

## Verstehen und Begleiten

### Konzeptuelle Überlegungen zum Selbstverständnis von SozialarbeiterInnen in der Psychiatrie

- Gregor Terbuyken -

#### 1. Anstöße

##### 1.1 Studienreformdiskussion

Im Fachbereich Sozialwesen der Ev. Fachhochschule Hannover findet seit längerer Zeit eine kollegiale Diskussion um den Stand der Sozialarbeit als wissenschaftlicher Disziplin und den daraus folgenden Konsequenzen für die Lehre statt (vgl. Tillmann / v. Kietzell 1994). In diesem Diskussionsprozeß wurde immer wieder auch das Verhältnis der klassischen Zulieferwissenschaften - in meinem Fall der Psychologie - zum sozialarbeitswissenschaftlichen Kern zu bestimmen versucht. Dies ist sicher noch nicht beendet, aber es ist vielleicht schon möglich, am Thema *Sozialarbeit und Psychiatrie* zu versuchen, deutlich zu machen, wie Sozialarbeit als angewandte Sozial- und Gesellschaftswissenschaft ihren Standort im interdisziplinären Kreis der Disziplinen, die im Arbeitsfeld Psychiatrie zu finden sind, bestimmen kann, und welchen Beitrag die Psychologie als Zulieferin von Handwerkszeug dabei spielt.

##### 1.2 Selbstabwertung vs. neues Selbstbewußtsein

Ein Anstoß, mich näher mit dem Thema zu beschäftigen kommt aus der Beobachtung in vielen klinischen Einrichtungen, die ich in den letzten 25 Jahren gesehen habe: Es gibt oft eine größere Gruppe von SozialarbeiterInnen in der Einrichtung, die aber nicht als Gruppe kenntlich sind, und sich auch nicht die Machtposition, die sie in der Klinik einnehmen könnten, tatsächlich nehmen; immerhin sind die SozialarbeiterInnen eine Gruppe relativ hoher Stabilität (z.B. im Vergleich zu den Assistenzärzten) und in einer mittleren Position in der Hierarchie. Im Gegenteil ist immer wieder eine Tendenz zur Selbstabwertung zu beobachten, die auch von Sticher-Gil (1993, S. 6) beschrieben wird: " Es ist von großer Wichtigkeit ..., der tendenziellen Selbstabwertung des Faches, bzw. der Fachvertreter, die immer wieder anzutreffen ist, energisch entgegen zu treten."

##### 1.3 Professionelle Chamäleonexistenz

Auf dem Hintergrund dieser Tendenz wird auch das, was ich "Chamäleonexistenz" nennen möchte verständlich: Die in Institutionen und bei der Betreuung von BerufspraktikantInnen häufig beobachtete Anpassung von SozialarbeiterInnen an vorgegebene oder auch nur vermutete Rollen und Professionalitätsmuster - in Beratungsstellen psychotherapeutische, in Administrationen verwaltungsorientierte, in Kliniken medizinnahe, ... . Darauf bezieht sich wohl auch ein Argument von Banger u.a. (1994), wenn sie bei der Diskussion der Qualitätskontrolle klinischer Arbeit von Sozialarbeitern vermuten: "... daß auf Dauer auch eine Qualitätskontrolle erleichtert wird, so daß der Sozialarbeiter auch stärker ein Gefühl der eigenen Wirksamkeit bekommt" (S. 234). Und damit - kann man ergänzen - könnte er auch ein stärkeres professionelles Selbstbewußtsein erhalten, das ihn vor der Chamäleonexistenz schützt.

##### 1.4 Die Sackgasse des medizinischen Heilhilfsberufs

Dörner & Ploog (1996) schreiben in der Neuauflage ihres Klassikers *Irren ist menschlich* über Soziotherapie "Psychotherapie und Medizin können nur einen kleinen abgegrenzten Teil des Handelns in psychiatrischen Institutionen ausmachen; wesentliche Teile der Begegnung sind nicht im engeren Sinne therapeutisch sondern »normal«" (S. 516). Sie erwähnen die Sozialarbeiter als eine Gruppe, die sich dieser Normalität verpflichtet fühlen müßte, aber gar nicht (auch nicht in der von ihnen angegebene Literatur) und bleiben, obwohl sie die Wichtigkeit dieses Ansatzes betonen ("Soziotherapie ist die Basis !" S. 516) proklamatorisch verschwommen. Diese Basis ist ihnen 10 Seiten von 600 wert. Sozialarbeit als Fach muß diese Arbeit in und an der Normalität als ihren Zugang in theoretischer Fundierung und methodischer Diskussion selbst herstellen und darstellen (vgl. z.B. Wendt 1992). Die Sozialarbeit in der Psychiatrie wird sonst kaum aus ihrer Stellung als medizinischer Hilfsberuf herauskommen, der der Psychiater die Indikation für ihre Arbeit stellt, wie es z.B. in einem Forschungsbericht von Häfner-Ranabauer (1996) heißt: "Schließlich wird in einer dritten Arbeit über empirische Untersuchungen zur Indikationsstellung des Psychiaters für die Zuziehung eines Sozialarbeiters berichtet ..." (S. 21, Hervorhebung GT).

Hinweise dafür zu geben, daß Sozialarbeit gleichberechtigt mit dem Mediziner arbeiten kann und eine eigenständige Perspektive für die Arbeit und Indikation für Soziale Arbeit existiert, daß Sozialarbeit einen

eigenen theoriefundierten Zugang zu Kunden des psychiatrischen Systems hat, ist Ziel der vorliegenden Arbeit.

### **1.5 Selbstdarstellung vs. verschwiegene Bescheidenheit**

Die Zuwortmeldung der Sozialarbeit in psychiatriebezogener Literatur geschieht leider noch zu wenig - das Themenheft der SOZIALPSYCHIATRISCHEN INFORMATIONEN 1/88 war sicher ein Meilenstein, aber mit wenig Wirkung. Häufig ist die sozialarbeiterische Darstellung beschreibend und überläßt es dem Leser, theoretische Begründungen, Konzepte und Zielvorstellungen zu erschließen (z.B. Wagner/Groh 1992). Das wird auch bei Blanke (1995) so gesehen "Für die Sozialarbeit gilt, daß sie sich selbst in der Fachliteratur kaum geäußert hat. ... Die Sozialarbeit hat also bislang wenig dazu beigetragen, die eigene Tätigkeit zu reflektieren und zu begründen. Auch hat sie sich sehr zurückgehalten, die Qualität der eigenen Arbeit nach außen zu vermitteln. Von einer eigenständigen Theoriebildung ganz zu schweigen" (S. 7).

### **1.6 Vorschau auf die weiteren Überlegungen**

Im weiteren Text werde ich darauf hinweisen, daß der Sozialarbeit von Experten schon Kompetenz zugeschrieben wird, möchte ein paar theoretische sozialwissenschaftliche Orientierungen und ihre Beziehung zur aktuellen Diskussion um Sozialarbeitswissenschaft zeigen, auf psychologiefundiertes Handwerkszeug aufmerksam machen und sozialarbeitsnahe, gemeindepsychiatrische Überlegungen von Mosher vorstellen.

Überlegungen zum Verständnis und Umgang mit Menschen in schizophrenen, psychotischen Krisen werden häufig Bezüge für die Diskussion sein. Nichtsdestoweniger bezieht die Diskussion sich generell auf Möglichkeiten professionellen, sozialarbeiterischen Handelns mit Menschen in gravierenden psychischen Krisensituationen. Es wird dabei nicht unterschieden zwischen akuter und rehabilitativer Situation, da die Grundsätze des Verstehens und Begleitens prinzipiell für beide gelten.

## **2. Expertenkommissionen: Entwicklungsmöglichkeiten aus zugeschriebener Kompetenz**

Die Expertenkommission hat 1988 Vorstellung über sozialpsychiatrische Tätigkeit von SozialarbeiterInnen formuliert, die im Vergleich zur Stellungnahme in der ersten Enquete 1975 einen erheblichen Fortschritt darstellen. Leider ist das erstens kaum bekannt und zweitens in der Arbeit von Sozialarbeitern auch nicht recht deutlich: "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" (Empfehlungen 1988, S. 586/7).

Eine solche Bestimmung geht davon aus, daß Sozialarbeit verstanden werden soll als angewandte Sozialwissenschaft und Spezialistin für die Vielfalt und (bedrohliche) Unübersichtlichkeit des Alltags von Menschen in einschränkenden Lebenslagen, sie ist einer Integrationskultur verpflichtet.

Die Stellung der Sozialarbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund, wie sie von der niedersächsischen Fachkommission Psychiatrie beschrieben wird (Niedersächsisches Sozialministerium 1993, S. 40), greift diese Überlegungen auf und verdeutlicht die Rolle von Sozialarbeit als Case-Management (s. dazu auch Mosher & Burti 1992, S. 173) für die Koordination von patientenbezogenen Leistungen im rehabilitativen / komplementären Bereich, was im Kommentar von Beins (1995) deutlich wird: "... vermittelt einen Eindruck davon, daß die meisten Institutionen (im sozialpsychiatrischen Verbund, GT) mit sozialarbeiterischen Tätigkeiten in Verbindung zu bringen sind. ... Die Stärke der Sozialarbeit liegt in der Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung und in der Kompetenz zur professionellen Hilfe für die Klienten bei der Inanspruchnahme sozialer Dienste und Einrichtungen. Sozialarbeiter haben es gelernt, die Rechte und Ansprüche der Klienten zu erkennen und ihnen bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche zur Seite zu stehen ... Sie unterstützen damit die Klienten in ihrer Alltagsbewältigung, verhelfen zu Entwicklungsschritten und vermitteln den Klienten soziale Kompetenz" (S. 69/70).

