

## "Wenn es jetzt so ist, dann versuch's zum Beispiel rumzudrehen.": soziale Kontakte zwischen BesucherInnen einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung

Brinkmann, Corinna

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Brinkmann, C. (2004). "Wenn es jetzt so ist, dann versuch's zum Beispiel rumzudrehen.": soziale Kontakte zwischen BesucherInnen einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung. *Journal für Psychologie*, 12(4), 326-347. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-17278>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

# **„Wenn es jetzt so ist, dann versuch's zum Beispiel rumzudrehen.“ – Soziale Kontakte zwischen BesucherInnen einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung**

Corinna Brinkmann

## **Zusammenfassung**

Der Kontakt zwischen Psychiatrieerfahrenen eröffnet Möglichkeiten der Selbsthilfe. Gemeindepsychiatrische Einrichtungen wie eine psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle (KBS), die sich durch geringe Strukturierung und Gleichberechtigung auszeichnen, bieten dazu ein geeignetes Umfeld. In einer qualitativen Studie wurden die Kontakte zwischen BesucherInnen einer KBS untersucht. Der Kontakt mit anderen Psychiatrieerfahrenen stellt an die Betroffenen spezifische Herausforderungen: die Diskussion um relevante Normen, die Verarbeitung der psychiatrischen Erfahrungen und die Begegnung mit professionellen MitarbeiterInnen. Die Bewältigung dieser Herausforderungen vollzieht sich in Wellen von Identifikation und Abgrenzung unter den Betroffenen. Damit das Selbsthilfepotential dieser Kontakte sich entfalten kann, sind auch professionelle MitarbeiterInnen und nicht-psychiatrisierte Mitmenschen aufgefordert, mit Psychiatrieerfahrenen in den Dialog zu treten.

## **Schlagwörter**

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle, qualitative Feldforschung, soziale Netzwerke, soziale Unterstützung, Empowerment.

## **Summary**

*“If it's like that, turn it around!” –  
Social contact between visitors of a communal psychiatric institution*

Social contact between people with experiences in psychiatric support leads to the possibility of mutual exchange of experiences. Communal psychiatric institutions like psychosocial contact- and counselling institutions, which are characteristic of open structure and the principle of equality, provide ideal circumstances for these develop-

ments. In a qualitative research interaction among visitors of a counselling institution was analysed. Interaction among other people with experiences in psychiatric counselling brings about specific challenges for the people concerned: dealing with social rules and standards, handling previous psychiatric experience and interacting with professional staff. This process is characterised by periods of identification and separation. To promote the potential of self-help in this kind of social contact, professionals as well as people without experiences in mental illness are encouraged to open the dialogue with visitors of these counselling institutions.

### Keywords

Psychosocial contact- und counselling institution, qualitative field research, social networks, social support, empowerment.

## 1. Persönlicher Zugang und Entwicklung der Fragestellung

In der Studie, die ich hier vorstellen möchte (Brinkmann 1997), beschäftigte ich mich mit den sozialen Kontakten zwischen den NutzerInnen einer psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle (KBS) in Berlin. Bei dem Großteil ihrer NutzerInnen – üblicherweise nennt man sie dort „BesucherInnen“ – handelt es sich um so genannte chronisch psychisch kranke Menschen. Die KBS soll diesen Personen die Möglichkeit bieten, Anschluss zu finden und Aktivität zu entwickeln. Viele BesucherInnen nehmen an kreativen und alltagspraktischen Beschäftigungsangeboten der Einrichtung teil, andere nutzen den „offenen Treffpunkt“, das caféähnliche Herz der KBS, um soziale Kontakte in einem geschützten Raum zu knüpfen oder auch einfach nur in schweigender Gemeinschaft mit anderen ihre Zeit zu verbringen.

Während eines Praktikums in dieser KBS richtete ich meine Aufmerksamkeit vor allem auf eigene Erfahrungen als Praktikantin und Interaktionen zwischen BesucherInnen und MitarbeiterInnen. Erst nach dem Praktikum fiel mir auf, dass dagegen die Kontakte zwischen BesucherInnen – die das Thema dieses Artikels sein sollen – vor meinem inneren Auge merkwürdig konturlos geblieben waren. Fast schien es, als seien die BesucherInnen an Kontakten zu anderen Betroffenen nicht interessiert. Die folgenden Erlebnisse aus dem Praktikum vermitteln einen Eindruck von dieser Kontakthemmung:

Ich wurde im offenen Treffpunkt ZuhörerIn eines Gruppengesprächs, in dem mehrere Männer über die psychischen und sozialen Probleme eines weiteren Besuchers heftig diskutierten. Jeder der Männer hatte eine eigene Inter-

pretation des Problems, seine eigene Sicht der Situation. Der erste sah die Schuld bei der Mutter. Ein anderer machte die Gesellschaft allgemein und die Psychiatrie speziell verantwortlich. Ein dritter versuchte, religiösen Beistand zu geben und der vierte schien geübt im empathischen Zuhören. Ich staunte über die Eigenarten und Sichtweisen, die ich von jedem der Beteiligten auf diese Weise kennen lernte. Jeder zeigte ein Stück von sich, ohne direkt Persönliches zu berichten. Diese Form der Gruppenberatung schien mir ein gelungenes Stück Betroffenen Selbsthilfe. Doch der Mann, dessen Lage hier heiß diskutiert wurde, zog sich kommentarlos zurück, setzte den Walkman auf und machte sich auf den Weg zur nächsten Döner-Bude. Ein anderes Erlebnis hatte ich an einem der wöchentlich stattfindenden Spielnachmittage. Ich forderte zwei Männer zum gemeinsamen Brettspiel auf. Beide äußerten kaum Wünsche und Ideen bezüglich des Spiels, so dass ich glaubte, ihre Gedanken lesen zu müssen und sie dem jeweils anderen mitzuteilen. Ich fühlte mich gedrängt, das Spiel zu strukturieren und zwischen meinen beiden Mitspielern zu vermitteln. Diese Situation empfand ich äußerst belastend und fragte mich später, ob meine Initiative sinnvoll gewesen war. Vermutlich konnte ich selbst das scheinbar kontaktlose Beisammensitzen schlechter ertragen als die Besucher.

Die Gruppe der BesucherInnen wurde für mich durch das Bild eines Sterns symbolisiert: Voneinander isoliert gruppieren sich die Personen vereinzelt um die MitarbeiterInnen, die das Zentrum dieses Sterns bilden. Intensive Beziehungen zu den MitarbeiterInnen sind erkennbar, auch das Team selbst erscheint stark und einheitlich. Doch zwischen den BesucherInnen sind kaum Verbindungen auszumachen. Dieses Bild widersprach meinen theoretischen Erwartungen an eine solche Einrichtung. Ziel gemeindepsychologischer Arbeit ist nicht zuletzt die Hilfe zur Selbsthilfe. Das Bild eines sozialen Netzes, in dem jede Person durch mehrere Stränge mit anderen in Verbindung steht, dient hier oft als Metapher und Zielbeschreibung. Beziehungen zwischen Betroffenen bilden rein zahlenmäßig einen erheblichen Anteil dieser Netzwerke (Haberfellner u. Rittmannberger 1995).

Ich entschied mich, die KBS zwei Jahre später im Rahmen meiner Diplomarbeit ein weiteres Mal, diesmal in der Rolle der eher neutralen Forscherin, aufzusuchen. Ich wollte erklären, welche Möglichkeiten der Selbsthilfe der Dialog zwischen den BesucherInnen beinhaltet bzw. durch welche Barrieren sie voneinander getrennt sind. Die Fragestellung für meine Untersuchung lautete:

*Welche Bedeutung besitzen die gegenseitigen sozialen Kontakte für die BesucherInnen einer KBS?*

## **2. Zwischen allen Stühlen – Als teilnehmende Beobachterin eine KBS erleben Methodisches Vorgehen**

**D**er offenen Fragestellung entsprechend verwendete ich qualitative Forschungsmethoden. Als teilnehmende Beobachterin suchte ich für die Dauer von vier Monaten die KBS etwa zweimal wöchentlich auf. Auf diese Weise hoffte ich, die BesucherInnen besser kennen zu lernen und für Interviews begeistern zu können. Weiterhin konnte ich so den Alltag der KBS noch einmal selbst miterleben und meine eigenen Erfahrungen dokumentieren. Acht problemzentrierte Interviews mit BesucherInnen und ein Forschungstagebuch mit Feldnotizen entstanden auf diese Weise und bildeten das empirische Material meiner Untersuchung. Um meine Forschungsfrage besser beantworten zu können, bemühte ich mich um Distanz zu meiner früheren Rolle als Praktikantin: Ich nahm z. B. nicht an den Team- oder PraktikantInnengesprächen teil, hielt mich nur selten im Büro auf, ging nicht ans Telefon und verließ am Ende der Öffnungszeiten gemeinsam mit den BesucherInnen den Treffpunkt. Doch ich stellte fest, dass ich im vertrauten Muster verhaftet blieb und mich häufig am Verhalten der MitarbeiterInnen orientierte.

