und der hat eben diese Erfahrung ausgefeilt und perfektioniert. Und da hab ich mir schon einen Moment lang gedacht, okay, wer sagt dir jetzt eigentlich, dass das nicht so ist? So dieses Realitätsproblem. Wer sagt mir eigentlich, dass das, was ich um mich wahrnehme, die Realität ist. Und der hat das einfach auch so, ja, der muss das so überzeugend dargestellt haben, dass wir hinterher, als der Chef die Fallbesprechung abgeschlossen hat, alle dasaßen und dann erst mal leicht gezwickt, Sessel angefasst (lacht). Also wo wirklich, ja, da habe ich einen Moment lang diese Sicht völlig übernommen gehabt, und das war schon faszinierend. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 400)

Für einen kurze Zeit übernimmt Bettina die Sicht des Klienten, die leicht schwebende beunruhigende Erfahrung ist lustvoll, sie lacht, als sie es erzählt. Den Nervenkitzel des Wahnsinns kann sie lustvoll genießen, da sie sich mit intellektuell-philosophischer Distanz (»Realitätsproblem«) wieder an der Vernunft festhält. Die Erfahrung die Bettina teilen kann (»Ich stehe neben mir«) führt zu einer Verunsicherung. Mit dem Mittel der intellektuellen Faszination hält sie den Wahnsinn im Anschluss wieder auf Distanz, nur als Spiel lässt es Bettina zu, ihre Normalität zu hinterfragen. Diese intellektuelle Distanzierung ist bei ÄrztInnen besonders häufig zu beobachten. Da sie die kulturellen Grenzen für körperliche Nähe und Berührung in der Beziehung mit den PatientInnen verletzen, müssen sie diese innerpsychisch zum Ding, zum Fall machen.

Eine andere wirklich gefährliche Situation hatte ich mit einem jungen Patienten, den ich eigentlich als Psychose-Patienten, wo ich im Grunde die Diagnose gestellt hab, die Diagnose – der lebte noch bei der Mutter, war 17, 18 Jahre alt, so kindlich. Kindlich und rund. Bernd. War zu Hause bei der Mutter, war völlig psychotisch. Ich sagte: »Sie müssen ins Krankenhaus!« Und das war ein schönes Beispiel auch für so eine formale Denkstörung. Der guckte sich im Zimmer um, da stand ein großer Kaktus in der Ecke, und da sagt er: »Sie machen jetzt einen Kaktusdruck auf mich.« Also den Druck, den ich wirklich ausübte, verband der mit dem Kaktus, der da in der Ecke steht: »Sie üben

jetzt einen Kaktusdruck auf mich aus.« Da hab ich gedacht: Das muss ich mir merken für Studentenunterrichte, wenn ich mal welche halten sollte! (Andreas, Arzt, Berlin, Z. 365)

Andreas wertet die Krisensituation in der Fantasie bereits für seine Vorlesung aus. In der Situation schafft die Diagnose »formale Denkstörung« eine Erklärung für das bizarre Verhalten des Patienten und schafft damit Distanz und Sicherheit. In der folgenden Erzählung von Ernst zeigt sich das Mittel der intellektuellen Distanzierung noch deutlicher.

Wenn man mal so zurückverfolgt, so wer schon in der Psychiatrie behandelt worden ist und dann zu den Geistesgrößen in der Literatur, in der Musik, in der Wissenschaft gezählt hat, das fand ich also hochinteressant. Und – ja, so, also während des Studiums schon die Beschäftigung mit den so genannten Theorien des abweichenden Verhaltens, der Soziologie auch, also der Labeling-Ansatz, das fand ich alles hochinteressant. Und da hat mir aber so die Umsetzung in Form eines Behandlungskonzeptes, das hat mir da gefehlt. Die Vorlesung war so reine Psychopathologie, und eben psychoanalytische Behandlungskonzepte. Aber wie ich dann selbst in die Praxis eingestiegen bin, also hat mich das nicht sehr befriedigt. Das waren zwar gute Erklärungen, aber die Veränderungen haben sehr zu wünschen übrig gelassen. Und dann auch das nicht einfühlbare Verstehen sozusagen von Psychotikern. Warum man sich da so ohnmächtig fühlt, also das hat mich dann weiterbeschäftigt. (Ernst, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 382)

Ernst identifiziert sich mit der mächtigen Position der »Geistesgrößen« und der »hochinteressanten« Erklärungen der Labeling-Theorie und der psychoanalytischen Theorien. Umso schmerzhafter ist die Konfrontation mit seiner Ohnmacht in der Praxis. Er beklagt sich über die mangelhaften Behandlungskonzepte, der Wahnsinn ist damit nicht in den Griff zu kriegen. Warum ist das für ihn so wichtig? Der Grund könnte in der »Ohnmacht« liegen, die Ernst in der realen Begegnung mit dem »nichteinfühlbaren« und »nichtverstehbaren« Wahnhalt fühlt. Diese Ohnmacht versucht er durch berufliche Weiterbildung, durch Wissen zu kontrollieren. Ernsts Faszination an der Psychiatrie besteht in der Kombination Genie und Wahnsinn, die für Grandiosität im Schaffen sowie im Scheitern steht. Neben dieser Faszination über die »Geistesgrößen« zeigen sich auch andere Formen von *Bewunderung der KlientInnen*. Bettina erzählt von einem Klienten, den sie in der stationären Psychiatrie kennen gelernt hat. Zunächst ist es seine intellektuelle Eloquenz, die sie fasziniert. Zum Ende des Interviewausschnittes wird aber auch noch eine andere Form der Bewunderung deutlich.

Aber ich hab mal jemanden kennen gelernt, im Bezirkskrankenhaus, und der hat mich schon fasziniert. Der war nicht Klient von uns, der kam mal in unsere Teestube, und der hat sich anscheinend auch so mit Wissenschaftstheorie beschäftigt und hat mir

erklärt, dass er Karl Poppers Falsifizierungsmaxime widerlegt hätte und wie man das eigentlich noch machen könnte mit dem Falsifizieren. Er hat es mir irgendwie erklärt, es war irgendwas mit »Test operate, Test operate«, aber wie er es erzählt hat, klang es völlig logisch. Also so, dass ich mir wirklich gedacht hab, da könnte ich mir jetzt auch als Wissenschaftler eine Scheibe abschneiden davon. Und gerade so was wie Popper, der so – ja, Hypothesen testen und so, was ja eigentlich so heilige Kühe sind bei uns, mit H-Null und H-Eins und der hat das auf ganz elegante und geistreiche Weise, also da hab ich mir gedacht, wo ich mir wirklich gedacht habe: Bravo! Warum bist du denn nicht selber draufgekommen? Es war zwar alles etwas wirr und etwas sehr überhastet und sehr assoziativ vorgebracht, aber ich konnte mit dem Inhalt, also mit dem Thema eigentlich schon was anfangen. Und da hat mich also der Inhalt – ja, also sowohl das, womit er sich beschäftigt hat, fasziniert, und auch diese absolute Dreistigkeit. Die Dreistigkeit, dass er sich das einfach jetzt so sagen traut. So Sachen, wo ich bei meinem Doktorvater, wo ich nicht wagen würde, das anzuzweifeln, und er zweifelt das einfach an. Halt in einem Rahmen, wo ihn keiner ernst nimmt. (lacht) Das ist dann wieder das zweite Problem. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 376)

Bettina ist von der Dreistigkeit des Klienten fasziniert. Ihre eigene Fantasie, ihren »Doktorvater anzuzweifeln«, sieht sie in dem Verhalten des Patienten verwirklicht. Dieser zeigt ihr eine Möglichkeit auf, auch Autoritäten in Frage zu stellen und dient damit als Spiegel für ihre eigenen ungelebten Wünsche. Am Schluss erscheint Bettina fast erleichtert, dass das Ganze in der Psychiatrie einen Rahmen hat, den keiner, auch sie nicht, ernst nehmen muss. So umgeht sie die Auseinandersetzung mit ihren ungelebten Anteilen. Ein ähnliches Phänomen, im Anderen die eigene verlorene Direktheit und Natürlichkeit zu suchen, taucht in der Erzählung von Petra auf.

Ja, das ist es aber genau! Ich möchte gerne mit diesen – nicht Mittelschicht-Klienten, wirklich mit diesen Leuten, die von der Psycho-Szene keine Ahnung haben, nicht akademisch gebildet, und ich bin so berührt davon, wenn die auf ihre Seelenreise sozusagen, wenn die ihre Seele erforschen und das, und haben keinen IQ von sonst noch was und keine Ausbildung und sind so was von in der Lage, ihr Inneres zu beschreiben, ihre inneren Erfahrungen. Also ich möchte mit, ich wollte mit denen arbeiten. Mit diesen Armen und Elenden sozusagen. (Petra, Psychologin, Berlin, Z. 581)

Ein weiteres Motiv, neben der Bewunderung der Authentizität der KlientInnen, sind die *Retterfantasien* den »Armen und Elenden« gegenüber, die hier in deutlicher Form artikuliert werden. Die Rolle des Helfers als Retter und deren narzisstische Gratifikation hat SCHMIDBAUER (1977) in seinem Buch »Die hilflosen Helfer« beschrieben. HelferInnen verwandeln ihre eigene Bedürftigkeit, ihre ungestillten Sehnsüchte in Helferimpulse, um von den KlientInnen die bereits als Kind vermisste Dankbarkeit und Bewunderung zu bekommen. Eigene Ohnmacht- und Hilflosigkeitserfah-

rungen in der Kindheit machen Helferberufe interessant, in denen man als Helfer/in auf der Seite der Mächtigen steht und die KlientInnen die Hilfsbedürftigen sind. Tatsächlich berichten mehrere InterviewpartnerInnen über biografische Erfahrungen mit psychisch kranken Angehörigen, die offensichtlich ein zentrales Motiv für die Arbeit als Helfer/in in diesem Feld ausmachen.

I: Wie kam denn Psychiatrie als Berufsfeld in den Blick? Das war ja die Ausgangsbasis?

B: Psychiatrie als Berufsfeld. Eigentlich seit ich klein war. Ich muss dazusagen, ich habe selber eine Mutter, die depressiv ist, also auch in dem Sinn, dass sie immer wieder in verschiedenen Krankenhäusern länger war und auch medikamentös behandelt worden ist, und ich bin da einfach damit aufgewachsen. Dass die morgens ihre Tabletten ins Schachterl tut und ich wusste, was Saroten und was Jatrosom ist, bevor ich acht oder neun war. Ich bin auch dann öfters auch schon zu Psychologen mitgegangen, der wollte dann wissen, wie ich damit zurechtkomme. Und mich hat das als Kind schon total fasziniert, wie der mit mir umgegangen ist. Also der hilft meiner Mama, der hilft mir, und hat so einen – ja, so einen ganz wertschätzenden Umgangsstil, gar nicht so von Erwachsener zu Kind, sondern von gleich zu gleich –, wo ich mir immer gedacht hab, das willst du mal auch machen, das willst du mal auch können. Das war so die Grundmotivation. Und später hat es mich dann einfach auch von der fachlichen Richtung interessiert, also ich hab dann auch schon im Gymnasium einfach auch das Lesen angefangen so. Also die einfachen Sachen, so Davison-Neill, also Klinische Psychologie, so den Tölle, so ein psychiatrisches Lehrbuch. Also ich war da sehr drin in der Materie eigentlich. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 636)

Die Wertschätzung, die Bettina als Kind von dem Psychologen erhalten hat, möchte sie an die KlientInnen weitergeben. Eine Umkehr von der Rolle der Hilflosen in die Rolle der Helfenden zeigt sich auch in dem frühen Interesse an psychiatrischen Lehrbüchern. Dies könnte ein Versuch sein, die kindlichen Erlebnisse mit der Mutter auf intellektuelle Weise zu verarbeiten, wissenschaftliche Erklärungen für das Verhalten der Mutter zu finden. Ein weiteres zentrales Motiv, das immer wieder auftaucht, ist die Möglichkeit der *Nähe zu KlientInnen*. In der folgenden Äußerung von Bettina ist die Faszination der Nähe verbunden mit einem gewissen Exotismus.

Menschen so nahe kommen zu können. Das ist was, was ich total faszinierend finde und was mir auch sehr Spaß macht. Also auch, dass bei Leuten, die ganz in der normalen Welt in Führungszeichen fürchterlich schräg oder unangepasst oder sonst was, dass es da immer noch möglich ist, so Art gemeinsame Basis herzustellen, gemeinsamen Kontakt. Und auch was über sie zu erfahren und – ja, an jemand anderen so nah rankommen zu dürfen. Und das find ich total spannend. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 424)

Menschen, denen sie im Alltag nie so nahe kommen würde (wollte?), kommt Bettina als Helferin sehr nahe. Diese Intimität ist besonders reizvoll unter der Bedingung der professionellen Distanz, im privaten Kontakt dagegen wird Nähe in Beziehungen manchmal unangenehm. Vera vergleicht im folgenden Zitat die Erfahrung, die sie als Mutter mit ihren Kindern macht, und die Erfahrung als Sozialpädagogin in der Arbeit mit KlientInnen.

Und das kann auch gar nicht langweilig werden, weil es immer wieder andere Menschen gibt oder die Menschen, die immer wieder kommen, die verändern sich auch oder die entwickeln sich. Und das zu begleiten, so einen Entwicklungsprozess, also das ist was, was mich sehr befriedigt oder was mir sehr gut gefällt. Und zwar im Gegensatz zu meiner Familie eben auf eine andere Art. Mit diesem Abstand. Das ist das, was ich sehr genieße auch, dass ich hier den Abstand halten darf und halten kann, zu diesen Menschen, und trotzdem mich aber sehr intensiv auf sie einlassen will immer. Und auch offen bin. Und das ist halt in der Familie, das ist manchmal das, wo man leichter untergeht. Also das merke ich mit meinen Kindern, da gibt es Zeiten, wo ich dann selber Hilfe brauche und das auch gern in Anspruch nehme. Aber das ist in dieser Arbeit einfach gut, wenn man diese Distanz haben kann. Nähe und Distanz, das ist glaub ich das Thema in diesem Beruf. (Vera, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 413)

In der Arbeit begleitet Vera Menschen, ähnlich wie in ihrer Mutterrolle in der Familie. Aber sie darf »Abstand halten« und »geht nicht unter«. Die professionelle Distanz und die unterschiedlichen Positionen der Hilfsbedürftigen und der HelferInnen machen die helfende Arbeit möglich. Gäbe es diese Rollenverteilung nicht, würde sich Vera, wie in ihrer Familie, zu sehr verwickeln. Nähe wird offensichtlich als lustvoll erlebt, solange die professionelle Distanz gewahrt bleibt. Manche MitarbeiterInnen verlassen aber auch ihre vorgegebenen Rollen. Eine spezielle Form von *Grenzüberschreitung* betrifft die Grenze zwischen Vernunft und Wahnsinn. Nur wenige InterviewpartnerInnen trauen sich an diese Grenze heran. Die Mehrzahl sucht den Schutz der medizinischen Diagnose, die Distanz und die eindeutige Differenz zwischen Normal und Verrückt bleibt in ihren Erzählungen bestehen. Eine Ausnahme macht Vera:

Also ich würde mir denken, dass das auch so damit zusammenhängt, dass ich so diese Grenzen zwischen gesund und krank irgendwie nicht – nicht akzeptieren will, so wie es halt ist. Dass ich da eher so das durchlässig selber erlebe und dann auch mit den Klienten – ich tu mich da auch leicht, da hinzugehen. Aber es ist halt, da muss ich aufpassen. Das ist mir noch nie passiert, dass ich da eingestiegen bin, aber ich spüre das immer ganz deutlich, wenn es soweit ist. Wo ich da wieder einen Schritt zurück muss, und – und ich habe auch das Gefühl, dass ich da im Team bei uns die Spezialistin bin für, zum Beispiel für Psychotiker. Weil das so, wo die anderen schon lang sagen: Mei Wahnsinn, das kann man ja gar nicht kapieren, das ist ja nicht nachvollziehbar!

Und für mich ist die Strecke noch viel länger, wo es nachvollziehbar ist für mich. Was der erlebt oder was der da, wie der die Realität hat. (Vera, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 375)

Vera ist stolz auf ihre Fähigkeit, sich auf psychotische Erlebnisse der KlientInnen einzulassen. Sie möchte die »Grenzen zwischen gesund und krank« nicht akzeptieren, sie erlebt die Grenzen für sich selbst als »durchlässig«.

*Erfolgslebnisse in der Arbeit* werden als wichtige Motivationsquelle in den Interviews beschrieben. Manchmal ist es jedoch schwer, eindeutige Erfolge zu erkennen. Viele KlientInnen brechen die Beratung ab, man kann vermuten, weil es ihnen besser geht, aber sicher ist sich Susanne nicht.

Weil so überhaupt mit Erfolgen in der Arbeit, die muss man ja ganz unten ansiedeln. Weil wenn es den Menschen gut geht, kommen sie nicht. Wobei wenn sie nicht kommen, ist nicht automatisch ein Zeichen, dass es ihnen gut geht. Und manchmal kriegt man dann zu hören: »Ach ja, es geht mir ganz gut«, oder irgendjemand hat einen gesehen und sagt: »Ach dem geht es irgendwie ganz gut«. Und die Erfolge sind eigentlich nur zu sehen, wenn die Leute mit ihrem Leben irgendwie zurechtkommen. Ohne dass sie noch mal Hilfe in Anspruch nehmen müssen. (Susanne, Sozialpädagogin, Berlin, Z. 169)

Häufig sind die eigenen Erwartungen höher als die sichtbaren Ergebnisse in der Arbeit. Den Professionellen fällt es offensichtlich schwer, sich auf die Perspektive der KlientInnen einzulassen und Erfolge nicht experten-, sondern subjektorientiert zu definieren.

Ich habe meine Leute, die nach einer Stunde Gespräch hier rausgehen, wo ich jetzt im Endeffekt nicht viel verändern habe können und nichts getan habe, aber die einfach abgeladen haben und die relativ zufrieden wieder rausgehen. Sie haben ein Stück lang jetzt ihr Zeugs loswerden können und gehen relativ erleichtert wieder raus. Und das merke ich schon. Und ich merke es auch an so persönlichen Sachen, wenn sie mir jetzt zu Ostern einfach Kärtchen schicken oder die eine bringt mir frische Tulpen immer mit. (Gudrun, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 97)

Gudrun klingt unzufrieden, sie hat aus ihrer Sicht nicht viel verändern können, die KlientInnen sind aber sehr dankbar und zeigen das auch durch Geschenke. Gudrun vermutet, dass das der Entlastung anzurechnen ist, die KlientInnen in der Beratung erleben. Wie hier wird in den Interviews häufig die Unzufriedenheit der Professionellen in Bezug auf das Ausmaß und das Tempo der Veränderungen deutlich, die durch die Beratung im Leben der KlientInnen stattfinden sollen. Die Wünsche der KlientInnen werden selten konkret beschrieben, sie bleiben in den Erzählungen unklar und vermischen sich mit den Vorstellungen der Professionellen.

Na ja, eigentlich macht das, was ich Ihnen erzählt habe, macht mir dann schon Freude so. Also wenn ich Menschen auf ihrer Seelen ... – so sag ich das nämlich, ne, also ich bin nämlich auch so eine »Spiri-Tante«, mein Hintergrund ist so ein bisschen auch so die transpersonale Psychologie. [...] Und deswegen nenne ich das auch, was ich da so begleite, so eine Seelenreise. Also Menschen auf ihrer Seelenreise begleiten. Und also das rührt mich dann, wenn die das haben wollen auch. Und wie mutig und wie tapfer diese Menschen dann auch wirklich durch existenzielle Tiefen gehen. Und sich das anschauen wollen und das aushalten. Und dann doch nicht die Flinte ins Korn werfen. Also sich so durchhackern, auch durch ihren ganzen inneren Müll und die Mühsal und die Qual und so. Das berührt mich sehr, also – die Menschen berühren mich. Ich lieb die dann richtig so, und ich freue mich auch, wenn die das, was ich zu geben hab, auch haben wollen und damit was anfangen können. Und dann eben manchmal leichter, ein Stück leichter durchs Leben gehen können oder sich bei mir bedanken auch, ne? Also das freut mich. (Petra, Psychologin, Berlin, Z. 444)

Petra freut sich über Menschen die mit ihr auf Seelenreise gehen. Ihre Vorliebe für transpersonale Psychologie und die Bedürfnisse der KlientInnen vermischen sich. »Sie wollen das auch haben ...«, sagt sie von den KlientInnen. In der Art der Wortwahl klingt viel Mütterliches mit, die KlientInnen werden als »mutige und tapfer« Kinder beschrieben, die sie »lieb« hat. Diese Haltung mag für einige KlientInnen wichtig sein, um Geborgenheit zu finden, es erscheint jedoch fraglich, ob sie allen KlientInnen gerecht wird. Aber die Tatsache, dass KlientInnen sich auf die Beziehung einlassen und sich auch dankbar zeigen, spricht dafür, dass sie etwas Wertvolles bekommen haben.

In den Erzählungen wird an mehreren Stellen deutlich, dass für KlientInnen das Gefühl willkommen zu sein, einen Platz zu haben und auf Interesse zu stoßen von großer Wichtigkeit ist. Auch Vera ist der Meinung, *Wertschätzung* sei eine ganz zentrale Komponente in der Arbeit mit KlientInnen.

Und ich habe oft so Leute natürlich ja am Land auch aus der Landwirtschaft, so ganz einfache Menschen, die jetzt von der Bildung her nicht besonders – weit gekommen sind, sag ich mal, auch die Generation, die keine Bildung hatte, wo die Frauen halt auch hauptsächlich nicht über die Volksschule hinauskamen, und ich bin immer wirklich erstaunt, wie differenziert und vielfältig diese einfachen Menschen für sich das Leben sehen können. Wenn man sie lässt. Oder wenn man ihnen das erlaubt auch. Also vielleicht ist das ein wichtiger Punkt in meiner Arbeit: Den Menschen zu erlauben, so zu sein, wie sie sind. Und – ja. Das gelingt mir glaub ich schon manchmal. Also das krieg ich dann auch zurück. Also das sagen mir die Leute oder ich spür das oder ich fahre mit einem guten Gefühl halt einfach heim und denke, die Arbeit ist wichtig. Weil messen kann man es ja bei uns schlecht. Also das hab ich schon in all den Jahren gefunden für mich auch. Ich krieg da auch ganz viel. (Vera, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 120)

Wertschätzung führt dazu, dass KlientInnen sich selbst mehr annehmen können, ein positiveres Verhältnis zu sich selbst einnehmen. Das wichtigste Kriterium für gelungene Arbeit ist für Vera die Zufriedenheit der KlientInnen. Aus ihrer Sicht gibt es keine objektiven Maßstäbe, sondern konsequenterweise ist es neben der Zufriedenheit der KlientInnen, die eigene Zufriedenheit, die Qualität ausmacht.