Bei Beins (vgl. S. 67/68) finden wir auch einen Hinweis auf die unbegründete, nur machthematisch nachvollziehbare Dominanz der Klinik in der psychiatrischen Versorgung, wodurch die im psychiatrischen Bereich meist unsinnige Trennung zwischen Behandlung und Rehabilitation aufrechterhalten wird.

Test (1992) weist in ihrem ausführlichen, durch langjährige empirische Forschung gestützten Bericht über das *Training in Community Living (TCL)* ebenfalls darauf hin, daß die Trennung zwischen Behandlung und Rehabilitation nicht sinnvoll ist, da Symptome, psychosoziale Kompetenz und Lebenswelteinflüsse so miteinander verknüpft sind, daß nur eine kontinuierliche Betreuung durch ein Kernteam (Core Services Team), das Betroffene auch in ihrem Alltag aufsucht und bedürfnisorientiert an und im lebensweltlichen Kontext arbeitet, Klinikaufnahmen weitgehend verhindern und die Lebensqualität von Betroffenen auch in Krisenphasen erhalten kann.

Mosher hat im Rahmen seines Soteria-Konzeptes die weitgehende Nutzlosigkeit des klinischen Settings für Menschen mit psychischen Problemen dargestellt (vgl. Mosher, Hendrix & Fort 1992 / 1994, S. 11 ff.). In seinen gemeindepsychiatrischen Überlegungen weist er der Klinik nur noch einen bescheidenen Platz zu und schreibt z.B. "Trotz all dieser Probleme mit der Krankenhausbehandlung ist es aus historischen, politischen und ökonomischen, kulturellen und professionellen Gründen bisher nicht gelungen, die intime Verknüpfung von Verrücktheit und Krankenhaus zu lösen. Die Berufe der Psychiatrie sind mit der Gesellschaft einen Vertrag eingegangen, diese von besorgniserregenden Mitgliedern zu befreien." Eine Umsetzung der von der Expertenkommission der Sozialarbeit zugeschriebene und auch in anderen Arbeiten begründete führende Rolle für eine gemeindenahere psychosoziale Versorgung dürfte demnach nur gelingen, wenn die Sozialarbeit diese Ansätze aufgreift und verstärkt neben der Entwicklung entsprechender Arbeitsmöglichkeiten auch die sozial- und gesundheitspolitische Auseinandersetzung mit neuem Kompetenzbewußtsein angeht.

### 3. Theoretische Orientierungen

Aebli hat seine zusammenfassende Arbeit zum menschlichen Handeln überschrieben "Denken: Das Ordnen des Tuns" (1980). Das soll unsere Leitlinie für die Diskussion theoretischer Orientierungen sein. Die reflexive Konzeptualisierung von Situationen, das Verstehen (vgl. Terbuyken 1990; 1993) von Handlungsabläufen, die Planung auf Ziele hin, die Entscheidbarkeit von professionellen Interventionen setzt voraus, daß wir Denk-Instrumente (= Theorien) haben, die es uns ermöglichen, Wahrnehmungen zu strukturieren, in Beziehung zu setzen, darüber zu kommunizieren und Handlungsmöglichkeiten zu entfalten.

Nur verändertes Denken-Können von Praxis ermöglicht auch eine andere, neue Ordnung des Tuns und ist damit **eine** wesentliche Voraussetzung der Veränderung von Praxis - neben den tatsächlich gegebenen objektiven Möglichkeiten ... .

#### 3.1 Normalisierungskonzept

Aus der Behindertenpädagogik kennen wir den Ansatz des Normalisierungskonzepts, der Kriterien für eine gelingende Integration aufzeigt und Möglichkeiten der Analyse bietet, wie soziale Dienstleistungssysteme an der Abwertung und gesellschaftlichen Desintegration von Menschen beteiligt sind. In der BRD ist die Anwendung auf die Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen bisher wenig versucht worden. In Kanada und USA wurde das schon viel früher diskutiert und umgesetzt (vgl. Wolfensberger 1970, 1986).

Kurzgefaßt lassen sich die Ableitungen aus dem Normalisierungskonzept als Grundrechte von Betroffenen formulieren:

- Recht auf normalen Tages-, Wochen und Jahresablauf,
- Recht auf Förderung anstatt Verwahrung,
- Recht auf Differenzierung der Lebensbereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit,
- Recht auf selbständiges Wohnen als Erwachsener in einer selbstgewählten Lebensform in einer Gemeinschaft,
- Recht auf Beachtung eigener Wahlmöglichkeiten, Wünsche und Bedürfnisse,
- Recht auf Teilhabe an Bildung und Kultur,
- Recht auf Selbstbestimmung auch bei den notwendigen Hilfen (vgl. Ericsson 1986)

Diese Grundrechte orientieren sich daran, daß Menschen die handelnden und gestaltenden Subjekte ihrer Lebensverhältnisse sein können und sollen.

Eine Kritik am Normalisierungskonzept besteht darin, daß es ein von Angehörigen und engagierten Professionellen entwickeltes Konzept sei, das die Möglichkeit, daß Betroffene selbst Rechte und Selbstbestimmung einfordern könnten, zu wenig berücksichtige (vgl. Rüggeberg 1985, S. 59 ff). Diese Kritik aufgreifend formulieren wir, daß Sozialpsychiatrische Hilfen - im Gegensatz zur Ausgrenzungskultur (vgl. Flick 1993) herkömmlicher medizinisch diagnostischer Modelle - sich orientieren sollten an den Bedürfnissen und Möglichkeiten von Klienten als Subjekten ihres Entwicklungsprozesses. Unter gemeindepsychologischen Aspekten ist das an anderer Stelle so formuliert worden: "Als Maximalforderung ist daher aus den qualitativen Analysen abzuleiten, daß anstelle *eines* umfassenden, u.U. »geschlossenen« Versorgungskreislaufes *vielfältige* Strukturen treten sollten, welche die Vielfalt der Bedürfnisse psychisch Kranker berücksichtigen. Diese Strukturen sollten offene Systeme sein, die offen für die Bedürfnisse und die Individualität der von diesem System Betroffenen sowie für die Unterschiedlichkeit und die Entwicklung dieser Bedürfnisse sind. Sie sollten den Betroffenen eine Entscheidung sowohl für eine langfristige u.U. lebenslange Betreuung in einem die Autonomie möglichst wenig einschränkenden Setting als auch für eine Ablösung aus Teilsystemen bzw. aus der psychiatrischen Versorgung generell ermöglichen" (Steinhart 1993, S. 234).

Diese Orientierung entspricht Überlegungen zu einer Begründung Sozialer Arbeit als "Menschenrechtsprofession", wie z.B. bei Staub-Bernasconi (1995) vorgestellt. Sie zitiert im Anhang in Übersetzung "A Manual for Schools of Social Work and the Social Work Profession" der United

Nations/Centre for Human Rights. Dort heißt es: "19. Das Gewicht, das die Sozialarbeit von Berufs wegen auf die menschlichen Bedürfnisse legt, hat in ihr die Überzeugung gefestigt, daß wegen der grundlegenden Natur dieser Bedürfnisse ihre Befriedigung keine Sache des Beliebens, sondern ein Gebot fundamentaler Gerechtigkeit ist. So gelangt die Sozialarbeit dazu, die Menschenrechte als zweites organisierendes Prinzip ihres beruflichen Wirkens zu betrachten. Der Übergang von der Orientierung an Bedürfnissen zur Bekräftigung von Rechten wurde nötig angesichts der greifbaren materiellen Not, der begegnet werden muß. Ein substantielles Bedürfnis läßt sich in ein entsprechendes positives Recht übersetzen; der Leistungsanspruch, der aus diesem Recht folgt, läßt sich vom Staat oder auch von übergeordneten Instanzen einfordern" (S. 88).

