

Ein richtiges Leben im Falschen kann es nicht geben

Wollschläger, Martin

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wollschläger, M. (2003). Ein richtiges Leben im Falschen kann es nicht geben. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 27(1), 45-56. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-19314>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Martin Wollschläger

Ein richtiges Leben im Falschen kann es nicht geben

**Warum Reformen vieles verbessern, aber selten zu wirklich neuen
Qualitäten führen: Ein reflexiver Erfahrungsbericht¹**

Die Zeiten, in denen ökonomische und gesellschaftliche Widersprüche sich in Brüchen realer Lebenswelten schmerzlich manifestierten und dafür sorgten, dass sie Protestpotential mit radikalen theoretischen Entwürfen und Handlungskonzepten hervorbrachten, sind, so scheint es, vorbei. Die meisten der 68er Polit- und Psychiatrieprotagonisten befinden sich bereits im Ruhestand oder kurz davor. Nicht wenige sind auf ihrem Marsch durch die Institutionen an deren Schalthebeln angekommen und haben diese in unterschiedlicher Weise und mit unterschiedlichem Erfolg bedient. Immerhin haben die hartnäckigsten von ihnen gegen nicht unerhebliche Widerstände psychiatrische Anstaltsmauern abgetragen, Langzeitabteilungen aufgelöst, geschlossene Stationen dauerhaft geöffnet und, in wenigen Fällen, alte Großkliniken (Kloster Blankenburg und Merzig) aufgelöst (Bührig, 2001; Schmidt, 2001). Sie haben in den Institutionen die gemischt-professionelle Teamarbeit entweder eingeführt oder entscheidend weiterentwickelt, und damit die bekannte Berufsgruppenkonkurrenz reduziert oder gar abgeschafft. Dadurch wurde eine wichtige Grundlage für eine basisdemokratische antihierarchische und damit bislang unbekannte therapeutische Arbeitssituation, die noch dazu den Vorteil starker Patientenzentriertheit hatte, geschaffen.

Dieser Prozess bezeichnete eine deutliche Humanisierung bis dahin geübter psychiatrischer Behandlungspraxis. Psychologen hatten in diesem Prozess eine wichtige Rolle gespielt als Experten für Kommunikation und Vertreter anderer, zum Beispiel salutogenetischer Diagnose und Therapiekonzepte. Das salutogenetische Konzept geht von den gesunden und kräftigen Anteilen in uns aus, im Gegensatz zum pathogenetischen, welches

sich in erster Linie dem Kranken, Schwachen und Defizitären zuwendet. In der Medizin steht auch heute noch die pathogenetische Perspektive im Vordergrund, während psychologische und sozialwissenschaftliche Ansätze traditionell Stärken, Möglichkeiten und Ressourcen als Aktivposten der Patienten erschließen und diese mit dem Patienten für die Therapie nutzbar machen. Beide Perspektiven in angemessener Weise miteinander zu verbinden, zeichnet zielführende Behandlungs- und Rehabilitationskonzepte aus.

Die Zeit der 70er und 80er Jahre bot den Psychologen trotz damals fehlender heilkundlicher Gleichstellung mit den Ärzten relativ gute Möglichkeiten, da Reformdruck und Ärztemangel die Träger psychiatrischer Einrichtungen zwangen, vermehrt auf Psychologen als Arztersatz zurückzugreifen (Wollschläger, 1996). Auf diesem Hintergrund geschah zweierlei: (1) Um die Psychologen zu halten (die Psychiatrie war seinerzeit keinesfalls ein von Psychologen besonders begehrtes Arbeitsfeld), wurden ihnen in aller Regel unbefristete und nicht selten beamtete Arbeitsverträge angeboten. (2) Diese Situation bot den Psychologen eine hohe Arbeitsplatzsicherheit einerseits, band sie aber auch andererseits stark in diverse Loyalitäten gegenüber der institutionellen Psychiatrie ein.