Kriterien für erfolgreiche Arbeit sind offensichtlich schwer zu benennen, die Erwartungen der KlientInnen bleiben in den Erzählungen unklar. Die Qualität der Beziehung scheint wichtig zu sein, aber wozu? Die Frage bleibt unbeantwortet, in den oben zitierten Äußerungen werden Erfolge indirekt aus der Dankbarkeit der KlientInnen abgeleitet. Solange die Professionellen keine eigenen Kriterien für eine gelungene Arbeit benennen können, bleiben sie in Abhängigkeit von dem Wohlwollen der KlientInnen. Sollen Erfolge fassbarer werden, dann müssten die Ziele der Beratung eindeutiger formuliert werden. Zielvereinbarungen setzen Verhandlungen mit einem Gegenüber voraus, den ich als Subjekt anerkenne.

Das würde auch bedeuten, die diffusen Nähewünsche zu Gunsten der konkreten professionellen Beziehung aufzugeben. Werden KlientInnen als Subjekte anerkannt, gehen sie als Projektionsflächen für Bewunderung verloren. Narzisstische Retterfantasien müssten durch realistische Einschätzung der Veränderungsmöglichkeiten ersetzt werden, es würden also einige narzisstische Quellen der Lust verloren gehen. Zu gewinnen wäre ein realistischer Arbeitsrahmen, Erfolgserlebnisse in der Arbeit und eine Beziehung zu den KlientInnen, die weniger von Idealisierungen, intellektuellen Distanzierungen und identifikatorischen Verwicklungen geprägt ist. Nicht zuletzt würden neben den lustvollen auch die ängstlichen Aspekte der Projektionen auf die KlientInnen reduziert werden.

#### 6.4.2 Angst

Im Gegensatz zu der Omnipräsenz des psychisch kranken Gewalttäters im öffentlichen Diskurs, wird Gewalt, die von KlientInnen ausgeht, in der sozialpsychiatrischen Fachliteratur selten behandelt. KlientInnen werden eher in ihrer bedürftigen und leidenden Position betrachtet, als in der aggressiven und fordernden. Dabei gehört der Umgang mit aggressivem und gewalttätigem Handeln von KlientInnen zum Alltagsgeschäft der SpDi. Angst tritt dabei in zwei Formen auf. Zum einen als konkrete Angst vor gewalttätigem Handeln männlicher Klienten. Zum anderen als diffuse Angst, als unheimliche Bedrohung durch die Unberechenbarkeit der Situation oder der verrückten KlientInnen.

Am Anfang meiner Tätigkeit hier hatten wir eine Meldung von einem, den wir nicht kannten, und der dann aufmachte, und dann kamen wir in eine ganz abgedunkelte

Wohnung, kein Licht richtig, und da hatte ich irgendwie so ein unbehagliches Gefühl. War völlig unbegründet. Aber es war nicht einschätzbar, was ist da, was kommt da auf einen zu. Und nachher hab ich gehört, dass der Betroffene vor uns ganz massive Angst gehabt hat, vor unserem Besuch, ja. (Ludwig, Arzt, Berlin, Z. 285)

Angst macht das unbekannte, das »nicht einschätzbare« an der Situation. Hausbesuche, oft auf Grund von Fremdmeldungen, sind Grenzüberschreitungen. Die Professionellen verlassen die Räume des SpDi und begeben sich auf doppelte Weise in die Fremde. Zum einen in die fremde Wohnung, zum anderen in die Begegnung mit einem fremden Menschen, der durch die Notwendigkeit des Einsatzes schon mit der *Aura des Bedrohlichen und Unheimlichen* umgeben ist.

Das Mal vorher hatte ich fast noch mehr Angst, weil da, er war irgendwie vorher, kurz vorher aus der Wohnung gelaufen, als er gewusst hat, dass ich komme, und dann stand der Vater plötzlich in der Tür und sagt: Ja, der muss irgendwo im Treppenhaus sein, ich hab die Tür klappen gehört; so ungefähr »Passen Sie auf, der wartet vielleicht auf Sie.« Und dann bin ich da die Treppen runter. Und auf das hin habe ich den ersten Kollegen dann mitgenommen. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 334)

Angst entsteht hier in Andeutungen, die viel Spielraum für Fantasien lassen. Angst macht nicht in erster Linie die konkrete Konfrontation, sondern das Unbekannte, die wuchernden eigenen Fantasien dazu. Auch durch das Eindringen in fremde Wohnungen beziehungsweise Häuser entsteht Angst, da sich nicht auskennen bedeutet, ausgeliefert zu sein. Vielleicht ist die Angst auch ein Reflex auf die eigene unbewusst als Aggression erlebte Grenzverletzung, welche die Professionellen bei einem Hausbesuch ausüben, und wäre also eine Angst vor der aggressiven Reaktion, vor der Rache der KlientInnen. Angstvolle Begegnungen können aber auch in der Beratungsstelle stattfinden. Bettina schildert eindrücklich eine Situation, in der die vernünftige Kontrolle verloren gegangen ist und sie *Angst vor gewalttätigen Übergriffen* bekam.

B: Und dann gab es noch eine Situation, wo ein Klient gemeint hat, ich sei im Bund mit der Mafia. Und vorher keinerlei Anzeichen von psychotischem Erleben gezeigt hat. Und wie es der Teufel haben will, da war es auch irgendwie so Montag Abend, es war außer uns kein Mensch mehr in der Dienststelle, und plötzlich ist er mir so weggekippt. Und hat mir dann mehr oder weniger unverhüllt mitgeteilt, dass er mir nicht traut und dass ich auch mit der Mafia im Bunde stehen würde, und er hätte mir ja schon so viel erzählt, weil er so blöd gewesen sei, und das würde ihm jetzt nicht noch mal passieren, und – also da ging mir auch die Düse.

I: Vor was haben Sie da genau Angst gehabt, was hat da Angst gemacht in der Situation?

B: Dieses Alleinsein, also zu wissen, wenn du jetzt schreist, wenn er auf dich losgeht,

hört das keiner. Und dann – ja, eben so dieser Doppelauftrag, dass ich genau gemerkt habe, ich bin jetzt plötzlich die Böse. Bis jetzt hatte ich es immer noch so geschaukelt oder hab ganz selbstverständlich angenommen, dass er mir abnimmt, dass ich ihm helfen will. Und dann die Erfahrung oder die Erkenntnis, dass das alles schon immer in die falsche Kehle gelaufen ist. Dass er mir nur vorgespielt hat, er ließe sich helfen, und in Wirklichkeit, alles was ich getan hab, in dieses Wahnsystem auch eingebaut hatte, also das wurde dann ganz deutlich. Ja, da hat es mir so richtig den Boden weggezogen. Also das war so erst mal die Angst, ganz konkret, ich bin allein mit einem Mann, der eine Sau-Wut auf mich hat, der sich von mir bedroht fühlt, es ist keiner da, den ich um Hilfe holen kann. Das heißt, ich muss schauen, das Gespräch so unverfänglich wie möglich zu halten und ihn da irgendwie wieder rauszukriegen; und auch das – ja, und auch diese Unkontrollierbarkeit, wie das, was ich sage, verstanden wird. Das war das zweite, was mir Angst gemacht hat. Also so ungefähr, ich bin normalerweise rhetorisch einigermaßen bewandert, ich kann mich bei vielen Situationen durch Reden aus der Klemme ziehen, und da wusste ich halt nicht mehr, ob das so hinzubiegen ist. Also dass so meine normalen Mechanismen, solche Situationen zu meistern, dass die plötzlich nicht mehr funktionieren. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 340)

Bettina unterscheidet hier zwischen zwei Ängsten. Da gibt es einmal die »konkrete Angst« in der Dienststelle allein mit einem Mann zu sein, der wütend auf sie ist. Und es gibt die Angst, die das Gefühl des Kontrollverlustes über die Kommunikation mit diesem Patienten auslöst. Weil der Klient in »psychotisches Erleben wegkippt«, und sie beschuldigt im Bunde mit der Mafia zu sein, funktionieren die alten Spielregeln nicht mehr. Der Klient als Bedürftiger, der Hilfe sucht und die Helferin: Klare Machtverhältnisse, die Bettina normalerweise auf rhetorisch geschickte Weise herzustellen vermag. Von dieser Machtposition kippt sie in die ohnmächtige Position, es »zieht ihr den Boden weg«, ihre »normalen Mechanismen funktionieren nicht mehr«. Sie fühlt sich in das Wahnsystem des Klienten hineingezogen und verliert dadurch ihre Sicherheit.

Die Angst wächst in diesen Situationen auch, weil die MitarbeiterInnen alleine sind. Das Team in den Nachbarräumen würde eine Art symbolische Rückenstärkung versprechen und in kritischen Situationen auch auf Hilferufe reagieren. Ohne KollegInnen fehlt die Unterstützung, die Halt und Sicherheit geben könnte. Diese Unterstützung ist nicht nur in Situationen mit konkreter Gewaltandrohung wichtig, sondern generell in der Arbeit mit »schwer verstörten« Menschen.

Ich krieg auch immer wieder Angst vor der Schwere, also vor der Schwere der Verstörtheit, oder also ich meine, wenn jemand verrückt wird, dann macht mir das auch Angst. Also sehr, weil ich begleite das ja, also ich bin ja sehr empathisch sozusagen, ich kann also nicht so: »Also die haben da ihre Krankheit, aber damit hab ich nichts

zu tun.« Also ich begleite die ja auch auf einer Ebene, wo ich sehr in Resonanz innerlich gehe und das beunruhigt mich dann auch sehr. Manchmal sehr. Also die Frage, wie man solche Prozesse oder solche Erfahrungen halten kann, wo man da einen Ort findet in sich oder im Helfersystem, um da so ein – Containment oder einen Halt für diesen Prozess zu bauen. Also das beunruhigt mich. Oder auch wenn, also einfach, in meiner inneren Resonanz in Kontakt mit sehr heftigen Gefühlen zu kommen, Persönlichkeitsgestörte mit einer Riesen-Wut, die dann im Raum ist, ne? Also das auszuhalten oder das zu »handlen«. Und da komme ich auch manchmal an meine Grenzen und da krieg ich Angst und ich das nicht mehr aushalten kann. (Petra, Psychologin, Bayern, Z. 478)

Petra erzählt von der Angst, welche die Begegnung mit dem Wahnsinn auslöst, die *Angst vor der eigenen Desintegration*. Petra arbeitet psychotherapeutisch mit den KlientInnen und gerät damit gefährlich nahe an die wahnsinnigen Affekte. Angst entsteht durch die Massivität der Gefühle und durch die Identifikation mit diesen Gefühlen. Neben der Gewalt, die nach außen gerichtet ist, gibt es auch viele Situationen in der Arbeit, in denen sich KlientInnen selbstverletzend verhalten. Gudrun erzählt von zwei Erlebnissen, die ihr Angst gemacht haben. Ein Klient, der sich in ihrer Gegenwart selbst verletzt, und ein Klient mit einer Pistole in der Hand.

I: Hat das keine Folgen für Sie gehabt in der Arbeit? So ein Erlebnis?

G: Wie meinen Sie jetzt?

I: Wenn einer mit einer Pistole da und einer sich ritzt und –

G: Also das Ritzen ist mir lange Zeit schon nachgegangen, also das war schon was – ich bin jetzt jemand, ich kann abends hier rausgehen und ich denk schon über das eine oder andere, aber es belastet mich jetzt irgendwo nicht so. Aber das Ritzen, das war was, was mich schon eine Zeit lang wirklich, wo ich schon zum Kauen dran gehabt hab. Schon länger noch mit mir rumgetragen habe. Das mit der Pistole jetzt eigentlich weniger, muss ich sagen. (lacht)

I: Warum?

G: Ja mei, ich hab den schon früher vom Jugendamt her gekannt auch, und da war er, oder Gesundheitsamt war es, genau, da hab ich das Praktikum gemacht, im Gesundheitsamt. Und da ist er schon mal mit der Knarre eben aufgetaucht bei der Kollegin damals, und – mei, der ist bekannt einfach auch dafür, dass er halt ständig ein Mordsding aufbaut, aber passiert ist letztendlich noch nie was. Ich weiß nicht, also da war das nicht so sehr erschreckend. Und man konnte ihn dann eigentlich auch immer ganz gut bei bestimmten Themen so in ein Gespräch dann auch einwickeln. (Gudrun, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 400)

In Bezug auf die Situation mit dem Mann »mit der Knarre« zeigt sich eine Verharmlosung, die zunächst nicht nachvollziehbar ist. Die Situation erscheint für

Gudrun kontrollierbar, ähnlich wie Bettina in der oben beschriebenen Situation verlässt sie sich auf ihre rhetorischen Fähigkeiten um die Beziehung zu kontrollieren. Kontrolle ermöglicht auch die Interpretation der Situation als Inszenierung: »dass er halt ständig ein Mordsding aufbaut«. Der Krankheitswert der Handlung mit der »Knarre« verhindert, dass dieser ernst genommen wird und polizeiliche Maßnahmen eingeleitet werden.

Wie wichtig das Gefühl von Kontrolle ist, zeigt sich daran, dass Gudrun mehr Angst erlebt in der Situation, in der sie das Schneiden des Klienten nicht verhindern kann. In dieser Situation ist sie nicht selbst bedroht, aber hilflos. Diese *Ohnmacht* scheint ein zentrales Kriterium für das Empfinden von Angst zu sein. Auf der anderen Seite führt das Gefühl von Kontrollierbarkeit (z.B. im Fall des Mannes mit der Pistole) offensichtlich zum Unterschätzen der Gefährlichkeit einer Situation.

Angst entsteht also auch dann, wenn der Berater/die Beraterin nicht direkt bedroht ist. Angst um eine Klientin schildert Carsten. Auch hier ist es das Unheimliche, das nicht Einsehbare, das Fantasien schürt und Angst macht.

Eine trinkende, mittelalterliche Borderline-Frau, die sich gerne schneidet, die eine Woche lang nicht erreichbar ist, und dann ich mit dem Schlüssel vom Nachbarn gucke, was drin los ist. Das ist mir sehr unangenehm. [...] Ja, das ist mir unheimlich. Die Situation, dann da reingehen zu müssen – also ich habe jetzt gerade ganz bestimmt dann ein Bild vor Augen, ich kann von außen her zwei Drittel der Wohnung einsehen und ein Drittel nicht. Die zwei Drittel weiß ich also, die sind sauber, ist nichts los, aber was ist mit dem einen Drittel. Das ist mir zum Beispiel sau-unangenehm, mir dann da einen Schlüssel zu borgen und reinzugehen. (Carsten, Psychologe, Bayern, Z. 197)

Die Angstsituation ist für Carsten selbst nicht unmittelbar bedrohlich, er hat Angst um die Frau und fürchtet sich vor dem Anblick einer Suizidszene. Auch in der nächsten Sequenz richtet sich die drohende Gewalt nicht gegen Carsten, sondern gegen den Klienten.

Beängstigend ist fast jede Situation für mich, wo Gewaltandrohung im Raum steht, körperliche Gewaltandrohung, Zwangsmaßnahmen im Raum stehen. Weil es nicht gelang, dem Klienten es einsichtig zu machen, dass ein Klinikaufenthalt doch was sehr Sinnvolles sei. Und da – macht mir einfach diese Zwangssituation Angst, wenn die Polizisten die Handschuhe vom Gürtel holen und sie anziehen. Das betrifft mich immer sehr und belastet mich dann furchtbar. (Carsten, Psychologe, Bayern, Z. 205)

Angst hat auch in dieser Erzählung von Carsten viel mit Ohnmacht zu tun. Er steht hilflos einer Situation gegenüber, die er nicht mehr beeinflussen kann. Wenn er es nicht schafft, den Klienten zu überreden, dann muss er den Anblick einer Gewalthandlung aushalten. Die Hilflosigkeit liegt also in der Erfahrung mit Worten nichts mehr bewegen zu können.

Beim Thema Angst und Gewalt zeigen sich *geschlechtsspezifische Unterschiede*. Frauen sprechen in den Interviews offener von ihren Gefühlen, auch von ihrer Angst in manchen Situationen. Männer sprechen eher über die Art und Weise, wie sie mit solchen Situationen umgehen. Andreas etwa versucht, in Krisensituationen Kontakt über eine mimetische Anpassung an die Sicht- und Redeweise des Klienten herzustellen.

Aber es gibt auch heftige Konflikte. Einer meiner Telefonpatienten, ich denke, er hat eine Persönlichkeitsstörung und darauf aufgesetzt was Paranoides; dessen Frau war hier in der Tagesklinik in Behandlung mit einer Psychose, und er war der Auffassung, überzeugt, die Frau ist hier tablettenabhängig oder »angefixt« worden, sagt er. »Die ist angefixt worden, es ist ein Komplott von Leuten, die meine Frau angefixt haben.« Und er wollte sich nun an allen rächen. Und dann rief er mich an: »Ich komm jetzt mit einem Baseball-Schläger – wie heißen die Dinger? Baseball-Schläger – dann werden Sie was erleben.« Ich sag: »Dann musst du zehn von deiner Sorte noch mitbringen.« Und er ist sicherlich jemand so aus dem – wie sagt man – so aus dem Rotlicht-Milieu. Da war er früher zu Hause und außerdem, ich hab früher lang in Gießen gelebt, Sie kennen Gießen, in Hessen, und er sprach den Gießener Dialekt. Dieses Hessische so ein bisschen. Ich spreche das nicht, weil ich eigentlich aus Nordhessen bin. Und ich sag: »Du kommst doch aus Gießen, ich kenn dich doch!« »Woher wissen Sie das?« Und dann, wir hatten dann auch so eine Du-Ebene, also das ist natürlich auch un-, ich fand es, unterm Strich find ich es auch wieder professionell, aber wenn man zuhören würde, was – ich sag: »Ich kenn doch in Gießen die Bahnhof-Straße!« War natürlich auch, das stimmte haargenau, das war von mir zunächst eine Intuition, ein Versuchsballon, also den Slang hat er so drauf gehabt, das konnte, im Zweifelsfall hätte es auch noch Frankfurt sein können, aber es war halt Gießen. Und darüber ging dann plötzlich der Kontakt, indem ich ihm sagte: »Wenn du mit dem Baseball-Schläger kommst, musst du zehn von deiner Sorte mitbringen.« Meine Kollegin, ärztliche Kollegin, ist hier zum Fenster raus! Hat meine ganzen Blumen runtergeschmissen, vor diesem Menschen getürmt. Der hat da drüben in der Tagesklinik so einen Aufstand gemacht, dass die weggelaufen ist, hier zum Fenster raus. Alle Blumen unten. Ich hab ihm gesagt: »Zehn Leute musst du mitbringen.« Seitdem hat es funktioniert. (Andreas, Arzt, Berlin, Z. 331)

In der Heldengeschichte wirkt Andreas umso mutiger, weil die ärztliche Kollegin aus dem Fenster flüchtet. Die Angst in der Geschichte wird an die Frau delegiert, Andreas dagegen geht auf die Ebene des Angreifers. Durch die Anpassung an die Sprache des Klienten nimmt er eine Beziehung auf, die aus einer Mischung aus männlicher Rivalität und Kumpanei besteht. Nicht nur in dem oben beschriebenen Ausschnitt werden männliche Klienten von Andreas als aggressiv, suizidal, wüst, unberechenbar und gewalttätig beschrieben. Weibliche Klienten verstecken sich in seinen Erzählungen, sie haben Angst, sind gebrechlich und haben wenig

Kontakte. Sie werden von Andreas überwiegend als hilflos beschrieben. Gegenüber Frauen zeigt Andreas Mitleid, das ihn dazu bringt, Einweisungen in die Klinik auch in Zweifelsfällen anzuordnen.

Was hat mich jetzt eigentlich geritten, vielleicht auch so eine weiche Seite zu sagen: Ach nee – die lebte mit der Mutter zusammen, die Mutter auch ein bisschen gebrechlich, und die Frau nicht verheiratet, die Patientin. Irgendwas spricht mich dann an. Und dann sag ich: Nee komm, jetzt hol den Krankenwagen. (Andreas, Arzt, Berlin, Z. 130)

Es lässt sich vermuten, dass Andreas die eigene Angst und Hilflosigkeit durch den Diskurs der »hilflosen, schwachen und ängstlichen Frauen« abwehrt. Gleichzeitig kann er narzisstischen Gewinn aus dieser Zuschreibung schöpfen: Er wird von anderen in schwierigen Situationen angefragt und kann sich als Held und Beschützer profilieren.

Die Mitarbeiterin, die da jetzt gerade sitzt, hat neulich ziemlich eine geschossen bekommen von einem Patienten. Da war sie ein paar Tage krank. Aber es wird dann erwähnt und dann ist es auch wieder – wieder verschwunden, ne? Oder wüste Beschimpfungen von Patienten. Ich sag zu der Kollegin: »Das ist doch furchtbar, was Sie sich da anhören!« »Ach nee, das ist doch, ich weiß doch, die ist doch schwer krank.« Natürlich weiß ich auch, dass die schwer krank ist, aber dennoch muss ich persönliche Geschichten, also ich will es gar nicht wiederholen, was man Frauen alles so sagen kann, oder was ich mir anhöre, aber für eine Frau vielleicht noch schlimmer, was man sich da so anhört, ne? Das muss ja irgendwo bleiben. (Andreas, Arzt, Berlin, Z. 683)

Andreas spricht nicht über eigene Ängste, seine Beispiele handeln von Frauen, die geschlagen und beschimpft werden, für die er Mitgefühl empfindet. Er delegiert seine Ängste und kann dadurch die Kontrolle über sie behalten. Eine weitere Form des Umgangs mit Angst liegt in der Erklärung des gewalttätigen Verhaltens aus der Krankheit der KlientInnen. Indem die Handlungen der Krankheit zugeschrieben werden, werden sie verstehbar und verlieren ihren verletzenden Charakter. Die Irren müssen nicht ernst genommen werden, sie sind unzurechnungsfähig, nicht zu vergleichen mit gesunden Menschen. Entsprechend entschärft sind die Konsequenzen für das gewalttätige Verhalten. Der Krankheitsstatus schützt die Täter vor Strafverfolgung, ebenso wie er die Professionellen vor Ohnmacht, Angst und Wut schützt. Vor allem in Berlin, in der die SpDi viel mit »unfreiwilligen« KlientInnen zu tun haben, spielt der *Umgang mit der Angst* vor gewalttätigen Klienten eine wichtige Rolle.

I: Gibt es auch Situationen, in denen Sie Angst haben?

L: Selten. Also ich versuch gerade zu überlegen. Also ich bin jetzt über 30 Jahre Psychi-

ater. Und hab da nie negative Erfahrungen gemacht. Wenn ich was abgekriegt habe, war es kalkuliert, weil ich in den Clinch gegangen bin. Mal einen Patienten festgehalten habe, der weglaufen wollte, und dann einen Abwehrschlag abbekommen habe. Das andere Mal auch im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Programms eine Patientin genommen habe, um sie in Time-out zu bringen, wo sie mir die Haare ausriss, so ein Haarbüschel, ja, aber das war klar. Und das sind glaub ich ... einmal angespuckt, beschimpft öfters mal, ja. Also von daher hab ich so eine Sicherheit, ich glaub, ich hab mich auf mein Gefühl verlassen zu können, was sind brenzlige Situationen, wo muss ich Abstand halten, wo nicht? Das mag eine trügerische Sicherheit sein, aber es ging 30 Jahre gut. Und dann bin ich, glaub ich, auch nicht ein sehr ängstlicher Mensch. (Ludwig, Arzt, Berlin, Z. 270)

»Kalkulierbare« Situationen entwickeln sich in dieser Perspektive absehbar aus der vorhergegangenen Interaktion. Allerdings erscheinen die Erzählungen etwas verharmlosend, betrachtet man die massiven körperlichen Auseinandersetzungen, an denen Ludwig beteiligt war. Aber diese Situationen empfindet er nicht als beängstigend, weil sie einschätzbar waren. Offensichtlich ist es für die Arbeitsfähigkeit wichtig, das Gefühl von Kontrolle zu behalten. Ludwig fragt sich kurz, ob dieses Sicherheitsgefühl trügerisch ist. Auch Andreas beschäftigt sich mit dieser Frage.

