



Leseprobe aus Friesel-Wark, Die Dimension des Körpers im Kontext
Sozialer Arbeit in der Psychiatrie,
ISBN 978-3-7799-6956-3 © 2022 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz,
Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/
gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6956-3](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6956-3)

Inhalt

Danksagung	11
Einleitung	13
Zum Aufbau der Arbeit	21
Grundlegendes zu den verwendeten Begriffen	25
Teil I Darstellung der theoretischen Zugänge	27
1 Soziale Arbeit in der Psychiatrie	28
1.1 Zur Etablierung der Berufsgruppe der Sozialen Arbeit aus Sicht einer Zeitzeugin	29
1.2 Sozialpsychiatrie – Entwicklungslinien unter besonderer Berücksichtigung des Zugangs zum Körper	30
1.3 Gegenstandsbestimmung und Leitlinien	35
1.3.1 Das Problem einer „theoriearmen“ Sozialpsychiatrie	36
1.3.2 Subjektorientierung als zentrales Paradigma	40
1.3.3 Orientierung an der Biografie als Leitlinie	42
1.3.4 Lebensweltorientierung als Leitlinie	44
1.4 Lebensweltorientierung und der Zusammenhang von Zeit und sozialer Struktur	47
1.4.1 Die Medikalisierung sozialer Probleme als weitere lebensweltliche Herausforderung	50
1.5 Zusammenfassung	53
2 Der Körper aus soziologischer Perspektive	56
2.1 Der Körper als soziale Dimension	58
2.2 Der Körper bei den Klassikern der Körpersoziologie	59
2.2.1 Grenzfälle sozialen Handelns bei Max Weber	60
2.2.2 Der Körper in seiner Bedeutung für die Identitätsbildung bei G.-H. Mead	61
2.3 Goffmans Werk aus körpersoziologischer Perspektive	64
2.3.1 Die Anstalt und die Zerstörung der körperlichen Integrität	65
2.3.2 Primäre und sekundäre Anpassungsmechanismen	68
2.3.3 Zur Aktualität von Goffmans Institutionskritik	68

2.3.4	Der Körper in der Interaktionsordnung bei Goffman – Interaktion körpersoziologisch verstanden	70
2.3.5	Die Brüchigkeit von Interaktion und die Bedeutung von Körpersymbolik	72
2.3.6	Stigmatisierung und der Aspekt der „Visibilität“	75
2.3.7	Zwischenfazit zu Goffmans Körperverständnis	77
2.4	Das Habituskonzept nach Pierre Bourdieu	78
2.4.1	Der Hysteresis-Effekt	80
2.4.2	Bourdieus Feldtheorie	81
2.4.3	Die Kapitalsorten	82
2.4.4	Bourdieus Habitustheorie in seiner Bedeutung für das Feld Psychiatrie	86
2.5	Die Körpersoziologie als Zugang zum Klient*innen-Körper in der Psychiatrie	91
3	Der phänomenologische Zugang zum Körper	93
3.1	Grundzüge phänomenologischen Denkens	95
3.2	Husserls Körperverständnis	97
3.3	Maurice Merleau-Pontys Konzept der Interkorporalität	99
3.4	Körper haben und Leib sein	101
3.5	Der Leib in der Neophänomenologie Hermann Schmitz'	102
3.5.1	Der pathische Leib	104
3.5.2	„Alphabet der Leiblichkeit“	105
3.6	Grundzüge einer neophänomenologischen Soziologie nach Gugutzer	106
3.6.1	Der eigensinnige und der widerständige Leib	107
3.7	Phänomenologie und Psychopathologie unter besonderer Berücksichtigung des Zugangs zum Körper	108
3.8	Zusammenfassung	111
4	Die psychodynamische Perspektive auf den Körper	114
4.1	Das leibliche Erleben und der Bezug zur Pathologie	114
4.2	Grundlegendes zum Verhältnis von Psychoanalyse und Körper	116
4.2.1	Pathogene Psychodynamik und die Bedeutung der Selbstbeschädigung	118
4.3	Der Beitrag der Psychosomatik	122

4.3.1	Der Einfluss der Psychoanalyse	124
4.4	Der Beitrag der anthropologischen Medizin	126
4.5	Konzepte der psychoanalytischen Psychosomatik	128
4.5.1	Das Konversionsmodell	129
4.5.2	Max Schurs Metapsychologie der Somatisierung	131
4.6	Winnicotts objektbeziehungstheoretische Perspektive und der Zusammenhang zur Resomatisierung	134
4.6.1	Das Konzept des Facilitating environment	136
4.6.2	Das Konzept des Holdings	137
4.7	Das Konzept der „Psychosomatischen Triangulierung“	139
4.8	Das Szenische Verstehen	141
4.9	Zwischenfazit	145
Teil II Darstellung des methodischen Rahmens und der empirischen Daten		149
5	Methodischer Rahmen	150
5.1	Theoretische Zugänge qualitativer Sozialforschung	150
5.2	Grundannahmen qualitativer Sozialforschung	152
5.3	Die Gruppendiskussion als qualitatives Forschungsformat	153
5.4	Die Dokumentarische Methode	154
5.4.1	Immanenter und dokumentarischer Sinngehalt	156
5.4.2	Kommunikative und konjunktive Erfahrung	157
5.5	Analyseschritte der Dokumentarischen Methode	158
5.5.1	Einteilung des thematischen Verlaufs und Auswählen von Passagen	158
5.5.2	Formulierende Interpretation	159
5.5.3	Reflektierende Interpretation	159
5.5.4	Sequenzanalyse	161
5.5.5	Komparative Analyse und Typenbildung	162
6	Methodisches Vorgehen	164
6.1	Auswahl der Teilnehmenden und Akquise	164
6.2	Durchführung und Setting der Gruppendiskussionen	166
6.3	Leitfaden zur Gruppendiskussion und Präsentation des Grundreizes	167