Die unter diesen Voraussetzungen ausgeübte Berufstätigkeit führte hier, wie woanders unter ähnlichen Bedingungen auch, mittel- und langfristig zur festen Einbindung der Psychologen in das psychiatrische und damit medizinisch-institutionelle System. Kritisches Potential wurde in diesem Prozess absorbiert und, soweit für den Fortbestand der Institution unbedenklich oder gar förderlich (Modernisierung!), integriert. All zu kritische Geister gerieten an den Rand oder wurden ausgegrenzt. Nicht wenige verließen die Kliniken, weil sie existenzielle und strukturelle Konflikte nicht mehr für aushaltbar und in der Sache nicht mehr für lösbar hielten.

Peter Brückner hat dieses Problem in den 80er Jahren so auf den Punkt gebracht: »Eine Bewährungsprobe für linke Moral ist, wie und ob es einem gelingt, Widersprüche auszuhalten und zu schlichten: ohne Kapitulation, aber auch ohne Verzicht auf differenzierendes Bewusstsein« (Brückner, 1984). Bei denen, die gegangen sind, blieb für mich die Frage offen, an welchem Ort sie der Psychiatriereform dienlicher gewesen wären, draußen

oder drinnen. Meine eigenen und mir berichtete Erfahrungen zeigen, dass professionelle und institutionelle Deformationen jeden von uns erreichen. Wie schnell dies schon in den ersten Berufsjahren trotz kritischer Grundhaltung geschehen kann, habe ich selbst erlebt. Nachdem ich, nach Überwindung innerer Widerstände, in der Lage war, ärztliche Entlassbriefe zu verfassen, geschah nach meinem Wechsel von der Münsteraner in die Gütersloher Klinik folgendes: Meine ersten Entlassbriefe in Gütersloh bekam ich von Klaus Dörner zurück mit der Bemerkung: »Zu medizinisch!«. Ich brauche nicht weiter auszuführen, dass der dann folgende Umlernprozess ohne innere Widerstände und von mir kreativ bewältigt werden konnte.

In der Gütersloher Klinik fanden psychologisch basierte therapeutische Konzepte bereits in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts durch Hermann Simon Eingang, mit seiner besonderen Betonung der Wichtigkeit von Interaktionen über gemeinsames Tun (Arbeitstherapie) zwischen Patienten aber auch zwischen Patienten und Mitarbeitern (Simon, 1929). Mit Winkler wurde ab Mitte der 60er Jahre das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft in unsere Klinik eingeführt. Auch dieses eminent psychologischer Herkunft (Kayser, 1973). Da unsere Berufsgruppe im Anwendungsbereich Psychiatrie nach wie vor eine junge ist, kann über ihr Wirken erst ab Mitte der 60er Jahre etwas gesagt werden. Erste schriftliche Konzepte bzgl. ihres Selbstverständnisses und ihrer fachlichen Positionen und Aufgabenfelder sind ab 1969 nachweisbar. Im Jahre 1971 verfasste der Verband der Krankenhauspsychologen im LWL (Landschaftsverband Westfalen-Lippe) bereits ein programmatisches und selbstbewusst formuliertes Konzept mit dem Titel: »Die Rolle des Psychologen im psychiatrischen Krankenhaus«. Zum Zeitpunkt der Psychiatrieenquête 1975 zeigten Psychologen bereits ein erkennbares psychologisches Profil, welches sich deutlich von medizinisch-psychiatrischen Sichtweisen abhob. Dies bezog sich sowohl auf die Bereiche von Diagnostik und Therapie, aber auch auf den, wie wir heute sagen, »lebendigen Organismus Krankenhaus«.

Es traten also organisationspsychologische Überlegungen hinzu: für gleichberechtigt zusammenarbeitende multiprofessionelle Teams und flache Hierarchien wurde argumentiert. Konstruktive und transparente Konfliktbearbeitung und der Vorrang klientenzentrierten Arbeitens wurde

gefordert. All dies war bereits im Konzept der 70er Jahre niedergelegt (Wollschläger, 1996). Auch Krankheit in ihrem Sinn und Bedeutungsgehalt nicht lediglich als zu behebenden Defekt zu begreifen, wurde von Psychologen in die Fachdebatte eingebracht. Es ging darum, Patienten in ihren komplexen Seins-Zusammenhängen anzunehmen und sich in eine Begegnung, unter Wahrung professionellen Standards, einzulassen. Diese ganzheitliche, nicht auf Pathologie und Symptomatik zentrierte Herangehensweise darf als eine philosophisch-psychologisch basierte bezeichnet werden. Damit ist eine Rückbindung und Einfügung des zu eng geführten und daher einseitig-gefährlichen, medizinischen Krankheitsdiskurses in komplexe Sinn- und Seinsfragen, und damit auch in das Gesellschaftliche und Politische, gemeint.