### **3.2 Seelische Gesundheit**

Legewie (1986) hat in einem Forschungsprojekt zur Gemeindepsychologie zweieinhalb Jahre in einem Sanierungserwartungsgebiet in Berlin gewohnt und in Gesprächen und Interviews, die qualitativ ausgewertet wurden, versucht Alltagsbewältigung unter dem Gesichtspunkt seelischer Gesundheit zu erforschen. Ergänzend zu den oben formulierten Grundrechten lassen sich typische Entwicklungsaufgaben/Daseinsthemen (vgl. Legewie 1986, S. 299 ff) bestimmen, die in unserer Kultur jede(r) für sich bewältigen muß. Diese lassen sich nicht allgemein erfassen, sondern sie entwickeln sich aus dem biologisch, psychisch, sozial und ökonomisch bestimmten Rahmen, in dem individuelle Biografie konstruiert wird. Als Indikator für seelische Gesundheit läßt sich die produktive Bewältigung von Lebensthemen im Lebenslauf annehmen, die sich aus den altersspezifischen Anforderungen ergeben. Als Beispiele seien genannt:

- Entwicklung angemessener handlungsleitender Repräsentationen von Ich und Umwelt
- Balance zwischen Autonomie und Bezogenheit
- Frausein / Mannsein
- Ausgleich zwischen Triebimpulsen, Anforderungen der Realität und sozialen Normen
- Balance zwischen Anspruchsniveau und Möglichkeiten
- Integration existentieller Themen (Geburt, Sterben, Geschlechtlichkeit)
- Akzeptieren von und Umgehenkönnen mit Angst
- Integration körperlicher, emotionaler, intellektueller, sozialer und spiritueller Aspekte des Selbst
- Erlernen von Formen partnerschaftlich kommunikativen Zusammenlebens in den Bereichen Kooperation / Politik, Freundschaft, Erotik
- Auseinandersetzung mit individueller und kollektiver Sinnfindung (Wie will ich leben: Mittel, Ziele, Normen.)
- Wie stelle ich mich zu den Grundfragen religiöser Orientierung: Geschöpflichkeit, Endlichkeit, Transzendenz / Überindividualität
- Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln und dessen Resultate
- Umgehen können mit Konfliktsituationen in der Spanne zwischen Vermeidung und Durchsetzung

Der Verlust des Alltags und der Alltagskultur, der in der Regel bei institutioneller Unterbringung oder z.T. auch bei der Einbindung in psychosoziale Versorgungsnetze erfolgt, verhindert eher das Neu-Leben-Lernen in der Auseinandersetzung mit den genannten Entwicklungsaufgaben.

Ein sozialarbeiterischer Ansatz, der - biografisch orientiert und sozialwissenschaftlich fundiert - das Verstehen (vgl. Terbuyken 1990; Dewe & Scherr 1990) als zentrales Konzept beinhaltet, ist dagegen gut geeignet, Entwicklungsprozesse alltagsnah zu unterstützen und zu begleiten. Neben der notwendigen Beziehungsarbeit gehört dazu genauso wichtig das Herstellenkönnen sozialer Orte als Lernmöglichkeiten.

Verstehen wird dabei nicht als stellvertretende Deutungsarbeit begriffen, sondern als kommunikativer Verständigungs-Prozeß über eine gemeinsame Situation, die für die Betroffenen eine Problembewältigungs- und für die Professionellen ihre Arbeitssituation ist.

### **3.3 Teilhabeprozesse**

Legewie führt weiter aus (S. 321 ff), daß seelische Gesundheit genauso wichtig davon abhängt, daß ein Gemeinwesen jedem Bürger Basisressourcen garantiert, die ihm die Befriedigung seiner elementaren Bedürfnisse ermöglicht. In Anlehnung an Gasiet faßt er die Bedürfnisse in vier Gruppen zusammen:

- physiologische Bedürfnisse
- Bedürfnisse nach zwischenmenschlichen Beziehungen
- Bedürfnisse nach sozialer Anerkennung
- Bedürfnisse nach Sinnggebung

Die Befriedigung dieser Bedürfnisse gelingt umso eher - genauso wie die Bewältigung der oben genannten Entwicklungsaufgaben - je uneingeschränkter die Teilhabe von Individuen an gesellschaftlich produzierten gesundheitsbezogenen, psychischen, sozialen, gesellschaftlichen und kulturellen Ressourcen oder Errungenschaften möglich ist.

Staub-Bernasconi hat u.a. Sozialarbeit als die Disziplin bestimmt, die theoretisch das Gelingen oder Mißlingen von Teilhabeprozessen untersucht und praktisch Menschen Teilhabe ermöglicht, denen das

auf Grund sozialer (Ausgrenzungs-) Prozesse ganz oder teilweise vorenthalten ist. Diese Teilhabeprozesse, die eng mit Macht zur Verteilung sozialer Positionen zusammenhängen, lassen sich z.B. in folgender Weise kategorisieren (die biologische, artspezifische Ausstattung wird dabei als Basis, die es zu entwickeln gilt, vorausgesetzt):

- Körperliche Ausstattung: Gesundheitsvorsorge, Ernährung ...
- Sozialökonomische und sozialökologische Ausstattung: Bildung, Arbeit, Einkommen, Vermögen, soziale Absicherung, Infrastruktur, Kulturgüter, Mobilität
- Ausstattung mit Erkenntnis Kompetenzen: Fühlen, Lernen, Planen, Bewerten, Reflexion; Zugang zu Informationssystemen; Bilder und Theorien über andere Menschen und Gesellschaften, über Gesellschaft, Natur und Religion(en)
- Ausstattung mit Handlungskompetenz und Handlungsmöglichkeiten für soziales und politisches Handeln
- Ausstattung mit verschiedenartigen, zugeschriebenen sowie frei gewählten, informellen und formellen sozialen Beziehungen und Mitgliedschaften (nach Staub-Bernasconi 1994).

Psychische Gesundheit wird demnach eher ermöglicht, wenn Menschen selbstreflexiv handelnde und fühlende Subjekte sein können, die sozial integriert ihre lebensweltliche und gesellschaftliche Situation verstehen und in frei gewählten Gruppen mit anderen beeinflussen können. Das ist umso eher zu realisieren, je mehr eine Gesellschaft faire, konsensorientierte Begrenzungsregeln im Zusammenhang mit der Verteilung von Ressourcen und sozialen Positionen erarbeitet (hat), die nicht sozial selektiv und privilegierend als Behinderungsregeln zugunsten bestimmter Klassen oder Schichten fungieren (s. Staub-Bernasconi 1994).

Ressourcenerschließung setzt voraus, daß SozialarbeiterInnen die Ressourcen kennen, die verrechtlichten Wege zu ihrer Erschließung beherrschen und sie mit Klienten auch erarbeiten können. Sie schließt aber auch eine institutionsbezogene Interventionskompetenz zur Veränderung von Zugangswegen und Bereitstellung von Ressourcen ein.

Die Einbeziehung sozialarbeiterischer Methoden, die sich am Empowermentkonzept (s. z.B. Stark 1991) orientieren, fördert eine die Klienten befähigende, politisch aktivierende Auseinandersetzung mit den genannten Ausstattungsproblemen.

### **3.4 Lebensweltorientierung**

Für eine psychiatriebezogene sozialarbeitswissenschaftliche Diskussion des Lebensweltbegriffs unter ökosozialer Perspektive, die die Habermasschen Arbeiten aufgreift, sei verwiesen auf Wendt (1992), der sich der Lebenswelt-Definition von Schütz anschließt: "Sie ist der Wirklichkeitsbereich, an dem der Mensch in unausweichlicher, regelmäßiger Wiederkehr teilnimmt. Die alltägliche Lebenswelt ist die Wirklichkeitsregion, in die der Mensch eingreifen und die er verändern kann, indem er in ihr durch die Vermittlung seines Leibes wirkt. Zugleich beschränken die in diesem Bereich vorfindlichen Gegenständlichkeiten und Ereignisse, einschließlich des Handelns und der Handlungsergebnisse anderer Menschen, seine freien Handlungsmöglichkeiten. ... Ferner kann sich der Mensch nur innerhalb dieses Bereichs mit seinen Mitmenschen verständigen, und nur in ihm kann er mit ihnen zusammenwirken" (Schütz & Luckmann 1979, S. 25). Handeln gelingt aber nur in kommunikativer Verständigung über Situationen und mögliche Perspektivverschränkungen. Ist die intersubjektive Basis der Verständigung gestört, teilt ein Mensch mit einem anderen nicht mehr das Basisweltwissen und die situationskonstituierenden Bedeutungen von Dingen, Sachverhalten und Identitäten, gilt er in der Regel als psychisch gestört.

Fischer (1987) unterstützt solche Überlegungen in seinem Versuch der Rekonstruktion von Wittgensteins Psychologie: "Das Sprachspiel als »system of human communication« ist als systemische Einheit zu verstehen, in dem die einzelnen Wörter, Sätze und Verhaltensweisen ihren Sinn erst erlangen. Dies entspricht dem kontextuellen Ansatz in der Sozialpsychologie, wonach das Verhalten einer Person nur in oder aus dem Verhalten der gesellschaftlichen Gruppe verstanden werden kann, dessen Mitglied sie ist ... Dieser Kontext wird von Wittgenstein gewöhnlich mit den Termini Lebensform oder Lebensweise erfaßt und thematisiert. Die Sprachspiele sind als Systeme *intersubjektiv geteilter Bedeutungen* zu verstehen, ebenso stellen solche Sprachspiele *Systeme geteilten Verhaltens* dar (S. 236) ... Der »Schlüssel« zum Wahnsinn liegt deshalb darin, ihn als **andere Lebensform** anzusehen, als Horizont, in den auch die Ganzheit **geänderter** Denk-, Sprach- und Verhaltensstrukturen eingebettet sind" (S. 215; Hervorhebungen im Original).

