
DIE ROLLE DER SOZIALEN ARBEIT IM PSYCHIATRISCHEN HANDLUNGSFELD: *POSITIONEN UND DISKURSE*



Die Rolle der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Handlungsfeld:

Positionen und Diskurse

Bachelorarbeit von: Manuel Riederer

Studienbeginn: Februar 2015

An der: FHS St. Gallen
Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Studienrichtung Soziale Arbeit (SP)

Begleitet von: Prof. Dr. Peter Schallberger
Dozent und Professor, Studienbereich Soziale Arbeit

Für den vorliegenden Inhalt ist ausschliesslich der Autor verantwortlich.

St. Gallen, 09. Oktober 2018

Inhaltsverzeichnis

Abstract	5
Einleitung	8
1. Zur Geschichte der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie	10
1.1 Anfänge der Psychiatrie	10
1.2 19. Jahrhundert – Anstaltswesen und reformpsychiatrische Ansätze	10
1.3 Erste Hälfte des 20. Jahrhunderts	12
1.4 Reformen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts	14
2. Soziale Arbeit im psychiatrischen Bereich heute	16
2.1 Angebotsspektrum der Sozialen Arbeit	16
2.2 Klinische Sozialarbeit	18
3. Diskussionsstränge zur Sozialen Arbeit im psychiatrischen Handlungsfeld	20
3.1 Strang A: Hermeneutisch geprägter Ansatz – Alltags- und Lebensweltorientierung	21
3.1.1 Grundannahmen und Ansätze	21
3.1.2 Ziel, Rolle und Aufgaben	23
3.1.3 Ausblick und Entwicklungsbedarf	25
3.2 Strang B: Besserstellung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie	28
3.2.1 Grundannahmen und Ansätze	28
3.2.2 Ziel, Rolle und Aufgaben	32
3.2.3 Ausblick und Entwicklungsbedarf	34
3.3 Strang C: Psychiatriekritische und antipsychiatrisch geprägte Ansätze	38
3.3.1 Grundannahmen und Ansätze	38
3.3.2 Ziel, Rolle und Aufgaben	41
3.3.3 Ausblick und Entwicklungsbedarf	43
4. Resümee	44
4.1 Zusammenfassen der Unterschiede und Gemeinsamkeiten	44
4.2 Persönliche Einschätzung des aktuellen Diskurses	46

Literaturverzeichnis	49
Quellenverzeichnis	51
Abbildungsverzeichnis	52
Einverständniserklärung	53

Abstract

Ausgangslage:

Die Soziale Arbeit ist Bestandteil des psychiatrischen Systems. Dies lässt sich anhand diverser Stellen in Psychiatrien, Tagesstätten für psychisch beeinträchtigte Personen oder anderen psychosozialen Diensten und Einrichtungen, welche durch professionelle Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, aber auch Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen besetzt sind, feststellen. Dadurch drängt sich die Frage auf, wo die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in diesem, vor allem medizinisch, psychologisch und psychiatrisch geprägten Feld, liegt. Verschiedene Beiträge und Forschungen zu diesem Thema legen nahe, dass unterschiedliche Ansichten zur Rolle der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Handlungsfeld bestehen, welche wiederum an unterschiedliche Forderungen geknüpft sind.

Ziel:

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, eine Ordnung in diese verschiedenen Ansichten, was das Ziel, die Rolle und der Entwicklungsbedarf der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Handlungsfeld betrifft, zu schaffen. Es wird also angestrebt, aktuelle Beiträge zum Diskurs um die Rolle der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld der Psychiatrie zusammenzufassen, um so eine Ordnung herzustellen. Letztendlich sollen daraus drei verschiedene Stränge entstehen, welche diverse Beiträge vereinen, die sich auf dieselben Grundannahmen und Forderungen für die Soziale Arbeit berufen. Anhand eines Vergleichs der Stränge soll am Ende der Arbeit erreicht werden, dass Unterschiede und Gemeinsamkeiten der jeweiligen Ansätze ersichtlich werden.

Vorgehen:

Die Einleitung, welche zum einen an das Thema heranführt, indem die in der Arbeit zitierten Autoren kurz eingeführt werden, liefert zum anderen erste Abgrenzungen und Hinweise zu im Text verwendeten Begriffen. Nach der Einleitung erfolgt der Einstieg in den ersten von drei Teilen der Bachelorarbeit.

Das erste Kapitel Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der Geschichte der Psychiatrie und verweist parallel dazu auf historische Aspekte der Sozialen Arbeit. Unter Einbezug verschiedener Literatur wird dieses Kapitel in vier, zeitlich aufeinanderfolgende Unterkapitel

aufgeteilt. Der Fokus liegt dabei auf Entwicklungen in Mitteleuropa, England und den USA innerhalb der letzten 250 Jahre.

Das zweite Kapitel schliesst direkt am ersten an, indem die heutige Situation der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Handlungsfeld untersucht wird. Dabei wird das Spektrum von sozialarbeiterischen und sozialpädagogischen Hilfeangeboten aufgezeigt. In einem weiteren Unterkapitel wird die Klinische Soziale Arbeit erläutert.

Kapitel drei stellt den Hauptteil der Bachelorarbeit dar. Es werden drei verschiedene Diskussionsstränge dargestellt, welche verschiedene Blickwinkel zur Rolle der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld Psychiatrie zeigen. In diesen drei Strängen werden verschiedene fachliche Beiträge zusammengetragen und anhand der drei Kategorien *Grundannahmen und Ansätze, Ziel, Rolle und Aufgaben* und als letztes *Ausblick und Entwicklungsbedarf*, erläutert. Der erste Strang widmet sich einem hermeneutisch, auf die Lebenswelt und den Alltag orientierten Ansatz. Im zweiten Strang werden Literatur und Beiträge untersucht, die eine Besserstellung der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Kontext durch eine Professionalisierung anstreben und dem Konzept der Integration und Lebensführung nahe sind. Der dritte, abschliessende Strang zeigt psychiatriekritische und antipsychiatrisch geprägte Veröffentlichungen, darunter eine Konzeption einer antipsychiatrischen Einrichtung.

Das vierte Kapitel zeigt ein Resümee, welches einerseits den Hauptteil der Arbeit noch einmal zusammenfasst und zugleich die wichtigsten Unterschiede und auch Gemeinsamkeiten der drei Stränge zeigt. Im zweiten Teil des Resümees folgt eine Einschätzung des momentanen Diskussionsstandes durch den Autor. Somit wird die Arbeit durch ein persönliches Fazit des Autors beendet.

Erkenntnisse:

Die Erkenntnisse der vorliegenden Bachelorarbeit ergeben sich vor allem aus den drei Strängen und dem darauffolgenden Resümee, in welchem der Autor eine Einschätzung zu ebendiesen drei Strängen in Bezug auf die Praxis der Sozialen Arbeit vornimmt.

Es wird ersichtlich, dass der Autor Strang B, welcher eine Engführung der Sozialen Arbeit überwinden will, als bedeutendsten betrachtet. Aufgrund aktueller Forschungen und Literatur, welche sich mit diesem Strang unter dem Begriff der *Klinischen Sozialen Arbeit* – gerade auch in der Schweiz – auseinandersetzt, wird hier ein grosses Potential für die Soziale Arbeit erkennbar. Weiter zeigen aktuelle, fachliche Erkenntnisse auf, dass die soziale Dimension psychischer Krankheiten zu wenig berücksichtigt wird, was durch Strang B scharf kritisiert wird. Hier kann die Soziale Arbeit sich professionell – mit Hilfe von neuen Instrumenten, welche die soziale Dimension besser in den Blick nehmen – einbringen.

Strang B betitelt genau das als die Rolle der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie – die Hauptverantwortung für die soziokulturelle Dimension in einer ebenbürtigen, interprofessionellen Zusammenarbeit.

Der hermeneutische, auf die Lebensweltorientierung gestützte Strang A hat durchaus seine Berechtigung. Wohl auch deshalb, weil er in der Praxis oft anzutreffen ist und Strang B einige Grundsätze mit ihm teilt. Jedoch wird hier weniger eine Besserstellung der Sozialen Arbeit angestrebt. Strang A sieht die Rolle der Sozialen Arbeit darin – innerhalb der gegebenen Möglichkeiten und Diagnosesysteme der Psychiatrie – die Klientel, anhand lebenswelt- und alltagsorientierter Sozialer Arbeit, zu unterstützen, damit diese ihren Alltag möglichst selbstständig und gelingend meistern können.

Strang C zeigt psychiatriekritisch- bis antipsychiatrische Ansätze. Dieser Strang ist in der Praxis und Fachliteratur weniger präsent als die Stränge A und B, weshalb wohl auch seine Relevanz für die Praxis Sozialer Arbeit am wenigsten bedeutend ist. Auf einen zweiten Blick werden jedoch, was die Rolle der Sozialen Arbeit angeht, auch Gemeinsamkeiten deutlich, welche dieser Strang mit den Strängen A und B teilt. Dies betrifft einen Grossteil der Zuständigkeiten der Sozialen Arbeit in der Praxis, beispielsweise die Abdeckung einer Grundversorgung, die (Re)Integration anhand sozialer Kontakte oder Unterstützungsleistungen in administrativen Themen. In Grundhaltungsfragen sind die Positionen jedoch wohl zu extrem, um eine Mehrheit der in der Sozialen Arbeit Tätigen für sich zu gewinnen.

Literaturquellen:

Brückner, Burkhard. (2016). Geschichte der psychiatrischen Sozialarbeit in Deutschland im 20. Jahrhundert – ein Überblick. In Dörr, Margret (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit*. (S. 21-32). Hohengehren: Schneider Verlag.

Konzeption Weglaufhaus. (2010). Konzeption der Kriseneinrichtung Weglaufhaus „Villa Stöckli“. Berlin: Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V..

Obert, Klaus. (2016). Alltags- und Lebenswelt orientiertes Sozialpsychiatrisches Handeln aus Sicht der Sozialen Arbeit. In Dörr, Margret (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit*. (S. 49-64). Hohengehren: Schneider Verlag.

Staub-Bernasconi, Silvia, et al.*. (2012). Soziale Arbeit und Psychiatrie. *Positionspapier zum professionellen Beitrag der Sozialen Arbeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich*. Gefunden am 28.08.2018 unter

https://www.pukzh.ch/default/assets/File/Positionspapier%20Soziale%20Arbeit_14_11_2014.pdf

Einleitung

Dadurch, dass ich in einem Dorf aufgewachsen bin, in welchem sich eine psychiatrische Einrichtung befindet und dadurch, dass auch innerhalb meiner Familie lange Zeit jemand in ebendieser als Pflegefachperson angestellt war, kam ich schon früh mit dem Thema Psychiatrie in Berührung. Dies war bestimmt auch ein Grund für meine Motivation, die hier vorliegende Bachelorarbeit in diesem Themenbereich zu schreiben. Soziale Arbeit definiert sich laut Berufskodex dahingehend, dass sie den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen und die Ermächtigung und Befreiung von Individuen fördert. Dies mit dem Ziel, das Wohlergehen der einzelnen Menschen zu stärken (vgl. AvenirSocial, 2010, S. 8).

Doch was bedeutet dies für das Handlungsfeld der Psychiatrie? Wo sind die Grenzen, was ist die Rolle der Sozialen Arbeit? Dies waren Fragen, welche ich mir stellte und mit welchen ich mich im Rahmen meiner Arbeit befassen wollte. Schnell wurde mir jedoch klar, dass ich wohl keine einheitliche, abschliessende Antworten auf diese Fragen finden würde. Aufgrund dieser Diversität – und Dank einem Input meiner Begleitperson – wollte ich mich weiter eben gerade diesem Umstand widmen. So arbeitete ich mein Ziel aus, die verschiedenen Positionen und den Diskurs um die Rolle der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Bereich abzubilden.

Um dem Zusammenhang zwischen der Psychiatrie und der Sozialen Arbeit gerecht zu werden, wird in einem ersten Teil meiner Bachelorarbeit anhand einiger wichtigen Daten und Personen die Geschichte der Psychiatrie aufgenommen und durch die Geschichte der Sozialen Arbeit ergänzt. Fokus liegt dabei vor allem auf dem Europäischen Raum und den USA, bezogen auf die Zeit von 1800 bis ins heutige Jahrhundert. Dies geschieht anhand verschiedener Beiträge von Becker und Krumm, Brückner, sowie Clausen und Eichenbrenner, welche sich alle mit der Geschichte der Psychiatrie auseinandersetzen. Das Thema Antipsychiatrie wird anhand eines Beitrages von Stephan Quensel behandelt.

Darauf folgt ein kurzes Kapitel zur heutigen Situation, in welchem einerseits aufgezeigt werden soll, wo Soziale Arbeit heute im psychiatrischen Bereich überall angesprochen wird und andererseits die Klinische Soziale Arbeit genauer betrachtet wird, welche heute einen Grossteil Sozialer Arbeit im psychiatrischen Handlungsfeld ausmacht. Hier werden zum Spektrum der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie Beiträge von Sommerfeld und Rügger und zur Klinischen Sozialen Arbeit von Homfeldt, Gahleitner, sowie Pauls und Mühlum verwendet.

Aus der verschiedenen Literatur, mit welcher ich mich befasst habe, wurden im Hauptteil der Arbeit einige Beiträge exemplarisch zu sogenannten Strängen A, B, beziehungsweise C

zusammengefasst, welche jeweils eine Position im Diskurs darstellen. Im Strang A befasste ich mich mit Literatur von Margret Dörr und Klaus Obert, welche eine hermeneutische, auf die Lebenswelt und den Alltag gerichtete Sichtweise vertreten. Strang B beschäftigt sich mit der Besserstellung der Sozialen Arbeit im psychiatrischen System und nimmt vor allem Beiträge einer Gruppe rund um Staub-Bernasconi, aber auch von Sommerfeld, Rüeegger, Dällenbach und Hollenstein auf. Im letzten Strang wird ein psychiatriekritisch- bis antipsychiatrischer Ansatz präsentiert, welcher sich zum einen an der Konzeption des Berliner Weglaufhauses Villa Stöckle orientiert, weiter aber auch einen Beitrag von Thilo von Trotha und eine soziologische Perspektive von Dellwing und Harbusch beinhaltet.

Diese drei Stränge werden jeweils anhand der selben drei Kategorien untersucht, um einen Vergleich zu ermöglichen. Dies stellte sich als mal einfacher, mal schwieriger heraus. Ab und an musste ich zwischen den Zeilen suchen, um dann beispielsweise die Grundsätze oder die Forderungen an die Soziale Arbeit für die Zukunft zu finden – anderenorts war es auch offensichtlich. Da es um eine Aufarbeitung der momentanen Standpunkte geht, handelt es sich primär um programmatische Literatur – Ausnahme bildet hier die Konzeption des Weglaufhauses in Berlin.

Im letzten Teil der Arbeit werden die gewonnen Erkenntnisse noch einmal zusammengefasst, indem die drei Stränge verglichen werden und letztendlich wird die Arbeit durch eine persönliche Einschätzung meinerseits zum Diskussionsstand beendet.

An dieser Stelle ist es mir wichtig, den Begriff der Psychiatrie zu klären. In der Literatur wird der Begriff der Psychiatrie und der Begriff der Sozialpsychiatrie unterschiedlich behandelt (vgl. Wollschläger, 2001, S. 13). In der hier vorliegenden Arbeit wird es folgendermassen gehandhabt: Grundsätzlich wird der Begriff Psychiatrie verwendet, ausser wenn Autoren explizit auf den Begriff Sozialpsychiatrie eingehen. Dies jedoch mit dem Hinweis, dass die Psychiatrie selbstverständlich als sozialer Ort fungiert und sich in den letzten Jahrzehnten – gerade auch durch sozialpsychiatrische Bewegungen – sehr gewandelt hat. Weiter werden auch die Begriffe *psychisch krank* und *psychisch beeinträchtigt* synonym verwendet.

Weiter werden – vor allem im geschichtlichen Teil – teilweise Begriffe wie zum Beispiel *verrückt* verwendet, welche wohl in fachlicher Hinsicht nicht mehr als zeitgemäss gesehen werden. Diese sind somit stets in ihrem, einerseits historischen, andererseits aber auch sozial eingebetteten Kontext zu betrachten. So ist beispielsweise gerade in psychiatriekritischer und antipsychiatrischer Literatur der Begriff der *Verrücktheit* immer wieder anzutreffen.

