

Kerbe



Forum für
soziale Psychiatrie

2021 Mai
Juni
Juli
39. Jahrgang



THEMENSCHWERPUNKT

**Biografisches Arbeiten in
der Sozialpsychiatrie**

Von Krankheitsgeschichten
zu Lebensgeschichten

Positionen im
Psychiatriedialog

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

Die Krankengeschichte und ihr lebensweltlicher Hintergrund

Bruno Hildenbrand, Seite 4

Alltags- und Lebensweltorientierter Ansatz und Biografiearbeit

Klaus Obert, Seite 7

Lebenslinien und Bastelbiografien

Übergänge und ihre Herausforderungen, Elisabeth Nicolai, Seite 11

Biografische Strukturierung auf der Grundlage der Text- und thematischen Feldanalyse

Ein Zugang über die gelebte, erzählte und erlebte Lebensgeschichte, Klaus Masanz-Wolkewitz, Seite 14

Das Genogramm, die Lebenslinie und das Familienbrett

Systemische Biografiearbeit, Ulrike Borst, Seite 17

Das Recht auf Biografie

Langfristig psychotisch erkrankte Menschen – Bedeutung für die therapeutische Arbeit, Katharina Brinkmann und Dorothea von Haebler, Seite 21

Biografiearbeit in der Gerontopsychiatrie

Wie biographisches Arbeiten zum Schatz, aber auch zur Last in der Beziehungsgestaltung werden kann, Bernd Meißnest, Seite 24

Gegen die Logik der Institution

Von der Krankheit zur Wiederherstellung des Individuums in seiner Lebenswelt, Peppe dell'Acqua, Seite 26

Netzwerkerkundung mit dem Eco-Map

Eine Methode der Relationalen Sozialarbeit, Frank Früchtel, Seite 28

Interkulturelle Biografiearbeit: Das Ringen um ein Narrativ!

Iris Tatjana Graef-Calliess und Wielant Machleidt, Seite 31

Digitale Lebensgeschichten

Die Geschichte des Lebens unter den Bedingungen der Digitalisierung, Torben Fischer-Gese, Seite 33

Ungeliebte Erbschaften

NS-Erziehungsmethoden und die persistierenden Ängste vor den kleinen eigensinnigen Haustyrannen, Rose Ahlheim, Seite 35

Schöpferisch kommen wir mit unserer Stärke in Berührung

Angelika Janssen, Seite 37

39 Spectrum

Der Psychiatriedialog schreitet voran

Kinder- und Jugendprojekt im Gleichschritt, Jörg Holke, Seite 39

Positionen der Diakonie im Psychiatriedialog

Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen für die Hilfen für psychisch erkrankte Menschen im Fokus, Katharina Ratzke, Seite 41

Implementierung der S3 Leitlinie zur Verhinderung von Zwang

Eine Herausforderung für die Klinik und die Gemeindepsychiatrie, Tilman Steinert, Sophie Hirsch, PreVCo- Studienteam, Seite 43

46 Nachrichten

47 Termine

Titelfoto: pixabay

Liebe Leserin, lieber Leser

Vom Erklären zum Verstehen. Von der einseitigen auf den Körper begrenzten Definition zur Ganzheitlichkeit des Menschen. Vom naturwissenschaftlichen Defizitmodell zur hermeneutisch verstehenden Denk- und Sichtweise, ohne deren Bezüge zu objektiven gesellschaftlichen Rahmenbedingungen außer Acht zu lassen. Schließlich vom hegemonial geprägten traditionellen naturwissenschaftlich bestimmten medizinischen Modell zum Bestreben nach verständigungsorientierter Begegnung auf Augenhöhe. Das Bemühen um das

Verstehen des Gegenübers und um Verständigung in der Interaktion zwischen Menschen nimmt immer den ganzen Menschen in den Blick. Dies wiederum bedeutet, dass die Lebensgeschichte des Menschen, seine Biografie untrennbar verwoben ist mit dem Selbstverständnis und der Identität, wie der Mensch sich sieht und versteht in seiner aktuellen Lebenslage. Die Gestaltung der Interaktion mit der Lebenswelt und dem Lebenskontext wird geprägt durch das Gewordensein und davon, wie es gelingt, die erlebte und gelebte Biografie in die aktuelle Lebensführung und -gestaltung zu integrieren.

Spätestens seit Freud kehrte die Auseinandersetzung mit der Biografie des Individuums in Theorie und Praxis des psychiatrischen Diskurses ein, wenn auch begrenzt und auf der Grundlage einseitigen Expertenwissens. Erst mit dem Aufbruch der Sozialpsychiatrie und der Krise des traditionellen medizinisch-psychiatrischen Paradigmas nach 1945 kehrte das Bemühen um die gleichberechtigte Auseinandersetzung mit dem psychisch erkrankten Menschen in das alltägliche sozialpsychiatrische Handeln ein – und damit notwendigerweise auch die Befassung mit der Biografie des Individuums mit dem Ziel, Verbindungen aus der individuellen Lebensgeschichte mit der jetzigen Situation und der Erkrankung herzustellen und zu mehr (Selbst-) Verständnis beizutragen.

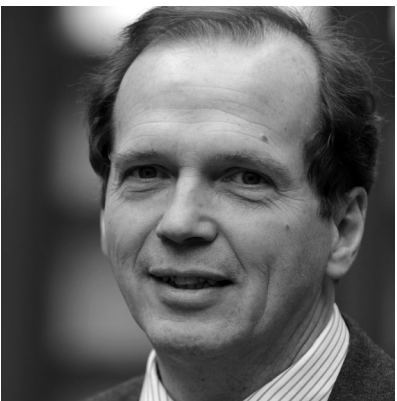
Sozialpsychiatrisches Handeln versucht in der Orientierung an der Subjekthaftigkeit biografische Perspektiven in Theorie und Praxis zu integrieren, wodurch biografische Prozesse wiederum als Teil der Bewältigung der sich stellenden Alltagsaufgaben gewürdigt werden. Demzufolge ist Biografiearbeit im sozialpsychiatrischen Handeln zu einem zentralen Baustein geworden in einer zwischenzeitlich vielfältigen konzeptionellen wie praktischen Ausdifferenzierung. Biografiearbeit drückt sich sowohl in der sozialpsychiatrischen Haltung und Kultur aus wie auch in ihrer vielschichtigen methodischen Ausprägung. Dieses Heft versucht, dieser Entwicklung Rechnung zu tragen und einen Einblick in das mittlerweile breite Spektrum von Biografiearbeit im sozialpsychiatrischen Handeln zu gewähren.

In diesem Sinne werden Verstehens- und Erkenntnisprozesse vom objektiv gelebten Leben zum subjektiv erlebten und schließlich im selbst präsentierten (erzählten) Leben in der Therapie, Behandlung und Begleitung zu einem zentralen Zugang. Hierbei gilt es, Assoziationen und Verknüpfungen zu entwickeln, um schließlich einem Prozess des Fremdwerdens der eigenen Biografie entgegenzuwirken. Dies stellt ein wichtiges Ziel sozialpsychiatrischen Handelns dar, das durch eine stärkende und selbstwirksame Einzelfallhilfe, durch eine auf positive Lernerfahrung ausgerichtete soziale Gruppenarbeit und durch eine ressourcenorientierte Netzwerk- und Sozialraumarbeit methodisch ausgerichtet ist.

Theoretische und konzeptionelle Überlegungen leiten über zur unterschiedlichen Anwendung der Methoden und Herangehensweisen in der praktischen Arbeit bis hin zu beispielhaft herausgestellten Anwendungen bei einzelnen Personenkreisen. Auch die Frage nach Lebensgeschichten im sogenannten digitalen Zeitalter wie auch die biografische Auseinandersetzung mit einer von Gehorsam und Unterordnung bestimmten „Erziehungskultur“ im Nationalsozialismus werden gestreift.

Alle Konzepte und ihre praktisch-methodischen Ausdifferenzierungen und -prägungen vereinigen sich jedoch unter der Klammer des hermeneutischen Ansatzes und Verständnisses und ihrer Bezugnahme auf die Theorien der Phänomenologie und der (kritischen) Alltags- und Lebenswelttheorien (v.a. Husserl, Schütz, Kosik, Heller, Thiersch). Die Grundlage dieser Ansätze besteht in einer gleichberechtigten und demokratisch-verständigungsorientierten und integrativen Herangehensweise innerhalb des sozialpsychiatrischen Handelns. Hegemoniales oder gar einseitig dogmatisches Denken und Handeln liegen diesen Ansätzen fern. Wir wünschen eine inspirierende Lektüre und freuen uns selbstverständlich auf Ihre Rückmeldungen.

*Klaus Obert
Klaus Masanz-Wolkewitz
Jürgen Armbruster*



Die Krankengeschichte und ihr lebensweltlicher Hintergrund

Von Bruno Hildenbrand

Der Begriff der Krankengeschichte ist reduktionistisch, da er die Person auf ihre Krankheit(en) reduziert. Aber auch der Begriff der Lebensgeschichte ist reduktionistisch, insofern er die Person von ihrer Lebenswelt trennt.

Im ersten Teil der nun folgenden Ausführungen werde ich mich diesen Setzungen widmen. Alles wird auf die Lebenswelt hinauslaufen, und es wird die Frage zu behandeln sein, auf welchem Wege man in sozialpsychiatrischer Perspektive zur Verankerung einer Person in ihrer Lebenswelt einen Zugang findet.

Krankengeschichte

Unter diesem Stichwort behandelt Viktor v. Weizsäcker das hier zu bearbeitende Thema. Er war Mediziner, und er schildert an einem eindrucksvollen Beispiel, wohin der Reduktionismus in der Behandlung eines Kranken führen kann!:

Ein Bauer kommt zum Arzt, trägt ihm vor, es tue ihm „im Leibe weh“, und will *wissen*, was das bedeutet. Der Arzt untersucht die Organe des Bauern und findet nichts, „es ist nichts da“, teilt er dem Patienten mit.

Aus Sicht des Bauern ist aber doch etwas da, weshalb er zweifelnd nach Hause geht und den nächsten Arzt aufsucht, von dem er ebenfalls zu wissen begehrt, was da ist. Dieser Arzt ist älter und erfahrener als der zuerst konsultierte Arzt, aber auch er findet nichts. Er weiß aber, dass der Bauer um einen Acker prozessiert. Die Schmerzen im Leibe des Bauern deutet er als Ergebnis von dessen Aufregung um den Ausgang des Prozesses, und er teilt ihm mit: „Du darfst dich nicht aufregen“.

Damit ist das Begehren des Bauern nach Wissen noch nicht gestillt. Von dem Ratschlag, sich nicht aufzuregen, ist er nicht überzeugt, weshalb er zu einem dritten Arzt geht. Auch dieser Arzt findet nichts, weiß aber um die prob-

lematische Beziehung dieses Bauern zu seinem Vater. Jedoch hat er keine Zeit, dieser Verlagerung der Ursachen der Schmerzen auf den Bereich des Seelischen nachzugehen, und er gibt ihm ein Rezept.

Der Bauer hat immer noch keine Antwort auf die Frage, „was da eigentlich ist“, das ihm im Leibe weh tut, auch wenn er sich von der Auskunft des dritten Arztes beeindruckt ließ. Aber auch dieser konnte das Begehren des Bauern nicht auflösen. Schließlich sucht der Bauer in einer benachbarten Stadt einen berühmten Homöopathen auf, der ihm für einige Monate helfen kann. Jahre später wird dieser Bauer wegen einer Gallensteinkolik operiert. Jetzt hat er keine Schmerzen mehr, aber unzufrieden ist er immer noch, denn bisher hat sich kein Arzt auf sein Begehren nach Wissen um die Störung eingelassen.

Keinem der bisher konsultierten Ärzte sei etwas vorzuwerfen, fährt v. Weizsäcker fort, außer, dass gemäß dem damaligen Stand der Erkenntnis (1928) eine Psychotherapie angezeigt gewesen wäre, weil der Zusammenhang zwischen Störungen in den Gallenwegen, der psychischen Verfasstheit und der Verstrickung in einen endlosen Rechtsprozess ein Weg zur Antwort auf die Frage des Bauern, was ihm da im Leibe weh tut, gewesen wäre.

Bis hierher gelangt, sucht v. Weizsäcker nun nach dem *roten Faden*, der sich durch diese Leidensgeschichte zieht, und findet: Bereits der zweite Arzt hätte dem Patienten sagen können „du weißt selbst, was es ist, es ist der boshafte, törichte Trieb, zu prozessieren, und wenn du sofort aufhörst, bist du gesund“ (171.). Damit hätte er dem Bauern nichts Neues gesagt, denn der ahnte derlei bereits, wollte sich aber diesem Wissen aus „Feigheit oder Ängstlichkeit“ heraus nicht stellen. Es fehlt ihm am Entschluss, sich vom Alten zu verabschieden und Neues zu wagen. Beim zweiten Arzt war dieser Weg



Bruno Hildenbrand
Prof. i. R. Dr., geboren 1948 in Oberkirch/ Baden, war bis 2014 Professor für Sozialisationstheorie und Mikrosoziologie am Institut für Soziologie der Friedrich Schiller-Universität Jena.

bereits halb verbaut, da er der Störung den falschen Namen gegeben hatte: „Denn der Prozess regte ihn auf, weil er ungerecht und sinnlos war und weil er das irgendwo in einem fernen Winkel seiner Seele sogar wusste“ (171). Weizsäcker's Fazit aus dieser Geschichte lautet: „So ist aus einem wesentlich moralischen Fall ein wesentlich ärztlicher Fall geworden“ (172). Es geht jetzt um Gerechtigkeit. Auf Grundlage dieses Fallbeispiels gelangt v. Weizsäcker zum nächsten Thema:

Die eigentliche Krankengeschichte

Geholfen hat dem Bauern schließlich der Chirurg. Damit wurde der Fall aber nur „liquidiert“. Jedoch erhält der Bauer dadurch eine neue Chance für künftige Entscheidungen. Bisher wurde die „objektive Naturgeschichte“ durch die „erzählte Wahrheit des Hergangs nur überkrustet“ (176). Diese Wahrheit betrifft die „eigentliche Krankengeschichte“ im Gegensatz zur „äußeren oder naturwissenschaftlichen Krankengeschichte“, und v. Weizsäcker gelangt zu dem Schluss: „So ist es dann ganz sinnlos, in der eigentlichen Krankengeschichte von einer objektiven Diagnose *neben* der Therapie, von einem Erkennen, abgesehen von Behandeln, zu sprechen, da vielmehr jedes Erkennen (verschwiegenes und gesagtes) schon Behandeln ist (falsches oder richtiges)(177).



Zur Erfahrung gelangt der Arzt in der *Weggenossenschaft* mit dem Kranken, die v. Weizsäcker als *Monographie* (Einzelfallbeschreibung) bezeichnet. Sie betrifft nicht nur das Krankhafte, „sondern sie ist die Betroffenheit des Lebens selbst in dem Kranksein; dieses Leben selbst kann immer nur das Leben *dieses wirklichen Menschen* sein“ (177). Von Weizsäcker behandelt hier zwar einen „psychosomatischen Fall“, dennoch lässt sich ein Bogen zur Sozialpsychiatrie schlagen:

Lehren für die Sozialpsychiatrie

Als ich als Mitarbeiter an einer psychiatrischen Universitätsklinik damit begann, im ländlichen Raum einen gemeindepsychiatrischen Verbund aufzubauen (Hildenbrand 2018, Kap.3.3), bewegte mich die Äußerung eines als schizophren diagnostizierten Patienten. Dieser äußert zur psychotischen Situation:

„Du bist wie ein Schiff im Sturm. Es wirft einen Notanker aus als Hilfe beim Abwettern des Sturmes, um den Bug im Wind zu halten; aber es gibt auch ein Gefühl von Geborgenheit für die an Bord, zu glauben, dass man einen Notanker hat, der nicht auf dem Meeresgrunde liegt, sondern Teil der See ist, und der einem zu überleben hilft, und solange sie glauben, dass sie überleben werden als Schiff, solange können sie die Erfahrung des Sturms durchhalten“ (Laing 1972, 149).

Meine Vorstellung war, dass eine gemeindepsychiatrische Einrichtung im unmittelbaren Umfeld der Patienten zu einem solchen Notanker werden könne. Das scheint funktioniert zu haben, wie die Studie von Patrick Jung (2019, 98ff) zeigt, der eine der ersten Patientinnen in dieser Einrichtung gesprochen und das Gespräch analysiert hat. Zur *Weggenossenschaft* gehört, dass in der fraglichen Einrichtung nicht ständig die Mitarbeiter wechseln. Wechsel kann zwar erforderlich sein, dafür hat der gemeindepsychiatrische Verbund verschiedene Bereiche, zwischen denen die Klienten wechseln können. In unserer Einrichtung ist die leitende Sozialpädagogin jüngst nach 35 Berufsjahren bei uns in den Ruhestand gegangen, und der Sozialarbeiter, den wir vor über 30 Jahren eingestellt haben, ist dort immer noch tätig. Damit sind die äußeren Rahmenbedingungen für das Entstehen von *Weggenossenschaft* gegeben².

Es ist kein Wunder, dass ich dafür Beispiele aus der Sozialarbeit/Sozialpädagogik heranziehen kann, denn die *Weggenossenschaft* von Arzt und Patient im heutigen Gesundheitswesen dürfte nur in Ausnahmefällen zu erzielen sein. Ich komme zurück auf den Beitrag von v. Weizsäcker: Was zunächst als Krankengeschichte erzählt wird, wird schließlich zur Lebensgeschichte, die sich zeigt, wenn man „der Fülle des wirklichen Lebens offen steht“ (172). In Bezug auf das hier zu verhandelnde Thema kann also der Schluss gezogen werden, dass eine Krankengeschichte, die nicht zur Fülle des Lebens des Patienten führt, diesem nicht hilft. Bemerkenswert im vorliegenden Zusammenhang ist, dass im Fallbeispiel der Arzt das wirkliche Leben seines Patienten, dessen Beruf und aktuelle Lebensumstände wenigstens in Aspekten kennt.

Lebensgeschichte (Biografie)

„Jede rechte Krankengeschichte führt zur Biografie“, schreibt 20 Jahre später Karl Jaspers, und mit „Biografie“ meint er „Beschreibung und Erzählung eines Lebens“ (1946, 563). Damit sind zwei Punkte angesprochen, die bereits v. Weizsäcker bewegten: die Geschichtlichkeit eines Lebens und deren Einzel-fallbeschreibung.

Die bisherigen Ausführungen können für eine Grundlegung sozialpsychiatrischen Handelns noch nicht befriedigen. Noch sind sie zu sehr dem Ego (des Kranken) verhaftet, wenn auch v. Weizsäcker die „wirkliche Welt“ des Patienten berücksichtigt. Auf diese, also auf die Welt, kommt es mir jetzt an. Somit wende ich mich nun den Konzepten des Psychiaters Ludwig Binswanger zu. Dieser hat Heideggers Konzept des „In-der-Welt-seins“ aufgegriffen und für seine Arbeit fruchtbar gemacht³.

Mit dem Verweis auf Martin Heidegger und auf Ludwig Binswanger betrete ich das Terrain der Phänomenologie des Edmund Husserl. Sein wesentliches Konzept ist das der Lebenswelt. Die Lebenswelt gilt als Boden und als Fundament, auf dem sich unser alltägliches Leben abspielt, auf dem die Differenzierung von Ich und Anderen⁴, wie auch alle Arten der Rationalisierung, auch der wissenschaftlichen, sich ereignen. Für sozialpsychiatrische Tätige heißt das in Bezug auf den Klienten (m/w/d), dass dessen Welt zu erschließen ist. Es

ist eine Welt der Sorge, die das Dasein konstituiert. Was einem in dieser Welt begegnet, erhält seinen Sinn von dem *Verweisungszusammenhang*, in dem es *situativ* begegnet:

Dazu ein Beispiel aus Hildenbrand (2021): Wir sehen ein Haus am Ortsrand (mit Hilfe von Google Maps). In der Ortsmitte sehen wir den Wendeplatz für die Schulbusse. Der Zusammenhang und damit der Verweis auf die Problematik des Klienten wird klar, wenn wir mit ihm seine Lebensgeschichte erschließen und er seine Geschichten erzählt. Diesen Zusammenhang zu erkennen führt zur „eigentlichen Krankengeschichte“.

Mit diesem Ansatz stehen die zitierten Autoren nicht isoliert in der philosophischen Welt. Helmuth Plessner, Vertreter der philosophischen Anthropologie, schreibt: „Denn es entspricht dem Menschen, zu seiner Umgebung Du zu sagen und, was er selbst ist, im Widerschein der Welt zu suchen.“ (1975, 71). Man soll allerdings das Kind nicht mit dem Bade ausschütten. So sehr ich ablehne, die Position der Differenzierung von Ich und Anderen, von Innenwelt und Außenwelt absolut zu setzen, so wenig halte ich es für sinnvoll, dabei stehen zu bleiben. Jemand, der in seiner Welt lebt, entwickelt natürlich auch einen Standpunkt in Bezug auf sich in dieser Welt. Diesen Standpunkt drückt er aus in den Geschichten, die er darüber erzählen kann.

Jetzt wird es kompliziert: Jeweils unter Berufung auf die Phänomenologie behaupte ich, dass jedermann in eine Welt hinein geboren wurde, deren Teil er ist, dass er aber andererseits auch einen Standpunkt gegenüber dieser Welt entwickelt, der sich in Geschichten ausdrückt. Welche Hilfsmittel stehen zur Verfügung, um sich diesem komplexen Zusammenhang von Klienten, denen man im sozialpsychiatrischen Alltag begegnet, zu nähern? Dazu werde ich im letzten Abschnitt dieser Abhandlung einen Vorschlag machen.

Genogrammarbeit⁵

Das Genogramm ist in der Familienberatung bekannt. Es gilt dort als Möglichkeit, sich eine leichte Übersicht über einen Familienzusammenhang zu verschaffen (McGoldrick und Gerson 1990).

Ein solcher Überblick ist nicht unnützlich, man weiß dann immerhin, mit wem



man es zu tun hat – vorausgesetzt, man legt Wert auf die Information über den personalen Lebenszusammenhang des Patienten, der einem anvertraut wurde. Jedoch ist damit das Potenzial der Genogrammarbeit nicht ausgeschöpft. Es fängt mit der Skizze erst an. Mich interessieren die Wahlen, mit denen sich der Klient in sein Leben hinein entwirft. Das Vorgegebene wird dadurch zum Aufgegebenen. Im Wählen stehen vor ihm offene und problematische Möglichkeiten (Husserl 1948: 105ff.). Offene Möglichkeiten beziehen sich auf solche, für die nichts spricht, während problematische Möglichkeiten solche sind, für die etwas spricht (Schütz 1971, 91ff.). Ein Beispiel: Bevor die Landwirtschaft nach 1950 mechanisiert wurde, bestand das Hauptgeschäft der Schmiede im Hufbeschlag. Mit dem Aufkommen von Traktoren ging dieses Geschäft stark zurück. In der so für Schmiede sich abzeichnenden wirtschaftlichen Krise eröffneten sich Möglichkeiten, offene und problematische. Eine offene Möglichkeit, für die *nichts* sprach, wäre damals gewesen, in den Raketenbau einzusteigen. Eine problematische, für die *etwas* sprach, war, auf Fahrzeugbau umzustellen. Diese Möglichkeit hat den Vorzug, mit dem vorhandenen Potenzial an Kompetenzen arbeiten zu können.

Folgende für die Genogrammarbeit zentrale Elemente enthält dieses Beispiel:

1. Man geht drei Generationen zurück. Das ist hier der Schmied.
2. Man vergewissert sich der damals herrschenden Zeitverhältnisse ökonomischer und sozialer Art.
3. Man fragt nach den offenen und problematischen Möglichkeiten, ohne bereits zu wissen, was tatsächlich geschehen ist (das ist das „Prinzip der Kontextfreiheit“, Wernet 2000, 21).
4. Inzwischen ist man so weit gelangt, dass man nach dem suchen kann, was v. Weizsäcker den „roten Faden“ nennt. Dafür haben sich heute die Begriffe des Musters bzw. der *Fallstrukturhypothese* eingebürgert.

Im angeführten Fall besteht der rote Faden darin, dass der Schmied seine Innovationskraft auf die eigenen Ressourcen konzentriert und einen Anschluss an die wissenschaftlich-technische

Entwicklung ignoriert, was bis zur dritten Generation andauert und dort eine Krise erzeugt, die mittels Hinzunahme externer Expertise und durch Ausweitung des Geschäftsfeldes (vom Langholztransport zum Schwertransport) bewältigt wird.

Aus diesem Beispiel ergibt sich: Ein Rätsel ist die Genogrammarbeit nicht. Es genügt, sich unbefangen an das Material zu setzen und sich ihm zu öffnen. Soweit, so gut. Aber was fängt man damit im sozialpsychiatrischen Alltag an? Angenommen, ich wäre anfangs

Ein Rätsel ist die Genogrammarbeit nicht. Es genügt, sich unbefangen an das Material zu setzen und sich ihm zu öffnen. Soweit, so gut. Aber was fängt man damit im sozialpsychiatrischen Alltag an?

der 1980er Jahre so weit gewesen, wie ich heute in Sachen Genogrammarbeit bin, wäre ich wie folgt vorgegangen: In einem Erstaufnahmegespräch hätte ich zusammen mit dem Klienten (Sie wissen schon: m/w/d) eine Genogrammskizze erstellt. Unter Umständen wäre

ich auf Widerstand gestoßen, sowas habe er in seiner langen Karriere als Psychatriepatient noch nicht erlebt. Entsprechend hätte ich für dieses Vorgehen werben müssen. Hätte jedoch der Klient kooperiert, wären an der einen oder anderen Stelle der Genogrammaufzeichnung Leerstellen oder Wissenslücken aufgetreten, die er durch Nachfragen hätte füllen können.

Bei der Genogrammkonstruktion hätten wir in der Mitarbeitergruppe das Genogramm gemeinsam rekonstruiert und dabei das Wissen aller Beteiligten herangezogen. Zum Prinzip der Kontextfreiheit hätte auch gehört, dass diese Arbeit der Kenntnisnahme bestehender Krankenunterlagen, Diagnosen etc. vorgezogen worden wäre. Man bildet sich zunächst seine eigene Auffassung. Geduldig hätten wir uns von Generation zu Generation vorgearbeitet. Schließlich zu einer Fallstrukturhypothese gelangt, hätten wir vergleichend zum spontan erinnerten Programm das ergänzte Genogramm hinzugezogen. Dann hätten wir die Geschichten berücksichtigt, die der Klient immer wieder über sein Leben erzählt. Mitunter wäre Murren von Mitarbeiterseite zu hören gewesen: Sie hätten jetzt Wichtigeres zu tun als darüber nachzudenken, welche Handlungsoptionen einem Schmied im Schwarzwald in den 1950ern zur Verfügung standen. Reagiert hätte ich hier mit dem Verweis auf die „zehn Thesen zur Zeit in

der Psychiatrie“ (Ciompi 1990)⁶. Solche Einwände kommen in der Regel von Unerfahrenen in der Genogrammarbeit, also solchen Mitarbeitern, die bis dahin von deren Potenzial noch nichts gehört haben und allem Neuem kritisch gegenüber eingestellt sind.

Eine solche Genogrammarbeit kann am Anfang einen ganzen Nachmittag oder Abend in Anspruch nehmen. Mit wachsender Erfahrung wird man diesen Zeitbedarf auf zwei Stunden reduzieren können. Die Faustregel lautet: Je mehr Zeit man am Anfang in die Rekonstruktion eines Genogramms investiert und je mehr die Teilnehmer auf Geschwindigkeit verzichten, eng am Material bleiben und auf methodische Stringenz ihres Vorgehens achten, desto rascher wird sich ein Ergebnis einstellen.

Das Ergebnis einer solchen Herangehensweise wird sein, dem Klienten angemessene („maßgeschneiderte“) Betreuungsangebote zu machen, zu wissen, was man sich an Interventionen sparen kann, und auftretende Krisen angemessen zu deuten und darauf zu reagieren. So wird aus dem erwähnten Notanker mehr als das unspezifische Angebot, für den Patienten da zu sein. Das initiale Stochern im Nebel wird im besten Fall bald einem mit dem Patienten ausgehandelten planvollen Vorgehen weichen. Und ein Letztes: Das gemeinsame Versenken in die Lebensgeschichte des Patienten hat als erwünschte Nebenwirkung, der Begegnung in der Betreuung ein nachhaltiges Fundament zu bereiten (Hildenbrand 2017). ●

Anmerkungen

¹ V. v. Weizsäcker, Gesammelte Schriften 5 (1987, 48–66. Ich zitiere nach Janz (Hrsg.) 1999, 169–183.

² Der Segen der Weggenossenschaft wurde jüngst durch eine Studie bestätigt: „Wer seinem Arzt die Treue hält, lebt gesünder und länger“, berichtet am 11.7.2018 die Süddeutsche Zeitung (Autor der Studie Denis Pereira Gray).

³ Die Erwähnung Heideggers wird manchem nicht gefallen. Zwar stimmt es, dass Heidegger ein verbohrtter Nazi war. Jedoch neige ich dazu, Werk und Leben voneinander zu trennen und aus dem Werk das zu schöpfen, was das Denken befördert. Dazu gehören, „Sein und Zeit“ (1926) sowie die Vorlesung „Hermeneutik der Faktizität“ aus dem Jahr 1923.

⁴ Wenn der Trainer der deutschen Skisprungmannschaft sagt, „er könne nicht in die Köpfe seiner Athleten hineinsehen“, dann ist das zwar eine Differenzierung von Ich und Anderen, die aber auf der Grundlage



einer gemeinsamen Welt, der des Skisprungs als Leistungssport, stattfindet.

⁵ In Bezug auf die Genogrammarbeit kann ich mich hier auf deren Grundzüge beschränken. Details und Fallbeispiele finden sich reichlich in Hildenbrand 2005, 2018a und 2021.

⁶ These drei: „Die Psychiatrie ist die Disziplin der Geduld, der Langmut“. (Ciompi 1990, 14).

Literatur

Ciompi, Luc (1990): Zehn Thesen zum Thema „Zeit in der Psychiatrie“. In: Ciompi, Luc, und Dauwalder, Hans-Peter Hg: Zeit und Psychiatrie – sozialpsychiatrische Aspekte. Bern, Stuttgart, Toronto: Verlag Hans Huber. S. 11-25.

Hildenbrand, Bruno (2005): Einführung in die Genogrammarbeit. Heidelberg: Carl Auer Systeme Verlag.

Hildenbrand, Bruno (2017): Zum Begriff der Begegnung. In: Leben ist Begegnung. Stachowske, Ruthard (Hrsg.), Kröning: Asanger, S. 8 – 17.

Hildenbrand, Bruno (2018): Klinische Soziologie – ein Ansatz für absurde Helden und Helden des Absurden. Wiesbaden: SpringerVS (2. Aufl.)

Hildenbrand, Bruno (2018a): Genogrammarbeit für Fortgeschrittene. Vom Vorgegebenen zum Aufgegebenen. Heidelberg: Carl Auer-Systeme Verlag.

Hildenbrand, Bruno (2021): Grundlagen der Genogrammarbeit – die Lebenswelt als Ausgangspunkt sozialpsychiatrischer Praxis. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht (im Druck).

Husserl, Edmund (1948): Erfahrung und Urteil – Untersuchungen zur Genealogie der Logik. Hamburg: Claassen und Goverts.

Janz, Dieter, Hrsg. (1999): Krankengeschichte. Biografie Geschichte Dokumentation. Würzburg: Königshausen und Neumann

Jung, Patrick (2019): die „verführerische Banalität“ strukturbildender Orte – soziologische Perspektiven auf die Gemeindepsychiatrie in Deutschland. Weinheim Basel: Beltz Juventa

Laing, Ronald D. (1972): Phänomenologie der Erfahrung. Frankfurt am Main: Suhrkamp (5. Aufl.).

McGoldrick, Monica, Gerson, Randy (1990): Genogramme in der Familienberatung. Bern Stuttgart Toronto: Verlag Hans Huber

Plessner, Helmuth (1975): Die Stufen des Organischen und der Mensch. Sammlung Göschen, Bd. 2200 (Walter de Gruyter: Berlin, New York).

Schütz, Alfred (1971): Das Wählen zwischen Handlungsentwürfen. In: ders., Gesammelte Aufsätze 1. Den Haag: Martinus Nijhoff. S. 77-110.

Weizsäcker, Viktor v. (1987): Gesammelte Schriften 5, Frankfurt am Main: Suhrkamp. Darin: Krankengeschichte.

Wernet, Andreas (2000): Einführung in die Interpretationstechnik der objektiven Hermeneutik. Opladen: Leske und Budrich.

Alltags- und Lebensweltorientierter Ansatz und Biografiearbeit

Von Klaus Obert

*Die Biografie des Individuums in seiner Lebenswelt nimmt in Konzept und Praxis des (sozialpsychiatrischen) kritischen alltags- und lebensweltorientierten Ansatzes einen konstitutiven Raum ein. Die Arbeit mit (psychisch kranken) Menschen in schwierigen bis unzumutbaren Lebensverhältnissen mit dem Ziel der Alltagsbewältigung und einem gelingenderen Alltag ist bestimmt durch verstehendes und verständigungsorientiertes Handeln. Die Auseinandersetzung mit der Biografie der Adressat*innen ist eingelassen in eine niederschwellige, flexible ganzheitliche Sicht- und Herangehensweise. Sie versucht, Biografisches mit der aktuellen Lebenslage, der individuellen Lebensführung und damit auch der Bedeutung und den Folgen der psychischen Erkrankung zu verbinden (zu integrieren) mit dem Ziel der Förderung von Verstehen und Selbstreflexivität. Die sich stellenden Alltagsaufgaben sollen zufriedenstellender und kohärenter bewältigt werden können – und dies wiederum unter den Bedingungen von sich relativ schnell verändernder und eher unübersichtlicher gewordenen gesellschaftlichen Verhältnisse, die wiederum Anforderungen an die individuelle Lebensführung verstärken.*

Der alltags- und lebensweltorientierte, sozialpsychiatrische Ansatz

Alltagsorientierte Sozialpsychiatrie stellt den Menschen im sozialen Feld, in seiner Lebenswelt in den Mittelpunkt des Handelns. Der Respekt vor dem Anderen in seinem Anderssein, die Akzeptanz und Förderung des Eigensinnes der Adressaten sind grundlegend für das Handeln und das Verstehen des Menschen im Kontext seiner Lebenswelt. Der Mensch wird als soziales Wesen gesehen, das die Aufgabe hat, aktiv in der Interaktion mit seinem Umfeld die Kompetenzen zu erwerben, die es ihm er-



Klaus Obert

Dr., Bereichsleiter der Sucht- und Sozialpsychiatrischen Hilfen beim Caritasverband für Stuttgart e.V. und Redaktionsmitglied der Kerbe.

möglichen, das Aufgegebene zu bewältigen und das Neue zu integrieren. Erst wenn dieser Ausgleich und die Befindlichkeit von Individuum und Umgebung (gelingender und weniger gelingender Alltag) auseinanderdriften und damit Fähigkeiten, Ressourcen und Möglichkeiten nicht (mehr) in erforderlichem Maße vorhanden sind, können Spannungen, Irritationen, Missverständnisse und in fließendem Übergang krankheitsrelevante Verhärtungen entstehen. Der diesem Konzept aus der Alltagstheorie¹ zugrundeliegende multifaktorielle Ansatz geht vom Zusammenwirken somatisch-genetischer Konstitution, psychischen (sozialisationsbedingten) Entwicklungsmöglichkeiten sowie defizitären und prekären materiellen und sozialen Lebensbedingungen aus, was letztlich zur Manifestation einer psychischen Erkrankung führt bzw. führen kann. (Zur weitgehenden Übereinstimmung der sozialpsychiatrischen Leitlinien und den Zielen des Lebensweltkonzepts: Obert 2001, v.a. S. 133-138).

Das alltags- und lebensweltorientierte, sozialpsychiatrische Handeln ist ganzheitlich, offen, mischt sich ein, übernimmt Verantwortung, mutet aber auch zu – sowohl dem Einzelnen wie der Umgebung. Es fördert Selbsthilfe und

¹ Ausführlichere Angaben zur Alltags- und Lebenswelt orientierten Theorie können beim Verfasser des Beitrags angefordert werden: k.obert@caritas-stuttgart.de



fordert diese heraus im partnerschaftlichen und dialogischen Aushandeln. Es strukturiert, ordnet und plant mit Phantasie und Kreativität (strukturierte Offenheit). Es übernimmt aber auch Verantwortung, wenn Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen und „stiehlt sich nicht davon“ unter einer fadenscheinigen Berufung auf die Freiheit und Autonomie des Einzelnen, die in nicht wenigen Situationen in Verwahrlosung und Verelendung münden kann.

Sozialpsychiatrisches Handeln trägt zur Emanzipation, zur Erweiterung der Persönlichkeit und des damit verbundenen Handlungsrahmens bei (Empowerment und Resilienz) und fördert die Teilhabe und Teilnahme im Sozialraum. Es ist eine ethisch-moralische, gesellschaftskritische Bewegung und Herausforderung gegen eine Welt von Ausgrenzung und Objektivierung. Sozialpsychiatrie entinstitutionalisiert, und unterstützt die Betroffenen in ihren eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten (Salutogenese). Alltags- und lebensweltorientiertes, sozialpsychiatrisches Handeln nimmt auf verschiedenen Ebenen Einfluss auf das Alltagsleben ihrer Adressat*innen (Einzelfallarbeit, Netzwerkarbeit, Kooperation, Organisationsentwicklung und „politische Einmischung“) in Verbindung mit Sozialraumarbeit mit dem Ziel der Veränderung des Gemeinwesens und nicht der einseitigen Anpassung der Betroffenen an die oft prekären Lebensbedingungen (Obert 2001 und Obert et al. 2018).