Seine Überzeugung, daß der Kontext im wesentlichen in der Familie erworben wird, wird allerdings nur bedingt geteilt. Seine Affinität zur Heidelberger familientherapeutischen Gruppe um Stierlin könnte hier seinen Blick etwas trüben (vgl. auch Bergers (1993) Überlegungen zur Psychosentheorie auf dem Hintergrund des Sozialen Konstruktivismus und Lauckens (1994) Vorstellungen einer "semantischen Sozialpsychologie"). Für die Psychosentherapie hat Wulff (1995) neuerdings noch einmal eindrucksvoll einen verstehensorientierten Ansatz vorgelegt, der die Mechanismen des Verlustes geteilter Bedeutungen rekonstruiert und die sozialarbeitswissenschaftlichen Überlegungen gut ergänzt.

Sozialarbeit mit ihrer lebensweltlich orientierten Sichtweise kann zum Anwalt einer Aufrechterhaltung der Einbindung in die Alltagskultur werden und mithelfen, soziale Orte zu schaffen, in denen Lernen und Selbstverstehen, Aneignen der eigenen Biografie ermöglicht wird. Diese Arbeitsorientierung wird unterstützt z.B. auch von Teising (1993), einem Psychiater, der in einer Arbeit zum psychosozialen Krankheitsverständnis schreibt: "Sozialarbeiter und Sozialpädagogen sollten in der Sozialpsychiatrie an Bedeutung und Anerkennung gewinnen. Sie könnten ihre Kenntnisse über die soziale Realität der Patienten, die den naturwissenschaftlich sozialisierten Medizinern weitgehend fehlen, beitragen" (S. 121). Er verweist dann aber auch auf die Organisation medizinischer Berufspraxis, die verhindert, daß das soziale Denken eben nicht "wie selbstverständlich primären höchsten Stellenwert genießt" und meint, daß der Stellenwert Sozialer Arbeit nur wachsen kann u.a. durch eine "sichere Berufsidentität der Sozialpädagogen" (S. 122).

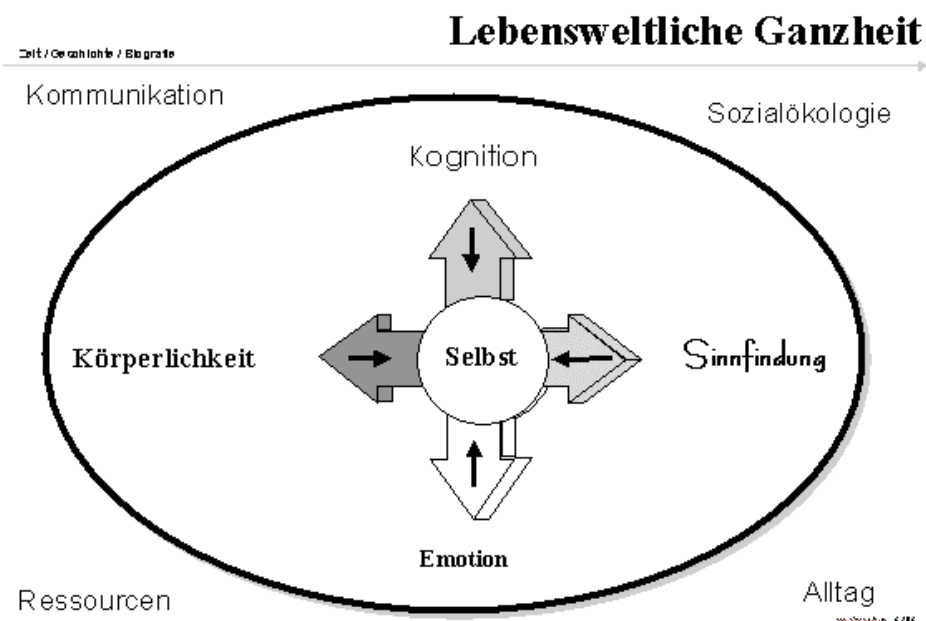
Lebensweltlich orientierte Rekonstruktion und biografisch fundierte Verstehensarbeit wird in unterschiedlicher methodischer Ausprägung mittlerweile von vielen therapeutisch arbeitenden Menschen für sich beansprucht, sei es systemisch, familientherapeutisch, milieutherapeutisch ... . Die Sozialarbeit ist aber die einzige Disziplin, die dazu ausbildet, die verschiedenen Dimensionen, durch die Lebenswelt konstituiert ist, systematisch zu erarbeiten und aufeinander bezogen zu begreifen; das sind einmal die strukturell vorgegebene Lebenslage einschließlich möglicher Ressourcen mit ihren sozialstrukturellen und rechtlichen Dimensionen zum anderen der biografische Rahmen als individuell sozialisierter Bedeutungs- und Möglichkeitsraum mit seinen sozialen, psychischen, interpretativen Dimensionen.

Sozialarbeit bietet methodische Zugänge, die die Eigenheiten und Geltungsbeschränkungen der jeweiligen wissenschaftlichen Basisdisziplinen kennen. Durch eine problem- und nicht nur wissenschaftsgeleitete Rekonstruktion ermöglichen sozialarbeiterische Methoden das kommunikativ entfaltete Verstehen lebensweltlicher Situationen. ( Zu der Diskussion um das Verhältnis von Basiswissenschaften zur Sozialarbeit s. z.B. Tillmann 1994; Dewe u.a. 1993). Sozialarbeit kann idealtypisch also sowohl die Systemaspekte wie auch die subjektive Binnenperspektive erschließen, die Binnenperspektive ergibt sich dabei aus dem kategorialen Wissen über Lebenswelt, aus wissenschaftlicher Analyse und deren Verschränkung mit erzählter Biografie (vgl. Legewie 1987, S. 300 - 317). Sozialarbeiter sind also *die* Spezialisten für den Alltag und die in ihm entstehenden und auch bearbeitbaren Problemsituationen.

Die bis jetzt dargestellten Überlegungen zur Notwendigkeit bedeutungsorientierter Verstehensarbeit als Zugang zur veränderten lebensweltlichen Wirklichkeit von Menschen in psychischen Krisen, heißt nicht, daß wir eine rein sprachliche Analyse und Kommunikation für möglich halten - im Gegenteil: Die erlebte Biografie mit ihren Inhalten, Regeln, Bildern, sinnlichen Erfahrungen und Erlebnissen manifestiert sich ebenso in Bildern/Szenen (vgl. z.B. Jacobi 1969; Ottomeyer 1987; Sommer 1992; Scategni 1994) und Körpern (vgl. z.B. Bette 1989; Eberwein 1990; Kamper/ Wulf 1984) der Menschen.

In einem Studium, das ein mehrdimensionales Verstehen auf diesen Ebenen Kognition, Bilder/Szenen, Körperlichkeit und Sinnfindung als professionelle Kompetenz entwickeln will, gehört es für die Studierenden selbstverständlich dazu, diese Ebenen in einem Prozeß professionsorientierter Selbsterfahrung für sich selbst kennenzulernen und für die Arbeit mit anderen handhaben zu lernen. Eine einfache Grafik soll unseren Ansatz verdeutlichen:

Lebensweltgrafik



Wir gehen hierbei davon aus, daß es einen organisierenden Kern der Person gibt, den wir "Selbst" nennen und der die Fülle von Erfahrungen, Orientierungen, Repräsentationen und Handlungsfähigkeiten, die sich im Durchleben einer Biografie kognitiv, emotional, sinnbezogen und körperlich einstellen, enthält. Das wird noch deutlicher in Abschnitt 4.2 in den Anmerkungen zur Schematheorie.

Auf der Basis dieses Selbst handelt der Mensch in seinem Alltag, mit seinen Ressourcen, eingebunden in einen sozialökologischen Rahmen, kommunikativ in seine Umwelt hinein und verändert sie und sich dabei. Zur weiteren Präzisierung verweise ich auf die erwähnte Literatur.

Das Bewußtsein dieser Gegebenheiten bei den Professionellen läßt immer deutlich bleiben, wie punktuell alle Interventionen bleiben. Es unterstützt beim Bemühen um Vermeidung zu kurz greifender Reduktion - im Gegensatz zu notwendiger, sinnvoller Reduktion, ohne die Sozialarbeiter, Therapeuten ... gar nicht handlungsfähig wären. (Zwanghaften Reduktionsgegnern sei die Pirx-Geschichte "Ananke" von Lem empfohlen.)

Die Grafik trägt in dieser einfachen, leicht erklärbaren Veranschaulichung zur kommunikativen Klärung mit Klienten bei und fördert den Prozeß des Selbstverstehens.

## 4. Psychologisches Handwerkszeug

Aus meiner Fachperspektive als Psychologe möchte ich noch ein paar Bemerkungen machen zu Themen, die sich als Handwerkszeug zur Konkretisierung der aus dem bisher diskutierten abzuleitenden Analyseforderungen bewährt haben und die sozialarbeiterische Perspektive ergänzen.