1. Zur Geschichte der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

In einem ersten Schritt soll dargestellt werden, woher die Verbindung zwischen der Sozialen Arbeit und der Psychiatrie, beziehungsweise der Begleitung psychisch beeinträchtigter Personen kommt. Dabei bezieht sich dieser Teil meiner Arbeit auf den Europäischen, vor allem den deutschsprachigen Raum, wird stellenweise jedoch auch durch Entwicklungen in den USA ergänzt. Der historische Aspekt wird dabei in die zeitlich aufeinander folgenden Unterkapitel: *Anfänge der Psychiatrie, 19. Jahrhundert – Anstaltswesen und reformpsychiatrische Ansätze, Erste Hälfte des 20. Jahrhunderts* und *Reformen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts* aufgeteilt, wobei im letzten Unterkapitel die Brücke zum nächsten Kapitel, *Soziale Arbeit im psychiatrischen Bereich heute*, geschlagen wird. Zu berücksichtigen ist dabei, dass einige der Begrifflichkeiten in ihrem historischen Kontext zu betrachten sind und diese heute nicht mehr in dieser Form verwendet werden.

1.1 Anfänge der Psychiatrie

In den verschiedenen zeitlichen Epochen, ging die Weltbevölkerung sehr unterschiedlich mit psychischer Krankheit um – so gab es in Bagdad und Damaskus schon im neunten Jahrhundert Abteilungen für psychisch kranke Menschen in Spitälern, während erste Spitäler für psychisch Beeinträchtigte im europäischen Raum im 15. Jahrhundert in Spanien entstanden. Später, im 17. und 18. Jahrhundert, wurden als *verrückt* bezeichnete Personen aus den Städten verbannt. Oftmals waren es dann karitative Einrichtungen wie Klöster, welche ausserhalb der Stadtmauern die psychisch Kranken bei sich verwahrten. Zwischen 1760 und 1830 entstanden in Europa, vor allem auch aus Angst vor Geisteskrankheit und davon betroffenen, zahlreiche Asyle für psychisch kranke Personen (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016, S. 14-16).

Jean-Baptiste Pussin (1745-1811), selbst ehemaliger somatischer Patient, setzte sich ab 1784, in seiner Zeit als Verwaltungsleiter der Irrenabteilung des Pariser Hospital und Gefängnisses *Bicêtre*, für humanere Behandlungen ein, was folgend auch wesentlichen Einfluss auf praktische, sowie theoretische Reformen des Arztes Philippe Pinel (1745-1826) hatte (vgl. Brückner, 2016, S. 21).

1.2 19. Jahrhundert – Anstaltswesen und reformpsychiatrische Ansätze

Die Aufklärung, Ende des 18. Jahrhunderts, ging mit einem wesentlichen Paradigmenwechsel im Umgang mit psychisch kranken Personen einher. Die Psychiatrie wurde als *Irrenheilkunde* von nun an als medizinische Disziplin wahrgenommen. So wurden die *Irren* von nun an nicht mehr – wie im Mittelalter und der frühen Neuzeit üblich – als von Dämonen besessen oder Kinder Satans betrachtet und mit Kriminellen und anderen sozial

unangepassten Individuen in Arbeits- oder Tollhäuser weggesperrt, sondern erhielten den Patientenstatus. Aufgrund dessen folgten auf die Prinzipien *Strafe und Busse* neue Sichtweisen, welche sich auf *Heilung und Behandlung* fokussierten. Dies ebnete den Weg für einen humanistischen Umgang mit psychisch Kranken, da die unangepassten Verhaltensweisen nicht mehr als individuelles Verschulden oder Versagen, sondern als Ausdruck einer Krankheit angesehen werden konnten. Diese, nunmehr auf humanistischen Werten basierte Ansicht, verdanken wir vor allem den aus England und Frankreich stammenden Bewegungen der *moralischen Behandlung*, beziehungsweise der *Non Restraint*. In den folgenden Jahrzehnten wurden immer mehr psychiatrische Anstalten gegründet, wobei diese einerseits nicht vermochten, den Bedarf an Plätzen zu decken und andererseits die neue, humanistisch geprägte Sichtweise nur mangelhaft umgesetzt wurde. Deshalb entwickelten sich die meisten Einrichtungen zu reinen Verwahranstalten. Die Anstalten entwickelten sich mehr und mehr zu einem Auffangbecken für sozial unangepasste Personen, was wiederum zu einem schlechten Bild in der öffentlichen Wahrnehmung führte. Hinzu kam, dass die universitär angebundene Psychiatrie zwar stetig an akuten Krankheitsbildern und Behandlungsmöglichkeiten forschte, sich aber gleichzeitig von den Anstalten abschottete. Dadurch konnten die neuen wissenschaftlichen Forschungsergebnisse nicht in die Einrichtungen getragen werden, was sich wiederum auf die Behandlung der psychisch kranken Personen auswirkte (vgl. Becker & Krumm, 2012, S. 42-44).

Die genannten Zustände in den Anstalten boten Fläche für Kritik und Reformforderungen, welche als erste sozialpsychiatrische Ansätze gesehen werden können, wobei sie nicht unter diesem Begriff abgehandelt wurden. Eine wichtige Person ist in diesem Zusammenhang Wilhelm Griesinger (1817-1868), deutscher Psychiater und Neurologe, welcher sich zu Lebzeiten immer wieder kritisch mit dem Anstaltswesen auseinandersetzte, in den 1860er Jahren eine komplette Neuorientierung der Psychiatrie propagierte und sich in diesem Zusammenhang gegen die blosse Verwahrung und für eine sozialräumliche Nähe zum Wohnort der Patienten aussprach. Während Griesinger mit diesen und weiteren Reformvorschlägen bei den etablierten Anstaltspsychiatern in Deutschland auf Widerstand stiess, führten diese im Ausland – insbesondere in der Schweiz – zu neuen Anpassungen im Anstaltswesen (vgl. ebd., S. 44 & 45).

Burkhart Brückner (2016) spricht von drei Hilfeformen in den Anstalten, die zu dieser Zeit als „Keimformen Sozialer Arbeit in der Psychiatrie gelten“ (S. 22) können. Zum einen die *Familienpflege*, also die Unterbringung von psychisch kranken Personen in Pflegefamilien, welche im belgischen Gheel und in Schottland im 19. Jahrhundert schon länger angewandt, in Deutschland jedoch nur in 16 Anstalten ansatzweise erprobt wurde. Als zweite Form nennt er *psychiatrische Hilfsvereine*, welche vor allem Aufklärungsarbeit leisteten und finanziell

oder in der Arbeitssuche Unterstützung anboten, meist geleitet durch Anstaltsdirektoren. Als letztes, aus Frankreich stammendes, in Deutschland nur selten eingesetztes Handlungsfeld nennt Brückner *landwirtschaftliche Kolonien*, also Bauernhöfe, auf welchen Betroffene lebten und arbeiteten (vgl. Brückner, 2016, S. 22).

1.3 Erste Hälfte des 20. Jahrhunderts

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden die psychiatriekritischen Stimmen in der Öffentlichkeit immer lauter. Angeprangert wurde die Einweisung psychisch gesunder Menschen, die Behandlungsmethoden in den Anstalten und die Verwahrung der Personen innerhalb der Mauern der Anstalten. In der Politik wurde die *Irrenfrage* – vor allem die rechtlichen Fragen bezüglich der Unterbringung – gestellt und auch durch den Bereich der Kunst erreichte die Kritik an den Anstalten die breite Öffentlichkeit. Aufgrund dessen erklärte sich nun auch die etablierte Ärzteschaft im psychiatrischen Bereich dazu bereit, Reformen anzugehen. So wurden zu Beginn des 20. Jahrhunderts erste sozialpsychiatrische Konzepte erstellt, welche sich an der sozialen Medizin orientierten. Die Erkenntnis, dass auch Umweltfaktoren zur Erhaltung der Gesundheit beitragen, fand auch in der Psychiatrie anklang, weshalb nunmehr die soziale Dimension psychischer Krankheit thematisiert wurde. Angestrebt wurde eine Öffnung der Anstalt und somit auch eine Ausweitung des Handlungsfeldes der Psychiatrie (vgl. Becker & Krumm, 2012, S. 45 & 46). So ging es nicht mehr nur um die Behandlung des Patienten in der Anstalt, Georg Ilberg definierte 1904 in seinem Aufsatz *Sociale Psychiatrie* die soziale Psychiatrie folgendermassen:

„Die Lehre von den für die geistige Gesundheit der Gesamtheit verderblichen Umständen und den zu deren Abwehr nützlichen Massregeln wollen wir sociale Psychiatrie nennen“ (Ilberg, zit. nach Becker & Krumm, 2012, S. 45).

Durch die Öffnung der Anstalt und die Addition der sozialen Dimension wurden also auch Handlungsfelder angesprochen, welche heute durchaus der Sozialen Arbeit zuzuordnen sind. So wurde durch Fachleute neben der Anregung und Begleitung von Besuchen, der Unterstützung während der Entlassung und der allenfalls folgenden Wohnungs- und Arbeitssuche auch präventives Aufsuchen Betroffener auf der Strasse als Arbeitsfeld der Anstalten angesehen (vgl. ebd., S. 45).

An der Schwelle zum 20. Jahrhundert bildete sich derzeit die Soziale Arbeit heraus – dies unter anderem durch die Gründung der ersten Sozialen Frauenschule in Berlin durch Alice Salomon im Jahre 1908. In den USA entstanden zu dieser Zeit ebenfalls Ausbildungsstätten für social workers und im Gegensatz zu Deutschland, etablierten sich in den USA sozialwissenschaftliche und psychodynamische Modelle in den Psychiatrien. Dies begünstigte die Entstehung entsprechender Abteilungen und Stellen in den amerikanischen

Kliniken, welche durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter besetzt wurden. So entwickelte die Lehrerin Mary Cromwell Jarrett (1876-1961) einen achtwöchigen Ausbildungsgang im Bereich *psychiatric social work*. 1926 gründete sie ausserdem die *American Association of Psychiatric Social Workers* und prägte somit die psychiatrische Sozialarbeit in den USA. In den deutschen Kliniken existierte zu dieser Zeit kaum Sozialarbeit (vgl. Brückner, 2016, S. 23-25).

In Europa stieg die Anzahl der Patientinnen und Patienten – und somit auch die Anzahl der Anstalten – trotz den Reformbemühungen bis zum ersten Weltkrieg stetig an. Während des Krieges starben viele der psychisch kranken Personen aufgrund der ohnehin schon schlechten Versorgung in den Anstalten. Erst Mitte der Zwanzigerjahre, als die Wirtschaft sich wieder erholt hatte und die Zahl der Kranken wieder stieg, entfachte die Diskussion um das Anstaltswesen neu. In den folgenden Jahren wurden in einigen Einrichtungen zwar durchaus sozialpsychiatrische Modelle verwendet, andererseits dominierten nach wie vor Anstalten mit einem verwahrenden Charakter. Trotz den Sparmassnahmen aufgrund der Wirtschaftskrise in den Zwanzigerjahren einerseits und den sich ausbreitenden biologistischen Sichtweisen auf soziale Probleme andererseits, verloren sozialpsychiatrische Konzepte jedoch nicht unmittelbar an Bedeutung. Vielmehr standen nun ökonomische Gedanken im Vordergrund, aufgrund derer mit offener Fürsorge geworben wurde. In der Tat entstand in dieser Zeit paradoxerweise eine Symbiose zwischen den einerseits auf humanistischen Werten gestützten Reformbemühungen und den auf der anderen Seite rassenhygienischen und eugenischen Ansichten. So wurden Zwangssterilisationen vorgenommen, die rassenhygienisch motiviert waren, jedoch stellte Sterilisation und eine gemeindenahere Unterbringung aber auch eine günstigere Variante als Asylierung in einer Anstalt dar. Tatsächlich waren es in Deutschland gerade reformorientierte Psychiater, welche sich aufgrund ökonomischer und rassenhygienischer Überlegungen für Zwangssterilisation aussprachen. Durch die vorherrschenden, biologistischen und eugenischen Erklärungsansätze psychischer Krankheit und durch Hitlers *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*, wurden während Deutschland unter dem Nationalsozialismus zwischen 300'000 und 400'000 Menschen zwangssterilisiert. Ihren Tiefpunkt erreichte die Psychiatrie unter Nazi-Deutschland mit der Aktion T4 von 1939-1941, welche die Ermordung chronisch psychisch beeinträchtigter Personen veranlasste und 70'000 Menschenleben forderte (vgl. Becker & Krumm, 2012, S. 47-50).

1.4 Reformen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts

Burkhart Brückner (2016) resümiert, mit Bezug auf Fischer (1919), die Lage der Sozialen Arbeit in der deutschen Psychiatrie Mitte des 20. Jahrhunderts folgendermassen:

„Die noch junge Disziplin der Wohlfahrtspflege konnte (..) nur schwer Fuss fassen. Die (...) deutsche Psychiatrie bevorzugte ein anstaltsgebundenes Modell mit Pflegekräften. Die Anstaltspsychiatrie distanzierte sich damit weiter gegenüber den qualitativen Sozialwissenschaften im Allgemeinen und der praktischen Sozialen Arbeit im Besonderen – obwohl zu dieser Zeit bereits solide Ansätze einer 'sozialen Psychiatrie' entworfen worden waren“ (S. 27).

In der Nachkriegszeit veränderte sich die Psychiatrie in Deutschland vorerst – im Vergleich zum Stand in der Vorkriegszeit – nicht wesentlich. Es gab immer noch vor allem grosse, überfüllte psychiatrische Anstalten und zu wenig, oft schlecht ausgebildetes, Personal. Die psychiatrischen Anstalten zeichneten sich durch ein klares hierarchisches Gefälle und kaum wirksame therapeutische Massnahmen aus, welche selten freiwillig stattfanden (vgl. Becker & Krumm, 2012, S. 51).

In England und den USA wurden daraufhin die kritischen Stimmen immer lauter, was sich – auch auf Grund der Menschenrechtsbewegung in den Fünfzigerjahren – auf die gesamten westlichen Nationen ausweitete und sich in einer reformpsychiatrischen Bewegung widerspiegelte. Weiter wurde die Behandlung in den Fünfzigern vor allem auf Psychopharmaka umgestellt und nebenbei entstand – auch als Antwort auf die Psychiatrie während des Nationalsozialismus – die *anthropologische Psychiatrie*, welche eine patientenorientierte Psychopathologie anstrebte (vgl. Brückner, 2016, S. 27).

Obwohl die Psychiatrien in den USA, Frankreich, Skandinavien und England seit den Fünfzigern offener waren und es auch psychiatrische Sozialarbeit gab, geriet die Psychiatrie in den sechziger und siebziger Jahren international in Kritik (vgl. Brückner, 2016, S. 28). Zu erwähnen sind hier allem voran sozialwissenschaftliche Studien, welche sich mit dem Thema Psychiatrie befassten: zum einen Erving Goffmans Studie von 1973 *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, in welcher er die Charakteristika *totaler Institutionen* am Beispiel der Psychiatrie beschreibt. Weiter auch Michel Foucaults Arbeit *Wahnsinn und Gesellschaft: Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft* – ebenfalls 1973 – in welcher er aufzeigte, wie in der westlichen Gesellschaft kontrollierende und disziplinierende Massnahmen als Antwort auf den Wahnsinn gesehen und umgesetzt werden (vgl. Becker & Krumm, 2012, S. 51).

Als Antwort auf diese Kritik entstand in den siebziger Jahren in Deutschland ein Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – bekannt geworden als

Psychiatrie-Enquete. Daraus folgten wiederum diverse Reformvorschläge mit dem Ziel, ambulante Dienste aufzubauen und eine gemeindenahere Versorgung in 240 Regionen zu ermöglichen. Dies zum Beispiel in Form von Wohnheimen, Arbeitsstätten oder sozialpsychiatrischen Diensten. Angeprangert wurde im Bericht ausserdem der katastrophale Mangel an Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern. So wurde ebenfalls die Schaffung von gut 6'100 neuen Stellen auf der einen, aber auch Ausbildungsreformen in den Hochschulen auf der anderen Ebene gefordert (vgl. Brückner, 2016, S. 28).

Nebst Ideen die darauf abzielten, die medizinisch-hierarchisch erstarrte Anstaltspsychiatrie von innen her zu reformieren, gab es aber auch eine antipsychiatrische Bewegung, welche vor allem in England, den USA, in Frankreich und ganz stark in Italien zu beobachten war. Im Fokus antipsychiatrischer Überlegungen stand vor allem das Anzweifeln des Krankheitsmodells an sich, die politische Kontrollfunktion und die Auflösung der klassischen Verwahranstalten – was 1978 in Italien per Gesetz auch weithin erfolgte (vgl. Quensel, 2017, S. 253-260). Stephan Quensel (2017) hält in einem Resümee dazu fest:

„Neben der fast allgemein akzeptierten Kritik am erstarrten und iatrogen wirkenden Anstalts-System bildeten drei nur 'dialektisch' zu lösende, ambivalente Momente das Zentrum dieser psychiatrisch-antipsychiatrischen Bewegung: Die Anerkennung der Subjekt-Rolle des Patienten, die Neu-Orientierung der Therapeuten-Rolle und das Verhältnis zwischen 'Drinnen und Draussen'“ (S. 295).