Derartige Rollenkonflikte werden in der Literatur zur qualitativen Forschung häufig thematisiert. Teilnehmende Beobachtung beinhaltet, dass die Forscherin sich in die Lebenswelt einer Gruppe hinein begibt und am Alltagsleben der Personen teilnimmt. Damit ist zwangsläufig die Übernahme sozialer Rollen verbunden. Je natürlicher die Rolle der Forscherin im Feld ist, umso weniger verändert und stört sie die soziale Wirklichkeit (Lamnek 1989). So ermöglichte das Bezugnehmen auf meine frühere Tätigkeit als Praktikantin einen relativ ungehinderten Zutritt zur KBS. Mit dieser Rolle war jedoch mein Auftreten als Forscherin nicht immer vereinbar. Während PraktikantInnen im Treffpunkt allgemein regelmäßig und gern gesehen waren, wurde die Neugier von Forschenden eher vorsichtig bis abwehrend betrachtet. Es stellt sich die Frage, wie mit den durch die Anwesenheit der Forscherin hervorgerufenen Konflikten und Störungen umzugehen ist. Wird die Absicht der Forscherin, ein Bild der sozialen Wirklichkeit zu erstellen, durch die Methode der teilnehmenden Beobachtung behindert? Oder können derartige Phänomene gewinnbringend für die Forschung genutzt werden? Der Anthropologe und Psychoanalytiker Georges Devereux äußert sich dazu folgendermaßen:

„Statt die Störung, die durch unsere Anwesenheit im Feld oder im Laboratorium entsteht, zu beklagen und die Objektivität von Verhaltensbeobachtungen in Frage zu stellen, sollten wir das Problem konstruktiv zu lösen und herauszufinden suchen, welche positiven Erkenntnisse – die sich auf anderem Wege nicht erhalten lassen – wir von der Tatsache ableiten können, dass die Gegenwart eines Beobachters (der dieselbe Größen-

ordnung hat, wie das, was er beobachtet) das beobachtete Ereignis stört. [...] Wenn man darauf besteht, dass der Beobachter nur als eine Quelle der Verzerrung anzusehen sei, so muss man auch die Störung durch einen Tiger oder durch einen eingeborenen Eindringling oder Possenreißer als eine solche betrachten. Geradeso wie man eine Menge über eine Kultur erfahren kann, indem man die Reaktionen auf solche (nicht-anthropologischen) Einbrüche analysiert, so können wir in Wirklichkeit auch eine Menge über eine Kultur erfahren, indem wir die Störungen analysieren, die durch die Gegenwart und Tätigkeit eines Anthropologen hervorgerufen werden“ (Devereux 1984, 304 f.).

Gemäß diesen Überlegungen bemühte ich mich, Beobachtungen und eigene Gefühle in einem Forschungstagebuch zu dokumentieren. In der Forschungssupervision lernte ich, das Verhalten der Menschen im Treffpunkt besser zu verstehen. Ich suchte in meinem eigenen Verhalten nach möglichen Gegenübertragungen und Abwehrreaktionen, um auch diese im Kontext der Untersuchung zu begreifen. Hierzu ein weiteres Erlebnis, das in meinem Forschungstagebuch dokumentiert ist und das ich im Folgenden zusammengefasst darstellen möchte:

Am ersten Tag meiner Erhebungsphase sitze ich am „großen Tisch“ im Treffpunkt und warte gespannt auf den Beginn der Vollversammlung, bei der ich mein Diplomarbeitvorhaben vorstellen will. Ein Besucher spricht mich neugierig an: „Günter. Und wie heißen sie?“ Günter ist schätzungsweise Mitte Fünfzig, hat eine etwas verwaschene Aussprache und trägt eine bunte Kappe. Seine Offenheit ist mir sympathisch. Ich sage ihm, dass ich Psychologiestudentin und früher einmal Praktikantin im Treffpunkt gewesen sei. Schnell entwickelt sich ein Gespräch über Psychologie und Medizin. Das Fachwissen meines Gegenübers fordert mich als Expertin heraus und verunsichert mich. Den Feldnotizen ist zu entnehmen, dass dieses Gespräch nach einiger Zeit eher unvermittelt endet. Ich frage mich, ob es richtig ist, die ganze Zeit mit Günter zu reden und andere Anwesende zu vernachlässigen, zum Beispiel den jungen Mann mir gegenüber, der schweigend in einem Lexikon blättert. Vielleicht wünscht er sich, angesprochen zu werden? Ich verspüre einen Druck, für alle da sein zu müssen, niemanden ungerecht zu behandeln. Nachdem ich diesen Druck wahrgenommen habe, kann ich mich zurücklehnen und entspannter die Situation betrachten. In der neuen Rolle als Forscherin kann ich schweigend abwarten und beobachten, was als nächstes geschehen wird.

Als ich meine Aufzeichnungen anfertigte, war mir nicht bewusst, dass das Gefühl, meine Aufmerksamkeit gerecht auf die Anwesenden verteilen zu müssen, in engem Zusammenhang mit dem vorhergehenden Gespräch stehen könnte. Erst jetzt stolpere ich beim Lesen der Feldnotiz über das, was ich damals schrieb und interpretiere es folgendermaßen: Die Infragestellung meines Expertinnenbewusstseins durch das Wissen meines Gesprächspartners verleitete mich dazu, in die Rolle der Helferin zu schlüpfen. Noch unsicher auf meinem Weg zur diplomierten Wissenschaftlerin war ich selbst diejenige, die in dieser Situation Stärkung wünschte. Doch dieses Gefühl konnte ich mir nicht

gestatten und übertrug es stattdessen auf einen anderen Anwesenden. In meiner Phantasie machte ich den jungen Mann, der vielleicht bei der Lektüre des Lexikons entspannt und zufrieden war, zum Bedürftigen. Die Möglichkeit, im Kontakt mit einem Besucher Verunsicherung oder ein geringeres Wissen offen zu zeigen, sah ich nicht. Um meine eigene Unsicherheit zu bewältigen, bediente ich mich der nahe liegenden Rollenmuster: Mitarbeiterin und Besucher. Das Einnehmen der MitarbeiterInnen- sowie später der ForscherInnenrolle nutzte ich in diesem Zusammenhang als Bewältigungsstrategie.

Diese Episode soll einen Eindruck davon vermitteln, wie sich die Übernahme von Rollen im Rahmen einer teilnehmenden Beobachtung gestalten kann. Die blinden Flecken der Forscherin, die sie von ihrer Seite in die Interaktion einbringt, und Besonderheiten des untersuchten Kontextes sind nicht leicht voneinander zu trennen. Eine intensive Forschungssupervision ist unerlässlich. Bei der Reflexion des Erlebten können Erkenntnisse über das Untersuchungsfeld und über die eigene Person gewonnen werden. Auf diese Weise bildet das eigene Erleben den Schlüssel zum Verstehen der Vorgänge im Feld. Und so wird die Diskussion der Forschungsergebnisse zeigen, dass die „Professionalität als Bewältigungsstrategie“ nicht nur für mich persönlich von Bedeutung ist. Es handelt sich dabei um ein kontexttypisches Phänomen, das auch im Kontakt zwischen den BesucherInnen relevant ist.