Aus eigenem Erleben und aus Kollegenberichten ist festzustellen, dass die Umsetzung psychologischer Grundhaltungen und Konzepte am weitgehendsten gelingen konnte in psychiatrischen Einrichtungen mit erklärtermaßen reformerischen, d.h. sozialpsychiatrischen Behandlungsansätzen. Natürlich verlief auch in diesen die Zusammenarbeit nicht reibungslos, aber mit gemeinsamen Grundkonzepten und bei konstruktiver Streitkultur war schnell zu produktiven Ergebnissen zu kommen. Die weithin üblichen ständisch-hierarchischen Konflikte zwischen Ärzten und den anderen Mitarbeitern blieben in den Reformeinrichtungen weitgehend bedeutungslos. Im Gegenteil: In unserer Klinik schickte Klaus Dörner die jungen Ärzte explizit zu Krankenpflegern, Psychologen und Sozialarbeitern in die Lehre. Vollends auf den Kopf (oder eben doch auf die Füße?!) stellte er die Krankenhaushierarchie in seinem programmatischen Artikel: »Brief an einen Anfänger in der Psychiatrie oder: Das Krankenhaus gehört den Schwestern und Pflegern« (Dörner, 1982). In diesem fiktiven Brief erteilt Dörner akademischen Berufsanfängern in der Psychiatrie Ratschläge für einen guten Einstieg und diverse Lektionen zu Themen wie Bedeutung von Kopf- und Handarbeit, Hierarchien und gemischt-professionelle Teamarbeit.

In der täglichen Arbeit prägten wir, die langjährig tätigen Pfleger, Sozialarbeiter und Psychologen, die therapeutische Kultur auf den Stationen und in den Abteilungen und gaben somit die allgemeine Richtung vor. Durchreisende Ärzte, und durchreisend waren die meisten, weil ihr Ausbil-

dungscurriculum das Kennenlernen verschiedener Abteilungen erforderte, waren stets willkommen, und besonders dann, wenn sie sich als lern- und kommunikationswillig erwiesen. Von ihnen eingebrachte Fachlichkeit in Form neuer Ideen und Konzepte wurde immer auf dem Hintergrund von ethischer und anwendungspraktischer Relevanz diskutiert und geprüft und, entsprechend dem Ergebnis, in die therapeutische Arbeit einbezogen oder darauf verzichtet.

Viele Psychologen meiner Ausbildungsgeneration (1970–1980) waren im Studium noch politisiert durch die Ausläufer der Studentenbewegung. Wir hatten gelernt, nichts mehr als a priori gegeben und undiskutiert zu übernehmen. Das Hinterfragen aller Inhalte und Formen, der Diskurs und damit die Kritik des Bestehenden kennzeichnete die geistig-intellektuelle und fachliche Grundhaltung. Kein Wunder, dass nicht wenige von uns in der Psychiatrie landeten! Denn in ihr bündelten sich in den 60er und 70er Jahren die Widersprüche des medizinischen Versorgungssystems auf die eindrucklichste, bizarrste und schlimmste Weise. Psychiatrie bot sich damit geradezu an als vordringliches Feld für radikale Lösungen (Auflösungen), aber auch für Reformen.

Ich selbst durchlief den Prozess vom Anhänger radikaler Lösungen zum Reformier, immer geerdet (vielleicht auch angepasst und deformiert), in meiner täglichen und fürwahr widersprüchlichen klinischen Praxis in der Gütersloher Klinik. Auf diese Weise lernte ich, dass auch im kleinen Kosmos einer Klinik radikale Lösungen nur gelingen können und ethisch vertretbar sind, wenn sie mehrheitlich, d.h. demokratisch von den Beteiligten gewollt sind und von ihnen, in Hinsicht jedweder Konsequenzen, getragen werden können. Dies zu erreichen war schon bei den von uns hier durchgeführten Reformen oft schwierig genug und stand nicht selten auf des Messers Schneide.