Als weitere Errungenschaft der neunziger Jahre kann laut Brückner (2016) die *trialogische* Arbeitshaltung in der Sozialpsychiatrie gesehen werden. Diese hat den Anspruch, die Sicht des Betroffenen, Angehöriger und der Professionellen gleichberechtigt einzubringen. Obwohl dazu nahezu kein theoretisches Fundament entwickelt wurde, beeinflusste die trialogische Haltung das Klima vieler Organisationen und daraus folgten neue Ansätze, beispielsweise Peer-Arbeit oder der Recovery-Ansatz (vgl. S. 29).

Trotz weiteren Reformen und Neuerungen im psychiatrischen Bereich, haben sozialpsychiatrische Ideen und Konzepte aber an Boden verloren. Dies ist damit zu begründen, dass in den neunziger Jahren die Bereiche der Hirnforschung und Molekulargenetik viel an Boden dazugewonnen haben und seither die Grundlagenforschung dominiert (vgl. ebd., S.29). Brückner (2016) schreibt zur heutigen Lage, in Bezug auf die Kooperation zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialbereich:

„Derzeit funktioniert die Arbeitsteilung zwischen Akutpsychiatrie und Gemeindepsychiatrie nur um den Preis von erheblichen Schnittstellenproblemen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich (S. 29)“.

2. Soziale Arbeit im psychiatrischen Bereich heute

Nach dem Blick in die Vergangenheit soll nun versucht werden, das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Feld, wie es heute wahrgenommen wird, zu erläutern. So entstanden im Verlauf der Geschichte der Psychiatrie diverse Angebote und Methoden innerhalb der Sozialen Arbeit. Es soll an dieser Stelle durch einige Beispiele aufgezeigt werden, wie breit das Feld der Sozialen Arbeit innerhalb der Psychiatrie ist und schlussendlich soll das, in den letzten Jahrzehnten entstandene, Handlungsfeld der *Klinischen Sozialarbeit*, auch genannt *Klinischen Sozialen Arbeit* näher erläutert werden.

2.1 Angebotsspektrum der Sozialen Arbeit

Peter Sommerfeld und Cornelia Rügger (2013) zeigen in ihrem Beitrag *Soziale Arbeit in der Sozialen Psychiatrie* exemplarisch auf, wie gross das Spektrum an Leistungen der Sozialen Arbeit innerhalb der psychiatrischen Dienste ist. Laut ihnen besteht ein Spannungsbogen, der von der vollständigen Professionalisierung auf der einen Seite, bis zur Erledigung delegierter Aufgaben auf der anderen Seite reicht (vgl. S. 397).

Als klassisches Angebot der sozialen Arbeit im psychiatrischen Bereich nennen sie den Kliniksozialdienst. Zu seinen Aufgaben zählen vor allem die Sicherstellung der Anschlussversorgung – zurück in eine eigene Wohnung oder in eine betreute Wohnform zum Beispiel – nach dem Aufenthalt. Auch sozialversicherungsrechtliche Abklärungen oder die Beantragung von Sozialhilfe oder einer Rente fallen in seinen Aufgabenbereich. Als weiteres, schon professionalisierteres Angebot, nennen sie die Aufrechterhaltung der Integrationsoptionen. Hierzu zählt zum Beispiel Schuldensanierung, Erhaltung des Wohn- und Arbeitsplatzes und (Re)aktivierung des sozialen Netzwerks (vgl. ebd., S. 397 & 398).

Der zweite Zweig der Sozialen Arbeit, welcher besonders in den USA, in Grossbritannien und im deutschsprachigen Raum in Konzepten der Gemeindepyschiatrie zu finden ist, bedient sich eher einer sozialpädagogischen Sichtweise. Unter dem Titel „Betreuung und Unterstützung der psychisch Kranken in deren Lebenswelt“ (2013, S.398) beschreiben Rügger und Sommerfeld die Unterstützungsleistung durch Professionelle der Sozialen Arbeit einerseits in alltagspraktischen Dingen und andererseits in der Gestaltung der sozialen Verhältnisse, wozu sie zum Beispiel Mediationen bei Konflikten im sozialen Umfeld zählen. Sozialpädagogische Wohnformen und andere Angebote sollen dazu beitragen, „die Teilhabe und die Teilnahme der psychisch Kranken am gesellschaftlichen Leben zu fördern und teilweise zu inszenieren“ (ebd. S. 398), dies unter der Leitorientierung der Funktionalen Gesundheit und des Recovery-Ansatzes und mit dem Ziel, einen möglichst autonomen, gelingenden, Alltag zu fördern. Mit Bezug auf Staub-Bernasconi und Oberholzer auch einen

Alltag, in dem möglichst alle menschlichen Bedürfnisse befriedigt sind und welchen das Individuum funktional gesund meistern kann (vgl. Sommerfeld & Rügger, 2013, S. 398).

Rügger und Sommerfeld (2013) gehen im Beitrag weiter darauf ein, dass auf der Basis von „Kompetenzbildung, Befähigung und Ermächtigung mit subjektiv sinnvollen Tätigkeiten in Hinblick auf Integration“ (S. 398) diverse Angebote innerhalb der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Bereich hervorgebracht wurden, unter anderem *Supported Employment*, *intensive Case-Management* oder das *Münchener Modell*, mit welchen durchaus innovative Erfolge erzielt werden konnten, auf welche ich an diesem Punkt jedoch nicht weiter eingehen werde (vgl. ebd., S. 398 & 399).

Ein weiterer Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit stellt die Koordination der interprofessionellen Zusammenarbeit dar. Die fortschreitende Ausdifferenzierung innerhalb des Gesundheitswesens führt zu einer zunehmenden Komplexität, in welcher die Soziale Arbeit innerhalb der Psychiatrie die Rolle der Netzwerkkoordination übernommen hat (vgl. ebd., S. 399). Rügger und Sommerfeld (2013) dazu:

„Das heisst, dass sozusagen oberhalb der konkreten Fallarbeit, das Netzwerk und somit der Austausch zwischen den unterschiedlichen Akteuren, die konzeptionell zu der 'integrierten Versorgung' dazugehören, aufgebaut und gepflegt wird“ (S. 399).

Nebst den bisher genannten, eher auf Begleitung und Unterstützung zielenden Angeboten, gab es auch schon in der Vergangenheit sozialarbeiterische, beziehungsweise sozialpädagogische Interventionen im psychiatrischen Bereich, welche sich eigentlich der *Behandlung* widmeten, wobei auch diese mehr im englischsprachigen Raum vorzufinden sind. So wird mit einer Begleitung im psychosozialen Bereich innerhalb der Lebenswelt der Klientel natürlich auch das Ziel verfolgt, anhand des Zusammenspiels der psychischen und sozialen Dimensionen eine Besserung des Krankheitszustandes herbeizuführen. Durch Mary Richmond und Alice Salomon entstanden bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts Methoden der *sozialen Therapie* und der *sozialen Diagnose*, aus welchen später *Social Case Work* entstand. Heute werden diese historischen Wurzeln zusammen mit Methoden der psychosozialen Beratung unter den Begriffen *Soziotherapie* beziehungsweise *Sozialtherapie* diskutiert und neu konzipiert (vgl. ebd., S. 399 & 400). Dies bildet einen „wesentlichen methodischen Bezugspunkt der seit Mitte der 1990er Jahre zunehmend im deutschsprachigen Raum geführten Diskussion um eine 'klinische Sozialarbeit' [sic!], die auf den psychosozialen Unterstützungsbedarf und darauf bezogene Möglichkeiten der Behandlung abstellt“ (ebd., S. 400). Ebendiesem Begriff der Klinischen Sozialarbeit wollen wir uns sogleich als nächstes widmen.

Aus diesem Unterkapitel wird ersichtlich, wie gross das Spektrum der verschiedenen Angebote der Sozialen Arbeit im Feld der Psychiatrie ist, wobei an dieser Stelle gesagt werden muss, dass dieses durchaus noch durch weitere Beispiele und Leistungen erweitert werden könnte. Weiter halten Sommerfeld und Rügger (2013) fest, dass zwar eine grosse Spannweite an Angeboten, Methoden und Handlungsbereichen besteht, in der Praxis im deutschsprachigen Raum jedoch vor allem die Kernkompetenzen des Sozialdienstes gefragt sind. Darüberhinausgehende Leistungen sind eher die Ausnahme als die Regel und werden vor allem in Form von Pilot- oder Modellprojekten angeboten (vgl. S. 400).

2.2 Klinische Sozialarbeit

Im folgenden Unterkapitel wird die Klinische Sozialarbeit näher beleuchtet, welche wie bereits angedeutet, zwar auf die Pionierinnen der Sozialen Arbeit in den USA zurückgeht, unter dem Begriff der Klinischen Sozialarbeit im deutschsprachigen Raum jedoch erst in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten konstituiert wurde. Dieser widme ich an dieser Stelle ein eigenes Unterkapitel, da ich während meiner Recherchen zur Frage nach der Rolle der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Bereich immer wieder auf diesen Begriff gestossen bin.

Silke Birgitta Gahleitner (2012) beschreibt Klinische Sozialarbeit als Antwort auf gesellschaftliche Transformationsprozesse, anhand welcher psychisch beeinträchtigte Personen immer mehr in Bedrängnis gelangen und aufgrund welcher es neuen, psychosozialen Konzepten und Interventionsformen bedarf. Dies mit dem Ziel, psychisch beeinträchtigten Personen eine angemessene Unterstützung bieten zu können und soziale Dysfunktionen vorzubeugen, beziehungsweise diesen entgegenzuwirken (vgl. S. 90 & 91). Die Soziale Arbeit erweise sich hier als besonders qualifiziert, „die Schnittstelle zwischen psychischen, sozialen, physischen und alltags-situativen Situationen auszuleuchten, die der bereits angesprochene gesellschaftliche Wandel als Mehrbedarf an psychosozialer Unterstützung aufwirft“ (Gahleitner, 2012, S. 91).

Helmut Pauls und Albert Mühlum (2005) betonen, dass Klinische Sozialarbeit kein neues Phänomen sei, sondern von den Pionierinnen der Sozialen Arbeit unter den Begriffen *Soziale Diagnose* und *Soziale Therapie* formuliert wurde und heute in deren Tradition weiterentwickelt wurde. Demnach wird anhand der Klinischen Sozialarbeit – welche sich heute auf den psychosozialen Bereich fokussiert – angestrebt, ein eigenes methodisches Inventar zu entwickeln. Dies einerseits zur Ermittlung und andererseits zur Bearbeitung des Hilfebedarfs (vgl. S. 6).

Homfeldt (2011) sieht Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter als Case-Manager, welche sich interprofessionell mit eigenen Beiträgen innerhalb der Organisation bewegen. Anhand eines Person-in-der-Umwelt-Konzepts, betreiben sie Fallanalysen, um später geeignete Interventionen für die systematisch identifizierten sozialen Probleme zu finden. Durch die Klinische Sozialarbeit soll eine soziale, eine sozialrechtliche und eine psychosoziale Betreuung geboten werden, welche auch von Angehörigen in Anspruch genommen werden kann. Weiter wird die Organisation ambulanter Dienste, aber auch Unterstützung in der Haushaltsführung und Freizeitgestaltung als Arbeit in der Klinischen Sozialarbeit gesehen – stets mit dem Ziel, die Klientel in der eigenen Bewältigung des Alltags zu unterstützen (vgl. S. 494). Gestützt auf G. Hey beschreibt er die Ziele Klinischer Sozialarbeit folgendermassen:

„G. Hey folgend (2000, S. 166) zielt sie 'auf eine Autonomisierung der Lebensbewältigung von Einzelnen oder Gruppen von Menschen, die in ihrer Lebenslage von psychosozialer Desintegration bedroht oder beeinträchtigt sind', und zwar in institutioneller Verknüpfung mit Krankheitsphänomenen. Ihr Behandlungsverfahren ist der Sozialtherapie zuzurechnen. Klinische Sozialarbeit schliesst Interventionen ein, 'die auf interpersonale Interaktionen, intrapsychische Dynamiken sowie Lebensunterstützung und Managementangelegenheiten gerichtet sind'“ (Homfeldt, 2011, S. 493).

Gahleitner (2012) spricht im selben Beitrag wie weiter oben an, dass aus sozialarbeiterischer Sicht der Blick auf den Gesamtprozess – das heisst schon die Aufnahme eines Klienten, beziehungsweise einer Klientin – wichtig ist. Sie gibt, mit Blick auf ein Forschungsergebnis von Hollenstein und Sommerfeld (2009, S. 201), zu verstehen, dass es zentral sei, an der psychosozialen Dynamik eines Falls anzusetzen und sowohl auf individuelle, als auch soziale Prozesse bezogene Hilfeleistungen aufeinander abzustimmen. Dies mit dem Ziel, zwischen sozialen und psychischen Prozessen eine sich aufbauende, gleichgerichtete Dynamik entstehen zu lassen (vgl. S. 98). Um dies zu erreichen, seien eine „lebens-, subjekt- und situationsnahe Diagnostik, die neben der psychiatrischen Abklärung eine dialogisch orientierte Anamnese über grundlegende Aspekte von Biografie und Lebenswelt – sinnverstehend – zusammenträgt sowie ein *Prozessmonitoring* notwendig“ (Gahleitner, 2012, S. 98).

Die sei die Basis, auf welcher in Koproduktion mit der Klientel und in Absprache mit dem interdisziplinären Team die Hilfeplanung und Interventionsziele erstellt werden. Explizite Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit ist gemäss Gahleitner „die konsequente psychosoziale Prozessgestaltung“ unter Einbezug verschiedener „sozial-epemiologischer und anderer sozialwissenschaftlicher Kenntnisse“ (ebd., S.98).

3. Diskussionsstränge zur Sozialen Arbeit im psychiatrischen Handlungsfeld

Im folgenden Kapitel werden verschiedene Beiträge aus Büchern, Fachzeitschriften und anderen Publikationen aufgenommen, welche die Rolle der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Bereich direkt oder indirekt thematisieren. Es existieren verschiedene und auch sehr ähnliche Ansätze und Meinungen basierend auf teils gleichen, teils unterschiedlichen Grundannahmen. Es wird versucht, diese unterschiedlichen Meinungen drei Strängen – genannt *Strang A*, *B* und *C* – zuzuordnen. Exemplarisch werden jeweils zwischen drei und vier Beiträge pro Strang zusammengetragen und es wird versucht, diese anhand der Kategorien: *Grundannahmen und Ansätze, Ziele, Rolle und Aufgaben, sowie Ausblick und Entwicklungsbedarf* zu analysieren. Dadurch wird angestrebt, eine Übersicht und eine Ordnung zu schaffen, aus welcher aktuelle Meinungen und Diskurse um die Frage nach der Rolle der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Bereich ersichtlich werden. *Strang A* betrachtet die Frage um die Soziale Arbeit in der Psychiatrie aus einer *hermeneutischen, alltags- und lebensweltorientierten* Perspektive, in welcher vor allem die Biographie, der Alltag und die Lebenswelt eine grosse Rolle spielen. *Strang B* beschreibt eine klinische Soziale Arbeit, welche letztlich eine durch Professionalisierung vorangetriebene Besserstellung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie zum Ziel hat, um somit eine ernsthafte, interprofessionelle Kooperation anzustreben. Hier treffen wir unter anderem Ansätze und Konzepte rund um die *Soziale Diagnostik, Bedürfnistheorien, die soziale Dimension psychischer Krankheit* und eine *Professionalisierung der Sozialen Arbeit* an. Der letzte, sicherlich unkonventionellste, *Strang C*, beleuchtet *psychiatriekritische und antipsychiatrisch geprägte Ansätze*. Die Reihenfolge der Stränge stellt dabei keine Präferenzen dar.

3.1 Strang A: Hermeneutisch geprägter Ansatz – Alltags- und Lebensweltorientierung

Margret Dörr (2005) beschreibt sogenannte Leitperspektiven und später auch Methoden und Handlungskompetenzen für die Soziale Arbeit im sozialpsychiatrischen Versorgungsnetz. Unter diesen Leitperspektiven Sozialer Arbeit versteht sie unter anderem *Empowerment* und *Lebensweltorientierung*. Weiter hält sie auch *medizinische Klassifikationen* als „handlungsleitend für eine sozialpsychiatrische Behandlung“ (S. 79) fest.