### **3. Und was sagen die Experten?**

#### **Theoretische Annäherung an die Fragestellung**

##### **3.1 Chronizität – eine Herausforderung an die Gemeindepsychologie**

Schwerpunkt der reformpsychiatrischen Bestrebungen in den siebziger und achtziger Jahren war die Ausgestaltung der außerstationären Versorgung. Nicht zuletzt der langjährige Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik wurde unter dem Stichwort „Anstaltsartefakt“ (Ciompi 1980) dafür verantwortlich gemacht, dass psychische Störungen chronifizierten. So machten Sozialpsychiatrie und Gemeindepsychologie es sich zur Aufgabe, die Klinikaufenthalte zu verkürzen und den Betroffenen schnellstmöglich die Einbindung in ein unterstützendes soziales Umfeld zu ermöglichen. Doch trotz zunehmender Verwirklichung reformpsychiatrischer Projekte ging der Anteil chronischer PatientInnen nicht deutlich zurück und entwickelten sich auch neu auftretende Störungen, die von Anfang an gemeindenah behandelt wurden, zu

chronischen Krankheiten. Die große Zahl dieser so genannten „jungen chronisch psychisch Kranken“ (Hoffmann, Priebe, Proske u. Scheytt 1993) stellt auch heute noch eine besondere Herausforderung und ein ständiges Thema für die Gemeindepsychiatrie dar.

Es lassen sich verschiedene Sichtweisen auf das Problem der Chronizität ausmachen: Häufig wird Chronizität als ein Kompetenzdefizit – vor allem im Bereich der sozialen Kompetenzen – betrachtet, mit dem die Betroffenen, unterstützt durch die im Versorgungssystem Tätigen, umzugehen lernen müssen (Veltin 1990). Eine Balance herzustellen zwischen dem Wiedererlangen verlorener Fähigkeiten und dem gleichzeitigem Akzeptieren der Krankheit, ist das Ziel dieser Unterstützung. Daneben existieren Ansätze, die die subjektive Bedeutung der Erkrankung für die Betroffenen und ihre Umwelt betonen. So schildert Ciompi in eindrücklicher Weise, wie sich chronisch erkrankte Menschen häufig vehement gegen jeden Versuch von außen wehren, Verhaltensänderungen herbeizuführen (bzw. das Kompetenzdefizit zu vermindern). Er bezeichnet dies als psychosoziales Trägheitsprinzip (Ciompi 1994). Als krank bezeichnete Verhaltensweisen sind nach dieser Sichtweise für die betreffende Person funktional. Zaumseil beschreibt Chronizität als soziale Konstruktion, in welcher nicht nur die psychisch erkrankte Person, sondern auch Personen des sozialen Umfelds, Angehörige und professionelle MitarbeiterInnen, die gegenwärtige Situation gemeinsam konstituieren (Zaumseil 1995). Chronizität kann hierbei als ein Arrangement betrachtet werden, dass sich für alle Beteiligten im Laufe mehrerer Jahre als sinnvoll erwiesen hat.

Bei der Betrachtung und Analyse von Versorgungsangeboten für chronisch psychisch kranke Menschen ist es hilfreich, sich diese unterschiedlichen Sichtweisen zu vergegenwärtigen. Das oben erwähnte Beispiel zweier Männer, die sich hartnäckig weigern, beim Spiel miteinander zu kommunizieren, illustriert recht deutlich das von Ciompi erwähnte „Trägheitsprinzip“. Meine Absicht, zwischen den Männern eine Kommunikation anzuregen und ihre sozialen Kompetenzen zu fördern, wurde nicht von ihnen aufgenommen. Das Beispiel, in welchem ich die „Professionalität als Bewältigungsstrategie“ darstelle, zeigt darüber hinaus, wie sich Chronizität als soziales Arrangement konstituiert.

Die Verringerung des „Kompetenzdefizits“ sowie eine Beachtung bestehender Ressourcen bilden den Schwerpunkt bei der Gestaltung eines geeigneten Versorgungssystems für chronisch psychisch kranke Menschen. Die Einrichtungen der psychosozialen Versorgung sind damit beauftragt, Defizite der KlientInnen in verschiedenen Lebensbereichen zu verringern. Die Aufgaben der Versorgungsinstitutionen werden dabei in vier Funktionsbereiche gegliedert (Empfehlungen der Expertenkommission ..., 1988): 1. Therapeutische Behandlung, Pflege und Rehabilitation; 2. Wohnen; 3. Kontaktstiftung, Alltagsgestaltung, Tagesstrukturierung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft; 4. Arbeit und berufliche Bildung.



### 3.2 Das Konzept der KBS

Die Kontakt- und Beratungsstelle (KBS) bietet neben dem Angebot, das im Namen ausgedrückt ist, ihren BesucherInnen Tagesstrukturierung und Beschäftigung. Chronisch psychisch kranke Menschen leben häufig sozial sehr isoliert. Durch Gruppenarbeit, Gesprächsangebote und niedrigschwellige Kontaktangebote sollen diese Menschen erreicht werden. Regelmäßige Öffnungszeiten und Beschäftigungsangebote können ihnen helfen, einen Tagesrhythmus zu entwickeln und den Verlust beruflicher Tätigkeiten zu kompensieren. Weiterhin sollen Selbsthilfepotentiale gefördert werden, z. B. durch die Möglichkeit der Laienmitarbeit. Ergänzend können kulturelle Angebote gemacht werden.

Hoffmann, Priebe, Proske und Scheytt (1992) beschreiben die Arbeitsweise und Nutzung einer KBS. Für die AutorInnen sind die Bedürfnisse der BesucherInnen maßgeblich und deren aktive Mitgestaltung ist erwünscht. Die Beratung ist in die Öffnungszeit integriert und findet z. T. in großer Runde statt. Es werden keinerlei Akten über die BesucherInnen angelegt, Diagnosestellung und Therapie im herkömmlichen Sinne finden nicht statt. Auf die Einhaltung folgender Regeln wird dagegen sehr viel Wert gelegt: Kein Alkohol, keine Drogen, keine Gewalt. Die KBS ist ein Ort der Begegnung und des sozialen Lernens. Konflikte werden nicht simuliert, sondern sie treten in realen Situationen auf. Das niedrigschwellige Angebot hat oft Unverbindlichkeit zur Folge. Wann und ob sich tragfähige Beziehungen entwickeln, liegt in der Hand der BesucherInnen. Im Rahmen der KBS sind vielerlei Andersartigkeiten erlaubt, die an anderen Orten zum Ausschluss der betreffenden Person führen können. Negative Auswirkungen kann die KBS auf die BesucherInnen haben, in dem sie deren desolate Situation stabilisiert und Veränderungen verhindert. In akut psychotischen Phasen bietet sie zuwenig Struktur. Selbsthilfekonzepte zeigen sich in Form von Verabredungen und Aktivitäten der BesucherInnen außerhalb des Treffpunkts.

### 3.3 Soziale Kontakte zwischen Psychiatrieerfahrenen

Die sozialen Beziehungen Psychiatrieerfahrener sind vielfach untersucht worden (Angermeyer und Klusmann 1989) und eine Bandbreite verschiedener Beziehungsformen konnte beschrieben werden (Melcop 1997). Die Entwicklung einer „Empowerment-Kultur“ ist festzustellen, die Psychiatrieerfahrenen zunehmend Selbstbestimmung in den Beziehungen zu professionellen MitarbeiterInnen ermöglicht (Schürmann 1997). Hier erfahren sie Anerkennung, Zuverlässigkeit, Hilfe bei persönlichen Problemen und instrumentelle Unter-

stützung. Doch sind diese Beziehungsstrukturen meist asymmetrisch hinsichtlich des Austauschs von sozialer Unterstützung. Die Beziehungen zwischen Psychiatrieerfahrenen weisen dagegen eine gleichberechtigte Struktur auf und werden von den Betroffenen deshalb geschätzt (Haberfellner u. Rittmannberger 1995). Von Beziehungen zu Professionellen unterscheiden sich diese Kontakte insofern, als sie eher oberflächlich und kurzlebig sind und Unterstützung darin nur wenig erwartet wird. In Konfliktsituationen werden diese Beziehungen häufig abgebrochen. Nach Estroff (1985) verbindet Psychiatrieerfahrene das Wissen um Psychiatrieaufenthalte, Psychose und die eingenommenen Psychopharmaka. Die NutzerInnen einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung besitzen in vergleichbarem Ausmaß Kontrolle und Zugang zu Ressourcen wie Geld, Wohnraum und Arbeit, was die Gleichberechtigung dieser Beziehungen unterstreicht. Nicht selten entwickeln sich aufgrund dieser Gemeinsamkeiten Liebes- und Freundschaftsbeziehungen zwischen Psychiatrieerfahrenen. Doch oft werden die Beziehungen als uneffektiv und kraftlos eingeschätzt, um bei der Bewältigung von Lebensproblemen zu unterstützen. Die Betroffenen sehen sich und andere häufig nicht in der Lage, gegenseitig Vertrauen und Zuversicht zu vermitteln. Doch gerade weil sie andere Psychiatrieerfahrene als ebenso abhängig und inkompetent wahrnehmen wie sich selbst, scheinen diese adäquate Freunde zu sein, denn die Zufriedenheit über die Freundschaften zwischen Psychiatrieerfahrenen ist groß.

