



Josephina Schmidt

Frauen in der Sozialpsychiatrie

Fallgeschichten multi-
perspektivisch verstehen

BELTZ JUVENTA

Die Autorin

Drⁱⁿ Josephina Schmidt, arbeitet im Bereich Grundsatzfragen und Qualität der Sozialen Arbeit beim Sozialamt Stuttgart und hat an der Eberhard Karls Universität Tübingen im Fachbereich Erziehungswissenschaften/Sozialpädagogik promoviert. In Lehre, Forschung und Praxis sind ihre Arbeitsschwerpunkte rekonstruktive Sozialforschung, Professionalisierung Sozialer Arbeit, Geschlechterfragen in Sozialer Arbeit und Sozialpsychiatrie, Partizipation, kommunale Soziale Arbeit sowie Digitalisierung der Hochschulbildung.

Zugleich: Tübingen, Eberhard Karls Universität, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Dissertation, 2023, unterstützt durch die Rosa-Luxemburg-Stiftung.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-7799-7772-8 Print
ISBN 978-3-7799-7773-5 E-Book (PDF)
ISBN 978-3-7799-8048-3 E-Book (ePub)

1. Auflage 2024

© 2024 Beltz Juventa
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Ulrike Poppel
Satz: Datagrafix, Berlin
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100)
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	9
Einleitung – Geschlechterfragen und Soziale Arbeit in der Sozialpsychiatrie	11
I. Heuristik	23
1. Analyseperspektiven auf und von Frauen in der Psychiatrie	24
1.1 Sozialpsychiatrische Perspektiven	25
1.1.1 Sozialpsychiatrische Perspektiven auf Subjekt, Institution und Gesellschaft	26
1.1.2 Sozialpsychiatrische Perspektiven auf Geschlechterfragen in der Psychiatrie	36
1.2 Feministische Perspektiven	48
1.2.1 Feministische Perspektiven auf Frauen in der Psychiatrie	53
1.2.2 Postulate feministischer Forschung im psychiatrischen Feld	63
1.3 Sozialarbeiterische Perspektiven	72
1.3.1 Soziale Arbeit in der Sozialpsychiatrie	72
1.3.2 Perspektiven rekonstruktiver Sozialer Arbeit auf den »Fall«	76
1.4 Zusammenfassung und Forschungsfrage	87
2. Methodologische Schlussfolgerungen	92
2.1 Objektive Hermeneutik als emanzipatorischer Ansatz	92
2.2 Notwendigkeit einer reflexiven Forschungspraxis	104
II. Grundlagen der Empirie	107
3. Untersuchungsfeld und Methoden der rekonstruktiven Sozialforschung	108
3.1 Untersuchungsfeld – Strukturen, Adressat*innen und Herausforderungen	109
3.1.1 Historische Einordnung in sozialpsychiatrische Diskurse und das gemeindepsychiatrische Hilfesystem	109
3.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen	112

3.1.3	Adressat*innen	114
3.1.4	Alltagsgestaltung	115
3.1.5	Diskurse um dauerhaftes Wohnen	117
3.2	Datenerhebung – Methoden rekonstruktiver Sozialforschung	122
3.2.1	Feldzugang und Sample	123
3.2.2	Erhebungsinstrumente – Interviews und Hilfepläne	126
3.2.3	Forschungsethisch informierter Umgang mit den Interviewsituationen	135
3.3	Datenauswertung – Methodik der Objektiven Hermeneutik	142
3.3.1	Prinzipien und Auswertungsschritte der Datenauswertung	143
III.	Fallanalysen	151
4.	Frau Nadle – Wohnheim als Sicherung der Existenz	153
4.1	Lebensgeschichte und objektivierbare Daten	153
4.2	Protokoll 1 – Interview Frau Nadle	163
4.2.1	Auszug Feinanalyse	164
4.2.2	Prüfsequenzen	194
4.2.3	Fallstrukturhypothese	204
4.3	Protokoll 2 – Interview Frau Sender-Bauer	208
4.3.1	Auszug Feinanalyse	209
4.3.2	Prüfsequenzen	228
4.3.3	Fallstrukturhypothese	233
4.4	Protokoll 3 – Hilfeplan	235
4.4.1	Form und Pragmatik des Hilfeplans	235
4.4.2	Auszug Feinanalyse	253
4.4.3	Prüfsequenzen	266
4.4.4	Fallstrukturhypothese	268
4.5	Relationierung der Fallstrukturen	272
5.	Frau Andreas – Wohnheim als Familienersatz	275
5.1	Lebensgeschichte	275
5.2	Protokoll 1 – Interview Frau Andreas	277
5.2.1	Auszug Feinanalyse	278
5.2.2	Prüfsequenzen	291
5.2.3	Fallstrukturhypothese	293

5.3	Protokoll 2 – Interview Frau Michele	295
5.3.1	Auszug Feinanalyse	296
5.3.2	Prüfsequenzen	305
5.3.3	Fallstrukturhypothese	309
5.4	Protokoll 3 – Hilfeplan	310
5.4.1	Auszug Feinanalyse	311
5.4.2	Prüfsequenzen	316
5.4.3	Fallstrukturhypothese	318
5.5	Relationierung der Fallstrukturen	319
6.	Frau Ricken – Wohnheim als fester Wohnsitz	321
6.1	Lebensgeschichte	321
6.2	Protokoll 1 – Interview Frau Ricken	322
6.2.1	Auszug aus der Feinanalyse	323
6.2.2	Prüfsequenzen	332
6.2.3	Fallstrukturhypothese	335
6.3	Protokoll 2 – Interview Frau Ewald	337
6.3.1	Auszug aus der Feinanalyse	338
6.3.2	Prüfsequenzen	344
6.3.3	Fallstrukturhypothese	348
6.4	Protokoll 3 – Hilfeplan	349
6.5	Relationierung der Fallstrukturen	351
IV.	Zusammenführung der Ergebnisse	353
7.	Zusammenfassung der Strukturgesetzmäßigkeiten	354
7.1	Biographien und Care-Beziehungen	355
7.2	(Geschlechtsspezifische) Gewalterfahrungen und Opferdiskurse	359
7.3	Professionsverständnis und Arbeitsbündnisse	361
7.4	Organisationale Verhältnisse	366
7.5	Individualisierendes Autonomie-Ideal	370
7.6	Krisenvermeidung und Bewahrung des Bestehenden	372
7.7	Veränderung und Autonomieentwicklung	375
7.8	Zusammenfassung	377

8. Theoretisierende Reflexion der Ergebnisse – Krisen, Care-Verhältnisse und relationale Autonomie	378
8.1 Problematisierung Autonomie-Ideal und Krisenvermeidung	378
8.2 Fokus auf Krisen	381
8.3 Fokus auf Care-Verhältnisse	384
8.4 Relationale Autonomie als Orientierung reflexiver Sozialer Arbeit	390
9. Schlussbetrachtung	397
Literatur	403
Abkürzungen	419

Einleitung – Geschlechterfragen und Soziale Arbeit in der Sozialpsychiatrie

„also wenn die frau nicht guckt wo sie bleibt [...] dann machts auch niemand [...] und da ist die frau gefordert aus ihrer rolle als mutter und für die bedienung und so weiter raus zu finden.“ (Frau Nadle)

„aber die frau limpe sagt immer mein platz wäre hier [...] das finde ich ein bisschen traurig.“ (Frau Andreas)

„also man verpasst draußen das leben nicht im gegenteil man ist geschützt.“ (Frau Ricken)

Mit diesen drei facettenreichen Interviewzitatzen der befragten Bewohnerinnen eines sozialpsychiatrischen Wohnheims in das Thema „Soziale Arbeit mit Frauen in der Sozialpsychiatrie“ einleitend, stelle ich im Folgenden die Forschungsanlässe, wesentliche theoretische Bezüge sowie die Gliederung dieses Buchs vor und erläutere, welche unterschiedlichen Disziplinen berührt werden und welche Anliegen ich mit dem Forschungsprojekt verfolge.