Klaus Obert (2016) setzt sich – ebenfalls in einem von Dörr herausgegebenen Werk – unter dem Titel *Alltags- und Lebensweltorientiertes Sozialpsychiatrisches Handeln aus Sicht der Sozialen Arbeit* damit auseinander, ob überhaupt und falls ja, worin das therapeutische der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Bereich liegt. Dies unter Bezugnahme auf den Alltags- und Lebensweltorientierten Ansatz in Verbindung mit Leitlinien sozialpsychiatrischen Handelns und dem bio-psycho-sozialen Paradigma, wie er es nennt (vgl. S. 49).

3.1.1 Grundannahmen und Ansätze

Sowohl Dörr, wie auch Obert orientieren sich stark am lebensweltorientierten Ansatz nach Hans Thiersch. So hält Obert (2016) fest:

„Die Leitlinien sozialpsychiatrischer Arbeit, ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit mit dem damit verbundenen Menschenbild, ihre Handlungsweise und Methodik sowie ihre politischen Implikationen decken sich de facto mit den Leitlinien und Maximen des Alltags- und Lebenswelt orientierte [sic!] Ansatzes“ (S. 50).

Aus dem Abschnitt zu den Leitlinien einer lebensweltorientierter sozialpsychiatrischen Arbeit von Obert zeigen sich einige Grundannahmen und Denkmuster. So stellt er den Menschen in seiner Lebenswelt in den Mittelpunkt des Handelns und er betont, unter anderem, den Respekt des Andersseins. Eine weitere Grundhaltung ist die Akzeptanz, sowie die Förderung der Autonomie der Adressatinnen und Adressaten. Er sieht den Menschen als soziales Wesen innerhalb seiner Umwelt, beziehungsweise seines sozialen Netzes, wobei dieser allem voran die Aufgabe hat, in der Interaktion mit ebendiesem Umfeld, die Kompetenzen zu erwerben, seine Alltagsaufgaben möglichst gelingend zu bewältigen. Sei dies nicht der Fall und drifte das Individuum und seine Umgebung auseinander, könne er oder sie seine, beziehungsweise ihre Ressourcen nicht mehr adäquat nutzen und somit sei die Entstehung von Spannungen und Irritationen wahrscheinlich, welche sich wiederum verstärken und zu krankheitsrelevanten Verhärtungen führen können. Diese erschweren wiederum die Bewältigung des Alltags (vgl. ebd., S. 50 & 51).

Dörr (2005) legt fünf *Grundlagen professionellen Handelns Sozialer Arbeit im sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld* fest. Als *erste* Grundlage nennt sie komplexe, nicht standardisierbare Problemsituationen als Gegenstand der Sozialen Arbeit, welche nur in Kooperation mit den Betroffenen bearbeitet werden können. Somit wird der Anspruch an Professionelle gestellt, dass sie jeden Fall einzeln analysieren, um diese Fallanalyse dann in die Hilfeplanung mit einfließen zu lassen. *Zweitens* sollen die professionellen Interventionen so ausgerichtet werden, dass die Ressourcen der Adressaten und deren Umfeld beibehalten, beziehungsweise reaktiviert werden. Es soll also eine Ressourcen- statt einer Defizitorientierung angestrebt werden. Als *drittes* Merkmal nennt sie die geschlechterspezifische Orientierung, appelliert damit dafür „die unterschiedlichen Bedürfnisse, Belastungen und Möglichkeiten von Frauen und Männern hinreichend wahrzunehmen und in den Interventionen zu berücksichtigen“ (S. 93). *Viertens* könne die Form der erforderlichen Hilfeleistung immer nur im Einzelfall beurteilt werden und *fünftens* fordere die Komplexität im sozialpsychiatrischen Bereich von Professionellen einen hohen Anteil an Autonomie auf der einen und Selbstreflexion auf der anderen Seite. Dörr nennt dazu die Verpflichtung zu stetiger Weiterbildung, Supervisionen und die Bereitschaft zu interdisziplinärer Zusammenarbeit als Standards im psychiatrischen Bereich (vgl. ebd., S. 93 & 94).

Was die Entstehung psychischer Krankheiten angeht, vertritt Obert (2016) eine multifaktorielle Ansicht, beruhend „auf der Prämisse des Zusammenwirkens von somatisch-genetischer Konstitution, psychischen (sozialisationsbedingten) Entwicklungsmöglichkeiten sowie prekären materiellen und sozialen Lebensbedingungen, was letztlich zur Manifestation einer psychischen Erkrankung führt (führen kann) oder einen Erkrankungsrückfall auslösen kann (Verständnis von Gesundheit und Krankheit)“ (S. 51).

Dörr gibt, in Verbindung zum Empowerment Konzept, zu verstehen, dass eine psychosoziale Krise nur mit den Kräften und dem Willen der Adressatinnen und Adressaten überwunden werden kann. Sie spricht sich weiter für eine verständigungsorientierte Einstellung der Professionellen gegenüber den Betroffenen aus, welche notwendigerweise zu einer Enthierarchisierung zwischen den beiden Parteien führt. So soll zwar eine professionelle, eigenständige Position neben, jedoch nicht über den Adressaten, beziehungsweise die Adressatin entstehen. Auch Obert spricht in seinem Beitrag immer wieder – in Verbindung mit den drei zentralen Dimensionen der Alltagstheorie: *Raum, Zeit* und *soziale Beziehungen/Kontakte* – eine verstehende, also hermeneutische Sichtweise an (vgl. Dörr, 2005, S. 85; vgl. Obert, 2016, S. 53).

Weiter vertritt Dörr eine salutogenetische Sichtweise, welche auf den Medizinsoziologen Aaron Antonovsky zurück geht und im Gegensatz zur – in der Medizin vorherrschenden – pathologischen Sichtweise, die Gesundheit und nicht das Leid ins Zentrum stellt. Ohne den Krankheitsbegriff dabei ganz auszublenden, soll die Dichotomie *gesund-krank* aufgebrochen und durch ein Spektrum erweitert werden. Somit ist ein Mensch nicht bloss gesund oder krank, sondern befindet er oder sie sich stets auf einem Spektrum mit, je nach dem, grösseren oder kleineren Anteilen von Gesundheit beziehungsweise Krankheit (vgl. Dörr, 2005, S. 94 & 95).

„Handlungsleitend für eine sozialpsychiatrische Behandlung sind medizinische Klassifikationen. Diese sind insofern bestimmend als die rechtliche Rahmung und mit ihr die Bedingungen der finanziellen Absicherung von bio-psycho-sozialen Interventionen im (sozial-)psychiatrischen Versorgungsnetz mehrheitlich durch medizinisch-diagnostische Ordnungsmuster begründet und abgesichert werden“, nimmt Dörr zur Kenntnis und verweist auf die verschiedenen medizinischen Klassifikationssysteme (2005, S. 79 & 80).

Nichtsdestotrotz stehen Dörr und Obert dem medizinisch-diagnostischen System nicht kritiklos gegenüber. Dörr kritisiert unter anderem, dass durch ein theoriefreies Diagnosesystem die Reduktion auf eine biomedizinische Perspektive gefördert und somit wesentliche, soziale Aspekte in Bezug auf psychische Krankheiten vernachlässigt werden. So nimmt sie die Diagnose *Borderline-Störung* als Beispiel, welche als Sammelbecken verschiedenster Verhaltensweisen diene, welche pathophysiologisch in keinsten Weise zusammengehören. Fakt sei, dass sich zunehmend ein neurobiologisches Erklärungsbild für psychische Krankheiten durchsetze. Obert geht hier auf die Herausforderung ein, sich gegen Einfaclösungen, sprich etwa die blosse Medikalisierung komplexer Problemlagen, zu positionieren (vgl. Dörr, 2005 S. S. 81 & 82; Obert, 2016, S. 52).

3.1.2 Ziel, Rolle und Aufgaben

Klaus Obert (2016) beschreibt in seinem Beitrag das Ziel der Sozialen Arbeit folgendermassen:

“Wesentliches Ziel einer alltagstheoretisch, phänomenologisch begründeten professionellen Praxis Sozialer Arbeit besteht darin, zu einem 'gelingenderen Alltag' (Thiersch, 1996) für den Einzelnen und seiner Umgebung in einer fachlich begründeten Weise derart beizutragen, dass die Aufgaben in der Spannung von positiver Routine und der Integration von Neuem von den Menschen zunehmend autonom bewältigt werden kann (S. 51)“.

Anhand der Dimensionen *Raum, Zeit* und *soziale Beziehungen/Kontakte* – welche wie bereits gesagt, eng mit dem Konzept der Lebensweltorientierung zusammenhängen – spricht Obert Aufgaben an, welche in die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit fallen.

Zur *Strukturierung des Raumes* erstellt er eine Prioritätenliste, auf welcher in absteigender Reihenfolge der *Erhalt des Wohnraumes*, wenn dies nicht möglich ist, *das Finden eines Ersatzwohnraumes*, wenn eines der beiden geschaffen ist, die *Einrichtung und Gestaltung des Wohnraumes* und zuletzt die *(Wieder-)eroberung des Lebensraumes* angestrebt werden. Dies stets in Kooperation mit der betroffenen Person und je nach Bedarf, mit anderen Dienstleistungserbringern. Obert betont hier, dass primär die Bedürfnisse, Sichtweisen und Haltungen der Adressatin, beziehungsweise des Adressaten im Vordergrund stehen, welche dann in Auseinandersetzung mit Professionellen diskutiert und auch hinterfragt werden können. *Strukturierung der Zeit* kann – je nach Situation und Bedarf – vom Erhalt eines Arbeitsplatzes bis zur Strukturierung des Alltags ganz allgemein reichen. Der Kontakt zur Umwelt gestaltet sich für psychisch Beeinträchtigte oft als schwierig, womit die letzte Dimension *Strukturierung von sozialen Kontakten und Beziehungen* angesprochen ist. Hierbei geht es um oftmals nicht als normal erachtete Verhaltensweisen, aufgrund welcher Betroffene negative Erlebnisse erfahren. Auch hier reichen Handlungsmöglichkeiten von Professionellen der Sozialen Arbeit von weniger aufwändigen Beratungsgesprächen und Motivationsversuchen, Kontakte in der Umwelt zu knüpfen und aufrecht zu halten, bis zur direkten Begleitung und Unterstützung von Betroffenen im Alltag (vgl. Obert, 2016, S. 53-57).

Wie auch Dörr, gibt Obert zu verstehen, dass es keine „absoluten, über alle Einzelfälle hinweg zu verallgemeinernden Antworten und Herangehensweisen gibt“ (ebd., S. 58), trotzdem oder gerade deshalb bietet er in seinem Beitrag eine Orientierungshilfe an, welche übergreifende Haltungen und Handlungsweisen zeigt. Hierzu nennt er unter anderem – nebst schon angesprochenen Haltungen – alltagspraktische und sozialanwaltliche Tätigkeiten, Beratung, sozialpolitische Aktivitäten, Kooperation und Vernetzung, Gemeinwesenarbeit und Biographiearbeit. Letzterer schenkt auch Margret Dörr besondere Beachtung (vgl. ebd., S. 59).

Margret Dörr (2005) erläutert im Kapitel *Methoden und Handlungskompetenzen* anhand diverser Methoden, welche sie beschreibt, die Rolle und Ziele der Sozialen Arbeit. Sie spricht hierbei zwei verschiedene methodische Zweige an, welche zum einen auf die Veränderung von Kommunikationskompetenzen des Adressaten, beziehungsweise der Adressatin und zum anderen auf die Beeinflussung ökonomischer, sozialer und institutioneller Strukturen abzielen. Grundsätzlich sei dabei aber von einer Fülle unterschiedlicher Methoden auszugehen (vgl. S. 92).

Soziale Beratung, psychosoziale Betreuung, Sozial-, auch genannt Soziotherapie, Case Management und – wie bereits bei Klaus Obert angesprochen – Biographiearbeit werden von Dörr als Methoden der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Bereich genannt. Biographiearbeit nennt dabei sie die „Grundfigur sozialarbeiterischer Intervention“ (Dörr, 2005, S. 100), weshalb diese Methode an dieser Stelle exemplarisch die Rolle der Sozialen Arbeit aufzeigen soll. Dörr spricht, gestützt auf Studien, welche belegen, dass Chronizität durch die Beendigung des normalen Diskurses mit einer Person beginnt, das Erzählen und Zuhören als Aufgabe der biographieorientierten Sozialen Arbeit an (vgl. Dörr, 2005, S. 101). Sie schreibt dazu weiter:

„Möchte sich Soziale Arbeit auf Prozesse der Lebensbewältigung und der damit verbundenen lebenswelt- und milieuspezifischen Schwierigkeiten beziehen, dann besteht eine Aufgabe darin, solche biografischen Gespräche (wieder) zu ermöglichen bzw. aufrecht zu halten“ (ebd., S. 101).

Auch hier sind professionelle der Sozialen Arbeit gefordert, das Augenmerk auf das Wohnen, die Arbeit, das soziale Netzwerk und die materielle Absicherung zu richten. Als Ziel nennt sie die Selbstverantwortung und Entwicklung der Betroffenen, wobei sich Professionelle darüber bewusst sein sollten, dass dies selten bis nie völlig wiederherstellbar sei. Als weitere Kompetenzen, nennt sie, nebst Innovationen anstossen, die Förderung von Empowerment, die Bildung von Partnerschaften, die Sicherung von Partizipation und die Schaffung von Anreizen (vgl. ebd., S. 102).

3.1.3 Ausblick und Entwicklungsbedarf

Margret Dörr (2005) fordert im letzten Kapitel unter dem Titel *Ausblick* die Soziale Arbeit dazu auf, sich die Frage zu stellen, welche Formen der ökonomischen, institutionellen und psychosozialen Unterstützung sinnvoll sind und dazu beitragen können, psychisch kranke Personen zu unterstützen, sodass ihnen – trotz vielleicht eigenwilliger Identitätsformationen – eine Teilhabe in der Gesellschaft ermöglicht wird. Weiter gibt sie zu verstehen, dass die Soziale Arbeit durchaus dazu in der Lage ist, eine methodisch-professionelle Haltung einzunehmen und diese gegenüber anderen Professionen in der Psychiatrie zu vertreten. Hierzu werden jedoch zum einen professionelle, durch die Soziale Arbeit bestimmte, Leitlinien, als auch Kompetenzen benötigt, um mit deren Hilfe Interventionen im Anschluss an die Lebenswelt und den Alltag der Adressatinnen und Adressaten zu finden (vgl. S. 146).

Durch die zunehmenden Individualisierungstendenzen, welche Modernisierungsprozesse der Gesellschaft mit sich bringen, stellt Dörr (2005), mit Bezug auf Zaumseil (1997) eine weitere Herausforderung für Professionelle der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Bereich fest:

„Sie müssen mit der besonderen Beschränkung und Begrenzung der eigenen Möglichkeiten zurechtkommen und sich als handlungsfähige Subjekte konstituieren (S. 147)“.

So besteht für die Soziale Arbeit die schwierige Aufgabe, Menschen mit psychischer Beeinträchtigung einerseits Teilhabe in der Gesellschaft zu ermöglichen oder diese zu fördern, auf der anderen Seite sollen die Personen aber auch in ihrer Selbstbestimmung und ihrer individuellen Lebensform unterstützt werden. Als notwendige Bedingung und somit auch als Forderung an die Soziale Arbeit sieht Dörr (2005) die „Wiederentdeckung von Subjektivität und Kultur im Umgang mit psychischer Gesundheit und Krankheit“ (S. 148).

Die Soziale Arbeit müsse versuchen, psychosoziale Erlebnisse von Menschen in Bezug auf deren Lebensführung zu begreifen und diese subjektiv empfundene Not aufnehmen, da es andernfalls keine Verständigung zwischen Psychiatrie und Adressatin, beziehungsweise Adressat geben kann. Andernfalls werde die sozialpsychiatrische Hilfe durch die Klientel nicht als Hilfe erkannt und somit abgelehnt (vgl. ebd., S. 148).

Was zum Teil bei Dörr schon unter den Grundlagen professionellen Handelns angesprochen wurde, fordert auch Obert (2016) in der sozialpsychiatrischen Praxis ein:

„Förderung der Bereitschaft und der Kompetenz jeder Mitarbeiterin und jedes Mitarbeiters zum (selbst-) reflexiven und (selbst-) kritischen Handeln, die Arbeit im Team als unabdingbares Korrektiv und Regulativ unter Mitwirkung ärztlich psychiatrischer Kompetenz, Fall- und Organisationssupervision, Fortbildungen und Zusatzausbildungen. Diese Standards sind unverzichtbar und in sich logisch und konsequent, beileibe jedoch nicht überall vorzufinden“ (S. 58).