### 4.1 Allgemein- und sozialpsychologische Handlungsanalyse

Die Handlungsstrukturanalyse, bzw. andere handlungstheoretisch orientierte Arbeiten (zur Orientierung empfohlen: Aebli 1980; Dörner 1985, 1989; Engberding 1996; Edelmann 1993 (Kap. 6); Greve 1994; Goffman 1974/1977; Gollwitzer 1991; Laucken 1974; Leontjew 1975/1982; Volpert 1992) sind deshalb eine sinnvolle theoretische Basis, da diese ein grundsätzliches Verständnis für die Organisation menschlichen Handelns zu entwickeln helfen, das es ermöglicht, sowohl das eigene Verhalten des Professionellen wie das von Klienten in seinen kognitiven, emotionalen, motivationalen, situativen, gesellschaftlichen und ökologischen Anteilen zu verstehen, Lernanteile und Lernbedingungen für das aktuelle Verhalten zu sehen und die Schwierigkeiten von Kommunikation zu erkennen. Dörner (1985, S. 75) betont denn auch den integrativen Charakter von handlungstheoretischen Ansätzen:

"*Handlungstheorien sind deshalb naturgemäß integrativ. Sie bringen kognitive (d.h. auf Erkenntnis gerichtete), motivationale (also die Triebkräfte psychischen Geschehens betreffende) und emotionale Theorien zusammen. Sie sind gezwungen, sich mit der Interaktion von Lern-, Gedächtnis-, Gefühls- und Motivationsprozessen zugleich zu beschäftigen*" (Hervorhebungen im Original). Für unseren Diskussionszusammenhang bedeutsam weist er noch darauf hin, daß die Handlungstheorie den "Zukunftsaspekt menschlichen Verhaltens", wie die "Bewußtheit (im Sinne von Selbstreflexivität) mancher Formen des Verhaltens beim Menschen" besonders herausstellt.

Handlungstheoretische Analysen eignen sich besonders für die Untersuchung zielgerichteten, zweckhaften und bewußten Handelns. Das sind Merkmale, die professionelles Handeln auszeichnen sollten. Sie bieten darüber hinaus die Möglichkeit, verschiedene psychologische Theorien und Aspekte in eine Modellvorstellung zu integrieren. Der dabei in unserem Zusammenhang unvermeidliche Verlust an begrifflicher Schärfe wird zugunsten der Vorteile einer ganzheitlichen Betrachtungsweise in Kauf genommen. Ebenfalls integriert sind die für die sozialpsychiatrische Arbeit wesentlichen Aspekte der Entstehung und Umwandlung von Handlungszielen sowie die Elemente der Regulation von zielgerichtetem Verhalten selbst. Gebündelt sind alle diese Aspekte im Situationskonzept, das zentral für alle Analysen aktuellen Verhaltens und Erlebens in lebensweltlicher Interaktion ist. Das Verstehen (vgl. dazu Terbuyken 1992) einer Situation, das die Bestandteile KLIENTENSITUATION (als Problemsituation) und PROFESSIONELLENSITUATION (als Arbeitssituation) mit ihren je unterschiedlichen Zielen und Perspektiven umfaßt, soll als Spezialfall des Verstehens einer Situation verstanden werden. Es soll deutlich werden, daß dieses Verstehen sich nur in einem kommunikativen Prozeß zwischen KlientInnen und Professionellen herstellen läßt, in den die Professionellen sowohl ihr Wissen um typische Lebenslagen und deren Verarbeitungsprozesse, ihre Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, ihre kommunikative Kompetenz und ihre methodischen Hilfen zur Situationsklärung einbringen müssen. Dabei müssen sie sich selbst ihrer jeweiligen Situation als professionell intervenierende bewußt sein.

### 4.2 Schematheorie

Auch schematheoretische Überlegungen könnten sich als hilfreich erweisen, Struktur und Dynamik einer Situation nachzuvollziehen (vgl. Grawe, Donati & Bernauer 1994, Kap. 6; Grawe u.a. 1996). Unter Schemata werden die grundlegenden Organisationseinheiten psychischer Prozesse verstanden. Sie sind Repräsentationen von Handlungen und Situationen, Motiven und Emotionen, Zielen und Plänen, die sich aus den Erfahrungen des Individuums mit seiner realen Umwelt ergeben, sie strukturieren aber gleichzeitig auch die Aktionen des Individuums in seine Umwelt hinein. "Sie sind gleichzeitig Produkt und Produzent der Individuums-Umwelt-Interaktionen" (Grawe, Donati & Bernauer 1994, S. 757). Man kann

sie verstehen als zentrales inhaltliches Konstrukt einer Handlungstheorie, das auch die Brücke schlägt zu bedeutungstheoretischen Überlegungen zur Schizophrenietheorie, wie sie unten schon vorgestellt wurden (Fischer 1987; Berger 1993; Wulff 1995). Um das Konzept noch deutlicher in seinen Bezügen zum bisher diskutierten werden zu lassen, möchte ich einen längeren Passus aus Grawe u.a. (1996) zitieren: "Schemata sind aus beobachtbaren Lebensvollzügen erschlossene Organisationseinheiten der psychischen Aktivität. Das wichtigste ein Schema konstituierende Organisationsprinzip ist der funktionale Bezug auf ein gemeinsames Ziel: Die Aktivität von Schemata ist darauf ausgerichtet, Wahrnehmungen im Sinne bestimmter Ziele herbeizuführen. Welche Ziele dies sind, kann nur erschlossen werden, und zwar aus der beobachtbaren psychischen Aktivität: Welche Wahrnehmungen versucht das Individuum mit seinen Lebensvollzügen herzustellen ?

Weil der gemeinsame Bezug auf ein Ziel, also der motivationale Aspekt, das Schema als Organisationseinheit konstituiert, wird er bei der Definition eines Schemas besonders herausgehoben. Die auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtete psychische Aktivität kann jedoch auch unter anderen Aspekten betrachtet werden: Was tut, denkt, fühlt das Individuum, während ein bestimmtes Schema aktiviert ist ? Sein beobachtbares Verhalten, seine Kognitionen, seine Emotionen sind alle Aspekte der ablaufende Schemaaktivität. Sie stehen untereinander in funktionalen Wechselwirkungen, die ihrerseits bestimmt werden von den jeweils aktivierten Zielen.

... Die Schemata des Individuums nehmen Einfluß darauf, welche Lebensumgebungen es aktiv aufsucht und herstellt, aber die vom Individuum nicht vollständig kontrollierbare Umgebung nimmt ihrerseits Einfluß darauf, welche Schemata aktiviert werden und gibt vor, welche Möglichkeiten das Individuum unter diesen Umständen hat, Wahrnehmungen im Sinn seiner Ziele herzustellen. Der von der Schemaaktivität nicht loslösbare Umgebungsaspekt bringt also ... Möglichkeiten und einschränkende Bedingungen mit sich. ... Wenn man die Ziele ... und die objektiv gegebenen Bedingungen zur Realisierung dieser Ziele zueinander in Beziehung setzt, dann wird klar, daß die Schemaaktivität neben dem motivationalen Aspekt immer auch unter dem Aspekt des *Könnens* bzw. *Nicht-Könnens* betrachtet werden muß: ..." (S. 191). Grawe weist immer wieder darauf hin, daß eine Arbeit mit den Schemata und damit auch Änderungsprozesse im Handeln und Erleben am ehesten dann geschehen können, wenn die entsprechenden realitätsunangemessenen, problemgenerierenden Schemata aktualisiert sind, also in einer lebensweltlichen oder lebensweltnahen Situation. Das spricht noch einmal deutlich für eine nichtklinische, möglichst biografisch stimmige Alltagssituation, in der Bewältigungshilfen gebende Begleitung stattfinden soll. Problemaktualisierung und Ressourcenorientierung im interpersonalen Beziehungsgeschehen sind die Verbindungspunkte zwischen Sozialarbeitsansatz und schematheoretisch abgeleitetem Vorgehen, das nicht an schulspezifischen Methoden orientiert ist, sondern an einer kreativen, problem- und personzentrierten Vorgehensweise.

### **4.3. Psychotherapeutische Wirkfaktoren**

Sicher hilfreich für eine aktive Begleitung in psychischen Krisen ist eine Orientierung an den drei von Grawe (1994) und Mitarbeitern herausgearbeiteten Wirkfaktoren in therapeutischen Änderungsprozessen, die m.E. wohl für alle zwischenmenschlich angeleiteten Lernprozesse gelten dürften:

1. Problembewältigungsperspektive: Sie besteht darin " ... daß sie (die Therapeuten, GT) dem Patienten ganz direkt bei der Bewältigung eines ihn drückenden Problems zu helfen versuchen mit Maßnahmen, die spezifisch auf dieses Problem zugeschnitten sind" (S. 749) . (Zu Beispielen vgl. S. 749)

2. Klärungsperspektive: Dies Wirkprinzip "besteht darin, daß der Therapeut dem Patienten hilft, sich selbst, sein eigenes Erleben und Verhalten besser zu verstehen. ... Expliziert werden vor allem die Bewertungen, die der Patient implizit vornimmt ... vor allem die Motive, Werte, Ziele, die das Erleben und Handeln des Patienten bestimmen. ... Der Patient erarbeitet sich größere Klarheit darüber, nach welchen Gesichtspunkten er seine Bedeutungen (für Situationen, GT) konstruiert, auch welche Bedeutungen er aus welchen Gründen ausklammert, nicht wahrhaben will" (S. 752 ff). Zentrales theoretisches Konstrukt ist für die Autoren hier die allgemeinpsychologisch fundierte Schematheorie (vgl. Kapitel 6).

3. Beziehungsperspektive (vgl. auch Sullivan 1953/1983) - Erste Begründung:

Psychische Störungen können zu einem wesentlichen Teil als Beziehungsstörungen aufgefaßt werden, bzw. aus zwischenmenschlichen Beziehungen entstehen. Der interpersonale Ansatz in der Psychotherapie geht auf Sullivan zurück (vgl. S. 778).