Welche Möglichkeiten zur gegenseitigen Selbsthilfe bieten diese Kontakte? Selbsthilfe und Empowerment entwickeln sich in Kontexten, die durch Gleichberechtigung gekennzeichnet sind (Koch u. Möhrle 1997) und in denen auf professionelle Interventionen weitgehend verzichtet wird (Stark 1998). Beide Voraussetzungen scheinen im Rahmen einer KBS gegeben zu sein, so dass in der vorgestellten Studie die Möglichkeiten aber auch Hindernisse zur Entwicklung von Empowerment und Selbsthilfe zwischen den BesucherInnen eine besondere Beachtung finden.

## **4. „Das geht so bei mir in Wellenform“ – Kernbegriffe aus den Untersuchungsergebnissen**

### **4.1 Wellen von Identifikation und Abgrenzung**

**D**ie Kontakte zwischen den BesucherInnen kommentierte ein Besucher mit diesen Worten:

„Das geht so bei mir in Wellenform, so dass ich also jetzt eher wieder zurückgezogen bin.“ (Herr D.)

Wellen von gegenseitiger Annäherung und Distanz prägen die Kontakte. Die Phänomene Identifikation und Abgrenzung kristallisierten sich zu einem frühen Zeitpunkt der qualitativen Datenauswertung als zentrale Kategorien im Sinne der Grounded Theory heraus (Strauss u. Corbin 1996). Ich definierte dies als hohes bzw. niedriges Maß subjektiv erlebter Gemeinsamkeit. Beides zeigte sich in einer Ausprägung, die für den Kontext der KBS typisch ist. Eine genauere Betrachtung dieser Phänomene bringt somit auch Besonderheiten der Einrichtung zutage. Die folgenden Darstellungen illustrieren die Wellenbewegung zwischen Identifikation und Abgrenzung:

## 4.2 Indirekter Kontakt und Unruhe

„Indirekten Kontakt“ konnte ich vor allem bei auffällig gestörten BesucherInnen beobachten: Ein Stichwort, das in einer Unterhaltung zwischen zwei BesucherInnen fällt, wird von einer dritten Person aufgegriffen, die mit dem Rücken zum Geschehen, scheinbar unbeteiligt, an einem anderem Tisch sitzt. Frei assoziierend werden von dieser dritten Person nun lautstark weitere Worte in den Raum geworfen, an niemanden adressiert, aber die Aufmerksamkeit vieler auf sich ziehend. Oftmals sind die Bezüge zum übrigen Geschehen in diesen Selbstgesprächen nicht mehr zu erkennen, so dass der „indirekte Kontakt“ nur noch als „in den Raum Sprechen“ wahrzunehmen ist. Für die Umgebung ist dieses „in den Raum Sprechen“ nicht immer eindeutig zu interpretieren. Während in manchen Fällen eine gezielte Nachfrage zu einem vertiefenden Gespräch führt, in dem gegenseitiges Verständnis gesucht wird, kann das „in den Raum Sprechen“ auch als demonstrative Verweigerung des Kontakts, als Abgrenzung, gedeutet werden. In diesem Sinne äußerte sich Frau K. in einem nicht-transkribierten Gespräch etwa so:

„Ich habe hier keine Kontakte, das sind doch alles Irre. Ich will mit normalen Leuten reden. Wenn ich hier rede, habe ich zu niemandem Kontakt, dann sage ich das so in den Raum hinein, zu niemand bestimmtem.“

Diese Beschreibung lässt bereits vermuten, dass im Treffpunkt häufig ein beachtlicher Lautstärkepegel herrscht. Und entsprechend wird in vielen Interviews Lautstärke und Unruhe als bedrohliches und störendes Kennzeichen der Einrichtung genannt. Nicht zuletzt diese „Unruhe“ führt dazu, dass sich einzelne Personen nur eingeschränkt mit der Gruppe der BesucherInnen identifizieren. Es kommt zur Cliquenbildung. Z. B. setzen sich einige Männer, die „Skatrunde“, mit Vorliebe an einen etwas abseits gelegenen Tisch, um der „Unruhe“ am „großen Tisch“ entgehen zu können. Die Identifikation mit der Kleingruppe hat eine Abgrenzung von anderen BesucherInnen zur Folge.

### 4.3 Einen Platz finden

Das Erleben von sozialer Isolation ist möglicherweise der entscheidende Anstoßgeber, um die KBS aufzusuchen. Die Erwartung, das Leiden an der Einsamkeit zu verringern, kann als Motor zur Identifikation mit den BesucherInnen betrachtet werden:

„Ja, die ganze Arbeit, die hier gemacht wird für uns, die ist wichtig, unheimlich wichtig. Denn man kann nicht den ganzen Tag zu Hause sitzen in seinen vier Wänden und dann stürzt die Decke über einem ein und das kann man nicht aushalten. Man kann nicht den ganzen Tag mit seinen Gedanken allein sein, das hält kein Mensch aus.“ (Frau A.)

Gemeinsames Merkmal der Menschen im Treffpunkt ist für Frau B., dass sie „eben irgend’nen Platz suchen, wo sie sein können.“ Durch die gemeinsame Suche entsteht Zugehörigkeit und starke Identifikation mit der Gruppe. Für Frau B. ist die KBS „vielleicht ‘n zweites Zuhause, sozusagen. Da ist man nicht alleine, man hat immer jemanden zum Spielen, zum Reden, zum einfach nur da sein. Man hat irgendwo seinen Platz.“

Frau B. sucht einen „Platz“, an dem sie ihren individuellen Bedürfnissen gerecht wird. Diese sind: eigene Fähigkeiten unter Beweis zu stellen, therapeutische Hilfe zu erhalten, in Krisenzeiten aufgenommen zu werden, „normale“ Rollenmuster zu erfüllen, „normale“ Tätigkeiten durchzuführen sowie der Wunsch, „einfach nur da sein“ zu können. Bei der Erfüllung dieser Bedürfnisse ist die subjektive Unterscheidung zweier Gruppen von Menschen im Treffpunkt hilfreich: „ganz Kranke“ sowie „Gesündere und Therapeuten“. Von „ganz Kranken“, von auffällig agierenden, lautstark und aggressiv auftretenden BesucherInnen, grenzt sich Frau B. ab: „Ich halt mich mehr so an die Gesünderen und Therapeuten.“

Der Interviewkontext legt die Interpretation nahe, dass Frau B. auffälligere BesucherInnen wie einen Spiegel erlebt und in bedrohlicher Weise an eigene psychische Probleme erinnert wird. Sie wird dadurch in ihrer Aktivität gehemmt und fühlt sich von zu starker Verrücktheit „überrollt“. Die Identifikation mit „Gesünderen und Therapeuten“ dagegen ermöglicht – zum Beispiel in herausfordernden Gesellschaftsspielen – ein Erleben von eigenen Fähigkeiten, Unterhaltung und therapeutische Unterstützung. Der Kontakt zu „gesünderen“ BesucherInnen erweist sich als sinnvoll, weil Frau B. in diesen Kontakten ein ausgewogenes Verhältnis von eigener Aktivität und Passivität erlebt. Sie muss sich nicht mit „sozusagen Normalen“ messen, mit denen sie andernorts „nicht mithalten kann“. Hilfeleistungen, die sie anderen BesucherInnen bietet, z. B. Unterstützung beim Briefeschreiben, haben den Charakter zweckbestimmter Tätigkeiten und können deshalb den Verlust einer beruflichen Tätigkeit teilweise ausgleichen. Das Erleben von Normalität gelingt im Treffpunkt in begrenztem Maße, zum Beispiel beim Besuch von Gruppenangeboten. Die

Wochentage bekommen eine Struktur. Doch Frau B. steht vor einem Dilemma, das zur oben genannten Wellenbewegung zwischen Identifikation und Abgrenzung führt: Sie befürchtet, auf diese Weise abhängig vom Treffpunkt zu werden und sich gerade dadurch der „normalen“ Welt zu stark zu entfremden: „Ich verliere den Zugang zu den sozusagen Normalen.“ Eine starke Integration in den sozialen Zusammenhang der KBS steht einer Integration in ein „normales“ Umfeld entgegen.

