

MARGRET DÖRR

Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit – ein thematischer Problemaufriss

Die Etablierung des Begriffs „Sozialpsychiatrie“ in der BRD steht in enger Verbindung mit der studentischen Protestbewegung der 1960er Jahre, die im Zuge der kritischen Aufarbeitung des Holocaust ihr Brennglas – gemeinsam mit Betroffenen, ihren Angehörigen, unzufriedenen Kliniker/innen sowie engagierten Journalistinnen und Journalisten – auch auf die nach wie vor dominanten biologisch-psychiatrischen Denk-, Handlungs- und Beziehungsmuster richtete und die untragbaren und menschenunwürdigen Verhältnisse in der psychiatrischen Versorgung anprangerte (Dörner, 1969; Foucault, 1961; Basaglia, 1971). Dabei wurde sowohl die „totale Institution“ (Goffman, 1973) und damit die systematische Ausgliederung psychisch erkrankter Menschen in sozial randständige Institutionen, wie z. B. den Landeskrankenhäusern skandalisiert als auch der einseitig biochemische und neurophysiologische, symptom-orientierte Blick der Psychiatrie, der eng mit einer Vertechnisierung und Pharmakologisierung psychischer Probleme verzahnt war. Gefordert wurde eine radikale „De-Institutionalisierung“ etablierter Psychiatrien, womit der psychiatriekritische Diskurs die Befreiung der Betroffenen aus den leidbringenden institutionellen Einbindungen forderte und vehement für das Ziel eintrat, Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Gesellschaft zurückzuholen: Ziel dieser *sozialen Bewegung* war es, den psychisch erkrankten, marginalisierten Menschen auf sozialpolitischer Ebene Gehör zu verschaffen und ihre vollen Menschenrechte als Individuum zu erstreiten, damit auch sie als vollwertige Mitglieder eines Gemeinwesens an deren institutioneller Ordnung gleichberechtigt partizipieren können.

Damit veränderte sich auch der disziplinäre Blick auf psychiatrische Erkrankungen. Gegen den Mainstream eines klinisch-biologistischen, naturwissenschaftlichen Forschungs- und Erklärungsansatzes, stritten nun *sozialpsychiatrisch* ausgerichtete Kliniker/innen und Forscher/innen für den Einbezug der für sie zentralen Elemente im psychiatrischen Kontext: die soziale und psychische Realität der Patientinnen und Patienten – ihren Lebensgeschichten und/oder brandmarkten die wissenschaftlichen Diagnosen der Psychiatrie gar gänzlich als „pseudomedizinischen Mythos“ (Szasz, 1982) eines gesellschaftlichen Repressionsapparats, die sich zwar als wissenschaftlich begründete Aussagen gerierten, tatsächlich aber allein der Ausgrenzung gesellschaftlich „störender“ Personen dienlich seien.

Nachdem bereits in anderen europäischen Ländern sowie in den USA (Brückner, i. d. B.) eine engagierte Bewegung – z. B. die Antipsychiatrie (Basaglia, 1973) – in Gang gekommen war, leitet in den 1970er Jahren der Zwischen- und Endbericht der „Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zur Lage der Psychiatrie in der

Bundesrepublik“ (1973, 1975) auch in der Gesundheitspolitik der BRD eine Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung ein. Auf der Grundlage, dass eine soziale Gemeinschaft Verantwortung auch für die in ihr lebenden Menschen übernehmen müsse, folgt für ein sozialpsychiatrisches Denken konsequent, dass es eine Aufgabe der Gemeinschaft ist und bleiben muss, sich auch um das Wohlergehen und die Integration von psychisch erkrankter Menschen zu bemühen (z. B. Mosher; Hendrix; Fort, 1994). Getragen werden diese Integrationsanstrengungen von der Idee, dass psychisches Leiden kaum isolierbar ist von der sozialen Konstellation, in der es sich manifestiert. Entsprechend sollen psychische Störungen dort behandelt werden, wo sie entstehen und sichtbar werden, d. h. in der sozialen Umgebung der betroffenen Menschen und nicht in spezialisierten Institutionen oder gar hinter Anstaltsmauern (Misek-Schneider, 1999, S. 385 ff). Vor allem für die Gruppe chronisch psychisch erkrankter Menschen werden neue Formen der langfristigen Behandlung und zahlreiche neue (ambulante) Strukturen zu ihrer Begleitung geschaffen. Es entstehen gemeindenah die Tages- und Nachtkliniken, Tageszentren, Ambulatorien, Wohnheime, berufsrehabilitative Einrichtungen sowie eine Verzahnung zu psychosozialen gemeindenahen Einrichtungen (Stange, i. d. B.). Unter Einbezug moderner Psychopharmaka (die teilweise auch von engagierten Vertretern der sozialpsychiatrischen Bewegung – bspw. Finzen, 1974 – als wichtige Voraussetzung für die breite Umsetzung sozialpsychiatrischer Konzepte gelten) können nun mit Hilfe sozialpsychiatrischer Assistenz von Lebenspraxis, ehemals eindeutig klinikbedürftige Menschen in eigenen Wohnungen oder Wohnheimen leben. Angestrebt wird zudem eine Integration in mögliche Arbeitswelten.

Verallgemeinert lässt sich festhalten, dass sich im sozialpsychiatrischen Diskurs¹ seit den 1970er Jahren ein *bio-psycho-soziales* Gesundheitsverständnis etablierte, und nunmehr psychische Erkrankung nicht mehr nur als Ausdruck endogener psychopathologischer Phänomene begriffen, sondern explizit auch in ihren Verursachungen als Ausdruck sozialer und gesellschaftlicher Strukturen und Prozedierungen verstanden wird (Hanses, 2011; Wohlfart; Zaumseil, 2006).

Das „Soziale“ wird aber nicht nur zur zentralen Dimension der „Erklärung“ psychosozialer Problemlagen sondern zugleich zur Zielorientierung für eine „anwaltschaftliche“, professionelle Unterstützung von psychisch erkrankten Menschen: Durch die Integration der „Insassen“ der Psychiatrie in soziale Alltagswelten, soll eine weitgehend selbstbestimmte Lebenspraxis und damit die Würde des Menschen wieder hergestellt werden (Hanses, 2011; Obert, 2001).

¹ Zur Disziplinentwicklung der Sozialpsychiatrie zählen u. a. die psychiatrische Sozialepidemiologie einschließlich transkultureller Vergleiche sowie sozialwissenschaftliche Studien zum Einfluss von Lebensbedingungen und mitmenschliche Beziehungen auf psychische Gesundheit und Krankheit.

Gefährdungen sozialpsychiatrischer Denkweisen

Gleichwohl zeichnet sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte eine ungute Veränderung für die sozialpsychiatrische Szene ab. War schon in ihren Anfängen die Ausweitung der teilstationären und ambulanten Versorgung vor allem der für sie günstigen „*Nutzen-Kosten-Evaluation*“ (Ciompi, 1985) geschuldet, so wird der Ruf nach weiteren angeblich Kosten sparenden Maßnahmen deutlich lauter, auf den die biologisch einäugige Psychiatrie erneut bereitwillig als „Retterin“ reagiert, was einen tendenziellen Rückfall in das alte sozialdarwinistische psychiatrische (Selektions-)Denken nach sich zu ziehen droht. Indem die Pharma-Industrie Mittel verfügbar macht, mit denen Störungen und gestörtes Verhalten durch medikamentöse Beeinflussung rasch unterdrückt werden kann und dadurch für die Öffentlichkeit ‘beseitigt’ ist, wird in der neurobiologischen Psychiatrie, im Verbund mit der Pharmaindustrie, der Beleg für die therapeutische Wirkung der Psychopharmaka – mehr ideologisch fundiert als empirisch nachgewiesen – mit der Entdeckung von Transmittersystemen im ZNS in Zusammenhang gebracht. Dies „schien die Erklärung für die Wirksamkeit mancher seit Jahren eingesetzter Psychopharmaka zu bieten, deren Wirkungsmechanismen bis dahin nur vermutet werden konnten. Daraus wiederum schloss man – vor allem für psychiatrische und psychologische Mechanismen – auf einheitliche kausale Beziehungen zum Verhalten. Das Dopaminsystem wurde mit der Schizophrenie in Verbindung gebracht, das NA-System mit der Depression, die Endorphinsysteme mit der Sucht u. v. a. m. (...) Theorien dieser Art, in denen ein bestimmter Wirkstoff für die Entstehung einer komplexen, meist äußerst heterogenen Verhaltensstörung verantwortlich gemacht wurde, erwiesen sich in allen Fällen als unrichtig. Dies umso mehr, als bei allen psychiatrischen und psychologischen Störungen nichtneuronale Faktoren eine wesentliche Rolle spielen.“ (Birnbaumer; Schmidt, 1996, S. 475)