- Zweite Begründung:

Das zwischenmenschliche Geschehen in der Therapie ist eines der wichtigsten Mittel, um therapeutische Veränderungen herbeizuführen (vgl. S. 780).

- Dritte Begründung:

"Psychotherapie spielt sich immer in zwischenmenschlichen Beziehungen ab und die Qualität dieser Beziehung hat nachweislich einen sehr großen Einfluß auf das Therapieergebnis" (S. 781).

Damit soll nicht einer therapeutischen Engführung Sozialer Arbeit das Wort geredet werden, sondern es geht darum, daß Möglichkeiten, die helfen die Komplexität einer Situation zu begreifen, und das als



anders und fremd erlebte Verhalten von Klienten als sinnvolles zumindest anzuerkennen, vielleicht sogar zu verstehen, auch genutzt werden. Ziel ist die Begleitung in einem offenen, sozialen Raum.

## 5. Verstehen und Begleiten in Situationen - Soteria als Modell

Eine Möglichkeit, einen konkreten sozialen Ort für Begleitung in der (auch akutenpsychiatrischen) sozialpsychiatrischen Arbeit zu schaffen, hat Mosher (zusammen mit Hendrix & Fort 1992/1994) mit seinem Soteria-Projekt aufgezeigt. [Mittlerweile gibt es auch in Hannover eine Soteria-Initiative unter Federführung der Psychiatrischen Klinik der MHH (Prof. Machleidt), in der wir als Projekt der EFHH in der Koordinationsgruppe mitarbeiten.]

Mosher stellt aus den Erfahrungen seiner gemeindepsychiatrisch orientierten Arbeit über Sozialarbeiter fest (Es gilt selbstverständlich nur für die amerikanischen Verhältnisse !):

"Auch den heutigen Sozialarbeitern stehen wir kritisch gegenüber. Es läßt sich vereinfacht sagen, daß ihre derzeitige Ausbildung sie im allgemeinen für einen von zwei Wegen vorbereitet, entweder Verwaltung oder an das Büro gebundene Psychotherapie ... . Dies sind in der Tat legitime Bemühungen, aber wo sind diese altmodischen Sozialarbeiter, die sich den Bedürfnissen der ganzen Person zugewandt haben ? Geldmittel und Ressourcen aufzutun, das soziale Umfeld zu beeinflussen, Begleitung und Aufsuchen in der Gemeinde waren die Hauptaufgaben von Sozialarbeit. Aufgrund des Vorurteils, dieser Teil der Arbeit sei weniger wertvoll, wird er ... abgeschoben. ... Allerdings ist das im Falle der Sozialarbeiter eine besonders große Einbuße für die Klienten, da sich jetzt herausstellt, daß derjenige *therapeutisch* arbeitet, der sich den tatsächlichen Lebensbedürfnissen der Menschen zuwendet. ... Unser Ausgangspunkt ist die Frage: Was will der Kunde ?" (Mosher & Burti 1989/1992, S. 30f)

Was der "Kunde" seinen Forschungsarbeiten und seinen Praxiserfahrungen nach braucht, formuliert Mosher (Mosher & Burti 1992) ganz in Übereinstimmung mit den Graweschen Wirkprinzipien so: "- Grundsätze der Beziehungsgestaltung in der Gemeindepsychiatrie

1. Die nicht theoriegebundene Notwendigkeit des Verstehens
2. Institutionsübergreifende Beziehungskontinuität
3. Flexibilität in der Reaktion auf Klientenbedürfnisse
4. »Sein-Mit«, »aufmerksam Bei-Stehen«
5. Zentrierung auf praktische Lebensprobleme
6. Beratung: Wege aufzeigen und ermöglichen
7. Gleichwertigkeit in der Beziehung
8. Vertrauen auf Selbsthilfe" (S. 127 ff).

Diese Wirkprinzipien gelten aber generell für gemeindepsychiatrische Arbeit, nicht nur für die Soteria. Im gemeindepsychiatrischen Entwurf Moshers (vgl. den Kurzbericht über das McPath-Projekt im Anhang) ist eine stationäre Einrichtung wie die Soteria oder Crossing-Place nur **ein** Bausteinchen. Eine Konkretisierung der Grundsätze geben die folgenden Leitlinien:

"- Leitlinien klinischen Handelns (für gemeindepsychiatrische Einrichtungen) 1. Herstellen von Lebensbezügen (Kontextualisierung): Damit ist gemeint, die Klienten in so engem Kontakt wie möglich zu ihren Lebensbezügen zu halten.

2. Bewahrung und Erweiterung von persönlicher Stärke und Einflußnahme: ... Aufgabe des Systems ist es , ihnen (den Patienten, GT) dabei zu helfen, wieder Einfluß auf ihr Leben zu gewinnen oder erstmalig zu erlangen und nicht, ihren zerbrechlichen Zugriff auf ihr Leben weiter zu zerstören. (vgl. dazu Empowermentüberlegungen z.B. bei Lobnig 1993, GT)

3. Normalisierung (Anpassung) ... : Normalisierung hat prinzipiell gruppenübergreifende, gesellschaftliche oder kulturelle Normen im Blickfeld" (S. 162 ff). (s. dazu die Bemerkungen zum Normalisierungskonzept im vorliegenden Text)

Als darauf bezogene Grundwerte, die alltagstheoretische Formulierungen einer therapeutischen Grundhaltung sind, formulieren Mosher & Burti (1992) etwas später:

"Schade niemandem

Behandle andere, wie Du Dich selbst behandeln würdest ...

Sei flexibel und verständnisvoll

Der Nutzer weiß es meist am besten

Wahlmöglichkeiten, das Recht zu verweigern, Zustimmung erst nach ausführlicher Aufklärung und Freiwilligkeit sind wesentlich für die Arbeit der Dienste (eines gemeindepsychiatrischen

Versorgungssystems, GT)

Ärger, Abhängigkeit, Sexualität und die Entwicklung neuer Möglichkeiten werden akzeptiert und erwartet Berechtigte Bedürfnisse sollten, wenn immer möglich, befriedigt werden

Gehe Risiken ein; wenn Du nichts wagst, wird nichts passieren.

Lege auf Macht beruhende Beziehungen offen" (S. 166).

Es soll hier nicht eine Struktur weiterentwickelt werden, in der sich diese Grundsätze

gemeindepsychiatrisch realisieren lassen. Es steht aber wie auch bei Mosher kaum außer Frage, daß ein

Krisenzentrum (u.U. im Rahmen eines sozialpsychiatrischen Zentrums) den Nucleus für eine solche Struktur darstellen müßte. Entsprechend argumentieren auch die Autoren in dem von Wienberg (1993) herausgegebenen Band zur Krisenintervention. Auch im Diskussionspapier der ÖTV von 1995 zur Reform psychiatrischer Einrichtungen wird ein rund um die Uhr erreichbarer multiprofessioneller Basisdienst als Kernstück des ambulanten Angebotes vorgeschlagen, der auch die Koordination aller psychiatrischen Bereiche übernehmen soll (S. 51 ff).

## 6. Brauchen wir ein Krankheitsmodell ?

Natürlich ist es unstrittig, daß die Kenntnis psychiatrischer Krankheitsmodelle in einem multidisziplinären Team hilfreich ist. Zur Weiterentwicklung der hier vorgestellten Orientierung für das sozialarbeiterische Handeln im psychiatrischen Feld, stellt sich aber die Frage, was diese denn nützen. Wenn man die aktuelle Diskussion nimmt (s. z.B. die zusammenfassende Darstellung zur Schizophrenie bei Wienberg 1995, ergänzt z.B. durch Wulff 1995, Fischer 1987 und Süllwold 1995), so gewinnen psychosoziale, sozialwissenschaftlich begründete Ansätze (z.B. zusammenfassend Zygowski 1989) in einem multifaktoriellen Modell wieder an Bedeutung - trotz des unleugbaren Vordringens biologischer Modelle im klinischen Alltag und in einem Teil der Literatur (vgl. z.B. Huber 1994 in aller Widersprüchlichkeit). Sie werden unterstützt durch Beiträge von Betroffenen (vgl. z.B. Bock, Deranders & Esteres 1993), die immer wieder die Bedeutung einer akzeptierenden und den Prozeß unterstützenden Begleitung, die zu verstehen versucht und das biografische Selbstverstehen wie das Durchleben psychotischer Erfahrung als punktuell Andersein akzeptiert, hervorheben. Dazu nützt die Fähigkeit, eine korrekte ICD-Klassifikation vorzunehmen, wenig.

Wenn man unsere bisherige Argumentation betrachtet, kann die Grundlage für die Begleitung in psychischen Krisen nicht ein regelorientiertes, nosologienahes Verständnis sein, sondern es wird darauf ankommen, subjektbezogene - also individuelle, bedürfnis- und biografieorientierte - Beziehungen in einem offenen sozialen Raum einzugehen, der klärungsorientiert die Aneignung der eigenen Biografie in einem Prozeß des Selbstverstehens fördert und darauf bezogene ganz konkrete Bewältigungsstrategien zu entwickeln hilft. Dazu ist die Orientierung an einem Modell seelischer Gesundheit, wie es oben in Abschnitt 3.2 und 3.3 skizziert wurde, sicher hilfreicher als ein Krankheitsmodell.