Ein wesentliches Ziel einer so begründeten Arbeit besteht darin, zu einem gelingenderen Alltag für den Einzelnen und seiner Umgebung beizutragen, um schließlich die gestellten Aufgaben in der Spannung von positiver Routine und der Integration von Neuem zu bewältigen (Thiersch 1995, und Thiersch 2020, vor allem S. 88–106 und 193–198).

Zur Rolle und Bedeutung der Biografie (-arbeit) in diesem Konzept

Im alltags- und lebensweltorientierten Verständnis des Denkens und Handelns nimmt die Befassung mit der Biografie eine unverzichtbare Stellung ein. In der Auseinandersetzung mit der Biografie und dem Ziel, diese in das Alltagsleben mit dessen Deutungs- und Handlungsmustern zu integrieren, rückt die Förderung des Verstehens und die erweiterte Reflexion in der Interaktion des Indivi-

duums mit seiner Umgebung und mit sich selbst mehr und mehr in den Blickpunkt des professionellen Handelns. Es geht in der Orientierung an der Subjekthaftigkeit des Menschen und der Interaktion mit seiner Umgebung darum, die erlebte und die gelebte Biografie in die Herausforderungen und Bewältigungsaufgaben, die der Alltag stellt, zu integrieren. Die professionelle Tätigkeit (unabhängig vom Feld oder der Profession) vollzieht sich immer innerhalb des Risikos, die Erzählungen, Erinnerungen und Interpretationen des Gegenübers in der Funktion des Professionellen vor dem Hintergrund der bestimmenden Matrix institutioneller Macht und Professionalität einseitig zu bestimmen.

Vor diesem Hintergrund fragiler (weil asymmetrischer) dialogischer Ausgangsbedingungen geht es in der Biografiearbeit um die Rekonstruktion der Abfolge des Lebens in seinen Entwicklungsstufen. Insbesondere geht es darin um deren Übergänge, z.B. von der familialen Abhängigkeit und Unselbstständigkeit hin zur Selbstständigkeit als angestrebte Eigenschaft des Erwachsenenstatus verbunden mit der Aufgabe des Aufbaus eines eigenständigen und selbst zu verantwortenden Lebensplanes. Damit gehen wiederum, häufig bedingt durch prekäre Lebensverhältnisse im Bereich der sozialpsychiatrischen Versorgung, häufig schwer zu bewältigende Wechsel und Übergänge zwischen einzelnen Lebenswelten einher, z.B. zwischen arbeitsweltlichen Konstellationen, familialen Verhältnissen, zwischen verschiedenen, eventuell sogar gegensätzlich sich präsentierenden Milieus (Drogenszene, Selbsthilfebewegung, Arbeit oder Arbeitslosigkeit, Familie, Isolierung in einer fremd gewordenen Umgebung, Einbindung in Institutionen der Psychiatrie). Oder wie es Schulze formuliert: „Jede Biografie ist eine Bewegung (.biografische Bewegung“) von einer Lebenswelt, in der man geboren wird, hin zu vielen anderen Lebenswelten, in die man hineingerät oder die man sich selbst erschafft. Nacheinander gewinnen die unterschiedlichen Lebenswelten in der Folge der Lebensalter eine besondere Bedeutung. Wir verlassen die eine, um in die andere einzutreten. Wir ziehen um, gehen fort,

laufen weg ... Oft treten wir in eine für uns neue Lebenswelt ein, ohne die bereits bekannte verlassen zu haben. Wir leben dann in mehreren Lebenswelten nebeneinander...“ (Schulze, S.113). Untrennbar damit verbunden und darin eingelassen ist der Hintergrund, d.h. die jeweilige Biografie und deren Verarbeitung und Deutung innerhalb des eigenen Selbstverständnisses und deren bewusstes, häufig jedoch auch unbewusstes Hineinwirken in das aktuelle

Alltagsgeschehen. Nicht nur in der sozialpsychiatrischen Arbeit handelt es sich dabei oft um traumatische Erfahrungen in der Kindheit und im Jugendalter, die sich auf das Alltagsleben und die Entstehung sowie auf den Verlauf psychischer Erkrankungen auswirken und diese nicht unwe-

sentlich mitprägen.

Kritische alltags- und lebensweltorientierte Arbeit handelt in zunehmend entgrenzten gesellschaftlichen Verhältnissen in unterschiedlichsten Lebenslagen unter gleichzeitig zunehmender Individualisierung der Lebensführung. In seinen verschiedenen nacheinander aufbauenden, auch teilweise gleichzeitig bestehenden und ineinandergreifenden Lebenswelten findet sich das Individuum in einer Lage wieder, in der es hinsichtlich seines Lebensentwurfs und seiner Lebensplanung weitgehend auf sich allein gestellt ist, ohne eingebettet zu sein in verlässliche und vertraute, identitätsstiftende, überschaubare Beziehungen und Bedingungen (Freiheit zur entgrenzten und selbstverantworteten Entwicklung aber auch zum selbst zu verantwortenden Scheitern). Die Zuschreibung der Selbstverantwortung für die individuelle Entwicklung bestimmt sich auf den Grundlagen einer tendenziell entsolidarisierten Gesellschaft, die zur Überforderung, zur „Erschöpfung des Selbst“ (Ehrenberg), ja zum Scheitern des Individuums führen kann. Die unverzichtbare Miteinbeziehung biografischer Erfahrungen und ihre „identitätswirksame Ablage“ unter gleichzeitiger Einflussnahme auf das aktuelle Verhalten und Handeln des Betroffenen wie des Professionellen sind gerade in entgrenzten, pluralisierten und individualisierten gesellschaftlichen Verhältnissen so anspruchsvoll wie notwendig, wie es die Orientie-

Die Zuschreibung der Selbstverantwortung für die individuelle Entwicklung bestimmt sich auf den Grundlagen einer tendenziell entsolidarisierten Gesellschaft, die zur Überforderung, zum Scheitern des Individuums führen kann.



rung professionellen Handelns in und an der Lebenswelt des Individuums überhaupt ist, um auch so angemessen wie möglich dem (psychisch kranken) Individuum in seiner Lebenswelt gerecht zu werden. Auch wenn sozial-psychiatrisches Handeln alle möglichen Interessen der Gesellschaft (Soziale Kontrolle und Ordnung), verschiedener Gruppen (Bedürfnisse der Angehörigen etc.), und darin der Betroffenen und das Handeln im institutionellen Auftrag zu berücksichtigen und zu gewährleisten hat, kommt es in der Förderung eines gelingenderen Alltags und der Lebensbewältigung immer darauf an, die Biografizität als unverzichtbares Element in die Alltagsarbeit zu integrieren. Habermas bringt diese Thematik anschaulich und nachvollziehbar auf den Punkt: *„Die Identität des Erwachsenen bewährt sich in der Fähigkeit, aus den zerbrochenen oder überwundenen Identitäten neue Identitäten aufzubauen und mit den alten so zu integrieren, dass sich das Geflecht der eigenen Interaktionen zur Einheit einer zugleich unverwechselbaren und zurechenbaren Lebensgeschichte organisiert. Eine solche Ich-Identität ermöglicht gleichzeitig Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung...In dem Maße, wie der Erwachsene seine Biografie übernimmt und verantwortet, kann er in den narrativ eingeholten Spuren der eigenen Interaktionen auf sich selbst zurückkommen. Nur wer seine Lebensgeschichte übernimmt, kann in ihr die Verwirklichung seiner selbst anschauen. Eine Biografie verantwortlich übernehmen heißt, sich darüber klarzuwerden, wer man sein will, und aus diesem Horizont die Spuren der eigenen Interaktionen so zu betrachten, als seien sie Sedimente der Handlungen eines zurechnungsfähigen Urhebers, eines Subjektes also, das auf dem Boden eines reflektierten Selbstverhältnisses gehandelt hat (Habermas Band 2 1995. S. 150 f).“*

Fallbeispiel

Frau M. ist 65 Jahre alt, lebt allein von einer kleinen Rente in einer kleinen Mietwohnung in einem sozialen Brennpunkt. Von Beruf ist sie Buchhändlerin, jedoch schon seit über 20 Jahren krankheitsbedingt frühberentet. Bis zum Tod ihrer Mutter vor 9 Jahren lebte sie gemeinsam mit ihr in der elterlichen Wohnung, in der sie seit ihrem zehnten Lebensjahr auch aufgewachsen ist. Der

Erhalt ihrer Wohnung und die Hoffnung dort wenn möglich bis zu ihrem Tod bleiben zu können, ist für sie von wichtiger Bedeutung. Dementsprechend ist ihre Wohnung sehr individuell und speziell eingerichtet mit vielen für sie bedeutungsvollen familiären Erinnerungsstücken von früher und lässt für Bewegung kaum Platz. Als musisch und künstlerisch interessierter Mensch verbringt sie ihre Zeit vorrangig mit Bücher lesen und dem Hören von klassischer Musik. Hin und wieder spielt sie auch noch selbst auf ihrem Violoncello. Kontakte und Beziehungen pflegt sie zu ihrer Schwester und deren Familie, die allerdings weit weg von ihr wohnt. Ansonsten hat sie de facto keine Kontakte zu anderen Menschen. Aufgrund ihrer körperlichen Erkrankungen (Herzprobleme, chronische Bronchitis) benötigt sie regelmäßig Hilfe beim Einkauf. Ihren Haushalt kann sie, bedingt durch ihre körperlichen Erkrankungen, mit Einschränkungen selbstständig führen. Frau M. erkrankte im Alter von ca. 25 Jahren an einer paranoid halluzinatorischen Psychose mit häufigen und oft langen stationären Unterbringungen. Es fiel ihr schwer, bzw. es gelang ihr kaum, ohne professionelle Unterstützung nach den stationären Unterbringungen ihren Alltag zu bewältigen und zu

verstehen, dass sie psychisch krank ist, geschweige denn die Erkrankung in ihr Alltagsleben zu integrieren. Als sie bei einer weiteren Unterbringung ein Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Hilfen aufsuchte, befand sie sich in einer prekären materiellen, sozialen und gesundheitlichen Lebenslage mit Schulden in Höhe von nahezu 20.000 €. Sie hatte in Verkennung der Realität versucht, eine Buchhandlung in ihrer Wohnung einzurichten. Frau M. hatte stark an Gewicht verloren und lebte isoliert in einer un-aufgeräumten Wohnung. Die Arbeit mit ihr spiegelt u.a. die enge Verknüpfung von gelebter, erlebter und interpretierter Biografie mit dem Alltagsleben wieder. Eine wesentliche Bedeutung in ihrer Biografie nimmt ihre Familie ein in Verbindung mit dem Wohnraum. Sie lebt dort seit ihrer Schulzeit und möchte bis zum Lebensende wenn möglich dort auch wohnen bleiben. Dieser starke Wunsch bot einen guten Anknüpfungspunkt für die Kontaktabbauung und den Aufbau einer Vertrauensbeziehung für die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi). Das vorrangige Ziel bestand und besteht im Erhalt der Wohnung und in der Ausweitung ihres Lebensraumes über die Wohnung hinaus.

punkt für die Kontaktabbauung und den Aufbau einer Vertrauensbeziehung für die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi). Das vorrangige Ziel bestand und besteht im Erhalt der Wohnung und in der Ausweitung ihres Lebensraumes über die Wohnung hinaus.

Frau M. lebte zu Beginn der Betreuung aus unserer Sicht in der Vergangenheit: Ihr Alltag war geprägt von der Erinnerung an das Zusammenleben mit ihren Eltern in dieser Wohnung. Die unzähligen Requisiten und Einrichtungsgegenstände aus der Vergangenheit (Bilder, Figuren, Möbel, Geschirr etc.) waren beredtes Zeugnis des Lebens im „my home is my castle“, so eine eindeutige Aussage von ihr. Mehr und mehr hat sie sich von der Außenwelt in ihre Wohnung, sozusagen in ihr „Schneckenhaus“ zurück gezogen.

Zu ihrer Mutter bestand bis zu deren Tod eine enge Beziehung. Beide waren aufeinander angewiesen. Die Mutter muss wohl in Krisenzeiten von Frau M. enorm überfordert gewesen sein und

Die Mutter muss wohl in Krisenzeiten enorm überfordert gewesen sein und musste nicht selten die Polizei zur Hilfe rufen aufgrund der stark manisch geprägten Aktivitäten von Frau M.

musste nicht selten die Polizei zur Hilfe rufen aufgrund der stark manisch geprägten Aktivitäten von Frau M, so die Schwester von Frau M. und auch sie selbst.

In jungen Jahren absolvierte sie erfolgreich die Lehre als Buchhändlerin, obwohl sie sich lieber der Musik gewidmet hätte, was aber aus finanziellen Gründen der Familie nicht möglich war. Über lange Jahre hat sie früher sehr aktiv im Chor gesungen und Violoncello spielen gelernt.

Warum sie alleingelassen ist und keine eigene Familie gegründet hat, konnte trotz des engen Kontaktes und einer stabilen Vertrauensbeziehung mit den Mitarbeiter*innen des SpDi nicht wirklich rekonstruiert und erfahren werden. Auf diese Frage antwortete sie kurz und knapp und eher oberflächlich sachlich: Das hätte sich einfach nicht ergeben, da sie sich als ältere Schwester vorrangig um ihre Eltern kümmern musste.“ Gründe für ihre Erkrankung interpretiert sie so, dass traumatische Erfahrungen während der Kriegszeit (Bombennächte im Luftschutzkeller) mit verantwortlich sein könnten. Ansonsten kann sie als Auslöser oder verursachende Gründe nichts mit ihrer psychischen Erkrankung in Verbindung bringen.



Vorsichtige Versuche, Konstellationen und Dynamiken der Familie zumindest als ein mit auslösender Faktor für ihre psychische Erkrankung verantwortlich zu machen, wies sie weit von sich.

Sie versuchte schließlich, in ihrer Wohnung einen Buchhandel einzurichten. Dieses Vorhaben könnte als Versuch gewertet werden, die Vergangenheit der Lebenswelt „Arbeit“ in die Gegenwart hereinzuholen, indem sie nicht als Buchhändlerin im Buchladen arbeitet, sondern dies in ihrer Wohnung verwirklichen wollte. Eine derartige Planung ist zwar nachvollziehbar, aber ist gleichzeitig insofern realitätsverkennd, als dass eine erfolgreiche Umsetzung nicht mit den Anforderungen standhalten konnte und zum Scheitern verurteilt war; eine zu kleine

Wohnung, keine ausreichenden kaufmännischen Kenntnisse, ohne Unterstützung von irgendjemand und völlig auf sich allein gestellt. Schließlich wuchs ihr der Buchhandel von Zuhause aus so über den Kopf, dass sie die Forderungen der Gläubiger ungelesen im Müll entsorgte und die Bücherlieferungen sich in der Wohnung stapelten. Die Verknüpfung der Lebenswelt „Arbeit“ aus der Vergangenheit mit der Gegenwart war gescheitert und nach und nach wurden gemeinsam mit ihr Vergleiche mit den Gläubigern ausgehandelt. Diese Interpretation konnte auch mit ihr so thematisiert werden und sukzessive eine gegenwartsorientierte Alternative aufgebaut werden. Diese vollzog sich auf der Grundlage, dass es ihr mit unserer intensiven Unterstützung und Hilfe gelang, ihre Wohnung, mit der zentrale Elemente ihrer Biografie verbunden sind, Schritt für Schritt wieder zu verlassen und die Lebenswelt Wohnraum auf einen Lebensraum in ihrem Quartier und darüber hinaus auszuweiten.

Die Kontakte und Beziehungen mit den Mitarbeiter*innen der Sozialpsychiatrischen Hilfen stabilisierten sich in der Auseinandersetzung mit ihrer Biografie, der aktuellen Lebenslage und ihrer psychischen Erkrankung und waren zunehmend durch eine Vertrauensbeziehung geprägt. Dadurch konnte ihr u.a. die Tagesstätte des Gemeindepsychiatrischen Zentrums (GPZ) und das Zuverdienst-

projekt „schmackhaft“ gemacht werden. Bezüglich der Kategorie Arbeit und Beschäftigung konnte sie ihre schöne und prägnante Handschrift im Zuverdienstprojekt mit Kuvertierarbeiten anwenden, bei denen sie „gestochen scharf“ die Adressen schrieb, allerdings eine Arbeit, die angesichts der heutigen Digitalisierung nur noch selten benötigt wird. Auch durch ihr Interesse an Musik konnte wieder ein sozialer Zugang eröffnet werden: Sie sang mit Engagement in der Tagesstätte mit und griff auch zu ihrer Altflöte, wenn Feste (z.B. Geburtstage oder Weihnachten etc.) gefeiert wurden.

So gelang es ihr mit Unterstützung, Kontakte mit Besucher*innen der Tagesstätte und aus ihrem Quartier (Kirchengemeinde) aufzunehmen und so ihren Lebensraum kontinuierlich auszuweiten. Die Rückkehr aus der quasi idealisierten Vergangenheit in den gegebenen Alltag, in dem sie Biografisches und aktuelle Anforderungen des Alltags zunehmend strukturierend ordnen konnte, ermöglichte ihr,

als religiöser Mensch wieder am Gottesdienst teilzunehmen, unter tatkräftiger Unterstützung durch den Priester ihrer Kirchengemeinde.

Zusammenfassung: Notwendigerweise erfolgten viele weitere Aktivitäten in der Arbeit mit Frau M., auf die hier nicht eingegangen werden kann. An dieser Stelle wurde die Dimension der Verknüpfung ihrer Biografie mit dem aktuellen Alltag in den Blick genommen. Die intensive Unterstützung führte dazu, dass Frau M. in ihrer Wohnung verbleiben konnte unter Ausweitung und „Rückeroberung“ ihres Lebensraumes. Es wurde ausschnitthaft versucht, zu verdeutlichen, wie Lebenswelten und Übergänge von der einen zur anderen und das Nebeneinander früherer und gegenwärtiger Lebenswelten das Alltagsleben prägen. Über eine lange Zeit hinweg war es ihr nicht gelungen, ihr Alltagsleben so zu strukturieren und die Aufgaben gelingend so zu bewältigen, dass sie zufrieden leben konnte. Frühere Lebenswelten, ihre familiären Bedingungen, ihr Beruf, ihr Bezug zur Musik waren ständig präsent während ihres Rückzugs in ihre Wohnung gleichsam einer Festung. Erst die empathische,

aber auch direkte, hin und wieder auch direktive Einflussnahme durch die Sozialpsychiatrischen Hilfen ermöglichten die Strukturierung von Zeit, Raum und Beziehungen und damit auch das strukturierte Ordnen von verschiedenen Lebenswelten aus der Vergangenheit und der Gegenwart.

Schlussbemerkung

Biografiearbeit und Lebensweltorientierung sind ein theoretisch fundiertes, praxisorientiertes und -bezogenes Konzept unter mehreren Konzepten. Es stellt einen Zugang in Verbindung mit den dahinterstehenden Theorien unter mehreren dar (z.B. systemische oder gestalttherapeutische oder auch verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Ansätze). Diese verschiedenen Ansätze sind durchgängig bestrebt Biografisches in die Alltagsarbeit zu integrieren. Die verschiedenen Konzepte weisen theoretische, methodische und praktische Unterschiede auf, lassen sich aber unter der Klammer, bzw. dem Prinzip des Paradigmas des Verstehens (der Verständigung) und des dialogischen Prinzips, vereinigen. Dieses Paradigma versucht, eine andere Psychiatrie im Vergleich zum traditionellen, naturwissenschaftlich bestimmten Defizit orientierten Paradigma umzusetzen: Sich auf das Gegenüber einlassen, zuhören, verstehen, sich gleichberechtigt und gleichrangig begegnen, aber auch solidarische, respektvolle Kritik an konkreten Lebensverhältnissen üben mit dem Ziel, zu einem gelingenderen Alltag der Adressat*innen beizutragen. ●

Literatur

- Ehrenberg A. (2008):** Das erschöpfte Selbst: Depression und Gesellschaft in der Gegenwart, Frankfurt/M.
- Schulze T. (2015):** Lebenswelt und biografische Bewegungen... In: Dörr M./Füssenhäuser C./Schulze H.: Biografie und Lebenswelt, Wiesbaden.
- Habermas J. (1995):** Theorie des kommunikativen Handelns. Band 2, Frankfurt/Main.
- Obert K. (2001):** Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns, Bonn.
- Obert K./Pogadl-Bakan K./Rein G. (2018):** Aufsuchende psychiatrische Arbeit, Bonn.
- Thiersch H. (1995):** Lebensweltorientierte Arbeit: Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel, Weinheim und München.
- Thiersch H. (2020):** Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – revisited, Weinheim und München.

Sich auf das Gegenüber einlassen, zuhören, verstehen, sich gleichberechtigt und gleichrangig begegnen, aber auch solidarische, respektvolle Kritik an konkreten Lebensverhältnissen üben.



Lebenslinien und Bastelbiografien

Übergänge und ihre Herausforderungen

Von Elisabeth Nicolai

Lebensgeschichten entstehen durch Deutungen und Konnotationen und werden zwischen den Betroffenen selbst und ihrer Umwelt verfestigt. Im Fall einer Krise werden oftmals die Übergänge in eine neue Lebensphase gescheut, weil man eine zusätzliche Verunsicherung befürchtet. Das wiederum verstärkt das Narrativ von Krankheit, das für die Betroffenen ein dominantes Thema für die Zukunft wird. Wie können die Perspektiven auf die eigenen Biografien so verändert werden, dass die Zukunft viele Optionen enthält.



Elisabeth Nicolai

Dekanin Evangelische Hochschule Ludwigsburg: www.eh-ludwigsburg.de; hsi-Helm Stierlin Institut: www.hsi-heidelberg.com; Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie: www.dgsf.org

In den Biografien psychisch erkrankter Menschen stellt sich die Frage, wie in ihrer Lebensgeschichte Übergänge zwischen Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft wahrnehmbar werden und nicht ihre Krankengeschichte alleine sich in einem unterschiedslosen Verlauf in die Zukunft fortschreibt.

Menschen neigen allgemein dazu, ihr Leben als eine Aneinanderreihung von Geschehnissen und Ereignissen zu sehen. Vielen Menschen ist es daher ein befremdlicher Gedanke, dass sich die Lebensgeschichte in unterschiedlicher Weise erzählen lässt und dennoch „wahr“ ist. Wenn Fakten, Herausforderungen, besondere Phasen so oder anders gedeutet, miteinander verknüpft und akzentuiert werden, entstehen jeweils unterschiedliche Zukunftsoptionen.

Lebensgeschichte als einen fluiden Prozess multipler Erzählmöglichkeiten (White & Epston, 2013; Withe, 2013; Boothe 2010) zu begreifen, hilft vor allem eigene Ressourcen für anstehende Herausforderungen zu entdecken.

Wenn im Blick auf die eigene Geschichte nicht die Pathologie, die eventuell wiederkehrende Symptomatik das bestimmende Erzählelement ist, der Fokus stattdessen die jeweilige Krise als Übergangsphase definiert und dafür die eigene Handlungsfähigkeit hervorhebt, stärkt das die Überzeugung, das Leben gestalten zu können.

Übergänge in Lebensphasen

Hintergrund

Menschen, die im Rahmen psychischer Krisen eine Diagnose erhalten, lernen damit die spezifische Deutungswelt des ICD (International Classification of Diseases) kennen, in der sie sich fortan bewegen. Vorherige Erklärungen, die die Betroffenen selbst vielleicht für ihre Krise haben, werden an die psychiatrisch gültigen Erklärungen herangeführt und sollen sie alsbald ersetzen. Das Narrativ einer psychiatrischen Diagnose wird von manchen Patient_innen als hilfreich erlebt, andere empfinden sich als stigmatisiert und festgelegt. Sie halten am eigenen Narrativ fest, das hilft, ihr Zutrauen in die Selbstwirksamkeit zu stärken und wieder zu gewinnen. Solche Aushandlungsprozesse sind nicht einfach, da Patient_innen, die an ihrem Narrativ festhalten, häufig als nicht compliant gelten.

Das Verhandeln einer Diagnose ist nicht trivial, da eine Krankheit und deren mehr oder weniger dominante Platzierung nicht nur vieles nach sich zieht, sondern zumeist auch eine lange Vorgeschichte hat, in die sich das Geschehen einpasst.

Positive wie negative Zuschreibungen und Erfahrungen formen in Menschen bereits früh ein Selbstkonzept, das sich im Laufe des Lebens als eine zunehmend konsistente Erzählung von sich und der Welt fortschreibt. Dabei gibt es eine Tendenz zur selektiven Wahrnehmung, nämlich das dominante Narrativ

mit mehr des bereits Vorhandenen – im positiven wie im negativen Sinne – anzureichern.

So wie sich ein Mensch das eigene Bild der Wirklichkeit Stück für Stück aus dem Zusammenspiel von Erfahrungen, Bewertungen und Kommunikationen konstruiert, so baut sich das Bild des eigenen Ich mit den Einschätzungen der eigenen Handlungs- und Entwicklungsoptionen, sich in der Welt als aktiv gestaltendes Wesen zu bewegen, gleichzeitig auf. Einer Diagnosestellung gehen also schon Jahre voraus, in denen sich verschiedenste Kommunikationsmuster mit sich selbst und mit Anderen zu Überzeugungen und damit zu einem inneren Arbeitsmodell geformt haben. Im psychiatrischen Versorgungssystem kreisen die Kommunikationen von Patient_innen und Behandelnden hauptsächlich um die diagnostizierte Erkrankung. So entwickelt sich ein individuelles, aber auch gemeinsames Narrativ in einem unaufhörlichen Wechselwirkungsprozess, das die darin liegenden Grenzen und Möglichkeiten langfristig beschreibt.

Diese werden oftmals von den Beteiligten in einer als akut erlebten Phase psychischer Störungen und verwirrender Interaktionen zunächst nur auf den aktuellen Aktionsradius bezogen. Kann der Betroffene sich frei bewegen oder wird sein Verhalten als selbst- oder fremdgefährdend eingeschätzt? Scheint eine medikamentöse Behandlung angezeigt und wie wirkt sie sich auf die körperliche und soziale „Funktionsfähigkeit“

aus? Kann die betroffene Person selbst Auto fahren, noch weiterstudieren, am Studienort oder zuhause wohnen, mit den eigenen Kindern alleine zuhause bleiben? Solche und viele andere Fragen stellen sich in einer „akuten Erkrankungsphase“.

Ist die akute Phase abgeklungen, werden die als geglückt oder weniger geglückt erlebten Bewältigungsstrategien und Kommunikationen z.B. mit Partner_innen, zwischen Eltern und Kindern, in der erweiterten Familie, mit dem behandelnden System, mit der Nachbarschaft, Arbeitskolleg_innen, Kommiliton_innen und anderen in die bereits bestehende Lebenserzählung – und zwar bei allen Beteiligten auf die je eigene Weise – eingeflochten

und bei zukünftigen Herausforderungen fast unbemerkt wirksam. Mit besten, wenn auch unterschiedlichen, Absichten von Beteiligten und Betroffenen werden aktuell notwendig scheinende Maßnahmen, sowie kurz-, mittel- und langfristige Zukunftsmöglichkeiten festgelegt, deren Folgen für die biographische Erzählung weit über die akute Krisenbewältigung hinausreichen. In einer psychiatrischen Biografie werden Übergänge in neue Lebensphasen oft für gefährdend und überfordernd gehalten.

Menschliche Entwicklung geht aber zwangsläufig mit den Herausforderungen einher, Übergänge zu bewältigen (Eric Erickson, 1988), die für die Weiterentwicklung in den kommenden Lebensphasen notwendige Voraussetzung sind. In den jeweiligen Phasen baut sich eine Spannung auf zwischen vielleicht zögerlichen Haltekräften in der aktuellen Phase, dem Drängen nach Veränderung und den Ressourcen, die der Mensch insgesamt nutzen kann, den Übergang in eine neue Phase zu bewältigen.

Monica McGoldrick (2013) stellt in ihrem Modell des Familien-Lebenszyklus den erweiterten Rahmen zyklisch wiederkehrender Übergänge im Leben von Familiensystemen und die daraus resultierenden Herausforderungen dar.

Die zentrale Aussage lautet, dass alle Übergänge in den Lebensphasen an sich krisenhaft sind, da sie eine erhebliche Systemveränderung mit notwendigen Findungsprozesse der Rollen, der Alltagsorganisationen, der Definition von Beziehungen und insgesamt eine um-

fassende Neuorientierung im gesamten Familiensystem erfordern.

Einen Einblick in hoch komplexe familiäre Wechselwirkungen und Herausforderungen kann man sich am Beispiel verdeutlichen. Gerade hat ein junges Paar Nachwuchs bekommen und ist so nicht mehr „nur“ ein Paar, sondern in die Phase der Elternschaft eingetreten. Der Übergang in die Familienphase ist zu bewältigen, zugleich stehen berufliche Weiterentwicklungen und die gerechte Verteilung von Ressourcen an-

Des Weiteren geht es um die Einbindung zweier Herkunftsfamilien als Großeltern uvm. Die Eltern des Paares wiederum, werden ungefragt zu Großeltern, während sie selbst mit der Gestaltung ihres Lebens nach dem Ende der ak-

tiven Berufstätigkeit beschäftigt sind. Eventuell leben zur gleichen Zeit noch jüngere Kinder mit ihnen zusammen im Haushalt und sie sorgen für die pflegebedürftige Generation ihrer Eltern. Die Hochaltrigen sind in einer Lebensphase, wo die Themen der eigenen Endlichkeit und Abhängigkeit vordergründig sind. All dies geschieht gleichzeitig und wird sich in Varianten zyklisch wiederholen. Die Bewältigung dieser Übergänge ist für Menschen mit psychiatrischen Krankheitsverläufen häufig eine besondere Herausforderung.

Die Konzentration auf die Bewältigung einer akuten Krise, die präventive Abwendung neuer Krisen, können zu einer Schonhaltung bei allen Beteiligten führen. Die erzählte Geschichte läßt die vorhandenen Ressourcen unbeachtet, übersieht bisherige Lösungs- und Bewältigungskompetenzen und allzu leicht werden die Übergänge in eine neue Lebensphase angesichts der erwartbaren Verunsicherung ängstlich abgewehrt.

Junge Erwachsene mit einer Diagnose scheuen oftmals die Ablösung von zuhause, weil befürchtet wird, dass der Schutzraum fehle und es dann an Ermutigung und Unterstützung fehlen würde. In den Partnerschaften wird nach der psychischen Erkrankung eines Partners die Familienplanung geändert, weil sich beide vor der Verantwortung scheuen. Berufliche Wege werden vielleicht gar nicht eingeschlagen oder aufgegeben.

Während sich in den Krankengeschichten der Haupt-Erzählstrang um Wiedereinweisungen, Klinikaufenthalte, Symptomatiken und manchmal den entstandenen Konflikten mit nahen Familienmitgliedern dreht, leben gesunde Gleichaltrige in Partnerschaften, haben Familien gegründet und haben an beruflichen Werdegängen gebastelt. Das folgende Fallbeispiel verdeutlicht die Arbeit mit Wahlmöglichkeiten in der biographischen Zukunft.

Sandra M. (Name geändert) ist 21 Jahre alt und studierte zum Zeitpunkt x Psychologie im 3.Semester. Sie bewohnt seit dem Studienbeginn eine eigene kleine Wohnung am Studienort. Sie kommt mit dem Vater zur Familientherapie nach einer stationären Krisenintervention und auf Anregung der behandelnden Psychiaterin.

Wenige Monate zuvor war die Mutter tödlich verunglückt, was die Familie in ihren Grundfesten erschüttert hatte. Unmittelbar nach dem tragischen Tod der Mutter zeigte sich Sandra wahnhaft. Sie sprach ernsthafte suizidale Absichten aus. Daraufhin wurde sie stationär in einer psychiatrischen Klinik aufgenommen. Nach etwa 6 Wochen entließ man sie auf ihren Wunsch, weil sie sich in der Abteilung nicht wohl fühlte. Sie wünschte sich eine ambulante therapeutische Begleitung gemeinsam mit dem Vater.

Mit der Entlassung aus der stationären psychiatrischen Behandlung wurde eine mittelfristige psychopharmakologische Medikation zur Stabilisierung empfohlen.

Sandra M. lehnte sowohl die Diagnose, als auch die Medikation ab. Sandra M. wurde im Entlassbrief als nicht krankheitseinsichtig und in ihren Entscheidungen als sprunghaft beschrieben. Die behandelnde Psychiaterin hielt eine

stationäre Behandlung für dringend angezeigt.

In den ambulanten familientherapeutischen Gesprächen äußerte sich der Vater sehr besorgt über die Entscheidung seiner Tochter. Er bezog ihre Krise nur am Rande auf den Tod der Mutter. Viel mehr beschrieb er seine Tochter nach dem Abitur als orientierungslos und deutete das rückblickend als Vorbote einer psychischen Erkrankung. Schon als Kind sei Sandra „anders“ gewesen, sie sei eine Einzelgängerin und nach

Die Konzentration auf die Bewältigung einer akuten Krise, die präventive Abwendung neuer Krisen, können zu einer Schonhaltung bei allen Beteiligten führen.

Junge Erwachsene mit einer Diagnose scheuen oft die Ablösung von zuhause, weil befürchtet wird, dass der Schutzraum fehlt und es dann an Ermutigung und Unterstützung mangelt.

dem Abitur habe sie „erst einmal nichts gefunden“, später habe sie sich einer buddhistischen Gemeinschaft angeschlossen, diese wieder verlassen und sei ja letztlich - seiner Meinung nach - mit dem Studium der Psychologie aktuell auch überfordert. Er fand, dass sie am besten wieder nach Hause zurückziehen sollte. Sandra weinte in diesen Gesprächen viel und sah sich in ihrer Unsicherheit und Ambivalenz gefangen. In den gemeinsamen Gesprächen gelang es, das Knäuel der Beziehungen langsam zu entwirren. Für den Vater waren unter dem Eindruck der aktuellen Krise, frühere Eindrücke dominanter geworden und hatten die bisherige Geschichte seiner Tochter rückwirkend in einem bedrohlicheren Licht erscheinen lassen. Daraus ergab sich für ihn ein neues Drehbuch der Zukunft, in dem Sandra lieber wieder zuhause einziehen sollte. Sandra wiederum warf dem Vater vor, sie aus Angst vor Einsamkeit nach Hause holen zu wollen. Ihr Widerstand, aber auch gleichzeitige Unentschlossenheit schienen dem Vater wiederum ein Beweis für ihre Labilität. Schließlich gelang es in einer bewegenden Zeitlinienarbeit für beide, das Zukunftsnarrativ verschiedene Optionen zu öffnen und mit Zutrauen für ihre eigenen Gestaltungsmöglichkeiten zu versehen. Zwei Szenarien des Lebens in 10 Jahren kristallisierten sich also in der Zeitlinienarbeit heraus. Das eine Szenario hieß „*nichts geht*“: darin lebte Sandra mit dem Vater zusammen, beruflich auf der Suche oder mit kleineren Jobs, jedenfalls ohne Berufsabschluss. Erst zögerlich, dann sehr konkret konnte auch ein alternatives Szenario entstehen. Es wurde „*irgendwas geht immer...*“ betitelt: Sandra wurde munter und entwickelte ein Zukunftsbild mit einem Studienabschluss, in einer festen Beziehung lebend mit Plänen zur Familiengründung. Und der Vater? Der sah sich erleichtert, sich auf sein eigenes Leben konzentrieren zu können und vielleicht nach seiner Pensionierung mehr auf Reisen zu sein. Ein engerer Kontakt zu Sandra mit ihrer eigenen Familie und ihm als Großvater ließ ihn schmunzeln. In der weiteren Arbeit stellte sich nicht die Frage, welche Geschichte die richtige oder gute ist, sondern welche die beiden attraktiv ist. Entscheidend ist zweierlei: welche kleinen Schritte, den Blick für die Wahlmöglichkeiten öffnen und überdies dazu beitragen sich zuzutrauen, den

Übergang in eine neue Lebensphase zu wagen.

Prämisse I: Krankheit als Episode

Wenn wir Gesundheit und Krankheit salutogenetisch (Antonovsky 1997) nicht als Zustand, sondern als Prozess verstehen, bewegt sich jede Lebensgeschichte dynamisch auf dem Kontinuum mit den Polen gesund und krank. So werden auch psychische Krisen zu Phasen, statt zu eigenständigen Geschichten, mit einem kontinuierlichen Ausbalancieren zwischen Herausforderungen und Bewältigungskompetenzen. Zur dominanten, alles überlagernden Lebenserzählung werden Krankheitsgeschichten dann, wenn die selektive Wahrnehmung Defizite, frühere Krisen und Auffälligkeiten aufsummiert, Ressourcen zur Krisenbewältigung wenig gewichtet oder ausblendet.