Psychopharmaka haben, als leicht handhabbares Manipulationsinstrument zur Unterdrückung von gestörtem und vor allem störenden Verhalten, wieder einen wachsenden, offenbar alternativlosen Stellenwert in der Erforschung und Behandlung von psychischen Erkrankungen, so dass sozialpsychiatrische Interventionen zunehmend als Anhängsel der neurobiologischen und -chemischen Behandlungsdoktrin betrachtet werden. Und dies, so Weinmann (2008), ohne hinreichend den Blick auf faktisch wenig erfolgversprechende (unabhängige) Langzeitstudien zu richten oder auch darauf, welche Rolle die Psychopharmaka bei ihren Verschreibern selbst haben, welche Bedeutung sie bei der Konstitution von psychiatrischen Diagnosen und welchen – eben auch negativen – Einfluss sie im Recovery-Prozess der Betroffenen haben (Amering; Schmolke, 2012).

Zudem sind zahlreiche Vertreter einer konsequenten Sozialpsychiatrie – so auch Finzen (2004, S. 47) – davon überzeugt, dass die Psychiatrie sich mit ihren derzeitigen a-theoretischen Diagnose-Systemen „verrannt“ habe. Er sieht in dieser Nosologie – durch das Abhaken von Symptomen zu einer Diagnose zu kommen (ebd.) – ein massives Hindernis für das forschende Nachdenken über psychische Erkrankungen.

Mit ihren Ambitionen zur Formulierung eines theoriefreien Diagnosesystems fördern die psychiatrischen Diagnostiker/innen geradezu die Reduktion auf die implizit enthaltene biomedizinische Perspektive (Wilson, 1993, S. 399 ff.). Damit aber werden wesentliche Dimensionen einer psychischen Erkrankung, gegenläufig zu den Anstrengungen einer Sozialpsychiatrie, erneut aus den Überlegungen der (natur)wissenschaftlichen Psychiatrie ausgesperrt. Des Weiteren setzt sich wieder zunehmend ein neurobiologisches Modell für psychische Störungen durch, das auf Entdeckungen auf dem Gebiet der neurobiologischen Korrelate von psychischen Störungen beruht. Seine vermeintliche Attraktivität beruht auf neuen bildgebenden Verfahren, die die Visualisierung der Funktionsweisen des Gehirns bei einer psychischen Störung ermöglichen (Estroff; Lachicotte; Illingworth; Johnston, 1997). Einzelne Funktionsstörungen werden hierbei herausgehoben und allein auf biologische Vorgänge zurückgeführt, so dass die Diagnostik (nach DSM IV oder ICD 10) exorbitante Ausmaße bekommt und zugleich „lehrbuchartigen Charakter annimmt“ (Zaumseil, Angermeyer 1997, S. 10). In der Zwischenzeit warnt gar der international renommierte Psychiater Allan Frances (2013) – ehemals als Ko-Autor an der DSM III und DSM IV Klassifizierung federführend beteiligt – sehr eindringlich vor einer Inflation der Diagnosen in der Psychiatrie und wirbt erbittert für „das Recht ‘normal’ zu sein“ (ebd.): Im DSM 5 – so seine Mahnung – werden z. B. auch alltägliche, zum Leben gehörende Sorgen und Leidenszustände (bspw. Trauer nach Verlust eines geliebten Menschen) als psychische Krankheiten diagnostiziert.

Auch die Ökonomisierung im Gesundheitsbereich zeitigt mit ihren derzeitigen Innovationen zur gesundheitlichen Sicherung erkennbare Auswirkungen auf die Sozialpsychiatrie.² Anstrengungen zur Optimierung von Organisationsprozessen durch Konzepte wie Disease- und Case-Management sind vor allem an Organisationsrationalitäten gebunden: „... die Orientierung an zeitlich, finanziell abgesteckter professioneller Dienstleistungen und die immer stärker werdende Zersplitterung von zuständigen Kostenträgern unterschiedlicher Maßnahmen mögen eine Optimierung gesundheitsbezogener Dienstleistungen suggerieren. Diese können auf eindeutigen Diagnosen, Behandlungskonzepten und Prognosen aufbauen. Den Herausforderungen und dem Konzept der Gemeindepsychiatrie entsprechen die unterschiedlichen Maßnahmen nicht.“ (Hanses, 2011, S. 465) Dörner sieht das größte Defizit darin, dass die ambulanten und stationären Angebote noch immer nicht hinreichend verzahnt sind und die Elemente des medizinischen und sozialen Teilsystems der Versorgung nicht zuletzt aufgrund unterschiedlicher Traditionen und Denkweisen oder gar

² Gegenwärtig findet – worauf Wienberg (2008) hinweist – eine Verlagerung finanzieller Ressourcen in medizinnahere Bereiche wie Psychosomatik, stationäre Psychotherapie und neurologische Versorgung statt. „Formen medizinischer Settings, die nicht nur kostenintensiv, sondern auch nur für eine spezielle Problemgruppe konzipiert sind. Hier handelt es sich vor allem um Konzepte klarer Problemdefinitionen, begrenzbarer therapeutischer Bearbeitung und eine Personengruppe, die immer noch über eine strukturierte Alltagswelt und der Kompetenz zur ‘Compliance’ verfügt.“ (Hanses, 2011, S. 465)

konkurrierender Eigeninteressen sich weiterhin „gegenseitig fremdgeblieben“ seien und konstatiert: „Die Sozialpsychiatrie ist nicht bis in die Lebenswelt jedes einzelnen Patienten durchgeschlagen, sie ist nicht hinreichend praktisch geworden.“ (Dörner, 2010)

Das Kranksein der Person wird offenbar wieder weitestgehend isoliert von seinen sozialen Bezügen gesehen: In teilstationären und ambulanten Einrichtungen werden z. B. vermehrt *einseitig* psychoedukative Techniken auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Grundlage oder Verhaltenstrainingsprogramme eingeführt und Soziotherapie wird zu einer verschreibungspflichtigen Behandlung für den Einzelnen verkürzt (Lütjen, i. d. B.): Der Blick auf die Verfasstheit des Sozialen, auf die gesellschaftlichen Verhältnisse und damit auf die sozialen Zumutungen in den Lebenslagen und Lebenswelten der psychisch erkrankten Menschen und/oder die Reflexion der Bedeutung von Kranksein als gesellschaftlich verfolgtes Devianzproblem droht zu verschwinden. Gerade diesen Veränderungen fallen etliche schwer erkrankte Menschen zum Opfer. Sie werden vermehrt als Schlecht- oder Nichtmotivierte aus solchen individualisierten Angeboten ausgegrenzt und/oder sie bleiben von sich aus fern und geraten durch ihre sogenannte „Mitarbeitsverweigerungen“ zusätzlich in den „Strudel“ einer ‘Drehtür-Psychiatrie’ und/oder fallen „in die Zone der sozialen Nichtexistenz“ (Castel, 2000).