Die Zumutung an die MitarbeiterInnen, sich in einem lebensweltlichen, sozial offenen Raum mit einem Minimum an gemeinsamen Regeln zu bewegen, Menschen zu begleiten, wie es ja auch Teil des MOSHERschen Being-With-Konzeptes ist, läßt sich nur bewältigen, wenn den MitarbeiterInnen theoretische Basiskonzepte im vorgestellten Sinn differenziert zur Verfügung stehen, die ihnen problem- und personzentrierte, kommunikative Verstehensarbeit ermöglichen. Zur Entwicklung einer eigenen personbezogenen Basis muß ihnen ausreichende Möglichkeiten der Selbsterfahrung gegeben werden, die ihnen ihre eigene Biografie auf körperlich-struktureller, emotional-körperlicher, bildlich-imaginativer, kognitiv-konzeptueller Ebene verfügbar macht. Externe oder kollegiale Supervision und ein immer wieder neugieriges Sich-Einlassen auf neue Erfahrungen sollten dazu helfen, diese Basis auch im beruflichen Alltag zu erhalten.

In diesem Prozeß werden die Grenzen und Möglichkeiten wissenschaftsfundierter Herangehensweisen deutlich und die Notwendigkeit des Rückgriffs auf reflektierte biografische Erfahrung als Kompetenzquelle wird erfahrbar. Zur Entwicklung von Handlungskompetenz ist die Einübung in die kreative Gestaltung alltagsnaher Anregungssituationen sicher nützlich.

## 7. Anstöße zur Weiterarbeit

Die Anstöße des ersten Abschnitts aufgreifend wünsche ich mir:

- Die Diskussion zur Sozialarbeitswissenschaft sollte in Auseinandersetzung mit Praxisfeldern, weniger als akademisch abstrakte geführt werden.
- Aus vielen Diskussionen habe ich den Eindruck, daß das neue Selbstbewußtsein der Sozialarbeit in der Psychiatrie wächst. Wenn der häufig geäußerte Wunsch nach Zusammenschluß, Vernetzung und Diskussion in unterschiedlichen Medien realisiert werden könnte, wäre das ein wichtiger Schritt zu selbstbewußten Bestimmung des Ortes der Sozialarbeit in der psychiatrischen Landschaft.
- Sozialarbeit soll - noch häufiger als es schon geschieht - als eigenständige Profession in der Psychiatrie arbeiten, der nicht ein Arzt die Indikation für ihre Arbeit stellt. Nur die *Kooperation* der beteiligten Berufsgruppen und der Betroffenen läßt Wege zur subjektorientierten Bewältigung psychischer Krisen finden.
- Die Auseinandersetzung um die Stärkung des ambulanten Bereichs, weg von der Dominanz der Klinik in der Sozialpsychiatrie, sollte von der Sozialarbeit offensiver geführt werden: Klinik ist nicht und wird auch nicht ein Ort zum Leben. So stellt auch die ÖTV in ihrer Psychiatriebroschüre (1995) fest: "Trotz der beschriebenen Dynamik der aktuellen Umbruchphase ist die faktische Versorgungsstruktur weitestgehend defizitär, gleichzeitig »traditionell stationär« und

»konservativ-gemeindepsychiatrisch«. ... Die konsequente Umstrukturierung hin zu »nachfrageorientierten« Dienstleistungen ist überfällig, wird aber erst vereinzelt über die Bildung Sozialpsychiatrischer Zentren/Gemeindepsychiatrischer Verbände realisiert" (S. 22/23).

## 8. Literatur

- Aebli, H.** (1980). Denken: Das Ordnen des Tuns. Band 1: Kognitive Aspekte der Handlungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Bährer, S.** (1995). Sozialarbeit in der Stationären Psychiatrie und einige Aspekte zur stationären Sozialarbeit. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Heft 1/1995, S. 56-64.
- Banger, M.; Brings, B. & Wellnitz, M.** (1994). Sozialarbeit in der Akutpsychiatrie. Psychiatrische Praxis, 21, 232-234
- Beins, W.** (1995). Sozialarbeit im Zentrum des sozialpsychiatrischen Verbunds. In: Blanke, U. (Hrsg.). Der Weg entsteht beim Gehen. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Berger, H.** (1993). Konstruktivistische Perspektiven in der Sozialpsychologie - Schizophrenie als andere Seite der Normalität. In: Keupp, H. (Hrsg.). Zugänge zum Subjekt. Perspektiven einer reflexiven Sozialpsychologie. Frankfurt: Suhrkamp
- Bette, K.H.** (1989). Körperspuren - Zur Semantik und Paradoxie moderner Körperlichkeit. Berlin: de Gruyter
- Bock, Th.; Deranders, J.E. & Esterer, I. (Hrsg.). (1992). Stimmenreich - Mitteilungen über den Wahnsinn. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Dewe, B. & Scherr, A.** (1990). Beratung und Beratungskommunikation. Neue Praxis, H. 6/90, S. 488 - 500
- Dewe, B.; Ferchhoff, W.; Scherr, A.; Stüwe, G. (1993). Professionelles soziales Handeln - Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. München: Juventa
- Dörner, D.** (1985). Verhalten und Handeln. In: Dörner, D. & Selg, H. (Hrsg.). Psychologie - Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder. Stuttgart: Kohlhammer, S. 73 - 86
- Dörner, D.** (1989). Die Logik des Mißlingens. Reinbek: Rowohlt
- Eberwein, W.** (1990). Impulse von innen. Biodynamik - Körperpsychotherapie zur Heilung und Selbstfindung. Oldenburg: Transform
- Edelmann, W.** (1993, 3. neu bearbeitete Aufl.). Lernpsychologie - eine Einführung. Weinheim: Beltz/PVU
- Empfehlungen der Expertenkommission** der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. (1988). Bonn: BMJFFG
- Engberding, M.** (1996). Problemlösen - Ein Orientierungsmodell für Analyse und Therapie psychischer Störungen. In: Caspar, F. (Hrsg.). Psychotherapeutische Problemanalyse. Tübingen: dgvt, S. 87-132
- Ericsson, K.** (1986). Der Normalisierungsgedanke: Entstehung und Erfahrungen in skandinavischen Ländern. In: **Bundesvereinigung Lebenshilfe** für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.). Normalisierung - eine Chance für Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Bundesvereinigung Lebenshilfe
- Fischer, H.R. (1987). Sprache und Lebensform. Wittgenstein über Freud und die Geisteskrankheiten. Frankfurt: Athenäum
- Flick, U.** (1993). Der Sozialpsychiatrische Dienst - Beratungsstelle oder Knoten im Netz ? In: Bergold, J.B. & Filsinger, D. (Hrsg.). Vernetzung psychosozialer Dienste. München: Juventa
- Goffman, E.** (1977, amerik. Orig. 1974). Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. Frankfurt: Suhrkamp
- Gollwitzer, P.M.** (1991). Abwägen und Planen. Göttingen: Hogrefe
- Grawe, K.; Donati, R. & Bernauer, F.** (1994). Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession.. Göttingen: Hogrefe
- Grawe, K.; Grawe-Gerber, M.; Heiniger, B.; Ambühl, H. & Caspar, F.** (1996). Schematheoretische Fallkonzeption und Therapieplanung. In: Caspar, F. (Hrsg.). Psychotherapeutische Problemanalyse. Tübingen: dgvt, S. 189 - 224
- Grewe, W.** (1994). Handlungsklärung. Die psychologische Erklärung menschlicher Handlungen. Bern: Huber
- Häfner-Ranabauer, W. ; Lotz, M.; Hambrecht, M. & Waschkowski, H.** (1996). Qualitätssicherung in der klinischen Sozialarbeit: Spezifische Interventionen für spezifische Problembereiche verschiedener psychiatrischer Patientengruppen ? Psychiatrische Praxis, 23, , S. 21 - 25
- Huber, G.** (1994, 5. neubearb. und erw. Aufl.). Psychiatrie - Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Stuttgart: Schattauer
- Jacobi, J.** (1969). Vom Bilderreich der Seele - Wege und Umwege zu sich selbst. Olten/Freiburg: Walter
- Kamper, D. & Wulf, Ch.** (Hrsg.). (1984). Der andere Körper. Berlin: Mensch und Leben
- Laucken, U.** (1974). Naive Verhaltenstheorie. Stuttgart: Klett
- Laucken, U.** (1984). Individuum, Kultur und Gesellschaft - Eine Begriffsgeschichte der Sozialpsychologie.