Prämisse II: Leben ist Veränderung in Übergängen

Im Verlauf des Lebens durchlaufen Menschen einen permanenten Wandel, werden älter, lernen dazu, machen Erfahrungen und nehmen Informationen auf. All das stellt sie immer wieder vor die Aufgabe, sich Herausforderungen zu stellen und sich an Übergänge in unbekanntes Terrain zu machen. Diagnostische Zuschreibungen können und müssen im therapeutischen Prozess immer wieder hinterfragt werden. Ressourcen müssen hervorgehoben und Neues gewagt werden.

Prämisse III: Herausforderungen in den Lebensübergängen

Einerseits sind Herausforderungen nötig für die psychosoziale Entwicklung des Menschen andererseits sind Übergänge in den Lebensphasen auch immer riskant. Die Definition einer erwartbaren Krise in den Übergangsphasen bietet eine Rahmung an, in der was immer geschieht eher als dazugehörend und vorübergehend wahrgenommen werden kann. Umso wichtiger wird es dann, die vorhandenen Ressourcen und Potentiale zu nutzen und insgesamt in die Lebenserzählung aufzunehmen und zu würdigen.

Wie können wir in Therapie und Beratung Menschen mit einer psychischen Erkrankung beim Basteln an ihren biographischen Erzählungen und in Schrit-

ten in neue Lebensphasen ermutigen: Die Arbeit mit der Zeitlinie macht erlebbar, wie das Leben und seine Übergänge bis in die Gegenwart mit welchen Ressourcen gelebt und bewältigt wurde und wie dies für verschiedene Zukunftsoptionen genutzt werden könnte. (Schindler 1995) Ressourcen können mit vielen kreativen, erlebnisorientierten Methoden wie dem Ressourcenbaum oder dem Ressourceteppich (Nicolai 2018; 2019) helfen, die eigene Handlungsfähigkeit wieder in den Blick zu nehmen.

Wir können symptomatische Verhaltensweisen oder die Diagnose externalisieren (White 2013) und in einen Aushandlungsprozess treten, wie diese in die weitere Lebensgeschichte eingebettet sein sollen. Wir können das innere Team zu Rate ziehen, im Genogramm die Mehrgenerationenperspektive für eine erweiterte Ressourcensuche nutzen. Methoden zur biographischen Bastelarbeit benötigen auf jeden Fall Kreativität und Offenheit und der Wert der gemeinsamen Arbeit misst sich immer daran, ob und in welchem Maße sie Wege öffnet, statt verschließt, sie Entwicklung und Perspektiven in neue Lebensphasen ermöglicht, statt sie zu be- oder gar verhindern. ●

Literatur

- Antonovsky, A. (1997):** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DGVT Verlag, Tübingen.
- Boothe, B. (2010):** Das Narrativ: Biographisches Erzählen im psychotherapeutischen Prozess. Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Denborough, D. (2017):** Geschichten des Lebens neu gestalten: Grundlagen und Praxis der narrativen Therapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- McGoldrick, M., Carter, B.:** Expanded Family Life Cycle, The: Pearson New International Edition: Individual, Family, and Social Perspectives, 4th Edition
- Nicolai, Elisabeth (2018):** Ressourcenaktivierung und positive Umdeutung. In: von Sydow, Kirsten/ Borst, Ulrike (Hrsg.) (2018): Systemische Therapie in der Praxis. Beltz Weinheim, S.182-192
- Nicolai, Elisabeth (2018):** Zeitlinienarbeit. In: von Sydow, Kirsten/ Borst, Ulrike (Hrsg.) (2018): Systemische Therapie in der Praxis. Beltz Weinheim, S.245-252
- Nicolai, Elisabeth (2019):** Schatzkammer der Familie. In: Eickhorst, Andreas/ Röhrbein, Ansgar (Hrsg.): Systemische Methoden in Familienberatung und -therapie: Was passt in unterschiedlichen Lebensphasen und Kontexten?
- White, M. (2013):** Landkarten der narrativen Therapie. Carl Auer Verlag, Heidelberg. 7.Aufl.
- White, M., Epston (2013):** Die Zähmung der Monster. Der narrative Ansatz in der Familientherapie. Carl Auer Verlag, Heidelberg. 7.Aufl.

Biografische Strukturierung auf der Grundlage der Text- und thematischen Feldanalyse

Ein Zugang über die gelebte, erzählte und erlebte Lebensgeschichte

Von Klaus Masanz-Wolkewitz

„Die Grundlage für die Forschung ist die mündliche Exploration der Kranken, das Versenken in ihr Gebaren, ihre Ausdrucksbewegung, ihre Mitteilungen.“ (1) K. Jaspers (1913)

Die Bedeutung des narrativen biografischen Interviews

Unter den Kategorien der qualitativen Interviews stellt das narrative Interview, das von SCHÜTZE (1977) entwickelt wurde, eine besondere Form dar. Im Zuge biographischer Forschung und Rekonstruktion erhält man Einsicht in bestimmte Milieus und in die Perspektive der Handelnden, auf der Suche nach dem verlorenen Subjekt. Es kann damit gezeigt werden, inwiefern das Konzept „Biografie“ einen Weg aus der dualistischen Sackgasse von Subjekt und Gesellschaft weist. (2)

Bei der Erforschung des Biographischen, so FISCHER-ROSENTHAL, gehe es sowohl um die Frage nach der gesellschaftlichen Funktion von Biografien, als auch um die sozialen Prozesse ihrer Konstitution. (3)

1. Biographische Fallrekonstruktion im Allgemeinen

Der Teil der biografischen Fallrekonstruktion besteht aus analytisch getrennten Auswertungsschritten, um so Gegenwarts- und Vergangenheitsperspektiven der Biografen zu rekonstruieren. Das Verfahren von ROSENTHAL (1987, 1995) bezieht sich auf die Grundlagen der Textanalyse von F. SCHÜTZE (1983), in Verbindung mit der strukturalen Hermeneutik von OEVERMANN u.a. (1979), sowie der thematischen Feldanalyse von FISCHER (1982). Diese ist wiederum in ihrer Genese durch GURWITSCH (1974) angeregt worden.

Die Biografische Strukturierung nach FISCHER-ROSENTHAL (1995/2000) dient als Herstellung eines Ordnungs- und Orientierungsrahmens. Sie ist die Leistung der Individuen, biografische Erfahrungen so auszulegen, dass regelhafte biographische Strukturen entwickelt werden, denen man bei der Interpretation sowohl der eigenen Lebensgeschichte, als auch beim zukünftigen Handeln folgen kann. Die biografische Strukturierung wird jeder neuen Entscheidung bzw. Handlung zugrunde gelegt, um den gelebten Alltag, der mit einer Vielzahl an Wahlzweigen ausgestattet ist, zu vereinfachen. Biografische Strukturierung ist nicht ein zeitlich abgegrenztes sondern ein zukunfts-offenes Konzept, das für die professionelle Hilfepraxis genutzt werden kann.(4) Das Aufdecken von Strukturen, gerade am Einzelfall, entspricht bereits einer generalisierbaren Wissensproduktion, die sowohl für die Arbeit am Fall als auch darüber hinaus einen professionellen Mehrwert darstellt.

2. Text- und thematische Feldanalyse nach Fischer-Rosenthal/Rosenthal

Das konzeptionelle Merkmal dieses struktural-hermeneutischen Auswertungsverfahrens ist durch die Unterscheidung nach den Dimensionen,

1. der gelebten Lebensgeschichte,
2. der erzählten Lebensgeschichte und
3. der erlebten Lebensgeschichte,

kennzeichner. (5)

In der Fallrekonstruktion werden diese Untersuchungsebenen getrennt voneinander fokussiert und kontrastiert.

Zu 1.: Bei der Rekonstruktion der gelebten Lebensgeschichte geht es um die biografische Aufschichtung, um



Klaus Masanz-Wolkewitz

Dr., Bereichsleitung des Sozialpsychiatrischen Wohnverbundes, Abteilung Dienste für seelische Gesundheit der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e. V.

„objektive“ biografische Ereignisse und auch um prägnante Lebensepisoden, denen eine größere Bedeutung oder gar weniger Gewicht zugeordnet wird. Aus der Sicht des Beobachters können sie ohne Hervorhebung eines bestimmten biografischen Ereignisses erfolgen. Hierbei wird sowohl die biografische Struktur der chronologischen Ereignisabfolge als auch prägnante Lebensepisoden im Lebenslauf untersucht. (6) Beziehungsabbrüche und die Unfähigkeit des gegenseitigen Verstehens sind z.B., wie im unten aufgeführten Fallbeispiel (Hr. Grün) beschrieben, aus biografischen Aufschichtungen entstanden und üben durch das kontinuierliche Einwirken einen Leidensdruck, sowohl auf die betroffenen Menschen als auch auf die Menschen, mit denen sie sich in einem Beziehungsgeflecht befinden, aus. Der anhaltende Leidensdruck manifestiert sich häufig in extremen Rückzug oder in eigen- oder fremdgefährdendem Verhalten.

Zu 2.: Die erzählte Lebensgeschichte untersucht die Struktur der Selbstrepräsentation im Interview. Hierbei geht es um die zentrale Fragestellung. Wie stellt sich der Biograf dar? Weshalb führt der Biograf dieses Thema gerade an dieser Stelle ein? Weshalb wird dieses Thema in dieser Textsorte,

z.B. der Narration, Argumentation, Bericht etc. präsentiert? Weshalb wird dieses Thema in dieser Ausführlichkeit oder auch in dieser Kürze dargestellt? Welche sind die möglichen thematischen Felder, in die sich dieses Thema einfügt? Welche Themen (Lebensbereiche oder Lebensphasen) werden angesprochen und welche werden ausgelassen?

Zu 3.: Bei der erlebten Lebensgeschichte geht es um das Rekonstruieren der subjektiven Wahrnehmung biographischer Ereignisse.

Die drei Strukturebenen der Lebensgeschichte können deckungsgleich sein, sie können aber auch voneinander abweichen. Themen, wie die Beziehung, Bindung zu einzelnen Elternteilen, Migration oder prägnante Lebensepisoden, wie z. B. das Leben auf der Straße, Heimerfahrungen, institutionelle Fremdwerdungerlebnisse oder die Zeit im Maßregelvollzug können anders präsentiert, als erzählt und erlebt werden.

Die gelebte Lebensgeschichte muss nicht zwangsläufig mit der retrospektiv erzählten oder erlebten Lebensgeschichte in sich übereinstimmen. Die unterschiedlichen Betrachtungsebenen werden mit Hilfe der folgenden Auswertungsschritte getrennt voneinander herausgearbeitet. (7)

Folgende Auswertungsschritte werden bei der Fallrekonstruktion unterschieden:

1. **Sequentielle Analyse der objektiv-biographischen Daten.** In der biographischen Datenanalyse wird die Rekonstruktion der gelebten Lebensgeschichte fokussiert.
2. **Text- und thematische Feldanalyse:** Hier erfolgt eine Analyse der Textpassagen (Segmente) sowie die Selbstpräsentation des erzählten Lebens; eine Rekonstruktion der erzählten Lebensgeschichte wird dargestellt.
3. **Rekonstruktion der Fallgeschichte (Erlebtes Lebens).** Die Rekonstruktion der erlebten Lebensgeschichte ist hier der Schwerpunkt. (8)

Auf weitere Schritte, wie z. B. eine Feinanalyse einzelner Textstellen, eine Kontrastierung der erzählten und der erlebten Lebensgeschichte sowie eine Typenbildung wird hier nicht eingegangen.

2.1. Biografische Datenanalyse:

Auszug aus dem Fallbeispiel von Herrn Grün (9)

Familiengeschichtlicher Rahmen: Biograph: wird 198x in Großstadt in DDR geboren; Mutter: Akademikerin, „Politische“, Vater: Facharbeiter der Deutschen Reichsbahn, Eltern: verheiratet, Geschwister: Halbbruder, unehelich, väterlicherseits, geb. 197x, Halbschwestern aus 1. Ehe der Mutter, geb. 196x, Akademikerin, geb. 197x, Angestellte.

Gesellschaftlich-historische Daten: 1981-1990 Finanzkrise in DDR, u.a. durch Wettrüsten der Sowjetunion ausgelöst, dabei geriet die DDR in wirtschaftliche Schieflage und es kam zu einer Destabilisierung des DDR Regimes. 1984: Die von Eppelmann & Havemann gegründete Friedensbewegung ebnet einer anwachsenden Bürgerrechtsbewegung eine breitere Plattform. 1985: Gorbatschow wird sowj. Generalsekretär und leitet mit Glasnost und Perestroika eine demokratische Entwicklung ein. 3.10.1990: Mauer fällt, Wiedervereinigung usw.

Biografische Daten:

Nr.	Datum	Ereignis
1	198x	Biograf wird in Großstadt in der ehemaligen DDR geboren
3	3.1989	Eltern reisen nach Antrag mit Biografen in Westen aus, Halbgeschwister bleiben zurück.
7	1995	Biograf beendet Leistungssportkarriere, verweigert Schulbesuch, lebt mit Peers auf der Straße, erster Drogenkonsum
23	2012	Prozess am LG, 3 Anklageschriften, 23 Strafanzeigen, 2. Maßregel bzw. ersatzweise §1906 BGB mit Bewährungsstrafe

Die biografischen Ereignisdaten der Lebensgeschichte des Biografen werden in eine chronologische Abfolge ihrer Entstehung abduktiv, d.h. angesichts überraschender Fakten nach einer sinnstiftenden Regel gesucht und hypothesen-generierend in Gruppen interpretiert. Zum einen werden die Familiengeschichte, Daten zu den Eltern, den Geschwistern und zum Biografen, sowie gesellschaftlich-historische Daten hervorgehoben. Erste Hinweise werden

zur Epoche geliefert und erste Hypothesen bilden sich: In welche Familiensituation wird der Biograf hineingeboren und welche Zukunftshorizonte könnten damit eröffnet werden? (10)

2.2. Sequentielle Analyse der objektiv-biographischen Daten

Es wird untersucht, in welcher Reihenfolge die Interviewten ihre biografischen Erlebnisse berichten (z. B. Geburt, Einschulung, forensisches Anlassdelikt) und in welcher Textsorte sie ihre Ereignisse und Erzählungen präsentieren. Die Genese der erlebten Lebensgeschichte soll rekonstruiert werden. Bei der Analyse der biographischen Selbstpräsentation soll die Darstellung in der Gegenwart entschlüsselt werden, die sich von den thematischen und zeitlichen Verknüpfungen grundsätzlich von der Abfolge der Erlebnisse unterscheidet. Die Daten werden aus den freien Interviews und anderen Archivmaterialien (Berichten, Gutachten, Dokumentation, Angehörigengesprächen etc.) herausgearbeitet.

Eine historisch-gesellschaftliche Kontextualisierung (d.h. es folgt eine Einordnung von empirischen Fällen in ihre ‚Kontexte‘) der biographischen Daten ist vorzunehmen, sowie gegenstandsbezogenes, theoretisch und empirisch fundiertes Wissen über die Auswirkungen bestimmter Lebensereignisse während eines bestimmten Lebensalters ist zu berücksichtigen. Es wird danach gefragt, welche Handlungsmöglichkeiten der Biograf in einer bestimmten Situation hatte? Bei der Auslegung eines jeden Datums werden immer wieder Folgehypothesen über den möglichen (anschlussfähigen) Fortgang entworfen. Es werden auch Prognosen über den weiteren Verlauf gemacht. Mögliche Veränderungen sind zu entwerfen.

2.3. Text- und thematische Feldanalyse (Erzählte Lebensgeschichte)

Ziel dieses Schrittes ist es, die Regeln für die Entstehung der in der Gegenwart des Interviews präsentierten biographischen Erzählungen herauszufinden. Hier ist es wichtig, nachzuvollziehen, weshalb konzentriert sich ein Biograf, ob nun bewusst beabsichtigt oder latent gesteuert, so und nicht anders. Welche Mechanismen steuern die Auswahl der präsentierten Themen, welche die temporalen und thematischen Verknüpfungen der einzelnen Teile der

erzählten Lebensgeschichte. (11) GURWITSCH versteht unter dem Begriff Thema das, was uns in einem gegebenen Augenblick beschäftigt und im Zentrum unserer Aufmerksamkeit steht. Themen sind jeweils in ein thematisches Feld eingebettet. (12) Welche Themen werden nicht thematisiert, obwohl sie vermutlich eine Rolle spielen? In welcher Textsorte wird das biografische Erlebnis vom Interviewten präsentiert? Ziel dieses Auswertungsschrittes ist die Rekonstruktion der Struktur der erzählten Lebensgeschichte. Zentral ist hier, wie der Biograf sich selbst präsentiert und was er auslöst?

Vor der Analyse des erzählten Lebens wird der gesamte Textkorpus des Interviews (i.d.R. 20-50 transkribierte Seiten) in Textabschnitte eingeteilt. Welche Themenbereiche und Lebensphasen gibt der Biograf in welcher Textsorte, z.B. als Narration, Argumentation, Beschreibung, Bericht oder als einer verdichteten Situation dar? Es geht darum, die Lücken der Selbstpräsentation hervorzuheben und darum, jene Themen des Lebenslaufs, die der Biograf auslöst, zu identifizieren. Es wird eine chronologische Aufführung erstellt, also welche Textsorte des Textes wird nach thematischen Veränderungen, Sprecherwechsel und den bereits erwähnten Textsorten, mit einer Zeilen- und Seitenangabe, gegliedert. Der Inhalt der Sequenz (Textauszug) wird kurz paraphrasiert, resümiert, teilweise auch mit wörtlicher Rede.

Auszüge der Text- und Feldanalyse der Falldarstellung von Herrn Grün:

2.4. Die Rekonstruktion der Fallgeschichte (erlebte Lebensgeschichte)

Bei diesem Auswertungsschritt wechselt die Perspektive nun auf die Biografie. Weniger das Präsentationsinteresse im Interview als vielmehr der subjektive Sinngehalt einzelner Lebensereignisse, Lebensthemen und Lebensphasen für den Biografen werden nun zum Fokus. Die biografische Strukturierung der erlebten Lebensgeschichte gilt es nun herauszuarbeiten. (14)

Mit Hilfe der biografischen Daten sollen nun diese um die subjektive Ebene sowie den Erlebensehalt angereichert werden. Textstellen zu Lebensereignissen oder Lebensphasen werden ausgewählt und interpretiert. Letztendlich werden darüber Erkenntnisse über die Strukturierung des erlebten Lebens abgeleitet. Der Fokus bei der Materialanalyse wird auf die vergangene Lebenszeit, in der das erzählte Ereignis stattgefunden hat, gesetzt. Auf der anderen Seite werden neben der Rekonstruktion der Ereignisse und Lebensphasen auch Transformationen, also z.B. Anpassungen oder Entwicklungen, im Verlauf der Lebensgeschichte, für den zukünftigen biographischen Verlauf, herausgearbeitet. Ziel ist es, die Struktur des erlebten Lebens chronologisch zur Rekonstruktion des erlebten Lebens zu identifizieren. (15)

Bei der Rekonstruktion der erlebten Lebensgeschichte ist besonders die im Interview identifizierte Textsorte der Narration von Gehalt und Wert. Diese Textsorte unterliegt nach RIEMANN (2003) u.a. dem Detaillierungs-, Relevanz-, Kondensierungs- und Gestaltschließungs-zwang. Die Textsorte der Narration stellt

einen besonders bedeutsamen Informationsgehalt dar. (16)

Narrationen sind im Gegensatz zu anderen Textsorten nicht durch einen statischen Charakter gekennzeichnet, sondern sie thematisieren ein Lebensereignis, eine chronologische Abfolge, mit einem Anfang und einem Ende. Narrationen unterliegen einer festen Binnenstruktur und beginnen mit einleitenden Erzählungen (abstract) des Biografen. Der Interviewer wird dann im Rahmen einer Orientierung auf die darstellende Handlung hin informiert, über den Ort, die Zeit, die Personen oder die Umstände der Handlung. Eine Bühne wird geebnet, auf der das erzählte Ereignis des Biografen nun präsentiert werden kann. In der Komplikation wird ein Handlungsablauf konstruiert, der nun einen spezifischen Aufbau temporaler Ereignisabfolgen der erzählten Situation erzwingt. Das in der Vergangenheit liegende Ereignis wird in seiner chronologischen Abfolge rekapituliert. Das kann auch durch zeitliche Sprünge erfolgen. Die hierbei dramaturgisch bedeutsamen Textstellen werden mit szenischem Präsenz, durch Dialoge der dargestellten Figuren (characters) versehen. In der Fallgeschichte Hr. Grün erfolgte dies z. B. durch einen Dialog, der vor 12 Jahren im Gerichtssaal des Landgerichts zwischen dem Richter und dem Biografen stattgefunden hat, als der Richter in seiner Urteilsbegründung zusammenfasste: „Der hat ein Versagenssyndrom mit Negativsymptomatik!“ Der Biograf hatte hierfür folgende Erklärung: „Für den war es das Beste, mich einzusperren, das (Beschaffungs- kriminalität und den Drogenkonsum) zu unterbinden. Ich habe ja nicht gearbeitet (...)ich kann dem Richter ja nicht sagen:„Entlassen Sie mich jetzt, ich nehm' aber dann wieder Drogen(.) in 2 Jahren!“ (17)

In der Binnenstruktur der Narration folgt nun das Resultat, das meist durch eine abfallende Stimme gekennzeichnet ist. Im direkten Anschluss erfolgt i.d.R. die Evaluation (Coda), die die Funktion hat, die Botschaft der Narration bewertend zusammenzufassen, um der gesamten Darstellung damit einen Sinn zu geben. Die Moral der Geschichte wird quasi aufgezeigt.

In einem weiteren Auswertungsschritt folgt (2.5.) die Kontrastierung zwischen dem erzählten und erlebten Leben. (2.6.) Eine Typenbildung kann noch eine Kategorisierung generieren und stellt zugleich den abschließenden Arbeitsschritt dar.

Segment	Seite / Zeile	Textsorte / Zeilenumfang	Thema/Inhalt
3.	1 / 7-20	Bericht: 13 Zeilen	Herkunft mit 3 Umzügen B: in D. aufgewachsen bis 1. Klasse, wir haben Ausreise gestellt, Umzug in meiner Kindheit, vom Osten nach W-Berlin, dann nach D.dann nach F. In F. lässt sich die Familie nieder.
5.	2/33-42	Argumentation: 11 Zeilen	Bruch mit dem Leistungssport B: B. hört mit Tennis -Sport auf. Er zieht es vor, in die Disco zu gehen, lernt Mädchen kennen, trinkt Alkohol, raucht in und mit der Clique,
9.	4/116-129	Argumentation mit szenischer Präsenz: 13 Zeilen	B. sieht sich als „Opfer“ und bekommt die Maßregel B.: B. räumt ein, dass er trotz Therapien weiterhin Drogen konsumiere. Er wird wegen räuberischer Erpressung verurteilt, obwohl er „nur einen Scheiß mitgemacht habe. Das sei alles nur ein Spaß gewesen!“



Schluss

Diese durchaus differenzierte Methode stellt sowohl für die praxisorientierte Biografieforschung als auch für rekonstruktive Fallstudien in den unterschiedlichen Feldern der Sozialen Arbeit einen Zugang dar, um sowohl Einblicke in die Milieus, als auch in die Alltags- und Lebenswelten der Biografen selbst zu erhalten, die uns sonst auf einem prozessorientierten Kontinuum von der Kranken- zur Lebensgeschichte verwehrt geblieben wären. ●

Literatur

- (1) **Jaspers, Karl (1948)**: Allgemeine Psychopathologie, 5. Auflage. Springer Verlag. Heidelberg.
- (2) **Rosenthal, Gabriele (1994)**: Die erzählte Lebensgeschichte als historisch-soziale Realität. Methodologische Implikationen für die Analyse biographischer Texte. In: Berliner Geschichtswerkstatt: Alltagsstruktur, Subjektivität und Geschichte. Münster; S.:135-138. Download am 14.5.2013
- (3) **Fischer-Rosenthal, Wolfram (1991)**: Biographische Methoden in der Soziologie. In: Flick, U. (Hg.). S. 253.
- (4) **Goblirsch, Martina (2008)**: Wie entstehen Lebensgeschichten? In: Fallverstehen und Fallstudien. Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialforschung. Band 1. 2. Aufl. Budrich. Opladen. S.: 60.
- (5) **Fischer-Rosenthal, Wolfram/Rosenthal, Gabriele (2007)**: Analyse narrativ-biographischer Interviews. In: Flick, U. et al (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 5. Aufl. Reinbeck. Rowohlt. S.:460ff.
- (6) **Goblirsch, Martina (2010)**: Biographien verhaltensschwieriger Jugendlicher und ihre Mütter. VS Verlag. Wiesbaden. S.: 83-84
- (7) vgl. a.a.O. **Goblirsch (2010)**, S. 91.
- (8) **Fischer-Rosenthal, Wolfram (1996)**: Strukturelle Analyse biographischer Texte. In: Brähler, E; Adler, C: Quantitative Einzelfallanalyse und qualitative Verfahren. Gießen. Psychosozial-Verlag. S.147-209.
- (9) **Masanz, Klaus (2019)**: Und ich steh immer draußen vor der Türe! Exklusionsprozesse und biographische Strukturierung von jungen psychisch kranken, suchtkranken und wohnungslosen Menschen. (Hg.) Fischer, W. 2. Aufl. kassel university press. Kassel. S.:172-212.
- (10) vgl. a.a.O. **Fischer-Rosenthal (1996)**, S.:186.
- (11) vgl. a.a.O. **Fischer-Fosenthal (1996)**, S. 196-197.
- (12) **Gurwitsch Aaron (1974)**: Das Bewusstseinsfeld. Berlin. New York. De Gruyter, S.: 4.
- (13) **Fischer, W. (1978)**: Struktur und Funktion erzählter Lebensgeschichten. In: Kohli, M. (Hg.) Soziologie des Lebenslaufs. Darmstadt. Neuwied. Luchterhand. S. 311-336.
- (14) vgl. a.a.O. **Goblirsch (2010)**, S. 90.
- (15) vgl. a.a.O. **Fischer-Rosenthal/Rosenthal (1997)**, S.154.
- (16) **Eisenmann, Barbara (1995)**: Erzählen in der Therapie. Westdeutscher Verlag. Opladen, S.: 79.
- (17) **Interview 1, (2013)** Falldarstellung Hr. Grün. S. 5-6, Zeile: 130-163.

Das Genogramm, die Lebenslinie und das Familienbrett

Systemische Biografiearbeit

Von Ulrike Borst

Eine Warnung vorweg: Lesen Sie diesen Artikel nicht, wenn Sie auf der Jagd nach „Tools“ für Ihre Therapie- und Beratungstätigkeit sind! Sie werden dann nämlich – für Ihren Geschmack – zu viel über die Grundlagen systemischer Biografiearbeit lesen müssen und zu wenig methodische Anleitung bekommen. Herzlich willkommen, wenn Sie jetzt weiterlesen.

Woran krankt die Psychiatrie?

Die akademische Psychiatrie, als an Universitäten gelehrt und beforschte medizinische Disziplin, krankt an mindestens drei blinden Flecken:

- Ihre Auffassung von „Evidenzbasierung“ hat sich im Laufe der Zeit immer weiter davon entfernt, was mit dem Begriff ursprünglich (Sackett et al., 1996) gemeint war. Die Forschung orientiert sich an den Standards der Pharmaforschung und blendet den sozialen Kontext aus. Was man in die Studiendesign hineinsteckt, kommt auch wieder heraus: Kontext-entleerte Empfehlungen in den Behandlungs-Leitlinien.
- Damit die Studiendesigns „funktionieren“, werden die untersuchten Patientinnen und Patienten möglichst sauber nach psychischer Störung getrennt. So sinnvoll störungsspezifische Therapie zeitweise sein kann, so sinnlos ist die „Befreiung“ der Studien vom sozialen Kontext.
- Die Verengung der Perspektive auf die „Störung“ lässt vergessen, dass es sich bei den untersuchten und behandelten Patientinnen und Patienten um ganze Menschen handelt, deren „Komorbiditäten“ sich häufig – bei biographischer Betrachtung – auseinander heraus entwickelt haben und aufeinander aufbauen. So wird z.B. bei vielen Menschen aus Angst und Vermeidung im Kindesalter Rückzug und Depression im Jugendalter, die



Ulrike Borst

Dr. rer. nat., Dipl.-Psych., approbierte psychologische Psychotherapeutin, Lehrtherapeutin u. Lehrende Supervisorin SG. 1989-2007 in den Psychiatrischen Diensten Thurgau (Schweiz) angestellt. Von 2006-2019 Leiterin des Ausbildungsinstituts für systemische Therapie und Beratung Meilen (Schweiz). Praxis in Zürich und Konstanz.

in einem Ausstieg aus den sozialen Bezügen, vielleicht sogar in psychotisches Erleben, münden können.

Sozialpsychiatrie und systemische Therapie bringen den Kontext ins Spiel

Die systemische Therapie versteht sich, ebenso wie die Sozialpsychiatrie, als eher kontext- denn störungsorientiert. Es wird berücksichtigt, dass immer ein ganzer Mensch mit seiner Biografie und seinem Lebensumfeld leidet. Diese Einbettung in Kontexte und Konstellationen wird in der Therapie thematisiert, die therapeutischen Strategien darauf bezogen. Dennoch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass nicht alles bei allen gleich gut wirkt:

Zum Beispiel Depressionen. Es ist eine Frage des Schweregrads und der Schwelle, wann einer depressiven Störung

„Krankheitswert“ zugeschrieben werden kann und muss. Dies im Hinterkopf, werden vor allem die Kontexte beleuchtet, in denen depressive Störungen stehen und nach ihrer Funktionalität und Sinnhaftigkeit befragt werden können: Steht die depressive Störung in Verbindung mit einer unglücklichen Paarbeziehung? Hat sie etwas zu tun mit früheren oder aktuellen Lebensereignissen? Wer leidet mit?

Zum Beispiel psychotische Störungen. Systemische Strategien basieren vor allem auf der „Wiedereinführung des Exkommunizierten in die Kommunikation“ (Retzer, 2004). Vor allem vor dem Hintergrund, dass Menschen mit Psychoerfahrungen sehr oft Ausgrenzungs- und traumatisierende Erfahrungen in ihrer Vorgeschichte haben, ist es systemisch-therapeutisches Bestreben, jede, auch die psychotische Stimme zu hören und, wenn auch nicht in ihrer „realen Existenz“, so doch in ihrer Bedeutung zu validieren. Auch im *biopsychosozialen Modell* werden psychische Störungen als Elemente in komplexen Wechselwirkungsprozessen größerer biopsychosozialer Systeme verstanden, in die ein Patient eingebunden ist. Psychopathologische Symptome lassen sich auch im biopsychosozialen Modell nicht auf eine spezifische Ursache zurückführen, sondern gehen auf multiple Risiko- und Schutzfaktoren zurück, die sich gegenseitig beeinflussen. Sowohl bei den Schutz- als auch bei den Risikofaktoren kommt der Familie eine besondere Bedeutung zu (Übersicht bei Heinrichs et al., 2002) – wobei „familiäre Schutz- und Risikofaktoren“ nicht als isolierte Variable(n) relevant werden, sondern auch in ihren Einflussmöglichkeiten auf individuelle und gesellschaftliche Schutz- und Risikofaktoren.

Psychologie und Psychiatrie gehen zunehmend von der Annahme aus, dass psychische Störungen in der Regel nicht durch einzelne spezifische Elemente von Systemprozessen (z. B. Gene, spezifische frühe Erfahrungen), sondern durch zirkuläre Wechselwirkungsprozesse auf multiplen „Pathways“ entstehen. Nach wie vor sind es die „große Psychiatrie“ und die psychotischen Störungen, die hier die interessantesten, aber auch kontroversen Diskussionen hervorrufen; siehe etwa Aderhold & Borst (2009). In diesen Diskussionen werden auch belastende Familieninteraktionen nicht als unmittelbare „Ursachen“ psychischer Störungen angesehen, aber als für die Aufrechterhaltung

und die Auflösung psychischer Störungen wichtige Bedingungen.

Systemisches Arbeiten – in aller Kürze

- die ganze Person und ihre Lebenswelt steht im Fokus;
- Krisen gehören zum Leben und zur menschlichen Entwicklung;
- die Entwicklung kann ins Stocken geraten und in Krankheit münden;
- für einen Ausgang aus Krise und Krankheit ist es nie zu spät;
- die Lösung ist im System bereits vorhanden;
- bei zu starker Fokussierung auf das Problem kann jedoch die Sicht auf den Ausweg verstellt sein;
- leidbringende Denk-, Fühl- und Verhaltensmuster haben einen Sinn, der erkannt werden muss, bevor die Muster sich ändern können.

Bei der Mustererkennung und der Vorbereitung einer Musteränderung in Therapie können die Methoden der Genogrammarbeit sowie der bildlich-metaphorischen Darstellung des Lebenslaufs und der Beziehungen, wie sie die Arbeit mit der Lebenslinie und dem Familienbrett ermöglichen, sehr hilfreich sein. (Wichtig ist hier das Wörtchen Vorbereitung: es ist nie die Therapeutin, die bei ihrer Patientin ein Muster ändert!)

- Die Genogrammarbeit rekonstruiert die Muster in der Familie über mindestens drei Generationen hinweg und öffnet Möglichkeiten, sich neu und anders zu entscheiden,
- die bildlich-metaphorische Darstellung des Lebenslaufs als Lebenslinie verdeutlicht auf erlebnisaktivierende Weise bisherige (und zukünftige) Krisen, Möglichkeiten und Entscheidungen,
- die bildlich-metaphorische Darstellung von Beziehungen in Skulpturen oder mit Figuren verdeutlicht, wie die Patientin vergangene, aktuelle und zukünftige Beziehungen wahrnimmt, was sie verändern könnte und was die Schritte dahin wären.

Doch zunächst, wie angedroht, etwas zum Hintergrund der Biografiearbeit.

Was macht der Mensch aus seinem Leben? Dialektische Beziehung von Heteronomie und Autonomie

Das Konzept des „Fallverstehens in der Begegnung“ (Welter-Enderlin & Hilden-

brand, 2004; Borst, 2013) geht von einer dialektischen Beziehung von Heteronomie und Autonomie aus und schlägt folgende Erkundungen vor, die Therapeutin und Patient gemeinsam unternehmen könnten:

- **Geschichtlichkeit erschließen.** Menschliches Dasein wird unter dem Aspekt der Geschichtlichkeit betrachtet. Nach Blankenburg (1989, S. 81) ist das eigentliche ‚Haus‘, das ein Mensch bewohnt, seine Biografie. Zu ihr gehören in erster Linie die Menschen seines Umfeldes: die Familie und die nächsten Bezugspersonen; aber nicht nur im Hier und Jetzt, sondern mitsamt ihrer Geschichte, der Familiengeschichte.
- **Vor- und Aufgegebenes unterscheiden.** Wir sehen die lebensweltlichen Rahmenbedingungen jedes einzelnen Menschen nicht nur als vor-, sondern auch als aufgegeben und damit als gestaltbar an. Menschen unterscheiden sich in ihrem Vermögen, sich ihre Rahmenbedingungen anzueignen, zu überschreiten oder zu gestalten. Hier ist angesprochen, was Goethe mit dem ständigen „Stirb und werde“ im menschlichen Leben gemeint hat: Das Aneignen sozialer Wirklichkeit geschieht in einem beständigen Prozess autonomer Gestaltung vorgefundener Rahmenbedingungen. Dieser Prozess heißt, wenn er im Gesamten betrachtet wird, Biografie. Frei nach Sartre heißt die Frage: „Was macht der Mensch aus dem, was die Verhältnisse aus ihm gemacht haben?“
- **Muster erkennen.** Die Einmaligkeit von Individuen, Paaren und Familien erschöpft sich nicht in einmaligen kreativen Reaktionen auf Vorgegebenes, sondern formt sich zu einem Muster, das alltägliche Entscheidungen ständig als strukturierte hervorbringt. Die Rekonstruktion dieses Musters ist immer auch mit den Fragen verbunden: „Welche Entscheidungsmöglichkeiten hätten damals zur Verfügung gestanden, welche stehen heute zur Verfügung?“
- **Muster in Frage stellen.** Die Autonomie der Lebenspraxis und der Spielraum autonomer Handlungsmöglichkeiten können durch problematische Muster eingeschränkt werden. Sie sind die „Melodie“, nach denen das System „tanzt“. Diese Muster stehen in Beratung und Therapie zur Disposition.
- **Krisen als Wendepunkt begreifen.** Krisen werden als äußerer und innerer Anlass für Veränderung betrachtet. Bisherige Copingstrategien haben versagt oder sich als unzureichend herausge-

stellt, neue Strategien sind gefragt. Nach Oevermann (2004) und anderen Autoren mit soziologischem Hintergrund kann Lebenspraxis sogar als fortwährender Prozess der Krisenbewältigung gesehen werden.

Wie wird gelebtes Leben beschrieben? – Biografie

Bei der Biografieorientierung im systemischen Arbeiten geht es darum, Sinnstrukturen zu entdecken. Dabei achten wir besonders auf die Geschichten, die für die Sinnstrukturen stehen. Und wir betrachten Individuen auf unterschiedlichen Ebenen in ihren sozialen Rahmen: Generationenlage, Familiengeschichte, Geschichte der Region, des Berufsfeldes etc. Der Therapeut sollte wissen, wo die Klienten herkommen, und von einer Grundhaltung der Neugier getragen sein. Therapeutinnen und Therapeuten müssen also „gutinformierte Bürgerinnen und Bürger“ (Schütz, 1972) sein.