Anmerkungen zur Verfasstheit des Sozialen

Soziale Teilhabe, Partizipation, Selbstbestimmung und autonome Praxen eigener Lebensgestaltung psychisch erkrankter Menschen markieren die zentrale anspruchsvolle Option der Sozialpsychiatrie, die im Begriff „Integration“ gebündelt ist. Verbunden ist damit der Anspruch, „gesellschaftliche Vorurteile gegenüber psychisch erkrankten Menschen abzubauen und Stigmatisierungen zu vermeiden.“ (Hanses, 2011, S. 464)

Und doch ist es gerade ‘das Soziale’ selbst, dass zu einer großen Herausforderung für die Sozialpsychiatrie und gleichlaufend auch für die Soziale Arbeit wird (ebd.): Denn, die sich derzeit potenzierende Dynamisierung gesellschaftlicher Verhältnisse (zwecks Kapitalakkumulation und -zirkulation) hat zu einer Beschleunigung des sozialen Wandels und damit zu einer rasanten Veränderung von Werten, Lebensstilen und Beziehungen in einer Weise geführt, dass systematisch gelingendes menschliches Leben erschwert, wenn nicht gar verunmöglicht wird (Rosa, 2005, S. 15). Gleichwohl wird der Einzelne in der westlichen Gesellschaft als Zurechnungspunkt seiner Lebensgeschichte vermehrt zur Verantwortung gezogen, was sich semantisch in der Zunahme des Gebrauchs des Präfix – „Selbst“-Management, „Selbst“-Optimierung, „Ich“-AG etc. (Bröckling, 2007) ausdrückt – dies aber, ohne sozialstrukturelle Problem der Freisetzung – im Sinne der sozialen Entbettung und des sozialen Ausgesetztseins (Giddens, 1995) zu thematisieren und die sozialstrukturellen, kultur-, milieuspezifischen und individuellen Voraussetzungen zur Ermöglichung von

‘Selbststeuerung’ und ‘Selbstkontrolle’ hinreichend zur Verfügung zu stellen. Stattdessen wird die/der Einzelne mit der Forderung konfrontiert, sich als biographisch flexibles, veränderungsbereites Subjekt zu präsentieren, um beruflich oder gesellschaftlich Erfolg haben zu können (Sennett, 1998; Neckel, 2000). Die mit der Individualisierung der gesellschaftlichen Verhältnisse einhergehenden Freiheitsgewinne aus traditionellen Bindungen führen dazu, dass das Subjekt zu einer unausgesetzten autonomen Biographiearbeit aufgefordert ist und dabei gleichzeitig von prekärer werdenden ökonomischen und sozialen Verhältnissen unter extreme Spannungen gesetzt und beständig von der Gefahr des Scheiterns bedroht wird (Günther, 2002): Wer über zu wenig oder gar keine materiellen Ressourcen verfügt, um die Lebens- und Arbeitsbedingungen selbst zu gestalten, wer aufgrund der Herkunft oder infolge nachteiliger Familienverhältnisse die psychischen Dispositionen der Selbstkontrolle und Selbststeuerung nur unzureichend auszubilden vermochte, wer infolge sozialer Marginalisierung oder sozialisationsbedingter Nachteile keinen oder nur wenig Zugang zu kulturellen Ressourcen für die Entwicklung eigener Lebensentwürfe und Handlungspläne hat, wer sich infolge von Anerkennungsdefiziten schnell kommunikativ entmutigen lässt, und nicht zuletzt, wer durch Krankheit, Alter und Armut daran gehindert ist, selbst über seine oder ihre Lebensverhältnisse zu entscheiden, dem wird die Aufforderung, eigene Initiative zu ergreifen und vom eigenen Können Gebrauch zu machen, unverständlich bleiben und überfordern (Günther, 2002, S. 119).

In diesen ambivalenten Konstellationen tritt aus Sicht der Subjekte die Frage nach der Handlungsfähigkeit in den Vordergrund (Böhnisch, 2005). Vor allem chronisch psychisch erkrankte Menschen stehen in Gefahr, dass sie mit der leidvollen Erfahrung einer psychischen Erkrankung „von der Zone der Integration in die Verwundbarkeit oder den Absturz aus dieser Zone in die gesellschaftlich Nichtexistenz“ (Castel, 2000, S. 14) wechseln (Wessel, i. d. B.). Nicht zuletzt durch die neoliberale gesellschaftlichen Entwicklungen, die insbesondere in den neuen Paradigmen – „Fordern und Fördern“ – der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik der BRD ihren Ausdruck finden, ist die Bereitwilligkeit zur Bereitstellung von sozialen Orten, in denen die Betroffenen auch Platz für ihre „Verrücktheiten“ und Eigenarten finden sollten, die gelebt werden können, ohne dass gleich therapeutisch/pädagogisch interveniert wird, deutlich begrenzt.

So lassen sich auch die bisher unzureichenden Integrationserfolge der Sozialpsychiatrie nicht allein als Ausdruck einer Krise der Sozialpsychiatrie verstehen, sondern als Spiegel für die Krise der Gesellschaft (Hanses, 2011, S. 466).

Anforderungen der Soziale Arbeit in der Sozialpsychiatrie

Die Disziplin und Profession Soziale Arbeit ist innerhalb der sozialstaatlichen Arrangements des Sozialen ein wesentlicher Teil des institutionalisierten Versprechens sozialer Integration (Kessl, 2005, S. 30). Als Instrument der Sozialpolitik ist sie in

der Lebenswelt (und nicht in der Ökonomie) verortet und „bearbeitet soziale Konflikte und ihre psycho-sozialen Auswirkungen aus der Perspektive und im Mikrokosmos der individuellen Lebensbereiche.“ (Böhnisch, 1982, S. 67) Demgemäß stellt bereits 1975 der Bericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages fest: „Es gibt heute keinen Bereich der psychiatrischen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter mehr, für den nicht die Mitarbeit von Sozialpädagogen und Sozialarbeitern zweckmäßig ist und gefordert wird.“ Und in der Empfehlung der Expertenkommission 1988 heißt es: „Sozialarbeiter/Sozialpädagogen bringen gerade auch für den gemeindebezogenen, interdisziplinären Versorgungsansatz wichtige Grundvoraussetzungen bereits mit. Sie haben es gelernt ‘ihre Klienten’ in der Vielfältigkeit ihrer sozialen Bezüge wahrzunehmen und in die Interpretation persönlichen Verhaltens problemproduzierende Lebens- und Arbeitsbedingungen miteinzubeziehen. Die Verknüpfung struktureller Bedingungen und psychosozialer Konstellationen ist ein zentraler Bereich in der Beratungstätigkeit des Sozialarbeiters.“ (zit. n. Terbuyken, 1997, S. 40)

Entsprechend formulieren Böhnisch, Schröer und Thiersch (2005, S. 125): „Lebensweltlich verstandene Hilfen zur Bewältigung als Kern der Sozialpädagogik und Sozialarbeit können *nicht in ein enges personenzentriertes Korsett* gefasst werden, sondern müssen als hilfgenerierendes Modell anerkannt werden, dessen Durchsetzung und Gestaltung *nicht ohne sozialpolitische Entsprechung* möglich ist.“³ (Obert, i. d. B.)

Nun hat Soziale Arbeit in der Sozialpsychiatrie insbesondere mit dem Umstand des Ausschlusses von Menschen – aus vielfältigen Gründen (Karbon; Türk, i. d. B.) – von den Möglichkeiten einer selbstbestimmten Lebensführung zu tun, die im Zuge rasanter Modernisierungsprozesse und der damit verbundenen Entstandardisierung von Lebenslagen, der Individualisierung von Lebensformen und nicht zuletzt in Folge dieses veränderten sozialpolitischen Leitbildes, zunehmend komplizierter wird.