Die Grundlagen des klinisch-psychologischen Handwerks waren im Studium erworben, jedoch geschah ihr Erwerb auf dem Hintergrund einer skeptisch-hinterfragenden Grundhaltung: Wem nützt der Einsatz beispielsweise von Testdiagnostik? Sind ihre objektiven Verfahren wirklich objektiv? Bedeuten ihre Ergebnisse wirklich einen seriösen Erkenntnisgewinn, oder tragen sie zur Stigmatisierung der Untersuchten bei?

Das 1978 erstmals erschienene Buch »Testtheorie – Testpraxis« von Siegfried Grubitzsch und Günter Rexilius bündelte seinerzeit die testkritische Fachdiskussion. Schon im Studium an der Psychiatrie interessierte Psychologen absolvierten in der Regel mehr als die drei von der Prüfungsordnung geforderten Pflichtseminare und Vorlesungen in der medizinischen Fakultät. Die Kritik an der Psychiatrie fand jedoch vor allem in der Soziologie, aber auch in den verschiedenen Varianten Kritischer Psychologie statt: Klaus Holzkamp und Kollegen, Grubitzsch & Rexilius und Kollegen mit ihrem Zeitschriftenprojekt »Psychologie & Gesellschaftskritik« gehörten ebenso dazu wie Peter Brückner, aber auch dissidente Psychoanalytiker wie zum Beispiel der Freiburger Johannes Cremerius und die Züricher ethno-psychoanalytische Schule um Paul Parin. Alle gemeinsam verband die Auffassung, dass Psychiatrie und Psychologie als Wissenschaften nicht objektiv und wertfrei seien und schon gar nicht in dieser Weise zur Anwendung gebracht werden können. Vielmehr seien sie aufs engste in bestehende gesellschaftliche Systeme verwoben und würden damit implizit wie explizit gesellschaftspolitisch in Dienst genommen. Die Postulate von Wertfreiheit und Objektivität waren somit als Mythos entlarvt. Wir als kritische Psychologen arbeiteten also auf der Grundlage eines Menschen- und Weltbildes, welches den bestehenden Verhältnissen kritisch und skeptisch gegenüberstand. Folgerichtig sahen wir in eben diesen Verhältnissen, in ihren Widersprüchen und Ungerechtigkeiten wesentliche Ursachen für die Entstehung individuell erlebten psychischen Leids.

So war es ebenso folgerichtig, psychopathologische Symptomatik vor diesem Hintergrund zu begreifen, und daher wie auch immer definierten ursächlich ansetzenden Therapien, im Gegensatz zur rein symptomatischen, den Vorzug zu geben. Von der ab 1970 sich entwickelnden sozialpsychiatrischen Bewegung fühlten sich daher vor allem Ärzte, Psychologen, Pädagogen und Soziologen und Sozialarbeiter angesprochen, denen an der Erweiterung des Psychiatriediskurses um das Gesellschaftliche und Politische gelegen war. Sie gingen in die Kliniken, und so entstanden die multiprofessionellen Behandlungsteams in Einrichtungen, deren Leitungen sich der sozialpsychiatrischen Reform verschrieben hatten. Damit nun auch das kreative Potential aller Professionellen wirklich erschlossen wer-

den konnte, bedurfte es des Abbaus der ärztlichen Hierarchien. Dies gelang in den verschiedenen Einrichtungen in unterschiedlichem Ausmaß (Wollschläger, 2001a). Diskutierten und arbeiteten nach innen Gleiche unter Gleichen, so blieb doch nach außen der Chefarzt letztverantwortlich und Ansprechpartner für Justiz, Verwaltung und Kostenträger.

Einen der gravierendsten Mängel der sozialpsychiatrischen Reformbewegung sehe ich darin, dass ihre Konzepte und Methoden nicht in neue, erweiterte gesundheitspolitische Rechtsnormen umgesetzt wurden. Der Arzt als rechtliche Schlüsselfigur sollte unangetastet bleiben, was den Kräften der zurzeit laufenden psychiatrischen Gegenreformation die Arbeit ungeheuer erleichtert. Unter der Flagge von Sachzwängen, geltender Gesetze, knapper Ressourcen und Qualitätssicherung kehrt seit Mitte der 90er Jahre die »alte Ordnung« zurück. Fachliche Kompetenz wird wieder aufgespalten und verschiedenen Berufsgruppen zugeordnet mit der klaren und altbekannten Hierarchisierung: Mit seiner Schlüsselrolle ist der Arzt wieder alleiniger Herr über das gesamte diagnostisch-therapeutische Verfahren und entscheidet damit über den Einsatz erforderlicher Mittel sowie ein-zubeziehender Hilfspersonen.