Die Biografie hat Doppelcharakter: Sie ist unabänderlich („so war es“) und zugleich ständigen Um-Schreibungen unterworfen – die Vergangenheit wird aus der Perspektive der biographischen Gegenwart ständig rekonstruiert. Kierkegaard schreibt: „Nichts ist schwieriger vorherzusagen als die Vergangenheit.“ Diese Offenheit der biografischen Rekonstruktion macht es den Klienten möglich, ihre Vergangenheit nicht als Käfig zu sehen, in dem ihre Zukunft gefangen ist, sondern ihre Biografie als einen Ort von Möglichkeiten zu betrachten, die noch zu realisieren sind. Aus der Geschichte kann nicht ausgestiegen werden, aber die Vergangenheit enthält neben Problematischem auch Ressourcen. Rosmarie Welter-Enderlin (1990) spricht von „Skeletten im Keller und Schätzen auf dem Dachboden“.

Folgt man einem autonomieorientierten Menschenbild, dann ergibt sich als Aufgabe im therapeutischen Prozess, gemeinsam mit den Menschen, die Hilfe suchen oder ein Anliegen an die Therapeutin haben, an der Gestaltung und Erweiterung von Handlungsspielräumen zu arbeiten. Psychosoziale Störungen oder Krankheiten betrachten wir als Situationen, in denen Gestaltungsspielräume im Leben eingeschränkt sind.

Das therapeutische Handeln zielt nun nicht darauf ab, dem Patienten Verantwortung abzunehmen; die eher seltenen

Extremsituationen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, in denen Therapeuten vorübergehend stellvertretend für Patienten handeln müssen, einmal ausgenommen. Vielmehr ist das Ziel, den Patienten die Verantwortung für die Gestaltung angemessener Handlungsspielräume (wieder) zu überlassen. Dabei besteht die besondere Kunst darin, zusammen mit dem jeweils relevanten Klientensystem¹ bei der Ausgestaltung und Entwicklung der bestehenden Handlungsspielräume das jeweils rechte Maß zwischen Über- bzw. Unterforderung auszuhandeln.

Notabene sind es nicht die Professionellen, die bestimmen, was „das rechte Maß“ ist. Jochen Schweitzer hat eine entsprechende Dienstleistungsphilosophie, die er – dann doch, als Kontrapunkt zu bestehenden Hilfesystemen – mit „Kundenorientierung“ bezeichnet, gerade für die ärmsten der Hilfeempfänger gefordert (Schweitzer, 1995).

Therapeutisches und beraterisches Handeln hat aus dieser Perspektive das Ziel, Wandel in der *Sinnstruktur eines Problemsystems* voranzubringen. Eine Therapie, die sich um die Rekonstruktion von Sinnstrukturen

Methodisch eignet sich auch das Geschichtenerzählen und Umschreiben von Geschichten, um aus Vergangem Neues entstehen zu lassen.

bemüht, würde die Krankheits- (besser: Symptom-) Entstehung aus der Familiengeschichte, der Biografie und aus den Interaktionen heraus verstehen, um dann den Stellenwert der Symptome im System zu verändern und vielleicht mit Hilfe vorgefundener Resilienz den Ausgang aus der Krise positiv zu gestalten. Die zentrale Frage lautet: „Was wäre, wenn ...?“ Methodisch eignet sich auch das Geschichtenerzählen und das Umschreiben von Geschichten, um aus Vergangem Neues entstehen zu lassen. Rituale des Übergangs können sich eignen, um Übergänge voranzubringen.

In diesem Zusammenhang sind die nun vorgestellten Methoden von Bedeutung.

Methode: Genogrammarbeit

Ein Genogramm ist zunächst die Darstellung der Familie in ihrer Generationenfolge mit Hilfe von Symbolen. Bekannt gemacht wurde der Begriff durch Monika

¹ Um auszudrücken, dass vielfach neben den Patienten auch noch andere Personen Hilfe suchen oder ein anderes Anliegen an die Therapie haben, zählen wir all diese Personen zusammengenommen vorübergehend zu dem „Klientensystem“.

McGoldrick und Randy Gerson (1990), die die Auffassung vertraten, das Genogramm ermögliche einen „raschen Überblick über komplexe Familienstrukturen“ und bilde eine „reichhaltige Quelle zur Hypothesenbildung“. Die erstgenannte Funktion ist sozusagen die Minimalvariante, die heutzutage von vielen Beraterinnen und Therapeuten genutzt wird. Gegen die zweitgenannte Verwendung argumentiert Hildenbrand (2018) und veranschlagt mindestens zwei Stunden für die Arbeit mit dem Genogramm:

- Nötig sei ein methodisch stringenter, sequenzanalytischer Durchgang durch die in einem Genogramm abgebildeten Personen und ein ruhiges Eintauchen in die objektiven Möglichkeiten der damals Handelnden. Dazu sei Wissen erforderlich, das heute über das Internet gut verfügbar sei.
- Gegen den Begriff der „repetitiven Muster“ (McGoldrick & Gerson, 1990) sei einzuwenden, dass jede Wiederholung eines Musters in einem anderen historischen Kontext stattfindet, mit dem es konfrontiert sei. Beispiel (Hildenbrand, 2018): In Kriegszeiten verweist der Sachverhalt des abwesenden Vaters auf ein kollektives Schicksal; im „Goldenen Zeitalter der Familie“, das in den 1950er Jahren zu Ende ging, wird die Abwesenheit des Vaters skandalisiert; in Zeiten hoher Scheidungsquoten löst sich das Skandalhafte am abwesenden Vater auf, andere Themen werden bedeutsam. Innerhalb von 50 Jahren hat sich dieses Muster mehrfach grundlegend gewandelt. Hier von Wiederholungen zu sprechen, wäre absurd.
- Das Genogramm sei keine *Quelle* der Hypothesenbildung, sondern es sei das Ziel der Genogrammarbeit, Muster zu entdecken, oder Hypothesen über Muster zu bilden und sie systematisch zu überprüfen. Mithilfe der Genogrammarbeit werde der Kontext erschlossen, der die Entwicklung des jeweiligen Falles (Individuum, Paar, Familie) bestimmt, um den Rahmen (Muster) zu erarbeiten, der die jeweiligen Handlungsspielräume beschreibt.

Als Genogrammdaten eignen sich „objektive“ Daten (Hildenbrand, 2011) wie Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnortwechsel, Beruf(e) oder Beschäftigungen, Zeiträume von Partnerschaft(en). Bemerkungen wie „soll jähzornig gewesen sein“ beruhen auf nicht belastbaren Aussagen und werden erst in der Phase der genogrammgestützten therapeutischen

Arbeit wichtig, wenn die Geschichten zu erzählen und zu interpretieren sind, zu denen die Genogrammarbeit Anlass gibt. Im Genogramm selbst haben sie nichts zu suchen.

Genogrammarbeit mit der Methodik der Sequenzanalyse ist also keine Technik, sondern eine Haltung – eine Haltung, die davon ausgeht, dass Menschen aktiv handelnde Wesen sind, die sich gemeinsam mit anderen sowie im Kontext allgemeiner Zeitverhältnisse entwickeln, indem sie unter gegebenen Möglichkeiten auswählen. Dabei werden Regelmäßigkeiten (Muster) ausgebildet, die zumeist unterhalb der Ebene des reflexiven Zugriffs bleiben und in beraterischen/therapeutischen Prozessen zu thematisieren sind.

Methodik: Lebens- oder Zeitlinie

Während es in der Genogrammarbeit um Krisen und Entscheidungen in der Abfolge der Generationen geht, wird in der Arbeit mit der Lebens- oder Zeitlinie (zur Methodik: Nicolai, 2018) der individuelle Lebenslauf oder einen Abschnitt des Lebenslaufs fokussiert, wobei durch die Fragen, die während dieser Arbeit gestellt werden, die „Anderen“ leicht gedanklich einbezogen werden können. Mit Paaren (Weber, 2013), Familien und Teams kann auch jede Person ihre eigene Lebenslinie auslegen und – geleitet durch die Fragen der Beraterin – Perspektivwechsel vornehmen, z.B. die Sicht der Ehefrau oder des Teamkollegen auf die eigene Entwicklung versuchen zu erschließen.

Die Vorteile der Methode liegen darin,

- dass bei einigermaßen Imaginationsbegabten Personen das (Wieder-) Erleben der Situation zu den jeweiligen Zeitpunkten aktiviert („aktualisiert“) wird. Eine solche Erlebnisaktivierung gilt als wichtiger allgemeiner Wirkfaktor von Psychotherapie (Grawe, 2004).
- dass durch die Fragen der Beraterin – leichter als in der sonst üblichen Sitzordnung – erreicht werden kann, dass das Erleben sich aus einer „Problemrance“ (Schmidt, 2005) und dem Erleben von Hilflosigkeit in Richtung eines „Ressourcenzustands“ (Storch & Krause, 2005) und dem Erleben von Selbstwirksamkeit verändern lässt.
- dass diese – körperlich spürbaren – Ressourcenzustände an einen leicht verfügbaren Reiz oder ein Symbol gekoppelt (klassisch konditioniert oder in heutiger Fachsprache „verankert“) werden können, so dass der Zustand auch

außerhalb der Therapiestunde leicht wiederhergestellt werden kann.

Wie bei der Genogrammarbeit können frühere Krisen und Entscheidungen daraufhin untersucht werden, welche anderen Möglichkeiten es gegeben hätte, und welche guten Gründe es für diesen einen, tatsächlich eingetretenen Verlauf gab. Für zukünftige Entscheidungen lässt sich probeweise überlegen, was am besten ins eigene Leben passt, und wie Hindernisse auf dem Weg zu einem guten Ergebnis überwunden worden sein werden (Futur-II-Frage.)

Methodik: Skulpturen inklusive Familienbrett

Die Skulpturmethode bietet einen Zugang zu den inneren Bildern, die Menschen über die Beziehungsstrukturen ihrer Familie, ihres Netzwerks oder auch ihrer eigenen inneren Anteile haben. Das führt oft zu neuen Einsichten, da in Skulpturen auch Bindungs- und Beziehungsmuster abgebildet werden können, die den Erbauern der Skulptur nicht immer von vornherein bewusst sind (von Sydow, 2018). Es existieren zwei Varianten: Die „lebende Skulptur“ (Satir & Baldwin, 1999)² wird aus Menschen „gebaut“, während Figurenplatzierungsverfahren – das Familienbrett und seine Varianten – Ersatzfiguren verwenden und auch im Einzelsetting einsetzbar sind.

Die Fähigkeit, aus räumlichen Daten Rückschlüsse auf soziale Beziehungen ziehen zu können (z. B. Nähe, Abwendung, Größe), ist überlebenswichtig: Kinder können nur in der Nähe ihrer Eltern überleben und auch Erwachsene sind lebenslang auf soziale Unterstützung angewiesen. Insofern ist die symbolische Darstellung menschlicher Beziehungen (z. B. Puppenspiel; Kunst; Schachspiel) ebenso wie die Fähigkeit zum Erstellen und „Lesen“ räumlicher Darstellungen zwischenmenschlicher Beziehungen universell verbreitet. Das wird seit fast 100 Jahren auch psychotherapeutisch genutzt, angefangen mit der „Sandspieltherapie“ (von Sydow, 2018). Bei der Arbeit mit dem Familienbrett und seinen Varianten werden Personen oder innere Anteile symbolisch

²In der Öffentlichkeit populär, in der Fachwelt höchst umstritten ist eine Variante der „lebenden Skulptur“, nämlich die „Familienaufstellung“ nach Hellinger (kritische Auseinandersetzung z.B. bei Arnold, Joraschky, & Gierpka, 2008).

durch Spielfiguren dargestellt, die auf einem Spielbrett oder einer anderen umgrenzten Fläche arrangiert werden, z. B. Holz-, Schleich-, Playmobil- oder Lego-Figuren. Einige Materialien erlauben eine quantitative Analyse, nämlich der Familiensystem-Test (FAST), die Familienskulptur mit Playmobilfiguren (FSPlay), die Kvaebaek Familienskulptur Technique (KFST) und SOBEKI, der nur bei Kindern anwendbar ist (Übersicht bei von Sydow, 2018).

Nach der Aufstellung der Figuren „in der aktuellen Situation“ kann erfragt werden:

- welche Dyaden und Triaden werden durch die Abstände der Figuren zueinander dargestellt?
- welche Art von Nähe und Distanz zeigt die räumliche Entfernung der Figuren an?
- welche Hierarchien bilden die Größenunterschiede und die (bei Tieren) die Stärke der Figuren ab?
- was bedeutet Zu- oder Abwendung der Figuren zueinander?
- wer steht im Zentrum, wer abseits?
- wer fehlt?

Danach wird meist gefragt, was sich verändern müsste, damit sich die Situation der aufstellenden Person verbessern würde.

Auf der Suche nach Sinn

Allen geschilderten Methoden liegt die Annahme zu Grunde, dass jedes Erleben und Verhalten zu bestimmten Zeiten sinnvoll war, und dass ein Mensch fast immer (mit Ausnahme schwer traumatisierender Situationen) mehrere Möglichkeiten hatte, aber vor allem auch in Zukunft hat, sich zu entscheiden und zu handeln. Wenn Krisen die Weiterentwicklung blockieren, ist oft Unterstützung nötig, um probeweise anders zu denken, zu fühlen und sich zu verhalten, bevor leidbringende Muster verändert werden können. Im Therapieraum ist Zeit und Raum dafür.

Nicht nur im Therapieraum – auch die immer größer werdende Gruppe von Psychiatrieerfahrenen, allen voran Dorothea Buck, plädiert seit den 1990er-Jahren dafür, den Sinn in den eigenen psychotischen Erfahrungen zu suchen, damit sich selbst besser zu verstehen, und aus der psychischen Krise heraus eine Weiterentwicklung zu beginnen. Die daraus entstandene ‚Recovery‘-Bewegung verzeich-

net gute Erfolge, indem sie gut ausgebildete Psychiatererfahrene in der Behandlung akut kranker Menschen einsetzt und die Genesung im Alltag begleitet. ●

Literatur

Arnold S, Joraschky P, Cierpka A (2008): Die Skulpturverfahren. In M Cierpka (Hrsg.), Handbuch der Familiendiagnostik (3. Aufl., S. 305–333). Heidelberg, Springer

Aderhold V & Borst U (2009): Viele Wege in die Psychose. Neue Empirie zur alten Hypothese von Vulnerabilität und Stress. *Familiendynamik* 34: 370–385

Blankenburg W (1989): Futur-II-Perspektive in ihrer Bedeutung für die Erschließung der Lebensgeschichte des Patienten. In: Blankenburg, W., Heinrich, K., Peters, U. H., Neundörfer, B. (Hrsg.) *Biografie und Krankheit*. Stuttgart, Thieme, S. 76–84

Borst U (2013): Systemische Therapie. Handwerk der Psychotherapie, Band I. Tübingen, Psychotherapie-Verlag

Grawe K (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen, Hogrefe

Heinrichs N, Saßmann H, Hahlweg K & Perrez M (2002): Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. *Psychologische Rundschau* 53: 170–183.

Hildenbrand B (2011): Einführung in die Genogrammarbeit (3. Aufl.). Heidelberg, Carl-Auer

Hildenbrand B (2018): Genogrammarbeit. In: Sydow Kv & Borst U (Hrsg.). *Systemische Therapie in der Praxis*. Weinheim, Beltz, S. 194–202

McGoldrick M & Gerson R (1990): Genogramme in der Familienberatung. Bern, Huber

Nicolai L (2018): Zeitlinienarbeit. In: Sydow Kv & Borst U (Hrsg.). *Systemische Therapie in der Praxis*. Weinheim, Beltz, S. 245–251

Retzer A (2004): Systemische Familientherapie der Psychosen. Göttingen, Hogrefe

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 313;7023:71–2.

Satir V & Baldwin M (1983/1999): Familientherapie in Aktion; Die Konzepte von Virginia Satir in Theorie und Praxis. Paderborn, Junfermann

Schmidt G (2005): Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung. Heidelberg, Carl-Auer

Schütz, A. (1972): Der gut informierte Bürger. Ein Versuch über die soziale Verteilung des Wissens. In ders.: *Gesammelte Aufsätze* (S. 85–101), Band 2, hrsg. von A. Brodersen. Den Haag, Nijhoff.

Schweitzer J (1995): Kundenorientierung als systemische Dienstleistungsphilosophie. *Familiendynamik* 20: 292–313

Storch M & Krause F (2005): Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (3., korr. Auflage). Huber, Bern

Sydow Kv (2018): Skulptur und Aufstellung. In: Sydow Kv & Borst U (Hrsg.). *Systemische Therapie in der Praxis*. Weinheim, Beltz, S. 217–225

Weber R (2013): Paare in Therapie. Erlebnisaktivierende Methoden in der Paartherapie. Stuttgart, Klett-Cotta

Welter-Enderlin R (1990): Skelette im Keller und Schätze auf dem Dachboden. *Familientherapiegeschichte(n)*. System Familie 3: 196–205

Welter-Enderlin R & Hildenbrand B (2004): Systemische Therapie als Begegnung (4. Aufl.). Stuttgart, Klett-Cotta

Das Recht auf Biografie

Langfristig psychotisch erkrankte Menschen – Bedeutung für die therapeutische Arbeit

Von Katharina Brinkmann und Dorothea von Haebler

Biografiearbeit dient neben der Reflexion der Vergangenheit der Bewältigung der Gegenwart und Planung der Zukunft. Für Menschen mit Psychosen ist es nachgewiesenermaßen hilfreich, dem Vergangenen einen Sinn zu geben, so dass die Biografiearbeit hier besonders wichtig ist. Teilweise viel zu junge an Psychose erkrankte Menschen landen zu Unrecht in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und werden dort auf Versorgungsleistungen reduziert, fallen somit aus den ambulanten Gesundheitsleistungen oftmals heraus. Die Realität ist so oft eine Minderbewertung der lebensgeschichtlichen Informationen, die sich durch mangelhafte Übergaben, nicht erlerntem Umgang mit Details des subjektiv Erlebten und fehlender biographischer Daten aus langjähriger sozialer Isolation der Betroffenen ableitet. Dieser Artikel beleuchtet die Relevanz von Biografiearbeit auch für die therapeutische Arbeit mit langfristig psychotisch erkrankten Menschen in den Strukturen unseres Versorgungssystems.

Eine 53-jährige Frau zieht in ein psychiatrisches Heim. Begegnungen mit anderen Heimbewohnern erlebt sie als hochbedrohlich. Frau S. beginnt sich körperlich zu wehren, wenn ihr jemand nahekommmt. Nachts schreit sie. Stundenlang. Aus den Akten ist zu ersehen, dass ihre Vergangenheit voll ist von Erlebnissen, von denen schon eines als belastend oder gar traumatisierend gelten würde. Sie berichtet nicht davon. Es wäre auch keiner da, der die Zeit hätte, ihr zu zuhören und das zu ertragen, was in ihr immer wieder hochkommt, das hat sie zumindest so erlebt. Zu Beginn war es auch Scham und Unsicherheit. Nicht darüber zu sprechen ist offenbar kein Weg, etwas ungeschehen zu machen. Aber es scheint der einzig mögliche Weg in ihrer Situation. Und die vernichtenden Ängste leben ja weiter, in jeder Begegnung des Alltages, in jedem Hilfeangebot, sie sind da, treue Begleiter, es ist ihre Biografie, die nicht verloren geht. Medikamente können den Schlaf verbessern, auch die Ängste am Tag abmildern, Frau S. hat so am Tag etwas Zeit auch mal zu lachen, mit anderen ein Wort zu wechseln. Veränderungen des Umfeldes, der Tod einer Angehörigen, Anspannungen im Team lassen die Ängste wieder erscheinen. Dann fürchtet Frau S. auch die Medikation, schreit nachts und wehrt sich, auch wenn Hilfe kommt.



Katharina Brinkmann
M.A., Psychotherapeutin in Ausbildung, Projekt Trauma und Psychose an der IPU Berlin, Psychosoziale Suchtberatung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Doppeldiagnose bei KARUNA e.V.



Dorothea von Haebler
Prof. Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie u. Neurologie. Oberärztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Charité). Vorsitzende des Dachverbandes Deutschsprachiger Psychosozialtherapie DDPP.

Die Relevanz der Biografiearbeit

Der Alltag von Frau S. ist gezeichnet von vielen angstgetriggerten Reaktionen, die durch auftauchende Spuren einer häufig fragmentierten Vergangenheit entstehen. Frau S. kennt diese Spuren, ihr Umfeld nicht, und ist somit hilflos, wie sie. Diese Hilflosigkeit wird oftmals falsch interpretiert und führt oft genug das Personal der Einrichtungen an ihre Grenzen.

Die Medikation bringt Linderung, zumindest immer wieder, aber besser wird

es eigentlich nicht. Frau S. unternimmt und spricht immer weniger. Die Medikation scheint ihre Ängste, aber auch ihr Erleben zu dämpfen. Die Ängste verlassen Frau S. dadurch nicht.

Eine Biografiesensibilität als Teil des Betreuungs- und Behandlungskonzeptes sollte dort vorhanden sein, wo die Integration der Biografie für einen Menschen eine adäquatere Hilfeleistung ermöglicht, nicht nur in psychotherapeutischer Behandlung (Miethe, 2017). Biografie kann in diesen Settings auch dazu dienen, den Zugang zu dieser Personengruppe für die Professionellen zu erleichtern, teilweise scheinbar unverständliches Verhalten besser zu verstehen und wirkt sich daher auch direkt auf die Qualität der Begleitung aus (Miethe, 2017; Griesehop, Rätz & Völter, 2012). Bei Menschen mit Psychosen konnte gezeigt werden, dass die Möglichkeit, das psychotische Erleben mit Lebensereignissen in Zusammenhang zu bringen, ein positiveres Erleben der Symptomatik und eine günstigere Lebensperspektive bedeuten (Bock et al., 2010).

Herausforderungen in der Biografiearbeit

Besonders bei langfristig psychisch erkrankten Menschen gibt es systemimmanente Hürden, biografiesensibel zu arbeiten: Viele Behandlungsunterbrechungen und -wechsel, wiederholte Beziehungsabbrüche, als Folge häufig gewachsenes Misstrauen gegenüber dem Versorgungssystem und oft leider nur geringe Unterstützung aus dem familiären Umfeld sind ein Teil der Lebensrealität vieler Betroffener. Viel zu häufig sind es unvollständige Übergaben, ein Mangel an Kooperation mancher Leistungserbringer, oder die teilweise bewusste Entscheidung gegen die Offenbarung der eigenen Lebensgeschichte von Seiten der Betroffenen. Diese Umstände erschweren die Arbeit mit der Biografie in der Langzeitbehandlung sehr. Aus psychodynamischer Sicht sind aber viele biografische Details und subjektive Lebensereignisse von großer Bedeutung für einen individuellen Behandlungsplan - nicht nur von Psychotherapeuten, sondern von sämtlichen Professionellen im sozialpsychiatrischen Umfeld. In Unkenntnis solcher Ereignisse werden dann oft Behandlungen und Betreuungsprozesse durchgeführt, die den Menschen mit seinem individuellen Problem nur schwer erreichen.

Biografiearbeit als Prozess

Wichtig ist, dass es sich nicht um das Herausfinden einer „biografischen Wahrheit“ handelt, sondern um einen gemeinsamen Prozess, in welchem auf die emotionale Realität fokussiert wird. Diese kann aus den Lebensläufen der zu Behandelnden verstehbar werden und so in der Begleitung und in Therapien eine grundlegende Bedeutung erlangen. Das heißt aber auch, dass Aktenwissen weder eine objektive noch eine subjektive Realität darstellt. Biografiearbeit muss in einem dialogischen Prozess stattfinden: es geht darum, welche Gefühle bei den Schilderungen transportiert werden, wie gegenwärtig oder abgespalten, unaushaltbar oder verdinglicht geschildert wird. Die Biografie selbst kann in einer andauernden vertrauensvollen therapeutischen Beziehung zu etwas Drittem werden, eine Triangulierung ermöglichen und damit auch eine gemeinsame Betrachtung von Therapierenden und Betroffenen auf deren Lebensgeschichte ermöglichen. Für das Erheben einer ausführlichen Anamnese sind Strukturen notwendig, die einerseits alle Anstrengungen aufbringen, eine möglichst kohärente Behandlungsgeschichte nachzuzeichnen, andererseits sich nicht auf das geschriebene Wort der Fachkollegen zu verlassen, sondern immer wieder im Kontakt mit dem Patienten/Bewohner biografiesensibel zu bleiben. Im Versorgungssystem mangelt es derzeit noch erheblich an Strukturen, vor allem aber an Verbindung zu (geschultem) Personal, die diesen Prozess bei an Psychose erkrankten Menschen überhaupt ermöglichen.

Biografiearbeit in der Praxis

Menschen mit Psychosen bekommen noch immer viel zu selten eine Psychotherapie, die ihnen in unserem Versorgungssystem zusteht und nachgewiesenermaßen in allen Phasen und bei jedem Schweregrad der Erkrankung wirksam ist (von Haebler, 2015). Sehr häufig werden Menschen mit Psychosen psychotherapiefrei akut behandelt oder langzeitbetreut. Eine professionelle Beschäftigung mit der Lebensgeschichte dieser Menschen im therapeutischen Kontext findet damit noch immer viel zu selten statt. Biografische Erinnerungen sind darüber hinaus oft verzerrt, verdrängt, vergessen oder verrutscht. Dies geschieht nicht nur durch fehlendes Interesse des Umfeldes,

sondern auch aus Selbstschutz, so dass es eine besondere Kenntnis im Umgang damit erfordert, um Menschen mit traumatischen und stigmatisierenden Erlebnissen in der Vergangenheit nicht erneut zu traumatisieren. Dies ist auch eine Erklärung dafür, dass viele Menschen mit einer langen psychiatrischen Geschichte diese nicht offenbaren wollen oder können, ja sich sogar für eine leere Biografie, eine neue Identität entscheiden, um nicht mehr dem gesellschaftlichen Druck ausgesetzt zu sein, die mit ihrem Herkunftselbst verbunden ist. Dies kann von dem Umfeld leicht missverstanden werden. Eine Abwehr des professionellen Bezugsrahmens gegenüber den Hintergründen dieses „Biografieschwunds“ ist auch ein Zeichen für die Überforderung und Hilflosigkeit in einem therapeutisch dünn ausgestatteten Bereich der Gesundheitsversorgung, in dem es wenig Alternativen und viel „zu wenig“ gibt. Die Biografiearbeit ist ein fester Bestandteil der psychotherapeutischen Praxis, kann aber zusätzlich auch durch feldkompetent supervidiertes und geschultes Personal innerhalb der Einrichtungen stattfinden. Wichtig ist zunächst auch das Missverständnis aufzuheben, dass „die Biografie“ nicht nach einem Anamnese-katalog erhoben werden kann, sondern ein dynamischer Prozess ist.

Biografiearbeit in Bereichen der Langzeithospitalisierung

Aufgrund der intensiven und vielfältigen Anforderungen vor allem an die Behandelnden und Betreuenden aus dem professionellen Umfeld und die oftmals miteinhergehende Hilflosigkeit und den Mangel an adäquaten, netzwerkübergreifenden Angeboten für diese Zielgruppe, sind oftmals (psychiatrische) Pflegeheime oder (stationäre) Einrichtungen der Eingliederungshilfe die letzte Adresse. Dies Art der Langzeithospitalisierung geschieht oft bereits in viel zu jungem Alter und deutet auf die massiven Behandlungslücken und -hindernisse im Gesundheitssystem hin. Mit dem Einzug in stationäre Settings, fallen sie aus dem Zuständigkeitsgebiet der ambulanten psychotherapeutischen Regelversorgung heraus und erhalten auch deswegen fast nie eine angemessene und indizierte psychotherapeutische Begleitung (BPTK, 2019). Ambulante Psychotherapie und Heimaufenthalt sind immer noch zwei sich in der Praxis beinahe ausschließende Angebote

im deutschen Versorgungssystem. Auch wenn das Bundesteilhabegesetz Änderungen verspricht, sind diese in der Praxis noch längst nicht ausreichend implementiert. Langzeitbetreuungen wie Wohngruppen und Pflegeheime haben durch die Formulierung des Pflege- bzw. Eingliederungshilfenauftrages und auf Grund mangelnder finanzieller und struktureller Ressourcen so gut wie nie Psychotherapeuten vor Ort. Dies zeigt, dass neben krankheitsbedingten Gründen auch versorgungspolitische Hintergründe zu diesem (psycho-)therapeutischen Mangelzustand beitragen (von Haebler, 2021).

Der Anspruch auf ein biografisches Fallverstehen darf andererseits auch nicht auf die Psychotherapie reduziert werden, dieses muss nicht nur in den Leistungen der Eingliederungshilfe integriert sein, sondern dort auch stattfinden. Jedem schwer psychisch kranken Menschen, gleich an welcher Stelle unseres Gesundheits- und Versorgungssystems dieser sich befindet, sollte Fachpersonal mit einem Wissen um Biografie Relevanz zur Verfügung stehen und erreichbar sein. Für viele in den Settings der Eingliederungshilfe bedeutet dies auch eine zwingende Integration bzw. Erreichbarkeit der Leistungen der Krankenversorgung (des SGB V).

Nach einer Befragung von Leitungspersonal in Berliner Pflegeheimen, ist die Erfassung von biografischen Details zwar Teil des Aufnahmeprozesses, wie diese Informationen jedoch in die Arbeit integriert wird, ist meist wenig konzeptualisiert (Brinkmann, 2018). Es wird deutlich, dass für einen Großteil der Menschen mit Psychosen die Aufnahme in (geschlossene) stationäre Einrichtungen mit einem Bruch in ihrer Biografie verbunden ist: entweder aus Scham, weil Beziehungen abreißen, oder da in den Einrichtungen biografische Daten nur unvollständig erfragt und dokumentiert werden. Diese Ergebnisse sprechen für eine falsche Einschätzung der Wichtigkeit biographischer Aspekte in der Betreuung und Therapie von Personen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Es ist für langzeiterkrankte Menschen mit Psychosen von besonderer Bedeutung, dass auch schambesetzte, schwer integrierbare Anteile der Lebensgeschichte, die psychotisch erlebt wurden, integriert werden und als Teil der eigenen

Geschichte anerkannt werden können, um mit der Psychose leben zu können und Perspektiven zu entwickeln. Dazu ist psychotherapeutische Expertise nicht nur notwendig, sondern vor allem auch besonders bei langfristiger Erkrankung indiziert (DGPPN, 2019). Es ist eine dringende Aufgabe, in den vorhandenen Strukturen ein Selbstverständnis dieses Anspruchs auf Psychotherapie und Biografiesensibilität zu erreichen.

Wie weiter?

„Ich fühle mich in Einzelteile zersprengt [...] Ich brauche Hilfe beim Sortieren meiner Teile und keine Fremdbestimmung“ (Gwen Schulz in Bock et al., 2014, S. 69). Bei langzeiterkrankten Menschen mit Psychosen stellt das Erheben und Arbeiten mit der Biografie eine besondere Herausforderung dar. Die Ausbildungsstrukturen und die Vergütung für Mitarbeiter in Langzeiteinrichtungen lassen dieser Arbeit viel zu wenig Raum, worauf Menschen mit Psychosen sensibel und oft mit Rückzug reagieren.

Die Erhebung und Einbeziehung der Biografie in die meist langwierige und komplexe Behandlung von Menschen mit Psychosen muss in den Ausbildungsstrukturen, interdisziplinären Fort- und Weiterbildungen den ihr zustehenden Platz bekommen. Des Weiteren muss die Versorgungslandschaft an die Notwendigkeiten und Bedürfnisse der Empfänger angepasst werden und nicht umgekehrt. Vor allem in Settings der langfristigen Betreuung in Wohnheimen ist dies von höchster Relevanz, denn biografisches Wissen kann sowohl für Betreuerinnen und Betreuer als auch Betroffenen eine Richtungsänderung mit neuen Chancen und neuer Aussicht bedeuten.

1. Es ist ein versorgungspolitischer Fehler, dass häufig sehr junge Menschen mit Psychosen in Settings der Eingliederungshilfe und psychiatrischen Pflegeheimen landen.
2. Eine an der Praxis orientierte Integration beider Leistungssektoren ist dringlich: In den Einrichtungen der Eingliederungshilfe muss ärztliches und therapeutisches Fachpersonal vor Ort für die adäquate Behandlung sorgen, oder die ambulanten Leistungen müssen für Empfänger selbstverständlich zugänglich gemacht werden. Ein Heimaufenthalt darf kein Ausschlusskriterium z.B. für ambulante Psychotherapieangebote darstellen.

3. Darüber hinaus ist ein Biografieverständnis in allen Professionen, die im Rahmen von gesundheitsbezogenen Teilhabeleistungen nach SGB IX arbeiten, notwendig, um den Betroffenen leitliniengerecht und nach den Forderungen der EU-Richtlinien angemessen und professionell zu begegnen.

4. Ein Ausbau der Weiterbildungs- und Schulungsmöglichkeiten für interdisziplinäre Teams ist notwendig. Dies betrifft sowohl die bestehenden Ausbildungsberufe wie auch die berufsbegleitende Weiterqualifikation.

Bei Frau S. könnte sich vieles ändern, würde man gemeinsam mit ihr „Fragmente sortieren“ und würde man mit ihr zusammen herausfinden, was ihr Angst macht, wann das angefangen hat. Für solche Fragen ist ein therapeutischer Raum notwendig. Für diesen können wir alle, jeder in seiner Profession und Position, sorgen. ●

Literatur

- Bechdorf, A., & Klingberg, S. (2014):** Psychotherapie bei schizophrenen Störungen: Kein Evidenz- sondern ein Implementierungsproblem. *Psychiatrische Praxis*, 41(01), 8–10.
- Bock, T., Brynski, T., Klapheck, K., Bening, U., Lenz, A., & Naber, D. (2010):** Zum subjektiven Sinn von Psychosen. *Psychiatrische Praxis*, 37(06), 285–291.
- Bock, T., Klapheck, K., & Ruppelt, F. (2014):** Sinnsuche und Genesung: Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen. Psychiatrie Verlag.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2019):** Stationäre Versorgung bei psychischen Erkrankungen mangelhaft. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/06/20190603_pm_bptk_stationäre-Versorgung.pdf
- Brinkmann, K. (2018):** Pflegeheime als neue Form der Hospitalisierung (Unveröffentlichte Masterarbeit). Internationale Psychoanalytische Universität Berlin.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (Hrsg.) (2019):** S3-Leitlinie Schizophrenie.
- Griesehop, H. R., Rätz, R., & Völter, B. (2012):** Biografische Einzelfallhilfe: Methoden und Arbeitstechniken. Beltz Juventa.
- Miethe, I. (2011):** Biografiearbeit. Beltz Juventa.
- Von Haebler, D. (2015):** Psychodynamische Psychotherapie von Menschen mit Psychosen. *Werkzeugkasten und psychotherapeutische Haltung*. *PID*, 16(3), 48–52.
- Von Haebler, D., (2021):** Brücken bauen: Psychosenpsychotherapie und Sozialpsychiatrie – Die Notwendigkeit, psychotherapeutische Leistungen für Menschen mit Psychosen zugänglich zu machen. *Sozialpsychiatrische Informationen* 51(1): 38–44.

Biografiearbeit in der Gerontopsychiatrie

Wie biografisches Arbeiten zum Schatz, aber auch zur Last in der Beziehungsgestaltung mit den gerontopsychiatrisch erkrankten Patientinnen und Patienten werden kann

Von Bernd Meißnest

Vater und Sohn stehen am Fenster: „Vater, was sind das für Männer, die aus den drei Autos vor unserem Haus aussteigen?“, „Sie kommen zu mir, wegen Auschwitz!“

Herr O. 93 Jahre alt, war im Zweiten Weltkrieg als Wachmann im Konzentrationslager in Auschwitz eingesetzt. Nach über 70 Jahren wird ihm nun der Prozess wegen Beihilfe zum Mord in zig tausend Fällen gemacht. Seiner Familie hat er nie von dieser Zeit berichtet. Die Erinnerungen verpackte er gedanklich in eine Kiste und verschloss sie. Er wollte nie wieder darüber reden. Nun holt ihn dieser Teil seiner Biografie ein und nicht nur ihn, sondern seine gesamte Familie.

Biografiearbeit als Grundlage gerontopsychiatrischen Handelns

Bereits vor Jahrzehnten entwickelte der Wiener Pflegewissenschaftler Prof. Erwin Böhm sein psychobiografisches Pflegemodell. Es kommt heute in vielen Institutionen der Altenhilfe zum Einsatz. Böhm geht davon aus, dass psychisch kranke Menschen in Krisenzeiten auf Normen und Handlungsweisen aus früheren Lebensphasen zurückgreifen. Um diese Menschen und ihr Verhalten zu verstehen ist es erforderlich, sich mit ihrer Biografie zu beschäftigen.

Biografiearbeit in der Gerontopsychiatrie ist Erinnerungsarbeit pur. Dies gilt für die betroffene Person und für die fragende und zuhörende Person. Die Erinnerungen überspringen Zeiträume ganzer Generationen, gehen vom Hier und Jetzt bis in die früheste Kindheit zurück.