Gegenstand dieser Arbeit sind Strukturen und Prozesse rund um Soziale Arbeit mit psychiatrienerfahrenen Frauen, deren Biographien von einem langen psychiatrischen Hilfeverlauf und damit verbundenen Institutionen und Helfer*innen geprägt sind und die *dauerhaft* in einem sozialpsychiatrischen Wohnheim leben. Damit nehme ich ein klassisches Thema der sozialpsychiatrischen Reformbewegung auf – den Umgang mit Langzeitbewohner*innen sozialpsychiatrischer Institutionen – und aktualisiere den diesbezüglichen Wissensstand durch die Hinzunahme feministischer Ansätze und sozialarbeiterischer Professionstheorien an der Schnittstelle der zwei sozialen Differenzkategorien »Geschlecht« und »Behinderung«.

Das sozialpädagogisch hoch relevante Handlungsfeld Sozialpsychiatrie hat sich in seinen heute bestehenden Strukturen vor allem seit den 1970er Jahren entwickelt und ausdifferenziert. Ein Grundgedanke und zentraler Impuls der sozialpsychiatrischen Reformbewegung war die Abkehr von großen Institutionen, insbesondere den klassischen Anstalten, die bis weit in die 1970er Jahre die psychiatrische Behandlung und durch viele Langzeitaufenthalte die Biographien Psychiatrieerfahrener prägten. Eine soziale Psychiatrie sollte stattdessen die mit den Anstalten häufig einhergehende institutionelle Totalisierung ablösen und betroffenen Personen ein Leben in von starker Selbstbestimmung getragenen

Settings in unmittelbarer Gemeindenähe ermöglichen (ausführlich in Kapitel 1.1. und 3.1. dargestellt).

Soziale Arbeit als Disziplin und Profession hat im multiprofessionellen Feld der Sozialpsychiatrie bis heute eine marginalisierte Position (vgl. Brückner 2015, Brückner & Kersting 2021). Die Vielfalt aktueller Fachdiskurse der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik kommt in sozialpsychiatrischer Theorie- und Praxisentwicklung wenig zur Geltung. Zwar sind Konzepte der Lebensweltorientierung (z. B. Obert 2016) und der Agency (z. B. Hoffmann 2011) in einigen sozialpsychiatrischen Fachbereichen inzwischen anerkannt, jedoch werden unter anderem gender- und differenzreflektierende sowie rekonstruktive und biographieanalytische Ansätze Sozialer Arbeit nur ansatzweise diskutiert, wie zum Beispiel in den Tagungsprogrammen der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.¹ oder der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde² abzulesen ist.

Gleichzeitig sind klassische sozialpsychiatrische Themen in der Disziplin der Sozialen Arbeit unterrepräsentiert. Die Situationen von Menschen mit dauerhaften und hochkomplexen Hilfebedarfen, denen die Organisationen und Angebote Sozialer Arbeit nicht immer gerecht werden, sind in prominenten Diskursen um Partizipation und Professionalität in der Sozialen Arbeit eher weniger fokussiert (vgl. Bliemetsrieder, Maar, Schmidt & Tsirikiotis 2018b).

Mit der vorliegenden Dissertation wird daher das Anliegen verfolgt, die Eigenständigkeit und Relevanz sozialarbeiterischer und sozialpädagogischer Ansätze im Handlungsfeld der Sozialpsychiatrie durch empirische Erkenntnisse zu fundieren und dabei der Notwendigkeit interdisziplinärer Perspektiven gerecht zu werden. Somit verorte ich meine Forschungsarbeit als feministisch informierte, rekonstruktive Professionsforschung Sozialer Arbeit im interdisziplinären Handlungsfeld der Sozialpsychiatrie.

Das Forschungsthema auf die von mir umgesetzte Weise zu bearbeiten, hat viele Anlässe. Die Institution³ »Psychiatrie« dient seit jeher der Bearbeitung gesellschaftlich abweichenden Verhaltens und ist historisch eng mit der Ordnung und Reproduktion von sogenannter »Normalität« verbunden (vgl. Kardorff 2017). Somit ist sie ebenfalls eine wesentliche Institution zur Reproduktion von Geschlechterverhältnissen. Gleichzeitig wird entlang der Psychiatrie seit langem ein gesellschaftskritischer Teildiskurs geführt.

Im historischen Verlauf lassen sich meines Erachtens die miteinander verschränkten Ungleichheiten entlang der Differenzkategorien »Geschlecht« und »Behinderung« sowie der Zusammenhang der die Subjekte objektivierenden

1 Im Folgenden DGSP genannt.

2 Im Folgenden DGPPN genannt.

3 Zur Unterscheidung zwischen »Institution« und »Organisation« in dieser Arbeit siehe Kapitel 1.3.2.

professionellen Bearbeitung in der Institution »Psychiatrie« mit gesellschaftlichen Entwicklungen als Kontinuität erkennen. Frauen wurde und wird die Fähigkeit abgesprochen, eigenständige und vernünftige (i. S. v. rational und vermittelt) Entscheidungen treffen zu können und mit dieser Begründung der Zugang zu gesellschaftlichen und politischen Räumen verwehrt, womit sie sich in verschiedenen Abhängigkeitsverhältnissen befanden und befinden (vgl. Chesler 1974_1986, Schlichter 2000, Wimmer-Puchinger 2016). Dabei ist eine Verschwisterung von Medizin und Theologie zu beobachten, in der männliche Entwürfe von Autonomie konstruiert werden, die patriarchale Verhältnisse stärken (vgl. Schlichter 2000, Ralser 2010). Gleichzeitig liegt in der Abweichung von »Normalität« durch Frauen ein emanzipatorischer und selbstbestimmter Anteil, wie beispielsweise an der Figur der sogenannten »Hysterikerinnen« rekonstruierbar ist (vgl. Chesler 1986, LVR Dezernat Umwelt und Kultur 2012, Meier 2009, Nolte 2003, Schlichter 2000).

Seit mehr als 140 Jahren kämpfen Menschen in verschiedenen Wellen mit verschiedenen Schwerpunkten und mehr oder weniger international und intersektional für die Abschaffung patriarchaler Verhältnisse sowie die Teilhabe von Frauen an gesellschaftlichen Gütern (vgl. Schrupp 2019). Dadurch hat sich die Situation an einigen Stellen deutlich gewandelt, Möglichkeitsräume haben sich aufgetan, gleichzeitig sind Abhängigkeiten komplexer und verdeckter geworden. Stand vielen Frauen noch vor 100 bis 150 Jahren vor allem die private Reproduktionsarbeit als Raum zur Verfügung, ermöglichte beispielsweise der Wandel zum »Adult Worker Modell«⁴ Frauen in vielen Bereichen mehr Autonomie und Öffentlichkeit.