In einem Fachgespräch brachte dies ein Oberarzt in folgender Weise auf den Punkt: »Fragen ärztlicher Diagnostik und Therapie sind nicht verhandelbar; sie können und dürfen nicht Gegenstand demokratischer Prozeduren sein!«. Mit Rückkehr dieser Denkstrukturen kehrt folgerichtig der Glaube an die Wertfreiheit und Objektivität versprechende akademische Wissensproduktion zurück und mit ihr der ebenso unerschütterliche Glaube an die objektive Wirksamkeit diagnostischer und therapeutischer Methoden. Bei den Psychiatern betrifft dies vor allem den Einsatz von Medikamenten und anderer somatischer Therapiemethoden, bei den Psychologen diagnostische Messinstrumente und empirisch abgesicherte Psychotherapiemanuale. Psychologiepraktikanten berichten mir seit vielen Jahren übereinstimmend und unabhängig von der jeweiligen Universität, dass das Kritisch-Diskursive in der Lehre des Fachs völlig fehle und an seine Stelle ein empirisch-naturwissenschaftlicher Ansatz getreten sei.

Auch in der Psychologie habe heutzutage alles Konjunktur, was mit dem Vorsatzbezeichnungen »Bio« und »Neuro« versehen ist. Gesellschafts-

wissenschaftliche oder gar philosophische Bezüge oder gar Rückbindungen würden nicht gelehrt und seien daher auch weitgehend unbekannt. So hat bereits eine früher spannungsreiche, aber doch über weite Strecken produktive Co-Existenz zwischen Psychiatrie und Psychologie begonnen, sich zu einer eher problematischen Konvergenz zu entwickeln, deren gemeinsame Grundlage zunehmend das naturwissenschaftliche und empiristische Messideal ist. Philosophisch und ethisch geankerte psychologische Ansätze werden in diesem Prozess nicht mehr wirksam. Diesen wird, wenn überhaupt, allenfalls die Funktion eines legitimatorischen Feigenblatts zuteil, so, wie wir dies seit Jahren in der laufenden Medizin- und Bioethikdebatte erleben.

Thesen

(1) In Gütersloh wurde die psychiatrische Langzeitabteilung in den Jahren 1980 bis 1996 komplett aufgelöst. Die entlassenen Patienten leben in ihren Herkunftsgemeinden und im Kreis Gütersloh in eigenen Wohnungen oder Wohngemeinschaften, und nicht in Heimen oder ähnlichen Einrichtungen. Die Auflösung dieser Abteilung war ein langwieriger und mühevoller Prozess, der nur durch das Zusammenwirken aller Berufsgruppen, der Kommunalpolitik, der Angehörigen und der Psychiatrieerfahrenen möglich war. Dieses Projekt konnte nur als sozialpsychiatrisches gelingen (Dörner, 2001).

(2) Psychologen gehören einer verhältnismäßig jungen Wissenschaft an, deren heilkundliche Sparte, die klinische Psychologie, eine noch kürzere Professionalisierung aufweist und eine nennenswerte Bedeutung erst nach 1945 gewann. Als Fach nimmt die Psychologie eine Zwischenstellung zwischen Geistes- und Gesellschaftswissenschaften einerseits und Naturwissenschaften andererseits ein. Beide Sachverhalte haben eher dazu beigetragen, dass die Herausbildung eines originellen und damit eigenständigen Profils bisher lediglich in Ansätzen möglich war. Ihre im Vergleich mit den Ärzten sehr geringe Anzahl in Einrichtungen des Gesundheitswesens machte sie unter dem Druck der größeren und mächtigeren Berufsgruppe

der Ärzte verständlicherweise für Deformationen und für freundliche und weniger freundliche Vereinnahmungen anfällig.