Dieses Beispiel zeigt, dass die Identifikation mit den BesucherInnen der Einrichtung an vielen Punkten sinnvoll ist, um der individuellen Bedürfnissituation gerecht zu werden. Doch die Zugehörigkeit zur Gruppe wirkt in der subjektiven Sicht auch bedrohlich, denn der Zugang zur „normalen“ Außenwelt wird Frau B. dadurch versperrt. Die Unterscheidung zwischen „ganz Kranken“ und „gesünderen“ BesucherInnen kann als ein Mittel verstanden werden, mit diesem Dilemma umzugehen.

## **5. Der Weg aus der Isolation – Kontextspezifische Herausforderungen an die BesucherInnen und deren Bedeutung für die Entwicklung von Selbsthilfe**

Nachdem im vorherigen Abschnitt veranschaulicht wurde, in welcher Form Identifikation und Abgrenzung zwischen den TreffpunktbesucherInnen stattfinden, möchte ich im folgenden Kapitel spezifische Auseinandersetzungen beschreiben, mit denen Psychiatrieerfahrene im untersuchten Kontext konfrontiert sind: die Diskussion um relevante Normen, die Verarbeitung der psychiatrischen Erfahrung und die Begegnung mit professionellen MitarbeiterInnen. Im ständigen Wechsel von Identifikation und Abgrenzung werden diese Herausforderungen angenommen. Die Entwicklung von Selbsthilfe und der Dialog zwischen Psychiatrieerfahrenen wird hierbei manchmal gefördert, bisweilen auch stark behindert.

### **5.1 Diskussion um relevante Normen**

Eine Erfahrung, die der KBS-Besuch für die Psychiatrieerfahrenen mit sich bringt, ist die Auseinandersetzung mit stigmatisierenden Zuschreibungen wie „verrückt“, „abweichend“ oder „unnormale“. In der KBS werden diese Diskussionen teilweise explizit, manchmal aber auch auf eine indirekte, sehr kontextspezifische Weise geführt. Derartige Normaushandlungen haben Konsequenzen.

zen für die sozialen Kontakte in der KBS. Frau B., die das Bedürfnis äußerte, „normale Rollenmuster zu erfüllen“, macht unterschiedliche Normen innerhalb und außerhalb der KBS aus:

„Irgendwie sind die sozusagen Gesunden nicht so offen, die haben andere Wertvorstellungen: Arbeit, Auto, Urlaub und so was. Und für unsereins sozusagen sind die Wertvorstellungen nicht mehr vorhanden, sondern sind so mehr nicht-materielle, sondern so menschliche Beziehungen wichtiger. Wir reden nicht davon, wie viel wir verdienen und was für'n tolles Auto wir fahren. Sondern eben so – ja, was für Freunde wir haben und mit wem wir schwimmen gehen oder so.“

Diese Zerrissenheit zwischen unterschiedlichen Wertsystemen hat Auswirkungen auf die Entwicklungsmöglichkeiten von Selbsthilfe unter den BesucherInnen: Ausgehend von den positiv bewerteten Gemeinsamkeiten kann sich Selbsthilfe unter den BesucherInnen bis zu einem gewissen Grad entwickeln. Im Falle von Frau B. ist diese Entwicklung nur eingeschränkt möglich, weil andere Aspekte ihres verinnerlichten Bildes von „Normalität“ (z. B. Berufstätigkeit, Familie, Weiterbildung) in diesen Kontakten nicht verwirklicht werden können.

Eine weitere für die Entwicklung von Identifikation relevante Norm bezieht sich auf die finanzielle Situation der BesucherInnen. Kennzeichnend für die Lebenssituation vieler Psychiatrieerfahrener ist Arbeitslosigkeit oder Berentung. Entsprechend ist die finanzielle Situation häufig unbefriedigend (Gruyters, Scheytt, Hoffmann u. Priebe 1997). Abweichungen von dieser Norm führen, wie das folgende Zitat zeigt, zu Konflikten innerhalb der Gruppe:

„[Mich stören] Leute, die versuchen, mich negativ herauszustellen, indem behauptet wird, dass ich zuviel Geld hätte.“ (Herr D.)

Auch um diese Abweichungen gering zu halten und die Identifikation zu verstärken, wird gegenseitige Unterstützung angeboten. Während meiner Aufenthalte im Treffpunkt konnte ich vielfach beobachten, wie zehn Mark Scheine unter BesucherInnen geradezu zirkulierten:

„Mit Geld [unterstütze ich manchmal Leute]. Einer kam heute, von dem verlangte jemand zehn Mark zurück. [...] Er sagt, er hat nichts, guckt ich nach, hat ich zehn Mark. Hab ich ihm die gegeben. Er hat sie dann dem gegeben, von dem er sie geliehen hatte, und so hab ich ihm ein bisschen geholfen. [...] Also, das fällt mir auch nicht schwer, von Geld trenn ich mich eigentlich leicht.“ (Herr E.)

## 5.2 Verarbeitung der psychiatrischen Erfahrung

KBS-BesucherInnen teilen die Erfahrungen der psychischen Störung, des Diagnostiziertwerdens und der Psychiatrieaufenthalte. Der Besuch der KBS ist deshalb sehr stark mit der Verarbeitung dieser Erfahrungen verknüpft. Verschiedene Aspekte dieser Auseinandersetzung konnten in den Interviews herausgearbeitet werden, die wiederum Einfluss auf die Entwicklung von

Selbsthilfe nehmen: Wertschätzung der Krankheitserfahrung, Dringlichkeit der Auseinandersetzung, Abwehr der Störung und Erfahrungswissen.

#### *Wertschätzung der Krankheitserfahrung*

Herr C. sucht den Treffpunkt auf, weil Psychiatrieerfahrenen hier ein Ausmaß an Wertschätzung entgegengebracht wird, welches ihnen im gesellschaftlichen Leben versagt ist:

„Da wird was für die Leute getan, die von anderen irgendwo schräg angeguckt werden.“

Gerade das Kriterium, gesellschaftlich ausgeschlossen zu sein, bringt in diesem Kontext wenn nicht Anerkennung, so doch wenigstens Zuwendung. Doch auch im Treffpunkt lassen sich die äußeren Normen nicht aussperren: Stark belastet fühlt sich Herr C. durch einen „Kampf der Kranken“, in dem diejenigen gewinnen, die „noch klarkommen“. Dieser Kampf spaltet die Gruppe. Ähnliches berichtet Frau A.:

„Ja, wenn die Krankheit kommt, dann ist man so'n bisschen isoliert [...] man wird doch so'n bisschen geschnitten.“

Wird der psychiatrischen Erfahrung wertschätzend begegnet, so fördert dieses die Identifikation mit der Gruppe und bildet eine Basis für Selbsthilfeaktivitäten.

Abwertende Erfahrungen dagegen führen zur Abgrenzung von anderen Betroffenen. Da beides in der KBS erlebt wird, ist das Verhältnis zu anderen BesucherInnen für Herrn C. ambivalent und Selbsthilfe nur begrenzt möglich.