Also die blinden Flecken meine ich diese, diese, was wir so verpacken, ohne es zu merken. Also diese Gefährdungsmomente. Das was wir aushalten, ohne uns drüber im Klaren zu sein, was wir eigentlich aushalten. Gefährdung, wie ich ja vorhin ein bisschen anekdotisch erzählt habe. Immer wieder vor der Tür stehen, nicht zu wissen, was erwartet uns dahinter. Ich denke, da ist, ja, dass wir einiges an Belastung mit uns rumtragen, wo wir nicht wissen, wo wir noch nicht mal registriert haben, dass es eine Belastung ist. Weil wir es nicht wahrnehmen wollen, weil wir vielleicht sonst arbeitsunfähig werden könnten. (Andreas, Arzt, Berlin, Z. 664)

Mit dem Thema Gewalt sind die MitarbeiterInnen in Berlin auf Grund ihrer gesundheitsamtlichen Aufgaben weitaus mehr konfrontiert als in Bayern. Interessant ist, dass gerade in Berlin das Thema Angst besonders tabuisiert zu sein scheint. Angst wird hier nur in Verbindung mit Kontrollverlust beschrieben, sie entsteht dann, wenn die Sicherheit eine Situation richtig einzuschätzen verloren geht. Offensichtlich wird die Angst durch dieses Sicherheitsgefühl abgewehrt, wahrscheinlich um in den häufig auftretenden Situationen handlungsfähig zu bleiben und nicht von Angst gelähmt zu werden. Die Gefahr dabei ist, dass der Signalcharakter der Angst als Warnung vor gefährlichen Situationen verloren geht und es zu Fehleinschätzungen kommen kann.

Und ich denke, da ist es manchmal schon so, dass man nicht so genau weiß, was erwartet einen, man verlässt sich auf das Gefühl, auf – und liegt mit dem eigenen Gefühl dann doch in 95 % der Fälle wahrscheinlich richtig. Aber es gibt auch eine Blindheit, einen blinden Fleck. Sonst könnte man vielleicht nicht arbeiten in gefährlichen Situationen. Aber ich hab das mal in der Dienststellenbesprechung gesagt; hinterher erhielt ich dann doch Zustimmung im privaten Gespräch von der einen oder dem anderen, aber in der großen Runde: »Nö, das ist doch gar nicht –.« (Andreas, Arzt, Berlin, Z. 433)

In den großen Teamrunden in Berlin herrscht nicht die Atmosphäre, um über Ängste zu sprechen. Andreas tut sich etwas leichter als seine sozialpädagogischen KollegInnen, weil er weniger aus einer verletzlichen Situation heraus spricht, sondern aus der Position des Arztes mit therapeutischer Ausbildung, der seine Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle thematisiert. Bei ihm passt es in seine Rolle auch über Ängste zu sprechen. Wenn in den Interviews Ängste in kritischen Situationen mit KlientInnen angesprochen werden, bleiben sie ohne Konsequenzen für das eigene Handeln. Einzige Ausnahme ist die folgende Schilderung von Vera:

Der hatte immer ein Messer da liegen, und das hat mich dann bedroht. Also da habe ich mich bedroht gefühlt, obwohl das vielleicht gar nicht objektiv so war, aber aus meiner subjektiven Erfahrung heraus. [...] Ja der hatte, das war eben ein Mann so meines Alters, und der war – weiß ich nicht, der hatte durch einen Unfall auch irgendwie, konnte nicht gescheit laufen, und der hat immer sehr gewaltvoll auch gesprochen und so auf den Tisch gehauen und – und da lag dann eben immer so ein Messer auch auf dem Tisch. Obwohl er nicht laufen konnte, ich hätte weglaufen können, aber das war trotzdem für mich als Frau dann auch in dem Moment nicht – ja, ich hab mich bedroht gefühlt. Weil ich aus meiner Familie eben auch so eine Geschichte kenne. Und das kam dann da hoch in dem Moment. (Vera, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 286)

Vera reflektiert hier ihre subjektive Betroffenheit und versteht ihre Handlungsunfähigkeit auf dem Hintergrund ihrer eigenen Geschichte. Sie erzählt im Anschluss, dass sie den Fall an einen Kollegen abgegeben hat, in anderen Situationen ist sie jedoch weniger konsequent.

Ich hab ja manchmal auch so gegen Abend Sprechstunden hier, also eigentlich, bis Viertel nach sechs ist die Arbeitszeit, aber bis vier, halb fünf hab ich manchmal Termine, und das ist schon manchmal so, da ist dann manchmal gar niemand mehr im Haus, und wenn es dann so dunkel ist im Winter, und ich mit einem Mann hier einen Gesprächstermin hab, das ist mir manchmal nicht so. Aber es war noch nie so, dass ich einen Termin abgesagt hätte. Also ich bin da innerlich dann doch scheinbar mutiger. Aber es kommen schon so Gedanken, wo ich denke, Mensch, jetzt wär es gut, wenn da ein Kollege neben dran wäre. (Vera, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 330)

Vera bekommt sie Angst, wenn sie am Abend einen Gesprächstermin mit einem Mann hat und alleine in der Dienststelle ist. Aber sie sagt nie einen Termin ab. Offensichtlich überlegt sie sich auch nicht, Termine mit Männern einfach früher am Tag zu legen, sie meint »innerlich bin ich vielleicht mutiger«. Es scheint jedoch eher so zu sein, dass sie ihre Angst übergeht und deswegen keine Vorsorge treffen kann. Das Bedrohtheitsgefühl wird von Vera nicht ernst genommen, vielleicht auch weil sie keine Möglichkeiten sieht, sich real Unterstützung zu holen. Die kollegiale Unterstützung fehlt auch Susanne in der folgenden Sequenz.

Ich weiß nur eine Situation, wo ich Angst hatte. [...] Wobei ich nicht vor dem Klienten Angst hatte, sondern vor dem Menschen, der mitkommen wollte. Es klang für mich so bedrohlich, und wir mussten auch wieder hin. Ich wollte gerne den Arzt mitnehmen, und der konnte nicht, und – na ja, und meine Ärztin, die sonst zuständig ist, war noch nicht da, und ich musste aber da raus. Da habe ich mich dann einmal über den Arzt geärgert, weil er erzählte mir eine Dreiviertelstunde, wo denn mein Problem mit der Angst war. Und trotzdem hatte ich das Problem nicht bewältigt nach der Zeit, da hätten wir also schnell Hausbesuch gemacht haben können. (Susanne, Sozialpädagogin, Berlin, Z. 610)

Der kollegiale Austausch über Situationen, die Angst machen, ist offensichtlich schwierig. Angst wird eher als subjektives Problem der Betroffenen thematisiert und entsprechend ein eher selbsterfahrungsbezogener, introspektiver Blick angelegt. Konkrete Unterstützung in Form von Reflexion der realen Problematik kommt zu kurz, stattdessen werden Situationen, die Angst auslösen können, psychologisiert.

## 6.5 Resümee

Ängste sollten ernst genommen werden und nicht psychologisiert werden. Es gilt dazu Arbeitsbedingungen zu schaffen, welche die Funktionalität der Verleugnung nicht fördern. Es ist fatal, dass die MitarbeiterInnen der Berliner SpDi ohne institutionalisierte Supervision arbeiten. Solange die eigenen Ängste so wenig ernst genommen werden können, darf man nicht erwarten, dass die MitarbeiterInnen mit den Ängsten der KlientInnen einfühlsam umgehen. Ein kollegialer Austausch über ängstigende Erlebnisse würde helfen, sich seiner Ängste und ihres Wertes für die Arbeit bewusster zu werden. Dazu müsste jedoch ein großes Stück der professionellen narzisstischen Allmachtsfantasie aufgegeben werden, wie sie zum Beispiel in den Heldengeschichten von Andreas, aber auch in dem »GSG-9-Gefühl« bei Bettina spürbar wird.

Nach der psychoanalytischen Logik dienen narzisstische Fantasien zumindest zu einem Teil als Ersatz für reale Beziehungen. Sie verlieren an Bedeutung, wenn

reale Beziehungen an deren Stelle treten. Eine Anerkennung des Gegenübers im Sinne der Empowermenthaltung kann eine Begegnung mit den KlientInnen ermöglichen, die an die Stelle der Idealisierungen und Projektionen tritt. Sie würde auch eine Reihe von Ängsten mindern, die mit der Verfremdung, die zur Idealisierung der Irren notwendig ist, einhergehen.

Eine Anerkennung der KlientInnen als Subjekte ihres Handelns würde auch bedeuten, den Krankheitsbonus für gewalttätiges Verhalten von KlientInnen aufzugeben. Wenn KlientInnen ernst genommen werden, dann muss die Drohung mit einer Pistole Folgen haben. Solange die Professionellen diese extrem unsozialen Verhaltensweisen entschuldigen, verhindern sie, dass sich KlientInnen als selbsttätige Subjekte erleben, sie verweigern die Anerkennung. Die KlientInnen und ihre Handlungen, auch wenn sie »über die Stränge schlagen«, finden keine Resonanz. Vielleicht sind viele Eskalationen, die zu Zwangseinweisungen führen, das Ende einer Vielzahl von solchen verunglückten Versuchen der KlientInnen Beziehung aufzunehmen. Im Schlusskapitel werden diese Themen aufgenommen und der Frage nachgegangen, ob und wie es mit dem Empowermentkonzept möglich ist, die Anerkennung der KlientInnen voranzubringen.

## 7 Empowerment

In den vorangegangenen Kapiteln zeigte sich, dass in der Sozialpsychiatrie, trotz ihrer humanistischen und therapeutischen Ausrichtung, der Aspekt von Macht und Kontrolle eine wichtige Rolle spielt. In den Widersprüchen zwischen Hilfe und Kontrolle sind die Erzählungen der InterviewpartnerInnen auf unterschiedliche Weise verfangen, je nachdem auf welcher Sprecherposition sie sich bewegen und mit welchem Diskurs sie Handlungen erklären und legitimieren. Bei der Fokussierung auf die Beziehung zwischen Helfer/in und Klient/in mithilfe der psychoanalytischen Sicht wurde außerdem deutlich, dass Themen wie Nähe und Fremdheit, Ohnmacht und Kontrolle, Lust und Angst auf vielfältigste Weise in die Erzählungen des eigenen Erlebens und Handelns eingewoben sind. Je bewusster diese Phänomene von den InterviewpartnerInnen wahrgenommen wurden und je offener all dies angesprochen werden konnte, umso mehr Handlungsspielraum ergab sich in den Erzählungen für Professionelle sowie für KlientInnen.

Eine unterstützende Rolle kann dabei das Konzept des Empowerment einnehmen, da es explizit KlientInnen als Subjekte ihres eigenen Handelns konzeptualisiert. Allerdings kann diese Position auch wieder auf eine sehr subtile Weise die Gefahr bergen, über ihren Autonomiebegriff die Selbstkontrolle zu perfektionieren und damit Subjekte leichter und sanfter steuerbar zu machen. Um die Möglichkeiten und Grenzen dieses viel versprechenden Ansatzes zu klären, soll folgenden Fragen nachgegangen werden:

- Wo und unter welchen Bedingungen nehmen die Professionellen eine solche Haltung des Empowerment ein?
- Welche positiven Möglichkeiten, welche Schwierigkeiten sind mit dieser Haltung verbunden?
- Wie verbindet sie sich mit dem gesellschaftlichen Kontrollauftrag?

Nach einer kurzen Einführung in das Konzept werden Empowermentansätze, wie sie in den Erzählungen der InterviewpartnerInnen auftauchen, beschrieben. Anhand der institutionellen, der diskursiven und der beziehungs-dynamischen Analyseebene werden anschließend Perspektiven für Empowerment in der Sozialpsychiatrie erarbeitet.

## 7.1 Das Empowerment-Konzept

Empowerment ist eine professionelle Haltung, die KlientInnen nicht als gestörte oder kranke Individuen, sondern als Menschen mit Problemen und Ressourcen im Kontext ihrer sozialen Lebenswelt wahrnimmt. Die Betroffenen gelten als ExpertInnen in eigener Sache. Empowerment wendet sich also gegen die Expertenmacht und spricht für eine Ermächtigung der KlientInnen, eigene Wege zu finden.

KlientInnen werden als Subjekte konzipiert, die selbstverantwortlich und kompetent ihre Interessen vertreten können. Die Professionellen können ihre Kompetenzen einsetzen, um den KlientInnen die Ressourcen zugänglich zu machen, die sie zu einem selbstbestimmten Leben benötigen. Der Bemächtigungsprozess gewinnt dann eine Eigendynamik: Je selbstständiger die KlientInnen ihr Leben regeln, desto selbstbewusster werden sie, umso mehr Ideen und Kompetenzen entwickeln sie. Die Abhängigkeit von professioneller Unterstützung wird in diesem Prozess immer geringer, der Zugang zu Ressourcen gelingt ohne deren Hilfe. Unter Empowerment wird also ein Handlungskonzept verstanden, das sowohl Prozesse bei KlientInnen, wie auch professionelle Haltungen beschreibt. Es lassen sich drei Ebenen unterscheiden, auf denen das Konzept diskutiert wird:

- Seit Mitte der Achtzigerjahre wird Empowerment im Rahmen der Gemeindepsychologie (KEUPP 1987) rezipiert. Ausgehend von einem Aufsatz von RAPPAPORT (1980) wurde Empowerment als *sozialpolitisches Konzept*, als Gegenmodell zur fürsorglichen Belagerung durch expertendefinierte Ansätze eingeführt. KlientInnen sollen nicht nur in ihrer Bedürftigkeit, sondern auch in ihren Rechten gesehen werden.
- Eine weitere Ebene im Empowermentdiskurs eröffnete die wachsende Selbsthilfebewegung, sie diente als Beispiel für die Verwirklichung von Empowerment. In der Beschreibung der Prozesse in Selbsthilfegruppen war die Verknüpfung der individuellen Ebene, der Gruppen-Ebene und der politisch-strukturellen Ebene (STARK 1996, S. 127) von zentraler Bedeutung. Empowerment wurde als *kollektiver Prozess der Bemächtigung* verstanden, es ging darum, die Gestaltung der eigenen sozialen Lebenswelt zurückzuerobern.
- Ausgehend von der professionellen Förderung der Selbsthilfe bekommt Empowerment in der aktuellen Diskussion primär die Form *eines professionellen Handlungskonzeptes für die Arbeit im psychosozialen Feld*. Eine Vielzahl von Veröffentlichungen (HERRIGER 1997; KNUF und SEIBERT 2000; MILLER und PANKOFER 2000) sammelt Strategien für Empowerment in den verschiedenen Feldern sozialer Arbeit.

An dieser dritten Ebene der Empowermentdiskussion möchte ich im Folgenden anknüpfen. LENZ (2002) hat Förderung von Partizipation und Ressourcenaktivierung als zentrale professionelle Kompetenzen im Sinne von Empowerment beschrieben. Partizipation bedeutet eine Beteiligung der Betroffenen an dem Hilfeprozess.

Ausgehend von ihren individuellen Bedürfnissen, Problemen und spezifischen Ressourcen übernehmen in diesem Ansatz die Betroffenen, entsprechend ihren Fertigkeiten und Kompetenzen, von Anfang an Verantwortung für das weitere Vorgehen. Sie wägen ab und entwickeln, unter Einbeziehung Außenstehender, Vorschläge und Perspektiven, eigene Lösungswege und Bewältigungsstrategien für ihre spezifischen Probleme. (ebd., S. 19)

Professionelle haben die Aufgabe, die Betroffenen bei der Entdeckung ihrer Fähigkeiten und Stärken zu unterstützen und sie auf Probleme und Konflikte aufmerksam zu machen. In diesem Prozess ist es wichtig, als Professionelle nicht die Defizite, sondern die Ressourcen der Betroffenen im Blick haben. Ressourcenaktivierung bedeutet, die vorhandenen personalen, sozialen und materiellen Ressourcen zugänglich zu machen, die für die Bewältigung der Probleme hilfreich sein können. Vor allem dem sozialen Netzwerk, also den Beziehungen der Betroffenen, kommt dabei eine zentrale Rolle zu. Empowermentprozesse sind in allen Feldern sozialer Arbeit möglich, es gibt jedoch auch Einschränkungen:

Die klinischen Erfahrungen zeigen, dass sich gerade in der Anfangsphase viele KlientInnen durch Regression entlasten, sich also in eine kindliche Position begeben und in erster Linie Sicherheit, Geborgenheit und Versorgung suchen. Die ›Zumutungen‹ der Empowerment-Perspektive würden an dieser Stelle nur Abwehr und Widerstand erzeugen. Erst wenn diese passiven Bedürfnisse und Wünsche ausreichend verstanden und befriedigt worden sind, ist ein entsprechendes Fundament geschaffen, auf dem Empowerment entstehen und wachsen kann. (ebd., S. 16)

Neben dem Bedürfnis nach Regression führt Lenz eine zweite Einschränkung an:

Grenzen sind schließlich auch dort gesetzt, wo die physische, soziale oder psychische Integrität der eigenen Person oder anderer Personen gefährdet beziehungsweise bereits beeinträchtigt ist. Überall wo Autodestruktivität, Gewalt und Bedrohung vorliegen, also von erheblicher Eigen- und/oder Fremdgefährdung ausgegangen werden muss, greifen keine Empowermentstrategien mehr. (ebd., S. 17)

Beide Einschränkungen sind in der Arbeit mit KlientInnen im sozialpsychiatrischen Feld häufig gegeben, trotzdem ist Empowerment in den letzten Jahren ein wichtiges Thema im sozialpsychiatrischen Diskurs. KNUF und SEIBERT (2000) beschreiben eine Vielzahl von professionellen Interventionsmöglichkeiten unter dem Aspekt des Empowerment, sie entwerfen Handlungskonzepte auch für so-

genannte »chronisch Kranke« und für Zwangssituationen bei Selbst- oder Fremdgefährdung. Auch der vorliegenden Untersuchung liegt die These zugrunde, dass Empowerment im sozialpsychiatrischen Feld umsetzbar ist. Im Folgenden soll gezeigt werden, welche Rolle der Empowermentbegriff für die InterviewpartnerInnen spielt und welche Schwierigkeiten oder Möglichkeiten mit Empowerment in der sozialpsychiatrischen Alltagsarbeit verbunden sind.

## 7.2 Empowerment in den Interviews

Die Mehrzahl der InterviewpartnerInnen kannte den Begriff nicht. Es gab jedoch in den Interviews Beschreibungen von professionellen Haltungen, die nicht explizit als Empowerment benannt wurden, aber dem Sinn des Empowermentansatzes entsprachen. Ist explizit von Empowerment die Rede, wird es meist als eine *professionelle Technik* beschrieben.

Empowerment ist für mich so das, was ich erst auch schon mal angesprochen hab, jemanden psychisch Kranken so zu befähigen, dass er eigentlich selber seine eigenen Lebensziele erreichen kann, also mit eigenen Ressourcen arbeiten, schauen, wo sind seine Fähigkeiten, wo sind seine Stärken. Also nicht wir nehmen ihm ab, er sagt, ich hab Ziel A, wir nehmen ihm das dann nicht ab, das Ziel A zu erreichen, sondern schauen, wie können wir ihn stärken, wie können wir ihn stützen, damit er das Ziel A selber erreichen kann. Beziehungsweise wenn Ziel A nicht mehr möglich ist, weil zu krank oder sonst irgendwas, was für andere Lebensziele gibt es für ihn noch, was das Leben trotzdem lebenswert macht, und wie können wir ihn da unterstützen, dass er das einfach für sich selber erreichen kann. Also die Verantwortung auch irgendwo zurückzugeben, zu sagen, du bist zwar krank, aber du kannst trotzdem noch. Vielleicht mit Abstrichen, aber du kannst. (Gudrun, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 585)

Gudrun entwickelt in ihrer Beschreibung eine Art Manual für die Arbeit in ökonomisch-rationalen Begrifflichkeiten. Solche Modelle vermitteln Sicherheit, da sie die emotionalen Untiefen der konkreten Beziehung und ihren komplexen Kontext transzendieren. Auch Bettina ist von solchen Modellen fasziniert.

Also das flutscht noch nicht so wie zum Beispiel beim Dienststellenleiter, der bei jedem, der zur Tür reinkommt, sofort fünf, sechs andere Hilfen, so maßgeschneiderte Hilfen noch parat hat, die dem helfen könnten. Und gleichzeitig den Prozess gut verfolgt. Also dass jemand nicht – ja, zum Beispiel in die Unmündigkeit oder so gedrängt wird. Da muss ich mich noch anstrengen, und da erhoffe ich mir halt von der Fortbildung, die wirklich so explizit sozialpsychiatrisch ist, also was gibt es drum rum, und explizit systemisch ist, wo steh dann ich als Helfer noch in dem ganzen Gefüge – da erhoffe ich mir wichtige Impulse. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 521)

Bettina hätte gerne mehr Überblick und Kontrolle über das sozialpsychiatrische Feld. In der Idealisierung ihres Chefs liefert Bettina das Bild eines sozialpsychiatrisch Tätigen, der perfekte Hilfen bietet und doch das Ziel der Selbstständigkeit der KlientInnen im Blick hat. Dieses Bild ist so verführerisch, weil es Gefühle von Hilflosigkeit und Überforderung bindet in dem Ideal des Helfers, der als Sozialtechniker und Case-Manager alles im Griff hat. Die Gefahr dieser Art der Professionalisierung liegt in ihrer emotionalen Distanz, in der damit verbundenen Negation der Eigenarten der KlientInnen, die nur noch als ein Faktor im Hilfesystem betrachtet werden.

I: Kennen Sie den Begriff »Empowerment«?

B: Mhm, für mich bedeutet das so was wie Hilfe zur Selbsthilfe. Also ich gucke, was kann jemand schon, und was kann ich von außen reingeben an Input, also auch an praktischen Sachen, an Wissen, an Stärkung des Selbstwertgefühls, damit derjenige seine Fähigkeit auch wirklich konstruktiv für sich nutzen kann, um mich dann irgendwann nicht mehr zu brauchen.

I: Mhm. In welchem Zusammenhang sind Sie dem Begriff begegnet?

B: Hm – das war glaub ich auf einer Fortbildung zum IBRP.

I: Was ist das?