7	Analyse der ersten Gruppendiskussion	168
7.1	Formulierende Interpretation	168
7.1.1	Formulierende Interpretation zur ersten Frage (Z. 60–748)	168
7.2.2	Formulierende Interpretation zur zweiten Frage (Z. 749–895)	171
7.1.3	Formulierende Interpretation zur dritten Frage (Z. 896–1006)	171
7.1.4	Formulierende Interpretation zur vierten Frage (Z. 1007–1240)	172
7.2	Reflektierende Interpretation	173
7.2.1	Orientierungsrahmen I: Paradoxien beruflichen Handelns	173
7.2.2	Orientierungsrahmen II: Der „psychisch kranke Körper“ – das diagnostische Wissen über den Klienten-Körper	187
7.2.3	Orientierungsrahmen III: Pflege als Bemächtigung: Die Distanz zum Körper als Ausdruck eines negativen Pflegebegriffs	191
8	Analyse der zweiten Gruppendiskussion	200
8.1	Formulierende Interpretation	200
8.1.1	Formulierende Interpretation zur ersten Frage (Z. 31–129)	200
8.1.2	Formulierende Interpretation zur zweiten Frage (Z. 130–470)	201
8.1.3	Formulierende Interpretation zur dritten Frage (Z. 472–708)	203
8.1.4	Formulierende Interpretation zur vierten Frage (Z. 709–823)	203
8.1.5	Formulierende Interpretation zur fünften Frage (Z. 824–937)	204
8.2	Reflektierende Interpretation	205
8.2.1	Annäherungen an das Thema Körper	205
8.2.2	Orientierungsrahmen I: Die soziale Distinktion des Professionskörpers gegenüber dem Klienten-Körper	208
8.2.3	Orientierungsrahmen II: Psychopharmaka als mögliches Körper-Thema für die Soziale Arbeit	215
9	Analyse der dritten Gruppendiskussion	220
9.1	Formulierende Interpretation	220
9.1.1	Formulierende Interpretation zur ersten Frage (Z. 34–394)	220
9.1.2	Formulierende Interpretation zur zweiten Frage (Z. 395–449):	222
9.1.3	Formulierende Interpretation zur dritten Frage (Z. 452–746)	223
9.1.4	Formulierende Interpretation zur vierten Frage (Z. 747–1024)	224
9.1.5	Formulierende Interpretation zur fünften Frage (Z. 1029–1313):	225
9.2	Reflektierende Interpretation	226
9.2.1	Orientierungsrahmen I: Die soziale Distinktion zum Körper als Störungsträger	227

10	Komparative Analyse der drei Gruppendiskussionen	235
10.1	Orientierungsrahmen: „Die soziale Distinktion des Professionskörpers gegenüber dem Klienten-Körper“ und „Die soziale Distinktion zum Körper als Störungsträger“	236
10.1.1	„Biologisierung des Sozialen“ als Ausdruck symbolischer Gewalt	238
10.2	Orientierungsrahmen: „Der psychisch kranke Körper – das diagnostische Wissen über den Klienten-Körper“	239
10.3	Orientierungsrahmen: „Paradoxien beruflichen Handelns“	239
11	Schlussbetrachtungen	242
	Literatur	249
	Anhang	259
	Anhang 1: Leitfaden zur Gruppendiskussion	260
	Anhang 2: Tabellarische Themengliederungen der Gruppendiskussionen	261
	Online-Anhang 3: Transkripte der Gruppendiskussionen I, II und III ¹	

1 Die Transkripte der Gruppendiskussionen können Sie über unsere Internetseite (<http://beltz.de>) herunterladen. Sie kommen zu den Materialien, indem Sie auf die Seite des Titels gehen und den Link zu den Materialien anklicken.

„Wir haben jetzt die Gewohnheit angenommen,
im Wahnsinn einen Fall in den Determinismus zu sehen,
in dem sich nacheinander alle Formen der Freiheit auflösen.
Er zeigt uns nur noch die natürlichen Regelmäßigkeiten
eines Determinismus
mit der Verkettung seiner Ursache
und der diskursiven Bewegung seiner Formen,
denn der Wahnsinn bedroht den modernen Menschen
nur mit der Rückkehr zur finsternen Welt der Tiere und der Dinge
und zu deren gefesselter Freiheit.“

Michel Foucault: „Wahnsinn und Gesellschaft“ (Foucault 1973/2013: 152)

Einleitung

Seit Beginn der 1980er-Jahre ist eine verstärkte Auseinandersetzung mit dem Körper als wissenschaftliche Kategorie in geistes-, kultur- und sozialwissenschaftlichen Disziplinen zu verzeichnen (Abraham/Müller 2010; Bilstein/Brumlik 2013; Budde et al. 2017; Gugutzer 2015; Gugutzer/Klein/Meuser 2017; Hahn/Meuser 2002; Keller/Meuser 2011). Insbesondere die Körpersoziologie, mittlerweile zum etablierten Forschungsfeld innerhalb der Soziologie avanciert, strebt dabei eine theoriebildende systematische Berücksichtigung des Körpers an. Die wissenschaftliche Hinwendung zum Körper als Erkenntnisgegenstand, auch als „body-turn“ bzw. „corporeal turn“ (Gugutzer 2015: 39 f.) bezeichnet, korreliert dabei mit einer zunehmenden Exponiertheit des Körpers in gesellschaftlichen und kulturellen Zusammenhängen. Fitness- und Freizeitboom, Konsumkultur, Schönheitsindustrie, Techniken der Körpermanipulation, die Biotechnologie und das Gesundheitsprimat der Postmoderne stilisieren den Körper als „bewusst gestalt- und machbares Projekt“ (Gugutzer 2015: 45). Fragen des Selbstwertes, der sozialen Anerkennung und des beruflichen Weiterkommens sind dabei eng an die Fähigkeit bzw. das Vermögen des Einzelnen gekoppelt, seinen Körper beständig zu optimieren, zu perfektionieren und attraktiv bzw. gesund zu erhalten. Gleichzeitig verschwindet mit der Technisierung und Virtualität unseres Alltags die Notwendigkeit im zwischenmenschlichen Kontakt überhaupt noch körperlich anwesend zu sein und der Körper, und damit zusammenhängend auch die Unmittelbarkeit zwischenmenschlicher Eindrücke und spontan erlebter intersubjektiver Erfahrungen, treten immer mehr in den Hintergrund bzw. werden immer stärker eingegrenzt.

Neben den benannten gesellschaftlich-kulturell relevanten Faktoren steht die verstärkte theoretische Hinwendung zum Körper im Kontext des geistes- und kulturwissenschaftlichen Paradigmas postmoderner Theorien, denen die Kritik an der universellen Gültigkeit und Absolutheit objektiven Wissens bzw. objektiver Erkenntnisgewinnung zugrunde liegt. Diese Sichtweise, dass Wissen in Abhängigkeit von der individuellen Perspektive sowie der sozialen bzw. gesellschaftlichen Positionierung des Einzelnen zu verstehen und vor diesem Hintergrund auch zu relativieren ist, fließt seit Beginn des 20. Jahrhunderts in die Debatten zur Postmoderne und in unterschiedliche Disziplinen ein. Für den veränderten Zugang zum Körper sind dabei im Besonderen die Phänomenologie, der Feminismus sowie die erkenntnistheoretische Position des Konstruktivismus zu nennen (vgl. Gugutzer 2015; Gugutzer/Klein/Meuser 2017). Weitere bedeutsame theoretische Einflüsse gingen im 20. Jahrhundert auch von der Anthropologie aus, hier im Besonderen von den Arbeiten von Helmut Plessner und Arnold Gehlen (vgl. Fischer 2017: 157 f.).