Ohne biographisches Arbeiten gelingt kein guter therapeutischer Prozess. Das Wissen um die Biografie hilft von Anfang an, mit den alten Menschen und seinem Umfeld in Kontakt zu treten. Patientinnen und Patienten der Gerontopsychiatrie leiden oft an kognitiven Einschränkungen (u.a. Demenzen), Depressionen, bipolaren Erkrankungen, somato-psychischen Störungsbildern, Psychosen. Die anfängliche Begegnung im Krankenhaus im Seniorenheim ist geprägt von Unsicherheit, Angst, Misstrauen, Skepsis und Nicht-Verstehens. Es besteht ein Ungleichgewicht zwischen der betroffenen Person und seinem Gegenüber. Ältere Generation trifft auf jüngere, lebenserfahrene Person auf weniger lebenserfahrene Person, ältere Person mit körperlichen und psychischen Einschränkungen auf jüngere, fitte Person. Um diesem Ungleichgewicht zu begegnen, helfen Kenntnisse zur Lebensgeschichte des Betroffenen. Die erste Begegnung ist bedeutsam für den weiteren Verlauf der Beziehung. Hierin besteht nun die Herausforderung, wie solch eine Begegnung gut gelingen kann. Der Schatz, die Antwort liegt in der Biografiearbeit.

Durch gezieltes Fragen und Hinhören kann eine würdevolle Begegnung auf Augenhöhe beginnen, die dann im weiteren Verlauf von Wertschätzung, Anerkennung von Lebensleistung, von noch vorhandenen Ressourcen geprägt ist. Bestehende Defizite, Schwächen, Kränkungen, körperliche und psychische Auffälligkeiten rücken in den Hintergrund.

Sich mit der Biografie des anderen zu beschäftigen bedeutet, sich mit der Geschichte und dem Kontext auseinanderzusetzen. Dies gilt für beide Seiten.



Bernd Meißnest

Chefarzt Klinik für Gerontopsychiatrie u. Psychotherapie, Leiter Zentrum für Altersmedizin, stellv. ärztlicher Direktor LWL-Klinikum Gütersloh Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatische Medizin Neurologie – Innere Medizin; E-Mail: Bernd.Meissnest@lwl.org

Die befragte Person ist aufgefordert, eine Zeitreise rückwärts anzutreten, bestimmte Erinnerungen wieder lebendig werden zu lassen, sich mit freudigen, aber auch schmerzhaften Lebensereignisse neu konfrontieren zu lassen. Für die fragende Person liegt die Herausforderung im aufmerksamen Zuhören im Aushalten des Gehörten. Sie wird konfrontiert mit Lebensgeschichten geprägt von Verlust und Tod, von Glück und Not, mit Ereignissen aus Vergangenheiten, die sie selbst nie erlebt hat und niemals so erleben wird. Kann sich die befragte Person an bestimmte Momente nicht mehr erinnern, so können diese Erinnerungslücken unterschiedliche Ursache haben. So können Ereignisse möglicherweise nicht vollkommen wahrgenommen worden sein. Es gibt den Zustand der Amnesie, in dem die Erinnerung durch ein traumatisches Ereignis verschwunden ist. Erinnerungseindrücke können ihre Lebendigkeit verloren haben und werden nach und nach lückenhafter und schließlich vergessen. Erinnerungsinhalte unterliegen mit dem Mechanismus der Verdrängung werden abgespalten, wenn sie von der eigenen Person nicht akzeptiert werden. So kann die Leidenserfahrungen für Gefangene

im Konzentrationslager so dramatisch erlebt worden sein, dass sie verdrängt wurden, indem, ihnen ein Sinn gegeben wurde. Leiden bekommt dann eine Aufgabe, das Durchleiden einen Sinn (Frankl 1977).

Natürliche Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Verleugnung, Projektion werden regelmäßig eingesetzt und können zu scheinbaren Erinnerungslücken führen. Manche Erinnerungen werden als so belastend erlebt, dass sie gedanklich in eine Kiste gepackt werden, diese gut verschlossen wird und so das Erlebte scheinbar verschwunden ist.

Herrn O. ist es gelungen, einen Teil seiner Biografie, seine Tätigkeit im Konzentrationslager mit all dem Schrecklichen was mit dieser Geschichte verbunden war, der Ermordung von 100.000 Gefangenen, in einer Kiste über 70 Jahre verschwinden zu lassen. Plötzlich konfrontiert ihn die Kriminalpolizei damit.

Biografiearbeit als Chance für die Gestaltung einer guten verbleibenden Lebenszeit

Biografiearbeit in der Gerontopsychiatrie kann alle Sinne bei den Patienten wecken. Das Wissen um besondere Vorlieben und Bedürfnisse kann vor allem bei an Demenz erkrankten Menschen scheinbar Verlorengegangenes wieder lebendig werden lassen. Durch Sehen und wiedererkennen, durch Hören, Fühlen, Schmecken lassen sich Informationen, die über Jahre bis Jahrzehnte im Langzeitgedächtnis vor sich hin schlummerten, wieder abrufen. Dennoch lassen einzelne Funktionen in unserem Gedächtnis im Laufe des Altwerdens nach und führen zu vorübergehenden oder dauerhaften Gedächtnisverlusten. Diese „Lücken“ im Gedächtnis werden von Betroffenen meist ignoriert, übergangen oder mit neuen phantasievollen Inhalten gefüllt.

Biografiearbeit ist der Weg einer würdevollen Begegnung zwischen betroffener Person und Fragendem auf Augenhöhe. Jemand interessiert sich für mich, für meine Geschichte, ist bereit, mir zuzuhören, durchlebt mit mir nochmals die Höhen und Tiefen meiner Biografie. Die befragte Person hat die Möglichkeit, sich zu zeigen, wahrgenommen zu werden, kann verborgene Erinnerungen hervorholen. Die fra-

gende Person hat das Angebot, gelebtes Leben nochmals mitzuerleben, aufkommende Gefühle zu teilen, zu begleiten, zu verstehen. Sie muss es aber auch aushalten können.

Biografiearbeit in der Gerontopsychiatrie ermöglicht einen positiven, ressourcenorientierten Blick auf die noch verbleibende Lebenszeit. Hier kann es darum gehen, gemeinsam anhand biographischer Angaben zu erfahren, wie eine Person die noch verbleibende Lebenszeit gerne verbringen möchte, an welchem Ort mit welchen vertrauten Menschen. Über die Erinnerungsarbeit lassen sich Hobbys, Leidenschaften reaktivieren, „alte“ Träume und Wünsche realisieren, an Erlebtes anknüpfen.

Biografiearbeit bietet auch die Chance, für die Zukunft vorzusorgen. Auf noch offene Fragen finden sich nun Antworten. Hierzu gehören die Themen der Vorsorge, der Patientenverfügung. Wer sorgt für mich, wenn ich meine Angelegenheiten selbst nicht mehr erledigen kann. Wie stelle ich mir die Zeit vor dem Tod vor, was möchte ich auf keinen Fall erleben, wenn ich selbst nicht mehr mitbestimmen kann.

Biografiearbeit bietet zudem die Möglichkeiten, ein Resümee über das bisherige Leben zu ziehen, verloren gegangene Kontakte, zerbrochene Beziehungen neu zu betrachten und möglicherweise zu heilen. Dies wird auf dem Hintergrund der dramatischen Vereinsamung alter Menschen zunehmend bedeutsamer (Luhmann 2019).

In der Gerontopsychiatrie werden durch biographisches Arbeiten Wesenszüge, Verhaltensweisen, Besonderheiten der Person für das Umfeld versteh- und erklärbar. Sie stehen nun in einem Kontext einer individuellen Lebensgeschichte und nicht mehr isoliert für sich.

So gelingt es zu verstehen, warum Frau S. nachts immer Angst hat, trotz diverser Schlafmittel nicht einschlafen will und ihren Koffer auf Station packt, um weiterzuziehen. In der Kriegszeit war sie als Kind mit ihren Eltern auf der

Flucht. Nachts durfte sie nicht schlafen, weil die Familie ihr Hab und Gut packen und mit dem Flüchtlingstreck weiterziehen musste.

In dem heutigen LWL-Klinikum in Gütersloh haben wir mit der Aufarbeitung der Lebensgeschichte psychisch kranker Menschen viel Erfahrung gesammelt. Im Rahmen der Deinstitutionalisierung aller Gütersloher Langzeitpatientinnen und -patienten in den 80er und 90er Jahren wurde bei jedem Patienten die Krankengeschichte in eine Lebensgeschichte umgeschrieben. Das bedeutete, psychische Auffälligkeiten in einen lebensgeschichtlichen Kontext zu stellen. Was geschah zu dem Zeitpunkt der psychischen Entgleisung im Umfeld. Warum reagierte diese Person so. Dieser

neue Blick auf die Person bot enorme Chancen. Verhaltensauffälligkeiten und Defizite wurden so plötzlich zur Ressource und ermöglichten, an lebensgeschichtliche Ereignisse anzuknüpfen. Die betroffenen Menschen hatten nach Jahrzehnten wieder Kraft und Mut, ihr Leben außerhalb einer Institution zu gestalten. Alle damaligen Langzeitpatientinnen und -patienten mit einer Verweildauer von zum Teil über 40 Jahren konnten über diese biographische Arbeit aus der Klinik entlassen werden.

Auch in der palliativen Begleitung wird die Biografiearbeit immer bedeutsamer. So gelingt das „Sterben in Würde“ am besten, wenn die Patienten selbst angeben, wie ihre Vorstellung und Definition von Würde ist. Sie äußern im Vorfeld ihre Wünsche, wie sie gerne im Sterbeprozess begleitet werden wollen. Chochinov entwickelte den Weg der „Dignity therapy“ für die Palliativarbeit. Anhand eines spezifischen Fragenkataloges werden Betroffene zu ihrer Biografie befragt und haben die Chance bisher Unausgesprochenes zu aktivieren (Chochinov, 2005).

Was benötigt biografisches Arbeiten in der Gerontopsychiatrie?

Biographisches Arbeiten in der Gerontopsychiatrie bedarf ein Herz für die Belange älterer Menschen. Unabdingbar

Auch in der palliativen Begleitung wird die Biografiearbeit immer bedeutsamer. So gelingt das „Sterben in Würde“ am besten, wenn die Patienten selbst angeben, wie ihre Vorstellung und Definition von Würde ist. Sie äußern im Vorfeld ihre Wünsche, wie sie gerne im Sterbeprozess begleitet werden wollen.

sind die Fähigkeiten des aufmerksamen Hinhörens und Fragens. Man muss sich begeistern lassen können von bunten Lebensgeschichten und die Fähigkeit besitzen mitzufühlen, Erzählungen von Trauer und Freude gleichermaßen auszuhalten. Hilfreich sind Ortskenntnisse und Wissen um historische Gegebenheiten. Kenntnisse über lokale Zusammenhänge helfen und schaffen Vertrauen in der Beziehungsgestaltung mit der betroffenen Person.

Im Rahmen der biographischen „Aufarbeitung“ können plötzlich psychotherapeutische Aufträge entstehen, um bisher über Jahrzehnte verborgenes Leiden aufzuarbeiten. Hierfür sollte eine Offenheit und Bereitschaft vorhanden sein.

Herr O. mit seiner Vergangenheit als Wachmann im Konzentrationslager war hierzu nicht mehr bereit. Allerdings zeigten sich Familienmitglieder für diesen Weg offen und forderten sich therapeutische Unterstützung ein.

Mitarbeitende in der Gerontopsychiatrie werden durch die biographische Arbeit mit einzelnen Patienten zu Experten dieser. Ihr Wissen um die Lebensgeschichte dieser Person wird dann bedeutsam, wenn sie sich aufgrund einer fortschreitenden Erkrankung z.B. eines dementiellen Prozesses selbst nicht mehr äußern kann. Sie benötigt dann einen Fürsprecher für seine / ihre Belange. In diesem Moment ist der biographische Experte dieser Person gefragt. Nach Klaus Dörner entsteht in diesem Moment zwischen dem Patienten und dem Experten eine Beziehung auf Zeit. Der Experte wird zum lebensgeschichtlichen Begleiter.

Biographisches Arbeiten in der Gerontopsychiatrie macht neugierig, erweitert den eigenen Horizont und ist für das eigene reflektive Handeln ein supervisorischer Gewinn. ●

Literatur

Chochinov HM. Dignity Therapy (2005): A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life. *Journal of Clinical Oncology* 2005; 23:5520–5525

Frankl, V. (1977): ...trotzdem Ja zum Leben sagen: Deutscher Taschenbuch Verlag 2006.

Luhmann, M., Böcker, S. (2019): Einsamkeit und soziale Isolation im hohen Alter: Projektbericht. Ruhr-Universität Bochum.

Gegen die Logik der Institution

Von der Krankheit zur Wiederherstellung des Individuums in seiner Lebenswelt

Von **Peppe dell'Acqua** mit einer Einleitung von **Klaus Obert**

Die Überwindung der psychiatrischen Anstalt in Verbindung mit der kritischen Infragestellung des naturwissenschaftlich geprägten psychiatrischen Paradigmas (Defizitmodell) durch die „psichiatria democratica“ mit ihren Hochburgen in Triest und in Arezzo war vor allem in den 70er und 80er Jahren Gegenstand heftiger Auseinandersetzungen innerhalb der psychiatrischen Fachöffentlichkeit Deutschlands. Leider gerieten aus unterschiedlichen Gründen die „italienischen Erfahrungen und Erkenntnisse“ hinsichtlich des Auf- und Ausbaus der dezentralen Strukturen als Alternative zur psychiatrischen Anstalt in Italien nach der Verabschiedung des Gesetzes 180 bis heute mehr und mehr aus dem Blickfeld der praktischen Erfahrungen und konzeptionellen Überlegungen in Deutschland. Aus unserer Sicht wäre es zweifelsfrei hilfreich und von wichtiger Bedeutung, die positiven wie negativen Erfahrungen in den Hilfen für psychisch kranke Menschen in Italien auch wieder bei uns mehr zu berücksichtigen und in unsere Arbeit miteinzubeziehen.

Die Bewegung um Franco Basaglia und seinen Nachfolger*innen zielte nicht nur auf die grundlegende strukturelle Änderung der psychiatrischen Versorgung („Negation der Institution“ in Richtung der „erfundenen Institution“), sondern vor allem auf die Rückkehr des Individuums aus der institutionellen Umklammerung und Machtlosigkeit und dessen Objektivierung durch die Sprache der Krankheit ins gesellschaftliche Leben. Folgerichtig rückte damit die Rekonstruktion der Biografie, der Lebensgeschichte des Menschen in seiner Lebenswelt ins Zentrum der Denkens und Handelns der psychiatrisch Tätigen. Die Rückkehr von Giovanni D. aus der psychiatrischen Anstalt in die Gesellschaft wird von der folgenden Fallgeschichte eindrucksvoll vermittelt.

Klaus Obert



Peppe dell'Acqua

Der Autor begann 1971 als Arzt seine Arbeit in Triest mit Franco Basaglia in der psychiatrischen Anstalt. Mitte der Siebzigerjahre hat er wesentlich zum Auf- und Ausbau der „Zentren für Geistige Gesundheit“ als Alternative zur Anstalt in Triest beigetragen. Über 17 Jahre war er Direktor der Dienste für Seelische Gesundheit in Triest.

Auszug aus „Das Tier mit dem guten Gewissen“ (S.205–212)

Der folgende Text wurde von Franco Rotelli, Giuseppe Dell'Acqua, Mario Reali und Enzo Sarli, alle Psychiater in Triest, verfaßt.

Der Arzt Peppe Dell'Acqua berichtet:

Ich habe Giovanni in der Abteilung P kennengelernt, während er, wie schon seit zwanzig Jahren, die Betten aufschüttelte. Flüsternd hat er sich mir vorgestellt, überaus ehrerbietig, weil ich der Arzt war. In den folgenden Monaten sah ich Giovanni nur selten wieder. Doch immer, wenn ich mich seiner erinnerte, suchte ich ihn auf, um ihn zu begrüßen. Sein Krankenblatt verdünnte Giovanni's ganze Misere zwischen 1945 und 1949 (als er zum ersten Mal in das Psychiatrische Krankenhaus eingewiesen wurde) zu lapidaren diagnostischen Urteilen, verkürzte sie auf eine grobe Definition: Schizophrenie. In jenen Jahren hatte sich Giovanni, wie viele andere Bewohner Istriens auch, dazu verführen lassen, in Triest, genauer: im Freistaat Triest, die Lösung seiner Lebenspro-

bleme zu suchen. Giovanni schrieb mir gelegentlich Briefe, denen er meist 500 Lire beilegte und in denen er in einer gebrochenen und stellenweise „unverständlichen“ Sprache um ein Stück Land auf dem Hospitalgelände bat, damit er zur Zeit der Kartoffelernte Kartoffel ausgraben könnte. Die 500 Lire waren der Preis, den Giovanni mir dafür zu zahlen bereit war, daß ich mich seiner Sache annahm. Die Pfleger der Abteilung erzählten mir, daß Giovanni seit vielen Jahren solche Briefe schrieb. Ihrer Meinung und der der Ärzte, die ihn behandelt hatten, zufolge waren sie der untrügliche Beleg seiner Krankheit: Giovanni war schizophren, ist es heute und wird es bleiben. Als ich ihn kennenlernte, hatte er bereits die Hälfte seines Lebens in psychiatrischem Gewahrsam verbracht. Ich habe versucht, mehr über ihn zu erfahren, indem ich mit ihm redete; aber meine Versuche blieben fruchtlos, weil sich Giovanni in einer Reihe von Namen seiner Verwandten, seiner Familie verlor – Leute, die vor seiner Einlieferung für ihn wichtig gewesen waren. Und Giovanni fuhr fort, im Flüsterton zu sprechen; auf diese Weise drückte er offenkundig die ganze Achtung/ Angst auch, die er dem Arzt und all denen gegenüber empfand, die Macht über ihn besaßen. Der Institution war es gelungen, Giovanni Doz zu „heilen“ – er war ein Objekt geworden, das einzig zu anderen Objekten eine Beziehung zu entwickeln vermochte, beispielsweise zu den Betten, die er jeden Morgen aufschüttelte. Ich hatte zwar begriffen, daß Giovanni mir tiefverankerte Wünsche und das Erinnerungsbild seiner vermutlich glücklichen Jugend auf dem Land in Istrien mitzuteilen suchte, aber es gelang uns nicht, zu einem gemeinsamen Minimalprogramm der Verständigung zu finden.

Einmal sind wir mit dem Auto eine Strecke weit hinausgefahren, nachdem ich ihn eine Woche lang beharrlich dazu gedrängt hatte. Nach diesem Ausflug – wir waren in einem Café eingekehrt – wollte mich Giovanni – für den es unbegreiflich schien, daß ein Arzt und ein Pfleger mit ihm und anderen Patienten die Anstalt verließen und sich in einem Café mit ihm unter-

hielten – wie üblich mit einem Brief und einer beigelegten 500-Lire-Note entschädigen.

Als die „Künstler“ zu uns in das Krankenhaus gekommen waren, gelang es mir, Giovanni dazu zu bewegen, zusammen mit vielen anderen die Werkstatt zu besuchen. Gemeinsam gingen wir daran, auf einem großen Zeichenblatt die bruchstückhafte Geschichte, die er mir berichtete, darzustellen. Andere Patienten sahen uns dabei zu; sie versuchten wie wir und mit uns zu verstehen und einen Teil von Giovanni's früherem Leben zu rekonstruieren. Wir zeichneten ein Boot. Da endlich kapierte ich, daß „Messina“ (ein Name, den er oft genannt hatte) der Name des Bootes war, und daß der »Kapitän« des Bootes Giovanni hieß und sein Vater war. In dem Boot saßen Giovanni, Antonio und Guerrino; Antonio und Guerrino sind seine Brüder. An jenem Tag haben wir gefischt und Fische gezeichnet – breite, lange, große und kleine Fische –, und Giovanni hat alle beim Namen genannt.

Im Verlauf der folgenden Tage erzählte mir Giovanni von seinen Brüdern, die in Triest leben. Ich habe die Brüder ausfindig gemacht. Und zum ersten Mal nach 20 Jahren machte Giovanni einen Besuch bei einem seiner Brüder. Dieser erste Besuch zog weitere nach sich. Wir entwickelten schließlich einen Plan zur Rücksiedlung nach San Giovanni di Umago (heute jugoslawisches Staatsgebiet). Wir beantragten bei der Gemeindeverwaltung die Aufenthaltsgenehmigung und einen Passierschein für den Grenzübertritt (auch der juristische Status von Giovanni wurde dabei wiederhergestellt.) Mitte Februar sind wir dann nach Umago gefahren.

Giovanni traf dort Brüder, Cousins, Schwägerinnen, Freunde, Neffen und Nichten: Bekannte und Unbekannte. Er sprach nach wie vor mit leiser Stimme, aber er sprach mit allen und begrüßte jeden. Wir gingen durch das Dorf, kehrten in den Häusern der Bekannten, Verwandten und Freunden ein, von neun Uhr vormittags bis nachmittags drei Uhr. Während dieser sechs Stunden fügten sich wichtige verschüttete Elemente von Giovanni's Identität inei-

ander. Seine Verwandten zogen mich beiseite und befragten mich, ein wenig schuldbewußt, ob er gefährlich sein, wie sie immer gehört hätten, aber auch, ob es denn gerechtfertigt gewesen wäre, ihn so viele Jahre in der Klinik zu belassen. Und schließlich wollten sein Bruder Antonio und dessen Frau von mir wissen, ob es sich einrichten lasse, daß Giovanni im nächsten Frühjahr versuchsweise für einige Tage bei ihnen bleibe.

Mit dem Versprechen, bald wiederzukommen, reisten wir ab, und in der Gewißheit, daß Giovanni seine „unbegreifliche“ Wünsche, die er so oft auszudrücken versucht hatte, endlich zu konkretisieren begann. Sobald wir im Hospital angelangt waren, suchten wir die Werkstatt auf. Es war gegen fünf Uhr. Von dem Podium aus, das gerade fertiggestellt worden war, berichteten Giovanni und ich, was wir erlebt hatten. Für mich steht außer Zweifel, daß die Aufmerksamkeit und die Freude, mit der die anderen Giovanni's Bericht aufnahmen, in ihm das Bewußtsein verstärkt haben, dieser Besuch in seinem Heimatdorf sei in der Tat der Anfang seiner Befreiung.

Giovanni ist am 22. März 1973 nach San Giovanni di Umago zurückgekehrt und lebt heute noch, am 22. Juni 1974, während ich diese Notiz niederschreibe, in seinem Heimatort. Er bearbeitet die rote Erde, von der er so oft in seinen Briefen geschrieben hatte, fährt nachts mit seinem Bruder Antonio und mit einem seiner Neffen zum Fischen aufs Meer. An den Nachmittagen flickt er die Netze. Er hat seinen Platz und seine Menschenwürde wiedererlangt. Jeden Sonntag spielt er mit seinem jüngsten Neffen „tre sette“ und „briscola“*.

(*Kartenspiele/Anmerkung des Übersetzers)

Literatur

Di Scabia G. (1979): Das große Theater des Marco Cavallo. Phantasiearbeit in der psychiatrischen Klinik Triest. Frankfurt/Main.

Netzwerkerkundung mit dem Eco-Map

Eine Methode der Relationalen Sozialarbeit

Von Frank Früchtel

Ein relationales Menschenbild

Wir sind soziale Wesen, soziale Tiere, schrieb Seneca in de clementia, und dadurch existentiell immer Teil von Familien, Gruppen und Netzwerken, deren Interessen wir andauernd mit unseren individuellen Interessen ausbalancieren. Die größten gesellschaftlichen Erfolge wurden nicht dadurch erreicht, weil Individuen effektiv und rational nach ihren Zielen strebten, sondern dadurch, dass Gruppen von Individuen kollaborierten, weil es eine bereits existierende Gemeinschaft gab (Fukuyama 1996, S. 21). Gleichzeitig ist unser modernes Denken extrem subjektivistisch gefärbt. Rousseau, wie andere Aufklärer auch, lehrte die modernen Menschen, einen innersten Kern zu konstruieren, in dem sie sich ganz auf sich selbst zurückziehen, allen andern, allen Autoritäten den Zugang verwehren und ihre ureigenen Einsichten und Entscheidungen gewinnen konnten. Zu diesem Kern sagen moderne Menschen "ICH" und meinen eine abgeschlossenen Entität zu sein, im Inneren prinzipiell unabhängig. Auch die humanistische Psychologie, die Grundlage moderner Hilfskonzepte, orientierte sich an der Befreiung und Verbesserung dieses freischwebenden, in sich selbst kreisenden Ichs, das starke soziale Verbundenheit auch als Gefährdung seiner Autonomie erlebt. Mit Sätzen wie „jedes Individuum existiert in einer Welt, ... deren Mittelpunkt es selbst ist“ (1983, S. 418) begründete Carl Rogers die klientenzentrierte [sic!] Beratung, die sich auf unser Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung konzentriert. "Jeder Mensch ist deswegen Person, weil er ein sich selbst entwerfender jemand ist und in diesem Entwerfen einzigartig." (Mührel 2008, 74).

Die "relationale Theorie" (White 2008) geht nicht vom autonomen Subjekt als den bewegenden Akteur aus, sondern sieht diesen als Ergebnis von Transaktion, erklärt also individuelle Identitäten durch soziale Netzwerke.

Die Moderne ist davon gezeichnet, dass sich Beziehungen quantitativ stetig vermehren und qualitativ dynamischer und kontingenter werden. Ein Berufspendler kommt auf dem täglichen Weg zur Arbeit in der Großstadt mit mehr Menschen in Kontakt, als ein mittelalterlicher Mensch in seinem gesamten Leben getroffen hat. Wir partizipieren in den verschiedensten Gruppen, Organisationen, Vereinigungen und Milieus gleichzeitig und können uns, je nach Netzwerk, sehr unterschiedlich inszenieren. In dieser quantitativen und qualitativen Ausweitung steckt ein enormes Möglichkeits- aber auch Unsicherheitsspektrum. War im Mittelalter der Gemeinschaftsmensch der Prototyp, in der Industriegesellschaft der Leistungsmensch, so ist es in der Netzwerkgesellschaft der Kontaktmensch, der es schafft, eine große Vielzahl und Vielfalt von Kontakten zu jonglieren. Wir tun dies, indem wir uns um Positionierung (footing) in Netzwerken bemühen, die sich im gegenseitigen Vertrauen und wechselseitiger Anerkennung zeigt. Das Singuläre an unserer Identität zeigt sich an unserem individuell einzigartigen Muster von Netzwerken, in denen wir uns aufhalten. Wir werden vielschichtiger, interessanter und erfolgreicher, wenn wir footing in vielen und unterschiedlichen Netzwerken erlangen.



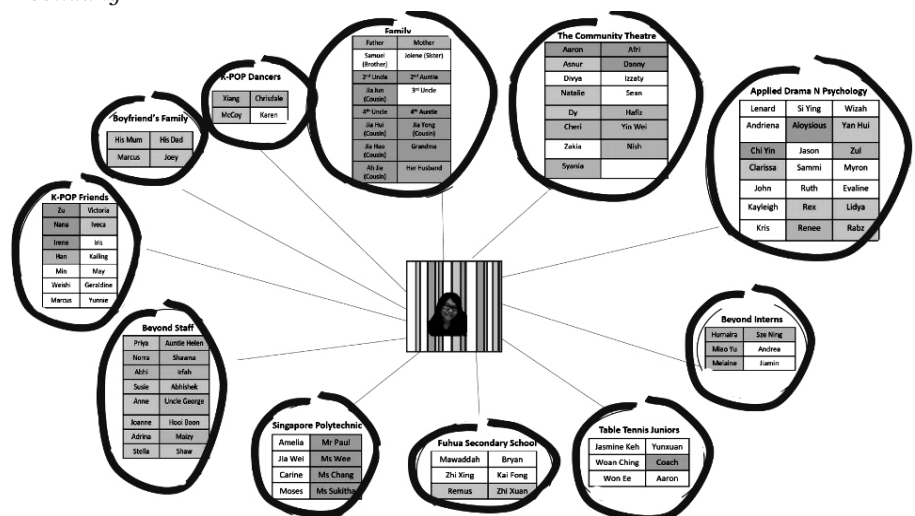
Frank Früchtel
 Prof. Dr., Dipl.-Sozialarbeiter und Dipl.-Soziologe; Prof. für Soziale Arbeit und Dekan des Fachbereich Sozial- und Bildungswissenschaften der FH Potsdam. Forschungsschwerpunkt sozialräumliche u. relationale, gemeinschaftsbildende Hilfen. E-Mail: fruechtel@fh-potsdam.de

Das Eco-Map

Mit der Methode Eco-Map (Kurzform für „ecological mapping“, dt.: ökologisches Kartieren, s. Früchtel 2009, S. 86) lassen sich die Namen der Personen und der Gruppen abbilden, mit denen wir interagieren.

Die Identität der Sozialarbeitspraktikantin, Jasmine C, (Abbildung 1) formt sich aus ihrer Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Netzwerken: ihrer Familie, dem Community Theatre, dem Community Theater, dem Kommilitonen und Professoren des Applied Drama Courses, der Praktikantengruppe, dem Tischtennisclub, ihre Clique der ehemaligen Klassenkameraden in Se-

Abbildung 1



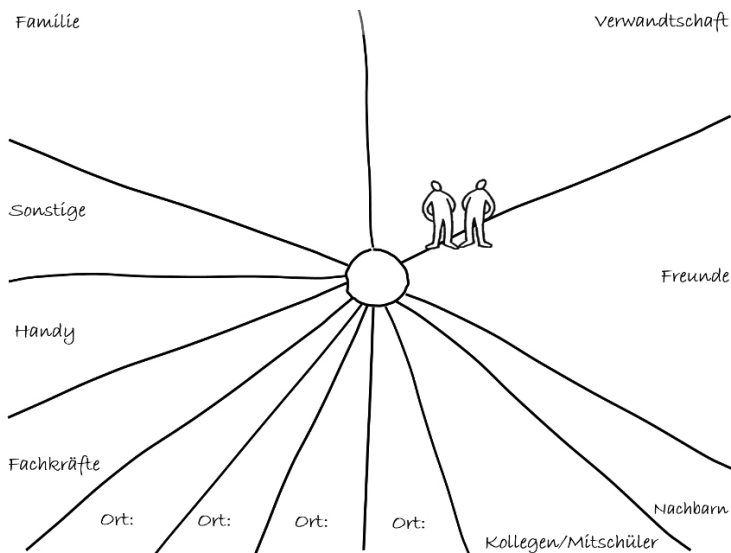


Abbildung 2

kundarschule und Fachhochschule, den Kolleginnen und Kollegen am Arbeitsplatz, den K-Pop-Friends, einer eingeschworen Freudesgruppe am Arbeitsplatz und den K-Pop-Dancers und neuerdings auch die Familie ihres Boyfriends. In jedem dieser Netzwerke hat Jasmin ein spezifisches footing, und setzt sich für ihre Anerkennung entsprechend ein. Gerade im Neuzugang zur „Boyfriend's Family“ wird dies deutlich, wie sie sich dort um footing bemüht. Das Singuläre bzw. Einzigartige an Jasmines Identität könnte man relational als ihr individuelles Muster von Netzwerken erklären, in denen sie sich aufhält. Je vielschichtiger dieses Muster wird, desto komplexer ist ihre Identität und desto größer natürlich auch ihr Denk-, Verhaltens- und Optionsspielraum. Eine interessante, erfolgreiche, moderne Identität besteht aus der Partizipation an einer Vielzahl von unterschiedlichen Netzwerken. Wir werden umso vielschichtiger, interessanter, je mehr Footing wir in vielen Netzwerken haben. Klienten der Sozialen Arbeit verfügen nicht selten über unterdurchschnittlich komplexe Netzwerk-Muster und vielleicht lässt sich ihr professioneller Hilfebedarf auch daraus und weniger aus Persönlichkeitsvariablen erklären.

Anleitung zur Entwicklung eines Eco-Maps

Als Vorstufe zu dieser bereit ausgefeilten Darstellung zeichnet man einen Kreis mit dem Namen der Protagonistin in die Mitte des Blattes (Abbildung 2) und teilt dieses in acht Sektoren auf, wobei sich später noch Sektoren teilen

lassen, um Raum für mehr Gruppen zu schaffen, am Beginn es aber einfacher ist, mit einer überschaubaren Zahl zu beginnen. Häufige Bereiche sind Kernfamilien, Verwandtschaftsgruppen, Freundesgruppen, Bekannte an verschiedenen Orten, Gruppen in Vereinen oder Kirchengemeinden oder durch ein Hobby verbundenen Menschen, Kollegengruppen und Arbeitsteams, Kooperationspartner, Schulfreunde von früher, Menschen aus dem Urlaub. Die Sektoren, die mit „Ort“ überschrieben sind, meinen Wohnorte von früher.

Diese Segmente helfen, den Blick auf verschiedene Ausschnitte des Alltags zu richten: Familie, Verwandte, Freunde, Arbeitskollegen, Mitschüler, Nachbarn, Bekannte aus der Kirchengemeinde oder aus Vereinen, Professionelle, zu denen Kontakt besteht. Sie sind im ersten Schritt nur „Finde-Strategie“, um möglichst viele Namen zu erhalten. Wenn die Felder eine Überschrift haben, fragt die Fachkraft: „Mit welchem Feld beginnen wir?“ und danach: „Wen schreiben wir da hinein?“, „Wen noch?“, „Wer gehört noch dazu?“, „Wen haben wir vergessen?“, „An wen haben wir noch nicht gedacht?“. Mit den folgenden Fragen und Farben wird die Beschäftigung vertieft, um den verengten Fokus auf das singuläre Individuum zu einem „wider self“ zu entwickeln und dieses wider self kennen zu lernen. Das ist gewissermaßen ein relationales Erstgespräch, in dem es nicht um die Probleme und Ziele der Person, sondern um ihre Relationen geht: „Lassen Sie uns die Menschen rot einkreisen, die wichtig sind, auch wenn sie sie nicht mögen.“

„Jetzt umranden wir alle grün, die Sie besonders mögen.“ „Und blau können wir Menschen einrahmen, zu denen Sie gerne wieder oder mehr Kontakt hätten.“ „Lassen Sie uns jetzt diejenigen durchgehen, die noch keinen Kreis haben.“ Es ist ungewöhnlich, Menschen nach ihren Netzwerken zu fragen, deswegen existieren bei manchen Fachkräften Hemmungen. Erfahrungsgemäß fühlen sich die Gefragten aber ganz wohl, denn sie erleben sich dabei im Vergleich mit der Fachkraft als Experte für das eigene Netzwerk.

Relationale Fragen können zudem helfen, den Blick auf unterschiedliche Situationen des Alltags zu richten: Wer sind Deine Freunde und Freundinnen in der Schule? Wer sind Deine Bekannten oder in der Nachbarschaft? Wen informieren Sie bei wichtigen Ereignissen? Wen fragen Sie, wenn Sie Rat brauchen? Wenn es Ihnen schlecht geht, mit wem reden Sie dann? Auf wen hören Sie, wenn Sie eine wichtige Entscheidung zu treffen haben? Wen können Sie jederzeit besuchen? In Ihrer Verwandtschaft, wer ist da wie wichtig für Sie? Mit wem am Arbeitsplatz sprechen Sie am meisten? Was glauben Sie, wer hat Ihren Lebensweg am deutlichsten beeinflusst? Welche/r Verkäufer/in, Kellner/in, mit dem Sie öfter zusammentreffen ist Ihnen am liebsten? Wer in Ihrem Umfeld hat oder hatte besonders Einfluss auf Sie? Wen würden Sie gerne mal wiedersehen, um zu sehen, was aus ihm/ihr geworden ist? Wenn Sie einige Menschen in Ihrem Umfeld die Eigenschaften von Tieren zuschreiben, welche wären das? Mit welchen Menschen sprechen Sie im Geiste manchmal? Was sagen Sie und was antworten diese Menschen? Wer tut Ihnen gut und wie?

Interpretation und Intervention mit Eco-Maps

Eco-Maps unterscheiden sich nach der Quantität der Personen und Heterogenität der Gruppen, in denen man footing genießt. Netzwerke bilden sich aus Interaktionen. White sagt dazu „stories“, Kommunikationen, mit denen sich die Akteure verbinden, sie verheddern sich gewissermaßen in geteilten Stories, in den Narrationen, die erklären, wer ich bin, in Relation zu anderen in diesem Netzwerk. Dunbar (1998) bezeichnete „Klatsch und

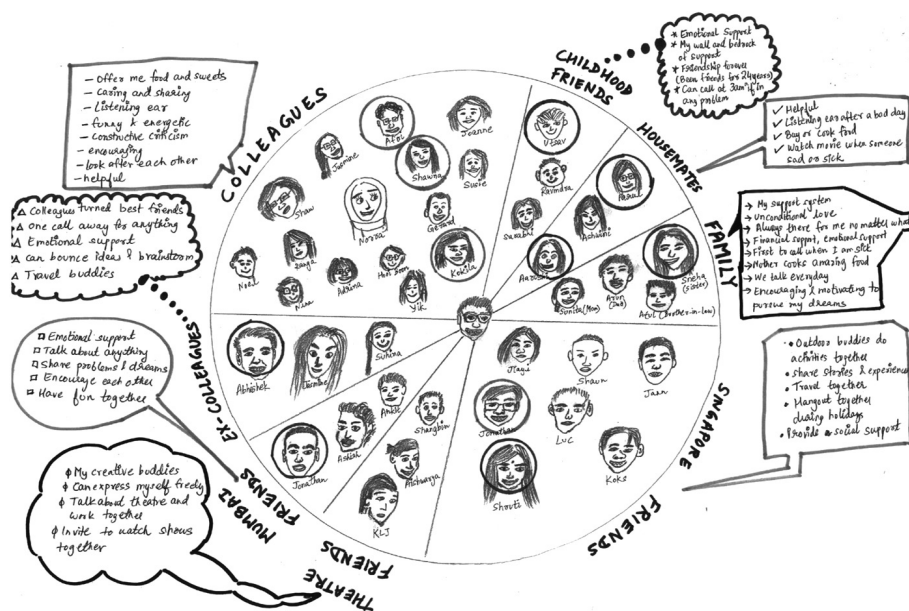


Abbildung 3

Tratsch“ als den Kitt, der Freundschaften, Kollegschaften und Netzwerke zusammenhalte. Dies beinhaltet auch die Dimension des Vertrauens. Vertrauen, das durch gewohnheitsmäßiges Geben und Nehmen entsteht, wenn Menschen miteinander kommunizieren, etwas zusammen machen und dabei langsam lernen, dass sie sich aufeinander verlassen können. Vertrauen verringert Reibungen und senkt Transaktionskosten (Brooks 2014, S. 240).