#### *Dringlichkeit der Auseinandersetzung*

Wenn die psychopathologische Symptomatik und ihre Behandlung im subjektiven Erleben den Alltag der Betroffenen stark beeinflussen, hat die Auseinandersetzung mit der Störung eine besondere Dringlichkeit. Sie ist ein aktuelles, lebensbestimmendes Thema. Im Gespräch mit Herrn D. wird erkennbar, dass eine solche Dringlichkeit im Zusammenhang steht mit der Identifikation mit anderen BesucherInnen:

„Als es noch mehr von Klinik bestimmt war und stärkeren Symptomen, da waren denn noch andere Rücksichtnahmen da, und da gab's denn eben darüber mehr zu erzählen.“ (Herr D.)

Ist die Dringlichkeit zur Auseinandersetzung hoch, fördert sie den Dialog zwischen Betroffenen und bildet eine Basis für Selbsthilfe. Umgekehrt hat ein Rückgang der Symptomatik und damit der Dringlichkeit (sei es durch Genesung, sei es durch die Entwicklung einer „Negativ-Symptomatik“) auch einen Rückzug von anderen BesucherInnen zur Folge.

*Abwehr der Störung*

Doch selbst dann (und vielleicht sogar gerade dann), wenn die Dringlichkeit sehr hoch ist, kann die psychische Problematik abgewehrt werden, wie Frau B. berichtet:

„Ich wollte immer, dass es gewissermaßen geheilt würde. Irgendwelche Medikamente und Gespräche kriegen, damit's weg ist, vergessen.“

Das Interview mit Frau B. zeigt, dass sich dieser Umgang mit der psychischen Störung im sozialen Kontakt mit anderen BesucherInnen spiegelt. Auffälliges, störendes Verhalten anderer BesucherInnen erlebt Frau B. bedrohlich und sie grenzt sich von diesen ab. Abwehr der Störung und Abwehr von Kontakt hängen zusammen. Die Entwicklung von Selbsthilfe ist in diesem Fall behindert.

*Erfahrungswissen über psychische Störungen*

Im Wechselspiel von Abwehr und Akzeptieren der Krankheit erweitert sich das persönliche Erfahrungswissen über die psychische Störung und damit die Möglichkeit, Verständnis für das Verhalten und Erleben anderer BesucherInnen zu entwickeln. Das gemeinsame Wissen ist eine wichtige Basis der Identifikation.

„Wir kennen unsere Krankheit so. Jeder hat sie zwar ein bisschen anders, aber im Grunde ist es ja doch, dass man Verständnis bekommt bei den gleichkranken Leuten. Hier fühlt man so eine Gemeinschaft, so ein Dazugehörigkeitsgefühl [...] Der Mensch ist doch ein Herdentier.“ (Frau A.)

Dagegen kommt es zur Abgrenzung, wenn das Verhalten anderer BesucherInnen unverständlich erscheint:

„Da hab ich's also auch bei mir erlebt, dass es (...) mit dem Lachen [anderer Besucher] so'n komisches Verhältnis war, dass es, wenn es so von Ferne kam, zwei Stühle weiter sagen wir mal, das zum Teil gewirkt hat wie ein Auslachen, (...) dass man nicht so recht wusste, wie das einzuordnen war. Das war etwas fremd mit dem Lachen.“ (Herr D.)

### **5.3 Begegnungen mit professionellen MitarbeiterInnen**

*Unterstützungskompetenz als Privileg der MitarbeiterInnen*

Das Bild, welches die BesucherInnen von den professionellen MitarbeiterInnen entwickelt haben, und die Erwartungen, die sie ihnen entgegenbringen, wirken sich auch auf die Kontakte zwischen den BesucherInnen aus. Oftmals wird MitarbeiterInnen mit einer hohen Erwartungshaltung bezüglich ihrer Unterstützungskompetenz begegnet. Der Treffpunkt stellt für viele BesucherInnen einen Schutzraum dar, den sie sehr schätzen. Den Störungen durch einzelne Personen (z. B. durch Lautstärke, Alkohol, Gewalttätigkeit) muss



deshalb immer wieder Einhalt geboten werden. Dies wird als Aufgabe der MitarbeiterInnen betrachtet:

„Zum Beispiel, wenn jemand Fremder kommt in einer Zeit, wo hier nur eine Gruppe zugelassen ist, also dann würde es mir schwer fallen, die 'rauszuwerfen, aber die Betreuer, die machen das dann so auf sanfte Art.“ (Herr E.)

Nicht nur im Fall von Störungen werden an die MitarbeiterInnen der KBS hohe Erwartungen gestellt. Ein weiteres Zitat von Herrn E. zeigt, wie umfassend diese Ansprüche sein können:

„Manchmal kam [ein Besucher], da hat mich schon geärgert, dass der so in Fahrt war, dass er die ganze Person der Betreuerin für sich in Anspruch genommen hat für seine persönlichen Sachen. Und da fühlte ich mich dann von der Betreuerin vernachlässigt.“

Herr E. erwartet von der Betreuerin Aufmerksamkeit. Sie soll ihn wahrnehmen und ihre Zuwendung gerecht verteilen. Diese Erwartungshaltung ist möglicherweise auch für die MitarbeiterInnen der Einrichtung funktional, wie meine anfangs beschriebene Erfahrung mit dem Lexikon lesenden jungen Mann zeigt. Die dort aufgezeigte „Professionalität als Bewältigungsstrategie“ ist komplementär zur Erwartungshaltung der BesucherInnen. Dieses Arrangement zwischen BesucherInnen und MitarbeiterInnen behindert eine Auseinandersetzung zwischen den BesucherInnen. Anstatt Forderungen oder Bedürfnisse gegenüber anderen BesucherInnen zu äußern, richtet sich die Aufmerksamkeit auf die MitarbeiterInnen. Ich verstehe dies als Zeichen der Abgrenzung.

Das Beispiel von Frau A. zeigt, dass dieses Arrangement besonders angesichts drohender finanzieller Kürzungen funktional (geworden) ist:

„Wenn wir diese Einrichtung nicht hätten, dann wären einige schon lange wieder ins Krankenhaus gekommen. (...) Das haben wir auch in einem Schreiben erwähnt, das zur [politisch verantwortlichen Instanz] gekommen ist, dass diese Einrichtung nur für uns bleibt.“ [...] „Nein, die [BesucherInnen] haben keine Geduld sich [den Ärger] anzuhören, und die haben auch nicht die fachmännische Beratung.“

Frau A. betont mehrfach die Kompetenz der MitarbeiterInnen und die Bedürftigkeit der BesucherInnen. Die Vorstellung, dass BesucherInnen sich unabhängig vom institutionellen Angebot gegenseitig unterstützen könnten, erscheint ihr abwegig. Selbsthilfe innerhalb der BesucherInnengruppe würde die Notwendigkeit der Einrichtung in Frage stellen und wird deshalb abgelehnt. Auch Frau A. befindet sich bezüglich der Beziehungen zu anderen BesucherInnen in einem Dilemma: Das Beratungsangebot der Institution ermöglicht im Falle von Frau A. eine Identifikation mit der BesucherInnengruppe auf der Basis der gemeinsamen Bedürftigkeit. Abgrenzung wird dagegen erforderlich, wenn die Entwicklung von Selbsthilfe den Zugang zu therapeutischer Hilfe überflüssig machen und somit gefährden könnte.

*MitarbeiterInnen als Vorbild für Abgrenzungsfähigkeit*

Scheinbar konträr ist das Bild, das Herr C. von den MitarbeiterInnen gewonnen hat. Er hat die Anfangsjahre des Treffpunkts miterlebt und erinnert sich, dass das Konzept früher „’n bisschen offener war als jetzt“ und meint damit, dass mehr Nähe zwischen BesucherInnen und MitarbeiterInnen zu spüren war. Möglicherweise wies das ursprüngliche Konzept auch weniger hierarchische Strukturen und einen stärkeren emanzipatorischen Charakter auf. Doch die Distanz wächst. Er zeigt Enttäuschung darüber, dass die MitarbeiterInnen sich abgrenzen, hat seine Erwartungen jedoch im Laufe der Zeit reduziert. Herr C. spricht davon, „dass man halt eben auch als Sozialarbeiter irgendwo ’ne Distanz zum Klienten aufbauen muss.“ Doch dies führt nicht, wie man vermuten könnte, zu einer stärkeren Identifikation mit anderen BesucherInnen. Herr C., der selbst einen sozialen Beruf erlernt hat, identifiziert sich mit den MitarbeiterInnen. Der Treffpunkt bietet ihm die Möglichkeit, (zumindest imaginär) zwischen der Rolle des Besuchers und der des Mitarbeiters zu springen:

„Ja, das ist ja jetzt das Ambivalente. Bin ich jetzt bei Besuchern oder bei Mitarbeitern?“

Ähnlich wie ich als teilnehmende Beobachterin nutzt auch Herr C. die Möglichkeit, sich durch Berufung auf die MitarbeiterInnenrolle abzugrenzen, wenn der Kontakt zu anderen BesucherInnen eine zu starke Belastung für ihn darstellt. Die Orientierung an den MitarbeiterInnen dient Herrn C. als Beispiel für die Abgrenzung von anderen BesucherInnen.