Diesen theoretischen Perspektiven liegt, neben aller unterschiedlichen Programmatik, die fundamentale Kritik an tradierten Sichtweisen und überlieferten, vermeintlichen Gewissheiten zum Körper zugrunde. Die Kritik adressiert dabei vornehmlich das Vernunft- und Rationalitätsprinzip der Aufklärung und der neuzeitlichen Philosophie, hier im Besonderen das u. a. vom französischen Philosophen René Descartes geprägte dualistische Menschenbild, demnach der Mensch aus zwei ontologisch getrennten Substanzen besteht: *res cogitans* (der Geist, das Denkende) und *res extensa* (der Körper, die Physis), die zwar in einem Wechselverhältnis zueinander stehen, das jedoch hierarchisch zu verstehen sei, insofern der Geist über dem Körper stehe (vgl. Marzano 2013: 20). Die Hierarchisierung der Seele im Verhältnis zum Körper ist jedoch kein Produkt der Neuzeit. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, wie Aristoteles, der den Körper und die Seele als Einheit sah; Spinoza, der Körper und Seele als ein Ganzes betrachtete oder Nietzsche, für den der Körper Meister über die Vernunft war, lag der Fokus der philosophischen Auseinandersetzungen dabei nahezu durchgängig auf der Erforschung des Verstandes bzw. der Vernunft (vgl. Marzano 2013: 7 f.).

Im 20. Jahrhundert leitete hier die Phänomenologie eine sehr bedeutsame Zäsur ein, insofern sie den Körper und das Zusammenspiel von Körper und Subjekt sehr viel stärker ins Zentrum philosophischer Betrachtungen rückt. Insbesondere mit dem Werk des Phänomenologen Maurice Merleau-Ponty weicht die Reduktion des Körpers auf ein Körperding, also auf den Körper als ein Objekt, einer Sicht auf den Körper, die ihn mit einem Subjektstatus versieht und ihn als grundlegend für das Vermögen erachtet, sich intersubjektiv beziehen zu können (vgl. Crossley 2016; vgl. Kristensen 2012).

Entscheidende Einflüsse gingen auch vom Feminismus und der Kritik an tradierten Körperbildern und naturwissenschaftlich zementierten, vermeintlich objektiven Wahrheiten über den Körper aus. Diese dienen, so die Kritik der Frau-

enforschung, der Legitimierung der Geschlechterhierarchie und dem Perpetuieren sozialer Benachteiligung des sogenannten „schwachen Geschlechts“. Biologische Unterschiede zwischen Mann und Frau werden, so die zentrale Kritik, als Grundlage für die ungleiche gesellschaftliche Verteilung der Geschlechterrollen und die Exklusion der Frau aus zentralen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens herangezogen (vgl. Villa 2017). Diese Position wird mit Judith Butler in den 1990-er Jahren insofern radikalisiert, als dass nicht nur das soziale Geschlecht, sondern bereits die Vorstellung eines vorsozialen biologischen Geschlechts, als sozial konstruiert erachtet wird. Butler entwickelt eine radikal-konstruktivistische Kritik an der Ontologie geschlechtlicher Identität, der Körper selbst bzw. seine Naturalität wird bei ihr bereits als sprachlich-diskursiv und damit als gesellschaftliche Konstruktion hervorgebracht (vgl. Villa 2017: 216 f.). Der Sozialkonstruktivismus hingegen, als erkenntnistheoretische Position, die für die Soziologie des Körpers die grundlegende Referenztheorie bildet, betrachtet den Körper als Produkt gesellschaftlicher Strukturen und Handlungen. Als zweite zentrale Perspektive der Körpersoziologie wird der Körper aus handlungstheoretischer und interaktionistischer Perspektive als Produzent in den Blick genommen:

„Der menschliche Körper ist *Produkt der Gesellschaft* [Hervorh. i. O.] in dem Sinne, dass der Umgang mit dem Körper, das Wissen und die Bilder von ihm wie auch das Spüren des Körpers von gesellschaftlichen Strukturen, Werten und Normen, Technologien und Ideensystemen geprägt sind. *Produzent von Gesellschaft* [Hervorh. i. O.] ist der menschliche Körper in der Hinsicht, dass das Zusammenleben der Menschen und damit die soziale Ordnung entscheidend von der Körperlichkeit sozial handelnder Individuen beeinflusst sind: Da soziale Wirklichkeit aus sozialem Handeln resultiert und soziales Handeln immer auch körperliches Handeln ist, tragen körperliche Handlungen und Interaktionen zur Konstruktion sozialer Wirklichkeit bei“ (Gugutzer 2015: 8).

Diese für die Soziale Arbeit so wesentlichen sozialtheoretischen Annahmen zum Körper fließen, bis auf wenige Ausnahmen (Homfeldt 1999; Wendler/Huster 2015), nicht in den wissenschaftlichen Diskurs zur Sozialen Arbeit ein. Daneben gehört es zu den Herausforderungen in der Arbeit mit psychiatrisch erkrankten Menschen, dass die Sprache ihre symbolisch-kommunikative Funktion insofern einbüßt, als dass die Fähigkeit, verbal zu interagieren, krankheits- und traumabedingt mitunter stark eingeschränkt ist (vgl. Heltzel 2007). Vor diesem Hintergrund fällt dem Verständnis von Handlungssprache eine besondere Bedeutung zu. Der Körper als „Leerstelle“ steht dabei im Widerspruch zur lebensweltlichen Bedeutung des Körpers in den unterschiedlichen Handlungsfeldern Sozialer Arbeit, erst recht dort, wo der Gesundheits- und Krankheitsbezug ein sehr unmittelbarer ist, wie in den klinischen Arbeitsfeldern bzw. im Kontext von Behinde-

rung und Alter. Die vielfältigen Bezüge zwischen sozialen, pädagogischen und gesundheitlichen Fragen finden sich nicht auf der Ebene der Disziplin, zumindest universitär verankerter, wieder. So kennzeichnen Homfeldt/Sting (2006) das Verhältnis zwischen Gesundheit und Sozialer Arbeit als „von einem Vergessen dieser Bezüge und von wechselseitiger Ignoranz gekennzeichnet. Innerhalb der universitären Auslegung Sozialer Arbeit taucht Gesundheit bestenfalls als Randthema auf“ (ebd.: 9). Homfeldt/Sting betonen weiter, dass umgekehrt in den Bereichen Public Health zwar die Bezugswissenschaften Psychologie, Soziologie, Ökonomie, Pflegewissenschaften und Medizin zu den Studieninhalten zählen, nicht jedoch die Soziale Arbeit (vgl. Homfeldt/Sting 2005: 41, zit. nach Homfeldt/Sting 2006: 9; vgl. auch hierzu Ortman/Schaub 2003).