Obert (2016) hält weiter fest, ihm scheine, dass die Soziale Arbeit in der Psychiatrie es in den vergangenen drei Jahrzehnten versäumt habe, ihre Haltung im Zuge der Professionalisierung selbstbewusst und gar offensiv gegenüber anderen Disziplinen zu vertreten. So stellt er aufgrund theoretischer Hintergründe und eigener Erfahrungen die Hypothese auf:

„(...) dass für eine erfolgreiche Umsetzung ambulanten, sozialpsychiatrischen Handelns die Ausrichtung am Alltags- und Lebenswelt orientierten Ansatz hilfreich und darin auch das therapeutische Verständnis der Sozialen Arbeit in diesem Feld begründet ist“ (S. 61).

Weiter bedauert Obert (2016) eine schleichende Entpolitisierung und eine Annäherung an spezifisch therapeutische, beziehungsweise klinische Konzepte, statt eines Durchbruchs der Alltags- und Lebenswelt orientierten Sichtweise der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Bereich (vgl. S. 61).

Er fordert dazu auf, den Alltags- und Lebenswelt orientierten Ansatz nicht in Konkurrenz zu anderen Konzepten oder Ansätzen – er nennt systemische oder tiefenpsychologische Ansätze als Beispiel – zu betrachten, sondern viel mehr als Basis, aus dessen Fundament neue Konzepte entstehen können. So könne es gelingen, sich in einer Welt der Ökonomisierung und Ressourcenverkürzung für das Soziale auf der einen und einer wieder vermehrt auf die Neurobiologie gerichtete Sichtweise auf der anderen Seite zu behaupten (vgl. ebd. S. 62).

3.2 Strang B: Besserstellung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Der zweite Strang, der hier vorliegenden Arbeit, zeigt eine Perspektive, welche auf eine Stärkung der Sozialen Arbeit innerhalb des psychiatrischen Netzes abzielt, beziehungsweise eine Engführung der Sozialen Arbeit kritisiert. Diese Kritik, gestützt auf Erkenntnisse der *sozialen Dimension* psychischer Krankheiten, geht mit der Forderung nach einer weiteren Professionalisierung der Sozialen Arbeit einher, um so eine gleichgewichtete, interprofessionelle Kooperation anzustreben. Exemplarisch werden dazu ein vom *Netzwerk der SozialarbeiterInnen in psychiatrischen Institutionen des Kantons Zürich* verfasstes Positionspapier und Publikationen rund um Peter Sommerfeld, Cornelia Rügger, Lea Hollenstein und Regula Dällenbach der Fachhochschule Nordwestschweiz auf dieselben Kategorien wie im Strang A heruntergebrochen. Auch wenn sich die Beiträge zum Teil in einigen Ansätzen unterscheiden, gibt es doch vor allem eine grosse, gemeinsame Schnittmenge, aufgrund welcher sie diesem Strang zugeordnet wurden.

3.2.1 Grundannahmen und Ansätze

Das bereits angesprochene, von der Arbeitsgruppe *Netzwerk der SozialarbeiterInnen in psychiatrischen Institutionen des Kantons Zürich* verfasste *Positionspapier zum professionellen Beitrag der Sozialen Arbeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich – „Klinische Soziale Arbeit“ als Arbeit an der sozialen und kulturellen Dimension des „bio-psycho-sozial-kulturellen Modells des Menschen“* wurde, unter der Gesamtreaktion von Silvia Staub-Bernasconi, als Ergebnis eines mehrjährigen Diskussionsprozesses im September 2012 veröffentlicht. Schon im ersten Abschnitt des Papiers wird dabei festgehalten, dass es den Mitgliedern „um eine Besserstellung der sozialen Position und damit der Anerkennung des Beitrages der Profession Sozialer Arbeit im Rahmen der 'Psychiatrie'“ (Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 5) geht.

Auch Rügger und Sommerfeld (2013) kritisieren die Engführung der Sozialen Arbeit im psychiatrischen Bereich, indem sie darauf hinweisen, dass die Soziale Arbeit den Entscheidung von Ärzten unterliegt, wodurch gewisse Leistungen, welche viel eher „den eigentlichen professionellen Kern der Sozialen Arbeit ausmachen würden“ (S. 400), die Ausnahme statt die Regel darstellen (vgl. ebd., 400).

Staub-Bernasconi et al. und auch Dällenbach, Hollenstein, Rügger und Sommerfeld stützen ihre Ansichten auf diverse Grundannahmen, unter anderem auf ein *bio-psycho-soziales Modell des Menschen*, wobei durch Staub-Bernasconi et al. die Erweiterung um die *kulturelle Dimension*, also auf ein *psycho-sozial-kulturelles Modell des Menschen* besonders betont wird. Dies aufgrund einer zunehmenden multikulturellen Bevölkerung als folge globaler

Migrationsprozesse und kultureller Differenzierung von Gesellschaften (vgl. Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 10; Dällenbach, Hollenstein, Rüeegg & Sommerfeld, 2016, S. 149).

Bezüglich Menschenbild zitieren Staub-Bernasconi et al. (2012) Obrecht (2005) und gehen von „menschlichen Individuen als selbstwissensfähige Biosysteme“ aus, welche laut ihnen mit „Bedürfnissen, ferner mit Affekten, Emotionen, Kognitionen, Wert-, Ziel- und Mittelvorstellungen sowie psychomotorischen Prozessen und Verhaltensmustern als psychische Funktionen des Gehirns mit neuronaler Grundlage“ (S. 11) ausgestattet sind. Weiter sei der Mensch von Geburt, bis zu dessen Tod für die Befriedigung seiner biologischen, psychischen, sozialen und auch kulturellen Bedürfnisse abhängig von sozialen Interaktionen und Mitgliedschaften in sozialen Teilsystemen (vgl. ebd., S. 11).

Für die Bestimmung der Adressatengruppe bedient die Arbeitsgruppe sich dem Begriff der *vulnerablen*, beziehungsweise *verletzbaren Individuen*, welche psychosozialen Mehrfachbelastungen ausgeliefert sind. Klinische Soziale Arbeit konzentriert sich hierbei, laut Staub-Bernasconi et al., auf Familien und Einzelpersonen. Dies sowohl während der Akuterkrankung, als auch auf die soziale Reintegration, welche beispielsweise nach einem Klinikaufenthalt angesprochen ist (vgl. ebd., S. 7).

Staub-Bernasconi et al. gehen – für das Handlungsfeld Klinischer Sozialer Arbeit in der Psychiatrie – von einem *Bottom-Up-Modell* aus, welches zuerst nach der biologischen, psychischen, sozialen und kulturellen Ausstattung und analog dazu nach den Bedürfnissen fragt. Daraufhin wird die Lebenssituation betrachtet und es werden problematische und förderliche „Interaktions-, Organisations-, Gesellschaftsstrukturen und soziale Regeln“ (ebd. S. 18) gesucht, welche einerseits einen objektiven, aber auch subjektiven Zustand des Wohlbefindens und Zufriedenheit fördern, beziehungsweise erschweren könnten. Das Bottom-Up-Modell sei auch deshalb direkt anschlussfähig an ein bio-psycho-sozial-kulturelles Modell des Menschen als gemeinsame theoretische Basis für Professionen in der Psychiatrie, da sowohl für die Psychiatrie, wie auch für die Soziale Arbeit Bedürfnistheorien entwickelt wurden. Staub-Bernasconi et al. sprechen dabei die beiden Theorien von Klaus Grawe (2004) und Werner Obrecht (2010) an (vgl. ebd., S. 18-20).

Auch Dällenbach, Hollenstein, Rüeegg und Sommerfeld gehen in ihrem Werk *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie: Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis* auf die Bedürfnistheorien von Grawe und Obrecht ein, nach welchen ein Zusammenhang zwischen Bedürfnisspannungen und psychischer Gesundheit, beziehungsweise Krankheit, besteht. Dieser – durchaus mit der sozialen Dimension zusammenhängende – entstehende Stress entsteht einerseits im Gehirn, wirkt sich jedoch auch auf dieses aus. So gehen Dällenbach et al. davon aus, dass Stress sich direkt auf die

Strukturen im Gehirn auswirkt (vgl. Dällenbach, Hollenstein, Rügger & Sommerfeld, 2016, S. 154 & 157).

Gestützt auf diese Ansätze hält ebenfalls die Gruppe um Staub-Bernasconi, was die Entstehung von psychischen Beeinträchtigungen angeht, fest:

„Wie Grawe geht also auch Obrecht davon aus, dass die schwere und dauerhafte Verletzung der Befriedigung von biologischen, psychischen und sozial(kulturell)en Bedürfnissen zu den wichtigsten Ursachen für psychische Störungen gehören“ (Staub-Bernasconi, 2012, et al. S. 20).

Cornelia Rügger, sowohl Mitglied der Arbeitsgruppe um Staub-Bernasconi, als auch wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Professionsforschung und -entwicklung der Hochschule für Soziale Arbeit an der Fachhochschule Nordwestschweiz, beschäftigt sich unter anderem mit den Themen *soziale Dimension von psychischer Krankheit* und *Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Im Jahr 2012 veröffentlichte sie einen Artikel mit der Überschrift *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*, in welchem sie sich für eine starke Soziale Arbeit in der interprofessionellen Kooperation stark macht (vgl. Rügger, 2012, S. 1).

Rügger (2012) beschreibt in einem Abschnitt die soziale Dimension psychischer Krankheit. Sie verweist dabei auf unzählige Studien, welche nahelegen, dass ein komplexes Abhängigkeitsverhältnis zwischen (bio)psychischen und sozialen Problemen besteht. Sie hält fest:

„Soziale Einflüsse werden dem Forschungsstand zufolge in biologische Schritte übersetzt (z.B. über Genexpression, Kandel 2009) und können sich auf sämtliche Körperfunktionen und dabei auch auf das Gehirn und seine Prozesse auswirken. Zusammengefasst lassen sich diese sozialen Einflüsse beschreiben als die Integrationsbedingungen – also die Art und Weise wie ein Individuum über Position und Interaktion in seine sozialen Systeme (z.B. Familie, Arbeit) eingebunden ist (Sommerfeld et al. 2011)“ (S. 2).

Weiter werde, gestützt auf das bio-psycho-soziokulturelle Menschenbild von Werner Obrecht (2000) deutlich, dass die Befriedigung sozialer Bedürfnisse durch inadäquate Formen der Integration und Lebensführung nur erschwert erfüllt werden, was wiederum psychische Belastungen zur Folge hat. Die Nichterfüllung sozialer Grundbedürfnisse ist somit ebenso problematisch zu bewerten wie die biologische oder psychische. Da anhaltende Nichterfüllung der Bedürfnisse zu psychischer Krankheit führen kann, entstehe so ein Teufelskreis (vgl. ebd., S. 2). Rügger dazu:

„Die Krankheit wirkt wiederum zurück auf den sozialen Handlungsraum (z.B. Beziehungsnetz, Arbeitsplatz) bzw. auf das Lebensführungssystem und seine Integrationsbedingungen. Die Bedürfnisbefriedigung wird noch mehr gefährdet und der beschriebene Prozess verstärkt“ (Rüegger, 2012, S. 2).

Ein weiteres Thema, welches durch Staub-Bernasconi et al. (2012) aufgenommen wird, ist dasjenige der *Sozialen Diagnostik*. Hierbei nehmen sie Bezug auf die Debatte um eine Sozialarbeitsdiagnostik zwischen einem klassifikatorischen, standardisierten Erhebungs- und Auswertungsvorgehen und einem rekonstruktiven, hermeneutischen Vorgehen, anhand welchem die Sinnhaftigkeit der Lebenswelt der Adressatinnen und Adressaten gedeutet werden soll. Sie plädieren hier für einen Mittelweg, kritisieren sowohl die Diagnosesysteme *ICD-10* und auch *ICF*, beziehungsweise das Modell der *Funktionalen Gesundheit*, da diese die soziale Dimension psychischer Krankheit nur mangelhaft aufnehmen würden. Positiver stehen sie den Sozialarbeitsdiagnostikinstrumenten *Person-In-Environment*, der *Systemischen Denkfigur* und dem – sich zur Zeit der Veröffentlichung des Positionspapiers noch in der Evaluationsphase befindenden – *Screening* gegenüber, welches Diagnoseverfahren darstellen, die die soziale Dimension, laut Staub-Bernasconi et al., besser miteinbeziehen (vgl. S. 13-17).

Genau dieses *Screening-Instrument*, wird von Dällenbach et al. (2016) weiter erläutert und durch sogenannte *Bausteine 1-3* erweitert. Sie halten dabei fest, dass sie von einem Verständnis von Sozialer Arbeit in der Psychiatrie ausgehen, das „Instrumente und Verfahren erfordert, welche die Person in ihrem sozialen Umfeld darstellbar macht“ (S. 294). Dieses *Screening* und die *Bausteine 1-3*, stellen ein neues Instrument für die sozialarbeiterische Fallbearbeitung dar (vgl. ebd., S. 309). Stark verbunden damit ist das Konzept der *Integration und Lebensführung*, welches Rüegger und Sommerfeld (2013) auch in ihrem Beitrag im Buch *Soziale Psychiatrie* aufgreifen (vgl. S. 401).

Gegenüber der Deinstitutionalisierung der Psychiatrie kommen Staub-Bernasconi et al. (2012) auf ein spannendes Fazit. So halten sie fest, dass auch wenn diese durchaus ihre Berechtigung habe, es in diesem Gebiet neue Studien brauche, welche auf die Probleme aufmerksam machen, die eine – mitunter auf Grund von betriebswirtschaftlichen Gründen – verkürzte, ambulante Behandlungsdauer mit sich bringen kann (vgl. S. 26).

3.2.2 Ziel, Rolle und Aufgaben

Staub-Bernasconi et al. (2012) gehen in einem Kapitel auf die Zielsetzung Sozialer Arbeit in der Psychiatrie ein. Sie sprechen dabei eine Zielsetzung auf doppeltem Niveau an, nämlich einerseits die „soziale (Re)Integration der Individuen in ihre relevanten sozialen Teilsysteme, die ihr Wohlbefinden so gut als möglich zu gewährleisten vermögen“ und dem gegenüber „im Fall hoher sozialer Beeinträchtigungen durch die Umwelt die Veränderung oder Anpassung krankheitsrelevanter sozialer Akteure/Rollensträger der sozialen Umwelt/Teilsysteme an die individuelle Situation der AdressatInnen“ (S. 29).

Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Befriedigung der sozialkulturellen Bedürfnisse und parallel dazu auf Hindernissen und Barrieren in der Umwelt, welche dies erschweren und durch die Soziale Arbeit abgebaut werden können (vgl. ebd., S. 29).

Nebst einem allgemeinen Selbstverständnis Sozialer Arbeit, definiert die Gruppe um Staub-Bernasconi Überlegungen in Bezug auf das Handlungsfeld Psychiatrie. Demnach interveniert Soziale Arbeit an den Schnittstellen – mit welchen zugeschriebene oder frei gewählte Interaktionsbeziehungen und Mitgliedschaften in Teilsystemen gemeint sind, beispielsweise Familie, Wirtschaft, Freizeit – zwischen Individuen mit psychischer Beeinträchtigung und den Akteuren derer sozialkultureller Umwelt, welche „sowohl für die Problemgenese als auch für ihre Alltags- und Problembewältigung nach der Entlassung relevant sind“ (ebd., S. 8).

So sei es Aufgabe der Sozialen Arbeit, hier jeweils die Frage zu stellen, ob diese sozialen Beziehungen zum Wohlbefinden und der Bedürfnisbefriedigung des Individuums beitragen oder diese eine Problematik zusätzlich verschärfen. Dabei sollen stets die Zugehörigkeiten zu einer Ethnie, Religion, einer Nation oder auch schicht-, und geschlechterspezifische Zugehörigkeiten für eine Problembeschreibung und -genese berücksichtigt werden. Weiter interagiert die Soziale Arbeit auch an der Schnittstelle zwischen Klinik und Sozial- und Gesundheitsdiensten im Umfeld der Klientel. Hierbei geht es um Prozesse wie Aufnahmen, Entlassungen oder Kooperationen zwischen Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens, welche auf ihren förderlichen, beziehungsweise hinderlichen Genesungsanteil untersucht werden. Bestenfalls interveniert Soziale Arbeit *vor* einem stationären Aufenthalt, um diesen vielleicht zu vermeiden, falls dieser eintritt aber auch *während*, sowie *im Anschluss* daran. Sie nimmt ihren professionellen Beitrag in Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen in der Psychiatrie soweit wahr, als dass sie ihr Wissen über die sozialkulturelle Dimension mit einfließen lässt in den Prozess der Aufnahme, in die Diagnosestellung und auch in die Behandlungsprozesse. Sie klärt weiter mögliche soziale Folgen der psychischen Krankheit, sowohl für das betroffene Individuum selbst, wie auch in Bezug auf dessen Umfeld ab. In Kooperation mit dem Adressaten, beziehungsweise der Adressatin, den anderen Professionen und anderen involvierten

Dienststellen, definiert sie sich aus der Fallanalyse ergebende soziale und sozialkulturelle (Re)Integrationsziele, sowohl aus der Sicht des Individuums, wie auch in Hinblick auf die stresserzeugenden, sozialen Teilsysteme innerhalb und ausserhalb der Klinik. Zur Erreichung dieser Ziele bedient sie sich professioneller Methoden der Sozialen Arbeit, welche den Umgang mit Individuen und sozialen Systemen behandeln, wobei Erfolge sowie Nebenwirkungen stetig systematisch evaluiert werden (vgl. Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 9).