Über unsere Stories transportieren wir Vertrauen und schaffen so footing. Somit kann man sagen, dass sich unser „wider self“ einerseits als *soziales Netzwerk* (network) beschreiben lässt, als eine Menge von Verbindungen zu anderen Menschen, andererseits aber auch eine Menge von Inhalten dessen, was dort verhandelt wird. Diese *symbolische Dimension* bezeichnet White als „domain“. Man muss sich in den entsprechenden stories auskennen, die Sprache dieser domains sprechen und die Interessen teilen, um dort footing zu erlangen. Um sowohl die soziale Dimension der Personen als auch die *symbolische Dimension* der stories auszudrücken, entwickelte White den neuen Begriff „netdom“ (network und domain). Netdoms bestehen aus Akteuren und stories. Erfolgreiche Menschen partizipieren in unterschiedlichsten netdoms, wechseln (switchen) diese permanent und haben dort jeweils ein anderes footing, je nachdem wie wir an den stories teilhaben können. So erhält unsere Identität eine gewisse Dynamik.

Abishek S. partizipiert in unterschiedlichsten Netdoms, wobei er permanent switched, moderne Identität zeichnet sich durch Dynamik aus. Jedes dieser Netdoms besteht aus Stories (siehe Abbildung 3):

„Family: My support system, unconditional love, always there for me, financial support, we talk everyday, Mother cooks amazing food.“ Man kann sich geradezu vorstellen, wie es dazugehört, die Kochkunst der Mutter zu preisen und sich auf das essen ihrer Gerichte zu freuen. Das tut Abisheks Familie jede Woche, obwohl sie über drei Kontinente verstreut ist, sicher ist sie auch deswegen so kohäsiv, weil ihre stories gepflegt werden.

Daneben, ganz anders, das Netdom „Outdoor buddies“, mit denen Abishek sportlich unterwegs ist und „abhängt“, die Colleagues, Ex-colleagues, Housemates, Theater friends (My creative buddies, I can express my feelings), Childhood friends (friendship forever, can call at 3 am) und Mumbai friends. In jedem dieser Netdoms erzählt und versteht Abi unterschiedliche Stories, um ein entsprechendes footing zu haben. Je nachdem in welchem Netzwerk sich Abishek aufhält, ist er eine unterschiedliche Person. Ein Mensch hat so viele soziale Ichs, wie es Netdoms gibt, die ihn kennen.

Relationale Sozialarbeit

Relationale Sozialarbeit (Früchtel et al. 2016) fragt, ob wir die relevanten

Stories der Netdoms unserer Adressaten kennen, zu welchen Netdoms mit welchen stories Adressaten Zugang erlangen können - das ist der Inklusionsdiskurs. Relationale Sozialarbeit fragt auch, in welchen Netdoms wir selbst als Professionelle vertreten sind bzw. sein sollten, um neue Zugänge schaffen zu können. Das ist der Ansatz der fallunspezifischen Arbeit in der Sozialraumorientierung (Hinte in KGSt 12/1998, Früchtel et al 2013, S. 138). Adressaten Sozialer Arbeit bewegen sich nicht selten in zu wenigen Netdoms und beherrschen das Switchen nicht. Wie ließe sich das verändern, wenn eine erfolgreiche Identität daraus resultiert in einer Vielzahl von netdoms gleichzeitig zu partizipieren? Während also in der humanistischen Subjekttheorie Menschen eher die Qualität ihrer Eigenschaften sind (motiviert, zielstrebig, bildungsfern, melancholisch) und deren individuelle Entwicklungswünsche, Ziele und Kompetenzen fördert, sind in der relationalen Theorie Menschen die Vielfalt ihrer Einbindungen und Switches. Soziale Arbeit würde hier eher auf Verbindungen und Stories achten und Zugänge schaffen. Da moderne Gesellschaften eine vielschichtige Identität voraussetzen, verlangt relationales Helfen Netdom-Strukturen komplexer zu machen, footing unterstützen, stories zu lernen und zu erfinden, switches zu ermöglichen. ●

Literatur

Brooks, David (2014): Das soziale Tier. Wie Beziehungen, Gefühle und Intuitionen unser Leben formen, München.

Dunbar, Robin (1998): Klatsch und Tratsch, München.

Früchtel, Frank / Cyprina, Gudrun / Budde, Wolfgang (2013): Sozialer Raum und Soziale Arbeit, Fieldbook: Methoden und Techniken. Wiesbaden.

Früchtel, Frank / Straßner, Mischa / Schwarzloos, Christian (Hrsg.) (2016): Relationale Sozialarbeit.

Fukuyama, Francis (1996): Trust The social virtues and the creation of prosperity, New York.

Hinte in KGSt (1998): Kontraktmanagement zwischen öffentlichem und freiem Träger in der Jugendhilfe, Bericht 12/1998, Köln

Mührel, Coaching als Dialog, in: Birgmeier (Hg.) (2009) Coachingwissen, S. 72-79, Wiesbaden.

Rogers, Carl (1983): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M.

Seneca Aemnaeus (1970): De Clementia: Liber 1,2,2. Stuttgart

White, Harrison (2008): Identity and Control: How Social Formations Emerge, Princeton.

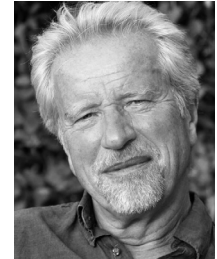
Interkulturelle Biografiearbeit: Das Ringen um ein kohärentes Narrativ!

Von Iris Tatjana Graef-Calliess und Wielant Machleidt

Weltweit sind die Migrationsbewegungen eine brennende politische, soziale und humanitäre Thematik. Sie sind Ausdruck einer Welt der Katastrophen, der politischen Beziehungen und Krisen, des kulturellen Austausches, des Handels und des Wandels. Wanderung und Bewegung sind eine anthropologische Konstante des Menschseins. Den unauslöschlichen Spuren dieser Veränderungen begegnen wir in den biografischen Narrativen der betroffenen Menschen und ihrer Familien. Migrierte beschäftigen sich lebenslang mit den sozialen und innerpsychischen Bruchlinien dieses kritischen Lebensereignisses. Für Therapeuten sind die Narrative dieser Menschen ein faszinierendes Feld der Biografiearbeit.



Iris T. Graef-Calliess
Ärztliche Direktorin und Chefarztin der Klinik f. Allgemeinpsychiatrie u. Psychotherapie der KRH Psychiatrie Wunstorf, Leitung Forschungsgruppe Soziale u. Transkulturelle Psychiatrie u. Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover.



Wielant Machleidt
Sozialpsychiater, Psychotherapeut, Psychoanalytiker, 1994–2007 Inhaber des Lehrstuhls für Sozialpsychiatrie a. d. Medizinischen Hochschule Hannover. Forschungsgebiete: interkulturelle Psychotherapie, Migrations- u. Flüchtlingsforschung.

Eigene Haltungen und Übertragungen im biografischen Diskurs

Was löst die Begegnung mit „Fremden“ bei therapeutischen Begleiterinnen und Begleitern aus? Wie treten sie Menschen gegenüber, die ihnen „fremd“ sind? Mit welcher inneren Haltung und mit welchen „Übertragungen“ machen sie bei sich Bekanntschaft? Um in einen reflektierenden Diskurs mit Nicht-Einheimischen, gefühlt „fremden Fremden“ einzutreten, ist bei der Fremdheitserfahrung in der Begegnung die Bereitschaft der Begleiterinnen und Begleiter unverzichtbar, die eigenen Ängste und Vorurteile wahrzunehmen und zu hinterfragen. Ein entspannter gleichgewichtiger Dialog „in Augenhöhe“ kann nach Auflösung eigener Stereotype und latenter Rassismen mit einer offenen, kultursensiblen Haltung und der Bereitschaft Neues zu lernen, gelingen. Kulturelles Vorwissen ist hilfreich, um Werthaltungen zu erkennen und im Dialog zu respektieren. Für eine kulturoffene Haltung ist es sinnvoll die eigene kulturelle Sozialisation im Kontext der anderen Kulturen zu relativieren und sich Fragen zur Selbstvergewisserung und Überprüfung eigener Haltungen zu Fremden zu stellen (Graef-Calliess und Behrens 2018, S. 211–218).

Selbstbefragungen

Wie sehen meine Annäherungs- und Verständigungsversuche aus? Wie versuche ich das Fremde zu bewältigen? Wie sieht meine bewusste/unbewusste Abwehr gegen das Fremde, die Fremden aus (Hieber und Machleidt 2020, S. 132–135)?

„*Willkommenskultur*“: Erlebe ich Neugier, positive Erwartungen, Interesse, Hilfsbereitschaft, Empathie, Idealisierung oder messianische Heilserwartungen?
Urvertrauen und sichere Bindungen: Kann ich selbst auf Urvertrauen und sichere Bindungen zurückgreifen? Wie ist meine Fremdenrepräsentanz, d.h. meine biografisch sedimentierte Lebenserfahrung im Umgang mit dem Fremden beschaffen?

Annäherung als Pendelbewegung: Kann ich mich dem spannenden Wechselspiel zwischen meinen Fantasien vom Fremden und dem realen Bild der Alltagserfahrung mit den Fremden überlassen? Welche Erfahrungen mache ich dabei und welche Folgen hat das für mein Fremdenbild? Gelingen mir sowohl Distanzierungen wie auch Wiederannäherungen durch Vertrauensbildung?

Beziehungsaufbau: Sehe ich das Fremdheitsgefühl als ein Kennzeichen meiner Beziehung zum Fremden an? Kann ich Gemeinsamkeiten zum Fremden finden

und Konsense herstellen? Führt das zu einem erwünschten Beziehungswandel i.S. einer größeren Nähe und Vertraulichkeit? Versuche ich Fremdheit zum Verschwinden zu bringen? Habe ich die (narzisstische) Fantasie, alle Menschen könnten oder sollten so sein wie ich/wir, ein (Abzieh-)Bild meiner/unserer selbst?
Innere Ambivalenzen: Erlebe ich das Fremde als Unheimliches oder Ersehntes, Neugier auslösendes? Wird das Fremde von mir als Vorteil oder Nachteil erlebt? Bin ich hin und her gerissen zwischen beidem?

Vermeidung der Fremden: Xenophobie: Geht es mir darum zum Fremden Abstand zu halten, es auszublenden, zu ignorieren, zu vermeiden, die Flucht zu ergreifen... Mache ich mir fremdenfeindliche Vorurteile zu eigen, um die Fremden zu meiden?

Neutralisierung des Fremden: Stören die Fremden und sollten neutralisiert werden oder aus dem öffentlichen Raum verschwinden? Erwarte ich die Neutralisierung des Fremden durch Akkulturation und Integration bzw. durch die Vereinnahmung durch uns? Oder habe ich den Drang alles Fremde zu meiner Beruhigung vollständig verstehen zu müssen, statt dem Respekt vor seiner situativen Unzugänglichkeit Raum zu geben.

Fremdenhass: Empfinde ich Hass gegen-

über Fremden? Wie ist er entstanden? Wozu brauche ich ihn: als Abstandsmacher, zur Steigerung meines Selbstwertgefühls, um Selbsthass auf eigene Schwächen abzuwehren, als Identitätssicherer, als einfache klare Botschaft in einer komplexen Welt (Komplexitätsreduktion!)?

Wie gehe ich bei der Biografiearbeit mit Fremden vor?

Ziel der Integration in die Aufnahmegeellschaft durch Teilhabe für Migranten ist nicht die „Amputation“ der prämigrationistischen zugunsten der postmigrationistischen Biografie, sondern vielmehr beide Teil-Biografien zusammenzufügen. Die kulturelle Zugehörigkeit in Kindheit und Jugend, die Trennungen und Verluste bei der Ablösung aus „der Heimat“, die kulturelle Adoleszenz (Machleidt und Heinz 2018, 37-41) als kritische Neuformierung der Identität in der Aufnahmegeellschaft und die Akkulturationsfortschritte sind wichtige „cornerstones“ auf dem Wege zu einem Ich-stärkenden kohärenten biografischen Narrativ.

Dieses Ziel zu erreichen, erfordert häufig ein schmerzliches Ringen mit den Verwerfungen und Brüchen, die zu den psychischen Hinterlassenschaften von Migrationen zählen. Deren Bewältigung erfordert, sowohl die Sprache und Kultur mit all den Erinnerungen an die Heimat zu pflegen, wie auch gleichzeitig die Akkulturation im Aufnahmeland mit allen ihren Anforderungen zu bewältigen. Migranten bewegen sich dabei in einem Spannungsfeld zwischen zwei kulturellen Referenzsystemen, die sie in ihrem Selbst zu einer kohärenten Identität integrieren müssen.

Dieses ist nicht nur ein Lernprozess, sondern ein Reifungsprozess, eine kulturelle Adoleszenz, in deren Verlauf die Befähigung zur Integration der beiden kulturellen Referenzsysteme in eine bikulturelle Identität erlangt wird. Diskriminierungen und Rassismen können in dieser ohnehin vulnerablen Lebensphase psychische Fehlentwicklungen bahnen, wie z.B. Angst- und depressive Störungen, Psychosen, Identitäts-Dissonanzen, Suchttendenzen und Verhaltensstörungen. Hilfreich für eine erfolgreiche soziale Teilhabe und Lebensgestaltung sind neben förderlichen Bedingungen die älteren erfahrenen Migrantinnen und Migranten in den Communities vor Ort als „lebendige Archive“ für die Kunst des Lebens und Überlebens im Aufnahmeland. Den

Begleitern wird die Aufgabe zufallen Discrepanzen zwischen dem ursprünglichen Willen und dem tatsächlichen Lebensverlauf, wie Widersprüche und Scheitern aufzudecken, für die Betroffenen transparent zu machen und überwinden zu helfen. Der darin liegende Erkenntnisgewinn im Hinblick auf die Motivationen des eigenen Selbst tragen zu einer erhöhten Kohärenz des biografischen Narratives als Ressource für zukünftige Krisenbewältigung bei.

Fallbeispiel Identitäts-Dissonanz

Was es bedeutet, in einer kollektivistischen Großfamilie aufzuwachsen, die ihre Mitglieder zeitlebens nicht aus den familiären Beziehungskontexten entlassen bzw. „freigeben“, haben wir von einer klugen iranischen Patientin erfahren (s.a. Graef-Calliess und Machleidt 2019, S. 143f.). Fatma, so ihr Pseudonym, verfügte über das kritisch reflektierte kulturelle Wissen und wir lernten gerne von ihr. Dadurch durften wir einen tiefen Einblick in die Beziehungsdynamiken ihrer Großfamilie gewinnen und über ihr Geschick, sich - ohne mit der Familie zu brechen - Vorteile und individuelle Spielräume zu erobern. Sie trug ein Kopftuch aus Glaubensüberzeugung. Sie war gutaussehend, klug, selbstbewusst, durchsetzungsfähig und der Liebling des früh verstorbenen Vaters. Sie genoss als Vaterliebling eine Vorrangstellung unter den sieben Geschwistern in Augenhöhe mit den vier Brüdern.

Diese kulturell unübliche Bevorzugung führte zum Rivalitätskonflikt mit der Mutter und den Brüdern. Sie heiratete der Mutter zum Trotz - nicht aus Liebe - schon mit 15 Jahren einen 10 Jahre älteren Iraner, der an einer deutschen Universität studierte und folgte ihm nach Deutschland. Dort angekommen, erlegte ihr der Mann, aus Angst sie zu verlieren, Restriktionen in der Freizügigkeit auf, wie das Tragen eines Tschadors, Verlassen der Wohnung nur in Begleitung, Einschränkung von Sozialkontakten, Verbot weiterführender Schulausbildung.

Von zu Hause gewohnt zu kämpfen und ermutigt durch das emanzipatorische Selbstverständnis deutscher Frauen führte sie einen fortwährenden Kampf um Identität und Verselbständigung gegen die repressive Unterdrückung durch ihren Mann und ihre Familie im Herkunftsland. Darunter litt sie und kam mit depressiven Verstimmungen in die Behandlung. Ihren drei Kindern ermöglichte sie in altruisti-

scher Selbstverleugnung all das zu werden, was sie für sich erträumt hatte wie Schulbildung, Abitur, Hochschulstudium und freie Partnerwahl. Selbst fern von ihrer Kernfamilie in Iran warb sie, bekämpft in ihrem Verselbständigungsbemühen von ihrer Mutter und ihren beiden Schwestern um die Gunst ihrer Brüder, um den Rückhalt ihrer Familie nicht zu verlieren. Denn ohne diesen Rückhalt würde sie in Iran und in der iranischen Community ihres Wohnortes ohne soziales Ansehen und recht- und schutzlos dastehen. Eine Trennung von der Familie würde überdies für sie einen ersatzlosen Heimatverlust bedeuten. Die Erlangung größerer Spielräume gegenüber ihrem Mann und ihrer Familie glückte unter therapeutischer Begleitung durch die Glättung der Rivalitätskonflikte mit der Mutter und einer Versöhnung mit dem ältesten Bruder als Vaterstellvertreter und den Schwestern. Geschickt gelang es ihr nach einem Schulabschluss eigenen Wohnraum in ihrer Heimatstadt im Iran zu erwerben und pendelnd zwischen Deutschland und Iran größere Freiheiten auszuleben.

Melancholie und Nostalgie

Es bleibt immer eine Kehrseite in einem von Migration geprägten Leben. Die Kehrseite bildet den unerledigten Rest, die Leerstelle des Unerreichten, des Unfertigen, eines Gefühls des Bedauerns und des Ungenügens, der nicht ergriffenen Chancen und der enttäuschten Sehnsüchte. Es bleibt eine durch den Grundton der Melancholie angestoßene Nachdenklichkeit über den Mangel, das Nichts, das ein Etwas hätte werden sollen. Der stärkende nostalgische Rückblick ermöglicht die narzisstische Restitution zur innerpsychischen Kompensation und versöhnt mit dem Unvollendeten und der Melancholie. ●

Literatur

Graef-Calliess, I.T., Behrens, K., (2018): Kulturspezifische Diagnostik und migrationspezifische Anamnese. In: Machleidt, W., Kluge, U., Sieberer, M., Heinz, A., (Hrsg.), Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Aufl., München, S. 211-218.

Graef-Calliess, I.T., Machleidt, W. (2019): Kulturelle Kompetenz und Transkulturalität in der Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen. In: Maier, Th., Morina, N., Schick, M., Schnyder, U. (Hrsg.), Trauma – Flucht – Asyl. Bern, S.129-148.

Hieber, L., Machleidt, W., (2020): Zwischen den Kulturen. Integrationschancen für Migrantinnen und Migranten. Gießen, S. 132-135.

Machleidt, W., Heinz, A., (2018): Dynamische Modelle der Migration. In: Machleidt, W., Kluge, U., Sieberer, M., Heinz, A., (Hrsg.), Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Aufl., München, S. 31-41.

Digitale Lebensgeschichten

Die Geschichte des Lebens unter den Bedingungen der Digitalisierung

Von Torben Fischer-Gese

Die Forderungen nach mehr Digitalisierung in nahezu allen Bereichen des Lebens verbreiten den Anschein einer vollkommen natürlichen sowie rationalen und objektiven Entwicklung des organisierten Zusammenlebens in modernen Gesellschaften. Sie gehen einher mit der Vorstellung einer effizienteren Steuerung, objektiveren und transparenteren Entscheidungen und neuen Möglichkeiten, die allen zugutekommen. Die sozialen Einschränkungen während der Corona-Pandemie haben gezeigt, welches Potential die Digitalisierung in den Bereichen der Bildung, Beratung, Kommunikation oder der Produktion und des Konsums hat. Die Stärken, die hier zu Tage kamen, sind nicht zu leugnen. Allerdings hat die Strahlkraft der Digitalisierungsmöglichkeiten deren Schattenseiten zumindest temporär dethematisiert. Die Digitalisierung wird als Lösung aller Probleme aggressiv beworben, sogar für Probleme, die sie selbst verursacht. Der Kern der Diskussion um die Digitalisierung, das Für und Wider, ist dabei weder objektiv noch rational, sondern ideologischer. Er betrifft verschiedene Vorstellungen von Zusammenhängen, die noch nicht in Gänze erforscht und verstanden sind. In ihrem Grunde dreht sich die Diskussion um die Frage nach dem Wesen des Menschen, darum, wie digital der Mensch ist oder nicht ist.

Digitalisierung in der Gesellschaft

Der Begriff *Digitalisierung* scheint sich einer einheitlichen Deutung zu entziehen: Für die einen ist die Digitalisierung der Untergang der Welt, wie wir sie kennen, für die anderen ist sie verbunden mit großen Hoffnungen und der einzige Weg zu einer gerechten und nachhaltigen Gesellschaft. Die Bedeutung des Begriffs ist dabei so vielfältig wie die verschiedenen Lebensgeschichten und Lebenswelten, die betroffen sind.

In der Verwaltung meint *Digitalisierung* das papierlose Büro und z.B. die Nutzung von Excel-Tabellen, eMail und als nächsten großen Trend: die automatische

Leistungsüberprüfung der Mitarbeitenden durch Algorithmen, die auf selbstlernenden, durch künstliche Intelligenz gesteuerten Systemen basieren. In der Produktion wird unter *Digitalisierung* die zunehmende Vernetzung der Lieferketten und die computergestützte Steuerung der Anlagen verstanden, während im Alltag die soziale Interaktion mittels vernetzter Endgeräte (Smartphones etc.) und der entsprechenden Apps (Twitter, Facebook, Whatsapp etc.) gemeint ist. In der Medizin ist die computergestützte Diagnostik im Fokus, in der Automobilindustrie die selbstfahrenden Autos und in der Gesellschaft die *Sharing Economy*.

Die Liste ließe sich fast beliebig fortsetzen. Sie zeigt, dass die Digitalisierung in allen gesellschaftlichen Bereichen (zumindest in den Industrienationen) einen systemrelevanten Status eingenommen hat. Die Möglichkeiten, die daraus erwachsen, hat die Corona-Pandemie und die damit einhergehende Verschiebung vieler Angebote aus den Bereichen Bildung, Beratung und Verwaltung ins Digitale eindrucksvoll gezeigt. Genauso eindrucksvoll aber sind auch die dadurch aufgezeigten Defizite. Hierbei handelt es sich zum einen um Defizite der Einrichtungen und deren Nutzer*innen, denen es an Ausstattung und Knowhow fehlt, die veränderten Möglichkeiten wahrzunehmen. Zum anderen erweisen sich aber auch die generellen Einsatzmöglichkeiten der Digitalisierung in bestimmten Bereichen als defizitär, z.B. in der Betreuung von Kleinkindern (YouTube ersetzt keine Erzieher*innen!)

Digitale Anwendungen

Digitalisierung ist dabei nur ein Aspekt, der die oben genannten Entwicklungen begleitet. Mindestens genauso entscheidende Aspekte sind i) die Nutzung von algorithmengesteuerten, rechnenden Systemen, ii) deren Vernetzung und iii) die massenhafte Speicherung und Verarbeitung von Daten aller Art. Systeme, die von Algorithmen in Form von Programmen gesteuert werden, gibt es bereits seit dem Beginn des



Torben Fischer-Gese

Dipl.-Päd., Akademischer Mitarbeiter am Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Tübingen; Geschäftsführender Vorsitzender von ProSozPaed Tübingen e.V., E-Mail: torben.fischer-gese@uni-tuebingen.de

19. Jahrhunderts. Am 19. April 1805 stellte Joseph-Marie Jacquard einen durch Lochkarten gesteuerten mechanischen Webstuhl vor, der, gut geölt, ohne Pause und viel genauer und ausdauernder als durchschnittliche Arbeiter*innen Webstoffe produzieren konnte. 1941 entwickelte Konrad Zuse mit seinem Z3 den ersten universell programmierbaren Rechner mit der Begründung: „Ich bin zu faul zum Rechnen“. Die routinengesteuerte Berechnung von immer komplizierter werdenden Gleichungen war zunächst die Hauptaufgabe dieser Systeme. Sie berechneten dabei die Entwicklung des Wetters genauso wie den Eintrittswinkel der Apollo-Raketen oder die Abwurfgeschwindigkeit der Hiroshima-Bombe. Zur Nutzung und Entwicklung von Technik besagt das Erste Kranzberg'sche Gesetz: Technik ist weder gut noch böse; noch ist sie neutral. Den Alltag vieler Menschen bestimmen diese rechnenden Systeme, seit sie massiv verkleinert und miteinander über das Internet vernetzt wurden. In Form von Handys, smarten Geräten wie Fernsehern, Kühlschränken, Raum- und Hausüberwachung, Rasenmähern oder Uhren und interaktiven Lautsprechern mit integrierten Sprachassistentinnen übernehmen sie – wie stets dienstbare Geister – zunehmend Aufgaben des alltäglichen Bedarfs und lernen viel über unsere Gewohnheiten, die sie in vielen Fällen nicht für sich behalten. Durch die Vernetzung ist es möglich, dass sich diese Geräte untereinander oder mit den Computern des Herstellers austauschen. Dabei fließen Daten in beide Richtungen, d.h. das Gerät kann einer-

seits Updates und neue Befehle erhalten und andererseits hat der Hersteller oder Dritte Zugriff auf die Daten, die die Sensoren der Geräte (Mikrophone, Kameras, Thermometer, GPS, etc.) aufzeichnen.

Theorie der Digitalisierung

Von den auf Technik basierenden programmierbaren, rechnenden Systemen und deren Vernetzung, ist die Digitalisierung fundamental zu unterscheiden. Während Technik etwas vom Menschen zu einem bestimmten Zweck Entwickeltes ist, ist Digitalisierung eine Art der Repräsentation von Welt. „Digit“ bezieht sich auf die Finger der Hand und bedeutet abzählbar. Die Darstellung analoger Daten ist eine kontinuierliche, während digitale Daten eindeutig unterscheidbar und diskret dargestellt werden. Entsprechend bedeutet „Digitalisierung“ die Übersetzung analoger, also zusammenhängender Daten, in eine digitale Darstellung (z.B. in Folgen von 1 und 0). Alles, was als diskrete Darstellung vorliegt, ist somit digital. Der Mensch übersetzt das, was er analog wahrnimmt, in eindeutige, digitale Begriffe, z.B. rot, hell, angenehm oder störend, Baum, Haus oder Computer etc. Aber anders als bei rechnenden Systemen haben diese Bezeichnungen im menschlichen Gebrauch eine Referenz in der Welt, zu der wir unmittelbar Zugang haben und die als Korrektiv der Übersetzung herangezogen werden kann. Computer dagegen operieren lediglich mit Daten aus zweiter Hand, aus unserer Hand. Dadurch werden die Fehler und Vorurteile der menschlichen Erkenntnisgewinnung nicht nur für sie unprüfbar übernommen, sondern teilweise sogar verstärkt. Einige Personalabteilungen z.B. haben die Vorauswahl von Bewerber*innen selbstlernenden Systemen überlassen, die daraufhin systematisch sowohl Frauen als auch „People of Color“ aussortiert haben. Eine daraufhin eingeleitete Untersuchung zeigte, dass die Systeme lediglich die Muster der jeweiligen, vergangenen Personalentscheidungen erfasst und konsequent angewandt haben. Um etwas digitalisieren zu können, benötigt man eine definierte Menge von Signalen, die mithilfe von Kategorien in diskrete Daten zerteilt und übersetzt werden. Beim Menschen wird die definierte Menge von Signalen durch die menschliche Wahrnehmungsfähigkeit bestimmt, also alles, was unsere Sinne erfassen können. Die einfachste Katego-

rie ist dabei zunächst die Unterscheidung in interne, körperbezogene Empfindungen (Interozeption, z.B. Lage im Raum etc.) und der Wahrnehmung externer Signale (Exterozeption, z.B. Farben, Formen, Geräusche etc.). Einzelne Kombinationen dieser Wahrnehmungen verbinden wir mit bestimmten Gegenständen und Sachverhalten der Außenwelt, wie einem Baum, einer Katze oder einem Feuerwehrauto.

Eine weitere Kategorisierung besteht in der Unterscheidung zwischen nützlichen und gefährlichen Dingen, die fundamental für das Überleben der Spezies ist. Der Mensch ist sehr schnell in der Lage, wahrgenommene Signale zu kategorisieren und zu übersetzen. Für die Unterscheidung der gesprochenen Laute /p/ und /b/ z.B. benötigt der/die durchschnittliche Hörer*in nur ca. 30 Millisekunden¹. Technische Digitalisierung mit dem Ziel entsprechende Daten so zu repräsentieren, dass ein Computer damit arbeiten kann, benutzt in erster Linie bestehende Systeme wie das Alphabet, das Hexadezimalsystem (Zahlen von 0-9) oder das RGB- oder CMYK-Farbsystem etc. als definierte Menge von Signalen und übersetzt die jeweiligen Signale in eine Folge von zwei Zuständen: Strom fließt oder Strom fließt nicht (oder 1 und 0). Ein System mit lediglich zwei Zuständen nennt man Binärsystem. Dieses bildet die Grundlage heutiger rechnender elektronischer Einheiten. All diese Systeme aber, in denen es eine eindeutige Zuordnung eines Signals und dessen Darstellung gibt, sind digitale Systeme mit diskreten Darstellungen. Dabei ist die Form der Darstellung von Informationen unerheblich für deren Informationsgehalt.

Informationsverarbeitung

Grundlegend für die Digitalisierung ist der Begriff *Information*, der in der theoretischen Informatik rein quantitativ genutzt wird. Claude Shannon hat in den 1940er Jahren in seiner Monographie *Mathematische Grundlagen der Informationstheorie* eine Möglichkeit der Berechnung des Informationsgehaltes eines Signals entwickelt. Dieses Werk hat bis heute einen großen Einfluss auf verschiedene wissenschaftliche Entwicklungen. Unter anderem beziehen sich die Kommunikationstheorien von Bateson oder Watzlawick auf Shannon, genauso wie z.B. die Genetik oder eben die Informatik. Diese Theorie bietet eine

¹ Rothweiler 2015, S. 256

mathematische Möglichkeit, Informationen verlustfrei aus einem System in ein anderes zu übersetzen.

Für eine gelungene Digitalisierung von Prozessen oder Informationen ist die Erhebung und Auswahl der relevanten Informationen entscheidend. So ist es bis heute nicht gelungen, einem Computer oder einer Künstlichen Intelligenz (KI) die Fähigkeit zu vermitteln, verlässlich Dinge der Außenwelt zu erkennen und zu unterscheiden, die für den Menschen keinerlei Schwierigkeiten darstellen, z.B. die Erkennung eines Hundes bzw. die Unterscheidung eines Hundes von einer Katze. Der Mensch ist in der Lage, intuitiv die richtigen Informationen eines Bildes zu erfassen, um zu erkennen, dass es sich bei der Darstellung um einen Hund oder eine Katze handelt. Auch Veränderungen in der Darstellung, z.B. eine andere Beleuchtung, verschiedene Betrachtungswinkel etc. haben in der Regel keinen Einfluss auf die Erkennungsrate beim Menschen. Künstliche Intelligenzen haben hierbei noch große Schwierigkeiten und die Veränderung weniger Pixel in einem Bild kann dazu führen, dass die KI ihre Entscheidung vollständig revidiert und eine Darstellung zu 100% als Hund klassifiziert, die vorher zu 100% als Katze eingestuft wurde.

Digitalisierte Lebensgeschichte

Der ideologische Kern der Diskussion um die Digitalisierung berührt daher die Frage danach ob der Mensch berechenbar ist oder nicht. Sind wir genauso determiniert wie der Fall eines Apfels? Ist unser Verhalten genauso vorherbestimmbar und reproduzierbar wie die Flugbahn einer Mondrakete? Kann eine KI Gefühle berechnen? Die Digitalisierung hat die Bereiche, die ausschließlich dem Menschen zugeschrieben wurden, kontinuierlich verschoben. Digitale Systeme berechnen hochkomplexe Gleichungen und spielen Schach oder Go besser als der Mensch. Sie verstehen unsere Sprache, übersetzen Texte, falten Proteine oder fahren Autos. Der größte Einfluss der Digitalisierung auf unsere Lebensgeschichten wird daher die immer wiederkehrende Frage nach dem Wesen des Menschen sein. All die Entwicklungen im Bereich der Digitalisierung werden zu einer neuen „kopernikanischen Wende“ des Menschseins führen und wir werden gezwungen sein, uns und das, was uns scheinbar einzigartig macht und von Computern (noch) unterscheidet, permanent zu hinterfragen. ●

Ungeliebte Erbschaften

NS-Erziehungsmethoden und die persistierenden Ängste vor den kleinen eigensinnigen Haustyrannen

Von Rose Ahlheim

Frühe Bindungserfahrungen haben prägende Auswirkungen auf unsere Sozialisation und Persönlichkeitsentwicklung. Erziehungskulturen, erworbene und überlieferte Beziehungsmuster spielen bei der Entstehung und beim Verlauf psychischer Erkrankungen eine bedeutsame Rolle und werden oft von einer Generation zur anderen übertragen. Insofern ist davon auszugehen, dass auch die Erziehungsmythen und die Erziehungsideale der Nazizeit in der Bundesrepublik eine jahrzehntelang nachwirkende transgenerative Bedeutung hatten und eine Dimension darstellen, seelisches Leiden nachfolgender Generationen verstehen zu können.

So wie meine Mutter will ich es auf keinen Fall machen, sagen sich viele junge Frauen, wenn sie an die eigene Mutterschaft denken. Und genau so entschlossen haben das vielleicht ihre eigenen Mütter auch schon gedacht. Anders soll es gehen – aber wie? Ganze Regalbretter voll von Ratgeberliteratur, die verschiedensten Internetforen und Blogs zu Babypflege und Erziehung zeugen davon, wie mühsam junge Eltern den eigenen Weg suchen müssen. Was so schwer abzuschütteln ist, ist die Erziehungshaltung aus der Zeit der Großeltern und Urgroßeltern, deren Nachwirkung anscheinend noch nicht zu Ende ist.

„Erziehung vom ersten Lebenstag an“: Pädagogische Grundsätze aus der Zeit des Nationalsozialismus

Angesichts der hohen Kindersterblichkeit, die die elenden Lebensverhältnisse des frühen Industriezeitalters mit sich brachten, haben Ärzte Regeln entwickelt, die für ausreichende Ernährung und genügend ungestörten Schlaf der Kleinen sorgen sollten. Doch aus ärztlichen Ratschlägen wurden in den Industriestaaten bald *Erziehungsregeln*, und der Geist der Zeit forderte Unterordnung unter die Autorität der zuständigen Fachleute. „Der Arzt als Erzieher“ hieß das Buch eines der

ersten spezialisierten Kinderärzte in Deutschland (Czerny 1908). Uhr und Waage sollten den Alltag bestimmen, feste Tabellen gaben an, wieviel Nahrung ein Kind, seinem Alter und seiner Körpergröße entsprechend wann erhalten solle. Für Liebe und Zärtlichkeit war in diesem Regeldenken kein Platz. In Deutschland dürfte kein anderes Erziehungsbuch größere private wie öffentliche Wirkung gehabt haben als Johanna Haarerers „Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind“. Diese Autorin aber (eine Lungenfachärztin) bettet die damals gängigen Vorstellungen von „richtiger“ Kinderpflege und Erziehung ein in ein nationalsozialistisches Weltbild. Eigentlich ein lebenspraktischer Ratgeber in allen Fragen der Säuglingspflege, vermittelt ihr Buch die Botschaft: Erziehung ist Machtkampf, es gilt vom *ersten* Tage an, die Macht nicht aus der Hand zu geben, sich nicht vom Kind unterkriegen zu lassen – denn hat man ihm in *einer* Sache nur einmal seinen Willen gelassen, so wird es ihn weiterhin durchsetzen wollen. Einmal nachgeben, und „die Mutter hat den ersten schweren Erziehungsfehler begangen“ (Haarer 1938 a, 246)! In Haarerers Vorstellung ist das kleine Kind einerseits noch unfähig zu lieben, andererseits aber vom ersten Lebenstage darauf aus, sich gegen die Mutter machtvoll durchzusetzen. Das



Rose Ahlheim

Dr., Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Ambulanz für Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie am IAKJP Esther Bick, Dönhoffstr. 39, 10318 Berlin.

heißt zunächst: konsequent feste Zeiten für Essen und Schlafen einhalten, Stillen alle 4 Stunden und 8 Stunden ununterbrochenen Nachtschlaf – schon vom ersten Lebenstag an. Darüber hinaus aber warnt Haarer eindringlich vor jeder unnötigen Zuwendung. Für die ganze Familie gelte der „Grundsatz, sich nie ohne Anlaß mit dem Kinde abzugeben“ (159). Wenn es ohne erkennbaren „Anlass“ weint – „dann, liebe Mutter, werde hart! Fange nur ja nicht an, es zu tragen, zu wiegen, zu fahren, es auf dem Schoß zu halten, es gar zu stillen...“ (164), denn es lerne sehr schnell, dergleichen „durch Schreien immer wieder zu erzwingen“ (162), „und der kleine, aber unerbittliche Haustyrann ist fertig“ (164). So werden aus Ratschlägen für eine noch unsichere Leserin rigide Vorschriften – als werde sie unangenehme Folgen tragen müssen, wenn sie diese nicht einhält. Einfühlung gilt hier als unheilvoll, weil sie zu schädlicher Nachsichtigkeit verleiten könnte, und Zärtlichkeit, weil sie nichts als Verwöhnung darstelle und ohnehin dem deutschen Wesen nicht entspreche (191). „Unerbittlich“ soll eine gute Mutter sein, in Macht- und Kraftproben sich bewähren, dabei kühl und überlegen bleiben. Dieses Motiv durchzieht ihr Buch. Und eingewoben sind zentrale ideologische Grundsätze der NS-Herrschaft.