Auch die Krisen, wegen denen Frauen zu Adressat*innen der (Sozial-)Psychiatrie werden, haben sich verändert. Wurden damals eher die Frauen psychiatrisiert, die mit ihren reproduktiven Aufgaben innerhalb der Familie in Krisen gerieten, welche nicht mehr ohne professionelle Hilfe bearbeitet werden konnten, liegen die Krisen heute, im neoliberalen Wandel der Reproduktions- und Produktionsverhältnisse der Gesellschaft und der doppelten Privatisierung, vor allem zwischen ihren Möglichkeiten zum Verkauf ihrer Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt und der notwendigen reproduktiven Arbeit in Familien. Diese sich verändernden Krisen der Selbstoptimierung betreffen auch die Frauen,

4 Das sozialpolitische »Adult Worker Modell« löst seit den 2000er Jahren das Modell der »männlichen Ernährerehe« ab und geht von dem Prinzip aus, dass alle erwachsenen Erwerbsfähigen einer Erwerbsarbeit nachgehen sollten, unabhängig von der Geschlechtsidentität. Das Modell hat ein emanzipatorisches Potenzial, das jedoch stark mit der gesellschaftlichen Organisation von Care-Arbeit verbunden ist, die bisher immer noch vorwiegend im Privaten und von Frauen übernommen wird und somit zu einer doppelten Vergesellschaftung von Frauen führt (vgl. Brückner 2011: 107–108, Leitner 2017: 55–56, Linkerhand 2019: Abs. 4).

die in der (Sozial-)Psychiatrie als Fachkräfte arbeiten (vgl. Brückner 2011, Soiland 2017).

Neben feministischen Bewegungen wurden auch in der sozialpsychiatrischen Reformbewegung Kämpfe um Selbstbestimmung und Anerkennung geführt, die jedoch weitestgehend in patriarchalen Strukturen verblieben. Diese Kämpfe werden national und international hauptsächlich Männern zugeschrieben, die die Geschlechterordnung im Grundsatz unbearbeitet und somit bestehen ließen (z. B. Franco Basaglia, Robert Castel, Klaus Dörner, Michel Foucault, Erving Goffman, Philippe Pinel, Thomas S. Szasz). Wesentliche Beiträge von Frauen zur Psychiatriebewegung (z. B. Franca Basaglia Ongaro, Dorothea Buck, Judi Chamberlin, Phyllis Chesler, Ursula Plog) werden weitaus seltener rezipiert. Ebenso wurden und werden frauenspezifische Themen tendenziell vernachlässigt und auch der Emanzipations- und Autonomiebegriff der sozialpsychiatrischen Bewegung männlich überformt. Psychiatrieerfahrene und in der Psychiatrie tätige Frauen sind damit gleichermaßen von patriarchalen Reproduktions- und Produktionsverhältnissen betroffen. Sie unterscheiden sich jedoch deutlich in den in ihren Biographien erworbenen Autonomiegraden, im Ausmaß des subjektiven Leidens daran und den aufgrund ihrer gesellschaftlichen Positionen verfügbaren Bearbeitungsmöglichkeiten.

Im Fachdiskurs der Sozialpsychiatrie ist heute bekannt, dass Geschlecht der stärkste soziale Einflussfaktor auf Ausbruch und Verlauf von psychischen Erkrankungen ist (vgl. Riecher-Rössler 2018) und die Prävalenzraten für Frauen insgesamt höher liegen (vgl. Merbach & Brähler 2016). Zudem sind Frauen im Allgemeinen und Frauen mit Psychiatrie-Erfahrung im Besonderen statistisch häufiger von Gewalt betroffen und in verschiedenen Lebensbereichen benachteiligt (vgl. BMAS 2021, BMFSFJ 2014, Glammeier & Bergenthal 2016, Krumm et al. 2018, Krumm 2019a). Dies ist auch weiterhin der Fall, wenn Frauen in institutionalisierten Settings leben und kann im Kontext paternalistischer Strukturen in pädagogischen Organisationen betrachtet werden (vgl. Schönwiese 2011, Thesing 2017).

Gleichzeitig werden frauenspezifische Themen in der Disziplin und Profession der Sozialpsychiatrie jedoch marginalisiert (vgl. Chesler 1986, Enders-Drägasser & Sellach 1998, Enzenhofer 2006, Krumm 2010, Thesing 2017) und das Themenspektrum »Geschlecht« vor allem aus biologisch-medizinischer Perspektive⁵ diskutiert. Im Vordergrund stehen eher Forschungen zum Zusammenhang der biologischen Reproduktivität mit psychischer Gesundheit und den Frauen zugeschriebenen familialen Aufgaben (z. B. Referat „Frauen- und

5 Siehe zur Schwierigkeit der gemeinsamen Bearbeitung von Gegenständen durch Soziologie und Psychiatrie zum Beispiel Hartmut Bargfrede und Bernd Dimmek (2002). Auch Dyrk Zedlick und Samuel Thoma (2017) machen auf die Verhältnisse der Wissensgenerierung in der Psychiatrie aufmerksam und weisen auf die einseitige Forschungsförderung neurobiologischer Grundlagenförderung hin.

geschlechtsspezifische Fragen in der Psychiatrie“ der DGPPN⁶), zu geschlechtsspezifischen Diagnosen (z. B. Robert-Koch-Institut 2020: 66–73) sowie zu Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (z. B. Rebscher, Marschall, Hildebrandt-Heene, Sydow & Nolting 2016). Damit werden Geschlechterverhältnisse in der Psychiatrie tendenziell entpolitisiert und beispielsweise von der Geschlechterrolle *abweichendes* Verhalten pathologisiert (vgl. Enzenhofer 2006, Thesing 2017). Insgesamt reduziert sich sozialpsychiatrische Forschung zunehmend auf (notwendige!) Kritik an psychiatrischen Behandlungskonzepten und wird dadurch entpolitisiert. Der wieder erstarkte biologistisch-deterministische Diskurs im Feld wird vielfach übernommen (vgl. Salize 2017, Aderhold 2018) und die Reflexion der Konstruktion von Abweichungen und der herrschaftssichernden Funktion der Sozialpsychiatrie eher vernachlässigt (vgl. Gruber, Böhm, Wallner & Koren 2018b).

Eine traditionell soziologische Perspektive in der Sozialpsychiatrie hingegen strukturiert sich historisch entlang der Kritik an die Menschen entsubjektivierenden und Autonomie einschränkenden Institution sowie der Anerkennung von (seelischen) Behinderungen als soziale und kulturelle Konstruktion (vgl. Goffman 1973 & 1975, Szasz 1975, Castel 1979, Foucault 1961_1996 & 1973_2005, Waldschmidt 2008, Dörner 2014, Dörner, Plog, Teller & Wendt 2015). Mit dem Blick wird unter anderem erkennbar, dass je höher der Institutionalisierungsgrad ist, desto eher wird den Adressat*innen sozialpsychiatrischer Hilfen die Autonomiefähigkeit abgesprochen (vgl. Bliemetsrieder, Maar, Schmidt & Tsirikiotis 2018b). Im Rahmen der Staatenprüfung bei der Entwicklung der »Überkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung«⁷ wurde der Bundesrepublik Deutschland zudem attestiert, dass das Hilfesystem für Menschen mit Behinderungen zu sehr auf institutionelle Unterstützung ausgerichtet sei (vgl. Konrad & Rosemann 2020: 12). Die fachliche Auseinandersetzung damit drückt sich zunehmend auch in normativen Leitlinien der Sozialpsychiatrie aus, wie der UN-Behindertenrechtskonvention (vgl. Schmidt 2010) sowie deren gesetzlicher Verankerung im Bundesteilhabegesetz⁸, die sowohl Selbstbestimmung, Teilhabe und Partizipation als auch die besondere Berücksichtigung von Frauen mit Behinderung fokussieren:

„§ 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu

6 Siehe unter: www.dgppn.de/die-dgppn/referate/gender.html.

7 Im Folgenden UN-Behindertenrechtskonvention genannt.

8 Im Folgenden BTHG genannt.

vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen von Frauen und Kindern mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder sowie Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen.“ (BTHG § 1)

Diese bisherige Skizze verdeutlicht, dass Geschlechterfragen in der Sozialpsychiatrie mehrere Dimensionen haben. Als Sozialarbeiterin in verschiedenen sozialpsychiatrischen Angeboten sowie als Forscherin und Lehrbeauftragte zu Themen des Handlungsfeldes ist mir aufgefallen, dass diese kaum oder tendenziell eindimensional bearbeitet werden. Entsprechend habe ich in meiner Arbeit Theoriebezüge aus Sozialpsychiatrie, Feminismus und Sozialer Arbeit zu einem multiperspektivischen Forschungszugang zusammengeführt.

Feministische Erkenntnispositionen ermöglichen das Zusammendenken von materieller, kulturell-symbolischer und Subjekt-Ebene „sowohl getrennt als auch in ihrer Einheit“ (Scholz 2018: 60). Das bedeutet, gesellschaftliche Verhältnisse in ihrer Logik zu begreifen und die Praxis als auch Interaktionen der Menschen ebenso zu betrachten wie subjektive Erfahrungen. Denn gesellschaftliche Verhältnisse reproduzieren sich in Praktiken, sind aber nicht dasselbe und können vor allem dort durch Subjekte verändert werden. Diese Zusammenhänge finde ich in Arbeiten zum feministischen Materialismus wieder (z. B. Soiland 2014, 2015, 2017, 2018), die ich als eine der möglichen Denkfolien für meine Forschung ausgewählt und mit postkolonialen Ansätzen verbunden habe.

Das Forschungsthema ebenfalls aus der Perspektive Sozialer Arbeit zu bearbeiten, bietet weitere Möglichkeiten. Zunächst liegt in der Disziplin und Profession eine ausführliche Expertise zum Verstehen von und Arbeiten in Geschlechterverhältnissen (vgl. Bütow & Munsch 2017), wie zum Beispiel an der Diskussion um Soziale Arbeit als Frauenberuf (vgl. Bereswill & Ehlert 2017) deutlich wird. Geschlecht als zentrale Kategorie für die Strukturierung des Sozialen zu bearbeiten, ist in der Sozialen Arbeit von höchster Relevanz (vgl. Bereswill & Ehlert 2018). Vor dem Hintergrund der Annahme, dass die Zuordnung zu einem Geschlecht maßgeblich die Entwicklung eines Subjekts bestimmt (vgl. a. a. O.: 32) ist es selbstverständlich, dass auch bei der Subjektivierung im Kontext der Sozialpsychiatrie Geschlechterfragen relevant sind.

Geschlechterreflexive Ansätze beschäftigen sich darüber hinaus mit sozialen Differenzierungen in und durch die Profession der Sozialen Arbeit (vgl. Bütow & Munsch 2017). Aus dieser Perspektive kann auch die neoliberale Restrukturierung von Care-Arbeit (vgl. Brückner 2011, Soiland 2017, 2018) und die damit zusammenhängenden Ausdrücke der Krise von Care-Arbeit Anforderungen an Selbstsorge in psychischen Krisen und Biographien von Frauen (vgl. Brückner 2012, Rau 2012) in den Blick genommen werden. Dabei können aus sozialarbeiterischer Sicht die auf das einzelne Subjekt verlagerten gesellschaftlichen Widersprüche und die wechselseitige Herstellung von Geschlechterverhältnissen

und Fallkonstellationen in der Dialektik von Allgemeinem und Besonderen in professionellen Arbeitsbündnissen verstanden werden (vgl. Oevermann 2013, Silkenbeumer & Thieme 2019).

Die Aufgaben Sozialer Arbeit können als (Wieder-)Herstellung der Integrität des Einzelfalls (vgl. Oevermann 2013, Walther 2017) und kritische Mitgestaltung gesellschaftlicher Verhältnisse (vgl. Eichinger 2009) begriffen werden. Gleichzeitig hat Soziale Arbeit sozialpolitisch ebenfalls die Funktion,

„gesellschaftliche Ordnung zu gewährleisten. Die Form dieser Regulierungen besteht [...] darin, soziale Problemlagen als ‚psychosoziale Probleme‘ individueller Akteure zu bearbeiten. Das gilt auch für die Vorgaben und Regelungen der Geschlechterordnung.“ (Bitzan 2018: 505)

Vor diesem Hintergrund kann Soziale Arbeit sowohl die ins Individuum verlagerten gesellschaftlichen Probleme bearbeiten als auch diese Probleme durch das institutionalisierte Handeln von Sozialarbeiter*innen reproduzieren. Dennoch ist festzustellen, dass sozialarbeiterische Forschung in der Psychiatrie derzeit vor allem Behandlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten auf der Ebene einzelner Individuen fokussiert. Fundierte Berichte zu Lebenslagen psychiatrierer Frauen weisen auf wesentliche Problemfelder hin, lassen jedoch teilweise die Rekonstruktion von strukturellen Zusammenhängen und der Reproduktion von Strukturen durch die beteiligten Professionen und Organisationen missen. Die Professionalisierung Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie wird gleichzeitig häufig unter Maßgaben der Verbetriebswirtschaftlichung verhandelt (vgl. Wulff 2007, Schmidt 2017).

Auch Bruno Hildenbrand (2015: 274–275) kritisiert, dass die Soziale Arbeit im Handlungsfeld der Psychiatrie ihren eigenständigen Professions- und Disziplin-Ansatz trotz des Gestaltungsspielraums zu vergessen scheint und soziale Phänomene vielmehr psychologisiert, statt eine fundierte Alltagsperspektive einzunehmen. Dabei würden pädagogische Begriffe zwar formal benutzt, diese jedoch inhaltlich preisgegeben und die Perspektive der Sozialen Arbeit zu Gunsten der Psychologie verlassen, da sich von dieser mehr Professionalität versprochen werde. Diese Kritik aufgreifend, nehme ich in meiner Arbeit Fragestellungen aus dem Alltag betroffener Frauen auf und bringe sozialarbeiterische Denk- und Handlungsansätze in den Diskurs in der Sozialpsychiatrie ein.