Auch Hünersdorf (2011) konstatiert in ihrem Beitrag „Körper – Leib – Soziale Arbeit“ ein Missverhältnis zwischen der „Verdrängung“ des Körpers aus theoretischen Diskursen der Sozialen Arbeit und der Tatsache, dass der Körper gesellschaftlich stark im Fokus steht, als „gefährdet“ wahrgenommen wird und „Techniken der individuellen Selbstvergewisserung und Problemlösung“ zunehmend an Bedeutung gewinnen (ebd.: 896). Homfeldt (1999) sieht die Gründe für die Nicht-Thematisierung des Körpers bzw. des Leibes in der Sozialen Arbeit im Zusammenhang mit der Tatsache, „dass sich jene vor allem über kritisch-rationale Konzepte in der Profession definiert und in der Disziplindebatte sozialwissenschaftlich, vorzugsweise gesellschafts- und sozialpolitisch dominiert ist“ (ebd.: 4). Bei der Diskussion über die Abwesenheit des Körpers ist zu berücksichtigen, dass neben der von Homfeldt aufgeworfenen Frage der wissenschaftlichen Verortung, die unterschiedlichen Handlungslogiken der Felder Sozialer Arbeit selbstverständlich mit einfließen. So liegt es beispielsweise nahe, dass Schulsozialarbeit sehr viel weniger den Körper im Fokus hat als Soziale Arbeit im Kontext einer Gerontopsychiatrie. Oder sich der Sozialdienst einer psychiatrischen Klinik weniger mit dem Körper befasst, als dies beispielsweise der Sozialdienst einer somatischen Klinik tut. Daneben spielt eine gewichtige Rolle, dass bei der Sozialen Arbeit, anders als beispielsweise bei der Berufsgruppe der Pflege, keine primäre berufliche Zuständigkeit für den Körper besteht.

Die vorliegende Arbeit berücksichtigt diese Zusammenhänge, ihr liegt die zentrale Annahme zugrunde, dass der Körper zwar nicht in die originäre Zuständigkeit der Sozialen Arbeit fällt, ihm jedoch ein bedeutsames Erkenntnis- und Ausdruckspotenzial zugrunde liegt, weshalb er, analog zum Begriff der „Beziehungsräume“ nach Magdalena Stemmer-Lück (2012), als Beziehungsraum in die Soziale Arbeit zu integrieren ist.

Im Rahmen dieser Arbeit wird das Feld der Psychiatrie fokussiert und insofern ein klinisches Feld, das vom Umgang mit Krankheit und Gesundheit und damit auch vom Umgang mit dem Körper, maßgeblich geprägt ist. Die Position der Sozialen Arbeit innerhalb dieses Feldes ist von Ambivalenz und Unbestimmtheit gekennzeichnet (vgl. Geißler-Piltz/Mühlum/Pauls 2004; vgl. Geißler-

Piltz/Gerull 2009; vgl. Pauls 2013). Dabei handelt es sich beim Verhältnis von Sozialer Arbeit und Gesundheit, historisch betrachtet, um ein tradiertes Verhältnis, das erheblich zur Professionalisierung Sozialer Arbeit beitrug, galt doch die Gesundheitsfürsorge, neben der Armen- und Jugendfürsorge, bis in die Zeit der Weimarer Republik hinein, als dritte Säule der Sozialen Arbeit (vgl. Dettmers/Bischkopf 2019; vgl. Engelke/Borrmann/Spatscheck 2018). Die Befassung mit gesundheitlichen Belangen, vornehmlich auch Fragen der Gesunderhaltung bzw. der Sozialhygiene im Kontext ärmlicher und verelendeter Wohnverhältnisse, stellte zu Beginn des 20. Jahrhunderts ein aufstrebendes Handlungsfeld Sozialer Arbeit dar. Gesundheitsbezogene Maßnahmen, die u. a. der Reduzierung bzw. Beseitigung gesundheitlicher Folgen im Kontext sozialer Missstände dienten, drangen dabei mitunter bis ins Intimste des Körpers vor und griffen kontrollierend und disziplinierend in die Lebenspraxis der Unterschichten ein.

Im Zuge der Entwicklungen im Dritten Reich und der Gleichschaltung der öffentlichen Gesundheit zu politischen Zwecken kamen die Professionalisierungsbestrebungen der Gesundheitsfürsorge zum Erliegen. Die öffentliche Gesundheit stand fortan unter dem Primat der Selektion, der Separation und der Vernichtung auch solcher Bevölkerungsgruppen, die durch chronifizierte Gesundheitsprobleme bzw. multiple Einschränkungen sozialer, psychischer oder körperlicher Art für ökonomisch und menschlich „unwert“ erklärt wurden. Fragen der Sozialhygiene, ebenso wie die Sexualberatung und die Geschlechtskrankenfürsorge wurden auf die Ideologie einer rassenkonformen Fortpflanzungspraktik hin reduziert (vgl. Homfeldt/Sting 2006: 54 f.).

Professionalisierungsbestrebungen der Sozialen Arbeit im Gesundheitskontext wurden mit der Etablierung und Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit ab Mitte der 1990er-Jahre erst wieder erkennbar. Die Klinische Sozialarbeit versteht sich als gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit, die aus der Problematisierung der randständigen Position der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen bzw. der marginalisierten Position Sozialer Arbeit im Umgang mit gesundheitsbezogenen Fragen in den klassischen Handlungsfeldern, wie Erziehungs- und Sozialwesen, erwachsen ist (vgl. Gahleitner 2012; vgl. Geissler-Piltz 2005; vgl. Ningel 2011; vgl. Pauls 2013). Diese Notwendigkeit zur Professionalisierung wird modernisierungstheoretisch insbesondere vor dem Hintergrund der Zunahme sozialrelevanter Gesundheitsprobleme und chronisch-degenerativer Erkrankungen infolge veränderter gesellschaftlicher Lebensbedingungen gesehen, die die gesamte Lebensweise eines Menschen tangieren und daher nicht allein mit medizinischen und physiologisch-somatischen Zugängen beantwortet werden können.

Einen zentralen theoretischen Referenzrahmen der Klinischen Sozialarbeit stellt das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit dar. Die postulierte Gleichrangigkeit aller drei Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells wird dabei insofern kritisiert, als dass diese keine Entsprechung in der Behandlungspraxis fände. Als vorherrschend im Gesundheitsdiskurs erwiesen sich nach wie

vor die Ebenen des Biologischen, repräsentiert in der Medizin, sowie die Ebene des Psychologischen, repräsentiert in der Psychologie (vgl. Pauls 2013: 32 f.). Eine weitere wichtige Notwendigkeit zur professionellen Positionsbestimmung sieht die Klinische Sozialarbeit auch dort gegeben, wo eine systematische Bestimmung, dessen, was unter der sozialen Perspektive auf Gesundheit und Krankheit zu verstehen ist, bisher nur unzureichend erfolgt sei (vgl. Hauptert 2002).