## 6. Diskussion der Ergebnisse

### 6.1 Raum für die Wellenbewegung

Der Wechsel von Identifikation und Abgrenzung und deren Erscheinungsformen konnten als zentrales Ergebnis der Untersuchung beschrieben werden. Identifikation und Abgrenzung sind integraler Bestandteil jeglicher Entwicklung und Identitätsbildung. Aus psychoanalytischer Sicht (Mentzos 1992) sind diese Phänomene vor allem im Bereich der schizophrenen Störungen, von denen viele der BesucherInnen betroffen sind, bedeutungsvoll. Man geht davon aus, dass mit der Schizophrenie Schwierigkeiten in der Subjekt-Objekt-Differenzierung einhergehen. Eigenes und fremdes Erleben sicher zu trennen, fällt schizophrenen Menschen schwer. Besonders für sie ist ein Raum wichtig, der ihnen sowohl die Möglichkeit zum entspannten Verwei-

len am Rande des sozialen Geschehens, zum „positiven Rückzug“ (Corin 1994) gibt als auch zur angstfreien Annäherung an andere Menschen. In der vorliegenden Untersuchung wurde deutlich, dass die KBS eine Struktur besitzt, die diese Wellenbewegung ermöglicht.

## 6.2 Das Dilemma der psychischen Krankheit

Doch es zeigte sich auch, dass der Besuch der KBS mit Konflikten verbunden ist. Obwohl das gemeinsame Merkmal der psychischen Krankheit aus der Sicht der interviewten Personen eine entscheidende Basis zur Identifikation bietet, begründet es auch immer wieder die Abgrenzung und behindert Selbsthilfe:

In der Sichtweise Frau A.'s wird „Bedürftigkeit“ als Gemeinsamkeit zwischen den BesucherInnen betont. Die KBS ermöglicht auf dieser Basis das Erleben von Zugehörigkeit und professioneller Unterstützung. Frau A. ist davon überzeugt, dass BesucherInnen zu gegenseitiger Unterstützung nicht fähig sind. Diese Überzeugung ist im Zusammenhang mit drohenden finanziellen Kürzungen funktional und wird deshalb verstärkt, behindert aber zugleich die Entwicklung von Selbsthilfe.

Frau B. verwirklicht im Kontakt mit „Gesünderen und Therapeuten“ verschiedene Aspekte eines für sie „normalen“ Lebens. Doch wenn sie die Abweichung von der Norm als Gemeinsamkeit vor Augen hat, wirkt die Gruppenzugehörigkeit auf sie bedrohlich. Selbsthilfe wird erschwert, weil die Erfüllung individuell relevanter Normen im Kreis der BesucherInnen nur begrenzt möglich ist.

Bedürftigkeit und Normabweichung als Aspekte des Merkmals „psychisch krank“ führen die BesucherInnen deshalb in ein Dilemma, das auch als Frage formuliert werden kann: Wie kann ich Hilfe finden, hier – unter den Hilflosen? Wie kann ich normal sein, hier – unter den Unnormalen? Gemeinsame Selbsthilfeaktivitäten erscheinen unter dem Vorzeichen der psychischen Krankheit paradox.

Einen möglichen Ausweg aus dem Dilemma zeigt Frau B. auf, in dem sie positiv bewertete Gemeinsamkeiten im Kontakt zwischen den BesucherInnen ins Blickfeld rückt. Ähnliches wird in Selbsthilfegruppen wie der „Irren-offensive“ oder bei den „Stimmenhörern“ praktiziert. Die psychische Krankheit wird hier als gemeinsame Erfahrung betrachtet. Verständnis und Kompetenz der anderen Betroffenen werden als wertvoll eingeschätzt.

Einen Blick für gemeinsame Kompetenzen und positiv bewertete Gemeinsamkeiten zu bekommen, geschieht jedoch nicht von heute auf morgen. Einmal angestoßen, mag dieser Prozess zwar seine Eigendynamik entfalten (Empowerment fördert Empowerment!), doch was kann zum Anstoß führen? Folgt man Rappaport, so kann die Entwicklung von Empowerment nicht allein Sache der

Betroffenen sein (Rappaport 1985). Frau K. äußerte, sie komme in den Treffpunkt, um mit „normalen“ Leuten zu reden, nicht mit „Irren“. Frau B. wünscht einen „Zugang zur „Normalität“. Diese Äußerungen sind wörtlich zu nehmen: Mit der Psychiatrie-Enquete wurde die Begegnung gesunder Mitbürger und ehemaliger oder ambulanter Psychiatriepatienten mit Hilfe von Patientenclubs angestrebt. Nicht zuletzt durch meine Erfahrungen in der beschriebenen KBS habe ich den Eindruck gewonnen, dass solche Begegnungen ein verändertes Verständnis von „psychischer Krankheit und Gesundheit“ ermöglichen. Stigmatisierende Zuschreibungen können aufgelöst werden.

Dass gerade der Dialog mit „Beruflichen“ – die für „gesund“ gehalten werden – für viele Psychiatrieerfahrene eine Brücke zum Empowerment sein kann, zeigt die Studie von Koch und Möhrle (1997). Und es ist vorstellbar, dass aus diesen Begegnungen die Entwicklung gemeinsamer Perspektiven erwachsen kann. Das Konzept der Laienmitarbeit, wie es beispielsweise in der Soteria praktiziert wird, stellt einen solchen Versuch dar (Aebi, Ciompi u. Hansen 1993), ebenso die Idee des Psychoseseminars (Bock, Deranders u. Esterer 1995, vgl. auch den Beitrag von Herrmann, Partenfeller, Raabe, Riedel und Ruszetzki in diesem Heft).

Soll die Begegnung von psychisch „gesunden“ und „kranken“ Menschen gefördert werden, so muss jede der Gruppen einen Anreiz haben, die gemeindepsychiatrische Einrichtung aufzusuchen. Für mich bestand der Grund nicht zuletzt darin, meine Diplomarbeit durchzuführen. Andere suchen dort Beratung, Unterhaltung oder eine Arbeitsstelle. Welche Angebote könnte die KBS den „sozusagen Normalen“ (nicht nur professionellen MitarbeiterInnen) machen, um zu einem wirklichen Treffpunkt der Gemeinde zu werden? Und welche „normalen“ Kontexte stehen Psychiatrieerfahrenen heute offen, die häufig keinen Zugang zum ersten Arbeitsmarkt und zu kostspieligen Freizeitangeboten haben? Je ausdifferenzierter das psychosoziale Angebot sich gestaltet, umso schwieriger scheinen die natürlichen Räume zu finden zu sein, in denen psychisch belastete und „gesunde“ Menschen einander begegnen können. Kreative Ideen sind hier gefragt, denn je geringer die Hemmschwelle im Kontakt zwischen „normalen“ und „gestörten“ Menschen ist, umso gewinnbringender und respektvoller können auch die Begegnungen zwischen den Betroffenen sein.