B: Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan. Das ist von der Aktion Psychisch Kranke. Wo auch immer wieder hier im Landkreis oder vom Träger debattiert werden muss, ob wir den jetzt flächendeckend einführen für alle Einrichtungen. Und in dem Zusammenhang hat der Referent auch erwähnt, dass das ursprünglich nicht als Kontrollinstrument gedacht war, sondern wirklich auch als Hilfeinstrument. Eben gerade in Richtung von: Ein möglichst von offiziellen Hilfen unabhängiges Leben führen können. Mit einer festen Bezugsperson. In dem Zusammenhang fiel der Begriff »Empowerment«. Wo man dann immer ankreuzen muss, was kann jemand und was kann jemand noch nicht. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 555)

In dem IBRP wird etwas »flächendeckend« eingeführt, die »Richtung« und die »Führung« wird von einer »festen Bezugsperson« gewährleistet. Man kann das verstehen als eine Verlegung von Schienen, die der festen Führung von Menschen dienen, die drohen neben die Spur zu geraten. Ziel ist die Wiederherstellung eines autonomen Subjekts, das ein »unabhängiges Leben« führen kann. Notwendig ist dazu eine Bewertung der Fähigkeiten des Individuums, wobei Bettina von einem Vordruck spricht, auf dem Fähigkeiten aufgelistet sind, die es anzukreuzen gilt. Es sind also professionelle Vorgaben, nach denen der Klient/die Klientin bewertet wird. Auch in diesem Bild von Empowerment wird die sozialpsychiatrische Arbeit mit Begriffen aus dem Management beschrieben und stark manualisierte, abstrakte Hilfemaßnahmen diskutiert. Es bleibt wenig Raum für eine konkrete, emotionale Begegnung mit den KlientInnen. In den Formulierungen wie »unabhängiges Leben«, »konstruktiv für sich nutzen«, »Stärkung des Selbst-

wertgefühls« zeigt sich eine Haltung, die in Gefahr gerät Hilflosigkeit und Abhängigkeit zu negieren.

Empowerment nicht als Technik zu sehen, sondern als eine *Reflexion der eigenen professionellen Position* und der Beziehung zum Klienten/zur Klientin versucht Ludwig deutlich zu machen.

I: Was verstehen Sie denn unter »Empowerment«?

L: Wenn man es vom Wort her nimmt, die Selbstbefähigung des Patienten. Oder des Klienten. Ja ganz einfach eine ganz alte Haltung: Für den Patienten nicht das zu tun, was er selbst tun kann. Es sei denn, dass es vielleicht in einer Regression, einer therapeutischen Regression vielleicht sinnvoll sein kann, ja. Dann denke ich – also ich kenn ja jetzt nicht so sehr die Literatur, ich hab mal was gelesen, aber nicht intensiv mit beschäftigt – ich denke, dazu gehört auch, die Subjektivität des Patienten stärker zu berücksichtigen. [...] Und dazu gehören aber so Selbstverständlichkeiten wie ein Respektieren als Person, ihn versuchen ernst zu nehmen, nicht kränken, ihn möglichst beteiligen bei den Entscheidungen, die ihn betreffen. Auch ihn darüber zu informieren und transparent machen. Aber das sind alles Ansprüche, im Alltag geht das oft unter. Also eigentlich tatsächlich stärker ihn als Subjekt in den Mittelpunkt zu stellen, ja. Und halt wie gesagt, nichts für ihn zu tun, was er selbst tun könnte. Also ihn befähigen, also Brücke zur Welt und nicht Ersatz für die Welt zu sein. Ich erlebe das oft, dass, glaub ich, dass wir als Versorger die Fähigkeiten auch unterschätzen. Also es kommt immer drauf an, das richtige Maß an Überforderung, Unterforderung zu finden, ja. Wir wissen aus der Literatur, dass Leute zu lange in Versorgungssituationen, Heimen oder wie auch immer gehalten werden, weil man ihnen zu wenig zutraut. Und nachher, wenn es doch irgendwie dazu kommt, ist es überwiegend so, dass sie dann doch besser zurechtkommen als die anderen es ihnen zutrauen. (Ludwig, Arzt, Berlin, Z. 416)

Ludwig nimmt in dieser Schilderung des Empowermentkonzeptes eine sehr reflektierte Position ein, er stellt die eigene Expertensicht in Frage. Was er hier auf einer eher theoretischen Ebene erläutert, setzt er tatsächlich auch um.

Ich versuche immer nach Zwangsmaßnahmen, wenn ich dem Patienten wieder begegne, diesen zu fragen, wie war's, war es richtig, was hätten wir anders in der Situation tun können? Hätten wir früher reagieren sollen oder hätten wir es einfach laufen lassen sollen? Etwa so, um eine Einschätzung zu kriegen, um für einen ähnlichen Fall dann auch aus dem Zustand, wo es ihm besser geht und er vielleicht klare Entscheidungen treffen kann, ein Signal zu kriegen. (Ludwig, Arzt, Berlin, Z. 195)

Ludwig berichtet in seiner Erzählung, wie er seine eigene Einschätzung in Frage stellt und versucht von den KlientInnen zu lernen. Die Äußerung von Ludwig führt zu der Frage, was eigentlich die Professionellen von einer Empowermenthaltung haben, ob auch sie dabei gewinnen können. Sie geben Macht auf, gehen

den mühsamen Weg der Verständigung mit den KlientInnen. Was setzt sie in Bewegung? Häufig werden *Begegnungen auf Alltagsebene* mit KlientInnen als wichtige Motivation von den Professionellen beschrieben.

Und dann hat mich auch wirklich so, ohne viel über Gemeinde, GPV und Ähnliches zu wissen, hat mich immer schon fasziniert, wie lebensnah das war. Also eben nicht das Setting, man geht in eine Klinik, macht da abgehoben was mit irgendwelchen Leuten, sondern es ist in den Alltag eingebettet und völlig praktisch orientiert. Ich hab da mal zum Beispiel so einen Kochkurs geleitet für psychisch Kranke. Wo man dann auch wirklich so ganz normal miteinander zur »Norma« gegangen ist, debattiert hat, was wird gekocht, ausgerechnet, was können wir uns leisten, das zusammen gemacht, abgespült, aufgeräumt. Also so ganz lebenspraktische Sachen, wo auch die Klienten, hab ich immer den Eindruck gehabt, auch sehr viel einbringen können. Wir Leiter konnten nicht kochen. Das war meine Freundin und ich, und bei uns ging es über studentische Spaghettiküche nicht hinaus. Was mich dann auch fasziniert hat zu sehen, wie clever die das auch machen. Und zwar völlig ohne dass wir da jetzt irgendwas strukturieren müssen. Ich hab mir am Anfang immer noch gedacht, leiten bedeutet, ich sag jetzt denen, was zu tun ist, und das hat sich recht bald rausgestellt, es wär erstens nicht nötig und wär zweitens völlig fehl am Platz. Und das war einfach, das war ein schönes Gefühl. Also jemanden auch in so Alltagssituationen zu begegnen. (Bettina, Psychologin, Bayern, Z. 596)

Vor diesem Praktikum in der Sozialpsychiatrie hatte Bettina in einer psychiatrischen Klinik die Erfahrung gemacht, dass Medizin und Psychotherapie die Patienten eher defizitorientiert betrachten. Die Arbeit in der Sozialpsychiatrie erlebt sie dagegen alltagspraktisch und ressourcenorientiert. Bettina erzählt, dass es einfach »ein schönes Gefühl« ist, jemanden auf einer alltäglichen Art zu begegnen, es angenehmer ist die Fähigkeiten anzuschauen als auf Defiziten zu bestehen. Eine zentrale Motivation für den Empowermentansatz wäre demnach das Wiederentdecken der Person des Klienten/der Klientin im Alltag. Eine Haltung des Empowerment würde bedeuten, sich zunächst keine neue professionelle Technik anzueignen, sondern sich auf Beziehungen einzulassen und das Gegenüber zu erleben, also ein Stück aus der professionellen Rolle herauszutreten. Sich selbst und die KlientInnen in diesem Sinne wahrzunehmen, verhindert eine aufgesetzte Emphase, die engagierte Professionelle manchmal an den Tag legen und die Carsten im folgenden Interviewausschnitt ironisch kommentiert.

I: Ja, was verstehen Sie denn darunter, was ist denn Ihr persönliches Bild von Empowerment?

C: Sie erleben mich ja jetzt im Gespräch. Ich denke, ich bin so im Zwiegespräch nicht unbedingt mitreißend, begeisterungsfähig. Ich bin eher ein relativ ruhiger Formulierer. Dieses Begeistert-Sein, Mitreißen ist nicht unbedingt meins. Die Kraft sitzt eher in der Beharrlichkeit.

I: Empowerment heißt für Sie eher so was Mitreißendes.

C: Heißt für mich den anderen mit mir bewegen. Ja.

I: Das heißt, Sie sind kein Typ für Empowerment.

C: Ich würde eher »nein« sagen. (lacht)

I: (lacht) In welchem Zusammenhang sind Sie auf den Begriff gestoßen?

C: Pff – Ich denke, war so diese Ecke »Mittun und Mitarbeiten«, ja, diese Ecke. Bin kein Skifahrer.

I: Bitte?

C: Bin kein Skifahrer. (lacht)

I: (lacht) Was heißt das?

C: Kann nicht freudig um fünf Uhr am Lift stehen mit fünf anderen, die sich selber genauso warme Gedanken machen, weil sie ja frieren, und sagen: »Ha, heut wird's aber ein toller Tag!« (Carsten, Psychologe, Bayern, Z. 410)

Carstens Bild von Empowerment heißt Mitreißen, mit emotionalem Schwung die KlientInnen begeistern. Seine Ablehnung gegenüber dem Pseudo-Engagierten des Empowerment zeigt er deutlich in dem Bild des fröhlichen Pfeifens in einer kalten Welt. Carsten thematisiert Empowerment als ein Trostpflaster für die Professionellen, die schnelle Lösungen statt Beharrlichkeit vorziehen. *Beständigkeit und Zuverlässigkeit* werden nicht nur von ihm, sondern auch in anderen Interviews als wichtige, hilfreiche professionelle Kompetenzen beschrieben.

Was ist hilfreich? Das ist eine schwere Frage. Ich glaub, letztlich ist der Kontakt hilfreich, wahrscheinlich auch gewissermaßen die Beständigkeit. Dass die Kandidaten wissen – ich kann Ihnen auch mehr erzählen von so Telefon-Patienten – dass die wissen, im Grunde kann ich den erreichen. Da ist jemand, den ich erreichen kann. Der oft weg ist – dann ruft er die Sekretärin an oder andere – ruft er zurück oder so. Ich denke, das ist das Hilfreiche. Also die Beziehung, die auf einer, weiß nicht, auf welcher Ebene das funktioniert, und die Beständigkeit, also die Zuverlässigkeit, also dass der Patient weiß oder die Patientinnen wissen, ah ja, irgendwie ist er ja da. Oder man kann ihn erreichen oder so. Ich glaube, das ist das, ist das eigentlich Wirksame oder das, was hilfreich ist. (Andreas, Arzt, Berlin, Z. 202)

Andreas meint, dass Beständigkeit und Zuverlässigkeit im Kontakt, ein verlässliches Gegenüber zu sein, das eigentlich Hilfreiche ist. In der Äußerung von Andreas erscheint die Erreichbarkeit allerdings eher formal, weniger im Sinne einer emotional nahen Beziehung. In der Erzählung von Vera dagegen ist der Beziehungsaufbau eine langwierige, intensive Bemühung. Sie ist der Meinung, dass auch KlientInnen, die als unzugänglich gelten, erreicht werden können.

Weil oft sind diese Widerstände, die ja beim Klienten sind, das hat ja auch eine Bedeutung, und manchmal kann man ja gemeinsam hinschauen, was da ist, und vielleicht schmilzt auch was. Also ich habe über lange Jahre einen chronisch psychisch kranken

Mann betreut, der war schizophren, jung, unter 30, und der hatte so einen religiösen Wahn, und der wollte eigentlich gar nicht. Den hat zuvor fünf Jahre schon unser Psychologe betreut, alle Woche eben mit Hausbesuch, und der hat nicht gesprochen, kein Wort, kein Sterbenswörtchen. Und ich bin dann nach fünf Jahren eingestiegen, weil der konnte irgendwann nicht mehr, unser Psychologe, und man muss auch seine Grenzen da im zeitlichen Rahmen finden, und dann habe ich gesagt, okay, das mach ich, ich kenn den jetzt aus Fallbesprechungen schon so gut, und das reizt mich auch. Und den hab ich dann auch einige Jahre betreut, und der war sehr – »zu«, einfach. Der lag oft noch im Bett, wenn ich da gekommen bin, und die Mutter hat mir dann aufgemacht, und gestunken hat es da, und, also wirklich, das war schon auch eine Herausforderung mit allen Sinnen. Und den hab ich aber – also sag ich jetzt so – den hab ich zum Sprechen gebracht! Also ich hab es wirklich geschafft, mich in den so einzufühlen, und wir haben dann über Bibelgeschichten, er hat mir dann jedes Mal eine Geschichte aus der Bibel vorgelesen und wir haben über das dann gesprochen. Und so sind wir zunehmend in Kontakt gekommen, irgendwann haben wir halt Dame gespielt miteinander oder sind spazieren gegangen. Er hat mir dann das Kloster gezeigt, wo er gerne eingetreten wäre, und das war natürlich nicht möglich mit seiner Erkrankung. [...] Und den sehe ich manchmal auf der Straße und dann grüßt er mich und ein kurzes Gespräch ist möglich – der kommt aber nicht in die Beratung. Also so weit ging das nicht, und die Betreuung ist auch nicht mehr – er wollte das irgendwann nicht mehr. Und das hab ich aber damals dann als Erfolg werten können. Dass er gesagt hat, ich will jetzt nicht mehr, dass Sie kommen. Aber das war über Jahre. Ganz intensiv und ganz – ja, das war halt eine Selbsterfahrung für mich auch, eine ganz intensive. (Vera, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 210)

Vera erzählt über die langsame Kontaktaufnahme mit einem zurückgezogenen jungen Mann. Hilfreich ist hier die beharrliche Begleitung, das Aushalten von Zumutungen und auch das Loslassen können. Vera zeigt sich sehr einfühlsam, sie kann sich auf das Tempo, die Interessen des anderen einlassen und auch die Grenzen akzeptieren. Ihr geht es um Verführung zum Kontakt, um Interesse und Neugier. Respekt ist ihr auch wichtig, aber nicht im Sinne von Distanz gegenüber dem Klienten. Neben Respekt werden auch *Vertrauen und Zuversicht* als Kriterien für eine hilfreiche Beziehung zu den KlientInnen angeführt.

Dass ich zum Beispiel eben nicht gesagt hab: »Oh Gott, bei der Schwere der Störung, da ist Psychotherapie nicht indiziert.« Also ich hab gesagt: »Ja, ich bin Ihre Gesprächspartnerin.« [...] Und dann hat sie in Krisen, wenn sie auch in der Klinik war zum Beispiel, zu mir gesagt, also was ihr geholfen hat, das ist, dass ich immer an sie geglaubt hab. Sagt sie. Also dass ich ihr Entwicklung zugetraut habe. Und das hat immer so ihre Hoffnung auf Heilung oder auf – »Ich kann gesünder werden, ich muss mich nicht damit abfinden, in diesem Zustand zu bleiben bis ans Ende meiner Tage.« Ne? Also das hat ihr Kraft gegeben. Hat praktisch dann ihren innersten Kern gestärkt, so sehe

ich das, also ihre eigene Hoffnung auf Heilung oder andere Lebensmöglichkeiten. Und das sind ja auch so Essentials von meiner Therapierichtung, also ich hab an ihre Wachstumsmöglichkeiten geglaubt oder an ihre Selbstaktualisierungstendenz oder an ein gesundes, an ein Entfaltungspotential in ihrer Seele. Und habe ihr den Ort gegeben und das Gegenüber auch, dass das, dass der Prozess sich entfalten konnte und sichtbar werden konnte und diese Kraft auch immer stärker wurde oder ihr auch verfügbarer. Dass sie sich selber da drauf verlassen konnte. (Petra, Psychologin, Berlin, Z. 160)

Petras Glaube an die seelische Wachstumsfähigkeit hilft der Klientin. Darin besteht die positive Autorität der Therapeutin: An ihrem Zutrauen in die Entwicklung kann sich die Klientin in schwierigen Situationen orientieren. Allen diesen Beschreibungen ist neben dem langem Atem auch der Mut zu eigen, eine nahe, emotional tragende Beziehung zu den KlientInnen aufzubauen. In der Erzählung von Fritz wird die Freude und die Verunsicherung deutlich, die eine solche Nähe zur Klientin auslösen kann.

Dann fahr ich hin, sie erzählt mir, was sie jetzt gerade vor hatte, um sich umzubringen. Gut, sag ich, wir müssen jetzt ins Bezirkskrankenhaus fahren. Sie bittet mich, sie an der Hand zu nehmen, muss ich ziemlich weit zum geparkten Auto laufen, sie an der Hand führend – ich hab gesagt: »Wenn mich jetzt meine Freundin sieht, gibt es Probleme an diesem Abend!« – und so geht das also bis durch auf die Station, das Gespräch beim ambulanten Arzt bringen wir auch hinter uns, bis in die Station hinein noch, und ich verspreche dann also, sie bald wieder zu besuchen. Und sie sagt, heute sagt sie noch, nach einem halben Jahr, das war ein ganz wichtiger Moment. Also wenn ich da nicht gekommen wäre, dann hätte sie halt was gemacht. Ungewöhnliche Intervention war das für mich, so nah jemand an mich rankommen zu lassen, aber es ist mir dann doch gelungen. Und das freut mich heute noch. (Fritz, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 110)

Zwei wichtige Haltungen im Sinne des Empowerment sind die Übernahme der Perspektive der KlientInnen und die Infragestellung der eigenen Haltung. Sollen diese Haltungen mehr als äußerlich sein, dann müssen sie mit einer Einfühlung in die emotionale Welt des Gegenübers, sowie mit einer emotionalen Selbsterfahrungsperspektive verbunden sein. In den Interviews wurde hier ein geschlechtsspezifischer Unterschied deutlich, weibliche Interviewpartnerinnen haben mehr über eigenen Gefühle gesprochen und mehr die Gefühlswelt der KlientInnen berücksichtigt als männliche. Diese Unterschiede und die Bedeutung von *Einfühlung und Selbstwahrnehmung* werden im Folgenden beschrieben.

In den Interviews mit männlichen Professionellen ergaben sich häufiger Expertengespräche, in denen von eher abstrakten theoretischen Überlegungen ausgegangen wurde. Am deutlichsten zeigt sich das in dem Interview mit Ernst.

E: Ich denke, dass jeder Ansatz effektiv ist, der Vorteil des Systems – das bestätigen auch Studien, also der Grawe, obwohl der in Bezug auf die systemischen Ansätze nur die Studien berücksichtigt hat Ende der Achtzigerjahre, aber die Untersuchungen sind ja weitergegangen, der Schiepek hat ja eine riesige Studie gemacht, und – lange Rede kurzer Sinn, der Vorteil ist, dass es ein Kurzzeitansatz ist, dass es eine Lösungsorientierung beinhaltet – ja.

I: Also es sind erreichbare Ziele, es geht nicht um die Heilung an sich, sondern Sie haben konkrete//

E: //Es geht nicht um Arbeitsfähigkeit und Liebesfähigkeit, sondern um ganz konkrete erreichbare Ziele.

I: Mhm. Insofern auch für die Psychohygiene des Beraters ein angenehmerer Ansatz, weil er nicht so schnell zu Misserfolg und Frustration führt.

E: Ich glaube auch für den Klienten und seine Angehörigen. Weil chronifizierende Ideen unterminiert werden. (Ernst, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 402)

Ausgehend von einer Diskussion über Effektivität des systemischen Ansatzes spricht Ernst über messbare Effektivität für die KlientInnen. Der Hinweis auf die Funktion für die BeraterInnen wird von Ernst nicht weiterverfolgt. Ernst schaut auf die Anderen, nicht auf sich selbst. Die eigene Beteiligung, die Beziehung zum Klienten/zur Klientin tritt in den Hintergrund.

I: Ja, gibt es auch Situationen, die Angst machen in der Arbeit? Wo Sie merken, da kommen Sie an eine Grenze?

E: Ja, Gewaltsituationen. Also vor kurzem hatte ich einen Anruf von einer Frau, die von ihrem Mann bedroht worden ist, körperlich, also der eben mit einer Eisenstange rumfährt und sie immer wieder bedroht, solche Dinge.

I: Was machen Sie in solchen Situationen mit dem Gefühl, was da entsteht bei Ihnen?

E: Ich hole mir Hilfe von außen. Also zum Beispiel Außenperspektive durch einen Kollegen. Und bespreche das mit dem. Und wir versuchen, uns da gegenseitig eine Außenperspektive zu sein. Wenn irgendwie möglich. (Ernst, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 293)

In dieser kurzen Sequenz spricht Ernst von dem Gefühl der Angst. Es bleibt jedoch unbestimmt, wenig spürbar. Offensichtlich geht es viel ums »Machen«, Ernst spricht sehr rational von »Außenperspektive«, die Wahrnehmung von Gefühlen wie Ohnmacht, Angst und Mitgefühl wird vermieden. Auch ich als Interviewer frage nicht nach der Qualität des Gefühls, sondern danach, was er damit »macht«. Im Gegensatz zu anderen Interviews erscheint mir das Verweilen beim Gefühl nicht möglich.

Den weiblichen Interviewpartnerinnen fällt es meist leichter, die eigene emotionale Befindlichkeit zu artikulieren und sich in die Gefühlswelt der KlientInnen hineinzusetzen. Am Beispiel der Ablehnung der medikamentösen Behandlung durch KlientInnen zeigt sich das deutlich. Die MitarbeiterInnen stehen vor der

Frage, ob sie die Ablehnung akzeptieren oder versuchen den Klienten/die Klientin von den positiven Wirkungen der Medikamente zu überzeugen. Monika behält in ihrer Erzählung die Perspektive des Klienten und seiner Familie im Blick.

Ja, ich hab auch einige, die sehr wenig nehmen oder das auch ablehnen. Auch die sind ja bei uns, die das rigoros ablehnen. Auch grad jüngere Klienten haben da große Probleme mit dem Abgestempeltsein und auch mit der Medikation und zu einem Nervenarzt zu gehen. [...] Das wirkt sich meistens halt bei ihnen daheim aus, also dass es da viele Familienstreitigkeiten gibt, weil sie recht angriffslustig sind, aber das ist nicht unbedingt hier so das Thema. (Monika, Sozialpädagogin, Bayern, Z. 280)

In Monikas Äußerungen wird deutlich, dass sie sich in die KlientInnen hineinversetzt und ihre Abwehr gegen Medikamente nachvollziehen kann. Die Last der Störung muss allerdings nicht sie in der Beratung, sondern die Familie zu Hause tragen. Auch diese Perspektive kann sie innerlich repräsentieren. Im Gegensatz dazu wird in der Erzählung von Fritz deutlich, dass er wenig Verständnis dafür hat, wenn KlientInnen Medikamente ablehnen.

F: Es gibt natürlich Leute, die das absolut ablehnen, weil sie sagen, es bringt mir nichts. Eine schwerst zwangserkrankte Person, die sagt dir: »Ich hab das versucht, nach vier Wochen war immer noch keine Besserung da, meine Gedanken sind nicht milder geworden oder weg, das bringt mir nichts. Im Gegenteil, ich habe Nebenwirkungen, die möchte ich nicht.« Sie da einfach aufzuklären, zu ermuntern, da längere Zeit die Tabletten einzunehmen, um zu testen, was sich dann tut, und nicht nur vier Wochen ins Land gehen zu lassen – also das ist so ein typischer Fall jetzt. Wobei das eher, das sind die Ausnahmen, würde ich sagen. Ja.