Die vorliegende Arbeit schließt sich der Kritik einer bisher unzureichend erfolgten Profilierung und Positionierung Sozialer Arbeit in gesundheitsrelevanten Fragestellungen an. Sie postuliert jedoch, dass für die Profilierung des „Sozialen“ im bio-psycho-sozialen Modell der Integration des Körpers insofern ein zentraler Stellenwert zukommt, als dass bei unzureichender theoretischer Verortung des Körpers, die unreflektierte Übernahme naturwissenschaftlicher Erklärungsmodelle erfolgt, deren Sichtweise jedoch eine primär symptomzentrierte ist. Damit ist mehr gemeint als die notwendige Integration soziogenetischer bzw. soziomatischer Aspekte in die Klinische Sozialarbeit (vgl. Ortmann/Schaub 2005; vgl. Pauls 2013), vielmehr geht es in der vorliegenden Arbeit darum, den Körper bzw. den Leib als grundlegende Dimension des Erlebens, als sinnhafte biografische und intersubjektive Kategorie und nicht zuletzt als Adressat institutioneller und gesellschaftlicher Zusammenhänge zu verstehen und ihn als solches auch zu adressieren.

Diese Frage der theoretischen und empirischen Positionierung des Körpers drängt sich im Feld der Psychiatrie insofern auf, als dass hier auf geradezu exemplarische Weise somatisch-neurobiologische auf psycho-soziale Problemlagen treffen bzw. diese ineinandergreifen. Für die historische Entwicklung der Psychiatrie ist dabei kennzeichnend, dass sich das Gewicht mal mehr in Richtung Somatik, dann wieder stärker in Richtung der Betrachtung psycho-sozialer Zusammenhänge entfaltet hat (vgl. Brückner 2010; vgl. Schott/Tölle 2006). Die nach der Psychiatrie-Enquete gegründete „Sozialpsychiatrie“ entwickelte sich dabei in Abgrenzung zu einer ausschließlich biologisch, pathogenetisch orientierten Psychiatrie im Kontext des reformerischen Klimas der Sozialpolitik in den 1970er- und 1980er-Jahren. Hieraus erwuchs eine hohe ethisch-normative Kraft, die sich jedoch spätestens in den 1990er-Jahren im sogenannten „Decade of the brain“ mit hirnphysiologischen Errungenschaften und der Tatsache einer deutlich erstarkten biologischen Psychiatrie konfrontiert sieht (vgl. Weinmann 2019).

Wie viele Bereiche des Sozialen auch, sieht sich die Psychiatrie zudem mit einer tiefgreifenden Ökonomisierung ihres Hilfeangebots konfrontiert. Längst wird im Zuge des immer stärkeren Ausbaus ambulanter Betreuungshilfen von einem Eigeninteresse professioneller Anbieter am Erhalt und an der Ausweitung psychiatrischer Institutionen gesprochen. Dörner et al. (1978/2015) mahnt in diesem Zusammenhang die Gefahr einer „Re-Institutionalisierung“ der Psychiatrie an (ebd.: 15).

Daneben erweist sich die Theoriearmut der Sozialpsychiatrie als problema-

tisch, die in Fachkreisen vermehrt als besorgniserregend benannt wird (vgl. Armbruster et al. 2015; vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2007; vgl. Finzen 2009; vgl. Haselmann 2010; vgl. Thoma 2018). Nach der großen Zeit der Psychiatrie-Soziologie in den 1930er-Jahren und der Kritik an den „Totalen Institutionen“ (Goffman 1973), der Stigmatheorie Goffmans (Goffman 1975/2016) sowie den Devianz-Theorien bzw. dem Etikettierungsansatz in den 1950er- und 1960er-Jahren, geriet die Theorieentwicklung erheblich ins Stocken und zentriert sich heute überwiegend auf die Sozialepidemiologie und die Versorgungsforschung (vgl. Finzen 2009; Kilian 2017). Die unzureichende wissenschaftliche Verortung und Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie trifft die Soziale Arbeit insofern besonders, als dass sie in den Forderungen der Psychiatrie-Enquete explizit als zu professionalisierende Berufsgruppe adressiert wurde (vgl. Knoll 2000), dieser Forderung jedoch, verglichen mit anderen Berufsgruppen wie beispielsweise die Pflege (durch die Etablierung der Psychiatrie-Krankenpflege), nur unzureichend nachgekommen ist. Das Bestreben einer stärkeren theoretischen Systematisierung der Sozialen Arbeit wird erst in den letzten 10 bis 15 Jahren sichtbar (vgl. Bischof et al. 2016; Bosshard/Ebert/Lazarus 2007, 2013; Dörr 2005, 2015; Clausen/Eichenbrenner 2010, 2016). Für die aktuelleren Veröffentlichungen ist dabei kennzeichnend, dass sie sich an den theoretisch-konzeptionellen Perspektiven der Klinischen Sozialarbeit orientieren (vgl. Bischof et al. 2016; vgl. Sommerfeld et al. 2016), was in Anbetracht der Nähe zur sozialtherapeutischen Praxis für die eigene Professionalisierung naheliegend erscheint, jedoch auch mit der Gefahr eines Profilverlusts Sozialer Arbeit einhergeht. So drohen beispielsweise bedeutende sozialwissenschaftliche Zugänge (siehe oben), ferner sozialkritische Zugänge wie sie von Michel Foucault (1973/2013, 1977/2015) in Bezug auf Disziplinierungs- und Normalisierungsdiskurse für den institutionellen Kontext von Klinik und Psychiatrie entwickelt wurden und nicht zuletzt anthropologisch-phänomenologische bzw. psychiatrisch-phänomenologische Denktraditionen (siehe Kapitel 3) verloren zu gehen, die eine erweiterte theoretische Rahmung der Sozialpsychiatrie begründen könnten und neuerdings auch (wieder) vermehrt zum Gegenstand von Veröffentlichungen werden (vgl. Bock/Heinz 2016; vgl. Thoma 2018). Mit der vorliegenden Wissenssystematik zum Körper und der hieran anschließenden empirischen Studie soll ein interdisziplinärer Beitrag zur theoretischen und empirischen Profilierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie geleistet werden. Hierbei wird eine andere Akzentuierung getroffen als in der Klinischen Sozialarbeit, insofern der Körper nicht als Gegenstand des Biologischen im bio-psycho-sozialen Modell adressiert wird, sondern soziale, subjektbezogene und psychodynamische Dimensionen des Körpers in den Blick genommen werden.