Aber welche Möglichkeiten der Begleitung, Unterstützung und Beratung kann die Profession Sozialer Arbeit psychisch erkrankten Menschen eröffnen angesichts der Tatsache, dass die Fachkräfte und ihre psychisch erkrankten Adressatinnen und Adressaten gleichermaßen mit den Veränderungen der Verfasstheit des Sozialen, der neoliberalen Sozialpolitik, mit Diskursen, die einseitig auf Empowerment der Betroffenen zielen und zugleich mit hegemonialen biomedizinischen und psychologischen Diskursen zu psychischen Störungen konfrontiert sind, die sie gar selber inkorporiert haben? So muss in Bedacht bleiben, dass diese Diskurse für die Akteure, also z. B. die Frage, was ‘normal’ ist bzw. was als ‘normal’ gilt, als Hintergrundannahmen fungieren, als Ordnungsstrukturen, die stillschweigend, selbstverständlich in Handlungen

³ In diesem Zusammenhang ist immer auch die Ressourcenorientierung Sozialer Arbeit zu verstehen, die sich nicht auf die Aktivierung persönlicher Ressourcen der Zielgruppe beschränkt sondern bestrebt ist, infrastrukturelle und sozialrechtliche Hilfen zu vermitteln und unterstützende Vernetzungen in der Lebenswelt (einschließlich zivilgesellschaftlicher Initiativen) zu implementieren.

(einschließlich der Rede) immer wieder neu hervorgebracht und damit bestätigt werden.

Was bedeutet es daher, wenn derzeit – nur scheinbar im Rahmen traditioneller Aufgabenbestimmung Sozialer Arbeit – von ‘Aktivierung’, ‘Stärkung der Selbstverantwortungskräfte’, ‘Empowerment’, ‘Hilfe zur Selbsthilfe’ etc. die Rede ist? Augenscheinlich werden mit der fortwährend realer werdenden Durchsetzung einer „aktivierenden Sozialpolitik“ diese Bestimmungen Sozialer Arbeit in einen veränderten Zusammenhang gestellt: Soziale Arbeit als Aktivierung ist „nicht länger als generelle Unterstützung der Lebensbewältigung zu verstehen, sondern als Verlängerung des sozialstaatlichen Ziels der Investition in diejenigen, die einen produktiven Beitrag zum ‘Gemeinwohl’ beizutragen haben.“ (Dahme; Wohlfahrt, 2005, S. 15) Dies impliziert die Forderung, dass auch Soziale Arbeit sich gegen bestimmte Weisen der Lebensbewältigung wenden muss, und damit eben gegen jene Lebensstile und Lebensweisen von Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung oft nicht (mehr) zu einem „produktiven“ Beitrag zum Gemeinwohl beizutragen in der Lage sind. In diesem Sinn konstatieren auch Dahme und Wohlfahrt (2005, S. 15), dass sich eine „investive Soziale Arbeit“ (...) in erster Linie als ein Problem sachgerechten Management dar[stellt], bei dem strukturelle Ursachen von Problemen oder die subjektive ‘Sinnhaftigkeit’, der Lebensführung keine besondere Rolle mehr spielen, da davon ausgegangen wird, dass einerseits Verhaltensweisen und Lebensstile zu einem nicht unerheblichen Teil Ursache von Problemlagen seien und andererseits auch leichter als die ‘Verhältnisse’ für Interventionsprogramme zugänglich sind.“

Nach wie vor wird in der Sozialpsychiatrie der „Selbsthilfe“ hinsichtlich der Rückgewinnung der Kontrolle über das eigene Leben, ein zentraler Rang eingeräumt. Wird dabei aber Selbsthilfe auf Selbstmanagement reduziert, ohne die je biografischen Sinnhorizonte der Adressatinnen und Adressaten und die sozialstrukturellen und lebensweltlichen Bedingungen in und mit denen sie leben hinreichend zu beachten, dann stellt sich die Frage, auf welcher Weise für psychisch erkrankte Menschen die Rede von „Teilhabe und Teilnahme“, „Recovery“ und/oder „Empowerment“ wirksam werden kann, und auch wie die Fachkräfte der Sozialen Arbeit daran beteiligt sind? (Schlichte, i. d. B.) Die Antwort von Dahme; Otto; Trube und Wohlfahrt (2003, S. 10) ist abschlägig: „Das neue, auf breiten gesellschaftlichen Konsens aufbauende Grundprinzip des aktivierenden Staates: Fordern, Fördern und bei Zielverfehlung fallen lassen, ist ohne ‘soziale Kontrolle’ und einen ‘punitiven Paternalismus’ nicht funktionsfähig“.⁴

⁴ Auch Bröckling (2007) macht in seinem Nachdenken über Subjektivierungsprozesse in neoliberalen Gesellschaften auf das Einbezogensein von Professionellen im Empowermentprozess aufmerksam, denn sie sind es, die über die symbolische Macht verfügen zu bestimmen, wer empowert werden soll. Unter Rekurs auf Foucaults Konzept der Gouvernamentalität – die Selbstführung der Subjekte wird von Experten angeleitet – formuliert er: „zu entscheiden, wer bemächtigt werden soll, ist ein Zeichen von Macht“ (2007, S. 193).

Folgen wir diesem deutlichen Fingerzeig auf das Spannungsverhältnis von Partizipation und Herrschaft, hat dies auch Folgen für ein kritisches Adressaten- und Hilfeverständnis in der Praxis Sozialer Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Soziale Arbeit (auch mit psychisch erkrankten Menschen) steht mit ihren Interventionen in Gefahr, zu disziplinierenden Technologien des Selbst zwecks „Herstellung“ von Mitarbeitsbereitschaft der Betroffenen zu greifen. Aber Formen der Beteiligung müssen vor dem Hintergrund vorhandener sozialpolitischer und institutioneller Rahmenbedingungen betrachtet werden. Eine aktive Beteiligung von psychisch erkrankten Menschen, die nicht auf „Und jetzt alle mitmachen!“ (Wagner, 2012) reduziert werden soll, bedarf der Öffnung von Zugängen zu Ressourcen, die nicht allein dem individuellen Zuwachs der Bereitschaft und Fähigkeit zum Selbstmanagement der Betroffenen zuzurechnen sind. Ein „sozialpädagogisches Denken in pragmatischer Absicht“ hat – worauf Michael Winkler (1988, S. 278 f.) eindringlich hinweist – grundsätzlich mit der Überlegung zu beginnen „wie ein Ort beschaffen sein muß, damit ein Subjekt als Subjekt an ihm leben und sich entwickeln kann, damit er auch als Lebensbedingung vom Subjekt kontrolliert wird.“

Dies gilt vor allem für jene Gruppe chronisch psychisch erkrankter Menschen, die verstärkt auf gesellschaftliche Antworten auf ihre Erkrankung treffen, durch die sie in ihren Gelegenheiten zur Erfahrung von Selbstwirksamkeit über ein erfolgreiches Handeln in der Alltagswelt; zur Erfahrung des Selbstwertes über Rückmeldungen durch signifikante andere sowie Erfahrungen der Selbst-Einbindung über eine Integration in eine größere Gemeinschaft erheblich eingeschränkt sind und werden (Siegrist, 1997, 102 f.). Sie erfahren Diskriminierungs- und Ausgrenzungspraktiken mit weitreichenden Konsequenzen. Diese Ausgrenzungen sind keineswegs nur ökonomisch zu fassen sondern wie oben bereits hervorgehoben, in gesellschaftlichen Ordnungs- Denk- und Handlungsmustern sedimentiert. Insofern lässt sich Chronizität bei psychisch erkrankten Menschen verstehen als Arrangements mit der Umgebung und mit sich selbst, die sich langfristig etabliert haben (Corin, 1997): Auf symbolischer Ebene gehen sie mit negativen Etikettierungen und Stigmatisierungen einher, was zum Verlust von Selbstwertgefühl und Zugehörigkeit der betroffenen Personen führen kann (Karl, 2005, S. 44). Mit einer psychiatrischen Diagnose scheiden sie oftmals aus dem Arbeitsmarkt mit der Einstufung „berufsunfähig“ aus, sie beziehen Rente oder ALG II und/oder erhalten im Rahmen des ICF⁵ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, die als integrierte Komplexleistungen in Rehabilitations-einrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) angeboten werden sollen (Behrens, i. d. B.), die aber weder ausreichend noch hinreichend vernetzt

⁵ Die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) versucht Krankheit im Hinblick auf die Person in allen psycho-sozialen Bezügen und unter Beachtung der Umfeld der Betroffenen zu verstehen. Der Hinweis auf negative Stigmatisierungsprozesse ist nicht als Missachtung der positiven Neuerungen gegenüber des alten Modells ICIDH zu verstehen.

sind (Dörner 2010). Und zugleich sind sie mit normativen Erwartungen unserer Leistungsgesellschaft konfrontiert, mit Normen, die sie selber verinnerlicht haben und die das Selbstwertgefühl nachhaltig angreifen. Denn sie sind selbst „mit den Vorbehalten und Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken aufgewachsen [...], die unter ‘Normalen’ vorherrschen. Entsprechend entwickeln sie – und ihre Angehörigen – zwangsläufig eine Missbilligung ihrer selbst“ (Finzen, 2000, S. 34).