I: Beeinträchtigt so was die Beziehung zu den Klienten?

F: Nein. Nein gar nicht, wobei ich – ja, doch anklingen lasse, dass ich das jetzt nicht akzeptiere, was sie macht, aber es letztlich ihre Entscheidung ist. Das sag ich ihr, was ich tun kann, ist eben, sie aufzuklären, dass ihre gesundheitliche Lage sich dann wahrscheinlich wirklich nie verbessert, und dass sie halt wieder mal im Bezirkskrankenhaus sein wird, wo sie ja absolut nicht mehr hin möchte. (Fritz, Sozialpädagoge, Bayern, Z. 160)

Fritz ist etwas hilflos gegenüber der Verweigerung, Medikamente zu nehmen. Er kann lediglich noch einmal fachlich begründen, wie Medikamente wirken, versucht als Experte, die Klientin »aufzuklären« und auch mit der drohenden Klinik unter Druck zu setzen. Er scheint empört darüber, dass die heilende Wirkung der Medikamente nicht akzeptiert wird.

## Resümee

In den Interviews wurde ein breites Spektrum von Bedeutungen deutlich, die mit dem Empowermentkonzept verbunden sind.

- Zunächst die *technisch-rationale Bedeutungsebene*, die in Form von organisatorischen, manualisierten Abläufen auch die psychiatriepolitischen Konzepte des GPV und des IBRP prägen. In der sozialpolitischen Diskussion um die zukünftigen Konzepte der Sozialpsychiatrie sind sie ein wichtiger Bestandteil, der für die Selbstverantwortung und die Beteiligung der KlientInnen sorgen soll. Im Rahmen von systemischen Konzepten und in der Qualitätssicherung wird dieser Ebene große Beachtung geschenkt.
- Eine zweite Bedeutungsebene ist die der *konkreten Alltagsbegegnung*, der verlässlichen Beziehung. Diese Bedeutung von Empowerment trifft das Kernstück der sozialpsychiatrischen Identität. Das »Normalisierungsprinzip« und ein »verlässliches Netz sozialer Beziehungen« (KEUPP 1998, S. 582) waren und sind die Ziele sozialpsychiatrischer Reformen. Nicht die »psychische Krankheit« soll im Mittelpunkt der professionellen Begegnung mit KlientInnen stehen, sondern die »menschlichen Grundbedürfnisse« (ebd.), insbesondere die nach stabilen sozialen Bezügen.
- Eine dritte Bedeutungsebene von Empowerment bezieht sich auf die *emotionale Begegnung der Professionellen mit den KlientInnen sowie der eigenen Selbsterfahrung im Kontakt*. Diese Seite von Empowerment bleibt im fachlichen Diskurs unterbelichtet, sie passt nicht in die rationale, männlich dominierte Diskussion. Sie ist jedoch in der Begegnung mit KlientInnen ständig präsent und bestimmt (häufig auf unbewusste Weise) den Alltag der sozialpsychiatrischen Arbeit.

Nachdem die verschiedenen Formen von Empowerment in den Interviews dargestellt wurden, werden auf der Basis der theoretischen Überlegungen und der empirischen Ergebnisse Bedingungen für die Verwirklichung von Empowerment in der Sozialpsychiatrie beschrieben. In Anlehnung an die Struktur dieser Arbeit werden die institutionelle, die diskursive und die beziehungs-dynamische Ebene unterschieden.

### 7.3 Empowerment und seine Wirksamkeit auf drei Ebenen

Ziel von Empowerment ist es, den KlientInnen zu ermöglichen, »Subjekt des eigenen Handelns zu sein« (KEUPP, LENZ und STARK 2002, S. 78). Dazu bedarf es einer neuen Form von Beziehung zwischen Professionellen und KlientInnen, einer dialogisch orientierten Beziehung, die Partizipation ermöglicht.

Partizipation stellt eine besondere Herausforderung für uns Professionelle dar. [...] Der Professionelle bringt sein Wissen, seine Kompetenzen und seine praktischen Erfahrungen ein, um Aus- und Verhandlungsprozesse zu provozieren. Erst dadurch werden Möglichkeitsräume geschaffen und Handlungsalternativen eröffnet. (ebd., S. 83)

Es stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten sich im sozialpsychiatrischen Feld für eine solche professionelle Haltung bieten.

#### 7.3.1 Institutionelle Reformen

Im Kapitel 4 »Der Sozialpsychiatrische Dienst« wurde der institutionelle Kontext der sozialpsychiatrischen Arbeit beschrieben. Aus der Betrachtung der Organisation der SpDi und der Auswertung der Sichtweise der Professionellen auf ihren Dienst lassen sich folgende vier Entwicklungslinien für die Empowermentperspektive herausarbeiten:

- *Integration der Kontrollaspekte.* Es ist sinnvoll den SpDi hoheitliche Aufgaben, insbesondere die Durchführung von Zwangsmaßnahmen zu übertragen, weil sie auf angemessenere Art und Weise damit umgehen können als Polizei oder Notarzt. Vorausgesetzt natürlich, dass sie über die notwendigen personellen Ressourcen verfügen. Auf diese Weise kann der informelle Kontrollauftrag offen mit den KlientInnen verhandelt werden, erst so können KlientInnen dialogisch beteiligt werden. Durch professionelle Kooperation wird die Verantwortung für Zwangsmaßnahmen geteilt, dies entlastet die einzelnen MitarbeiterInnen und führt zu mehr öffentlicher Kontrolle der Maßnahmen.
- *Aufbau institutioneller Alternativen zu Klinik.* Nur wenn Alternativen zur biologisch-medizinischen Behandlung psychischer Krisen bestehen, können KlientInnen über ihr Schicksal mitbestimmen. Solange alternative Möglichkeiten wie betreute Krisenwohnungen oder Soteriakonzepte in Kliniken (KROLL 1998) nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen, bleibt auch dem subjektorientierten Professionellen in akuten Krisensituationen nur die Zuführung der KlientInnen zur medikamentösen Zwangsbehandlung in der Klinik.
- *Erweiterung der Beziehungskompetenz der Professionellen.* Damit sind nicht nur Fortbildungen im fachlichen Bereich gemeint. Auf jeden Fall können bei-

spielsweise Mediationsausbildungen (SEIBERT 2000 a, S. 103) hilfreich sein für die Verhandlungen mit Angehörigen und KlientInnen. Aber es ist auch sinnvoll, mit Formen »unprofessioneller« Begegnungen zu experimentieren, wie dies in Projekten wie dem Weglaufhaus (KEMPKER 1998) geschieht.

- *Demokratisierung der Institutionen.* An all diesen Entwicklungen sollten die FachmitarbeiterInnen von der Basis und VertreterInnen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen beteiligt sein. Für diese Mitwirkung Strukturen zu schaffen, ist eine zentrale Aufgabe der Qualitätssicherung in der Sozialpsychiatrie.

Gegenüber psychiatriepolitischem Engagement gibt es Vorbehalte. Die MitarbeiterInnen an der Fachbasis denken eher in therapeutischen Kategorien und stehen den technokratischen Diskussionen in den psychiatriepolitischen Gremien skeptisch gegenüber (Kapitel 4.2). Damit bewahren sie etwas Kostbares, das Primat der persönlichen Beziehung, die emotionale Begegnung. Diese Form von therapeutischer Arbeit ist eine weiblich oder mütterlich konnotierte Arbeitsform, die Beziehungen über Nähe und Anerkennung gestaltet. Ihre Kehrseite ist die Tendenz, KlientInnen in der Abhängigkeit der Zweierbeziehung zu halten, den Kontext zu vernachlässigen und zu wenig Impulse für Autonomie zu setzen.

Demgegenüber verläuft die Diskussion auf der sozialpolitischen Ebene eher in abstrakten, methodisch-fachlichen Dimensionen. Die individuelle Ebene der Beziehung zwischen Helfer/in und Klient/in soll durch mehr Struktur reguliert werden. Die undurchsichtigen Verhältnisse, die viel dem Zufall überlassen, die KlientInnen mit wenig Rechten ausstatten und in Abhängigkeit halten, sollen transparenter werden, um öffentlich-demokratisch kontrollierbar zu werden. Die Gefahr dieser Tendenz ist es, das Bedürfnis nach Bezogenheit, Nähe und Beständigkeit zu ignorieren und ein einseitiges, autonomieorientiertes Menschenbild zu vertreten.

Beide Positionen könnten sich gut ergänzen. Das Problem ist die fehlende Kommunikation zwischen den Ebenen. Nur über eine Demokratisierung der Entscheidungen und über die Mitbestimmung der Basis kann eine Reform der Psychiatrie, die Bedürfnisse nach Autonomie und nach Anerkennung berücksichtigt, gelingen. Das demokratische Klima auf der institutionell-professionellen Ebene ist also eine wichtige Voraussetzung für die Initiation von Empowermentprozessen bei den KlientInnen.

Es wird für die Professionellen schwer sein, dieses Vertrauen in die Betroffenen zu setzen, wenn sie in der Einrichtung nicht selbst auch Gestaltungsmöglichkeiten und Handlungsspielräume vorfinden, die es erlauben, immer wieder eigene Ressourcen und potentielle Ressourcen der Institution zu entdecken und weiterzuentwickeln, also gewissermaßen fördernde und behindernde Bedingungen für persönliche und institutionelle Empowermentprozesse zu analysieren und zu bearbeiten. (LENZ 2002, S.18)

Empowerment ist eine politische Position, die gegen Ausgrenzung und Ghettoisierung gerichtet ist und für gesellschaftliche Teilhabe aller, der Professionellen sowie der KlientInnen streitet. In kaum einem anderen psychosozialen Arbeitsfeld jedoch ist die Bedürftigkeit und Abhängigkeit der Klientel so groß und gleichzeitig die den HelferInnen zur Verfügung stehenden Ressourcen, vor allem die gesellschaftliche Bereitschaft zur Integration, so knapp bemessen. Dies führt dazu, dass politische Arbeit und die Suche nach Möglichkeiten der Partizipation von Betroffenen im Arbeitsalltag der Sozialpsychiatrie als Luxus erscheint.

In der sozialpsychiatrischen Landschaft gibt es aktuell zwei Entwicklungen: Auf der einen Seite besteht ein ökonomischer Druck auf die Institutionen, der in Begriffen wie Qualitätsmanagement und Kundenorientierung seinen Ausdruck findet. Die Hoffnung dabei ist, mithilfe von Konzepten aus der Wirtschaft die psychosoziale Versorgung effizienter zu machen. Diese Konzepte sehen KlientInnen als KundInnen und unterstützen damit auch die Verbreitung der Empowerment- und Partizipationsideen, zumindest in den Sprachregelungen dieser Reformbemühungen werden die KlientInnen als Subjekte wahrgenommen. Auf der anderen Seite stehen die psychiatrischen Institutionen, vor allem die Kliniken, die dem biologisch-medizinischen Modell verpflichtet sind und für andere Sichtweisen abweichenden Verhaltens nach wie vor keinen Raum bieten. Deren institutionelle Logik, die Betonung des Expertentums und die medizinische und psychotherapeutische Standespolitik betrachten die PatientInnen als Objekt des psychiatrischen Wissens und daraus abgeleiteter Techniken. Sie versprechen verunsicherten PatientInnen und Angehörigen Entlastung durch schnelle, wissenschaftliche Erklärungen und Hilfen.

PsychologInnen und SozialpädagogInnen in den Sozialpsychiatrischen Diensten arbeiten in diesem Spannungsfeld zwischen Kundenorientierung und biologisch-medizinischen Modell. Partizipation von KlientInnen bedeutet für die Professionellen Macht und vertraute Sicherheiten aufzugeben, die mit der Expertenrolle verbunden sind. Qualitätsmanagement und Kundenorientierung werden in diesem Zusammenhang häufig als Bedrohung gewohnter Routinen gesehen, oder als Normierung, welche die eigene Freiheit der therapeutischen Arbeit begrenzt. Dem Widerstand gegenüber Veränderungen liegen wohl auch Befürchtungen über das Aufdecken eigener, als unprofessionell eingeschätzter Handlungen zu Grunde. Oder auch die Sorge über die Normierung alternativer, widerständiger Beziehungsformen mit KlientInnen. Dieser Widerstand ist begründet und wichtig, um die fortschreitende Kapitalisierung menschlicher Beziehungen zu bekämpfen. Die Frage ist jedoch, ob mit dem passiven Widerstand gegen Reformen nicht auch die Herrschaft der ExpertInnen und des biologisch-medizinischen Modells stabilisiert wird.

Vielleicht gibt es eine Möglichkeit, den ökonomischen Druck zu nutzen, ohne sich von der neoliberalen Logik vereinnahmen zu lassen. Es spricht auch für die MitarbeiterInnen in der Sozialpsychiatrie viel für eine Veränderung. Die häufige

Überforderung durch den Druck der Verantwortung als ExpertInnen, der Verlust von sozialpolitischen Visionen und die damit verbundene Entfremdung zeigen sich in den Äußerungen der InterviewpartnerInnen. Eine Demokratisierung der Institution, eine Suche nach neuen, transparenteren Handlungsformen, würde Lust und Neugier wecken, Qualitätskontrolle bietet die Chance der Bewusstmachung der eigenen Arbeitsgrundlagen. Neben der Erarbeitung einer professionellen Identität, einer offensiven Außendarstellung der Leistungen der eigenen Institution, ermöglicht die Offenlegung auch eine demokratische Kontrolle des Handelns der Professionellen.

Neben der notwendigen Selbstkontrolle bezüglich des individuellen Umgehens mit Klienten/Ratsuchenden im Kollegenkreis, stellt sich die Frage nach der öffentlichen Durchschaubarkeit professionellen Handelns. Dies gilt sowohl für die äußeren Rahmenbedingungen, wie etwa die Form des Angebotes [...] als auch für die Inhalte der Arbeit. Anhand der Ausformulierung der Menschenbilder, der Darstellung der entwicklungs- und persönlichkeits-theoretischen Hintergründe, der Form der Beziehungsangebote der Mitarbeiter/Therapeuten an die Klienten, der Behandlungstechniken und wissenschaftlicher Kontrollergebnisse können psychotherapeutische Verfahren und Selbsthilfekonzepte inhaltlich überprüft werden. (AHRBECK, 1984, S. 21)

Um jedoch in Bewegung zu kommen, sind Verbündete nötig, denn am Anfang steht die Verunsicherung. Was als richtig und wahr angesehen wurde, wird in Frage gestellt. Die Expertenrüstung wird abgelegt, das heißt sich freier bewegen zu können, aber auch verletzlicher zu sein. Das ist nur als kollektive Bewegung, in Zusammenarbeit mit den Psychiatrie-Erfahrenen vorstellbar. Psychiatrie-Erfahrene sowie MitarbeiterInnen der SpDi wissen um den Wert der persönlich-emotionalen Beziehung. Nur sie können die Bedeutung dieser Seite der Arbeit glaubhaft vertreten und die technokratische Seite der Reform ergänzen. Mit den Veränderungen in der Arbeit mit den KlientInnen müssten sich also begleitend auch die institutionell-organisatorischen Bedingungen in Richtung mehr Mitbestimmung ändern. Über die Einrichtung von Beschwerdestellen, durch den Abschluss von Behandlungsverträgen (MAYER 2000) können die KlientInnen auf die professionellen Abläufe Einfluss nehmen. Die Professionellen müssen nun von sich aus Strukturen schaffen, die auch den MitarbeiterInnen an der Fachbasis Mitsprache in der Reform erlauben.

### 7.3.2 Diskursive Vielfalt

Im Kapitel 5 »Der sozialpsychiatrische Diskurs« wurden Diskurse herausgearbeitet, mit denen professionelle Identitäten in den Erzählungen konstruiert werden: Der medizinische, der psychotherapeutische, der juridische, der ökonomi-

sche und der sozialpsychiatrische Diskurs. Diese Diskurse ergänzen und widersprechen sich, sie öffnen und schließen Handlungsoptionen in den Erzählungen. Welche Perspektiven ergeben sich unter diesem Blickwinkel für Empowerment, welche Gefahren gilt es zu berücksichtigen?

### Unterstützung alternativer Lebensentwürfe

Einem emanzipativen Projekt müsste es zunächst darum gehen, Sensibilität für Diskurse und Praktiken zu entwickeln, die im Namen von Gesundheit und Selbstverwirklichung die Selbstkontrolle perfektionieren. Kritisch oder affirmativ zu sein ist nämlich keinem Diskurs immanent, situationspezifisch kann jeder Diskurs Widerstandsform oder Verbreiterung der Herrschaft darstellen, so auch der Empowerment-Diskurs (QUINDEL und PANKOFER 2000). Eine kritische sozialpsychiatrische Haltung kann also nur kontextuell funktionieren.

Die Perspektive von Psychiatrie-Erfahrenen können kritische Intellektuelle oder PraktikerInnen nicht ersetzen. Anders als die VertreterInnen der Sozialpsychiatrie denken Betroffene nicht in Tabellen und Statistiken, sprechen nicht von Bedarf und Einzugsgebieten, theoretisieren nicht über Diskurse und Praktiken. Berichte von Betroffenen handeln nicht von der Böswilligkeit Einzelner oder von Unregelmäßigkeiten im Ablauf, wenn sie von Ausgrenzungen und Demütigungen sprechen. Sie sprechen von allgegenwärtigen Mikropraktiken der sozialen Kontrolle, die in letzter Konsequenz auf den Körper bezogen sind. Psychiatrie-Erfahrenen Räume zu verschaffen, damit sie eine eigene Sprache finden, um von diesen Erfahrungen zu berichten, ob in Form von Selbsthilfe oder politischer Arbeit, kann ein Ziel von Empowerment sein.

Der Versuch, Menschen auf dem Wege ihrer »Wiederbemächtigung« ein Stück zu begleiten, bedeutet vor allem, sie mit den richtigen anderen Betroffenen zusammenzubringen, auf dass sie *gemeinsam* lernen, mit dem jeweiligen Problem oder der Erkrankung umzugehen und sich nicht »unterkriegen« zu lassen. [...] Wenn diese unangepassten Menschen es schaffen, ihre Lebensbedingungen positiv zu beeinflussen, so schaffen sie damit auch wieder Freiräume der Toleranz und Akzeptanz für andere nicht der Norm entsprechende Individuen. Diese Hoffnung steht immer im Hintergrund. (GEISLINGER 2000, S. 249)

Foucault hat beschrieben, dass Macht dezentral funktioniert, folglich kann sie auch dezentral bekämpft werden, durch die Förderung von Nischen für alternative Lebensformen. Eine Gefahr bei der professionellen Unterstützung von Selbstorganisation von Psychiatrie-Erfahrenen soll jedoch nicht unerwähnt bleiben. TeilnehmerInnen selbst organisierter Gruppen sind der professionellen Vereinnahmung entgangen und entwickeln Praktiken, um ihr weiterhin erfolgreich zu

widerstehen. Diese Praktiken profitieren von ihrem zerstreuten, temporären und überraschenden Charakter. Würde man sie zusammenfassen in Form eines kritisch-professionell unterstützten Widerstandes, einer Gegentradition, so ist man in Gefahr ihre Übernahme und Normalisierung zu fördern.

Es besteht kein Zweifel, dass Selbsthilfegruppen auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen [...] ähnlich gelagerte Probleme besser verstehen und darauf eingehen können als erfahrungsfremde Professionelle. Doch die therapeutische Durchdringung der Selbsthilfestruktur trägt dazu bei, daß das Therapiewissen sich, wie im professionellen Bereich, als Macht in Form individualisierender, normalisierender und entpolitizierender Strategien durchzusetzen vermag. (HELLERICH 1985, S. 136)

Dieses Phänomen zeigt sich in der Sprache von Psychiatrie-Erfahrenen, die durch Gremienarbeit mit Vertretern der Sozialpsychiatrie an Fachlichkeit gewinnt und an Eigensinn verliert. Ein (unfreiwilliges) Beispiel für die Okkupation der Selbsthilfebewegung durch das medizinische Defizitmodell liefert Broll, ein Psychiatrie-Erfahrener, der seinen Artikel über eine Selbsthilfegruppe folgendermaßen beginnt:

Vor einigen Jahren nahm ich an einem Versuch teil, eine Selbsthilfegruppe für manisch-depressive Menschen zu gründen. Im Anschluss an einen Vortragsabend begannen wir, nach den Diagnosen »depressiv«, »manisch« und »manisch-depressiv« drei getrennte Selbsthilfegruppen zu bilden. Leider lösten sich sehr schnell alle drei Gruppen wieder auf, was nicht ganz untypisch ist bei Selbsthilfegruppen mit diesen Krankheitsbildern. (BROLL 1997, S. 183)

Es spricht also auch einiges dagegen, als Professionelle und Gesunde den KlientInnen und Kranken zu helfen. Mit jeder Unterstützung in dieser Form wird das Machtverhältnis zwischen gesund und krank reproduziert. Eine Haltung der Partizipation und Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen wird für Professionelle einfacher, wenn sie aus der einseitigen, defizitären Betrachtung der KlientInnen aussteigen und die Positionierung von Individuen in komplexeren kulturellen Dominanzverhältnissen (ROMMELSPACHER 1995) betrachten. Dafür ist es hilfreich, neben der Dimension von gesund und krank auch Geschlecht, Alter, ethnische Herkunft und soziale Schicht zu berücksichtigen (WEBER 1998). Diese Kategorien verlaufen quer zu der psychiatrischen Dimension von gesund und krank und schaffen damit Verbindungen über soziale Gruppen der KlientInnen und der MitarbeiterInnen hinweg. Über gemeinsame Identitäten, vermittelt über Geschlecht oder Alter, lassen sich Beziehungen zwischen Professionellen und KlientInnen vorstellen, die nicht hierarchisch strukturiert sind und eine egalitäre Kommunikation erlauben. Der Blick der MitarbeiterInnen der SpDi müsste sich dazu nicht nur auf die KlientInnen richten, sondern das eigene Selbstverhältnis betrachten.