Dabei kann, analog zur Sozialen Arbeit, auf keine Veröffentlichungen und empirischen Studien zum Thema Körper in der Psychiatrie zurückgegriffen werden. Der Körper stellt in der Psychiatrie ein Betätigungsfeld der Ärzte, m. E. auch

der psychiatrischen Pflege (vgl. Bergenthal/Friesel-Wark 2015), dar, und die Forschung hierzu obliegt der biologischen Psychiatrie. Lehrbücher zur Psychiatrie fokussieren daher in erster Linie den Körper bezogen auf die Wirkung und Nebenwirkungen der Medikation sowie in seiner Bedeutung als Begleitsymptomatik einer psychiatrischen Erkrankung bzw. als Folgesymptomatik eines chronifizierten Krankheitsgeschehens (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2013; vgl. Dörner et al. 1978/2015; vgl. Wienberg 2003).

Eine Ausnahme bildet hier die ethnografische Studie von Martina Klausner (2015) zur psychiatrischen Praxis. Hierin widmet sie dem Körper ein eigenständiges Kapitel, in dem sie bereits einleitend die alltagsweltliche Bedeutung des Körpers und seine Allgegenwärtigkeit in den Erzählungen der Betroffenen mit der Tatsache konfrontiert, dass der Körper von psychiatrisch erkrankten Menschen in der Regel von professioneller und institutioneller Seite nicht thematisiert wird (vgl. Klausner 2015: 181). Anhand des psychopathologischen Befundes, als das entscheidende anamnestiche und diagnostische Instrument zur weiteren Behandlungsplanung, weist Klausner nach, dass dessen Erhebung nicht das Verständnis der Beschaffenheit einer psychiatrischen Problematik ergündet, also nicht das „Was“ erkundet, sondern vielmehr das „Wie“ der Beschaffenheit in Erfahrung bringt. Mit Foucault gesprochen, verhilft hier der psychiatrische Blick „[...] nicht dazu, etwas zu erkennen, sondern höchstens etwas wiederzuerkennen“ (ebd. 1988: 127, zit. nach Klausner 2015: 99). Dabei steht das „Wie“ in engem Zusammenhang zum Körper, wie Klausner im folgenden Zitat deutlich macht:

„Es geht dabei gerade nicht nur um das Gesprochene, sondern um Äußerungen die sowohl sprachlich wie auch körperlich, durch Körperhaltung, Mimik oder auch durch Schweigen – sichtbar werden. In den verschiedensten Teambesprechungen wurden Interpretationen des Zustandes eines Patienten mit körperlichen Beschreibungen ergänzt. Anhand des Blickkontaktes eines Patienten erkenne man, dass er schwingungsfähiger sei; der Gang sei aufrechter, die Mimik weniger angespannt“ (Klausner 2015: 91).

Der Körper verweist hier auf die Beschaffenheit und die Ausprägung psychiatrischer Erkrankung, wodurch er ein vorrangig diagnostisches Instrument darstellt. Im Kapitel zu „Leben und Arbeiten am Körper in der psychiatrischen Behandlung“ zeigt Klausner ferner auf, dass der Körper im Klinikalltag zum Gegenstand „klinischer Körperwidmung“ (ebd.: 222) wird, und zwar in der Weise, dass sich verschiedene Facetten der „Pharmazentralisierung“ (Ecks 2011, zit. nach Klausner 2015: 212) sowie der „Medikalisierung oder Psychiatrisierung“ (Ecks 2011, zit. nach Klausner 2015: 212), in den Fallstudien von Betroffenen widerspiegeln. So variiert das Körpererleben der Betroffenen zwar individuell bzw. von Fall zu

Fall, dabei hängt es jedoch entscheidend von der Integration des psychiatrischen Wissens in das eigene Wissen ab.

Die Fallstudien Klausners verdeutlichen, dass dieser Einfluss auch nach der Entlassung der Patienten aus der Klinik wirksam bleibt. Insofern er eine spezifische Form der Körperkonstitution hervorbringt, die in erster Linie das fragile Zusammenspiel der Reduktion und Eindämmung von Symptomaten im Verhältnis zu den problematischen Nebenwirkungen der Medikation fokussiert und hier eine Stabilität anstrebt, erweist sich dieser Zusammenhang als bedeutsam für die weitere Lebensgestaltung der Klientinnen und Klienten.

Die singuläre Studie von Klausner auf der sozialpsychiatrischen Station einer Klinik in Berlin-Mittendamm kann, auch wenn sie sehr erkenntnisreich ist, natürlich keinen Anspruch auf Repräsentativität für den Umgang mit dem Körper in der Psychiatrie erheben. Zudem fokussiert Klausner im Schwerpunkt nicht den Körper, sondern die Herstellung von psychiatrischer Alltagspraxis in einer Klinik. Klausners Ausarbeitungen erlauben jedoch erste Rückschlüsse auf eine psychiatrische Praxis, die den Körper primär krankheitsbezogen adressiert und den Fokus auf körperliche Aspekte, bezogen auf die Zustimmung oder Ablehnung des Behandlungsregimes, legt.

Zum Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit geht von der Annahme aus, dass der pädagogische Umgang mit dem Körper psychiatrisch erkrankter Menschen einer grundlagentheoretischen Einbettung bedarf, die auch klinische Zugänge thematisiert, jedoch notwendig, eine mehrdimensionale Perspektive als Grundlage für einen professionellen Zugang zum Körper entfaltet. Demgemäß wird der Untersuchungsgegenstand Körper in den theoretischen Ausführungen im ersten Teil dieser Arbeit aus einer körpersoziologischen, einer phänomenologischen und einer psychodynamischen Perspektive betrachtet. Dem vorangestellt ist eine Darstellung des zentralen Gegenstandes und grundlegender Paradigmen bzw. theoretischer Leitlinien Sozialer Arbeit in der Psychiatrie. Ein besonderer Schwerpunkt wird hier auf die Anschlussfähigkeit an das Thema Körper gelegt.

Die körpersoziologische Perspektive im zweiten Kapitel der Arbeit fokussiert im Schwerpunkt das Werk des Soziologen Erving Goffman und damit eine interaktionstheoretische und institutionskritische Perspektive. Einen weiteren Schwerpunkt bildet Pierre Bourdieus habitus- und machttheoretische Perspektive auf den Körper. Mit seinen Arbeiten zur Totalen Institution und zum Stigma zählt Erving Goffman zweifellos zu den Soziologen mit einem beträchtlichen Einfluss auf die Reformierung der Psychiatrien in den 1970er-Jahren. Die Rahmgebung von Interaktionsabläufen bei Goffman erfolgt immer auch vor dem Hintergrund der Fragestellung, was in sozialen Interaktionsabläufen als „nor-

mal“, also als sozial erwünscht und gesellschaftlich akzeptiert gilt, und was nicht. Die Frage der gesellschaftlichen Integration hängt dabei eng mit dem Körper zusammen, insofern Goffman für den störungsfreien Ablauf von Interaktion und von Kommunikation die Darstellungsfähigkeit und performative Anpassungsleistung des Körpers als grundlegend erachtet. In „Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen“ (1973) wird deutlich, dass institutionelle Praktiken der Disziplinierung immer auch mit einer Bemächtigung des Körpers und des Körperinneren einhergehen. Prozesse der Beschämung und der Zerstörung von Integrität entfalten über den Körper eine besondere Wirkmacht, insofern sie mit dem Körper die sogenannte „heilige Sphäre“ eines Menschen durchdringen.