Folglich müssen „[D]ie notwendigen Suchbewegungen der Gemeindepsychiatrie (...) als widerspruchsvoll verstanden werden. Ein Entkoppeln zu den gesellschaftlichen Entwicklungen wird nicht möglich sein und ein Ringen um die Kontur eigener Zielorientierung jenseits von Individualisierung und Selbstoptimierung ist dagegen zwingend erforderlich.“ (Hanses, 2011, S. 466)

Die sozialen Reaktionsmuster auf Lebensprobleme und -krisen determinieren in entscheidendem Maße die Sozialgeschichte einer ‘Störung’. Sie stellen die gesellschaftlichen Kontingenzen dar, die einer Störung einen typischen „Karriereverlauf“ aufprägen, mit anderen Worten, eine negative Verlaufskurve produzieren (Elsoge, Sperb, i. d. B.). Und gerade weil psychisch Kranke und ihre Familien sinnhafte Bezüge zwischen Krankheitserfahrungen und ihrem Leben herstellen und auch ihr künftiges Handeln auf Grund dieser Bedeutungen ausrichten (Dörr, 2005, S. 15), müssen Subjektivität und Erfahrung als eigenständige Dimension in das wissenschaftliche und psychiatrische Wissen (re)integriert werden. Erforderlich ist dazu die Ausarbeitung einer eigenständigen subjekt- und biografietheoretischen Perspektive, in der Biografien als räumlich und zeitlich situierte Wissensobjekte betrachtet werden, in denen sich „die Verschränkung von Subjektkonstituierung und gesellschaftlicher Strukturierung in spezifischer Weise abzeichnet“ (Karl, 2005, S. 147). Mit dieser Betrachtungsweise können auch Prozesse von Erkrankung und Gesundung in ihrer Dialektik und Widersprüchlichkeit in den Blick geraten, wodurch für die Professionellen der Sozialen Arbeit die je konkrete, auf den Einzelfall bezogene, Frage relevant wird, „wie Veränderungen möglich ist und wie in benachteiligenden Lebenslagen Individuen als Akteure ihre Lebensverhältnisse beeinflussen können.“ (Karl, 2008, S. 60) Auch wenn (psychisch erkrankte) Menschen nicht jenseits von Macht-Wissens-Repräsentationssysteme (Foucault, 1978) zu denken sind, so sind sie nicht als völlig determiniert von Sozialstrukturen zu sehen. Als Akteure können sie die bestehenden Bedeutungsrelationen in widerständigen, gestaltenden und konstituierenden Praktiken verschieben und sich zu ihnen verhalten (Karl, 2005, S. 92). Doch trägt die Art und Weise, wie sich jemand in der Zeit und in den sozialen Raum hinein platzieren kann, ganz entscheidend dazu bei, ob die gegenwärtige psychosoziale Position schwer revidierbar festgeschrieben ist (also chronisch), oder ob biographische Modifikationen möglich werden (Dörr, 2005, S. 102; Leferink, 1997).

Aber obgleich das Konzept Biographie derzeit eine große alltagsrelevante und wissenschaftliche Aktualität besitzt, so verdeutlichen biographische Studien von

psychisch (und körperlich) erkrankten Menschen, dass die Praxis Sozialer Arbeit in institutionellen Kontexten noch immer viel zu wenig Wissen über die biographische Strukturiertheit von „Krankheitsbewältigung“ und „Lebensgestaltung“ hat (Hanses, 1996). Sie handelt dadurch mit ihren professionellen „Strategien“ oftmals an den Sinnressourcen ihrer Adressatinnen und Adressaten vorbei (Riemann, 1987; Hanses, 1996).⁶ Dies verweist auf die Dringlichkeit, die „Lebensgeschichten der Adressaten als Ort der Erkenntnis“ ernst zu nehmen und die besondere Art und Weise ihres ‚Blickes zur Welt‘, als ihre sozialkulturell mit hergestellte und dennoch ganz intime „Organisationsweise der Erfahrung“ (Hünersdorf, 2002) zu verstehen (Dörr, 2005, S. 102). Diese biographischen Äußerungen sind keineswegs nur als subjekte Befindlichkeiten zu lesen, sondern als Denk-, Gefühls- und Handlungsweisen sind sie als „Teil eines historisch-kulturellen Kontext“ zu betrachten, „der durch Ressourcen, Zugangschancen, Institutionen und symbolischen Ordnungen strukturiert ist“ (Karl, 2005, S. 75). Demzufolge geben biographische Selbstdarstellungen immer auch Aufschluss über die „Relationalität von Positionierungen im sozialen Raum“ und verweisen auf die unterschiedlichen Existenzbedingungen der Akteure und ihr Verhältnis zueinander (ebd.).

Um ihrem Anspruch der Sozialen Integration von psychisch erkrankten Menschen gerecht zu werden, muss sich die Sozialpsychiatrie konsequent als „gate-keeper“ (Jehle, 2007) von Verwirklichungschancen für die Betroffenen begreifen. Dazu hat sie auf eine Lebenslauf-Betrachtung statt Symptom-Bearbeitung, auf Subjekt- statt Leitlinienstandards und auf eine konsequente Beziehungsorientierung anstelle von Programm-Paketen und Hilfeplan-Formalisierung zu setzen (Haselmann, i. d. B.). Dies eröffnet die Chance, dass gemeindepsychiatrische Arrangements für psychisch erkrankte Menschen zu bedeutsamen Erfahrungsräumen werden können (Jehle, 2007).

Indem Soziale Arbeit mit Hilfe ihres methodisch-kontrollierten Blicks auf das lebensweltlich erzeugte sinn- und bedeutungsstrukturierte und -strukturierende Denken, Fühlen, Wollen und Handeln der Adressatinnen und Adressaten, eigene Antworten auf die soziale Frage nach dem Umgang mit Abweichung, Marginalisierung, Krankheitsbewältigung etc. aus der Singularität des einzelnen Falles (er)findet (Dörr, 2005; Hanses, 2010), sind sie aktiv an der Herstellung sozialkultureller Antwortmuster auf das „Soziale Problem“ – was tun mit psychisch erkrankten Menschen – beteiligt, die es sorgsam zu reflektieren gilt. Darin liegt ihre Verantwortung. Eine Verantwortung, die mit der Chance verbunden ist, ihre Herstellungspraxis von Hilfe- und Unterstützungssysteme zu überdenken bzw. zu überprüfen und so mit dazu beizutragen, bisher unbefriedigende gesellschaftliche Antworten auf psychische Erkrankung,

⁶ Empirische Untersuchungen (Corin, 1997; Estroff u. a., 1997) haben eindrücklich zeigen können, dass Chronizität dann beginnt, wenn der normalisierende Diskurs endet, oder wenn die Person glaubt, dass niemand mehr zuhört.

die sich in geronnene Ordnungsmuster materialisiert haben, zu verbessern bzw. nachhaltig zu verändern.