### Selbstsorge

Wir sollten nicht jemandes schöpferische Tätigkeit auf die Art seines Selbstverhältnisses zurückführen, sondern die Art seines Selbstverhältnisses als eine schöpferische Tätigkeit ansehen. (FOUCAULT in DREYFUS und RABINOW 1994, S. 274)

Für TheoretikerInnen wie für PraktikerInnen der Sozialpsychiatrie bedeutet das, den institutionell vorgegebenen Rollen und Identifikationsangeboten zu widerstehen und Neues auszuprobieren. Dazu bedarf es zunächst eines radikalen Perspektivenwechsels. Die Sorge gilt nicht mehr nur den KlientInnen und ihrer Lebensweise, sondern der eigenen (GUSSONE und SCHIEPEK 2000). Diese Haltung der Selbstsorge kann nicht auf psychologische Wissenschaften gründen, sondern ist ein öffentlicher, politischer Diskurs mit dem Ziel, Freiräume zu erarbeiten und zu erhalten, die Anderssein ermöglichen (KEUPP 1999). Ein Thesenpapier, das im Hamburger Psychoseseminar entwickelt wurde, beschreibt diesen Wunsch nach Vielfalt und dessen gesellschaftlichen Rahmen folgendermaßen:

Menschliches Handeln ist in der Psychose nicht außer Kraft gesetzt. Vielmehr transportiert die Psychose existentielle Zweifel und Konflikte, die für alle Menschen Bedeutung haben. [...] Zu schnelle automatische Vergabe von Neuroleptika ist schädlich, weil dann die Gesellschaft resistent wird gegenüber der Vielfalt menschlicher Seinsweisen und immer rigidere Vorstellungen entwickelt. Es ist normal verschieden zu sein! (BOCK 1998, S. 288)

Dieses Zitat macht deutlich, wie das Individuelle mit dem Gesellschaftlichen verknüpft ist. Je weniger Widerstand in Form von Anders-Sein sichtbar wird, desto rigider und empfindlicher wird die gesellschaftliche Norm. Der gesellschaftliche Kampf für die Anerkennung der »Vielfalt menschlicher Seinsweisen« (ebd.) ist die Wurzel des Empowermentkonzeptes, die in der Zeit der Bürgerrechtsbewegungen, der feministischen und ethnischen Emanzipation liegt (HERRIGER 1997). Gemeinsam ist den ProtagonistInnen dieser Bewegungen, die eigene Biografie als Teil einer kollektiven, politischen Geschichte zu begreifen. Empowerment regt an, die eigene Geschichte zu erzählen (KRAUS 1996), sich selbst als Möglichkeit zu entwerfen.

Selbstsorge im Sinne von Foucault ist Ermutigung zu widerspenstigen Lebensentwürfen. Für die psychosoziale Arbeit bedeutet das, Lebensentwürfe nicht an ihrem Scheitern zu messen. Auch ein im Sinne der Vernunft gescheiterter Versuch, zum Beispiel ein Versuch, der in psychotischem Erleben mündet, ist eine Möglichkeit, die lebbar ist. Eine professionelle Haltung im Sinne des Empowerment kann Menschen helfen, ihre eigene Geschichte zu erzählen (RAPPAPORT 1995), sie sollte jedoch die Dimension der autonomen Entwürfe nicht gegen die Anerkennung anderer ausspielen.

### 7.3.3 Beziehung und Anerkennung

Kapitel 6 »Die sozialpsychiatrische Beziehung« beschäftigte sich mit der unbewussten Dynamik der Beziehung zwischen Professionellen und KlientInnen. Es ging darum zu zeigen, wie sich die Lust an und die Angst vor dem Fremden in den Erzählungen der InterviewpartnerInnen abbildet. Die Ergebnisse dieser Analyse sollen im Folgenden weitergeführt werden. Zunächst wird der Begriff der Anerkennung nach Jessica Benjamin erläutert, auf seiner Grundlage werden Perspektiven für die Begegnung mit dem Fremden entwickelt.

Anerkennung im Sinne Benjamins geht über die kognitive Form der Akzeptanz, dass da ein Gegenüber ist, das auch Subjekt seiner Handlungen ist, hinaus. Gegenseitige Anerkennung bedeutet »emotionale Einstimmung, gegenseitige Beeinflussung, aktives Miteinander, gemeinsame Bewusstseinszustände« (BENJAMIN 1988, S. 19). Benjamin kritisiert die entwicklungstheoretischen Konzeptionen der Psychoanalyse, die Entwicklung als Trennung aus einer ursprünglichen Einheit beschreiben. So etwa Magaret Mahler (MAHLER, PINE und BERGMANN 1975), die von einem symbiotischen Verschmolzensein mit der Mutter ausgeht und die Entwicklung als zunehmende Differenzierung und Individuation beschreibt. Ebenso die triebtheoretische Entwicklungspsychologie Freuds (MERTENS 1992), in der Andere lediglich als Objekte für die Befriedigung von triebhaften Bedürfnissen konzipiert werden. Diese Darstellungen beschreiben wichtige Prozesse in der Entwicklung des Kindes, vernachlässigen dabei jedoch die intersubjektive Ebene der Anerkennung. Benjamin bezieht sich in ihrer Argumentation auf die Ergebnisse von Beobachtungen früher Mutter-Kind-Interaktionen (STERN 1985), die eine feine Abstimmung gegenseitiger Aktion und Reaktion festgestellt haben.

Die übergeordnete Konzeption, die die verschiedenen Ansätze einer intersubjektiven Theorie der Selbst-Entwicklung vereinigt, ist das Bedürfnis nach Anerkennung. Eine Person bekommt das Gefühl: »Ich bin es, die etwas tut, ich bin die Urheberin meines Tuns«, wenn sie mit einer anderen Person zusammen ist, die ihre Taten, ihre Gefühle, ihre Intentionen und ihre Existenz, ja ihre Unabhängigkeit anerkennt. Anerkennung ist die entscheidende Reaktion, die ständige Begleitmusik der Selbstbehauptung. Das Subjekt erklärt »Ich bin, ich tue«, und wartet dann auf die Reaktion »Du bist, du hast getan«. (BENJAMIN 1988, S. 24)

Das Bedürfnis nach Anerkennung ist eine fundamentale Grundlage menschlicher Beziehung, nicht nur im Kindesalter. Zentral in dem Konzept von Benjamin ist das Bedürfnis nach Gegenseitigkeit. In einer Beziehung kann man von Anerkennung sprechen, wenn das jeweilige Gegenüber als ähnlich und doch verschieden gesehen werden kann. Diese Anerkennung ist Grundlage für die Differenzierung in Beziehung zu Anderen, für die Autonomie unter Berücksichtigung der gegenseitigen Abhängigkeit.

Ablösung heißt nicht davonlaufen, und Autonomie wird nicht einfach durch äußere Trennung erreicht, sondern durch eine Umwandlung bestehender Strukturen, durch die Fähigkeit, sich selbst als getrennt wahrzunehmen, ohne jedoch die Fähigkeit zur Bindung zu verlieren oder die allgegenwärtige Realität von Bindungsprozessen zu leugnen. (MUSFELD 1997, S. 257)

Benjamin bezieht sich in ihrer Theorie auf das Herr-Knecht-Verhältnis nach Hegel. In ihm äußert sich das Paradoxon der Anerkennung: Wenn ich autonom sein will, benötige ich ein Gegenüber, das mir diese Autonomie bestätigt. Dadurch bin ich jedoch bereits wieder abhängig. Dieses Spiel führt bei Hegel letztlich zu einem Kampf um Anerkennung durch das Gegenüber, zu einem Kampf um Kontrolle.

Der Wunsch nach absoluter Selbstbehauptung und Durchsetzung des eigenen Willens, die Negation der Außenwelt – kurz alles was Freud unter Aggression und Allmacht verstand – muß irgendwann auf die Realität eines Anderen treffen, der den erbarmungslosen Anspruch des Subjekts auf Selbstbehauptung widerspiegelt. Weil der Wunsch nach Anerkennung durch den Anderen uns in die Abhängigkeit vom Anderen zurückwirft, mündet das Paradoxon der Anerkennung in einen Kampf um die Kontrolle. (BENJAMIN 1988, S. 41)

Daraus ergibt sich die Beziehungsstruktur von Herrschaft und Unterordnung. Dies ist eine Möglichkeit, mit dem Paradoxon der Anerkennung umzugehen. Derjenige, der Kontrolle ausübt, leugnet die Abhängigkeit, weil er in ihr die eigene Autonomie bedroht sieht. Benjamin zeigt, dass diese Lösung des Paradoxons die klassisch männliche Lösung ist, die in unserer Kultur die alles dominierende ist. Die Illusion von Autonomie ohne Abhängigkeit zeigt sich auch in den entwicklungspsychologischen Konzeptionen von Mahler und Freud, in denen die Autonomieentwicklung die Figur auf dem Hintergrund der Beziehung darstellt. Symbiose und Abhängigkeit sind hier negativ konnotierte Begriffe.

In Rückgriff auf CHODOROW (1978) erklärt Benjamin diese männliche Eigenart aus der Notwendigkeit der Desidentifikation des Jungen von seinem primären Liebesobjekt, der Mutter. Um eine männliche Geschlechtsidentität aufzubauen, muss der Junge seine Nähewünsche, seine Verbundenheit mit der Mutter verleugnen. Da der distanzierte, häufig abwesende Vater nicht als gleichwertiges Identifikationsobjekt zur Verfügung steht, fehlt dem Jungen die Bezogenheit, stattdessen stützt er sich auf ein abstraktes Autonomieideal. Jenseits dieser individuellen Reproduktion der Geschlechtsidentitäten, beherrscht der männliche Autonomiebegriff die gesamte westliche Kultur.

Weil »Mann« und »Individuum« bis vor kurzem nahezu Synonyme waren, hat die Erfahrung männlicher Differenzierung den in unserer Kultur vorherrschenden Begriff von Individualität geprägt. Das Bild der Anderen, wie es im westlichen Denken vorherrscht, ist nicht das Bild einer lebendigen realen Person, sondern das eines kognitiv

wahrgenommenen Objekts. In diesem Sinn ist »falsche« Differenzierung ein allgegenwärtiges Element des westlichen Typus von Individuation. Die Anerkennung der Anderen war immer die Ausnahme: Ein Moment seltener Unschuld, die Wiederentdeckung eines verlorenen Paradieses. (BENJAMIN 1988, S. 78)

Nun wäre es interessant, das Empowerment-Konzept unter diesem Gesichtspunkt zu analysieren. Inwiefern bildet sich in ihm die Idealisierung von Autonomie und die Verleugnung von Abhängigkeit ab? In der Literatur werden folgende Kennzeichen eines erfolgreichen Empowermentprozesses genannt:

- »Umweltkontrolle« (HERRIGER 1997, S. 54)
- »ein gelingendes Lebensmanagement in Selbstbestimmung« (ebd., S. 169)
- »eine radikale Absage an Metaphern der Schwäche, des Defizits, und des Nicht-Gelingens« (ebd., S. 73)
- »Menschen, die kompetente Konstrukteure eines gelingenden Alltags sind, die handelnd das lähmende Gewicht von Fremdbestimmung und Abhängigkeit ablegen« (ebd., S. 73)
- »Menschen, die nach einschneidenden belastenden Lebensereignissen [...] quasi aus eigener Kraft wieder auf die Füße kommen« (STARK 1996, S. 108).

Das gesunde Individuum im Empowermentdiskurs wird offensichtlich als ein abgegrenztes stabiles Selbst entworfen, das unabhängig und selbstsicher agiert. Es kann sich behaupten und die Umwelt beeinflussen. Dieses Subjektverständnis vernachlässigt die Abhängigkeit von dem/der Anderen. Die Anderen und die Umwelt erscheinen als Objekte, über die verfügt werden kann. Diese Bilder von Empowerment bewegen sich im Spiel von Dominanz und Unterwerfung, im Streben nach Macht und Kontrolle anstelle von Schwäche und Abhängigkeit. Das entspricht dem Entwurf von Gesundheit und Glück, durch den die westlich-kapitalistische Gesellschaftsform geprägt ist, in der sich Konkurrenz und Autonomie auf Kosten von Verbundenheit, Abhängigkeit und Bezogenheit durchsetzen. Männer besetzen dabei den Autonomiepol, Frauen den der Bezogenheit. Dabei wird die Dialektik von Autonomie und Anerkennung nicht berücksichtigt.

Autonomie im Sinne von Eigenheit kann nur auf dem Hintergrund von Anerkennung durch andere erlangt werden. Das Kind braucht die Anerkennung der Eltern für die Entwicklung des Selbstwertgefühls. Der werktätige Mann kann als autonomes, für den Produktionsprozess verfügbares Subjekt nur in Abhängigkeit von der Reproduktionsleistung der Frau in Form von Beziehungs- und Hausarbeit existieren. Die oben angeführten psychologischen Konzepte von Gesundheit und Identität beziehen sich auf das Ideal männlicher Souveränität und verleugnen dessen Abhängigkeit.

Im Empowermentdiskurs wird also ein kohärentes, autonomes Subjekt als Nor-

malität entworfen, dem sich eine Krise in die Lebensbahn wirft. Die Krise bringt die Ordnung in Unordnung, aus ihr erwächst das Bedürfnis nach Empowerment, nach Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen. In dem Bild des erfolgreich »empowerten« Menschen hat Schwäche und Nicht-Gelingen keinen Platz. Dieses Subjektverständnis kann gegenüber psychischen Krisen, gegenüber psychotischem Zerrissenheitserleben keine neutrale Haltung einnehmen. Psychiatrie-Erfahrene erleben sich selten als kohärent, sie fühlen sich abhängig und alles andere als autonom. Oft erscheinen sie passiv oder sperren sich gegen die Hilfsangebote der Professionellen. Wohl nicht ohne Grund, denn die eindeutige Wertigkeit, die in dem Konzept des gesunden Subjekts steckt, das aktiv, autonom, kontrollierend, selbstbewusst sein soll, widerspricht ihren Erfahrungen, negiert ihr Anders-Sein und hat implizit oder explizit das Ziel sie zu vernünftigen, funktionierenden Subjekten zu machen.

Natürlich ist das Empowerment-Konzept im Vergleich zu dem medizinischen Modell psychiatrischer Arbeit weitaus eher in der Lage, KlientInnen als Gegenüber anzuerkennen, anstatt ihnen als Behandlungsobjekte ihre Autonomie abzusprechen. Trotzdem stellt sich die Frage, ob in der Kritik der »fürsorglichen Belagerung« nicht auch eine Ablehnung der Einfühlung und Nähe in der Beziehung zu KlientInnen verbunden ist. Die Sprache, die den Empowermentdiskurs beherrscht, ist eher die des Technokraten als die der Fürsorge, eher eine männliche, als eine weibliche Form der Beziehungsgestaltung. Zu einer ähnlichen Einschätzung kam auch RIGER (1993) in ihrer kritischen Betrachtung des Empowermentkonzeptes.

Empowerment hat als Ziel, den KlientInnen ein Gefühl von Wirkmächtigkeit, von Verfügung über das eigene Leben zu geben. Sie sollen sich als Subjekte ihres eigenen Handelns wiederentdecken. Soll diese Autonomie mehr sein als die Umkehrung von Herrschaftsverhältnissen, soll sie eine Autonomie sein, die Abhängigkeit nicht verleugnet, dann ist es notwendig dem Diskurs der Anerkennung mehr Raum zu geben. »Emotionale Einstimmung, gegenseitige Beeinflussung, aktives Miteinander, gemeinsame Bewusstseinszustände« (BENJAMIN 1988, S. 19) als notwendige emotionale Grundlage für Empowermentprozesse zu betrachten und in den Erzählungen über Empowerment zu berücksichtigen. Das ist keine geringe Forderung, denn sie widerspricht der Herrschaft der Rationalität über das Irrationale.

## 7.4 Empowerment als Begegnung mit dem Fremden

Die Behauptung, dass Rationalität durch Kontrolle kontaminiert wird, ist kein Plädoyer für einen romantischen Anti-Rationalismus, sie zielt auf eine neue Definition von Rationalität und eine Expansion ihrer Grenzen. Es geht nicht darum, alle moder-

ne Wissenschaft rückgängig zu machen, sondern den Wert dessen anzuerkennen, was bislang als irrational und infantil geächtet war. (BENJAMIN 1988, S. 186)

Folgt man Benjamin, dann gilt es für Konzeptionen sozialpsychiatrischer Arbeit auch weiblich und mütterlich konnotierte Qualitäten in der Beziehung zu den KlientInnen zu berücksichtigen. In den Interviews zeigt sich, dass von den MitarbeiterInnen Kompetenzen wie Einfühlungsvermögen, emotionale Nähe, Akzeptanz und konstante Erreichbarkeit als zentrale Kriterien für erfolgreiche Arbeit angesehen werden. In dem Handlungswissen der MitarbeiterInnen an der Fachbasis scheint also die Integration der Abhängigkeit in Beziehungen viel weiter fortgeschritten zu sein als in den konzeptuellen Diskussionen. Dort herrscht ein kognitivistisches, rationales Menschenbild, in der folgenden Beschreibung wird dies deutlich:

Psychische Störungen können daher nicht als ein Bündel von Reaktionen begriffen werden, das auf bestimmte belastende Reizkonstellationen folgt. In welcher Weise belastende Lebensumstände zu psychischen Auffälligkeiten führen, hängt vielmehr vom Umfang und der Qualität der Ressourcen ab, die eine Person in einer spezifischen Belastungssituation mobilisieren kann. (LENZ 2002, S. 26)

Dieses Konzept einer autonomen Person, die Ressourcen mobilisiert, soll als Kritik des Reiz-Reaktionsmodells dienen, indem es die Person als aktiv Handelnde beschreibt. Führt man sich dieses ressourcenorientierten Modell als Bild vor Augen, bleibt die Person auf seltsame Art einsam und auf sich gestellt, sie steht gleichsam vor ihrem Korb voller Ressourcen, in dem wohl auch ihre Netzwerkbeziehungen, als soziale Ressourcen, zu finden sind. Beziehungen geraten so in die Gefahr als Unterstützung in Belastungssituationen instrumentalisiert zu werden. Die professionellen HelferInnen haben dann lediglich die Rolle, die Möglichkeiten des Zugriffs auf Ressourcen zu erweitern. Die Beziehung zwischen den Professionellen und den KlientInnen bleibt blass im Hintergrund.

Die Erzählungen der PraktikerInnen aus dem Feld dagegen bestehen aus dichten Beziehungsgeschichten zwischen Professionellen und KlientInnen. Sie handeln von Verwicklungen und diffusen Abhängigkeiten, von Angst und Freude, von Kränkungen und Ärger in der Beziehung zu den KlientInnen. Offensichtlich geht die distanzierte, manchmal technische Sprache des Empowermentkonzeptes an der Art und Weise vorbei, wie PraktikerInnen ihr Feld beschreiben. Eine Spannung zwischen Konzept und Arbeitsalltag kann durchaus fruchtbar sein, jedoch scheint in dem Empowermentdiskurs ein zentraler Teil der Realität menschlicher Beziehungen ausgeblendet: Das Emotionale, das Irrationale, das Abhängige, das Destruktive, das Lustvolle. Damit reproduziert der Diskurs die Ausgrenzung, die Jessica Benjamin, Michel Foucault und die Ethnopschoanalyse aus jeweils unterschiedlichen Positionen kritisieren.

Aus der oben zitierten rationalen Betrachtungsweise ist die Einschränkung folgerichtig, die LENZ (2002, S. 16 f.) für Empowermentprozesse vornimmt. Er sieht die Grenzen von Empowerment dort, wo KlientInnen starke regressive Bedürfnisse oder gewalttätige Impulse produzieren. Ich möchte für ein anderes Verständnis von Empowerment plädieren. Destruktive Impulse und regressive Abhängigkeit sind Merkmale aller menschlichen Beziehungen. Natürlich in mehr oder weniger großen Maße. So gesehen kann es prinzipiell keine Einschränkung für Empowermentprozesse geben. Sie müssen in jedem Fall Abhängigkeiten und destruktive Impulse als konstitutiv für menschliche Beziehungen berücksichtigen. Nur durch die Integration regressiver und destruktiver Anteile kann Empowerment eine Alternative zur Abspaltung und Unterdrückung des psychotischen Erlebens der PatientInnen, wie sie in der medizinischen Behandlungsform durch Psychopharmaka erfolgen, entwickeln. Menschen müssen die Möglichkeit bekommen, die Krise der Psychose auch als Chance, als Teil ihrer selbst zu akzeptieren.

Psychose und Psychiatrieerfahrungen werden von Angehörigen, Betroffenen und Therapeuten häufig übergangen, sie sollen am besten vergessen und dadurch bewältigt werden. Doch traumatische Erfahrungen bedürfen gerade der Aussprache, der Rückversicherung und des Verständnisses durch andere Menschen, sollen sie nicht langwierige, negative Folgen nach sich ziehen. (KNUF 2000, S. 37)

Die notwendige Unterstützung in diesem Prozess, wie sie zum Beispiel in Form von weit gehend medikamentenfreien, intensiv betreuten Soteria-Projekten (AEBI 1993) geleistet wird, ist Empowerment. Empowermentprozesse finden sich auch in Psychoseseminaren, in dem Dialog zwischen Professionellen, Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen und im sozialpsychiatrischen Arbeitsalltag. Das Gemeinsame an diesen Situationen ist eine Beziehung, die das Gegenüber mit ihren/seinen psychotischen, destruktiven und regressiven Anteilen anerkennt. Anerkennung bedeutet den Eigenheiten des Anderen in der gemeinsamen Beziehung einen Raum zu geben, etwa indem die Professionellen mit den KlientInnen über deren psychotische Erfahrungen sprechen.

Die Ängste, aber auch die Lust die damit verbunden sind, wurde mithilfe der psychoanalytischen Theorie beschrieben. Der Schlüssel zur Begegnung mit dem Fremden im Sinne der verstehenden Tendenz nach Erdheim (Kapitel 6.1.4) liegt in der Auseinandersetzung mit eigenen unbewussten Anteilen. Das empathische Sich-in-die-Gefühlswelt-der-KlientInnen-Hineinversetzen gelingt dann, wenn die HelferInnen in Kontakt mit ihren eigenen innerpsychischen Prozessen gehen, die strukturell denen der KlientInnen ähneln.

Zu entdecken, daß ich selber fähig bin zu Mordgelüsten, zu intensivem Genuss gemeinster Schadenfreude, zu heftiger Wut, untröstlichen Neid, zu wilder Freude, lehrt

mich auch die Absurdität eines Überlegenheitsgestus gegenüber neurotischen oder sozialen Abweichlern. (BROCKHAUS 1993, S. 65)

Im Gegensatz zu neurotischen, galten psychotische Symptome als nicht einfühlbar und deswegen auch nicht psychoanalytisch therapierbar. Diese Haltung wurde durch BENEDETTI (1983) und MENTZOS (1992) revidiert. Wesentliche Beziehungsaspekte der psychotischen Symptomatik können über die Analyse von Gegenübertragungen zugänglich gemacht werden. Es bleiben unverständliche Anteile im Verhalten des Klienten/der Klientin, aber auch durch diese wird das Gegenüber emotional berührt. Von Bedeutung ist, wie die Professionellen mit der emotionalen Irritation durch das Nicht-Verstehbare, das Fremde, umgehen.

Für neue Formen der Begegnung mit Psychiatrie-Erfahrenen braucht es Neugierde. Warum sonst sollten die MitarbeiterInnen sich dem verwirrenden und ängstigenden Unbekannten stellen? Die Lust auf Begegnung geht im Alltag der Arbeit oft verloren. Professionelle in der Sozialpsychiatrie können sie wiederfinden, indem sie dialogische Beziehungen mit Psychiatrie-Erfahrenen jenseits der Beziehung zwischen Helfer/in und Klient/in suchen. Das ist beispielsweise in Psychoseseminaren möglich. Professionelle erkennen dann, wie unsicher sie sich in dieser Beziehung, jenseits der klassischen Rollenverteilung zwischen Hilfsbedürftigen und Helfenden fühlen (BECHER 2004). Die dialogische Beziehung, wie sie im Empowermentkonzept gefordert wird, fordert Mut und Lernbereitschaft von den Professionellen. Sie ist nicht ohne weiteres möglich.