Entlang einer habitustheoretischen Perspektive wird ferner deutlich, dass der Blick bzw. das professionelle Handeln sich immer auch entlang impliziter Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata dessen entfaltet, was ein Mensch habituell verkörpert. Dabei ist die soziale Stellung über den Habitus in den Körper der Akteure eingeschrieben und sie entfaltet ihre Wirkmacht innerhalb der sozialen Felder. Für die Psychiatrie ist dabei kennzeichnend, dass sie sowohl ein klinisches als auch ein soziales Feld darstellt (vgl. Pfefferer-Wolf 1998) und sich insofern unterschiedliche Feldlogiken in ihr treffen. Die Hierarchisierung erfolgt dabei über das klinische Feld, ihm obliegt die Definitionsmacht über das sich vermeintlich objektiv Darbietende in Form der psychiatrischen Erkrankung. Habituelle Zusammenhänge, die jedoch auch das Feld Psychiatrie und damit den Umgang mit den Patienten/Klienten strukturieren und auch hierarchisieren, drohen vor diesem Hintergrund aus dem Blickfeld zu geraten. Sie bleiben jedoch über Mechanismen der sozialen Distinktion, wie Bourdieu sie beschrieben hat, wirkmächtig. Denn schließlich ist die Frage der professionellen Abgrenzung eine, die sich nicht nur vor dem Hintergrund der psychiatrischen Erkrankung vollzieht, sondern auch auf der Ebene sozialer Statusunterschiede zwischen Professionellen und Patienten/Klienten wirksam wird und die es daher zu reflektieren gilt.

Als eine der dominierenden philosophischen Strömungen des 20. Jahrhunderts stellt die Phänomenologie, wie sie auf ihren Begründer Edmund Husserl zurückgeht, die Erfahrung des Subjekts und die Subjektorientierung in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung. Die Phänomenologie, wie sie im dritten Kapitel der vorliegenden Arbeit dargestellt wird, erschöpft sich jedoch nicht in der Thematisierung der Subjekt-Perspektive, vielmehr strebt sie eine Transzendierung der Subjekt-Objekt Dichotomie an, als Voraussetzung für die Bestimmung des Verhältnisses zwischen Subjektivem und Objektivem. Sie erschöpft sich also nicht in einem Begriff von Subjektivität psychologischer Natur, vielmehr erfolgen Phänomenanalysen unter der Prämisse, dass sie „[...] immer ein Erscheinen *von* etwas *für* jemanden darstellt [Hervorh. i. O.]“ (Zahavi 2018: 18). Der Körper bzw. der Leib bilden einen zentralen Gegenstand phänomenologischer Analyse, inso-

fern die Art und Weise wie Menschen sich intentional auf etwas richten, immer auch davon bestimmt wird, wie sie die Dinge körperlich und eigenleiblich erfahren bzw. sie sich dieser körperlich und leiblich gewahr werden. So liegen der Phänomenologie Maurice Merleau-Pontys (Kristensen 2012) sowie der Neophänomenologie nach Hermann Schmitz (Schmitz 2009, 2011) die zentralen Annahmen zugrunde, dass der Körper, respektive der Leib bei Schmitz, die Basis für die Fähigkeit des Menschen bildet, sich intersubjektiv beziehen zu können, was im Konzept der Interkorporalität nach Merleau-Ponty und im Konzept der leiblichen Kommunikation nach Schmitz zum Ausdruck kommt.

Die Psychiatrie wiederum blickt auf eine zurückliegende Tradition der Integration phänomenologischer Grundannahmen in die psychiatrische Forschung zurück, dieser Zusammenhang wird unter 3.8 verdeutlicht. Die Symptomatiken psychiatrischer Erkrankung sind, gemäß der psychiatrischen Phänomenologie, nur im Zusammenspiel mit dem inneren Erleben und der Lebenswirklichkeit psychiatrisch erkrankter Menschen überhaupt zu verstehen. Eine Analyse von Symptomatiken kann sich demnach nicht in einer Beobachtung und Klassifikation des Sichtbaren erschöpfen, vielmehr braucht es die Einfühlung in das für die Patient*innen/Klient*innen auch sinnhafte Erleben seiner Psychopathologie. Diese theoretische Sichtweise überwindet die klinische Tendenz zur Ver-Objektivierung des Subjekts über die Erkrankung. Dem Körper kommt dabei naturgemäß eine exponierte Rolle zu, insofern er gewissermaßen die Grenze zwischen dem Innen und dem Außen, und damit zwischen Subjekt und Objekt, markiert.

Die abschließende theoretische Perspektive des vierten Kapitels thematisiert den Zusammenhang von Psyche, Körper und Pathologie aus dem Blickwinkel der Psychoanalyse bzw. der psychoanalytischen Psychosomatik. Für psychiatrische Erkrankungen ist dabei eine spezifische Form der Resomatisierung kennzeichnend, die sich dadurch auszeichnet, dass die Fähigkeit zur Distanzierung vom eigenen Körper vorübergehend eingebüßt wird. Entwicklungspsychologisch betrachtet, gründet die Fähigkeit zu Denken bzw. sich reflexiv auf sich selbst und andere zu beziehen in dem Vermögen, zu seinen unmittelbaren körperlichen Bedürfnissen eine Distanz zu entwickeln und hierüber einen Zustand von Affektstabilität zu erreichen. Vertrauensvolle und verlässliche Bindungen zu den primären Bezugspersonen stellen jedoch die Grundlage für die Bildung eines Gefühls des „Sich-zu-Hause Fühlens“ im eigenen Körper dar (vgl. Winnicott 1974). Körper, Affekte und Denken stehen somit in engem Bezug zueinander und können in Krisensituationen, wie sie eine psychiatrische Erkrankung darstellt, erheblich destabilisiert werden. Daneben ist von Bedeutung, dass psychiatrische Erkrankungen häufig in frühkindlich belastenden bis hin zu traumatischen Lebenszusammenhängen wurzeln, die es deutlich erschweren, stabile Bindungsmuster als Grundlage für Individuationsprozesse auch auf der Ebene des Körpers zu entwickeln.