Zum vorliegenden Sammelband

Der vorliegende Band „Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit“ gibt einen Einblick in die derzeitige Verfasstheit des Handlungsfeldes Sozialpsychiatrie, das sich seit der Psychiatrie-Enquête zu einem interprofessionellen Feld entwickelt hat, in dem die Soziale Arbeit die größte Professionsgruppe darstellt. Im ersten Teil zeigen die Autoren *historische Entwicklungslinien, aktuelle Tendenzen sowie rechtliche Grundlagen der Sozialpsychiatrie* auf, die vor dem Hintergrund ihrer Bedeutung für eine Praxis Sozialer Arbeit ausgelotet werden.

Burkhard Brückner führt die Leserinnen und Leser informiert durch die „*Geschichte der psychiatrischen Sozialarbeit in Deutschland im 20. Jahrhundert*“ und erkundet dabei fachliche, institutionelle und sozialgeschichtliche Entwicklungsbedingungen der Fürsorge und der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Feld. Er zeigt auf, wie früh die Verknüpfung der „Irrenfrage“ mit der sozialen Frage bereits erste Keimformen der Sozialen Arbeit hervortrieb und wie diese extramuralen Modellversuche durch die hegemoniale medikale Logik des Anstaltssystems – grauenvoll verschärft während der NS-Zeit – wieder in den Hintergrund gedrängt wurden. Des Weiteren wirft er einen informierten Blick auf den Aufbau einer vernetzten multiprofessionellen Versorgungslandschaft im Zuge der Psychiatriereform, mit der die BRD Anschluss an dem internationalen Standard gewinnen konnte. Zwar ist die Soziale Arbeit derzeit ein integraler Baustein der psychosozialen Therapien bei schweren psychiatrischen Erkrankungen, dennoch sieht der Autor begründet die Notwendigkeit zur Ausweitung der Fachausbildung Sozialer Arbeit sowie einen hohen professionseigenen Forschungsbedarf.

In seinem Aufsatz „*Sozialpsychiatrie Heute und die Entwicklung der Sozialen Arbeit*“ fasst *Karl-Heinz Stange* wichtige Entwicklungstrends der Sozialpsychiatrie zusammen. Darin macht er auf „Erfolge“ der letzten 40 Jahre im sozialpsychiatrischen Feld aufmerksam, spart aber auch nicht mit einer dezidierten Darstellung von derzeitigen Fehl- und Rückentwicklungen in der Sozialpsychiatrie, die er in den Kontext gesellschaftlicher neoliberaler Modernisierungsprozesse platziert. In welcher Weise diese Entwicklungen auch die Aufgaben – mithin die Qualifikationsanforderungen – der Professionellen Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie nachhaltig beeinflussen, erläutert der Autor entlang der Illustration notwendiger System- und Beziehungskompetenzen, die allererst einen nicht-substituierbaren Handlungsbe- reich und -spielraum der Sozialen Arbeit in diesem Praxisfeld begründen, und den es im Kontext sozialpsychiatrischer Zielsetzungen forschungsbasiert zu verteidigen und weiter zu entwickeln gilt.

Klaus Obert umreißt in seinem Beitrag „*Alltags- und Lebenswelt orientiertes Sozialpsychiatrisches Handeln aus Sicht der Sozialen Arbeit*“ die gesellschaftskritischen

Leitlinien einer Lebenswelt orientierten Sozialen Arbeit, die sich dem bio-psycho-sozialen Paradigma in der sozialpsychiatrischen Praxis verpflichtet hat. Indem er zentrale alltagsorientierte Handlungsmaxime für eine fachliche Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen skizziert, die konsequent an dem jeweiligen Lebenssinn und Lebensentwurf der Betroffenen, an ihren Deutungen ihrer Verhältnisse sowie ihren lebensweltlichen Anstrengungen Raum, Zeit und soziale Bezüge zu gestalten orientiert sind, begründet er seine Sicht auf die therapeutische Dimension der Sozialen Arbeit. Eindringlich erinnert er daran, dass eine kritische alltagsorientierte Soziale Arbeit sich gleichermaßen auf individuelle wie auf gesellschaftliche Bedingungen zu beziehen hat und sich gegen die Gefahr zur Wehr setzen muss, Verhältnisse als unveränderbar hinzunehmen und nicht zur Diskussion zu stellen.

Über zentrale „*Rechtliche Grundlagen für die Soziale Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen*“ informiert *Christian Behrens*. Er zeigt auf, in welcher Weise das Recht eine Art Rahmen für das Handeln, wenngleich eine nicht immer „trennscharfe Grenze zwischen gebotener, zulässiger und unzulässiger Arbeit“, der Fachkräfte markiert und zugleich der Absicherung der Professionellen dient, die wissen müssen und sollten, was sie im Einzelfall (nicht) tun dürfen oder wie sie handeln müssen. Hintergrund seiner Ausführungen ist nicht zuletzt der mögliche Eingriffscharakter Sozialer Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, der sowohl das Einhalten von Verfahrensschritten als auch die Beachtung von Zuständigkeiten zur Wahrung der Rechte der Betroffenen erfordert. Neben einer Erläuterung grundlegender Begriffe wie „psychische Krankheit“ und „seelische Behinderung“ sowie der handlungsrelevanten Unterscheidung eines juristischen und eines medizinischen Krankheitsbegriffs gibt der Autor einen Überblick über diverse materielle und formelle Rechtsnormen, die die fachliche Praxis – auch Sozialer Arbeit – in der Sozialpsychiatrie regeln.

Die Beiträge des zweiten Teils des Bandes erörtern ausgewählte *konzeptionelle Gesichtspunkte und handlungslogische Spannungsfelder einer Praxis Sozialer Arbeit im sozialpsychiatrischen Feld*.

Sigrid Haselmann fragt in ihrem Beitrag „*Zur Diskussion der neuen Hilfeplanung mit Blick auf Praxiskulturen Sozialer Arbeit im Psychiatriebereich*“ nach den Fallstricken bei der Umsetzung des sog. Personenzentrierten Ansatzes (PZA) mit dem Arbeitsinstrument des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP). Diese werden von ihr auf der Folie von drei differenten Praxiskulturen im Hinblick auf mögliche (unheilvolle) Auswirkungen in der psychosozialen Praxis mit psychisch erkrankten Menschen dezidiert ausgedeutet. Dazu erinnert sie an alte Spannungsfelder in Denk- und Handlungsweisen der Psychiatrie, skizziert neue Kontroversen im Arbeitsfeld der (Sozial)Psychiatrie und umreißt Kontexte und Praxisparadigmen psychiatrisch-psychosozialer Arbeit. Des Weiteren nimmt sie wesentliche Grundsätze der subjektzentrierten und systemischen Handlungsansätze in der sozialpsychiatrischen Praxis in den Blick, vergleicht diese kritisch mit den Implikationen von PZA mit IBRP und formuliert, erfahrungsgesättigt, negative Folgen, die durch

diese Art von Hilfeplanung für das Klientel – aber auch für die Fachkräfte – entstehen.

In seinem Aufsatz *„Soziotherapie: individualisiert und ration(alis)iert“* resümiert Reinhard Lütjen einige bedeutende Gründe, die zu einer Verblässung und/oder Unklarheit eines Konzepts geführt haben, das zu Beginn der sozialpsychiatrischen Ära noch als ein Kernbestandteil der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen galt und zentral mit der Idee der Gestaltung eines förderlichen Milieus für die Betroffenen verbunden war. Mit seiner Skizzierung vergangener und aktueller Formen von Soziotherapie macht er in kritischer Weise die derzeitige Engführung und Technisierung dieses Konzepts anschaulich. Unter Bezug auf eine eigene Studie zur *„Lebensführung von Menschen in sozialpsychiatrischer Betreuung“* vermag er demgegenüber aufzuzeigen, wie unentbehrlich eine Soziotherapie im Sinne von Milieugestaltung für psychisch erkrankter Menschen weiterhin ist, wenn Wiederaneignung kommunikativer Fähigkeiten sowie die Rückgewinnung autonomer Lebenspraxis auch bei der weitgehenden Ambulantisierung der sozialpsychiatrischen Angebote in einer individualisierten Gesellschaft angestrebt werden soll.