# Literatur<sup>1</sup>

- AEBI, ELISABETH (Hg.) (1993). Soteria im Gespräch: über eine alternative Schizophreniebehandlung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- AHRBECK, BERND (1984). Gemeinenahe Arbeit zwischen Hilfe und Kontrolle. In: Behindertenpädagogik, 23. Jg., Heft 1, S. 12–24.
- ARMBRUSTER, JÜRGEN und OBERT, KLAUS (1990). Hilfe, Kontrolle und Gewalt in der sozialpsychiatrischen Versorgung. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 20. Jg., Heft 4, S. 26–29.
- AUGOUSTINOS, MARTHA (1995). Ideologie und soziale Repräsentationen. In: FLICK, UWE (Hg.): Psychologie des Sozialen. Repräsentationen in Wissen und Sprache. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 200–217.
- BACH, OTTO (1995). Die Psychiatricentwicklung in Ostdeutschland – sozialmedizinischer Anspruch und Wirklichkeit. In: Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 27. Jg., Heft 4, S. 503–508.
- BALZ, VIOLA; BRÄUNLING, STEFAN und WALTHER, THERESE (2002). Meine Krankheit, mein Medikament und ich. Die atypischen Neuroleptika als neue Identitätsstifter der Psychiatrie. In: Psychologie & Gesellschaftskritik, 26. Jg, Heft 4, S. 73–99.
- BASAGLIA, FRANCO (Hg.) (1973; 1974). Was ist Psychiatrie? Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- BECHER, ANDREAS (2004). Professionelle Helfer im Psychose-Seminar. Wanderer zwischen den Welten. Eine qualitativ-empirische Untersuchung. Berlin: dissertation.de – Verlag im Internet GmbH.
- BECK, ULRICH und BECK-GERNSHEIM, ELISABETH (1990). Das ganz normale Chaos der Liebe. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- BENEDETTI, GAETANO (1983). Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie. Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie.
- BENJAMIN, JESSICA (1988; 1990). Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht. Frankfurt a.M.: Stroemfeld/Roter Stern.
- BOCK, THOMAS (1998). Partnerschaft – Perspektiven einer dialogischen Psychiatrie. In: BOCK, THOMAS und WEIGAND, HILDEGARD (Hg.): Handwerksbuch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 280–293.
- BOPP, JÖRG (1980; 1982). Antipsychiatrie: Theorien, Therapien, Politik. Frankfurt a.M.: Syndikat.

---

1 Die erste Jahresangabe in der Klammer ist das Jahr der Originalausgabe, die zweite das Erscheinungsjahr der in meiner Arbeit zitierten Ausgabe.

- BROCKHAUS, GUDRUN (1993). Vom Nutzen psychoanalytischen Vorgehens in der Sozialpsychologie. In: KEUPP, HEINER (Hg.): Zugänge zum Subjekt. Perspektiven einer reflexiven Sozialpsychologie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 54–96.
- BROLL, DIETER (1997). Ein-Blick in eine Selbsthilfegruppe. Geschichte und Struktur einer manisch-depressiven Gruppe. In: GARTELMANN, ANKE und KNUF, ANDREAS (Hg.): Bevor die Stimmen wiederkommen: Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 183–188.
- BRUNS, GEORG (1997). Die psychiatrische Zwangseinweisung. In: EINK, MICHAEL (Hg.): Gewalttätige Psychiatrie: ein Streitbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 56–70.
- BRUNS, GEORG (1998). Einige sozialpsychiatrische Konzepte und ihre Grenzen aus psychoanalytischer Sicht. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 28. Jg., Heft 2, S. 6–15.
- BUBLITZ, HANNELORE (1999). Diskursanalyse als Gesellschafts-»Theorie«. In: BUBLITZ, HANNELORE; BÜHRMANN, ANDREA; HANKE, CHRISTINE et al. (Hg.): Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults. Frankfurt a.M.: Campus, S.22–48.
- CASTEL, FRANCOISE; CASTEL, ROBERT und LOVELL, ANNE (1979; 1982). Psychiatrisierung des Alltags: Produktion und Vermarktung der Psychowaren in der USA. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- CASTEL, ROBERT (1976; 1979). Die psychiatrische Ordnung. Das goldene Zeitalter des Irrenwesens. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- CASTEL, ROBERT (1980). Genese und Ambiguität des Sektor-Begriffs in der Psychiatrie. In: WAMBACH, MANFRED MAX (Hg.): Die Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 161–199.
- CASTELLS, MANUEL (2001). Das Informationszeitalter. 3 Bände. Leverkusen: Leske & Budrich.
- CHODOROW, NANCY (1978; 1986). Das Erbe der Mütter. Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter. München: Frauenoffensive.
- COHEN, STANLEY (1989). The critical discourse on »social control«: notes on the concept as a hammer. In: International Journal of the Sociology of Law, 17. Jg., S. 347–357.
- COOPER, DAVID (1967; 1972). Psychiatrie und Anti-Psychiatrie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- DEMAND, JÖRG (1998). Zwangsmaßnahmen – Umgang mit Gefahr und Gewalt. In: BOCK, THOMAS und WEIGAND, HILDEGARD (Hg.): Handwerksbuch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 457–469.
- DEVEREUX, GEORGES (1967; 1998). Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- DÖRNER, KLAUS (1969; 1975). Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt a.M.: Fischer.

- DÖRNER, KLAUS und PLOG, URSULA (1992). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- DREYFUS, HUBERT L. und RABINOW, PAUL (1982; 1994). *Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik*. Weinheim: Beltz.
- EINK, MICHAEL (1997). *Sanfter, weicher, freier? Ausblick auf unsere künftigen Gewalttätigkeiten*. In: EINK, MICHAEL (Hg.): *Gewalttätige Psychiatrie: ein Streitbuch*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 213–221.
- ERDHEIM, MARIO (1988; 1994). *Psychoanalyse und Unbewusstheit in der Kultur: Aufsätze 1980–1987*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- ERDHEIM, MARIO (1993). *Das Fremde – Totem und Tabu in der Psychoanalyse*. In: STREECK, ULRICH (Hg.): *Das Fremde in der Psychoanalyse: Erkundungen über das »Andere« in Seele, Körper und Kultur*. München: Pfeiffer, S. 167–183.
- ERIBON, DIDIER (1989; 1993). *Michel Foucault. Eine Biographie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- FELLNER, MARKUS (2000). *Perspektiven einer kunsttherapeutischen Ästhetik*. In: *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 24. Jg., Heft 1, S. 31–54.
- FELLNER, MARKUS (2002). *Psychiatrie und verrückte Welt im Spielfilm*. In: *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 26. Jg., Heft 4, S. 113–141.
- FINK-EITEL, HINRICH (1989; 1992). *Foucault zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- FINZEN, ASMUS (2000). *Sozialpsychiatrie zwischen Medizin und Sozialwissenschaften. Eine Bestandsaufnahme*. In: *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 32. Jg., Heft 1, S. 19–28.
- FLICK, UWE (1989). *Vertrauen, Verwalten, Einweisen: subjektive Vertrauentheorien in sozialpsychiatrischer Beratung*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- FLICK, UWE (1993). *Der Sozialpsychiatrische Dienst – Beratungsstelle oder Knoten im Netz*. In: BERGOLD, JARG B. und FILSINGER, DIETER (Hg.): *Vernetzung psychosozialer Dienste. Theoretische und empirische Studien über stadtteilbezogene Krisenintervention und ambulante Psychiatrie*. Weinheim: Juventa, S. 159–182.
- FLICK, UWE (1993 a). *»Wir sind hier 'ne bestimmte Abteilung vom Gesundheitsamt.« Sozialpsychiatrische Dienste in Berlin zwischen Hilfe- und Ordnungsinstanz*. In: BERGER, HEINRICH (Hg.): *Sozialpsychiatrische Dienste. Entwicklung, Konzeption, Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 85–99.
- FLICK, UWE (1995; 1998). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- FLICK, UWE (1995 a). *Soziale Repräsentationen in Wissen und Sprache als Zugänge zur Psychologie des Sozialen*. In: FLICK, UWE (Hg.): *Psychologie des Sozialen. Repräsentationen in Wissen und Sprache*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 7–21.
- FOUCAULT, MICHEL (1954; 1977). *Psychologie und Geisteskrankheit*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- FOUCAULT, MICHEL (1961; 1989). *Wahnsinn und Gesellschaft: eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

- FOUCAULT, MICHEL (1972; 1997). Die Ordnung des Diskurses. Frankfurt a.M.: Fischer.
- FOUCAULT, MICHEL (1973; 1997). Archäologie des Wissens. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- FOUCAULT, MICHEL (1975; 1994). Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- FOUCAULT, MICHEL (1975 a; 1980). Macht-Wissen. In: BASAGLIA, FRANCO (Hg): Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen. Frankfurt a.M.: Europäische Verlagsanstalt.
- FOUCAULT, MICHEL (1975b; 1976). Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin. Berlin: Merve.
- FOUCAULT, MICHEL (1976; 1998). Sexualität und Wahrheit, Band 1: Der Wille zum Wissen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- FOUCAULT, MICHEL (1978; 2000). Die Gouvernementalität. In: BRÖCKLING, ULRICH; KRASMANN, SUSANNE und LEMKE, THOMAS (Hg): Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 41–67.
- FOUCAULT, MICHEL (1980; 1997). Der Mensch ist ein Erfahrungstier. Gespräch mit Duccio Trombadori. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- FOUCAULT, MICHEL (1982; 1994). Das Subjekt und die Macht. In: DREYFUS, HUBERT und RABINOW, PAUL: Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik. Weinheim: Beltz, S. 243–264.
- FOUCAULT, MICHEL (1993). About the beginning of the Hermeneutics of the Self. In: Political Theory, Jg. 21, Heft 2, S. 198–227.
- GEISLINGER, ROSA (2000). Eine komplizierte Beziehung: Psychiatrie-Selbsthilfe und professionelle Unterstützung. In: KNUF, ANDREAS und SEIBERT, ULRICH: Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 243–260.
- GOFFMAN, ERVING (1961; 1973). Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- GOFFMAN, ERVING (1971; 1974). Das Individuum im öffentlichen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- GRUBITZSCH, SIEGFRIED und WEBER, KLAUS (Hg.) (1998). Psychologische Grundbegriffe. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- GUSSONE, BARBARA und SCHIEPEK, GÜNTER (2000). Die »Sorge um sich«. Burnout-Prävention und Lebenskunst in helfenden Berufen. Tübingen: dgvt.
- HAHN, CORNELIA (1995). Soziale Kontrolle und Individualisierung. Zur Theorie moderner Ordnungsbildung. Opladen: Leske und Budrich.
- HAUG, FRIGGA (1990). Erinnerungsarbeit. Hamburg: Argument-Verlag.
- HELLERICH, GERT und WHITE, DANIEL (2003). Die Postmoderne und der Wahnsinn. Die moderne Reduktion des Wahnsinns auf Krankheit. In: Psychologie & Gesellschaftskritik, 27. Jg., Heft 1, S. 7–22.

- HELLERICH, GERT (1985). *Homo therapeuticus: Der Mensch im Netz der Helfer*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- HELLERICH, GERT (1987). Sozialpsychiatrie. In: GRUBITZSCH, SIEGFRIED und REXILIUS, GÜNTER (Hg.): *Psychologische Grundbegriffe*. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 999–1003.
- HELLERICH, GERT (1999). Selbstsorge – die Lebensader des Selbsthilfeprojekts »Die Nachtschwärmer«. In: *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 23. Jg., Heft 1, S. 175–186.
- HERRIGER, NORBERT (1997). *Empowerment in der sozialen Arbeit*. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- JÄGER, SIEGFRIED (1999). *Kritische Diskursanalyse*. Eine Einführung. Duisburg: Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung.
- JERVIS, GIOVANNI (1975; 1978). *Kritisches Handbuch der Psychiatrie*. Frankfurt a.M.: Syndikat.
- KARDORFF, ERNST VON (1986). Klienten. In: REXILIUS, GÜNTER und GRUBITZSCH, SIEGFRIED (Hg.): *Psychologie. Theorien – Methoden – Arbeitsfelder*. Ein Grundkurs. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 121–143.
- KARDORFF, ERNST VON (1991). Goffmans Anregungen für soziologische Handlungsfelder. In: HETTLAGE, ROBERT und LENZ, KARL (Hg.): *Erving Goffman – ein soziologischer Klassiker der zweiten Generation*. Bern: UTB, S. 327–354.
- KARDORFF, ERNST VON (1995). 20 Jahre Psychiatriereform. Versuch einer Zwischenbilanz. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 27. Jg., Heft 4, S. 467–482.
- KEMPKER, KERSTIN (Hg.) (1998). *Flucht in die Wirklichkeit*. Das Berliner Weglaufhaus. Berlin: Antipsychiatrieverlag.
- KEUPP, HEINER (1984). Alternativen zum Ausschluss. Perspektiven einer Psychiatriereform noch einmal neu durchdacht. In: EISENBACH-STANGEL, IRMGARD und STANGL, WOLFGANG (Hg.): *Grenzen der Behandlung*. Soziale Kontrolle und Psychiatrie. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 33–41.
- KEUPP, HEINER (1987). *Psychosoziale Praxis im gesellschaftlichen Umbruch*. Sieben Essays. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- KEUPP, HEINER (1990). Psychosoziale Probleme aus sozialwissenschaftlicher Perspektive. In: THOM, ACHIM und WULFF, ERICH (Hg.): *Psychiatrie im Wandel*. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 76–95.
- KEUPP, HEINER (1993). Grundzüge einer reflexiven Sozialpsychologie. Postmoderne Perspektiven. In: KEUPP, HEINER (Hg.): *Zugänge zum Subjekt*. Perspektiven einer reflexiven Sozialpsychologie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 226–274.
- KEUPP, HEINER (1995). Bundesrepublikanische Psychiatriereform zwischen Realpolitik, Resignation und Utopie: diskutiert am Präventionsdiskurs. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 27. Jg., Heft 4, S. 483–502.
- KEUPP, HEINER (1995a). Gemeinsinn als Eigennutz? Gegen einen falschen Moralismus. In: *Journal für Psychologie*, 3. Jg., Heft 2, S. 7–22.

- KEUPP, HEINER (1996). Wer erzählt mir, wer ich bin? Identitätsofferten auf dem Markt der Narrationen. In: *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 20. Jg., Heft 4, S. 39–63.
- KEUPP, HEINER (1998). Sozialpsychiatrie. In: GRUBITZSCH, SIEGFRIED und WEBER, KLAUS (Hg.): *Psychologische Grundbegriffe. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rohwolt, 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. 7–15.
- KEUPP, HEINER (2000). Psychosoziales Handeln als Unterstützung von Identitätsarbeit im gesellschaftlichen Umbruch. In: HERMER, MATTHIAS (Hg.): *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Tübingen: dgvt, S. 311–330.
- KEUPP, HEINER (2002). Braucht eine Gesellschaft der Ichlinge Psychotherapie? Das Subjekt im globalisierten Netzwerkkapitalismus zwischen Selbstsorge und Pastoralmacht. In: *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 34. Jg., Heft 3, S. 561–579.
- KEUPP, HEINER (2003). Prioritäten der Sozialpsychiatrie im globalisierten Kapitalismus. In: *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 27. Jg., Heft 1, S. 23–44.
- KEUPP, HEINER; HÖFER, RENATE; JAIN, ANIL; KRAUS, WOLFGANG und STRAUS, FLORIAN (2000). Zum Formenwandel sozialer Landschaften in der reflexiven Moderne. Individualisierung und posttraditionale Ligaturen. In: *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 24. Jg., Heft 3–4, S. 11–34.
- KEUPP, HEINER; LENZ, ALBERT und STARK, WOLFGANG (2002). Entwicklungslinien der Empowerment-Perspektive in der Zivilgesellschaft. Ein Gespräch zwischen Heiner Keupp, Albert Lenz und Wolfgang Stark. In: LENZ, ALBERT und STARK, WOLFGANG (Hg.): *Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation*. Tübingen: dgvt, S. 77–99.
- KNUF, ANDREAS und SEIBERT, ULRICH (2000). Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- KNUF, ANDREAS (2000). Aufklärung und Informationsaustausch als Empowerment-Strategie. In: KNUF, ANDREAS und SEIBERT, ULRICH (2000). *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 45–56.
- KOBBÉ, ULRICH (2002). Trauma, Psychopathie und Politik. Zum biologistischen Retro der Psychopathologie. In: *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 26. Jg., Heft 4, S. 7–30.
- KRAUS, WOLFGANG (1996). Das erzählte Selbst. Die narrative Konstruktion von Identität in der Spätmoderne. Pfaffenweiler: Centaurus.
- KRAUS, WOLFGANG (1998). Narrative Psychologie. In: GRUBITZSCH, SIEGFRIED und WEBER, KLAUS (Hg.): *Psychologische Grundbegriffe. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rohwolt, S. 360–362.
- KROLL, BETTINA (1998). Mit Soteria auf Reformkurs. Ein Alternativprojekt bewegt die Akutpsychiatrie. Gütersloh: Jakob van Hoddis.

- LAING, RONALD D. (1960; 1980): *Das geteilte Selbst. Eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn.* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- 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.
- LEITHÄUSER, THOMAS und VOLMERG, BIRGIT (1988). *Psychoanalyse in der Sozialforschung: eine Einführung am Beispiel einer Sozialpsychologie der Arbeit.* Opladen: Westdeutscher Verlag.
- LEMKE, THOMAS (1999). Antwort auf eine Frage: Ist Foucaults »Geschichte der Wahrheit« eine wahre Geschichte? In: BUBLITZ, HANNELORE; BÜHRMANN, ANDREA; HANKE, CHRISTINE et al. (Hg.): *Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults.* Frankfurt a.M.: Campus, S. 177–193.
- LEMKE, THOMAS; KRASMANN, SUSANNE und BRÖCKLING, ULRICH (2000). Gouvernamentalität, Neoliberalismus und Selbsttechnologien. Eine Einleitung. In: BRÖCKLING, Ulrich; KRASMANN, SUSANNE und LEMKE, THOMAS (Hg.): *Gouvernamentalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 7–40.
- LENZ, ALBERT (2002). Empowerment und Ressourcenaktivierung – Perspektiven für die psychosoziale Praxis. In: LENZ, ALBERT und STARK, WOLFGANG (Hg.): *Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation.* Tübingen: dgvt, S. 13–54.
- MAHLER, MAGARET; PINE, FRED und BERGMANN, ANNI (1975; 1978). *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation.* Frankfurt a.M.: Fischer.
- MALINOWSKI, PETER, MÜNCH, ULRICH (1975). *Soziale Kontrolle. Soziologische Theoriebildung und ihr Bezug zur Praxis der sozialen Arbeit.* Darmstadt: Luchterhand.
- MAYER, EVA (2000). Nutzermitbestimmung in der psychiatrischen Arbeit – Patientenstärkung durch Teilhabe. In: KNUF, ANDREAS und SEIBERT, ULRICH: *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit.* Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 228–242.
- MENTZOS, STAVROS (1988). *Interpersonale und institutionalisierte Abwehr.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- MENTZOS, STAVROS (1992). *Psychose und Konflikt. Zur Theorie und Praxis der analytischen Psychotherapie psychotischer Störungen.* Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- MERTENS, WOLFGANG (1992). *Psychoanalyse.* Stuttgart: Kohlhammer.
- MILLER, TILLY und PANKOFER, SABINE (Hg.) (2000). *Empowerment konkret. Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis.* Stuttgart: Lucius und Lucius.
- MOSCOVICI, SERGE (1995). Geschichte und Aktualität sozialer Repräsentationen. In: FLICK, UWE (Hg.): *Psychologie des Sozialen. Repräsentationen in Wissen und Sprache.* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 266–314.

- MUSFELD, TAMARA (1997). Im Schatten der Weiblichkeit. Über die Fesselung weiblicher Kraft und Potenz durch das Tabu der Aggression. Tübingen: Edition diskord.
- MUSFELD, TAMARA (2001). Befremdende Begegnungen. Annäherung an Fremdheit in der psychosozialen Arbeit. In: *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 25. Jg., Heft 2–3, S. 7–31.
- MUSFELD, TAMARA (2003). Unbewusste Prozesse in Organisationen. Vortrag am 13.2.2003 im Evangelischen Zentralinstitut Berlin. Unveröffentlichtes Manuskript.
- MUTZ, GERHARD (1983). Sozialpolitik als soziale Kontrolle am Beispiel der psychosozialen Versorgung. München: Profil.
- OBERT, KLAUS (2001). Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze als Grundlage sozialpsychiatrischen Handelns: Ein Beitrag zur sozialpsychiatrischen Methodik am Beispiel eines Sozialpsychiatrischen Dienstes. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- PARIN, PAUL (1978; 1992). Der Widerspruch im Subjekt: ethnopsychoanalytische Studien. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt.
- PEFFERER-WOLF, HANS (1999). Der sozialpsychiatrische Habitus. Umriss einer Theorie der sozialen Psychiatrie. Frankfurt: Campus.
- PFEIFER-SCHAUPP, ULRICH (2002). Sozialpsychiatrische Beratung. Eine qualitative Untersuchung zur sozialen Arbeit im Kontext Sozialpsychiatrischer Dienste. In: *Zeitschrift für systemische Therapie*, 20. Jg., Heft 1, S. 29–39.
- POTTER, JONATHAN und WETHERELL, MARGARET (1995). Soziale Repräsentationen, Diskursanalyse und Rassismus. In: FLICK, UWE (Hg.): *Psychologie des Sozialen. Repräsentationen in Wissen und Sprache*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 177–199.
- QUINDEAU, ILKA (1999). Psychoanalytische Sicht auf Fremdheit: Fremde – Andere – Dritte. In: KIESEL, DORON et al. (Hg.): *Die Erfindung der Fremdheit: zur Kontroverse um Gleichheit und Differenz im Sozialstaat*. Frankfurt a.M.: Brandes und Apsel, S. 167–183.
- QUINDEL, RALF (2000). Außer Kontrolle. Foucaultsche Analyse und psychiatrische Praxis. In: *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 24. Jg., Heft 1, S. 9–30.
- QUINDEL, RALF (2001). Aus der Klinik in die Freiheit? Soziale Kontrolle in der Gemeindepsychiatrie. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, 21. Jg., Heft 4, S. 28–34.
- QUINDEL, RALF (2002). Psychosoziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle. In: LENZ, ALBERT und STARK, WOLFGANG (Hg.): *Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation*. Tübingen: dgvt, S. 129–138.
- QUINDEL, RALF und PANKOFER, SABINE (2000). Chancen, Risiken und Nebenwirkungen von Empowerment – die Frage nach der Macht. In: MILLER, TILLY und PANKOFER, SABINE (Hg.): *Empowerment konkret! Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis*. Stuttgart: Lucius und Lucius, S. 33–44.
- RAPPAPORT, JULIAN (1980; 1985). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Ein

- sozialpolitisches Konzept des »empowerment« anstelle präventiver Ansätze. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 17. Jg., Heft 2, S. 257–278.
- RAPPAPORT, JULIAN (1995). Empowerment meets narrative: listening to stories and creating stories. In: American Journal of Community Psychology, 23. Jg., Heft 5, S. 795–808.
- RIGER, STEPHANIE (1993). What's wrong with Empowerment. In: American Journal of Community Psychology, 21. Jg., Heft 3, S. 279–292.
- ROGERS, CARL R. (1951; 1972). Die klientenbezogene Gesprächstherapie. München: Kindler.
- ROMMELSPACHER, BIRGIT (1995). Dominanzkultur. Texte zu Fremdheit und Macht. Berlin: Orlanda Frauenverlag.
- ROMMELSPACHER, BIRGIT (1997). Identität und Macht. Zur Internalisierung von Diskriminierung und Dominanz. In: KEUPP, HEINER und HÖFER, RENATE (Hg.): Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 251–269.
- SCHÄTZLE, MARTIN (2003). Qualitätsmanagement als Bedrohung der Qualität. Werkstattbericht aus der QM-Arbeit in Behinderteninstitutionen. In: Psychologie & Gesellschaftskritik, 27. Jg., Heft 1, S. 57–66.
- SCHERR, ALBERT (1999). Die Konstruktion von Fremdheit in sozialen Prozessen. In: KIESEL, DORON et al. (Hg.): Die Erfindung der Fremdheit: zur Kontroverse um Gleichheit und Differenz im Sozialstaat. Frankfurt a. M.: Brandes und Apsel, S. 49–66.
- SCHMIDBAUER, WOLFGANG (1977; 1986). Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- SCHWEITZER, JOCHEN et al. (1991). Systemisches Arbeiten in Sozialpsychiatrischen Diensten. Bericht über ein Forschungsseminar. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 21. Jg., Heft 4, S. 12–19.
- SEIBERT, ULRICH (2000). Die »Nutzer-Orientierung« in der Psychiatrie – ein Paradigmenwechsel hin zum Empowerment? In: KNUF, ANDREAS und SEIBERT, ULRICH: Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 20–29.
- SEIBERT, ULRICH (2000 a). Konflikte ernst nehmen: Empowerment und Mediation im sozialen Umfeld. In: KNUF, ANDREAS und SEIBERT, ULRICH: Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie, S. 95–104.
- SEIBT, MATTHIAS (1997). Gewalt und Zwang in der Psychiatrie. In: EINK, MICHAEL (Hg.): Gewalttätige Psychiatrie: ein Streitbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 191–200.
- SEIDEL, RALF (1990). Der Einzelne und die Anderen. Psychiatrisches Handeln zwischen Selbstbestimmung und Zwang. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 20. Jg., Heft 4, S. 8–14.
- SENNETT, RICHARD (1998; 1999). Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin: Berlin-Verlag.