(3) Die Sozialpsychiatrie hat den größten Anteil daran, dass die elenden und menschenunwürdigen Zustände in der deutschen Psychiatrie – es ist zu hoffen mittlerweile überall – als überwunden gelten dürfen. Psychologen konnten Wichtiges dazu beitragen, wenn man sie ließ. Ihr Beitrag lag vor allem in der Einbringung des Normalpsychologischen und der Ressourcenorientierung in den weithin eher defizitorientierten diagnostisch-therapeutischen Diskurs.

(4) Es sieht so aus, als ob sozialpsychiatrische Neuerungen, soweit sie von der biologistischen Schulpsychiatrie als kompatibel eingeschätzt werden, von ihr integriert und absorbiert werden: Ressourcenaktivierung, Empowerment, Selbsthilfegruppenbewegung und Trialog gehören dazu. Dass auch das bio-psycho-soziale Modell, aber schon jetzt mit der deutlichen Betonung auf Bio, dazugehört, ist in Psychiaterkreisen bereits ein Allgemeinplatz. Biologistische Schulpsychiatrie hat sich modernisiert, indem sie sich das ihr brauchbar erscheinende Element sozialpsychiatrischer Therapeutik einverleibte, ohne deren Grundannahme und deren Menschenbild zu übernehmen (Wollschläger, 2001b).

(5) Ohne Zweifel: Die Verhältnisse in der deutschen Psychiatrie sind heute andere und bessere als vor der Psychiatrie-Enquete von 1975. Neben der Weiterentwicklung diagnostisch-therapeutischer Methoden und Strategien hat Sozialpsychiatrie vor allem dazu beigetragen, dass sich die Patienten aus der Rolle passiver Behandlungsobjekte in die von selbstbewussteren und aktiveren Behandlungssubjekten befreien konnten. Doch, es ist erst der halbe Weg zurückgelegt. Die Hauptaufgabe der klinischen Psychologie besteht meines Erachtens nicht darin, sich dem herrschenden naturwissenschaftlichen Zeitgeist weiter anzupassen. Gerade der Mainstream braucht ein starkes Gegengewicht, um ihn und uns vor den Gefahren, die aus Verengung und damit Verengung resultieren, zu schützen. Wir benötigen nicht ein Mehr desselben, sondern die Differenz, das Komplementäre; nicht Einfalt, sondern facettenreiche Vielfalt ist gefordert. Dabei fällt einer

kritischen, klinischen Psychologie die Aufgabe zu, ihre philosophische, gesellschafts- und sozialwissenschaftliche Rückbindung zu stärken. Nur so wird es möglich sein, das unbedingt notwendige Gegengewicht in die andere Waagschale zu bringen und damit die Voraussetzung für einen vor zu einfachen Wahrheiten geschützten Diskurs zu schaffen.

(6) Dem »richtigen Leben«, so wie ich es verstehe, kommen wir erst näher, wenn nicht mehr Tauschwertqualitäten und ubiquitäre Entfremdung die Menschen gegeneinander und gegen die Natur treiben, sondern Solidarität und Achtsamkeit sie global miteinander verbinden. Solange wir lokal und global in die andere Richtung laufen, halte ich es für ethisch geboten, das zähe Ringen um reformerische Verbesserungen fortzuführen. Denn wirklich neue Qualitäten sind auch für die Psychiatrie im »falschen Leben«, in dem wir sind, kaum zu erreichen.

Epilog

Es gibt keinen Anlass, positiv oder gar optimistisch zu enden. Es sei denn, man gehört zu den Unverbesserlichen, den Überzeugungskern und -tättern, hält also am Gesellschaftlichen und Politischen unseres Fachs fest. Biologistisch verkürzte Theorie- und Therapiekonzepte haben in der Psychiatrie bereits weithin die alleinige Definitionsmacht zurückerobert und dabei bekannte Hierarchie- und Spezialisierungskonzepte eingeführt.