Bern: Huber

**Legewie, H.** (1986). Alltag und seelische Gesundheit. Gespräche mit Menschen aus dem Berliner Stephansviertel. Bonn: Psychiatrie-Verlag

**Leontjew, A.N.** (1982, russ. Orig. 1975). Tätigkeit, Bewußtsein, Persönlichkeit. Köln: Pahl-Rugenstein

**Lobnig, H.** (1993). Anleitung zur Selbständigkeit. Empowerment und Psychiatrie - Ansätze, Erfahrungen und Ergebnisse aus einem Modellprojekt selbsthilfeorientierter Patientenarbeit. Blätter der Wohlfahrtspflege 2/93, S. 61 - 63

**Mosher, L.R; Hendrix, V. & Fort, D.C.** (1994, amerik. Orig. 1992). Dabeisein - Das Manual zur Praxis in der Soteria. Bonn: Psychiatrie -Verlag

**Mosher, L.R. & Burti, L.** (1992, amerik. Orig. 1989). Psychiatrie in der Gemeinde. Bonn: Psychiatrie-Verlag

**Niedersächsisches Sozialministerium** (1993). Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen. Hannover: Eigendruck

**ÖTV - Hauptabteilung Gesundheitswesen, Kirchen und soziale Einrichtungen** (Hrsg.). (aktualisierte Neuauflage, Stand 1995). Einschätzungen und Vorschläge zur Reform psychiatrischer Einrichtungen und zur Entwicklung neuer Angebote und Dienstleistungen. Stuttgart: ÖTV

**Ottomeyer, K.** (1987). Lebensdrama und Gesellschaft. Szenisch-materialistische Psychologie für soziale Arbeit und politische Kultur

**Rüggeberg, A.** (1985). Autonom-Leben - Gemeindenahe Formen von Beratung, Hilfe und Pflege zum selbständigen Leben von und für Menschen mit Behinderungen. Abschlußbericht eines wissenschaftlichen Forschungsprojektes im Auftrag des BMJFG. Stuttgart: Kohlhammer

**Scategni, W.** (1994). Das Psychodrama - Zwischen alltäglicher und archetypischer Erlebniswelt. Solothurn/Düsseldorf: Walter

**Schütz, A. & Luckmann, T.** (1979). Strukturen der Lebenswelt, Band 1. Frankfurt: Suhrkamp

**Sommer, V.** (1992). Feste, Mythen, Rituale - Warum die Völker feiern. Hamburg: GEO

**Stark, W.** (1991) Prävention und Empowerment. In: Hörmann, G. & Körner, W. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch. Reinbek: Rowohlt

**Staub-Bernasconi, S.** (1994). Soziale Probleme - Soziale Berufe - Soziale Praxis. In: Heiner, M. u.a. (Hrsg.). Methodisches Handeln in der sozialen Arbeit. Freiburg: Lambertus

**Staub-Bernasconi, S.** (1995). Das fachliche Selbstverständnis Sozialer Arbeit - Wege aus der Bescheidenheit. Soziale Arbeit als "Human Rights Profession". In: Wendt, W.R. (Hrsg.). Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses. Freiburg: Lambertus

**Steinhart, I.** (1993) Kontinuität in psychiatrischen Versorgungsstrukturen: Ergebnisse aus einer Modellinstitution. In: **Bergold, J.B. & Filsinger, D.** (Hrsg.). Vernetzung psychosozialer Dienste. München: Juventa

**Sticher-Gil, B.** (1993). Übergänge von der Sozialpsychiatrie zur Sozialarbeit. Studium und Praxis. Heft 70, S. 3-13

**Süllwold, L.** (1995, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage). Schizophrenie. Stuttgart ... : Kohlhammer

**Terbuyken, G.** (1990) Funktion des Faches Psychologie im Studium der Sozialarbeit / Sozialpädagogik. Soziale Arbeit, 39. Jg., S. 337 - 343

**Terbuyken, G.** (1993). Bedeutungsrekonstruktion im Psychodrama als ein Element des Leiterhandelns. In: Bosselmann, R.; Gellert, M.; Lüffe -Leonhardt, E. (Hrsg.). Variationen des Psychodramas. Meezen: Verlag Christa Limmer, S. 182 - 194

**Test, M.A.** (1992). Training in Community Living. In: Liberman, R.P. (ed.). Handbook of Psychiatry Rehabilitation. New York: Macmillan, S. 153 - 170

**Tillmann, J. & v. Kietzell, D.** (Red.).(21994). Annäherung an eine Sozialarbeitswissenschaft - ein Lernbereichskonzept mit Anmerkungen. Hannover: Evangelische Fachhochschule

**Tillmann, J.** (1994). Sozialarbeitswissenschaft im Werden - Gegenstand: Der Mensch im Mißbrauch - Grundvoraussetzung: Der Mensch als Denk-Gefühls-Einheit. In: Schatteburg, U. (Hrsg.). Aushandeln, Entscheiden, Gestalten - Soziale Arbeit, die Wissen schafft. Hannover: Verlag Sozialwissenschaftliche Studiengesellschaft.

**Volpert, W.** (1992). Wie wir handeln, was wir können. Ein Disput als Einführung in die Handlungspsychologie. Heidelberg: Asanger

**Wagner, I. & Groh, I.** (1992). Sozialarbeiterische Tätigkeiten in der Psychiatrie. Soziale Arbeit 1/92, S. 24-26

**Wendt, W.R.** (1992). Die Lebenswelt: kränkend und heilend - Eine ökosoziale Übersicht. In: Andresen, B.; Stark, F.-M. & Gross, J. (Hrsg.). Mensch-Psychiatrie-Umwelt. Ökologische Perspektiven für die soziale Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 9 - 110

**Wienberg, G.** (Hrsg.). (1993). Bevor es zu spät ist - Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag

**Wienberg, G.** (1995). Aktuelle Modellvorstellungen zur Schizophrenie - Das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Konzept. In: Wienberg, G. (Hrsg.). Schizophrenie zum Thema machen. Bonn: Psychiatrie-

Verlag

**Wolfensberger, W.** (1970). The principles of normalization and its implications to psychiatric services. *American Journal of Psychiatry*, 127, S. 291 - 297

**Wolfensberger, W.** (1986). Die Entwicklung des Normalisierungsgedankens in den USA und in Kanada. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.). *Normalisierung - eine Chance für Menschen mit geistiger Behinderung. Bericht über den 1. Europäischen Kongreß der Internationalen Liga von Vereinigungen für Menschen mit geistiger Behinderung*. Marburg. S. 45 - 62

**Wulff, E.** (1995) *Wahnsinnslogik - Von der Verstehbarkeit schizophrener Erfahrung*. Bonn: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag

**Zygowski, H.** (1989) *Grundlagen psychosozialer Beratung*. Opladen: Westdeutscher Verlag

---

## Anhang

### **Residential Alternative vs General Hospital Psychiatric Ward Care For Long Term Seriously Mentally Ill Persons: The Montgomery County Psychosocial Alternatives to Hospitalization ("McPath") Project**

Severe and persistent mental illnesses are often life-long and characterized by intermittent exacerbations requiring costly inpatient care which accounts for the majority (70%) of mental health dollars. In the present climate of shrinking resources and increasing budgetary constraints, providing the needed care to those (largely publicly subsidized) persons who suffer from these illnesses requires approaches which can reduce the incidence of costly inpatient episodes. However, in many locales there are only two choices available to clinicians in these crisis situations: expensive inpatient care or insufficiently intensive outpatient care.

Recognizing the dual need to save money and to have a variety of crisis options available to clinicians, the public mental health system in Montgomery County, Maryland (a part of the Department of Health and Human Services) has for the past five years focused its crisis services on the reduction of hospitalization and diversion of clients in crisis to more normalizing settings. A hour mobile crisis intervention capability, 24-hour/day on-call companions, four triage and evaluation beds and Emergency Room diversion. In addition, two longer term residential alternatives to hospitalization are available: four beds in crisis family care, and an 8-bed group home alternative (McAuliffe House). McAuliffe House is an government payers for care.

Case mix data indicated that hospital (N=50) and alternative (N=69) clients were comparable on all demographic, diagnostic, psychopathology and level of function variables. Treatment episode symptom reduction, was significant (20%) and comparable for the two groups. Discharge continuity of care was significantly better for the alternative treated clients. Overall satisfaction with care was similar across the groups. Thirteen percent of McAuliffe and 4% of hospital treated patients required transfer to other facilities. The mean length of initial stay was significantly longer in the alternative (18 vs 11 days). Mean treatment episode costs (cost per day x LOS) were \$5,935 for hospital and \$3,045 for McAuliffe treated clients, a 47% saving.

The data suggest that the Crossing-Place McAuliffe House model provides outcomes comparable to those of hospital care, at a significantly reduced cost, and is effective for most, but not all, clients who do not require intensive intensively staffed, home-like residential setting based on Soteria and Crossing Place models of alternatives to hospitalization.

With the support of a grant from the Community Support Program (CSP) of the Center for Mental Health Services (CMSH) the MCPATH study conducted a randomized trial to compare the clinical effectiveness and costs of the McAuliffe House program with those of a psychiatric ward in a local general hospital. Voluntary public mental health clients (ergo, mostly long term "veterans") deemed in need of hospital level care were randomly assigned to one of the settings. To maximize the potential public policy benefits, the study admitted only clients with Medicare or Medicaid. Clients were not excluded on the basis of psychopathologic criteria (e.g. intensity of psychosis, suicidality). Treatment episode clinical outcome was measured in the domains of symptom improvement, patient satisfaction, completed discharge, and quality of discharge. All relevant treatment episode costs were comprehensively assessed from the perspective of State and general medical intervention, and are willing to accept voluntary treatment.

L.R. Mosher 1995

(Material zum Vortrag auf dem DGSP-Kongreß in Hannover)

---