Den Fokus in dem bis hierher eröffneten Themenspektrum enger gestellt, nehme ich in meiner Arbeit Frauen in der Sozialpsychiatrie, konkreter Soziale Arbeit mit dauerhaften Bewohnerinnen in sozialpsychiatrischen Wohnheimen⁹ in den

9 Im Laufe meines Forschungsprozesses haben sich die rechtlichen Rahmenbedingungen der gemeinschaftlichen Wohnform für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung von „Wohnheimen“ nach der Eingliederungshilfe im SGB XII zu „Besonderen Wohnformen“ im SGB

Blick. Die in zentralen Diskursen der sozialpsychiatrischen Reformbewegung von Beginn an kritisierte Anstaltsförmigkeit der Psychiatrie mit Biographien prägenden Langzeitaufenthalten (z. B. Riemann, Fengler & Fengler, Goffman) wird damit von mir um die dabei bisher wenig berücksichtigte Geschlechterzugehörigkeit und die Rolle der Sozialen Arbeit ergänzt. An den gewählten Fallkonstitutionen können sowohl die subjektive Bearbeitung als auch verallgemeinerbare Strukturprobleme sichtbar gemacht werden. Dafür wird über die Rekonstruktion der Selbstdeutungen von Betroffenen einerseits oder professionelle Deutungen der Helfer*innen andererseits hinaus gegangen. Vielmehr ist von Interesse, wie die lebensgeschichtliche Erfahrungsstruktur der Adressat*innen, pädagogisches Fallverstehen und Handeln der im Arbeitsbündnis mit den Bewohnerinnen handelnden Sozialarbeiterinnen sowie gesellschaftliche Verhältnisse zusammenwirken. Deshalb richte ich den Blick auf die Relation von sozialarbeitenden und im Wohnheim lebenden Frauen im Kontext *allgemeiner* gesellschaftlicher Geschlechterverhältnisse, um die gemeinsame Herstellung von Wirklichkeit und die Bedeutung des Geschlechts für die *besondere* Einzelfallkonstruktion zu verstehen.

Mit der sozialarbeiterischen Professionsperspektive wird versucht zu vermeiden, ein neoliberales Menschenbild zu übernehmen, das, wie Heiner Keupp (2016) warnt, davon ausgeht, Menschen sollten außerhalb „institutioneller Sicherheitsgarantien“ (Keupp 2016: 5) nach dem Leitbild des »unternehmerischen Selbst« handeln. Mein ethischer Anspruch ist es, angesichts nicht akzeptabler, subjektives Leid erzeugender gesellschaftlicher Verhältnisse nach Möglichkeiten einer weniger gewaltvollen Gesellschaftspraxis zu suchen, die sich im konkreten Alltag sozialarbeiterischer Situationen vollziehen kann.

So führe ich zusammengefasst eine differenzfeministische Psychiatriekritik, sozialpsychiatrische Theoreme und rekonstruktive Sozialforschung zusammen, um herauszufinden, welche allgemeinen Probleme der Gesellschaft an den Einzelfällen und der professionellen Bearbeitung dieser deutlich werden, um diese für die Soziale Arbeit reflexiv zugänglich zu machen. Mit diesem erkenntnistheoretischen Schlüssel eröffne ich eine Tür zum Forschungsthema, hinter der etwas Neues liegt, was es noch zu verstehen gilt und große Zusammenhänge in den Blick nimmt, ohne Subjekte darunter zu subsumieren.

Die dargestellten Anlässe rechtfertigen es, zum Thema »Soziale Arbeit mit psychiatrieerfahrenen Frauen« vier Strukturprobleme zu benennen. Erstens ein Forschungsproblem, weil zu dem Bereich kaum Forschung vorhanden ist, in der die verschiedenen Sinnzusammenhänge in ihrer Relation betrachtet werden. Zweitens ein Professionalisierungsproblem der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld der Sozialpsychiatrie. Sowie drittens ein Praxisproblem der Sozialpsychiatrie

IX elementar verändert, wie in Kapitel 3.1. ausgeführt wird. Dadurch, dass meine Datenerhebung noch während der Gültigkeit des alten Leistungsrechts stattfand, werden teilweise inzwischen überholte Begriffe verwendet.

im Umgang mit langjährigen Hilfeverläufen psychiatriererfahrender Frauen und damit viertens ein Adressat*innenproblem, weil die Biographien betroffener Frauen davon beeinflusst sind.

Um diese Strukturprobleme näher zu verstehen, gehe ich mit einer empirischen Analyse vor dem Hintergrund der aufgezeigten Bezüge der Frage nach: *„Wie werden Frauen zu Fällen dauerhafter Bewohnerinnen in sozialpsychiatrischen Wohnheimen?“* Methodisch folge ich dabei dem Paradigma der rekonstruktiven Sozialforschung (vgl. Kraimer 2000, Oevermann 2000 & 2002, Wagner 2001 & 2004, Rosenthal & Loch 2002, Garz & Raven 2015, Wernet 2009 & 2012 & 2019 & 2022) und stelle anhand von Einzelfallanalysen die Strukturiertheit von Fällen in der Dialektik von Besonderem und Allgemeinem in den Vordergrund. Ich nutze Datenerhebungsmethoden der qualitativen Sozialforschung, um für drei Fälle jeweils drei Protokolle (Interview Bewohnerin, Interview Bezugsmitarbeiterin, Dokument Hilfeplan) zu generieren, die mit der Datenauswertungsmethode der Objektiven Hermeneutik rekonstruiert werden.

Die Dialektik des Fallbegriffs eignet sich für den Forschungsgegenstand deswegen, weil damit sowohl das professionelle Handeln von Sozialarbeiter*innen in den Blick genommen werden kann als auch das den Sozialarbeitenden zur Verfügung stehende und durch sie reproduzierte Fachwissen. Für eine Explikation der im Fall liegenden Subjektconstitution bedarf es jedoch meines Erachtens der angesprochenen feministischen Perspektive, welche in der Fallconstitution die Personen, die zu Fällen Sozialer Arbeit werden, als sinnhaft Handelnde aber auch als psychisch mehrschichtig und nicht nur gesellschaftliche Verhältnisse widerspiegelnd funktionierend versteht (vgl. Schlichter 2000: 77).

Wie ausgeführt, sind die zwei Differenzkategorien »Geschlecht« und »Behinderung« Ausgangspunkte meiner Forschung, bei denen es sich sowohl um soziale und kulturelle Konstruktionen handelt als auch um Konstruktionen, die wirkliche und materiale Auswirkungen auf die Lebensgestaltung der betroffenen Menschen haben. Daher ist eine Reflexion der eigenen Konstruktions- und Aushandlungsprozesse im Forschungsfeld im Sinne einer reflexiven Differenzforschung Sozialer Arbeit notwendig, wie sie Paul Mecheril und Claus Melter formulieren:

„Forschung in der Sozialen Arbeit trägt nicht nur zur Analyse sozialer Differenzverhältnisse bei, sie ist nicht allein Produzentin von Erkenntnissen über den Gegenstand sozialer Differenz, sondern ist zugleich auch an der Konstruktion und Fortschreibung des Gegenstandes beteiligt. Allgemein können wir sagen, dass Forschung, die sich dem Thema Differenz widmet, im Spannungsfeld von Analyse und Konstitution sozialer Differenz stattfindet.“ (Mecheril & Melter 2012: 271)

Es ergibt sich folglich eine komplexe Forschungssituation. Denn bereits dadurch, dass ich das Interesse an »psychiatrierfahrenen Frauen« zum Forschungsgegenstand

erhebe, konstruiere ich sie zu interessanten »Anderen«, deren Besonderheit herausgearbeitet werden muss, um das Forschungsthema zu rechtfertigen. Mit dem Bewusstsein über diesen Effekt kann jedoch meines Erachtens nicht nur eine dekonstruktive Vorgehensweise folgen, welche versucht, die Kategorien aufzuheben. Denn trotz der konstruierten Zuschreibung zu den Differenzkategorien sollen die wirklichen Diskriminierungs-, Ausgrenzungs- oder auch Identifizierungserfahrungen der Betroffenen in den Blick genommen werden. Um Ungleichheiten und Differenzordnungen zu analysieren, muss ich die Gruppe folglich als solche konstruieren. Angelehnt an Mecheril und Melter empfohlenes Vorgehen, behalte ich die Reflexion der das Feld und meinen Blick strukturierenden Bilder stetig bei, wodurch machtvolle Differenzverhältnisse berücksichtigt werden können.