### **6.3 Paradoxien eröffnen neue Wege – Die Rolle der MitarbeiterInnen aus Sicht der Befragten**

Betrachtet man die Rolle der MitarbeiterInnen aus der Sicht der BesucherInnen, so scheinen die Professionellen in der KBS vor ein Dilemma anderer Natur gestellt zu sein: Von Seiten der BesucherInnen wird ihnen einerseits die

Erwartung entgegengebracht, uneingeschränkte Aufmerksamkeit zu geben und bei Störungen zu intervenieren. Auseinandersetzungen zwischen den BesucherInnen werden dadurch behindert. Wenn sie sich dagegen von den Erwartungen der BesucherInnen abgrenzen, dienen sie zugleich als Vorbild für Abgrenzung auch zwischen den BesucherInnen. So scheint es, dass die MitarbeiterInnen, gleich ob sie sich zuwenden oder abgrenzen, die Kontakte zwischen den BesucherInnen behindern. Wie können sie sich verhalten, um Selbsthilfe unter den BesucherInnen zu fördern?

Abgrenzung der MitarbeiterInnen ist für die Betroffenen nicht leicht zu akzeptieren. Abgrenzung kann auch den Charakter einer Strafe oder persönlicher Ablehnung besitzen. Wird die Abgrenzung der Professionellen von den BesucherInnen als Ablehnung interpretiert, so fördert sie auch unter den Betroffenen die Distanzierung. Doch Abgrenzung ist gerade dann erforderlich, wenn man „an die persönlichen Grenzen gestoßen ist“. So bezeichnet „Abgrenzungsfähigkeit“ paradoxerweise die besondere Kompetenz, die Grenzen der eigenen Möglichkeiten zu erkennen. Diese Grenzen offen zu legen, ist für MitarbeiterInnen im psychosozialen Bereich nicht immer leicht. Häufig droht Stellenabbau. Die Qualität des psychosozialen Angebots soll gesichert werden. Unsicherheiten haben hier wenig Platz. Und auch für die Psychiatrieerfahrenen, die all ihre Hoffnungen in die ExpertInnen gesetzt haben, ist deren begrenzte Fähigkeit schwer zu akzeptieren und wird möglicherweise als Kränkung erlebt.

In der Reflexion meiner eigenen Rolle als Forscherin konnte ich das Phänomen der „Professionalität als Bewältigung“ entdecken. In einer Situation, in der ich meine fachliche Kompetenz in Frage gestellt sah, hatte ich den Impuls, mich fürsorgend einem anderen Besucher zuzuwenden, um mein eigenes Unterstützungsbedürfnis zu kompensieren. Ich war an die Grenzen meiner Professionalität gestoßen, doch anstatt dies zu zeigen, wandte ich mich einer anderen Facette professioneller Tätigkeit zu.

Möglicherweise eröffnet gerade die begrenzte Kompetenz der ExpertInnen den Betroffenen einen Raum, eigene Kompetenzen zu benennen. Ich plädiere nicht dafür, professionelle Hilfe, die gegeben werden könnte, aus pädagogischen Gründen zu verweigern. Doch vermutlich können Fähigkeiten unter Betroffenen besser benannt werden, wenn die professionellen MitarbeiterInnen die Begrenztheit ihrer Möglichkeiten nicht verbergen, sondern offen zeigen. Diese Grenzen können als Chance verstanden werden, den Blick zu öffnen für vorhandene Kompetenzen der Psychiatrieerfahrenen.

Und so möchte ich abschließend an die besondere Fähigkeit von Herrn C. erinnern, mit den angebotenen Rollenmustern in der KBS kreativ umzugehen, sie geradezu spielerisch umzukehren. Dieses Verhalten irritiert, verführt möglicherweise zur Unterstellung von Wahrnehmungsstörungen. Doch es entspricht seinem persönlichen Motto, wie er „'nen schlechten Zustand“ bewältigt:

„Wenn es jetzt so ist, dann versuch's zum Beispiel rumzudrehen. Alle Leutchen fangen an sich zu ärgern, wenn's anfängt zu regnen und dann sag dir doch mal, det is'n schönes Zeichen.“

## Literatur

- Aebi, Elisabeth, Luc Ciompi und Hartwig Hansen (Hg.) (1993): *Soteria im Gespräch. Über eine alternative Schizophreniebehandlung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Angermeyer, Matthias C. u. Dietrich Klusmann (Hg.) (1989): *Soziales Netzwerk – Ein neues Konzept für die Psychiatrie*. Berlin: Springer-Verlag.
- Bock, Thomas, J. E. Deranders, Ingeborg Esterer (1995): *Stimmenreich – Mitteilungen über den Wahnsinn*; München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Brinkmann, Corinna (1997): „Das geht so bei mir in Wellenform.“ – Die Bedeutung gegenseitiger sozialer Kontakte für die BesucherInnen einer psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle. Berlin: Diplomarbeit an der Freien Universität Berlin im Fach Psychologie.
- Ciompi, Luc (1980): Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? Argumente und Gegenargumente. *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 48, 237–248.
- Ciompi, Luc (1994): *Affektlogik: Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung; ein Beitrag zur Schizophrenieforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Corin, Ellen (1997): Die Dichte des Seins: Intentionale Welten, Identitätsstrategien und die Erfahrung von Personen mit der Diagnose Schizophrenie. In Matthias C. Angermeyer u. Manfred Zaumseil (Hg.), *Ver-rückte Entwürfe – Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Devereux, Georges (1984): *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesrepublik zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie. Bonn, 1988.
- Estroff, Sue E. (1985): *Making it crazy – An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley and Los Angeles, California, USA: University of California Press.
- Gruyters, L., Dieter Scheytt, C. Hoffmann u. S. Priebe (1997): Psychosoziale Charakteristika und Sichtweisen von Besuchern in Tagesstätten und in Kontakt- und Beratungsstellen. *Der Nervenarzt*, 68 (3), 251–258.
- Haberfellner, Egon Michael u. Hans Rittmannberger (1995): Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung psychisch Kranker – Eine Netzwerkuntersuchung. *Psychiatrische Praxis*, 22, 145–149.
- Hoffmann, Karin, S. Priebe, B. Proske u. Dieter Scheytt (1992): Eine psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle in Berlin – Arbeitsweise und Nutzung. *Spektrum* 3/1992, 106–114.
- Koch, G. u. Simone Möhrle (1997): Empowermentprozesse bei Psychiatrie-Erfahrenen: Eine Betrachtung aus ökologischer Perspektive. Berlin: Diplomarbeit an der Freien Universität Berlin, Studiengang Psychologie.
- Lamnek, Siegfried (1989): *Qualitative Sozialforschung Band 2: Methoden und Techniken*. München: Psychologie Verlags Union.

- Melcop, Nikolaus (1997): Eine lebensgeschichtliche Betrachtung sozialer Beziehungen bei psychisch Kranken. In Manfred Zaumseil u. Klaus Leferink (Hg.), Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mentzos, Stavros (Hg.) (1992): Psychose und Konflikt. Zur Theorie und Praxis der analytischen Psychotherapie psychischer Störungen. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Rappaport, Julian (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 2/85, 257–278.
- Schürmann, Ingeborg (1997): Beziehungen zwischen Langzeitnutzern und Professionellen im Kontext der Moderne. In Manfred Zaumseil u. Klaus Leferink (Hg.), Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Stark, Wolfgang (1998): Prävention und Empowerment. In Georg Hörmann u. Wilhelm Körner (Hg.), Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch. Eschborn bei Frankfurt/Main: Verlag Dietmar Klotz (2. Aufl.).
- Strauss, Anselm u. Juliet Corbin (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Veltin, Alexander (1990): Die Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen. In Achim Thom u. Erich Wulff (Hg.), Psychiatrie im Wandel. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Zaumseil, Manfred (1995): Möglichkeiten sozialkonstruktivistischer Forschung am Beispiel eines gemeindepsychiatrischen Forschungsprojekts. In Bernd Röhrle u. Gerd Sommer (Hg.), Gemeindepsychologie: Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Zaumseil, Manfred u. Klaus Leferink (Hg.) (1997): Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Dipl.-Psych. Corinna Brinkmann, Florastr. 27, D-13187 Berlin.  
E-Mail: cori.brinkmann@web.de

Geb. 1971 in Detmold; Psychologiestudium an der Universität Trier und an der FU-Berlin, Diplom 1998.

Einzelfallhelferin im sozialpsychiatrischen Dienst: aufsuchende Beratung, Förderung sozialer Kompetenzen, Alltags- und Krisenbegleitung von erwachsenen Menschen mit psychischen Problemen und psychiatrischen Erfahrungen

Manuskriptendfassung eingegangen am 12. Mai 2004.