Aus diesem Aufgaben- und Zuständigkeitsprofil wird ersichtlich, dass sich die Soziale Arbeit in der Psychiatrie vor allem auf *das Soziale*, beziehungsweise *das Sozialkulturelle* konzentriert – sowie es auch eine Zuständigkeit für *das Medizinisch-Biologische* oder *das Psychisch-Psychologische* gibt. Dies wird auch durch Rüegger und Sommerfeld betont. An dieser Stelle betonen Staub-Bernasconi et al. (2012) – mit Erinnerung an die Wirkungszusammenhänge, welche anhand des bio-psycho-sozial-kulturelles Modell des Menschen aufgezeigt werden sollen – jedoch, dass es sich dabei „vor allem auf zuständigkeitsrelevante Schwerpunkte der obengenannten Professionen handelt“ (S. 9). Deshalb setzt dieses Modell interprofessionelle Teams voraus, in welchen anhand der einzelnen Disziplinen und deren Beitrag ein Austausch stattfindet, welcher sich auch in der Wahl von Zielen, Behandlungen und Methoden widerspiegelt. Finde das Festhalten an diesen Zuständigkeiten jedoch nicht statt, könne dies zu erheblichen Kooperationsproblemen führen (vgl. Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 9 & 10; vgl. Rüegger & Sommerfeld, 2013, S. 402).

Ebenfalls wie Staub-Bernasconi et al. schreiben Rüegger und Sommerfeld (2013), dass Soziale Arbeit im Allgemeinen an der Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft ansetzt. Sie sprechen weiter den sozialpädagogischen, sozialarbeiterischen und sozio-kulturellen Strang der Sozialen Arbeit an, welche analog dazu auf „Bildung im emanzipatorischen Sinn“, auf eine „Verbesserung der materiellen Ressourcen“ und schliesslich auf „systemische Interventionen, die auf die Beeinflussung des Integrationsarrangements und letztlich auch auf die sozialstrukturellen Verhältnisse, mindestens aber auf die soziale Ressourcenlage zielen“ (S. 402). Ausgehend von diesem, auf Integration und Lebensführung gestützten, Blickwinkel definieren sie das Ziel für Soziale Arbeit in der Psychiatrie folgendermassen:

Die Soziale Arbeit hat zum Ziel, die Integration psychisch Beeinträchtigter in die Gesellschaft zu begleiten und zu unterstützen. Ein damit einhergehendes, weiteres Ziel ist die Gestaltung des individuellen Lebensführungssystems eines Individuums und zwar dahingehend, dass dieses ein – aus der Perspektive der Gesellschaft und des Individuums – befriedigenderes Leben gestalten kann, in welchem auch angemessene soziale Beziehungen gepflegt werden können (vgl. ebd., S. 402). Im Idealfall kann die Soziale Arbeit damit „dazu beitragen, dass

das neue Integrationsarrangement über zirkuläre horizontale Regelkreise (Fuchs, 2011, Rüeegger, 2011) auf das Gehirn als 'soziales Organ' (Cozolino 2007) und damit verbundene bio-psychische Prozesse zurückwirkt und einen positiven Einfluss auf den Verlauf der psychischen Krankheit nehmen kann“ (Rüeegger & Sommerfeld, 2013, S. 402).

Was die Grenzen des Zuständigkeitsbereichs der Sozialen Arbeit angeht, beziehen sich Staub-Bernasconi et al. (2012) auf Grawe und meinen dazu in einem Fazit:

„Genau dort, wo Grawe die 'Grenzen der Psychotherapie' markiert, beginnt der Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit als Intervention unter Einbezug von individuellen und kollektiven Mitgliedern des sozialen Umfeldes. Und im Gegenzug lässt sich formulieren: Die 'Grenzen der Sozialen Arbeit' enden beim Zuständigkeitsbereich psychotherapeutischer und psychiatrischer Intervention, aber auch bei denjenigen gesellschaftlichen Machtverhältnissen, zu denen sie aufgrund ihres begrenzten Einflusses keinen Zugang hat“ (S. 19).

In einer Fussnote fügen sie, in Bezug auf eine frühere Arbeit von Staub-Bernasconi (2010) hinzu, dass jedoch viel mehr möglich wäre, als die Soziale Arbeit sich in der Regel zutraut (vgl. ebd., S. 19).

3.2.3 Ausblick und Entwicklungsbedarf

Rüeegger kritisiert in ihrem Plädoyer vor allem die momentane Situation der Sozialen Arbeit in den psychiatrischen Einrichtungen und spricht somit auch einen Entwicklungsbedarf für diese an. Unter knappen Ressourcen und in einem funktionalen Rahmen führe die Soziale Arbeit vor allem delegierte Aufträge aus, wobei sich verschiedene Herausforderungen zeigen würden. Als Herausforderung benennt sie, unter Einbezug von Carigiet (2004), dass die Soziale Arbeit im Gegensatz zu den anderen Professionen im psychiatrischen Kontext, wie zum Beispiel der somatischen Medizin, der Psychologie oder der Psychiatrie als nicht gleichwertig wahrgenommen wird. So werde die Soziale Arbeit zwar vor allem in Form einer Beratungsfunktion bei Mutationen sowie Aus- oder Übertritten gebraucht und geschätzt, gehöre aber nicht zum Kernteam. Professionellen der Sozialen Arbeit werde in der Fallbearbeitung vor allem eine Helfer-Rolle im therapeutischen Prozess zugewiesen, dies obwohl professionelle Soziale Arbeit aufgrund ihres Fachwissens als etabliert gilt. Rüeegger schreibt weiter, dass die soziale Dimension eines Falls, für welche die Soziale Arbeit aufgrund Ihres Anspruches eigentlich zuständig wäre, grundsätzlich in die Zuständigkeit der fallführenden Therapeutin, beziehungsweise des Therapeuten fällt. Dies ist somit zu begründen, dass die Soziale Arbeit im medizinisch-therapeutisch dominierten Bereich keine eigene Expertise, keinen eigenen Funktionsbereich beansprucht. Aufgrund dieses

Umstandes, werde die Ressource der Sozialen Arbeit, die (psycho)soziale Dimension eines Falles zu bearbeiten, in diesem Bereich nicht adäquat genutzt (vgl. Rügger, 2012, S. 1-2).

Auch die Gruppe um Staub-Bernasconi spricht die Funktion der Sozialen Arbeit als Casemanagerin, im Sinne von Koordinatorin der Dienstleistungen, an. Auch wenn die Abklärung von Sozialversicherungsleistungen, die (Re)Integration in die Erwerbsarbeit oder das Finden von Wohnmöglichkeiten nach einem Klinikaufenthalt wichtige Teilaufgaben der Sozialen Arbeit darstellen, umfassen diese jedoch nur Teilfunktionen der Professionellen der Sozialen Arbeit. Ohne den Anspruch zu stellen, dass Professionelle der Klinischen Sozialen Arbeit ihr Methodenwissen gleich zu Beginn mitbringen, setzt die Gruppe jedoch voraus, dass verpflichtende Weiterbildungen, Supervisionen und methodische Spezialisierungen möglich sein müssen (vgl. Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 33).

Rügger (2012) beendet ihr Plädoyer damit, dass sie festhält, „dass aufgrund des Zusammenhangs zwischen der biologischen, psychischen und sozialen Ebene psychischer Krankheit, weder die Psychiatrie, noch die Soziale Arbeit ihren Auftrag alleine, sondern nur in der interprofessionellen Kooperation erfüllen kann“ (S. 3). Als Bedingung für diese interprofessionelle Kooperation, mit der von ihr vertretenen Funktion Sozialen Arbeit, brauche es jedoch entsprechende organisationale Rahmenbedingungen. Um dies zu erreichen, spricht sie sich für eine Überwindung der – schon weiter oben erwähnten – funktionalen Engführung Sozialer Arbeit aus. Dies, um eine ernsthafte interprofessionelle Kooperation zu ermöglichen. Zum Schluss ihres Artikels fordert sie die Soziale Arbeit dazu auf, ihre Expertise weiter zu entwickeln, wobei sie zum einen die soziale Diagnose und zum anderen darauf bezogene Interventionen anspricht. Sie verweist dabei auf Dällenbach, Rügger und Sommerfeld (2012) und somit auf entwickelte Verfahren und Instrumente für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie, welche einerseits schon existieren und zu welchen auch schon erste Anwendungsergebnisse vorhanden sind (vgl. ebd., S. 3).

Auch für Staub-Bernasconi et al. ergeben sich durch die im Positionspapier dargestellten Aspekte gewisse Folgerungen für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Zum einen sollte laut ihnen das *Pflichtenheft* dem im Positionspapier skizzierten Profil entsprechen. Weiter wird von ihnen gefordert, dass – vorausgesetzt, dass bei der Genese und den Folgen psychischer Beeinträchtigungen sowohl soziale, kulturelle, als auch biologische und psychische Faktoren eine Rolle spielen – die Soziale Arbeit nicht bloss punktuell in Fragen um die Wohnungssuche, Ein- und Austritte oder zur Krankenkasse beigezogen wird, sondern in allen Phasen des Behandlungsverlaufs ein *Mitspracherecht* erhält. Soziale Arbeit sollte also optimalerweise in allen Fragen rund um die Individuen – von der Diagnosestellung, über die Zielsetzung, bis hin zur Überprüfung der Interventionen und dem Entlassungszeitpunkt – involviert werden. Weiter sollte sie federführend sein, was die Zeit nach einem

Klinikaufenthalt einer Person und damit verbundene Aufgaben angeht, wobei sie zur Aufgabe hat, die anderen Disziplinen in der Psychiatrie stets über die Entwicklung der Adressaten zu informieren und im Team weitere Entscheidungen zu besprechen. Für die Organisationsstruktur sei zu überlegen, ob nicht eine *eigene Organisationseinheit* innerhalb der Klinik mit eigener fachlicher Leitung der Sozialen Arbeit sinnvoll wäre. Für kleinere Organisationen, mit nur wenigen Professionellen der Sozialen Arbeit, könnte ein klinikübergreifender Verbund entstehen, in welchem sich diese organisieren. Die Arbeitsgruppe spricht weiter den noch jungen *Forschungspfad* der Klinischen Sozialen Arbeit an und schlägt hier einige Themenbereiche – unter anderem Studien zur Lebenssituation von Klientinnen und Klienten oder die Analyse von interprofessionellen Kooperationsstrukturen – vor, welche noch weiter erforscht werden sollten. Als letzten Punkt halten Staub-Bernasconi et al. Folgerungen für die *Weiterbildung* der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter fest (vgl. Staub-Bernasconi et al., 2012, S. 34-35).

So stellen sie den Anspruch, dass „gemäss internationaler Standards erst ein Masterabschluss – ob an einer Fachhochschule oder Universität – für die Ausübung 'klinischer Sozialer Arbeit' berechtigt und durch mehrjährige Weiterbildung und Supervision ergänzt werden muss“ (S. 35).

Sie nehmen hier Bezug auf Professionen im medizinisch-psychiatrischen Bereich, welche ebenfalls an jährlichen, obligatorischen Weiterbildungen teilnehmen. Schliesslich spricht sich die Gruppe für interprofessionelle Weiterbildungen aus, um die Kooperation und das inter- und transdisziplinäre Denken und Handeln zu stärken (vgl. ebd., S. 35).

Rüegger und Sommerfeld (2013) sprechen ebenfalls eine „interprofessionelle Zusammenarbeit als Zukunft der Sozialen Arbeit in der Sozialen Psychiatrie“ (S. 403) an. Auch sie attestieren der Psychiatrie, dass die soziale Dimension in der Diagnostik zu schwach ausgeprägt und zu wenig differenziert sei, weshalb „der Komplexität des psychosozialen Zusammenspiels nicht annähernd Rechnung getragen“ werde (ebd. S. 403). An diesem Punkt kommen sie, mit Bezug auf Werner Obrechts Beitrag zur interprofessionellen Kooperation, auf die Verschränkung unterschiedlicher Wissenssysteme zu sprechen, aus welchen sich ein Mehrwert ergeben soll. Rüegger und Sommerfeld vertreten dabei dieselben Anliegen wie Staub-Bernasconi et al. Aufgrund der sich mehr und mehr bestätigenden Hypothese, dass soziale und neurologische Prozesse in einem relationalen Verhältnis zueinanderstehen, werden die Sozialwissenschaften auch aus einer naturwissenschaftlichen Sichtweise wieder interessanter. So sprechen sie eine, durch Ciompi (2010) proklamierte, *Neuro-Sozialpsychiatrie* an (vgl. ebd., S. 404).

Letztlich halten Rügger und Sommerfeld fest, dass die Soziale Arbeit als Spezialistin für Integrations- und Lebensführungsprobleme agiert und daher die Integration von psychisch beeinträchtigten Personen in die Gesellschaft, sowie auch die Behandlung ebendieser in und mit ihrem sozialen Umfeld vielleicht von der weiteren Entwicklung der Sozialen Arbeit abhängig sein könnte (vgl. Rügger & Sommerfeld, 2013, S. 404). Abschliessend zu diesem Gedanken stellen sie fest:

„Dazu müsste aber die funktionale Engführung der Sozialen Arbeit überwunden und eine ernsthafte interprofessionelle Kooperation im Hinblick auf das psychosoziale Zusammenspiel aufgebaut und mit den entsprechenden Ressourcen versehen werden“ (Rügger & Sommerfeld, 2013, S. 405).

3.3 Strang C: Psychiatriekritische und antipsychiatrisch geprägte Ansätze

Zu diesem Strang ist zu sagen, dass er sicherlich am meisten von den anderen abweicht. Dies, weil es aufgrund weniger aktueller Literatur, mit meist kaum direktem Bezug auf Soziale Arbeit, sich als schwierig herausstellte, eine homogene, auf die Rolle der Sozialen Arbeit gerichtete Sichtweise auszuarbeiten. Weiter wird die Ansicht, dass psychiatrische Krankheiten überhaupt existieren, hier gänzlich in Frage gestellt. Es soll jedoch den Versuch darstellen, auch alternative – oft an antipsychiatrischen Ideen anknüpfende – Meinungen zu sammeln und aufzuzeigen, was diese für die Soziale Arbeit bedeuten, beziehungsweise bedeuten könnten. Im Vordergrund steht bei diesem Ansatz ganz klar eine psychiatriekritische Haltung, welche sich indirekt auch auf die Soziale Arbeit als Teil oder Mitgestalter innerhalb der Psychiatrie richtet. Somit steht hier die Soziale Arbeit an sich zwar nicht im Zentrum, es wird jedoch versucht aus den Aussagen herauszukristallisieren, was die Überlegungen für die Soziale Arbeit bedeuten könnten. Weiter beschäftigt zum Beispiel das *Weglaufhaus „Villa Stöckle“* in Berlin – welches in diesem Strang exemplarisch aufgenommen wird – auch professionell ausgebildete Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, beziehungsweise Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen. Anhand der Konzeption des Weglaufhaus „Villa Stöckle“ soll ein Blick auf die antipsychiatrische Praxis geworfen werden, während der Text von Thilo von Trotha Anregungen zur *Neuen Antipsychiatrie* behandelt und der Beitrag von Dellwing und Harbusch eine *soziologisch-psychiatriekritische* Perspektive beleuchtet. Anhand dieser Beiträge wird nun Strang C anhand der selben Kriterien wie Strang A und B untersucht.