Soweit ich das erkennen kann, hat sich vor allem die Klinische Psychologie aus ihrer fruchtbaren Zwischenstellung zwischen Geistes- und Naturwissenschaften gelöst. Sie will, so sieht es aus, endlich exakte Naturwissenschaft werden! Mit dieser Richtungsentscheidung kappt sie die philosophischen und geisteswissenschaftlichen Wurzeln ihrer Herkunft und verkümmert so zwangsläufig zu einer schmalbrüstigen Naturwissenschaftlichkeit. Schließlich läuft sie Gefahr, als Hilfswissenschaft und psychologischer Faktenproduzent unter medizinisch-psychiatrischer Federführung zu enden.

Nicht mehr desselben, sondern das Einbringen der anderen Facette, des differenten Sehens und Verstehens, der unbedingt notwendigen Ergän-

zungen und damit erst sichtbar werdenden Ganzheitlichkeiten ist gefordert. Gelingt dies nicht, bleibt Fragmentierung und sich wertfrei deuchendes, und damit tendenziell gefährliches Spezialistentum.

► Anmerkungen

- 1 Der Autor ist seit 22 Jahren als Psychotherapeut in der klinisch-psychiatrischen Praxis tätig. Gleichwohl hat er es immer unternommen, sein praktisches Denken und Handeln theoretischen Diskursen zuzuführen. Denn er ist nach wie vor fest von der produktiven Kraft überzeugt, die immer wieder aus der Dialektik von Theorie und Praxis entsteht. So versucht er auf dem Hintergrund eines psychiatriezeitgeschichtlichen Exkurses Entwicklungslinien klinischer Psychologie im Anwendungsfeld Psychiatrie aufzuzeigen. Er tut dies als selbst in diese Entwicklung involviertes, professionelles Subjekt.

► Literatur

Brückner, Peter (1984). Vom unversöhnlichen Frieden – Aufsatz zur politischen Kultur und Moral. Berlin: Argument.

Bundesminister für Jugend, Familie u. Gesundheit (BMJFG) (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BDR. BT-Drucksache 7/4200. Bonn.

Bührig, Martin (2001). Zentralkrankenhaus Bremen-Ost: Vom psychiatrischen Zentrum zur Abteilungs- und Sektorsversorgung. In: Wollschläger, M. (Hrsg.) (2001c) S. 155–161.

Dörner, Klaus (1982). Brief an einen Anfänger in der Psychiatrie oder: Das Krankenhaus gehört den Schwestern und Pflegern. In: Putzke, M. u.a. (Hrsg.) (1982) S. 12–24.

Dörner, Klaus (Hrsg.) (2001). Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie Neumünster. Gütersloh: Jacob van Hoddis / Paranus.

Grubitzsch, Siegfried (1991). Testtheorie – Testpraxis (überarbeitete und erweiterte Neuauflage). Reinbek: Rowohlt.

Grubitzsch, Siegfried; Rexilius, Günter (1978). Testtheorie – Testpraxis. Reinbek: Rowohlt.

Holzkamp, Klaus (1985). Grundlegung der Psychologie, Frankfurt a.M.: Campus.

Kayser, H. et al. (1973). Gruppenarbeit in der Psychiatrie: Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft. Stuttgart: Thieme.

Putzke, Michael u.a. (Hrsg.) (1982). Das Handwerk oder die Kunst der Pflege, Bonn: Psychiatrieverlag.

Schmidt, Lothar R. (2001). Auflösung des Landeskrankenhauses Merzig und Öffnung aller psychiatrischen Stationen: Die Sicht eines Psychologen. In: Wollschläger, M. (Hrsg.) (2001c) S. 135–115.

Simon, Hermann (1929). Aktivere Krankenhausbehandlung in der Irrenanstalt. Berlin (hier: Nachdruck 1986, Bonn: Psychiatrieverlag).

Wollschläger, Martin, (1996). Das Berufsbild des Psychologen in der psychiatrischen Klinik. Tübingen: DGVT.

Wollschläger, Martin (2001a). Die Westfälische Klinik Gütersloh: Vom psychiatrischen Großkrankenhaus zur gemeindepsychiatrischen Klinik. In: Wollschläger, M. (Hrsg.) (2001c) S. 121–135.

Wollschläger, Martin (2001b). Vorwort. In: Wollschläger, M. (Hrsg.) (2001c) S. 13–15.

Wollschläger, Martin (Hrsg.) (2001c). Sozialpsychiatrie, Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven. Tübingen: DGVT.