Jessica Karbon und Ali Türk informieren analytisch stringent und fachlich gehaltvoll über *„Die Besonderheiten migrationspezifischer und kultursensibler rechtlicher Betreuungsarbeit am Beispiel des Betreuungsmanagements“*. Dazu skizzieren sie die rechtliche Betreuung als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit und explizieren relevante Informationen zur polydimensional heterogenen Gruppe der Migrantinnen und Migranten. Indem sie das methodische Vorgehen der rechtlichen Betreuung schrittweise erörtern, geben sie jeweils wertvolle Hinweise bezüglich der erforderlichen Berücksichtigung spezifischer – auch gendersensibler – Wissensbestände und Besonderheiten in der rechtlichen Betreuungsarbeit mit Migrantinnen und Migranten. Eindringlich verweisen sie nicht nur auf die Dringlichkeit, migrations- und kulturspezifische Kenntnisse und Fähigkeiten sowie Grundlagen einer ethischen Haltung zukünftig verpflichtend in die Ausbildung Sozialer Arbeit aufzunehmen und systematischer zu fördern, sondern mahnen den Ausbau migrationspezifischer Einrichtungen in der BRD sowie eine Forcierung von Forschung in diesem Handlungsfeld an.

Mit dem Titel *„Frischer Wind im Teamprozess“* fragt Gunda Schlichte nach dem Potenzial, wenn *„Psychisch erkrankte Menschen als ‚machtvolle Akteure‘ veränderte Anforderungen an Teamarbeit und Kooperation in der Sozialpsychiatrie“* stellen. Dazu wirft sie einen grundsätzlichen Blick auf die Notwendigkeit von multiprofessioneller Teamarbeit in sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern und stellt entlang wichtiger Teamziele dar, wie die Einbeziehung psychiatrieerfahrener „Peers“, als Genesungsbegleiter/innen, die einzelnen Teamphasen prozedieren und bereichern können. In einer eher erzählenden Weise führt sie die Leserschaft durch verschiedene Einwände, verweist auf Eigentümlichkeiten, macht auf Vorurteile, Ängste und Klippen aber auch eindrucklich auf die Leistungsfähigkeit aufmerksam, die in einer

gelingen der gemeinsamen Teamaufgabe von Genesungsbegleiter/innen und professionellen Fachkräften in der Betreuung und Begleitung von psychisch erkrankten Menschen liegen. Auf diese Weise fordert sie die Profession Soziale Arbeit heraus, sich zu diesem noch jungen Thema zu positionieren.

Mathias Elosge und Philipp Sperb nehmen in ihrem Beitrag „*Suizidale Krisen in der Sozialen Arbeit – Mögliche Auswege in (scheinbar) ausweglosen Situationen*“ ein weitgehend gesellschaftlich und fachlich tabuisiertes Thema auf. Zentrale Folie ihrer Überlegungen bildet ein elaborierter Krisenbegriff, der die Möglichkeit eröffnet, Suizidalität von Menschen als eine soziale Handlung in ihrer gesellschaftlichen, intersubjektiven, biografischen und psychodynamischen Vernetzung zu erfassen. Unter Rekurs auf Émile Durkheim, der mit seiner Studie zum ‘Selbstmord’ keineswegs an Erklärungskraft eingebüßt hat sowie mit Bezug auf psychodynamische Wissensbestände suchen sie nach (Teil)Antworten auf die Frage nach den vielschichtigen Bedingungskonstellationen, die der suizidalen Entfaltung einer Krise von Menschen förderlich sein können. Da ein Mensch in einer suizidalen Krise immer auch die Handlungsfähigkeit der Fachkraft berührt, verweisen sie schließlich auf institutionelle und individuelle Voraussetzungen sozialarbeiterischen Handelns, um auch für dieses Klientel zum ‚Dialogpartner‘ und ‚Hoffnungsträger‘ werden zu können.

„*Wohnungslose, psychisch und suchterkrankte Männer und Frauen*“ sind das Thema im Aufsatz von *Theo Wessel*. Darin erinnert er an die „vergessene Minderheit“ der Reformpsychiatrie der BRD, deren institutionelle Maßnahmen an der Randgruppe der Wohnsitzlosen weitgehend vorübergegangen waren. Ferner macht er auf den sozialwissenschaftlich orientierten Paradigmenwechsel in den Erklärungsmustern für Wohnungslosigkeit aufmerksam, der den Ausbau von ambulanten und stationären Einrichtungen in Gang setzte und weist unter Bezugnahme auf diverse Forschungsergebnisse auf bestehende Mängel in den nach wie vor fragmentierten Hilfesystemen hin. Vor allem die Aufspaltung der Versorgungsverantwortung hat für von psychiatrischer Komorbidität betroffenen wohnsitzlosen Menschen zusätzliche ausgrenzende und gesundheitsbedrohliche Auswirkungen. Angesichts dieser Situation fragt der Autor kritisch an, ob nicht die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe faktisch psychiatrische Einrichtungen seien, die die schwierigsten und kränksten Klientinnen und Klienten unter schlechten Bedingungen und begrenzten Ressourcen betreuen müssen?

Der den Band abschließende Beitrag von *Margret Dörr* greift drei zentrale *Leitperspektiven der Sozialen Arbeit* im Praxisfeld der Sozialpsychiatrie auf. Die Denk-, Handlungs- und Beziehungsmuster sind orientiert an *Biographie, Lebenswelt und Soziale Anerkennung*, womit zudem auf die Eigenständigkeit der Disziplin und Profession Sozialer Arbeit aufmerksam gemacht wird. Unter Rekurs auf die facettenreichen Überlegungen in diesem Band, die freilich nur einen kleinen Ausschnitt aus dem vielschichtigen Praxisfeld der Sozialpsychiatrie darstellen, soll noch einmal plausibilisiert werden, dass professionseigene Forschungs- und Handlungsorientierungen

nicht durch die Übernahme bio-medizinischer und klinisch psychiatrisch definierter „Problem“-Diskurse möglich ist, da die bio-psycho-sozialen Probleme der Klientel immer auch als gesellschaftliche Konstruktionen zu charakterisieren sind.