Das auf theoretische Perspektiven und Paradigmen gründende Plädoyer für einen stärkeren Einbezug der Dimension des Körpers im Kontext Sozialer Arbeit in der Psychiatrie gilt es im empirischen, zweiten Teil der Arbeit, bezogen auf die Handlungspraxis hin, zu untersuchen. Hierzu wurden drei Gruppendiskussionen mit Professionellen aus verschiedenen institutionellen Bereichen der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie durchgeführt. Mithilfe eines Leitfadens (siehe Anhang) galt es zunächst zu erfassen, ob, und wenn ja, welche Bedeutung bzw. welcher Stellenwert dem Klienten-Körper für die professionelle Tätigkeit zukommt. Anschließend wurde mithilfe des Leitfadens der professionelle Kontext der Teilnehmer*innen um die Frage der Zusammenarbeit zum Körper innerhalb des Teams erweitert. Die teambezogene Perspektive wurde in einem dritten Schritt nochmals um die Ebene der Kooperation mit anderen Berufsgruppen erweitert. Der letzte und abschließende Fragenzusammenhang thematisierte die Anforderungen an die eigene Professionalität im Umgang mit dem Körper.

Die empirische Auswertung der vorliegenden Gruppendiskussionen erfolgt mittels der qualitativ-rekonstruktiven Methode der Dokumentarischen Methode, mit dem Ziel der Erfassung und Formulierung einer ersten Systematik zum spezifischen Umgang von pädagogischen Expertinnen und Experten der Psychiatrie im Umgang mit dem Thema Körper. Hierzu wird zunächst in Kapitel 5 in den methodischen Rahmen der Dokumentarischen Methode eingeführt. Auf der Basis von Harold Garfinkels Arbeiten zur Ethnomethodologie und der Wissenssoziologie von Karl Mannheim, der 1922 einen ersten Entwurf der „Dokumentarischen Methode der Interpretation“ vorlegte (Bohnsack 1997: 191), entwickelte Ralf Bohnsack, ausgehend von einer bundesweiten Studie zur Beratungskommunikation von Sozialarbeiter*innen in Einrichtungen der Jugend- und Drogenberatung (vgl. Bohnsack 1989), das sozialwissenschaftliche Verfahren, bezogen auf die Methodologie und das forschungspraktische Vorgehen, in den 1980er-Jahren weiter.

Bezogen auf die Forschungslogik liegt der Dokumentarischen Methode die Annahme zugrunde, dass in der spezifischen Weise der interaktiven bzw. wechselseitigen Bezugnahme, wie sie sich aufgrund der Milieuzugehörigkeit der Teilnehmer*innen innerhalb einer Gruppendiskussion herausbildet, gemeinsam geteilte Erfahrungsräume sichtbar werden, die wiederum grundlegend sind, um Aussagen zu kollektiven und habitualisierten Orientierungen eines Milieus treffen zu können (vgl. Weller 2005: 295 f.). Die Dokumentarische Methode eignet sich für das vorliegende Erkenntnisinteresse insofern besonders gut, als dass sie eine empirische Analyse und Aufdeckung der interaktiven Herstellungsweise einer Handlungspraxis auf der Grundlage konjunktiv geteilter Erlebnis- und Erfahrungsräume ermöglicht (vgl. Przyborski 2014: 47 f.). Soziale Wirklichkeit und soziale Praxis sind, so die grundlegende methodologische Annahme der Dokumentarischen Methode, nicht als Ergebnis objektiv beobachtbarer Zusammenhänge bzw. normativ richtiger Aussagen zu verstehen, vielmehr konstituieren sie

sich in fortlaufenden Prozessen sozialer Herstellung: Zentral ist hier nicht das „Was“ einer Interaktion, also die Themen, die behandelt werden, sondern vielmehr das „Wie“, die Beschaffenheit des Umgangs mit diesen Themen steht im Vordergrund (vgl. Przyborski 2004: 19 f.).

Die Reihenfolge und die Vorgehensweise, bezogen auf die interpretative Auswertung der transkribierten Gruppendiskussionen, sind an den drei Analyseschritten, wie sie von Ralf Bohnsack (beispielhaft 1989, 2001, 2014) entwickelt wurden, orientiert. In Anlehnung an die Weiterentwicklung der Dokumentarischen Methode durch Aglaja Przyborski (2014) in ihrem Werk „Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode“ werden die Analyseschritte „Thematischer Verlauf und Passagen“, „Formulierende Interpretation“ und „Reflektierende Interpretation“ um einen vierten, den drei Analyseschritten vorangestellten tabellarischen Überblick (siehe Anhang) über die Ober- und Unterthemen der jeweiligen Gruppendiskussionen ergänzt.

In einem letzten Analyseschritt werden in einer komparativen Zusammenschau der drei Gruppendiskussionen die herausgearbeiteten Orientierungsrahmen in Bezug auf deren generalisierbare Aussagekraft hin analysiert und es werden hieraus im Rahmen einer Schlussbetrachtung handlungstheoretische Überlegungen und Reflexionen abgeleitet.

Grundlegendes zu den verwendeten Begriffen

Der Begriff „*Psychiatrie*“ bezieht sich auf das gesamte psychiatrische Hilfe- und Angebotsspektrum von der stationären Versorgung in Kliniken, zu den stationären Hilfen in Wohnheimen, über die teilstationären Angebote in Tageskliniken und Tagestätten, hin zu den ambulanten Hilfen im Kontext des Ambulant Betreuten Wohnens. Eine institutionelle Trennung in einen klinischen und einen außerklinischen Bereich, wie es für die Psychiatrie respektive für die Gemeindepsychiatrie mitunter üblich ist, erfolgt hier nicht.

Der Begriff „*Dimension des Körpers*“ ist bewusst allgemein gehalten, hierunter werden unterschiedliche Zugänge zum Körper subsumiert:

1. Die unmittelbare körperliche Erscheinung wie die Körperhaltung, die Mimik, die Gestik bzw. der sprachliche Ausdruck und die äußere Erscheinung, sprich die Kleidung, die Pflege und die Ästhetisierung des Körpers.
2. Die Bereiche des täglichen Lebens, bei denen dem Körper eine konstitutive Rolle zufällt wie die Körperpflege, die Gestaltung des Wohnraums und Themen rund um die Fürsorge und Gesunderhaltung des Körpers wie Ernährung, Bewegung und Entspannung.
3. Die Ebene des inneren Erlebens, im phänomenologischen Sinne das „eigenleibliche Spüren“.

4. Die Handlungsebene und die Involvierung des Körpers in das psychiatrische Krankheitsgeschehen.
5. Und nicht zuletzt: Die Rolle des Körpers im Kontext des professionellen Interaktionsgeschehens zwischen psychiatrischen Klientinnen und Klienten und Professionellen, die im Feld Psychiatrie pädagogisch tätig sind.

Ferner erfolgt in dieser Arbeit keine Unterscheidung in Leib und Körper, wie sie beispielsweise für die Phänomenologie oder die neophänomenologische Körpersoziologie kennzeichnend ist (vgl. Kapitel 3). Dort, wo sich explizit auf den Leib als Untersuchungsgegenstand bezogen wird, wird dies kenntlich gemacht.