3.3.1 Grundannahmen und Ansätze

Das Weglaufhaus „Villa Stöckle“, welches hier exemplarisch aufgegriffen wird, stellt eine stationäre Kriseneinrichtung dar, die sich an wohnungslose, psychiatriebetroffene Personen wendet. Sie orientiert sich einerseits stark an Ideen der *Antipsychiatriebewegung der Siebziger- und Achtzigerjahre* und andererseits an einer *neuen Antipsychiatrie*, die aus Erfahrungen der Psychiatriebetroffenen- und Selbsthilfebewegungen hervorging (vgl. Konzeption Weglaufhaus, 2010, S. 3). Aus ihrem Konzept sind Grundannahmen zu entnehmen, welche sich auch auf die Mitarbeiter des Hauses – unter anderem Professionelle der Sozialen Arbeit – übertragen lassen.

So sprechen sie eine grundsätzliche Freiwilligkeit der Inanspruchnahme des Angebotes an. Alle Personen sind freiwillig in der Einrichtung und können diese jederzeit verlassen. Personen können somit nur an das Weglaufhaus vermittelt werden, wenn dies im Wille der betroffenen Person geschieht. Die Idee einer Erkrankung der Psyche wird strikt abgelehnt.

Es wird somit weder nach einer vorherigen Diagnose gefragt, noch wird eine neue gestellt (vgl. Konzeption Weglaufhaus, 2010, S. 4).

Als Folgen von psychiatrischen Krankheitsbegriffen werden vom Weglaufhaus „Diskriminierung, Stigmatisierung, soziale Abwertung und in den meisten Fällen die Verabreichung von Psychopharmaka sowie die Rechtfertigung von Zwangsmassnahmen“ (Konzeption Weglaufhaus, 2010, S. 4) genannt. Allgemein werden psychiatrische Sicht- und Behandlungsweisen als schädlich gesehen und daher abgelehnt. Sie sehen die Bewohner des Weglaufhauses nicht als krank an, weshalb sie stets auch für ihre Handlungen und Äusserungen verantwortlich bleiben (vgl. ebd., S. 4). Es wird daher, statt von Krankheit, von *Krisen* gesprochen, welche sie folgendermassen definieren:

„Für die Arbeit im Weglaufhaus 'Villa Stöckle' bezeichnet der Begriff Krise die aktuelle Zuspitzung der sozialen und existentiellen Situation mit den Folgen, dass den Betroffenen die Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten, die zur Bewältigung seiner/ihrer schwierigen Lebenssituation notwendig sind, momentan fehlen. Die Anlässe für eine Krise können innerer und/oder äusserer Natur sein. In einer solchen akut bedrohlichen Lebenssituation sind die Betroffenen häufig nicht mehr in der Lage, soziale Netzwerke und/oder bestehende Hilfesysteme in Anspruch zu nehmen. Nahe Bezugspersonen oder andere soziale Kontakte sind entweder überfordert, reichen als Unterstützung nicht aus oder fehlen ganz. Krisen sind (...) nicht Ausdruck einer Krankheit oder eines Defizits, sondern einer Überforderung der eigenen Bewältigungsstrategien und des sozialen Umfeldes. Jedes Verhalten, auch ungewöhnliches, übernimmt im Leben des jeweiligen Menschen eine Funktion und kann ein Lösungsversuch einer konfliktreichen Situation sein. Neben individuellen Faktoren finden sich immer auch gesellschaftliche und soziale Ursachen, die zu einer Krise führen. Dies können sein: Einschränkungen in den Entfaltungsmöglichkeiten, Verweigerung des Zugangs zu Ressourcen, Entzug der Lebensgrundlagen und als Existenz bedrohend wahrgenommene Ereignisse. Krisen sind ein normaler Bestandteil des Lebens und eine Chance zu konstruktiven Veränderungen. Jeder Mensch hat erheblich mehr an Erfahrungen, Handlungsmöglichkeiten und Veränderungspotenzial, als in der krisenhaft zugespitzten Situation sichtbar und verfügbar sind“ (Konzeption Weglaufhaus, 2010, S. 3).

Da mindestens die Hälfte der Mitarbeitenden der Villa Stöckle eigene Psychiatrieerfahrungen haben, basiert ein Grossteil der Qualität in der Krisenarbeit auf eigenen Erfahrungen. Grossen Wert wird auf Transparenz in Bezug auf die Hierarchie gelegt, so sollen Personen jederzeit über alles was sie betrifft Bescheid wissen, beziehungsweise Einsicht in jegliche Dokumente haben (vgl. ebd. S. 4).

Dellwing und Harbusch (2013) stellen eine Verbindung zu einer Ablehnung oder zumindest einer kritischen Sichtweise auf psychiatrische Diagnosen her, indem sie mit soziologischem Blick festhalten, dass die Entscheidungen darüber, was als Krankheit gilt und was nicht und wie innerhalb der Institutionen mit ebendiesen Krankheiten umgegangen wird, „sozial eingebettet sind, soziale Ordnungen reproduzieren und somit keine einfachen 'Erkenntnisse' wissenschaftlicher 'Wahrheit' darstellen“ (S. 11). So beschreiben sie später in ihrem Beitrag unter einer konstruktivistischen Sichtweise nebst der Psychiatrie und anderen Erziehungsberufen auch die Soziale Arbeit als *Krankheitskonstrukteure*, da durch biologische, psychologische oder eben auch soziale Erklärungsmuster eine Idee von *normal*, beziehungsweise *nicht normal* ständig reproduziert wird (vgl. Dellwing & Harbusch, 2013, S. 15 & 16). Weiter halten sie zum Thema Krankheitskonstruktion – mit Bezug auf Whitaker (2010, 2011) – fest:

„Dass 'Krankheitstreiberei' hier auf höheren Ebenen zunehmend bewusst vollzogen wird, wurde häufig und plausibel argumentiert. Dass helfende Institutionen das in bestem Wissen und Gewissen reproduzieren und selbst Treiber ihrer eigenen Medikalisierung werden, ist ebenso unstrittig“ (ebd., S. 20).

Thilo von Trotha war wesentlich an der Konzipierung, Realisierung und letztlich an der Gründung des Weglaufhauses beteiligt. In seinem Aufsatz *Unterwegs zu alten Fragen: Die Neue Antipsychiatrie* erläutert er weitere für diesen Strang relevante Punkte. So deckt von Trotha (2001) drei zentrale Elemente auf, anhand welcher Anliegen einer neuen Antipsychiatrie – laut ihm – von der Psychiatrie aufgenommen, entschärft und umgedeutet wurden. Er spricht dabei den *Behandlungsvertrag*, das *Psychoseseminar* und den *Triolog* an. Von Trotha steht diesen drei, in den letzten Jahrzehnten entstandenen und oft als Errungenschaften betitelten Elementen sehr kritisch gegenüber (vgl. S. 204-207). So sieht er beispielsweise den Begriff Psychose als „fachsprachliches Kunstwort“ (ebd., S. 205) und meint weiter dazu:

„'Psychose' ist also zunächst einmal etwas, das man sich als diskursiven Verweis aneignen, richtig oder falsch verwenden, beschreiben, kritisieren, analysieren – auf keinen Fall aber erfahren kann. Verrückte erfahren keine 'Psychosen', sondern Visionen, panische Angst, Euphorie, Verfolgung, Verzweiflung oder andere emotionale hochintensive Zustände, deren unmittelbare Anlässe und Auswirkungen für Andere nicht mehr einfühlbar sind“ (ebd., S. 205).

So wird aus seinem kritischen Text eine klare Haltung deutlich, welche aus Reformen entstandene, teils auch aus der Sicht der Sozialen Arbeit wünschenswerte Neuerungen, wie zum Beispiel den Triolog, als das Anstreben einer exklusiven Deutungshoheit der Psychiatrie sieht.

3.3.2 Ziel, Rolle und Aufgaben

Aus der soziologisch-psychiatriekritischen Sichtweise, welche Dellwing und Harbusch einnehmen, geht hervor, dass sie die Psychiatrie, Psychologie und eben auch die Soziale Arbeit allem voran als Anbieter von Verwaltungslösungen sehen. So werde durch diese Professionen eine soziale Kontrollfunktion in sozialen Konflikten ausgeführt, was wiederum das individualisierte Bild des freien, vernünftigen Menschen festigt, indem das abweichende Verhalten pathologisiert wird. Sie betonen jedoch, dass die Soziale Arbeit in der Psychiatrie natürlich weder zum Ziel habe, sich als krankheitsdefinierende Profession zu sehen, noch psychische Krankheit als vorgeschriebene Rolle zu verstehen (vgl. Dellwing & Harbusch, 2013, S. 18 & 19).

Um ihr eigentliches Ziel, „gebrochene Situationen kitten zu helfen“ (ebd., S. 19), zu erreichen, bedient die Soziale Arbeit sich jedoch dem Vokabular der psychischen Krankheiten – auch weil es keine Thematisierungsalternative gebe. Um in eine handelnde Position innerhalb des psychiatrischen Systems zu geraten, verwende sie deshalb auch deren Termini und somit auch Zu- und Beschreibungen, zur Bearbeitung eines Falls (vgl. ebd., S. 19).

Das Berliner Weglaufhaus nennt als Ziel zum einen die Überwindung akuter Krisensituationen mit dem längerfristigen Ziel der persönlichen, sozialen und psychischen Stabilisierung. Weiter die Befähigung zu einem selbstbestimmten Leben und die Unterstützung in der Suche nach einem geeigneten Wohnraum. Sie sprechen dabei konkret folgende Ziele an, von welchen auch die Aufgaben ausgehen: *Existenzsicherung* im Sinne einer sozialen und gesundheitlichen Grundstabilisierung, worunter sie das zur Verfügung stellen einer Wohnmöglichkeit, Kleidung, basale soziale Kontakte und eine gesundheitliche und finanzielle Grundversorgung verstehen. *Krisenintervention und persönliche Stabilisierung*, was durch eine Krisenbegleitung und das Aufbrechen sozialer Isolation durch die (Re)Aktivierung sozialer Kontakte angestrebt wird. Weiter zählen sie diesem Ziel auch die Eindämmung fremd- und selbstgefährdender Tendenzen und die Verarbeitung der eigenen Psychiatriebetroffenheit mit Blick auf Bewältigungsstrategien, im Falle einer neuen Krise, hinzu. Mit *Perspektivplanung und -realisierung* ist die Suche einer eigenen Wohnung, beziehungsweise einer anderen geeigneten Wohnform und die Minderung sozialer Schwierigkeiten, mit Blick auf zukünftige Hilfeangebote gemeint. Als letztes Ziel halten sie *Hilfe zur Selbsthilfe* fest, womit die Aktivierung eigener Möglichkeiten und Ansätze bei einem Wiederauftreten einer Krise, aber auch ein selbstbestimmter, selbstbewusster Umgang mit dem psychiatrischen Versorgungssystem und das Kennen von Rechten, Pflichten, Möglichkeiten und bürokratischen Vorgängen innerhalb des Hilfesystems gemeint ist (vgl. Konzeption Weglaufhaus, 2010, S. 9 & 10).

Zu den *Methoden* hält das Weglaufhaus fest: „Methoden, die eine künstliche Distanz zwischen 'Helfer_Innen' und 'Klient_Innen' schaffen, werden in der konkreten Arbeit der Neuen Antipsychiatrie, so weit [sic!] es geht, vermieden“ (Konzeption Weglaufhaus, 2010, S. 23).

Entscheidender Faktor der Unterstützungsarbeit sei dabei die „persönliche, vertrauensvolle Beziehung, um die sich die sozialpädagogischen Fachkräfte und (potenzielle) Bewohner_Innen vom ersten Kontakt an bemühen“ (ebd., S. 23).

Nichtsdestotrotz arbeiten auch im Weglaufhaus Professionelle der Sozialen Arbeit mit einer – individuell auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen, beziehungsweise der Bewohner abgestimmte – Hilfeplanung. Diese stellt die Grundlage der Leistungserbringung dar und orientiert sich an den oben genannten Zielen. Weiter wird ab dem Eintritt eine Krisendokumentation geführt, welche den Verlauf der Krise und den Weg zu angestrebten Zielen festhält (vgl. ebd., S. 25).

Bezüglich den Mitarbeitenden ist im Konzept festgehalten, dass das Team aus sozialpädagogischem Fachpersonal besteht, wobei dieses zusammengesetzt ist aus einerseits staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagoginnen, beziehungsweise Sozialarbeitern und Sozialpädagogen, aber auch aus Personen, welche aufgrund gleichwertiger Erfahrungen und Fähigkeiten dem diplomierten Fachpersonal gleichgestellt sind. Auf einen Mitarbeitenden kommen dabei zwei Bewohnerinnen, beziehungsweise Bewohner. Weiter halten sie fest, dass nebst den fachlichen Abschlüssen andere Qualifikationskriterien ausschlaggebend sind. Einerseits nennen sie hier die Ablehnung des psychiatrischen Krankheitsmodells, Diagnostik und der Zwangsmethoden, weiter das Selbstbestimmungsrecht der Individuen, welches den Mittelpunkt ihrer Arbeit darstellt. Wie bereits angesprochen, spielt auch die eigene Psychiatriebetroffenheit eine Rolle, da im Weglaufhaus mindestens die Hälfte der Mitarbeitenden psychiatriebetroffen ist. Dies begründen sie einerseits damit, dass den Bewohnerinnen und Bewohnern so Beispiele zur Verfügung stehen, dass es möglich ist, die eigene Psychiatrieerfahrung zu verarbeiten und ein geregeltes Leben jenseits des psychiatrischen Versorgungssystems zu führen (vgl. ebd. S. 15 & 16).

Weiter werde durch eine „reflektierte eigene Krisenerfahrung, die auch die nicht-betroffenen Mitarbeiter_Innen haben, eine besondere Empathie und eine grössere Toleranz gegenüber extremen Handlungs- und Wahrnehmungsweisen“ ermöglicht (ebd. S. 16).

3.3.3 Ausblick und Entwicklungsbedarf

Aufgrund dessen, dass es von diesem Strang her keine konkreten Forderungen an die Soziale Arbeit gibt, fällt dieses Unterkapitel kürzer als die anderen aus. Nichtsdestotrotz gibt es durch Thilo von Trotha eine Forderung nach mehr Räumen, welche sich an Konzepten der Antipsychiatrie – als Beispiel dient hier das Weglaufhaus Villa Stöckle – orientieren.

Thilo von Trotha geht am Ende seines Textes auf eine Zwickmühle ein, in welcher die neue Antipsychiatrie steckt. So lehne sie einerseits den psychiatrischen Krankheitsbegriff ab, was konsequent zu Ende gedacht bedeutet, dass Menschen in Krisen als ernst zu nehmende Individuen betrachtet werden müssen, weshalb ihr Recht auf Selbstbestimmung, ihre Zurechnungsfähigkeit, aber auch die Verantwortlichkeit ihres Handelns ihnen in keinem Falle aberkannt oder beschnitten werden darf. Andererseits ist man sich durchaus bewusst, dass Menschen, welche eine Krise durchleben, andere Wahrnehmungen, andere Deutungsmuster für die Welt entwickeln, welche sich mit dem Grossteil der Mitmenschen nicht decken, die für die Betroffenen selbst jedoch nicht weniger real sind. Aufgrund dieser Tatsache sind sie auf Toleranz, Verständlichkeit und Geduld angewiesen, welche ihnen in eigens dafür entwickelten Orten begegnet. Es wird also anerkannt, dass es spezifisch qualifizierte Räume, in welchen ungewöhnliches Verhalten möglich ist, braucht (vgl. von Trotha, 2001, S. 209).

Abschliessend hält von Trotha (2001), mit einem Hinweis darauf, dass auch die neue Antipsychiatrie bei weitem nicht die Antwort auf alle Widersprüchlichkeiten der Psychiatrie ist fest:

„An solchen Orten konkretisiert sich Antipsychiatrie zum Anderen der Psychiatrie, dessen Verwirklichung das stärkste Argument des psychiatrischen Diskurses nach und nach entkräften könnte: seine faktisch geltende und praktisch (fast) unbestrittene Alternativlosigkeit“ (S. 209).

4. Resümee

Der Abschluss der hier vorliegenden Arbeit ist in zwei Teile gegliedert. Als erstes werden die Erkenntnisse der vorhergehenden Kapitel nochmals zusammengefasst und reflektiert. Dabei wird angestrebt, die drei herausgearbeiteten Stränge zu vergleichen. Dabei sollen die grössten Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten im Vordergrund stehen.

Im zweiten Teil des Resümees steht eine persönliche Einschätzung des aktuellen Diskussionsstands im Fokus. In der Auseinandersetzung mit der Thematik haben sich mir als zukünftig Professioneller der Sozialen Arbeit natürlich auch Fragen aufgedrängt. Auf diese werde ich in diesem Teil versuchen, Antworten aus meiner Warte zu geben. Dies auch mit dem Hintergrund, dass ich im Rahmen meiner Ausbildung und nun auch darüber hinaus mit dem Handlungsfeld der Sozialen Arbeit – vor allem auch der Sozialpädagogik – im psychiatrischen Kontext in Berührung kam, wobei dies nie in einer Psychiatrie selbst geschah.