Der Aufbau dieses Buches ist dem rekonstruktiven Vorgehen entsprechend gestaltet. Der Text ist in vier Teile und neun Kapitel gegliedert. In *Teil I „Heuristik“*, arbeite ich zuerst einen multiperspektivischen Forschungszugang aus zentralen Theoriebezügen der heterogenen Felder der Sozialpsychiatrie, des materialistischen Feminismus und rekonstruktiver Sozialer Arbeit heraus (*Kapitel 1*). Darauf aufbauend werden in *Kapitel 2* die methodologischen Schlussfolgerungen eines strukturtheoretischen rekonstruktiven Forschungsansatzes hergeleitet und die Forschungsfrage konkretisiert.

Der *Teil II „Grundlagen der Empirie“* expliziert den Kontext des Untersuchungsfeldes »sozialpsychiatrisches Wohnheim« (*Kapitel 3.1*) sowie den Feldzugang und die Fallauswahl. Anschließend werden die triangulierenden Methoden der Datenerhebung, narrative Interviews mit Bewohnerinnen, leitfadengestützte Interviews mit Fachkräften und Aktenanalyse der Hilfepläne (*Kapitel 3.2.*) und der Datenauswertung (*Kapitel 3.3.*) nach der Objektiven Hermeneutik mit den jeweiligen Teilschritten nachvollziehbar dargestellt. Ebenso werden forschungsethische Fragen auf einer konkreten methodischen Ebene reflektiert.

Im Zentrum des umfangreichsten *Teils III „Fallanalysen“* stehen die ausführlichen Fallrekonstruktionen zu den Bewohnerinnen eines ausgewählten sozialpsychiatrischen Wohnheims, Frau Nadle (*Kapitel 4*), Frau Andreas (*Kapitel 5*) und Frau Ricken (*Kapitel 6*). Die feanalytische Vorgehensweise wird für die Leser*innen nachvollziehbar ausgeführt und mit ausgewählten Sequenzen aus den untersuchten Protokollen (Interview mit der Bewohnerin, Interview mit der Bezugsmitarbeiterin, Hilfeplan) belegt.

Die Fallanalysen sind die Ausgangspunkte für die in *Teil IV „Zusammenführung der Ergebnisse“* vorgenommene vergleichende Generalisierung und die darüberhinausgehende Theoretisierung. Dafür werden zunächst die für die Einzelfälle rekonstruierten Strukturgesetzmäßigkeiten fallübergreifend betrachtet (*Kapitel 7*) und sieben verallgemeinerbare Strukturmerkmale abgeleitet. Im Anschluss daran konfrontiere ich die rekonstruierte Struktur mit theoretischen Konzepten zu »Krise« und »Care« und arbeite sie für das Feld der

Sozialpsychiatrie aus (*Kapitel 8*). Im abschließenden *Kapitel 9* resümiere ich die Arbeit und gebe einige Ausblicke, wie die Forschungsergebnisse weiterverwendet werden können.

Geschlechterreflektierte Sprache

Dass eine gendersensible Sprache besonders in sozialwissenschaftlichen Studien, aber auch allgemein in kulturellen Werken notwendig ist, gilt inzwischen überwiegend als ein geteilter Standpunkt. Den Bedarf machen besonders sozialpsychologische Studien deutlich, die belegen, dass das generische Maskulinum bei Leser*innen hauptsächlich zu Assoziationen von Männern führt (z. B. wird bei der Frage nach „Schauspielern“ zuerst an männliche Schauspieler gedacht) und diese Verwendung nicht *genderneutral* ist (vgl. Friedrich & Heise 2019).¹⁰

Die vorliegende Arbeit mit dem Fokus auf »Frauen« in der Sozialpsychiatrie bedarf darüber hinaus einer besonderen Erklärung der mit den verwendeten Begriffen verbundenen Geschlechterkonstruktion, die ich an mehreren Stellen des Textes vornehme. Einleitend möchte ich betonen, dass ich in meiner Arbeit nicht von einem biologistischen, sondern von einem materialistischen Geschlechterbegriff ausgehe, in dem von »Frauen« gesprochen wird, die sich nicht allein durch ihre Reproduktionsorgane definieren, jedoch eine existierende Gruppe sind, da Unterschiede zu Männern erfahrbar sind (vgl. Beauvoir 1949_2014¹¹: 11–12). Daher habe ich mich gegen die Schreibweise „Frauen*“ entschieden. Gleichzeitig gehe ich von der Notwendigkeit der Dekonstruktion heteronormativer Geschlechterverhältnisse aus, in denen Frauen bestimmte Wesenselemente zugeschrieben werden, die sie auf bestimmte gesellschaftliche Positionen festlegen sowie der Dekonstruktion binärer Geschlechterverständnisse, die Menschen nur in Frau und Mann einteilen. Somit fasse ich unter dem Begriff »Geschlecht« die zwei voneinander zu unterscheidenden Dimensionen »sex« (biologisches Geschlecht) und »gender« (sozial bzw. kulturell hergestelltem Geschlecht) sowie deren Relation zueinander. Darüber hinaus gehe ich davon aus, dass Geschlecht in gesellschaftlichen Verhältnissen und im Zusammenhang mit weiteren die soziale Ordnung strukturierenden Kategorien betrachtet werden muss, wie zum Beispiel Klasse, *race*¹² und Behinderung (vgl. Winker & Degele 2009: 11–15).

10 Eine weitere interessante Diskussion eines Für und Wider der sprachlichen Markierung von Geschlecht bieten auch Anne Wizorek und Hannah Lühmann (2018).

11 Bei Grundlagenwerken wird beim ersten Zitat sowohl das Jahr der Ersterscheinung als auch das Jahr der zitierten Auflage genannt: [Ersterscheinungsjahr]_[Jahr der verwendeten Auflage]. Bei weiteren Zitaten wird das Jahr der zitierten Auflage genannt.

12 Um keine falsche, rassistische Theorie zu reproduzieren, wird der im englischen Original verwendete Begriff „race“ genutzt, da im englischsprachigen Raum die soziale Konstruktion dieser Differenzkategorie mit dem Begriff verbunden ist.

Mit dem in dieser Arbeit verwendeten Gender-Sternchen »*«, auch Asterisk genannt, wird versucht, an den notwendigen Stellen auf die verkürzte zweigeschlechtliche Unterteilung von Menschen hinzuweisen (z. B. Adressat*innen). Damit wird die geschlechtliche Vielfalt visualisiert, auf weitere Geschlechtsidentitäten als die einer Frau oder eines Mannes (z. B. inter oder non-binär) hingewiesen und die graduelle Unbestimmbarkeit grafisch markiert. Diese sprachliche Umsetzung soll einen Beitrag dazu leisten, dass sich alle Menschen in dieser Arbeit wiederfinden können. Sind im Text allerdings explizit Personen gemeint, die sich als Frauen identifizieren, also solche sozialisiert wurden und als Frauen gelesen werden, wird auf den Asterisk verzichtet (z. B. Bewohnerinnen). Dies ist vor allem bei den Interviewees¹³ der Fall.