Elternschaft im NS-Staat

Da ist die Rede von der „Pflicht, dem Volke, der Rasse Kinder zu schenken“ (8), die Niederkunft wird zum „Gang an die Front der Mütter unsres Volkes, die ... Blut und Erbe unzähliger Ahnen... auferstehen lassen (5). Aus dem Stillen des Kindes wird eine „rassische Pflicht“ (108) anstelle einer Quelle geteilter lustvoller Intimität. Die Warnung vor Ungesundem und Minderwertigem bleibt nicht aus, Haarer preist ausdrücklich die Gesetze zur Erhaltung der „Erbgesundheit“ und die rassistischen Nürnberger Gesetze zur „Erhaltung des deutschen Blutes und der deutschen Ehre“. In ihrer Darstellung wird aus der alltäglichen Kinderpflege und -erziehung ein tätiges Mitwirken an den großen Plänen und Taten des Nationalsozialismus, das mag manchen unsicheren jungen Eltern ein Gefühl von Wert und Wichtigkeit gegeben haben. Untergründig mag bei den Leserinnen auch Angst geweckt worden sein: was könnte meinem Kind geschehen, wenn es *nicht* stark, gesund und anpassungswillig ist? Die Intimität der Familie erscheint eingebunden in das System von Stark und Schwach, Herrschen und Beherrschtwerden der NS-Gesellschaft. So ist es nicht verwunderlich, dass Haarers Babypflegebuch weit verbreitet war, bis in jede Dorfbücherei, dass es zur Basisliteratur in der Ausbildung von Kinderpflegerinnen und Hebammen gehörte und in zahlreichen Familien seinen Platz im Regal hatte.

Vermutlich brachte die Eindeutigkeit und Fraglosigkeit seiner Botschaft für viele noch unsichere junge Eltern eine willkommene Erleichterung. Wer ein Baby zu versorgen hat, kann niemals ganz frei sein von Ambivalenz. Wie schwer ist es oft auszuhalten, wenn man sein schreiendes Kind nicht versteht: Was braucht, was will es, warum kann ich es nicht zu Frieden stellen? Da konnte die einfache Lösung verlockend sein: Meine (deutsche) Pflicht ist, mir solche Fragen nicht zu stellen, sondern genau so unerbittlich, wie es von mir verlangt wird, meinen Zeitplan durchzuziehen.

Haarer hat noch weitere Erziehungsbücher für die weiteren Altersstufen verfasst, die aber längst nicht die gleiche Auflagenzahl hatten wie das Babybuch.

Und in der Tat, will man ihr folgen, so sind die Weichen für eine Erziehung, wie sie sie versteht, bereits für die Kleinkinder endgültig gestellt: „Ein Blick ins Gesicht der Mutter“ (Haarer 1938 b, 257) muss ausreichen für „unbedingten Gehorsam“ (258), ein schönes Erziehungsziel scheint ihr die „Lust am Gehorsam“, eine „Quelle der Freude für das Kind“ (186).

Das ungewollte Fortwirken eherner Grundsätze

1945 war es endgültig vorbei mit der NS-Herrschaft, aber in den deutschen Familien änderte sich der Erziehungsstil so schnell nicht. Seit den 40er Jahren setzte sich in anderen westlichen Industriestaaten eine Abkehr von dem rigiden, Einfühlung und Zärtlichkeit vermeidenden Umgang mit dem Kind durch, wesentlich beeinflusst von dem weitverbreiteten, vielfach übersetzten Buch des amerikanischen Kinderarztes Benjamin Spock (Spock 1946). Währenddessen hinkte die Entwicklung kinderfreundlicher Vorstellungen in Westdeutschland um ein bis zwei Jahrzehnte hinterher (Gebhardt, 127 ff.). Die Schreckensvorstellung vom „kindlichen Tyrannen“ blieb lebendig. In der DDR konnte das Erziehungsideal einer solidarisch gesinnten, der sozialistischen Zukunft verpflichteten Persönlichkeit (ungewollt) an die autoritäre Tradition staatsgelenkter Sozialisation anschließen, beginnend mit der Krippenerziehung. In der BRD wurde – um nur ein Beispiel zu nennen – die Prügelstrafe in Schulen und

öffentlichen Institutionen erst 1973 offiziell abgeschafft (in der DDR war sie seit 1949 verboten), seit 1998 ist sie auch in den Familien als Kindesmisshandlung strafbar. Und in der Früherziehung herrschten noch Uhr und Waage, bis in den 70er Jahren in Westdeutschland – im Kielwasser der antiautoritären Bewegung der „68er“ – ein Umdenken auf breiter Front stattfand.

Unveränderte kinderärztliche Empfehlungen und die nach wie vor konservativen Tipps in der Ratgeberliteratur sorgten lange für ein Fortbestehen

rigider Einstellungen, ebenso zweifellos die innerfamiliale Weitergabe von der Mutter an die Tochter. Ich denke, dass das Leitbild einer im NS-Sinne „guten“ Mutter den deutschen Frauen mit einer speziellen Intensität und Nachhaltigkeit eingehämmert war, weil es unterschwellig gleichgesetzt war mit heldinnenhaftem Dienst am großen Ganzen und wohl auch begleitet von Angst, machtvollen Ansprüchen nicht zu genügen. So dürften die Ratschläge oder die Anleitung, die eine in Haarers Geist unterwiesene Mutter an ihre Tochter weitergab, besonders überzeugt und starr gewesen sein.

Darüber hinaus gibt es einen subtileren Weg der Weitergabe: über das im

Das „Körpergedächtnis“ hält frühe psychophysische Erlebniszustände und sensumotorische Erinnerungsspuren fest, ohne dass wir davon erzählen könnten.

„Körpergedächtnis“ festgehaltene eigene Erleben in frühester Babyzeit.

Das „Körpergedächtnis“ hält frühe psychophysische Erlebniszustände und sensumotorische Erinnerungsspuren unauslöschar fest, ohne

dass wir davon erzählen könnten.

Deren Weitergabe wiederum von der einen Generation zur nächsten erfolgt nicht auf irgendwie mystische Weise, sondern in unzähligen winzigen Handlungssequenzen im Wechselspiel zwischen Mutter und Kind – Blickwechsel oder Wegschauen, körperliche Gesten der Zu- oder Abwendung, Art und Intensität der Berührung und so fort. So wird später eine junge Frau, die sich nun selbst auf die Mutterschaft vorbereitet, unbemerkt Identifizierungen mit der ehemals erlebten eigenen Mutter eingehen, indem sie die vielfältigen eingeschriebenen Handlungssequenzen und Gefühlsäußerungen wiederaufruft, die sie selbst als Baby (psychisch noch unklar getrennt von der Mutter) an ihr wahrgenommen und gespeichert hat. Sie wird diese Muster zwar modifizieren und an die aktuelle Situation anpassen, aber doch als zwingend erleben. Je eingeleisiger, rigider das Handeln der eigenen Mutter war, desto unbeweglicher vermutlich die Interaktionsmuster der jungen Frau. Und sie wird mit sich selbst hadern und uneins sein, wenn sie bewusst alles lieber ganz anders machen möchte.

Für die jungen Väter gilt, dass ja auch sie die früheste Beziehung zu einem Baby zumeist am Beispiel der eigenen Mutter kennengelernt haben – es kostet viel psychische Arbeit, eine ganz

eigene Vorstellung vom „Elternsein“ zu leben. Die wichtige Rolle des Vaters geriet großenteils erst der Diskussion der 70er Jahre in den Blick.

Was geschieht im Kind?

Jedes Kind reagiert auf seine Art – mehr oder weniger vital, mehr oder weniger tolerant gegenüber Schmerz und Angst. Jedes Kind muss seine Bewältigungsstrategien entwickeln. Ein Kind, dessen Pflegeperson regelmäßig kommt und wieder geht, erwirbt vermutlich ein Grundgefühl von Regelmäßigkeit und Zuverlässigkeit der Versorgung. Doch in den langen Pausen, in denen niemand auf sein Schreien reagiert, kann es starken Empfindungen, einer bedrohlichen, feindlichen Gegenwart ausgesetzt sein. Verlassenheitsangst ist für das total abhängige kleine Wesen Angst vor Vernichtung. Auch wenn die Angst erträglicher ist: das Alleinsein schmerzt, und dazu tritt das bohrende Hungergefühl, das schmerzhaft von innen wütet und nagt. Irgendwann begreift das Baby: Es ist dieselbe Person, die das Gute gibt und dann wieder verweigert. Also muss sie nicht nur gut, sondern auch „böse“ sein. Damit zurechtzukommen ist die erste schwere psychische Arbeit des kleinen Menschen, und eine liebevolle, warm umfangende Mutter – dann, wenn sie gegenwärtig ist – kann der „bösen“ Gestalt ihre Gefährlichkeit nehmen. Fehlt diese Hilfe, so bleibt das Baby in seiner aufkeimenden Phantasie der Willkür einer feindlichen, bösen Figur ausgesetzt. Anstelle des „kindlichen Tyrannen“ kann sich nun eine innere tyrannische Instanz entwickeln, die dem kindlichen Selbst sagt: Du bist nicht liebenswert, du bist niemandem wichtig... „ein Blick ins Gesicht der Mutter“ genügt, um sich schlecht zu fühlen. 🌟

Literatur

Czerny, A. (1908): Der Arzt als Erzieher des Kindes. Vorlesungen, Leipzig/Wien.

Gebhardt, M. (2009): Die Angst vor dem kindlichen Tyrannen. Eine Geschichte der Erziehung im 20. Jahrhundert, München.

Haarer, J. (1938): Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind, 101. bis 110. Tausend, München (zuerst 1934).

Haarer, J. (1938): Unsere kleinen Kinder, 4. Aufl., München (zuerst 1936).

Spock, B. (1946): The Common Sense Book of Baby and Child Care, New York. In Deutschland zuerst: Säuglings- und Kinderpflege, Deutsche Buchgemeinschaft 1957.

Schöpferisch kommen wir mit unserer Stärke in Berührung

Von Angelika Janssen

In den verschiedenen Gruppen des Lyrikateliers im LIVING MUSEUM ALB in Buttenhausen der BruderhausDiakonie entstehen jeden Monat kurze Gedichte und Prosatexte über Gott und die Menschen, die Welt und das Leben, Liebe und Trauer, Schmerz und Glück. Sie finden Gehör bei Lesungen in Cafés, Kulturkneipen, auf Kirchentagen, einige darunter sind bereits preisgekrönt.

Am Anfang ging es nur um „das Wort“ und es sah alles nach einem einmaligen Projekt aus: Heilende Worte zu finden und dazu eine Theaterperformance zu entwickeln. Was klein begann, mit Klientinnen und Klienten in wohlthuender Sprache zu „baden“ wurde zu einem bleibenden Angebot. „Wörter sind Auslöser für unsere Poetik. Wir bringen die Worte in Fluss. Unsere Gedichte entstehen ohne vorherige Festlegung. Das Denken ist hier nebensächlich. Das Spontane und das Fühlen treten in den Vordergrund.“ So erklärte Rotraut Schneemann, pensionierte Mathematiklehrerin und Dichterin, die Lyrik-Gruppe, die sie jahrelang ehrenamtlich begleitet hat. Ihre Initiative von außen in die Einrichtung zu gehen, um gemeinsam zu schreiben, beflügelte einen Dialog. Schreiben und erzählen bringt ganz unterschiedliche Menschen in einer Gruppe zusammen, ohne ein Oben und Unten, ohne Druck auf ein Ergebnis hin. Das Ziel ist der Weg zu meinem ganz persönlichen Schreibprozess.

Die erste Gruppe des Lyrikateliers besteht bereits im sechsten Jahr. Zwei bis sechs Klientinnen und Klienten mit einer so genannten geistigen Behinderung und/oder psychischer Erkrankung treffen sich einmal pro Monat für eine Stunde. Mittlerweile sind in zwei Unterstützungszentren weitere Lyrikgruppen dazu gekommen.

Was macht den Reiz bzw. die Freude der Klientel an den Lyrikgruppen aus?

Jeder Mensch hat eine Seele, jeder hat eine Sprache und Worte. Manchmal schlummert ein Schatz im Verborgenen, den es nach langem Schlaf zu wecken gilt.

„Ich habe zu neuer Stärke gefunden, ohne das Schreiben hätte ich mich nie getraut etwas von mir zu veröffentli-



Angelika Janssen

Diakonin und Theaterpädagogin, verantwortlich für die Lyrik- und Theaterateliers im LIVING MUSEUM ALB BruderhausDiakonie in Münsingen-Buttenhausen

chen,“ so wundert sich Frau C. über sich selbst. Aber auch Anderes wird berührt und formuliert:

- Ich schreibe mir das Leben schön.
- Ich gehe an meinen alten Schmerz und lasse ihn zu.
- Ich löse die Schwere meiner Gefühle in Worte auf.
- Ich kehre neu ins Leben zurück, von dem ich mich zurückgezogen habe.
- Ich freue mich, dass jemand meine Worte hören will und aufschreibt.
- Ich bin gut. Ich erzähle in meinen Gedichten von mir selbst.

Hilarion Gottfried Petzold, ein Psychologe und Philosoph versucht verschiedene methodische Ansätze von Therapien miteinander zu verbinden. In einem Teil seiner Arbeit schreibt er zum biographischen Schreiben:

„ ... Biografie-Erarbeitung heißt, aufgrund einer Übereinkunft in Vertrauen und Zuwendung, im Respekt vor der Integrität und Würde des Anderen gemeinsam lebensgeschichtliche Ereignisse zu teilen und zu betrachten, um damit Biografie zu erarbeiten (nicht etwas zu bearbeiten) in selbstbestimmter Offenheit, Achtsamkeit und Wechselseitigkeit der Partner und Partnerinnen. Zielsetzung ist, dass jeder der Beteiligten seine Lebensgeschichte, sein Leben, seine Persönlichkeit besser in der und durch die Erzähl- und Gesprächsgemeinschaft mit dem Anderen vor dem Hintergrund der gegebenen Kul-

tur und Weltverhältnisse wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen und zu erklären vermag im Sinn der „Hermeneutischen Spirale“ der Intergrativen Therapie. Leben, das entfremdet wurde, kann man sich ggf. in einer Neugestaltung wieder aneignen durch Offenlegung von Entfremdendem (Armut, Elend, Gewalt, Vereinsamung, Verstressung) in Akten der Befreiung. Denn diese verwandeln, sind schöpferisch, kokreativ. Aus solchen Erfahrungen gemeinsamer Hermeneutik, die in Konflux-Prozesse kokreativen Schreibens und kollektiv schöpferischer Kulturarbeit eingebettet sind, kann man einander besser verstehen lernen, wird es möglich, Menschen – und natürlich auch sich selbst in der eigenen Vielfalt – besser verstehen zu können.“ ... (nach Hilarion G. Petzold 2001b, 345), aus: Wenn Sprache heilt, Handbuch für Poesie- und Bibliothherapie, Biografiearbeit und Kreatives Schreiben S. 350, Aithesis Verlag, Bielefeld 2018

Persönlich würde ich es als vermessen betrachten in unseren Lyrikateliers von Poesietherapie zu sprechen. Doch die Richtung stimmt für uns als Assistenten, ehrenamtliche Mitarbeitende und Klientinnen und Klienten, die an den Lyrikateliers teilnehmen.

Gerade für Menschen, die starke sprachliche, psychische und z.T. auch körperliche Einschränkungen haben, hat diese Erweiterung ihrer Kommunikationsmöglichkeiten eine große Bedeutung. Sie können ihre Sprachlosigkeit in und mit der Lyrik überwinden, Gefühle darin ausdrücken, verarbeiten, sich zeigen und auf diesem Wege einen Dialog herstellen. Wenn ihnen eine stimulierende und haltgebende Umgebung geboten wird, kann ihre Kreativität wirksam werden und sich entfalten.

Leben

Mein Leben hat im Kinderhospital in Stuttgart mit sechzehn Jahren seinen Anfang genommen. /Ich habe in einer Druckerei gearbeitet. /Drei Monate lang habe ich gearbeitet, da ist die Psychose wieder geplatzt. /Dann hat mich mein Schwager nach Z. gebracht. /Dort war ich ein Jahr, alle zwei Wochen bin ich heimgefahren.

Jeden Samstag hat mich mein Vater besucht. /Ich hatte einen Freund mit dem bin ich sonntags zum Pizzatessen gegangen. /Ich habe immer bezahlt. /Nach Z. habe ich zwei Jahre in B. gewohnt und in der Gärtnerei gearbeitet. /Es gab einen kleinen Tante-Emma-Laden. /Dann

wurde ich nach U. geschickt. /Ich bin ein Stadtmensch. /Hier kann ich Cola, Döner und Zigaretten kaufen. Ich bin hier nicht fremd. /Ich bin um mich rum, ich bin behäbig. G.S

Die Lyrik/Poesie hat uns gezeigt, dass sowohl die künstlerische Gestaltung im Theater, als auch der ganz eigene Ausdruck in Wort und Schrift für Menschen mit einer so genannten geistigen und/oder psychischen Behinderung im Sinne des Empowerment stärkend und gewinnbringend ist. Auch im Rahmen inklusiver und integrativer Prozesse, haben diese beiden Ausdrucksfelder ein großes Potenzial.

So erscheint seit November 2015 in unregelmäßigen Abständen ein kleiner Gedichtband für Liebhaber und Liebhaberinnen des Wortspiels im Format der beliebten Kinderbüchlein: die Pyxi-Lyrik. Mittlerweile malen die Dichterinnen und Dichter im Atelier des LIVING MUSEUM ALB ihre eigenen Bilder zu ihren Gedichten.

Gemeinsam mit einer Schauspielerin und der hausinternen Theatergruppe wurde Pyxi-Lyrik für Gemeindenachmittage und im Kulturcafé als Performance aufgeführt. Das „Innen“ des Lyrikerschaffenden kommt mit Mut zum Leben nach „Außen“ und schafft etwas „Verbindendes“ im gesellschaftlichen Kulturraum. Es wird erzählt vom eigenen Leben. So ist es mit den Wörtern. Sind sie erst einmal in der Welt, dann bleiben sie, nichts geht verloren.

Wenn die Gewohnheiten im Umgang mit der Sprache einmal zurücktreten können, öffnet sich für die Klientinnen und Klienten ein wenig „bespieltes“ Feld:

Methodisch gesehen ist die Vorgehensweise in den Schreibwerkstätten ein we-



nig wie ein Spiel. Es soll neugierig machen. Es soll wie ein Lebensmittel sein. Die Sprache soll gut schmecken. Sie soll einen schönen Klang haben.

Text-Wort-Baustellen locken die Neugier und den Wagemut. Die Lyrik, das Dichten erfindet sich neu. Neue Worte, Lautmalereien, Sprachbilder und Textstücke ergeben im gemeinsamen Schreib-Spiel ein Gedicht.

Schreiben kann jede Person mit Hilfe von Buchstabennudeln, einem Foto, Bildern und Gemälden, einem Spaziergang, Farbe auf Wasser, auf Stoff oder als Gemüse oder wir ziehen die Worte aus dem Feuer oder unter einem Blatt hervor. Oder es sind Worte, die wir weiterdenken und -schreiben: „Ich setze den Fuß in die Luft und sie trug“. Diesen wunderbaren Satz finden wir bei Hilde Domin (Domin, sämtliche Gedichte, 2009b, S. 47). Der kreative Ausgangspunkt ist Anstoß für den weiteren dichterischen Prozess:

Ich

Ich habe eine Blume als Freundin/ich bin ein Mensch/ich habe Harmonien im Körper/ ganz kleine/wenn ich was im Kopf habe/und es nicht kriege/stampfe ich mit dem Fuß/ auf den Boden/ich bin immer noch zickig, /selbständig, fleißig, /loslegend/manchmal mit zwei Löffeln gleichzeitig/kann ich allein backen/ich kann stolz auf mich sein. I.L.

Am Schluss einer jeden Stunde lesen und hören wir unsere Gedichte. Wir lassen uns verändern von den Botschaften der anderen. Im Verstehen können wir uns verbunden fühlen. Hilde Domin bringt auch hier mit ihren Worten die Teilnehmenden der Lyrikateliers auf den Weg: „Es ist wahr, dass im Gedicht, wie in aller Kunst, etwas Heilendes ist. Eben weil es den Menschen befreit: vom Objektsein, vom Stummsein, vom Alleinsein, abgeschnitten von der Menschheit. – So wie Hass das Gegenteil von Heilung, von Identifizierung ist. Im Gedicht, noch im negativen Gedicht, ist ein letzter Glaube an den Menschen, an sein Anrufbarkeit.“ (Brigitte Leeser, Worte werden Bilder-Bilder werden Worte, aus: Wenn Sprache heilt, S.376, Aithesis Verlag, Bielefeld 2018).

Es ist interessant zu sehen, welche Entwicklung die Klientinnen und Klienten im Laufe der vergangenen Jahre gemacht haben. Und welche Freiheit, Offenheit und Solidarität sie durchs Schreiben gewonnen haben. Der Weg zu schreiben, ist eben das Ziel. ●

Der Psychiatriedialog schreitet voran

Kinder- und Jugendprojekt im Gleichschritt

Von Jörg Holke

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat 2018 einen Dialog mit der Selbsthilfe, der Fachwelt- und den Leistungsträgern zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen gestartet. Ziele dieses Dialogs sind eine Standortbestimmung, die Verständigung über mögliche Entwicklungsbedarfe sowie die Formulierung von Empfehlungen. Der Dialogzeitraum ist bis Ende 2021 konzipiert. Vorrangig soll dabei das SGB V als gesetzlicher Rahmen und das Ministerium und die Regierung als Adressat in den Blick genommen werden. Der Aktion Psychisch Kranke (APK) wurde die Funktion der Geschäftsstelle übertragen. Dazu gehört auch die Sicherstellung einer Internetpräsenz mit kontinuierlicher Information über den Dialogprozess (www.psychiatriedialog.de)

Das BMG hat eine Gruppe von Expertinnen und Experten aus den Reihen der Leistungsträger bzw.-leistungserbringer, der Selbsthilfe und der Fachwelt berufen. Die Liste der Mitglieder der Dialoggruppe ist auf der Internetseite einsehbar. Diese Dialoggruppe diskutiert in Foren die zentralen Handlungsbedarfe. Im Halbjahresrhythmus finden vier Dialogforen zu unterschiedlichen Themenbereichen statt:

- Versorgungsbereiche nach dem SGB V
- Selbstbestimmung und Partizipation
- Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen
- Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation

Aus der Dialoggruppe heraus hat das BMG eine Lenkungsgruppe berufen, die gemeinsam mit der APK die Formulierung und Komprimierung der Ergebnisse übernehmen wird.

Die Vor- und Nachbereitung der Dialogforen erfolgt über verschiedene Beteiligungsformate (Arbeitsgruppen, Arbeitstreffen, schriftliche Stellungnahmen, Eingaben). Verbände der Selbsthilfe, der Leistungserbringer, der Leistungsträger sowie Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis sowie Planungsverantwortliche sind hierbei einbezogen.

Zu Beginn einer jeden Vorbereitungsphase haben die Verbände zudem die Gelegenheit erhalten, die für den jeweiligen Themenbereich zentralen Herausforderungen und Handlungsbedarfe aus ihrer Sicht zu skizzieren und so in den Dialogprozess einzubringen.

Parallel und den Dialogprozess ergänzend hat die Aktion Psychisch Kranke Anfang 2020 eine Projektförderung durch das BMG erhalten, um Handlungsempfehlungen zu Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche zu erarbeiten. Das Projekt schließt an die von der APK zwischen 2014 und 2018 durchgeführte Bestandsaufnahme zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher an. Auch hier läuft ein beteiligungsorientiertes Verfahren mit Fachverbänden und Selbstverwaltung. Die Ergebnisse sollen in den Psychiatriedialog einfließen. In einer zusätzlichen Veranstaltung unter dem Dach des Dialogs findet ein gemeinsamer Workshop der APK-Projekte zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland und des Projektes „Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland, Teil 2 „Kinder und Jugendliche“ statt. Dieses Projekt wurde vom Robert-Koch-Institut gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt.

Was ist bisher geschehen und erreicht worden im Psychiatriedialog?

Zu den ersten drei Themenfeldern des Psychiatriedialogs haben die Dialogforen mit der Expertengruppe bereits stattgefunden. Die zuvor eingegangenen Stellungnahmen (durchschnittlich 30 pro Forum) und die vorbereitenden Arbeitstreffen wurden qualitativ ausgewertet. Daraus wurden Themenschwerpunkte destilliert und priorisiert. In den jeweiligen Dialogforen bzw. Themenfeldern wurden folgende thematische Schwerpunkte behandelt und Vorschläge zu Handlungsempfehlungen in die Abstimmung gebracht.



Jörg Holke

Geschäftsführer Aktion psychisch Kranke e.V. (APK), Oppelnerstr. 130, 53119 Bonn, www.apk-ev.de, E-Mail holke@apk-ev.de

Dialogforum 1: Versorgungsbereiche im SGB V

- Ambulante Komplexleistung
- Einzelfallbezogene Koordination
- Medizinische Rehabilitation
- Ambulante Krisenhilfe

Hier konnte zu jedem Schwerpunkt ein Entwurf für eine Handlungsempfehlung entwickelt werden. Diese nehmen starken Bezug auf die Stellungnahmen und die vorbereitenden Gespräche. Der Bedarf an intensiver, lebensfeldbezogener und am individuellen Bedarf orientierter ambulanter Behandlung, die multiprofessionell und integriert erbracht wird, wurde vielfach formuliert. Auch eine im SGB V verankerte Funktion einer ambulanten, niedrigschwelliger Hilfe bei Krisen wurde in einer Vielzahl von Stellungnahmen so auch von der Diakonie und der APK für notwendig erachtet. Gleiches gilt für die Medizinische Rehabilitation, die als Krankenkassenleistung auf die Zielgruppe der Älteren und der schwerer psychisch Erkrankten sozialmedizinisch ausgerichtet werden sollte. Bei der einzelfallbezogenen Koordination kommt der Weiterentwicklung der Psychotherapie eine besondere Bedeutung zu.

Dialogforum 2: Partizipation und Selbstbestimmung

- Stärkung der Selbstbestimmung - partizipative Behandlungsplanung
- Stärkung der Patientenrechte im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
- Vermeidung von Zwang - Selbstbestimmung in der Behandlung
- Einbeziehung von Psychiatererfahrenen in Beratung und Behandlung

Auch hier konnte zu den Schwerpunkten jeweils ein Vorschlag für eine Handlungsempfehlung in die Abstimmung gebracht werden. Insbesondere für die Selbsthilfevertretenden war die Sicherstellung der Einbeziehung von Erfahrungswissen im SGB V und die Stärkung der Patientenrechte im G-BA ein großes Anliegen. Die partizipative Behandlungsplanung als Anspruch im Gesetz und die Vermeidung von Zwang im Rahmen der Qualitätssicherung waren vielfach Gegenstand der Gespräche und Eingaben im Vorfeld des zweiten Forums. Für Vertretungen der Angehörigen war ihre Einbeziehung im Behandlungsprozess bisher nicht ausreichend sichergestellt und solch ein Gebot sollte auch im Gesetz aufgenommen werden.

Dialogforum 3: Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen

- Besondere Behandlungsbedarfe: Zielgruppen
- Berücksichtigung besondere Behandlungsbedarfe

In diesem Handlungsfeld wurde eine Empfehlung diskutiert, die eine sektorübergreifende Vergütung vorsieht, wenn über die psychische Erkrankung hinaus erheblich Behandlungs- und Unterstützungsbedarfe bestehen.

Das dritte Forum wurde coronabedingt in den Herbst verschoben, das vierte Forum soll 2021 stattfinden.

Aktueller Stand im Kinder- und Jugendprojekt

Durch die wesentlich kürzere Laufzeit des Projektes (zunächst nur 11 Monate) war hier das Konzept der Beteiligung auf einen engen Zeitrahmen auszurichten. Die aufbauend auf die Bestandsaufnahme identifizierten Themenfelder wurden auf zwei Workshops aufgeteilt. Zu den Workshops wurden Vertretungen der relevanten Fach- und Berufsverbände sowie der Selbstverwaltungspartner eingeladen. Im Vorfeld wurden auch hier Stellungnahmen eingeholt und Arbeitstreffen angeboten. In der Terminierung hatte die Pandemie direkt zum Start Folgen für die Projektplanung. Der erste Workshop musste in den Herbst verschoben werden und der zweite Workshop folgte diesem in einem Abstand von nur zwei Wochen. Die Inhalte wurden entlang der identifizierten Themenfeld gesteckt:

Workshop 1: Herausforderungen in der Versorgung

Ambulante Komplexleistungen, Ambulante RL-Psychotherapie; Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung; Adolleszentenversorgung; Einzelfallbezogene Koordination; Kinderrechte: Information und Partizipation; Telemedizin; Arzneimitteltherapie; Krisenhilfe

Workshop 2:

Setting- bzw. sektorübergreifende Behandlung nach SGB V: Vernetzung, Schnittstellen, Kooperationsverpflichtung, Entlassmanagement, Kooperationsverbünde; Besondere Zielgruppen (z.B. mit weiteren Beeinträchtigungen, geflüchtete Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen); Medizinische Rehabilitation bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen; Versorgungsforschung.

Die Besonderheiten in der Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen waren in den Stellungnahmen und der Diskussion in den Workshops deutlich erkennbar und spezifische Handlungsoptionen wurden skizziert. Beispielhaft angeführt seien hier die besonderen Handlungsbedarfe

- in der Organisation integrierter Hilfen inklusive der pädagogischen Unterstützung sowie der Herausforderungen der Transitionsphase und deren gesetzliche und finanzielle Absicherung
- in der Umsetzung und gesetzlichen Verankerung von Kinder- und Jugendrechten im Sinne von Partizipation und Selbstbestimmung
- in Bezug auf gesetzliche Regelungen zur Zulassung bzw. Zugang bei der Kinder- und Jugendreha.

Die Stellungnahmen und die Workshops wurden in der Folge ausgewertet. Eine Liste von Handlungsoptionen wird aktuell priorisiert und mit dem Ziel konkreter Handlungsempfehlungen weiterentwickelt. Die APK wird dabei durch einen Beirat von Expertinnen und Experten aus den Fachverbänden und der Selbstverwaltung unterstützt.

Wie geht es weiter und mögliche Perspektiven

Im Psychiatriedialog steht der vierte Dialog zur Thematik „Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation“ noch aus. Vorgesehen und bereits in einem Verbändetreffen vordiskutiert sind zwei Schwerpunkte:

Organisation personenzentrierter Hilfen (z.B. Hilfe beim Zugang zu Behandlungsleistungen, dialogische Kommunikation, Angehörigeneinbeziehung, einzelfallbezogene integrierte Planung, Planungskonferenz, sektorübergreifende Behandlung, Entlassmanagement, Modellvorhaben nach §64 SGB V, besondere Versorgungsverträge, stationsäquivalente Behandlung, strukturierte/koordinierte Behandlung nach § 92 6b SGB V)

Verbindliche Kooperationsstrukturen mit Qualitätsstandards

(z. B. Steuerung, Sicherstellung bedarfsgerechter Leistungsangebote, Gemeindepesychiatrischer Verbund, Versorgungsmanagement, Kooperationsgebote für Leistungsträger und für Leistungserbringer).

Auch hier wird es auf der Grundlage der Stellungnahmen, der Arbeitstreffen und des Forums dann Vorschläge zu Handlungsempfehlungen geben.

Die APK wird dann gemeinsam mit der Lenkungsgruppe aus den vorliegenden Vorschlägen bzw. Entwürfe konkrete Handlungsempfehlungen ausarbeiten, abstimmen und diese anschließend dem BMG übergeben. Hier wird es auf die Innovations-, Veränderungs- und Kooperationsbereitschaft der Beteiligten ankommen, um das Ziel der Vorlage von konkreten gesetzlichen Handlungsempfehlungen zu erreichen.

Gleiches gilt für das Kinder- und Jugendprojekt. Die fortlaufende Information von Fachverbänden, interessierter Öffentlichkeit und der Gesundheitspolitik ist fester Bestandteil des Dialogs. Dies soll in der Endphase des Dialoges und in Bezug auf die Ergebnisse verstärkt geschehen. Übergeordnetes Ziel sollte sein, dass die Handlungsempfehlungen in der nächsten Legislaturperiode aufgegriffen und gegebenenfalls in das parlamentarische Verfahren eingebracht werden. Schon jetzt nehmen die angesprochenen Themen einen starken Raum in der Fachdiskussion ein. Insbesondere, ob ambulante Komplexleistungen schon durch die zu erarbeitende GBA-Richtlinie zur koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Menschen zu realisieren sind, wird intensiv diskutiert. Verstärkt thematisiert werden gerade in Folge der Pandemie niedrigschwellige ambulante Krisenhilfen. Zu Fragen der Selbstbestimmung und Partizipation hat es verschiedene parlamentarische Anfragen gegeben. Über die Stärkung der Patientenrechte findet ein reger Austausch unter den Selbsthilfeorganisationen statt. ●

Positionen der Diakonie im Psychiatriedialog

Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen für die Hilfen für psychisch erkrankte Menschen im Fokus

Von Katharina Ratzke

Der Beitrag stellt die Handlungsempfehlungen vor, die die Diakonie Deutschland in ihrer Stellungnahme zum dritten Dialogforum des Psychiatriedialogs zu zielgruppenspezifischen Versorgungsfragen erarbeitet hat. Da die Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen allein unter der Perspektive und den Bedarfen einer bestimmten Zielgruppe nach unserer Ansicht zu kurz greift, werden vor allem allgemeine Impulse zur Weiterentwicklung der regionalen Grundversorgung beschrieben. Es werden u.a. ein niedrighschwelliger Zugang durch Rechtsanspruch auf Beratung und Behandlung auch ohne vorherige Diagnose, eine starke und tragfähige Struktur gefordert, um ambulante Komplexleistungen flächendeckend und mehr (Versorgungs-)Forschung zu vulnerablen Patient*innengruppen zu ermöglichen.



Katharina Ratzke
Dr., Referentin für Sozialpsychiatrie und Suchthilfe bei der Diakonie Deutschland; fachliche Leiterin des Modellprojektes; Redaktionsmitglied der Kerbe

Die Diakonie Deutschland und der BeB haben die Initiative des Bundesgesundheitsministeriums für den Psychiatriedialog (s. Artikel von Holke) sehr begrüßt und den Prozess mit Stellungnahmen zu allen vier Dialogforen begleitet. Wir hatten uns schon zuvor für eine breite gesellschaftliche und politische Debatte über die Weiterentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems für chronisch psychisch kranke und sozial benachteiligte Menschen ausgesprochen. Für den Psychiatriedialog wurde von der Diakonie Deutschland eine virtuelle Begleitgruppe mit Vertreter*innen aus Fachverbänden (BeB, Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) und Deutscher Evangelischer Krankenhaus Verband (DEKV)), diakonischen Landesverbänden sowie Expert*innen aus psychiatrischen Kliniken sowie Diensten und Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie und der Selbsthilfe ins Leben gerufen, die die Stellungnahmen für die Dialogforen vorbereiteten.

Bedeutung zielgruppenspezifischer Versorgungsfragen für die Diakonie

Das dritte Dialogforum widmete sich dem Thema, wie die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung

bestimmter Zielgruppen weiterzuentwickeln sei. In der diakonischen Praxis begegnen uns u.a. in der Altenhilfe, der Wohnungsnotfallhilfe oder in der Unterstützung von geflüchteten Menschen psychisch Erkrankte, die vom Gesundheitswesen nicht oder nur unzureichend bzw. zu spät erreicht werden. Aufgrund dieser besonderen Relevanz des Themas wurde die Diakonie Stellungnahme zum dritten Forum in einer größeren Runde erarbeitet. In einem Workshop mit Wissenschaftler*innen und Akteur*innen aus der Gemeindepsychiatrie, der Alten- und Wohnungsnotfallhilfe, der Suchthilfe, der Hilfen für geflüchtete Menschen sowie Expert*innen aus eigener Erfahrung wurden die Situation und zum Teil gravierende Unter- und Fehlversorgung vulnerabler Personengruppen beschrieben und mögliche Lösungswege diskutiert.