- SIEMEN, HANS-LUDWIG (2002). Gemeindepsychiatrischer Verbund in der Stadt Nürnberg. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Erlangen. Verfügbar unter: [www.stmas.bayern.de/behinderte/politik/gutachten-n.htm](http://www.stmas.bayern.de/behinderte/politik/gutachten-n.htm). [18.9.2003].
- SIGEL, HANNA; BERGER, HEINRICH und SCHIRMER, ULLA (1993). Von Träumen und Traumata – die Entstehung der Münchner Sozialpsychiatrischen Dienste als Teil der deutschen Psychiatriereform. In: BERGER, HEINRICH und SCHIRMER, ULLA (Hg.): Sozialpsychiatrische Dienste. Entwicklung, Konzepte, Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 62–84.
- Soziale Psychiatrie (1998). Dir werd' ich helfen! Zwang und Gewalt in der Psychiatrie. 22. Jg., Heft 1.
- Sozialpsychiatrische Informationen (1990). Gewalt in der Psychiatrie. 20. Jg., Heft 4.
- STARK, WOLFGANG (1996). Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- STERN, DANIEL (1985; 1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.
- STÖCKLE, TINA (1993). Die Irrenoffensive. Möglichkeiten und Grenzen antipsychiatrischer Selbsthilfe. In: KEMPKER, KERSTIN und LEHMANN, PETER (Hg.): Statt Psychiatrie. Berlin: Antipsychiatrieverlag, S. 329–364.
- THOM, ACHIM und WULFF, ERICH (Hg.) (1990). Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- TROTHA, THILO VON (2001). Unterwegs zu alten Fragen. Die neue Antipsychiatrie. In: Zeitschrift für systemische Therapie, 19. Jg., Heft 4, S. 20–210.
- VOELZKE, WOLFGANG (1998). Selbstorganisation und gemeinsame Selbsthilfe. In: BOCK, THOMAS und WEIGAND, HILDEGARD (Hg.): Handwerksbuch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 259–279.
- VOGT, IRMGARD (1991). Frauen und psychische Störungen. In: HÖRMANN, GEORG und KÖRNER, WILHELM (Hg.): Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 280–301.
- WEBER, KLAUS (1998). Kulturelle Differenz und Geschlecht als Dimensionen sozialpsychiatrischer Arbeit. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 28. Jg, Nr. 2, S. 21–28.
- WEIß, BRIGITTE (1998). »Nicht der Weißheit letzter Schluss«. Behandlungsvereinbarungen – eine kritische Betrachtung. In: Soziale Psychiatrie, 22. Jg., Heft 2, S. 14–16.
- WIENAND, ULRICH (1987). Antipsychiatrie. In: GRUBITZSCH, SIEGFRIED und REXILIUS, GÜNTER (Hg.): Psychologische Grundbegriffe. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 76–81.
- WIENBERG, GÜNTHER (1997). Gewaltfreie Psychiatrie – eine Fiktion. Begriffliches und Grundsätzliches zum Problem der Gewalt in der Psychiatrie. In: EINK, MICHAEL (Hg.): Gewalttätige Psychiatrie: ein Streitbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 14–28.

- WOLLSCHLÄGER, MARTIN (2003). Ein richtiges Leben im falschen kann es nicht geben. Warum Reformen vieles verbessern, aber selten zu wirklich neuen Qualitäten führen: ein reflexiver Erfahrungsbericht. In: *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 27. Jg., Heft 1, S. 45–57.
- ZUREK, ADAM (1991). Gemeindepsychologie. In: HÖRMANN, GEORG und KÖRNER, WILHELM (Hg.): *Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 235–258.

# Anhang

## Interviewpartner/innen für ein sozialpsychiatrisches Forschungsprojekt gesucht

Sehr geehrte Damen und Herren,

Zunächst möchte ich mich Ihnen kurz vorstellen: Ich bin 34 Jahre alt, unterrichte Psychologie an einer Berufsfachschule und arbeite an einer Promotion im Fach Psychologie bei Prof. Dr. Heiner Keupp in München. In meiner Doktorarbeit beschäftige ich mich mit dem Selbstverständnis der Professionellen im sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld.

Ich selbst habe drei Jahre in einem Sozialpsychiatrischen Dienst in München gearbeitet. Aus meinen Erfahrungen in dieser Zeit habe ich mein Forschungsthema entwickelt. Professionelle machen sich viele Gedanken über das Wohlergehen ihrer Klienten/innen, Fragen zur eigenen Zufriedenheit oder Unzufriedenheit haben wenig Platz im Berufsalltag. In meiner Arbeit soll der Blick nicht auf die Klienten/innen gerichtet werden, sondern auf folgende Fragen:

- Worin besteht die Motivation sozialpsychiatrisch Tätiger?
- Was trägt dazu bei die eigenen Ziele zu erreichen?
- Was macht Freude an der Arbeit?
- Was ist schwierig oder unangenehm?

Von meinen Interviewpartner/innen wurde die Möglichkeit für eine Stunde aus dem Berufsalltag auszusteigen und sich mithilfe eines Interviews mit der eigenen professionellen Haltung auseinander zu setzen durchweg als Bereicherung erlebt. Haben Sie auch Interesse sich mit diesen Fragen zu beschäftigen?

Das Interview wird etwa 60 Minuten dauern. Selbstverständlich werden Ihre Aussagen anonymisiert und vertraulich behandelt. Wenn möglich, würde ich das Interview gerne in Ihrer Arbeitsstelle machen. Wenn Sie Interesse haben, gebe ich Ihnen nach Abschluss meiner Forschungsarbeit eine Rückmeldung über die Ergebnisse. Bitte rufen Sie mich an, um einen Termin zu vereinbaren oder wenn Sie noch weitere Informationen benötigen.

Mit vielem Dank für Ihre freundliche Unterstützung,  
Ralf Quindel

## Leitfaden für das Interview

Einleitung: In meiner Dissertation beschäftige ich mich mit dem beruflichen Selbstverständnis von Menschen, die in sozialpsychiatrischen Einrichtungen arbeiten. Ich möchte Ihnen die Möglichkeit geben, aus Ihrer Sicht Ihre Arbeit zu beschreiben. Mich interessieren weniger die Fakten Ihrer Arbeit, sondern Ihre persönliche Sicht der Dinge. Sie können einfach erzählen, ich frage nach, wenn ich etwas nicht verstehe. Das Interview dauert ungefähr eine Stunde.

- 1) Als Erstes hätte ich gerne einen Einblick in Ihre Tätigkeit. Erzählen Sie, wie ein gewöhnlicher Arbeitstag bei Ihnen abläuft.
- 2) Erzählen Sie von einer Situation in Ihrer Arbeit, in der Sie jemandem gut helfen konnten, in der Sie mit Ihrer Arbeit zufrieden waren.
  - Was hat zum Gelingen Ihrer Arbeit in diesen Situationen beigetragen?
  - Was hat Schwierigkeiten bereitet?
  - Was ist das Ziel Ihrer Arbeit? Was wollen Sie erreichen?
  - Was bedeutet psychische Gesundheit für Sie?
- 3) Gibt es heikle Themen, Konflikte in Ihrer Beziehung mit den KlientInnen? Erzählen Sie davon!
  - Wie gehen Sie damit um?
  - Was hat zum Gelingen ihrer Arbeit in diesen Situationen beigetragen?
  - Was hat Schwierigkeiten bereitet?
- 4) Gibt es Situationen, in denen der Auftrag der Institution und die Bedürfnisse der KlientInnen in Widerspruch stehen? Erzählen Sie davon!
  - Wie gehen Sie damit um?
  - Was hat zum Gelingen Ihrer Arbeit in diesen Situationen beigetragen?
  - Was hat Schwierigkeiten bereitet?
- 5) Was macht Ihnen Spaß und Freude im Kontakt mit den KlientInnen?
- 6) Gibt es etwas, was Ihnen Angst macht im Kontakt mit den KlientInnen?,
- 7) Aus welcher Tradition psychosozialer Arbeit kommen Sie? Welche Zeitschriften, Gespräche, Fortbildungen nutzen Sie zum professionellen Austausch? Kennen Sie den Begriff »Empowerment«? Was verstehen Sie darunter?
- 8) Weshalb haben Sie sich die Arbeit in einem SpDi ausgesucht?
- 9) Was war für Sie besonders interessant an unserem Gespräch? Haben Sie noch Fragen?

## Danke

Ich danke *Heiner Keupp* für seine fachliche Unterstützung und Offenheit für alle meine Ideen, *Markus Fellner* und *Alexandra Holzer* für ihre freundschaftliche Hilfe (nicht nur) in Motivationskrisen, *Gerlinde Wouters* und *Ramona Zuehlke* für ihre Rückmeldungen, die meine Aufmerksamkeit für blinde Flecken geschärft haben, *Manfred Jehle* für seine kompetenten Informationen aus dem Feld der Sozialpsychiatrie, allen *TeilnehmerInnen des Kolloquiums* für die lebendigen Diskussionen, *Helga Bilden* für ihre pragmatischen Ratschläge, *Klaus Weber* und *Sabine Pankofer* für den Anstoß zu dieser Arbeit, *Anja Weiß* für die Unterstützung bei meiner Arbeitsplanung, *Andreas Ungerer* für sein offenes Ohr, *Hansfried* und *Ilse Quindel* für ihr Vertrauen und die finanzielle Unterstützung und *Tamara Musfeld* für die liebevolle Herausforderung in fachlicher sowie emotionaler Beziehung.

## Der Autor

Ralf Quindel, Dr. phil., geboren 1966, Diplom-Psychologe, Ausbildungen in Analytischer Gruppendynamik und Systemischer Therapie. Mehrjährige Tätigkeit an dem Sozialpsychiatrischen Dienst in München-Schwabing. Zurzeit freiberuflicher Psychotherapeut an der Erziehungsberatungsstelle Berlin-Lichtenberg und Vertretungsprofessor an der Fachhochschule Neubrandenburg (Fachbereich Soziale Arbeit).

## Forschung für die Praxis/Hochschulschriften

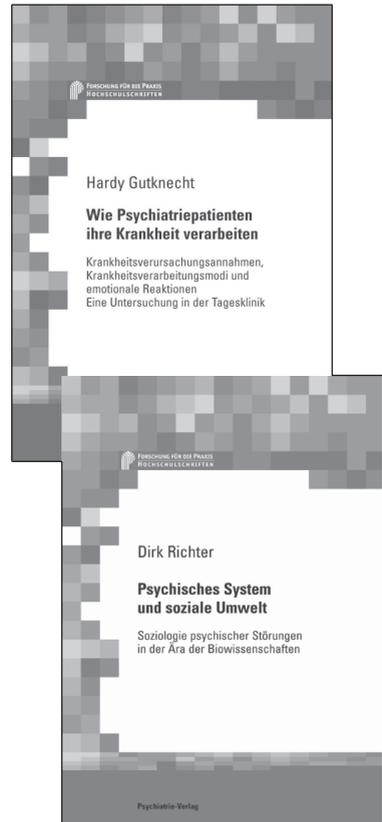
ist das Forum für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit spezifischen sozialpsychiatrischen Themen.

Mehrere der Bücher wurden bereits mit dem DGSP-Forschungspreis ausgezeichnet.

Alle Titel unter [www.psychiatrie.de/verlag](http://www.psychiatrie.de/verlag)

**HARDY GUTKNECHT**  
**WIE PSYCHIATRIEPATIENTEN IHRE KRANKHEIT VERARBEITEN**  
KRANKHEITSVERURSACHUNGSANNAHMEN,  
KRANKHEITSVERARBEITUNGSMODI UND  
EMOTIONALE REAKTIONEN.  
EINE UNTERSUCHUNG IN DER TAGESKLINIK  
ISBN 3-88414-366-2, 256 Seiten,  
32.00 Euro/55.60 sFr

Die Untersuchung von Hardy Gutknecht zeigt zum einen die Verlaufscharakteristika der Krankheitsverarbeitung und – als Konsequenz daraus – die Notwendigkeit einer patientenorientierten Therapie. Zum anderen bildet sie wichtige Charakteristika der tagesklinischen Behandlung ab und erbringt den Nachweis für erfolgreiche Veränderungen durch die tagesklinische Therapie. Sie ist somit auch ein Beitrag zur Prozess- und Outcome-Forschung.



DIRK RICHTER

PSYCHISCHES SYSTEM UND SOZIALE UMWELT

SOZIOLOGIE PSYCHISCHER STÖRUNGEN DER ÄRA DER BIEWISSENSCHAFTEN

ISBN 3-88414-351-4, 368 Seiten, 39.90 Euro/69.40 sFr

»Dieses Buch ist schon deshalb ein bedeutsames, weil es in einem Zeitraum von mindestens einem Jahrzehnt ein weitgehend singuläres Ereignis darstellt. Wer heute etwas über psychische Störungen und Gesellschaft wissen oder zitieren möchte, wird sich Richters Buch zur Hand nehmen und darin mit hoher Wahrscheinlichkeit finden, was er sucht.« *Tilman Steinert, Krankenhauspsychiatrie*

BÄR/DOMINGO/AMSLER

DISKRIMINIERT

GESPRÄCHE MIT PSYCHISCH KRANKEN MENSCHEN UND ANGEHÖRIGEN ZUR

QUALITÄT DES LEBENS; DARSTELLUNG, AUSWERTUNG, KONSEQUENZEN.

ISBN 3-88414-344-1, 480 Seiten, 39.90 Euro/69.40 sFr

»*Diskriminiert* ist eine Studie, mit der sich im Grunde jeder psychiatrisch Tätige beschäftigen sollte. Denn sie spricht mit den betroffenen Menschen, weniger über sie. Und sie erteilt eine klare Absage an das Motto: ›Wir Professionellen wissen gut, was für die Betroffenen nötig ist.‹ Verdienst dieser Studie ist auch die Authentizität und Ehrlichkeit, mit denen der Alltag und das Erleben betroffener Menschen beschrieben wurden.« *Christoph Müller, Psychiatrische Pflege heute*

GABRIELE NETTE

AUSGRENZUNG FINDET IM ALLTAG STATT

EINE ANALYSE SOZIALPSYCHIATRISCHER VERSORGUNG IM STADTLANDVERGLEICH

ISBN 3-88414-312-3, 144 Seiten, 36.00 Euro/62.10 sFr

Die Autorin untersucht die Folgen von Regionalisierung und Verlagerung der Versorgungsschwerpunkte aus der Anstalt in die Gemeinde. Sie konstatiert, dass die Definition von Abweichung und Normalität sowie die Entwicklung psychiatrischer Karrieren heutzutage in starkem Maße an alltagsweltliche Systeme gebunden sind. Der regionale Kontext des Handelns der Betroffenen, ihrer Familien und der Hilfeinstitutionen sollten deshalb verstärkt ins psychiatrische Blickfeld geraten.

KARIN-MARIA HOFFMANN  
ENTHOSPITALISIERUNG UND LEBENSQUALITÄT  
ISBN 3-88414-352-2, 252 Seiten, 29.90 Euro/52.20 sFr

»Eine Darstellung, die nicht an der Oberfläche verbleibt, sondern das Phänomen Lebensqualität psychisch kranker Menschen mit der notwendigen Tiefenschärfe untersucht. (...) Ein weiterer Vorzug besteht darin, dass das Konzept Lebensqualität wissenschaftstheoretisch reflektiert und verortet wird. Zudem bietet das Buch einen Überblick über die nationale und internationale Geschichte der Enthospitalisierung in der Psychiatrie und beschreibt die Versorgungssituation in Berlin in der ersten Hälfte der Neunziger Jahre.

Insgesamt stellt das Buch eine methodisch und inhaltlich wesentliche Bereicherung der psychiatrischen Lebensqualitätsliteratur dar und ragt aus der Menge diesbezüglicher Veröffentlichungen deutlich hervor. Es zu lesen, bedeutet einen Gewinn.« *H.J.Salize, ZI Mannheim*

KLAUS OBERT  
ALLTAGS- UND LEBENSWELTORIENTIERTE ANSÄTZE  
SOZIALPSYCHIATRISCHEN HANDELNS  
ISBN 3-88414-264-X, 440 Seiten, 36.00 Euro/62.10 sFr

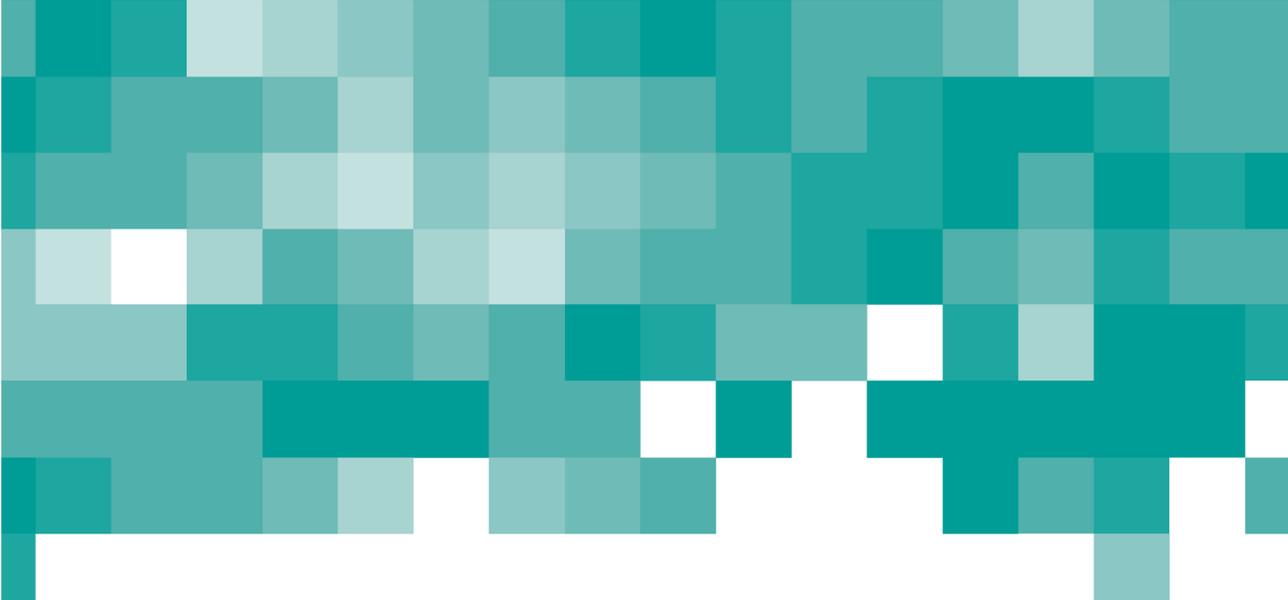
»Klaus Obert untersucht die Leistungsfähigkeit sozialpsychiatrischer Arbeit, indem er zuerst überprüft, ob und in welchem Umfang und anschließend wie ein sozialpsychiatrischer Dienst seine Ziele erreicht. (...) Ihre mit statistischen und qualitativen Instrumenten nachgewiesenen ›Erfolge‹ und die gute ›Qualität‹ ihrer Arbeit realisiert sie mit einem Set überprüfbarer Handlungsregeln und fachlicher Standards. Dieses Handlungskonzept und eine Reihe prägnanter Fachbegriffe sind die Antwort auf die Frage, wie gute sozialpsychiatrische Praxis ihre Ziele erreichen kann. Oberts Studie ist ein wichtiger Beitrag zur Erfolgsmessung, zur Weiterentwicklung der Fachsprache und der Theorie in der Sozialpsychiatrie.«

*Christa Widmaier-Berthold, Soziale Psychiatrie*

Psychiatrie-Verlag Bonn  
Thomas-Mann-Str. 49a, 53111 Bonn  
Tel.: 0228/72534-11  
Fax: 0228/72534-20  
mail: verlag@psychiatrie.de

DOI: 10.1486/9783884143797





Ralf Quindel untersucht, wie die Idee des Empowerment in dem Feld der Sozialpsychiatrie zu verwirklichen ist. Dazu befragte er SozialpädagogInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen nach deren Verständnis von sozialpsychiatrischer Praxis. In den Interviewauszügen zeigt sich nicht nur die professionelle Haltung, sondern auch, welche Rolle dabei medizinisches oder psychotherapeutisches Fachwissen spielt und welche ethischen oder politischen Utopien sie in ihrem Handeln verfolgen.

Die Analyse der professionellen Identitätsentwürfe ergibt ein vielfältiges Spektrum, das sich zwischen den Polen Hilfe und Kontrolle bewegt.

Empowerment, so das Ergebnis dieser Untersuchung, lebt von der Anerkennung der Andersartigkeit des Gegenübers. Die Befähigung zu dieser Anerkennung basiert auf der Vertrautheit mit den fremden Seiten der eigenen Person.