13 Die interviewten Personen werden in dieser Arbeit »Interviewees« genannt.

I. Heuristik

1. Analyseperspektiven auf und von Frauen in der Psychiatrie

„Aber es ist wohl unmöglich, irgendein menschliches Problem ohne Voreingenommenheit zu behandeln: schon die Art der Fragestellung, der Blickwinkel, den man einnimmt, setzt eine Interessenhierarchie voraus: jede Position schließt Werte ein; es gibt keine «objektive» Beschreibung, die nicht einen ethischen Hintergrund hatte. Statt die Prinzipien, von denen man mehr oder weniger stillschweigend ausgeht, zu verschleiern, sollte man sie lieber vorher nennen.“ (Beauvoir 1949_2014: 24–25)

Entsprechend Simone de Beauvoirs Appell werden in diesem Kapitel das inhaltliche Vorwissen (im Sinne des Forschungsstands) sowie die heuristischen Folien zum Forschungsthema »Soziale Arbeit mit Frauen in der Sozialpsychiatrie« ausführlich dargestellt, um aus der für diese Forschung zusammengeführten interdisziplinären Perspektive eine Forschungsfrage zu formulieren. Vor dem Hintergrund der Annahme, dass es keinen objektiven oder vollständigen Blick auf ein Forschungsthema gibt, expliziere ich meinen Ansatz, der den Forschungsgegenstand möglichst differenziert betrachtet, und leite ihn aus drei dem Thema immanenten Diskursbereichen¹⁴ her: Sozialpsychiatrie, Feminismen und Soziale Arbeit. Die Explikationen sind dabei nicht als Hypothesen über den Forschungsgegenstand zu verstehen, sondern eröffnen Denkräume und Dimensionen, da qualitative Forschung trotz der notwendigen Offenheit für die empirischen Daten nicht voraussetzungslos sein kann (vgl. Oevermann 1981: 5).

In den sowohl sozialwissenschaftlichen als auch handlungsorientierten Diskursen der Sozialpsychiatrie, Feminismen und Sozialer Arbeit wurden in den 1960er bis 1990er Jahren interdisziplinär aus marginalisierterer Position die Reproduktion kapitalistischer und patriarchaler Herrschaftsverhältnisse in der (Sozial-)Psychiatrie (vgl. Hoffmann 1991), die Konstruktion der Relation von Wahnsinn und Vernunft (vgl. Foucault 1996) und das Leiden an gesamtgesellschaftlichen Geschlechterverhältnissen (vgl. Chesler 1986) kritisiert. Die interdisziplinäre Auseinandersetzung mit gesamtgesellschaftlichen Analysen zu Forschungsgegenständen ist meines Erachtens heute zu Gunsten einer detaillierteren Analyse von Teilaspekten in den jeweiligen Disziplinen eher in den Hintergrund geraten.

14 Die drei Diskursbereiche sind in ihren Denkfiguren und Argumentationen nicht trennscharf voneinander zu unterscheiden, an vielen Stellen überschneiden sie sich und sind Studien und Texte nicht widerspruchsfrei einer Position zuzuordnen. In diesem Kapitel werden sie dennoch analytisch zunächst voneinander getrennt dargestellt, um die verschiedenen Diskursentwicklungen, die für meine Forschungsperspektive herangezogen werden, nachvollziehbar darzustellen.

Im folgenden Kapitel gehe ich der Frage nach, welche historisch entwickelten Ansätze der drei genannten Diskursbereiche ein fundiertes Verständnis des Themas ermöglichen und wie sich aus der Kombination dieser Ansätze ein fruchtbarer erkenntnistheoretischer Blick auf den Forschungsgegenstand eröffnen lässt.

Von der Institutionalisierung der Psychiatrie im 18. Jahrhundert bis heute werden in groben Schritten gesellschaftliche Normen (Rechte und Denkfiguren), konkrete Lebenspraxen, Lebensverhältnisse, die Entwicklung der Profession Sozialer Arbeit und Organisationen der Psychiatrie in Bezug auf helfende und hilfeempfangende Frauen vor dem Hintergrund ökonomischer Entwicklungen und Verteilung von Produktionsmitteln und der damit zusammenhängenden Herrschaftsverhältnisse nachgezeichnet. Ebenso werden verschiedene empirische, theoretische und programmatische Arbeiten skizziert, die Diskurse, Erfahrungen und Praktiken der fokussierten Frauen behandeln. Diese geschichtlich-gesellschaftliche Form der Aufbereitung des bisherigen Wissens zum Forschungsthema soll dessen kulturellen und sozialen Zusammenhänge und das rekonstruktive wissenschaftliche Vorgehen der gesamten vorliegenden Arbeit verdeutlichen, welches die „Entstehung, Ausgestaltung und Potenzialität zu erkennen“ (Kraimer 2014: 100) versucht. Mit diesem Vorgehen können die im Feld der Psychiatrie immer noch vorherrschenden Ansprüche, Wissen sei objektiv und rational, irritiert werden. Gleichzeitig muss betont werden, dass die hier vorgenommene Rekonstruktion der Strukturen nicht allumfassend und vollständig sein kann. Mit einem möglichst offenen Blick, der die qualitative beziehungsweise rekonstruktive Sozialforschung ausmacht, werden dennoch Leerstellen offenbleiben und Setzungen im Sinne meiner vorgenommenen Forschungsperspektive zu erkennen sein.

Das historisierende Vorgehen ist aus der Perspektive feministischer Forschung ebenso notwendig wie schwierig, um die Abhängigkeit von Frauen als geteiltes und nicht als vereinzelt Schicksal zu verstehen

„Sie [die Frauengeschichte, JS] ist linear und doch voller Ungleichzeitigkeiten, universell und doch von Epoche zu Epoche, von Kultur zu Kultur, von sozialer Schicht zu sozialer Schicht auch spezifiziert.“ (Becker-Schmidt 1985_2017: 114)

Auf dieser Perspektive aufbauend formuliere ich eine konkrete Forschungsfrage (vgl. Kapitel 1.4.), um anschließend die methodologischen Grundlagen zur Beantwortung dieser auszuführen (vgl. Kapitel 2).

1.1 Sozialpsychiatrische Perspektiven

Die heutige Sozialpsychiatrie als wissenschaftliche Disziplin, politisch-normative Position und therapeutische Praxis entwickelte sich in den letzten 120 Jahren

entlang der Kritik an Herrschafts- und Machtverhältnissen der klassischen Psychiatrie und erfuhr mit der Psychiatrie-Enquête 1975 einen gesellschafts- und fachpolitischen Höhepunkt (vgl. Gruber et al. 2018a: 7–20, Krumm 2019b). Dabei fokussieren sozialpsychiatrische Diskurse sozialwissenschaftliche Erklärungs- und Behandlungsansätze psychischer Erkrankungen und seelischer Behinderung (vgl. a. a. O.: 7–8, Gruber et al. 2018b: 30–35) und orientieren sich an emanzipatorischen Gesellschaftskonzepten wie Inklusion, Empowerment und De-Institutionalisierung (vgl. a. a. O.: 8–9). Seit Ende der 1990er Jahre werden eher biologische Konzepte, wie Neuropsychiatrie, Hirnforschung und Molekulargenetik dominanter, was zum Beispiel daran deutlich wird, dass sozialpsychiatrische Lehrstühle an den Universitäten abgebaut oder auf Versorgungsforschung reduziert wurden (vgl. Brückner 2015: 28–29). Johann Pfefferer-Wolf stellt jedoch fest, dass es sich bei »Sozialpsychiatrie« nicht um eine eigenständige Praxis handele, sondern: „Vielmehr ist sie durch eine spannungsreiche Koexistenz eher sozial orientierter und eher klinisch orientierter Sichtweisen und Praxisformen [...] gekennzeichnet“ (Pfefferer-Wolf 2014: 25). Er plädiert daher dafür, dass Sozialpsychiatrie einen gesellschaftlichen Bildungsauftrag wahrnehme und eine Klärung und Veränderung der kulturellen Voraussetzungen vornehme, die Stigmatisierung und Ausgrenzung ermöglichen (vgl. a. a. O.: 25–27).