4.1 Zusammenfassen der Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Fassen wir an dieser Stelle noch einmal zusammen: Im Strang A wurden hermeneutisch geprägte, sehr auf den Alltag und die Lebenswelt gerichtete Texte zusammengetragen. Diese Orientierung am Alltag und der Lebenswelt wird ganz besonders auch in der Zieldefinition der Sozialen Arbeit sichtbar, da diese Begriffe darin auch ihren Platz finden. Dies wirkt sich auch auf die Rolle der Sozialen Arbeit aus, da diese in der Lebenswelt der Adressatinnen und Adressaten tätig ist und besonders einen gelingenderen Alltag anstrebt (vgl. Kapitel 3.1.1 & 3.1.2).

Was die Grundannahmen angeht, gibt es einige Gemeinsamkeiten mit Strang B, welcher sich vor allem um eine Besserstellung der Sozialen Arbeit bemüht. Gemeinsamkeiten sind beispielsweise eine salutogenetische Sichtweise von Gesund- und Krankheit oder auch die Kenntnisnahme, dass es psychische Krankheiten gibt, worin sie sich vom Strang C unterscheiden. Auch zur Erklärung, wie diese Krankheiten entstehen, sind die Ansätze von Strang A und B sehr ähnlich – beide gehen von einem multifaktoriellen Ansatz aus. Also davon, dass ein Zusammenspiel sowohl biologischer, psychischer sowie soziokultureller Faktoren zu psychischer Krankheit führt (vgl. Kapitel 3.1.1, 3.2.1 & 3.3.1).

Während sich Strang A hauptsächlich auf die Lebenswelt der Klientel und einen gelingenderen Alltag konzentriert, in welchem Biographiearbeit, Ressourcen- und Subjektorientierung eine grosse Rolle spielen, nimmt Strang B primär eine problemorientierte Position ein – wobei auch hier Ressourcen wichtig sind. Dies lässt sich daran erkennen,

dass vor allem auf Bedürfnisspannungen eingegangen wird und versucht wird, diese aufzulösen (vgl. Kapitel 3.1.1 & 3.2.1).

Weiter wird in Strang B vehement auf eine Besserstellung der Sozialen Arbeit innerhalb des psychiatrischen Handlungsfelds gepocht, was mit einer Professionalisierung einher gehen soll. Dies geht so weit, dass laut Strang B die Soziale Arbeit in allen Prozessen – im Sinne einer ernststen interprofessionellen Zusammenarbeit – involviert sein sollte. Im Strang A wird demgegenüber dazu aufgerufen, sich einerseits der eigenen Grenzen bewusst zu werden und andererseits innerhalb dieser Grenzen selbstbewusster aufzutreten und kritisiert nebenbei, dass der Sozialen Arbeit dies im Zuge der Professionalisierung nicht gelungen ist. Sowohl Strang A, wie auch Strang B fordern im psychiatrischen Bereich stetige Weiterbildungen und Supervisionen für professionelle der Sozialen Arbeit, wobei die Autoren in Strang B sich hier ganz klar für einen Masterabschluss in Klinischer Sozialer Arbeit positionieren (vgl. Kapitel 3.1.3 & 3.2.3).

Strang C nimmt hier auf den ersten Blick ganz klar eine Gegenposition zu den anderen beiden Strängen ein. Zum einen orientieren sich die Ideen der neuen Antipsychiatrie mehr an Erfahrungen von Psychatriebetroffenen als an Forschungsergebnissen, an akademischen Studiengängen oder an Professionalisierungsprozessen. Auch sind beispielsweise im Weglaufhaus – welches als exemplarisches Praxisbeispiel diente – nur die Hälfte der Mitarbeitenden ausgebildetes Fachpersonal, wobei hier explizit Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen genannt werden. Das Konzept der psychischen Krankheit wird abgelehnt, weiter werden sämtliche Termini der Psychiatrie als schädlich betrachtet. Hier sehen wir grundlegende Diskrepanzen zu den beiden anderen Strängen. Da im Strang C grundsätzlich eine institutionskritische Haltung vertreten wird, könnte dies für die Rolle der Sozialen Arbeit durchaus ebenfalls eine Eindämmung bedeuten. Aus dem Konzept des Weglaufhaus wird zwar deutlich, dass hier Begriffe wie Professionalisierung nicht auftauchen und beispielsweise vorsichtig mit dem Begriff der Methoden umgegangen wird. Bei genauerer Betrachtung gibt es jedoch auch einige Schnittmengen aller drei Stränge, welche typisch sozialarbeiterisch, beziehungsweise sozialpädagogisch sind (vgl. Kapitel 3.3.1-3.3.3).

So haben sie alle drei Stränge folgende Kernthemen gemein: die Unterstützung im Erhalt oder im Finden eines Wohnraums oder eines Arbeitsplatzes, Begleitung in finanziellen und administrativen Fragen, aber auch das Angebot eines Gesprächs, Hilfestellungen in lebenspraktischen Beriechen wie Haushalt, Alltags- und Freizeitgestaltung. Letztendlich auch einfach das Dasein für eine Person in einer Krisensituation und das kooperative Hinarbeiten, auf ein möglichst selbstständiges, gesundes Leben, in welchem auch soziale Kontakte stattfinden. Dies sind Themen, welche alle drei Stränge – so unterschiedlich ihre Ansätze und Grundannahmen auf denen sie gebaut sind auch sein mögen – verbindet. Interessant ist

dies, weil daraus ersichtlich wird, dass im Handlungsfeld der Psychiatrie – und wahrscheinlich auch darüber hinaus – auch wenn von unterschiedlichen Grundannahmen ausgegangen wird, Klarheit über einen Grossteil der Zuständigkeit der Sozialen Arbeit herrscht (vgl. Kapitel 3.1.2, 3.2.2. & 3.2.3).

Dieser Umstand soll jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die verschiedenen Stränge durchaus auch andere Forderungen an die Zukunft der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie stellen. Während im Strang A eine Rückbesinnung auf die lebensweltorientierte Arbeit als Fundament für weitere Methoden und Konzepte gefordert wird, geht Strang B ganz klar auf eine Überwindung der Engführung der Sozialen Arbeit ein. So sind diese sich überschneidenden, klar scheinenden Aufgaben für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie eben doch nicht so klar, sondern zeigen nur ein Bild der grundlegendsten Aufgaben, welche momentan von der Sozialen Arbeit ausgeführt werden. Aufgrund des Mangels an Literatur konnten für Strang C leider keine, auf die Soziale Arbeit zugeschnittene, Zukunftsforderungen aufgezeigt werden. Das abschliessende Zitat von Thilo von Trotha kann jedoch als ein Plädoyer für mehr alternative, antipsychiatrisch geprägte Räume für Menschen in Krisensituationen gedeutet werden, in welchen auch die Soziale Arbeit ihren Platz findet (vgl. Kapitel 3.1.2, 3.2.2. & 3.2.3).

4.2 Persönliche Einschätzung des aktuellen Diskurses

Da ich selbst, im Rahmen eines Praktikums während meines Studiums und nun auch darüber hinaus als angehender Sozialpädagoge, in Handlungsfeldern mit Menschen mit Psychiatrieerfahrungen und psychiatrischen Diagnosen arbeiten durfte, beziehungsweise es momentan tue, ist dieses Thema für mich besonders interessant. So haben sich für mich einerseits aus der Auseinandersetzung mit der vorliegenden Bachelorarbeit, als auch aus Erfahrungen aus meinem Arbeitsalltags Überlegungen aufgedrängt, auf welche ich in diesem letzten Teil eingehen werde.

Zu meiner persönlichen Einschätzung in Bezug auf den Diskussionsstand ist mir folgendes aufgefallen: Als den – aus Sicht der Sozialen Arbeit – aktuell meistvertretenen Ansatz würde ich ganz klar Strang B benennen. Hierzu gibt es mittlerweile eine Fülle an Literatur, einen grossen Kreis, engagierter und renommierter Autoren und auch aktuelle Forschungsarbeiten. Mit Hilfe dieser neuen Forschungsergebnisse werden wiederum neue, für die zukünftige Klinische Soziale Arbeit relevante, Instrumente geschaffen und es wird angestrebt, die Engführung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie zu überwinden, um letztendlich adäquatere Behandlungsprozesse zu ermöglichen. Weiter geht dies auch mit der – beispielsweise durch den Schweizer Fachverband der Professionellen der Sozialer Arbeit *Avenir Sociale*

bestrebten – Professionalisierung der Sozialen Arbeit einher (vgl. AvenirSocial, 2010, S. 13; vgl. Kapitel 3.2).

Strang A, welcher wohl den am zweitmeisten vertretenen Ansatz darstellt, orientiert sich meines Erachtens zu sehr an einer hermeneutischen Sichtweise, um Strang B im fachlichen Diskurs zu überholen. In der – gerade sozialpädagogischen – Praxis werden wohl viele der lebensweltorientierten Grundsätze noch immer vertreten und das Konzept an sich genießt immer noch einen hohen Stellenwert. Und gerade im psychiatrischen Handlungsfeld, wo viel mit Diagnosen gearbeitet wird, ist meines Erachtens als Gegenpol zum Institutionellen eine Orientierung am Alltag, an der Lebenswelt des Subjektes bestimmt sehr wichtig. In meinen Augen wäre jedoch eine Besserstellung der Sozialen Arbeit wichtiger. Dies, da – gestützt auf die Forschungen zur sozialen Dimension von psychischer Krankheit – für eine Verbesserung der Krisenlage eines betroffenen Individuums stets auch das Soziale, beziehungsweise das Soziokulturelle berücksichtigt werden muss. Um dieses Ziel zu erreichen, glaube ich, reicht es nicht aus eine, auf die Lebensweltorientierung gestützte, methodisch-professionelle Haltung gegenüber anderen Disziplinen in der Psychiatrie zu vertreten. Ich denke, um eine ernsthafte, interprofessionelle Kooperation zu erreichen, ist eine, wie in Strang B geforderte, weitere Professionalisierung – und damit einhergehend eine Gleichstellung mit den anderen Professionen im psychiatrischen Handlungsfeld – anzustreben (vgl. Kapitel 3.1 & 3.2).

Für Strang C bleibt zu sagen, dass es sich um denjenigen handelt, welcher wohl am meisten Ablehnung in der Sozialen Arbeit erfährt. Dies, obwohl beispielsweise die Stigmatisierung durch psychische Diagnosen durchaus bekannt sind, was ich selbst während meines Studiums zum Beispiel unter dem Begriff *labeling approach* lernen durfte. Trotzdem lassen sich wohl vergleichsweise kaum sozialpädagogische und sozialarbeiterische Einrichtungen finden, welche den Begriff der psychischen Krankheit strikt ablehnen – auch wenn ich aus persönlicher Erfahrung sagen kann, dass im fachlichen Austausch Thematiken, wie zum Beispiel Diagnosen oder Medikationen, auch kritisch diskutiert werden. Ich persönlich finde alternative, antipsychiatrisch geprägte Ansätze spannend, gerade auch wenn diese im Kontext der Geschichte der Psychiatrie gesehen werden. Diese zeigt, dass es auch in den siebziger Jahren antipsychiatrische Anliegen waren, welche dann zum Teil zu Verbesserungen für die Psychiatriebetroffenen führten. Daher denke ich, bleibt es interessant – auch für die Soziale Arbeit – diese Bewegungen nicht gleich abzuschreiben, sondern sich konstruktiv und auch kritisch damit auseinanderzusetzen (vgl. Kapitel 3.3).

Letztendlich würde ich mich also im Strang B positionieren, wobei ich hier einem zu starken Expertenstatus der Sozialen Arbeit gegenüber der Klientel durch sozialarbeiterische Diagnosen und Verfahren auch kritisch gegenüberstehe. Diesen fehlenden Anteil finde ich dann eher in den anderen beiden Strängen wieder, welche versuchen die Hierarchie aufzubrechen. Schliesslich wäre es, aus meiner Sicht, tragisch, wenn Professionelle der Sozialen Arbeit sich zu *Ärzten für das Soziale* entwickeln würden.

Literaturverzeichnis

- Becker, Thomas & Krumm, Silvia. (2012). Historische Aspekte und Konzepte der Sozialpsychiatrie. In Rensch, Katharina, Schlüter-Müller, Susanne, Schmid, Marc & Tetzler, Michael (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik*. (S. 40-57). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Brückner, Burkhard. (2016). Geschichte der psychiatrischen Sozialarbeit in Deutschland im 20. Jahrhundert – ein Überblick. In Dörr, Margret (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit*. (S. 21-32). Hohengehren: Schneider Verlag.
- Clausen, Jens & Eichenbrenner, Ilse. (2016). *Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen* (2. überarb. & erw. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Dällenbach, Regula, Hollenstein, Lea, Rügger, Cornelia & Sommerfeld, Peter. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Dellwing, Michael & Harbusch Martin. (Hrsg.). (2013). *Krankheitskonstruktionen und Krankheitstreiberei. Die Renaissance der soziologischen Psychiatriekritik*. Wiesbaden: Springer VS.
- Dörr, Margret. (2005). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. München: Reinhardt UTB.
- Gahleitner, Silke Birgitta. (2012). Klinische Sozialarbeit. In Rensch, Katharina, Schlüter-Müller, Susanne, Schmid, Marc & Tetzler, Michael (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik*. (S. 90-109). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Homfeldt, Hans Günther. (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In Thole, Werner (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl.) (S. 489-503). Wiesbaden: Springer VS.
- Mühlum, Albert & Pauls, Helmut. (2005). Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 1 (1), 6-9.
- Obert, Klaus. (2016). Alltags- und Lebenswelt orientiertes Sozialpsychiatrisches Handeln aus Sicht der Sozialen Arbeit. In Dörr, Margret (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit*. (S. 49-64). Hohengehren: Schneider Verlag.
- Quensel, Stephan. (2018). *Irre, Anstalt, Therapie. Der Psychiatrie-Komplex*. Wiesbaden: Springer VS.

Rüegger, Cornelia. (2012). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Gefunden am 30.07.2018 unter http://blogs.fhnw.ch/sozialarbeit/files/2013/02/Soziale-Arbeit-in-der-Psychiatrie_2012.pdf

Rüegger, Cornelia & Sommerfeld, Peter. (2013). Soziale Arbeit in der Sozialen Psychiatrie. In Kawohl, Wolfram & Rössler, Wulf (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendung* (S. 396-406). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Staub-Bernasconi, Silvia, et al.*. (2012). Soziale Arbeit und Psychiatrie. *Positionspapier zum professionellen Beitrag der Sozialen Arbeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich*. Gefunden am 28.08.2018 unter https://www.pukzh.ch/default/assets/File/Positionspapier%20Soziale%20Arbeit_14_11_2014.pdf

von Trotha, Thilo. (2001). Unterwegs zu alten Fragen: Die Neue Antipsychiatrie. In Roth, Karin (Hrsg.), *Antipsychiatrie. Sinnerzeugung durch Entfesselung der Vielstimmigkeit (=Zeitschrift für Systemische Therapie)*, 19 (4) (S. 201-210). Dortmund: Verlag modernes Lernen.

Wollschläger, Martin. (Hrsg.). (2001). *Sozialpsychiatrie*. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven. Tübingen: dgvt-Verlag.

Quellenverzeichnis

AvenirSocial. (2010). Beufskodex Soziale Arbeit Schweiz. *Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Professionelle Soziale Arbeit Schweiz.

Konzeption Weglaufhaus. (2010). Konzeption der Kriseneinrichtung Weglaufhaus „Villa Stöckli“. Berlin: Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V..


Abbildungsverzeichnis

Titelbild: gefunden am 11.09.2018 unter <https://www.emuseum.ch/objects/72784/ted-gordon--collection-de-lart-brut-lausanne?ctx=98452eba-a8cb-4ac6-884a-1e387eaf64e1&idx=0>

Einverständniserklärung

Ich erkläre hiermit:

dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.



_____ St. Gallen, 9. Oktober 2018


Manuel Riederer

Veröffentlichung Bachelorarbeit

Ich bin damit einverstanden, dass meine Bachelor Thesis bei einer Bewertung mit der Note 5.5 oder höher, der Bibliothek für die Aufnahme ins Ausleiharchiv und für die Wissensplattform Ephesos zur Verfügung gestellt wird.

ja

nein



_____ St. Gallen, 9. Oktober 2018

Manuel Riederer