Mehr Versorgungsgerechtigkeit und die Orientierung an den Bedürfnissen und Bedarfen der „Schwächsten“ bzw. derjenigen, die eher ausgegrenzt werden und wenig Lobby oder Fürsprecher*innen haben, bilden den Ausgangspunkt der weiteren Überlegungen. Ausgehend von den Schwierigkeiten, die für verschiedene Gruppen gesehen werden, wurden einerseits all-

gemeine Handlungsempfehlungen entwickelt und andererseits ausgewählte zielgruppenspezifische Forderungen formuliert. Letztere dürfen allerdings nicht zu Lasten der regionalen Grundversorgung gehen. Die Anzahl von alten Menschen, von Menschen, die wohnungslos sind, von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sowie von Geflüchteten und die vorliegenden Studien bzw. Schätzungen zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in diesen Gruppen sowie zu deren Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsangebote führen sehr deutlich vor Augen, wie stark die Hilfen sowohl strukturell als auch fachlich-inhaltlich herausgefordert sind.

Zusammengefasst spricht sich die Diakonie in ihrer Stellungnahme für folgende Impulse zur Weiterentwicklung der Hilfen aus: Wir benötigen eine gemeinsame Verantwortung der Leistungsträger und Leistungserbringer für eine Region mit verbindlichen, gesetzlich geregelten und ausfinanzierten Kooperationsstrukturen, die Behandlungspfade über verschiedene Sektoren hinweg bahnen und Übergänge in personeller Kontinuität begleiten. Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind niedrighschwellige

und voraussetzungslose Zugänge ins System oft besonders wichtig. Diese Zugänge dürfen nicht als stigmatisierend empfunden werden und müssen genug Zeit und Raum bieten, um Kontakt herzustellen, Vertrauen zu schaffen und ggf. zu einer Behandlungsaufnahme zu motivieren. Diese Zugangsmöglichkeiten sind ohne vorherige Diagnosestellung als Teil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu konzipieren und zu finanzieren.

Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der regionalen Grundversorgung vor zielgruppenspezifischen Forderungen

Die allgemeinen Handlungsempfehlungen in der Stellungnahme der Diakonie werden kurz im Einzelnen dargestellt. Eine bessere Versorgung sollte auf Daten zur Lage benachteiligter Personengruppen und auf Ergebnisse aus der Versorgungsforschung zurückgreifen können, um bestehende Defizite, aber auch Fehlanreize genauer zu erfassen und Modelle guter Praxis zu etablieren und zu begleiten.

Durch Einführung eines Rechtsanspruchs für Betroffene und deren Angehörige auf Beratung, auch ohne vorherige Diagnosestellung, kann ein niedrigschwelliger und nicht stigmatisierender Zugang ins Hilfesystem geebnet werden. Für solche Beratungsleistungen kommen – je nach regionaler Versorgungslandschaft – unterschiedliche psychosoziale Basisdienste in Frage. Ein weiterer Rechtsanspruch auf die neue Leistung „Versorgungsmanagement durch Patient*innenlotsen“ soll eingeführt werden. Eine persönliche Bezugsperson für dieses Versorgungsmanagement kann bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung ohne weitere Beschränkungen, wie sie gegenwärtig noch für die Soziotherapie bestehen, in Anspruch genommen werden. Die Leistung könnte wiederum auch von den psychosozialen Basisdiensten angeboten werden. Denkbar ist auch ein automatischer Mechanismus, der Patient*innen, die mehrmals stationär

aufgenommen worden sind, auf deren Wunsch hin eine Bezugsperson an die Seite stellt. Dies führt zur nächsten Empfehlung; nämlich die eines „Begleitmanagements“, das während eines Klinikaufenthaltes beginnt. Das Begleitmanagement soll in der Hand von ambulanten Leistungserbringern liegen, da die aktuellen Regelungen zum Entlassmanagement aufgrund fehlender nahtloser Angebote vielfach ins Leere laufen. In jeder Versorgungsregion ist eine Struktur zu schaffen, die niedrigschwellige ambulante Komplexleistungen bereithält und bei Bedarf und auf Wunsch von Versicherten auch ohne Diagnosestellung in Anspruch genommen werden kann.

Um tatsächlich jedem Menschen unabhängig von der Dauer und Schwere seiner psychischen Erkrankung eine seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf entsprechende Behandlung anbieten zu können, sind weitere gesetzliche Regelungen notwendig. Angesichts schon bestehender unterschiedlicher Verbundstrukturen ist eine größere Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit der wesentlichen Akteure auch faktisch umzusetzen.

Insgesamt ist die psychotherapeutische Behandlung insbesondere von schwer Erkrankten über die bestehenden Möglichkeiten der Richtlinienpsychotherapie und der niedergelassenen Praxen hinaus zu erweitern, zu modifizieren und zu flexibilisieren. Hierfür sollten auch die Potentiale gestufter psychotherapeutischer Versorgungsmodelle genutzt werden.

Für die Behandlung von Patient*innen, die mehr Zeit und Zuwendung in der Begleitung benötigen, sind über alle Sektoren hinweg entsprechende Pauschalen bzw. aufwandsgerechte Vergütungen zu schaffen. So lassen sich Anreize für eine personenzentrierte Versorgung im Regelsystem setzen und die regionalen psychiatrischen Angebote in Richtung eines inklusiven, kultur- und alterssensiblen Regelsystems weiterentwickeln. Um die dafür notwendige Fachlichkeit zu gewährleisten, sind die Aus- und Weiterbildungscurricula für unterschiedliche

Berufsgruppen im Gesundheitswesen durch entsprechende, verpflichtende Bausteine zu erweitern.

Eine personenzentrierte Gestaltung von Abläufen im Krankenhaus impliziert, dass eine somatische Mitbehandlung körperlicher Erkrankungen am „psychiatrischen Bett“ erfolgen kann, um so Verlegungen auf andere Stationen oder Krankenhäuser für Menschen in psychosozialen Krisen zu verhindern. Die Kosten und Bereitstellung von qualifizierten Sprachmittler*innen bzw. von Expert*innen in „leichter Sprache“ sind von der GKV zu übernehmen, da die sprachliche Verständigung in der Psychiatrie essentiell ist. Die letzte Forderung der Diakonie Deutschland geht über das psychiatrische Unterstützungssystem hinaus, ist aber grundlegend für dessen Inanspruchnahme. Es sind die Voraussetzungen für einen Krankenversicherungsschutz bzw. der Zugang zum Leistungsspektrum der GKV für alle Menschen, die in Deutschland leben bzw. sich hier aufhalten, zu schaffen.

Einbeziehen der Zivilgesellschaft

Nach Ansicht der Diakonie Deutschland ist bei der Weiterentwicklung der psychiatrischen Hilfen nicht nur die Fachöffentlichkeit einzubeziehen, sondern die gesamte Zivilgesellschaft. Die Lebenslagen bzw. die defizitäre oder schwierige Behandlungssituation einzelner Gruppen hängen unserer Ansicht nach auch damit zusammen, dass viele in unserer Gesellschaft wenig bis keine Berührungspunkte mit wohnungslosen Menschen oder mit Menschen mit schweren Behinderungen haben und wir zu wenig über sie, ihre Bedürfnisse und Probleme wissen. Solidarität und unsere Bereitschaft, gute psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfen für alle Menschen mit psychischer Erkrankung zu gewährleisten, ist auch eine Frage der gesellschaftlichen Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung, die durch Öffentlichkeit erreicht wird. ●

Der vollständige Text der Stellungnahme der Diakonie Deutschland zum dritten Dialogforum – wie auch die Stellungnahmen zu den anderen drei Foren – sind unter folgendem Link nachzulesen:

<https://www.diakonie-wissen.de/web/grp/psychiatriedialog?>

Implementierung der S3 Leitlinie zur Verhinderung von Zwang

Eine Herausforderung für die Klinik – und die Gemeindepsychiatrie

Von Tilman Steinert, Sophie Hirsch, PreVCo-Studienteam

Die Veröffentlichung der Leitlinie zur Vermeidung von Zwang im Juli 2018, zeitgleich mit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Richtervorbehalt bei Fixierungen, war ein Meilenstein. Basierend auf der Bewertung aller weltweit veröffentlichter Studien und einem breiten Expertenkonsens können nun erstmals Empfehlungen zur Verhinderung und, wo das nicht möglich ist, zur menschenwürdigen Gestaltung von Zwangsmaßnahmen gegeben werden (1). Im Gegensatz zu anderen Leitlinien in diesem Bereich, wie den NICE-Guidelines aus England, gibt die deutsche Leitlinie bewusst auch Empfehlungen zu Prävention und Nachbehandlung außerhalb von Krisensituationen und soll daher auch für ambulante und gemeindepsychiatrische Behandlungsangebote Entscheidungshilfen geben.

Die Expertengruppe, die die Leitlinie erarbeitete, bestand neben Psychiatern*innen auch Jurist*innen, Medizinethiker*innen, Expert*innen aus der psychiatrischen Pflege, Vertreter*innen der Angehörigen und von drei verschiedenen Verbänden von Psychiatrieerfahrenen. 21 der 22 Verbänden und Fachgesellschaften (mit Ausnahme des Bundesverbandes der Psychiatrieerfahrenen) stimmten der finalen Leitlinie zu. Trotz der nun verfügbaren evidenz- und konsensbasierten Empfehlungen bleiben wichtige Fragen offen.

Wie bekannt sind die aktuell gültigen Empfehlungen unter Betroffenen und Behandelnden in Deutschland? Wie viel leitliniengerechte Behandlung kommt im Alltag bei den Betroffenen an? Wie kann eine leitliniengerechte Diagnostik und Therapie in möglichst viele Behandlungssituationen erreicht werden?

Empfehlungen zur Implementierung

Leitlinienempfehlungen beschäftigen sich im Wesentlichen mit der Frage, wie Patient*innen in konkreten klinischen Situationen behandelt werden sollen. Implementierung, also die regelhafte Umsetzung der Empfehlungen in der Praxis, ist dagegen eine Frage der Organisation und des Managements. Leitlinienempfehlungen bezüglich der Herz-Kreislauf-Reanimation besagen zu Beispiel, in welcher Frequenz Herzdruckmassage und Mund-zu-Nase-Beatmung durchgeführt werden sollen und wann ein Defibrillator zum Einsatz kommen soll. Die Implementierung dieser Vorgaben beschäftigt sich dagegen mit der Frage, wo die Notfallrucksäcke stationiert werden, wie sie jederzeit aufzufinden sind und wie sichergestellt wird, dass alle Beschäftigten in Herz-Kreislauf-Reanimation geschult sind. Deshalb haben wir als Leitlinienautoren der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Implementierungsempfehlungen auf drei Ebenen vorgeschlagen. Diese wurden 2018 von der DGPPN verabschiedet. Die drei Ebenen der Implementierung sind die psychiatrische Station, die psychiatrische Klinik und die Versorgungsregion (2).

Implementierung auf psychiatrischen Stationen

Die psychiatrische Station ist diejenige Organisationseinheit, in der Zwangsmaßnahmen stattfinden. Konkrete Maßnahmen zu deren Vermeidung in Krisensituationen sollten daher direkt auf den Stationen ansetzen. Das 12-Punkte-Programm für psychiatrische Stationen beinhaltet operationalisierbare Empfehlungen, zum Beispiel



Tilman Steinert
Prof. Dr., Ärztlicher Direktor des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg in Weissenau (Ravensburg), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm

die Durchführung regelmäßiger Deeskalationstrainings für alle Beschäftigten mit Patientenkontakt, die Beschäftigung von Genesungsbegleiter*innen (Ex-In) auf den Stationen, den Abschluss von Behandlungsvereinbarungen zur Vermeidung künftiger Zwangsmaßnahmen, die Nachbesprechung nach Zwangsmaßnahmen, die Entwicklung einer klinikinternen Leitlinie zur Einleitung, Durchführung, Überprüfung und Dokumentation freiheitsbeschränkender Maßnahmen sowie die Einführung sogenannter komplexer Interventionen wie Safewards. Derzeit führen wir eine bundesweite randomisiert kontrollierte Studie mit 55 teilnehmenden psychiatrischen Stationen durch (PreVCo-Studie, Prevention of Violence and Coercion, www.prevco.de) (3).

Trotz der Corona-Pandemie, die die Durchführung der Studie natürlich beeinträchtigt und auch die gefundenen Effekte verzerren kann, konnten bereits Daten zur Ausgangslage auf allen teilnehmenden Stationen erhoben werden. Beteiligte Stationen können maximal drei für ihre spezielle Situation passende Interventionen aus dem 12-Punkte-Programm auswählen und werden bei deren Umsetzung kontinuierlich von den Studienmitarbeiter*innen beraten und unterstützt. Dass die vorgeschlagenen

12 Empfehlungen umsetzbar und der Umsetzungsgrad messbar ist, hatte bereits eine 2019 durchgeführte Pilotstudie gezeigt. Die jetzige Studie soll klären, ob die Interventionen auch wirksam sind, also ob sie die Zahl der Zwangsmaßnahmen tatsächlich reduzieren können. Das ist keineswegs selbstverständlich. Die Evidenzlage zur Verbesserung von Behandlungsergebnissen durch Befolgen von Leitlinien in der Medizin ist generell schwach. Was Zwangsmaßnahmen anbelangt, scheint sogar eine rechtliche Intervention, wie die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Richtervorbehalt bei Fixierungen und der erforderlichen 1:1-Betreuung, nur einen mäßigen Rückgang der Zwangsmaßnahmen insgesamt und einen Trend zu weniger Fixierungen und mehr Isolierungen bewirkt zu haben.

Die Reduzierung von Zwangsmaßnahmen soll nicht zur Folge haben, dass mehr Beschäftigte in psychiatrischen Einrichtungen Opfer von Gewalt werden. Die Häufigkeit aggressiver Übergriffe wird daher auf allen an der Studie teilnehmenden Stationen ebenfalls erhoben. Man bewegt sich in einem Spannungsfeld, in welchem die Interessen beider Seiten abgewogen werden müssen. Gewalt und Zwang gegenüber Patient*innen und Gewalt gegenüber Beschäftigten sollen insgesamt auf ein Minimum reduziert werden. Ein Beispiel für diejenigen, die mit dem konkreten Ablauf von Zwangsmaßnahmen nicht vertraut sind: Eine fixierte Person muss gemäß der Leitlinie und inzwischen auch den rechtlichen Vorgaben durchgehend 1:1 durch pflegerisches oder therapeutisches Personal betreut werden. Bedeutet das aber, dass die neben dem Bett sitzende Krankenschwester sich stundenlang sexuelle Beleidigungen und Gewaltfantasien anhören muss (und welche Folge hat das im Hinblick auf die Rekrutierung und Bindung geeigneter Fachkräfte)?

Nachteil: Fokussierung auf die Klinik

Die PreVCo-Studie erfährt zurzeit

erhebliche Aufmerksamkeit und ist mit hohen Erwartungen verknüpft. Dies soll aber nicht dazu führen, dass andere wichtige Bereiche der psychiatrischen Versorgung, in denen Gewaltprävention ansetzen kann, aus dem Fokus geraten. Formeller Zwang in der psychiatrischen Versorgung findet (in Deutschland) nur in Kliniken statt. Die Vermeidung von Zwang und Gewalt beginnt dagegen weit vor der Klinikeinweisung. Wenn wir in der Zeitung lesen, dass eine Person nach Gewalttätigkeit in der Öffentlichkeit und Auseinandersetzungen mit der Polizei in stark intoxikiertem Zustand in Handschellen „in eine Fachklinik verbracht“ wurde, lässt sich dort die weitere Fixierung zum Schutz der Beschäftigten und Mitpatient*innen in den allermeisten Fällen vermutlich nicht mehr verhindern. Dass es möglichst selten so weit kommt, ist unter

anderem Aufgabe der Gemeindepsychiatrie und des Suchthilfesystems.

Nach vorliegenden Daten gibt es bundesweit erhebliche Unterschiede, wie erfolgreich Zwangseinweisungen verhindert werden können. Weitgehend unbestritten sind manche Zwangseinweisungen am Ende sinnvoll für die betroffene Person. Dennoch ist die Zwangseinweisung mit Abstand der größte Risikofaktor, in einer psychiatrischen Klinik Zwangsmaßnahmen zu erleiden. Es gibt einige Hinweise, dass eine bessere Ausstattung sozialpsychiatrischer Dienste Zwangseinweisungen verhindern kann (4). Bisher wissen wir darüber aber erstaunlich wenig. Bayern hat flächendeckend Krisendienste eingeführt. Ob dies zu einer Verringerung von Zwangseinweisungen geführt hat, ist bisher nicht bekannt.

In vielen Bundesländern haben sozialpsychiatrische Dienste hoheitliche Funktionen, in anderen Ländern (z. B. Baden-Württemberg) ausschließlich beratende, in manchen Bundesländern sind sie ärztlich geleitet, in anderen nicht. Was ist wirksamer zur Vermeidung von Zwang? Forschung in diesem Bereich wäre dringend erforderlich, auch in Anbetracht der erheblichen aufgewendeten Mittel. Die akademische Forschung ist

aber überwiegend an (Universitäts-) Kliniken lokalisiert und findet überwiegend auch dort statt, weil Patient*innen dort am leichtesten zugänglich sind. Die PreVCo-Studie (Projekt IVZ S3 – Implementierung der S3 Leitlinie Verhinderung von Zwang) wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) finanziert, der sich mit allen Versorgungsfragen im Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenkassen befasst.

Die Gemeindepsychiatrie gehört dazu überwiegend nicht. Allerdings wäre eine methodisch saubere Studie wie die PreVCo-Studie in einem Feld mit so vielen beteiligten unabhängigen Akteuren wie in der Gemeindepsychiatrie auch extrem schwer zu realisieren. Dennoch sollten die Empfehlungen zur Umsetzung der S3 Leitlinie in den Versorgungsregionen ebensolche Beachtung finden wie in den Kliniken.

Empfehlungen zur Umsetzung der Leitlinie in Versorgungsregionen

Die von der DGPPN verabschiedeten Empfehlungen für die Versorgungsregionen sind folgende (2):

- 1. Führen Sie eine standardisierte Erfassung von Zwangsmaßnahmen und aggressiven Übergriffen in den Kliniken ein und erfassen Sie die Unterbringungshäufigkeiten in Kliniken und in Heimen
- 2. Kliniken sollten die empfohlenen Maßnahmen für Kliniken umsetzen
- 3. Führen Sie niederschwellig zugängliche Informations- und Beschwerdemöglichkeiten für alle Einrichtungen eines gemeindepsychiatrischen Verbundes bzw. die Region ein
- 4. Stellen Sie externe Kontrollen im Hinblick auf Zwangsmaßnahmen sicher (in den meisten Bundesländern für die Kliniken mit Besuchskommissionen geregelt, die externe Kontrolle bezüglich der Praxis von Unterbringungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen sollte aber auch Heimeinrichtungen mit Unterbringungsmöglichkeit umfassen)
- 5. Entwickeln Sie eine Strategie der Einbeziehung von Genesungsbegleitern (Ex-In) in Kliniken und der Gemeindepsychiatrie



- 6. Propagieren Sie die Erstellung von Patientenverfügungen bzw. von Behandlungsvereinbarungen und Krisenpässen. Ein Richtwert für den Erfolg könnten z. B. 10 abgeschlossene Vereinbarungen/Jahr außerhalb der Klinik sein
- 7. Klären Sie die Zusammenarbeit zwischen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen, Gerichten, Polizei und Krankenhäusern im Hinblick auf Verpflichtungen und Grenzen
- 8. Ergreifen Sie in Kliniken und PIAs (idealerweise auch in Qualitätszirkeln mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten) Maßnahmen zur Sicherung einer leitliniengerechten Pharmakotherapie im ambulanten Bereich.

Die Empfehlungen richten den Blick auf verschiedene wichtige Bereiche. Während Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken jeder Art in Baden-Württemberg inzwischen durch das Zwangsmaßnahmenregister und einen jährlichen Bericht an den Landtag hochgradig transparent sind, ist das Geschehen in Heimen bisher weitgehend intransparent. Es gibt keine Berichtspflicht der Träger. Trotz gegenteiliger Selbstverpflichtungen der meisten gemeindepsychiatrischen Verbände gibt es wieder vermehrt Tendenzen, Menschen in Heime außerhalb der eigenen Versorgungsregion oder sogar des eigenen Bundeslandes zu verlegen.

Die Klient*innen tauchen dann in keiner Zwangsmaßnahmenstatistik der regionalen Klinik mehr auf. Diese scheinbar elegante Lösung des Problems geschieht auf Kosten der Betroffenen. Dasselbe gilt für straffällig gewordene Klient*innen, die über längere Zeit in eine forensisch-psychiatrische Klinik außerhalb der Region eingewiesen und anschließend in dortige gemeindepsychiatrische Angebote integriert werden.

Der im 12-Punkte-Programm empfohlene Einsatz von Genesungsbegleiter*innen auf Stationen könnte in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen ebenso

hilfreich sein, insbesondere wenn es um Zugangsschwellen zu Hilfen oder um Konflikte mit Mitarbeitenden der Dienste geht. Behandlungsvereinbarungen haben eine starke Leitlinienempfehlung erhalten, obwohl Studienergebnisse, dass dadurch Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken verhindert werden können, fehlen.

Trotzdem sind die meisten Expert*innen bezüglich der Wirksamkeit einer solchen Maßnahme überzeugt, allen voran die Psychiatrieerfahrenen. Solche Vereinbarungen müssen aber keinesfalls unbedingt in der Klinik abgeschlossen werden. Krisensituationen, in denen Betroffene vielleicht nur eingeschränkt entscheidungsfähig sind, erscheinen im Gegenteil nicht besonders geeignet dafür. Diesbezüglich bestehen in der Gemeindepsychiatrie bessere Bedingungen. Der wichtigste Punkt ist aber vermutlich der der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren in der Gemeindepsychiatrie, einschließlich Polizei und Justiz (Empfehlung 7). An dieser Stelle geht die Aufgabenstellung der Vermeidung von Gewalt und Zwang über die rein medizinisch-psychiatrische deutlich hinaus. Sie ist eine der öffentlichen Gesundheitsfürsorge und des Sozialwesens.

Es geht um den angemessenen gesellschaftlichen Umgang mit Menschen, die durch gewalttätiges oder störendes Verhalten in Erscheinung treten. Die Gemeindepsychiatrie kann und muss künftig noch mehr die Funktion einer aktiven Moderation übernehmen.

Es geht um den angemessenen gesellschaftlichen Umgang mit Menschen, die durch gewalttätiges oder auch nur störendes Verhalten in Erscheinung treten. Psychosekranken, die ursprüngliche Kernklientel der Kliniken und der Gemeindepsychiatrie,

haben daran einen immer kleineren Anteil. Die Gemeindepsychiatrie kann und muss künftig noch mehr die Funktion einer aktiven Moderation dieser Herausforderungen übernehmen. Die Frage, wer ein(e) psychiatrische Patient*in bzw. Klient*in ist und wer nicht, wird immer wichtiger werden. Sie ist nicht grundsätzlich zu beantworten, sondern in jeder einzelnen Situation aufs Neue. Nicht für jede(n) Klient*in, die oder der Leistungen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in Anspruch nimmt, ist automatisch in jedem Konfliktfall die psychiatri-

sche Klinik zuständig, auch wenn das früher verbreitete Praxis und in der Sicht aller kommunalen Beteiligten eine Selbstverständlichkeit war.

Die ethische und rechtliche Auffassung von Autonomie unterlag im vergangenen Jahrzehnt einem starken Wandel mit einer deutlichen Ausweitung der Selbstbestimmungsrechte – von der Einschränkung der Möglichkeiten zur Zwangsbehandlung bis zur jüngsten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Zulässigkeit der Suizidbeihilfe. Die andere Seite dieser Einschränkung von Fremdbestimmung ist eine stärkere Betonung der Selbstverantwortung, die sich auch im Bundesteilhabegesetz widerspiegelt. In nicht wenigen Fällen wird dies bedeuten, dass Konflikte und problematischen Verhaltensweisen mit denselben Mitteln zu begegnen ist wie bei anderen Bürgern auch. ●

Anmerkungen

1. **Steinert T., Hirsch S. (2020):** S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 91: 611–616
2. **Steinert T., Hirsch S. (2019):** Implementierung der S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. *Psychiatrische Praxis* 46: 294–296
3. **Steinert, T. et al. (2020):** Implementation of Guidelines on Prevention of Coercion and Violence (PreVCo) in Psychiatry: Study Protocol of a Randomized Controlled Trial (RCT). *Frontiers in Psychiatry* 11:579176
4. **Juckel, G., Haußleiter I. (2015):** Die stationäre Unterbringung nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz – was sind die stärksten Prädiktoren? *Psychiatrische Praxis* 42: 133–139

CHRISTIANE TILLY

**Herzlich willkommen
in der Kerbe-Redaktion!**

Dr. Christiane Tilly, Ergotherapeutin und Diplom-Pädagogin ist neues Mitglied in unserer Redaktion. Nach langjähriger Tätigkeit in der Allge-



meinspsychiatrie, arbeitet sie derzeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Uni Bielefeld im Fachbereich Rehabilitationswissenschaft/rehabilitative

Versorgungsforschung. Der Einbezug der Perspektive der Betroffenen ist ihr sowohl in ihrer Forschungstätigkeit wie auch als Referentin und Buchautorin ein wesentliches Anliegen. Ihr besonderes Interesse gilt den Themen (transgenerationale) Traumatisierung, Borderline-Störung und Essstörungen. Sie engagiert sich in verschiedenen Projekten zur partizipativen Forschung und ist unterschiedlichen Gremien und Beiräten aktiv. Wir begrüßen Frau Tilly sehr herzlich in unserer Runde und freuen uns auf ihre engagierte Mitarbeit.

Jürgen Armbruster

Assistenz im Krankenhaus endlich möglich machen

In einem gemeinsamen Appell haben der Pflegebevollmächtigte, die Patientenbeauftragte und der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung die Koalitionsfraktionen zu einer Lösung des jahrelangen Streits über die Assistenzkosten bei Krankenhausaufenthalten von Menschen mit Behinderung aufgefordert. Noch in dieser Wahlperiode müsse die Finanzierung der Begleitung von Menschen mit Assistenzbedarf im Krankenhaus geregelt werden.

Dazu äußern sich der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV) und die Diakonie Deutschland: „Bislang ist die Finanzierung nur für wenige Menschen mit Behinderung gesichert, die ihre Assistenten als Arbeitgeber selbst beschäftigen“, sagt Frank Stefan, Vorsitzender des BeB: „Jetzt muss gleiches Recht für alle gelten.“ Er plädiert dafür, dass die Kosten für die Assistenz im Krankenhaus von den Krankenkassen getragen werden. Die Leistungsträger der Eingliederungshilfe seien für die Assistenz durch Mitarbeiter*innen der Leistungserbringer verantwortlich.

„Wenn Menschen mit Behinderung ins Krankenhaus müssen, brauchen sie oft die Assistenz einer vertrauten Person“, sagt Maria Loheide, Vorstand Sozialpolitik der Diakonie Deutschland: „Manchmal geht es um die verständliche Kommunikation mit dem Krankenhaus, manche Menschen mit Behinderung haben sehr große Ängste vor der Behandlung und in der fremden Umgebung. Die Assistenz kann bei komplexen körperlichen Beeinträchtigungen oftmals nur mit langer persönlicher Erfahrung geleistet werden.“

Christoph Radbruch, Vorsitzender des DEKV, präzisiert: „Die Begleitung durch eine vertraute Person soll die auf die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen ausgerichtete Pflege und ärztliche Versorgung im Krankenhaus ergänzen. Das Krankenhauspersonal ist oft durch die speziellen körperlichen sowie emotionalen Bedürfnisse der Patienten überfordert und ist deswegen auf die Unterstützung durch eine vertraute Bezugsperson angewiesen.“

Mehr Informationen im Internet: www.behindertenbeauftragter.de

Kein Nischenthema

EU-Strategie für Menschen mit Behinderung

Die EU-Kommission hat eine neue Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderung vorgestellt. Die neue Zehn-Jahres-Agenda war notwendig geworden, weil die alte Strategie 2020 ausgelaufen ist. Ziel ist es, die Gesetzgebung der EU-Mitglieder auf europäischer Ebene zu koordinieren. Die Diakonie Deutschland und der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) nehmen zur neuen Strategie gemeinsam Stellung. Maria Loheide, Vorstand Sozialpolitik, Diakonie Deutschland: „Politik mit und für Menschen mit Behinderung ist kein Nischenthema, sondern betrifft Millionen Menschen in allen Lebens- und Arbeitsbereichen. Eine Harmonisierung der Gesetzgebung in den EU-Mitgliedsstaaten ist dringend geboten, damit auch Menschen mit Behinderung zum Beispiel

ihr Recht auf Freizügigkeit und ihre Niederlassungsfreiheit effektiv wahrnehmen können. So muss der europäische Behindertenausweis endlich EU-weit verankert werden. Freizügigkeit erfordert Barrierefreiheit.“

Frank Stefan, Vorsitzender des BeB: „Die Strategie der EU unterstreicht die Notwendigkeit, mehr inklusiven Wohnraum zu schaffen. Gute Wohnkonzepte gibt es. In die flächendeckende Umsetzung muss jetzt investiert werden.“ Zum Hintergrund: Nach Angaben der EU-Kommission leben in der EU schätzungsweise 80 Millionen Menschen mit Behinderung. Die Europäischen Strategie soll ein barrierefreies Europa fördern und Behinderte zur uneingeschränkten Wahrnehmung ihrer Rechte befähigen.

Teilhabe von Frauen

Anlässlich des Internationalen Frauentages setzt sich der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) für mehr Mitbestimmung und Teilhabe von Mädchen und Frauen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung ein. „Gesellschaftliches Engagement und Mitbestimmung entsteht nicht von alleine, sondern braucht verlässliche Strukturen, Instrumente und Maßnahmen“, sagt Barbara Heuerding, Geschäftsführerin des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB). Ein gutes Beispiel dafür sei die seit 2017 in den diakonischen Werkstätten für Menschen mit Behinderung vorgeschriebene Wahl einer Frauenbeauftragten. Viele Frauen mit Behinderung gingen seitdem ihren Aufgaben gewissenhaft nach. Dazu gehöre zu wissen, was die eigenen Rechte und Pflichten sind, wie man diese auch in schwierigen Situationen durchsetzt oder sich dafür Unterstützung holt.

TERMINE

Bundesakademie für Kirche und Diakonie**Mehrteilige Weiterbildungen:**

Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie/Sozialpsychiatrie 2021-2022
22. Zertifizierte Sozialpsychiatrische Zusatzqualifikation

- 1.12.2021-17.06.2022, Stuttgart

Weiterbildung für (angehende) Führungskräfte zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetz in Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie

- 9.02.2022-6.05.2023, Berlin

Kompetent führen und leiten mit TZI: Themenzentrierte Interaktion nach Ruth Cohn®

- 2.06.2021-11.06.2023, Berlin

**KURZFORTBILDUNGEN 2021**

Einzelne Fortbildungen bieten wir ab sofort online an. Aktuelle Informationen sind unter www.dgsp-ev.de zu finden.

Alle Präsenzveranstaltungen der DGSP finden unter Einhaltung der geltenden Hygienebestimmungen statt.

DGSP

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.



Bestelladresse

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
Zeltinger Str. 9 | 50969 Köln
Tel.: (0221) 51 10 02
info@dgsp-ev.de
www.dgsp-ev.de

Fortbildungen:

Psychiatrische Krankheitsbilder – Grundlagen

- 4.-06.05.2021, Essen

Die sinnstiftende evolutionäre Organisation – Wie kann Selbststeuerung gelingen? Ein Theorie-Praxis-Seminar für (angehende) Führungskräfte und Verantwortliche der Organisationsentwicklung

- 5.-07.05.2021, Dortmund

Traumapädagogische Ansätze im Umgang mit jungen psychisch erkrankten Erwachsenen

- 18.-19.05.2021, Filderstadt

Teilhabe im Blick: Qualitätsentwicklung in Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie

- 26.-27.05.2021, Berlin

Die Schnittstelle Eingliederungshilfe – Pflege gestalten

- 27.-31.05.2021, Online

Sozialraumorientierung! Und jetzt?

- 7.-08.06.2021, Frankfurt

Souverän und wirksam führen

- 14.06.2021-15.06.2021, Frankfurt

Psychose und Sucht - double trouble

- 10.-11.06.2021, Berlin

Selbstmanagement mit dem Zürcher Ressourcen Modell®

Zertifizierter ZRM®-Grundkurs

- 14.-16.06.2021, Berlin

Recht auf Risiko?! Selbstschädigendes Verhalten von Klient*innen in der Assistenz

- 30.-31.08.2021, Berlin

Ab jetzt in Leitung! - Gut vorbereitet von der Fach- zur Führungskraft
05.10.2021-11.02.2022, Berlin

Alle Veranstaltungen können auch als Inhouse-Fortbildung durchgeführt werden.

Informationen und Anmeldungen:
Bundesakademie für Kirche und Diakonie, Tel. 030-488 37 488, E-Mail: info@ba-kd.de, Programm und Anmeldung: www.ba-kd.de
Ansprechpartner für inhaltliche Fragen zu den Veranstaltungen :
Frank Rosenbach, Tel. 030-488 37-478; Frank.Rosenbach@ba-kd.de

Impressum**Herausgeber und Redaktionsadresse:**

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Invalidenstraße 29, 10115 Berlin
E-Mail: kerbe@beb-ev.de
Internet: www.kerbe.info

Redaktion:

Prof. Dr. Jürgen Armbruster, Stuttgart (Redaktionsleitung); Iris Maier-Strecker, Stuttgart; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Dr. Irmgard Plöb, Stuttgart; Dr. Katharina Ratzke, Berlin; Prof. Dr. Michael Schulz, Bielefeld, Dr. Christiane Tilly, Bielefeld, Dr. Stefan Weinmann, Stuttgart; Sabine Wetzels-Kluge, Halle; Andreas Steidel, Calw.

Verlag und Bestelladresse:

Evangelischer Verlag Stuttgart GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (07 11) 60100-0
Adressenänderungen bitte an: vertrieb@evangemeindeblatt.de

Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier gedruckte Hefte 29 Euro (einschließlich Versandkosten), Einzelheft 8 Euro. ISSN 07245165; ePaper vier Ausgaben 20 Euro; Kombi-Abo (Print + ePaper) 30 Euro

Anzeigen:

Anzeigengemeinschaft Süd
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (0711) 60100-41, Fax -76.
E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de
Internet: www.anzeigengemeinschaft.de. Es gilt die Preisliste Nr. 31 vom 1. Januar 2019.

Layout: Atelier Reichert, Stuttgart

Druck: Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:

1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Diakonie 

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe **BeB**



In eigener Sache

Die Kerbe gibt es künftig auch als ePaper

Künftig können Sie die Kerbe auch elektronisch als ePaper lesen. Mit mobilen Geräten über die Kerbe-App oder mit Ihrem PC per Browser auf der Homepage: <https://epaper.kerbe.info>

Die digitale Kerbe passt sich flexibel dem Bildschirm an, die Texte können im Lesemodus leicht vergrößert werden oder durch die Sprachausgabe des jeweiligen Geräts vorgelesen werden.

- Wenn Sie bereits Abonnent sind, erhalten Sie in wenigen Wochen schriftlich einen Freischaltcode, mit dem Sie die digitalen Ausgaben in der App oder online abrufen können. Für diesen Service bezahlen Sie dann nur 1€ mehr pro Jahr, also € 30.- statt bisher € 29.-
- Für gemeinnützige Einrichtungen, die das ePaper mehreren Mitarbeitenden zur Verfügung stellen wollen, gibt es ab Januar besondere Angebote. Infos und Bestellung auf www.kerbe.info



Jetzt auch als ePaper



Kerbe - Forum für soziale Psychiatrie
 Jahres-Abo, Geschenk-Abo, Studenten-Abo oder Einzelhefte
 Detaillierte Infos zu den Aboarten unter www.kerbe.info

Kerbe Themen im Überblick

Die Kerbe erscheint 4 x pro Jahr, 2021 u. a. mit diesen Themen:

- Heft 1/2021**
Ethische Fragen in der Sozialpsychiatrie
- Heft 2/2021**
Biographisches Arbeiten
- Heft 3/2021**
Corona und andere Krisen
- Heft 4/2021**
Wohnen

- als gedruckte Ausgabe (Print) für € 29.-
- als elektronische Ausgaben (ePaper) für € 20.-
- Kombi-Abo (Print + ePaper) für € 30.-

Name/Vorname _____

Strasse/Haus-Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon/E-Mail _____

Datum _____ Unterschrift _____

Bestellannahme: Tel.: 0711/60100-40 · Fax: 0711/60100-76
 E-Mail: vertrieb@evangelgemeindeblatt.de

Wir bezahlen das Porto für Sie

ANTWORT

Evangelischer Verlag Stuttgart
 Zeitschrift Kerbe
 Postfach 10 02 53
 70002 Stuttgart