Literatur

- Amering, M.; Schmolke, M. (2012): *Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag, 5. überarb. Auflage.
- Basaglia F. (Hrsg.) (1971): *Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen*. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Birnbaumer, N.; Schmidt, R. F. (1996): *Biologische Psychologie*. Berlin: Springer, 3. Auflage.
- Böhnisch, L. (2005): *Lebensbewältigung*. Ein sozialpolitisch inspiriertes Paradigma für die Soziale Arbeit. In: Thole, W. (Hrsg.): *Grundriss Sozialer Arbeit*. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden: VS-Verlag, 199–214.
- Böhnisch, L. (1982): *Der Sozialstaat und seine Pädagogik*. Neuwied: Luchterhand.
- Böhnisch, L.; Schröer, W.; Thiersch, H. (2005): *Sozialpädagogisches Denken*. Wege zu einer Neubestimmung. Weinheim, München: Juventa.
- Bröckling, Ulrich (2007): *Das unternehmerische Selbst: Soziologie einer Subjektivierungsform*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Castel, R. (2000): *Die Metamorphose der sozialen Frage*. Konstanz: UVK.
- Ciampi, L. (Hrsg.) (1985): *Sozialpsychiatrische Lernfälle*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Corin, E. (1997): *Die Dichte des Seins*. Intentionale Welten, Identitätsstrategien und die Erfahrung von Personen mit der Diagnose Schizophrenie. In: Angermeyer, M./Zaumseil, M. (Hrsg.): *Verrückte Entwürfe: kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins*. Bonn: Edition Narrenschiff im Psychiatrie Verlag, 166–205.
- Dahme, H.-J.; Otto, H.-U.; Truhe, A.; Wohlfahrt, N. (2003): *Einleitung*. In: dies. (Hrsg.): *Soziale Arbeit für den aktivierenden Staat*. Opladen: Budrich & Leske, 9–13.
- Dahme, H.-J.; Wohlfahrt, N. (2005): *Sozialinstitutionen*. Zur Selektivität der neuen Sozialpolitik und den Folgen für die Soziale Arbeit. In: *Aktivierende Soziale Arbeit*. Theorie – Handlungsfelder – Praxis. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 6–29.
- Deutscher Bundestag (1973): *Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland*. Zwischenbericht der Sachverständigenkommission. (Unterrichtung durch die Bundesregierung, Drucksache 7/1124). Bonn: Heger.
- Deutscher Bundestag (1975): *Bericht über die Lage der Psychiatrie In der Bundesrepublik Deutschland*. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. (Unterrichtung durch die Bundesregierung, Drucksache 7/2004). Bonn: Heger.
- Dörner, K. (1969): *Bürger und Irre*. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt a. M.: EVA, 3. Auflage, 1995.
- Dörner, K. (2010): *Statement zur Vorstellung des NetzWerks psychische Gesundheit am 28. Januar 2010 in Berlin*. www.awolysis.de/fileadmin/user-upload/awolysis/download/statement_nwpg.pdf [letzter Aufruf 21. März 2014]
- Dörr, M. (2005): *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. München: Reinhardt UTB.
- Estroff, S. E./Lachicotte, W. S./Illingworth, L. C./Johston, A. 1997: „Jeder ist ein bißchen psychisch krank“. Die Krankheits- und Selbstdarstellungen von Menschen mit schweren, langwierigen psychischen Kranken. In: Angermeyer, M. C./Zaumseil, M. (Hrsg.): *Verrückte Entwürfe: kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins*. Bonn: Edition Narrenschiff im Psychiatrie Verlag, 1024–165.

- Finzen, A. (2004): Asmus Finzen im Gespräch. In: *Soziale Psychiatrie* 3, 44–47.
- Finzen, A. (2000). *Psychose und Stigma*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Finzen, A. (Hrsg.) (1974): Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. München.
- Foucault, M. (1961): *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1969.
- Foucault, M. (1978): Historisches Wissen der Kämpfe und Macht. In: Foucault, M.: *Dispositive der Macht*. Merve. Berlin, 55–74.
- Frances, F. (2013): *Normal: Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Köln: Dumont.
- Giddens, A. (1995): *Konsequenzen der Moderne*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Goffman, E. (1973): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und andere Insassen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Günther, K. (2002): Zwischen Ermächtigung und Disziplinierung. Verantwortung im gegenwärtigen Kapitalismus. In: Honneth, A. (Hrsg.): *Befreiung aus der Mündigkeit. Paradoxien des gegenwärtigen Kapitalismus*. Frankfurt a. M.: Campus, 117–140.
- Hanes, A. (1996): Epilepsie als biographische Konstruktion: Eine Analyse von Erkrankungs- und Gesundheitsprozessen anfallserkrankter Menschen anhand erzählter Lebensgeschichten.
- Hanes, A. (2010): Biographisches Wissen: heuristische Optionen im Spannungsfeld diskursiver und lokaler Wissensarten. In: Griese, B. (Hrsg.). *Subjekt-Identität-Person? – Reflexionen zur Biographieforschung*. Wiesbaden: VS-Verlag, 251–270.
- Hanes, A. (2011): Gemeindepsychiatrie und Soziale Arbeit. In: Otto, H. U.; Thiersch, H. (Hrsg.). *Handbuch Soziale Arbeit*. 4. Völlig neu bearbeitete Auflage. München, Basel: Reinhardt Verlag, 463–469.
- Hünersdorf, B. (2002): Der klinische Blick in der Medizin und erste Gedanken zur möglichen Übertragbarkeit auf die Klinische Sozialarbeit. In: Dörr, M. (Hrsg.): *Klinische Sozialarbeit. Zur Notwendigkeit einer Kontroverse*. Baltmannsweiler, 52–64
- Jehle, M. (2007): *Psychose und souveräne Lebensgestaltung. Erfahrungen langfristig Betroffener mit Gemeindepsychiatrie und Selbstsorge*. Psychiatrie Verlag (Bonn).
- Karl, U. (2008): Agency, Couvenenmentalität und Soziale Arbeit. In: Homfeldt, H.-G.; Schröer, W.; Schweppe, C. (Hrsg.): *Vom Adressaten zum Akteur. Soziale Arbeit und Agency*. Leverkusen, Opladen: Barbara Budrich, 59–80.
- Karl, U. (2005): *Zwischen/Räume. Eine empirisch-bildungstheoretische Studie zur ästhetischen und psychosozialen Praxis des Altentheaters*. Münster: Lit.
- Kessl, F. (2005): Soziale Arbeit als aktivierungspädagogischer Transformationsriemen. In: Dahme, H.-J.; Wohlfahrt, N. (Hrsg.): *Aktivierende Soziale Arbeit*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag, Hohengehren, 30–43.
- Leferink, K. (1997): Die Person und ihre Krankheit. „Mangelnde Einsicht“ als Identitätsstrategie bei Menschen mit chronischer Schizophrenie. In: Angermeyer, M. C./Zaumseil, M. (Hrsg.): *Verrückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins*. Bonn: Narrenschiff im Psychiatrie Verlag, 206–261.
- Misek-Schneider, K. (1999): Sozialpsychiatrisches Denken und Handeln und die gemeindenahe Versorgung psychisch kranker Menschen. In: Schwarzer, W.; Trost, A. (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe*. Dortmund: Borgmann, 379–404.
- Mosher, L. R.; Hendrix, V.; Fort, D. C. (1994): *Dabeisein – Das Manual zur Praxis in der Soteria*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Neckel, S. (2000): Identität als Ware. Die Marktwirtschaft im Sozialen. In: ders.: *Die Macht der Unterscheidung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 37–47.

- Obert, K. (2001): Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Riemann, G. (1987): Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München: Fink.
- Rosa, H. (2005): Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Sennett, R. (1998): Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin: Berlin Verlag.
- Siegrist, J. (1997³): Selbstregulation, Emotion und Gesundheit – Versuch einer sozialwissenschaftlichen Grundlegung. In: Lamprecht, F.; Johnen, R. (Hrsg.): Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Frankfurt a. M.: VAS, 99–108.
- Szasz, T. S. (1982): Der Mythos der Psychotherapie. Wien: Europaverlag.
- Terbuyken, G. (1997): Verstehen und Begleiten. Konzeptuelle Überlegungen zum Selbstverständnis von SozialarbeiterInnen in der Psychiatrie. *Soziale Arbeit*. 46. Jg., H. 2, 38–48.
- Wagner, Th. (2012): „Und jetzt alle mitmachen!“ Ein demokratie- und machttheoretischer Blick auf die Widersprüche und Voraussetzungen (politischer) Partizipation. *Widersprüche*, 32. Jg., H. 123, 15–38.
- Weinmann, St. (2008): Erfolgsmythos Psychopharmaka. Warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Wienberg, G. (2008): Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 38. Jg., H. 1, 2–13.
- Wilson, M. 1993: DSM III and the transformation of American Psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 150, 399–410.
- Winkler, M. (1988). Eine Theorie der Sozialpädagogik. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wohlfart, E.; Zaumseil, M. (Hrsg.) (2006): Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Springer: Heidelberg.
- Zaumseil, M. (1997): Modernisierung der Identität von psychisch Kranken. In: Zaumseil, M./Leferink, K. (Hrsg.): Schizophrenie in der Moderne. Modernisierung der Schizophrenie. Bonn: Psychiatrie Verlag, 145–200.
- Zaumseil, M.; Angermeyer, M. C. (1997): Einleitung. In: dies. (Hrsg.): Verrückte Entwürfe. Bonn: Edition Narrenschiff im Psychiatrie Verlag.