In diesem Kapitel skizziere ich unter Bezug auf Grundlagenliteratur und Studien, welche kritisch-normativen Positionen zum Verhältnis von Subjekt, Institution und Gesellschaft in sozialpsychiatrischen Diskursen verhandelt und wie in diesem Kontext Geschlechterfragen diskutiert werden. Dabei werden grundlegende Studien exemplarisch ausführlicher besprochen, um wesentliche Aspekte konkreter und nachvollziehbar darzustellen.

1.1.1 Sozialpsychiatrische Perspektiven auf Subjekt, Institution und Gesellschaft

Seit der Institutionalisierung im Zuge der Industrialisierung ab dem 17. Jahrhundert hat die Psychiatrie eine normierende Funktion in der Gesellschaft, in dem sie wesentlich zur Grenzkonstruktion von Normalität und Abweichung (vgl. Brink 2010), Vernunft und Wahnsinn (vgl. Schlichter 2000, Quensel 2017), Gesundheit und Krankheit (vgl. Gruber et al. 2018b) sowie Innen und Außen (vgl. Goffman 1973) beiträgt. Ernst von Kardorff (2017) fasst dies treffend zusammen:

„Psychiatrie, verstanden als Praxis des gesellschaftlich organisierten Umgangs mit Menschen, die aus der Mitte der sozialen Ordnung ausgestoßen, in ihren oft beschränkten und zu engen sozialen Beziehungen häufig schwer entwirrbar verstrickt und aus ihrer eigenen Mitte ver-rückt sind, ist von Beginn an durch und durch politisch, d. h.

eine Angelegenheit der Gesellschaft, ihrer politischen Instanzen und der beteiligten Disziplinen. In deren Diskursen werden die Grenzen von Normalität(erwartungen) beständig neu verhandelt.“ (Kardorff 2017: 4)

Die sich in (sozial-)psychiatrischen Diskursen entwickelnden Perspektiven auf Relationen von Subjekten, Institution und Gesellschaft werden im Folgenden an einigen wichtigen historischen Wegmarkern im deutschsprachigen Raum dargestellt.

Im Zuge der Aufklärung ab dem 15. Jahrhundert wurden sogenannte „arme Irre“ (Dörner et al. 2015: 481), die aufgrund ökonomischer Verhältnisse nicht von ihren Familien oder in damaligen Sanatorien versorgt werden konnten, entweder in absolutistischen Zwangsinstitutionen, wie Spezialabteilungen der Zuchthäuser, Arbeits- und Korrektionshäuser oder in gefängnisähnlichen Tollhäusern untergebracht (vgl. Dörner et al. 2015: 478–482, Tsirikiotis & Sowa 2022). Die bürgerliche Reformbewegung war dabei von der Logik der Rationalisierung durchzogen: „Die Bürger versuchen, unter der Fahne der Aufklärung sich von allem Irrationalen (Unvernünftigen) zu befreien und ihr gesamtes öffentliches und privates Leben auf die Rationalität (Vernunft) zu gründen“ (Dörner et al. 2015: 478). Dementsprechend wurden Zwangsinstitutionen zur Umerziehung aller Abweichenden gegründet und ihr Verhalten zu pädagogischen Zwecken öffentlich zur Schau gestellt (vgl. a. a. O.: 479).

Die Industrialisierungs- und Urbanisierungsprozesse moderner Staaten ab dem 17./18. Jahrhundert führten zu einem verstärkten Interesse an der Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit, während die Möglichkeiten des Verbleibs in der Familie für Menschen mit psychischer Erkrankung weiterhin gering blieben (vgl. Gruber et al. 2018a: 12–13). Der Beginn der Anstaltspsychiatrie hing stark mit der kapitalistischen Wirtschaftsweise sowie damit einhergehenden sozialen Begleit- und Folgeproblemen zusammen. Wie Brückner hervorhebt, hatten die psychiatrischen Anstalten die Funktion der „Regulierung der ‚sozialen Frage‘“ (Brückner 2015: 22). Parallel dazu entwickelten sich ab Mitte des 18. Jahrhunderts in Europa humanere, normalisierende, medizinisch fundierte und milieutherapeutische Ansätze, zum Beispiel rund um den Arzt Philippe Pinel (1745–1826), welche die Anstalten je nach zugeschriebenen Heilungschancen oder Erziehungsbedarf ausdifferenzierten. Die sogenannten „Irrenanstalten“ (Dörner et al. 2015: 481) waren an einem Heilungsideal ausgerichtet, Arbeitshäuser waren für sogenannte „Arbeitsscheue“ (ebd.) gedacht, während sogenannte *nicht Heilbare* in Pflegeanstalten untergebracht wurden. Das befreiende Moment dieser »Medi-zinisierung« war laut Dörner, dass die Menschen aus ihrer religiös-moralischen Unterdrückung gelöst und Therapien für diagnostizierte Krankheiten entwickelt werden konnten (vgl. a. a. O.: 485–489). Das unterdrückende Moment liegt jedoch darin, dass sich in der Bearbeitung sozialer Themen die (Deutungs-)Macht der Medizin etablierte, wodurch die Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit,

Gesunden und Kranken, Heilbaren und Unheilbaren an Bedeutung gewann und soziale Devianzen primär medizinischen Diagnosen zugeschrieben wurden (vgl. Dörner et al. 2015, Brückner 2015: 22). Konzepte von »Normalität« und somit auch des »Nicht-Normalen« wurden grundlegend für die Psychiatrie als Wissenschaft und die Gestaltung des Hilfesystems im Kontext gesellschaftlicher Institutionen. Diese Konzepte sind laut Michaela Ralser (2010) aus einem

„Bündnisdialog zwischen Justiz und Psychiatrie entstanden, um der einen, der Justiz, die hohen Rückfallsquoten [sic!] zu schönen und die überfüllten Gefängnisse zu leeren, in denen angeblich weder durch Strafe noch durch Erziehung zu bessernde ‚Kranke‘ sich aufhielten, und um der anderen, der Psychiatrie, ihre Deutungsmacht bestätigend, Argumente zu liefern – für die Errichtung aller möglichen Sonder- und Schutzanstalten.“ (Ralser 2010: 139)

Daran wird das Verhältnis von gesellschaftlichen Normalitätsansprüchen und subjektiven Schutz- und Freiheitsrechten psychiatrisierter Menschen deutlich: Die Psychiatrie diene vielmehr der „Wiederherstellung der Ordnung und de[m] ‚Schutz‘ der Gesellschaft vor den ‚Anormalen““ (a. a. O.: 141).

Auch die Sozialgesetzgebung Otto von Bismarcks in den 1880er Jahren, die eine Antwort auf die soziale Not der Arbeiter*innen war, führte nicht zu einer großen Veränderung für die Insass*innen psychiatrischer Anstalten. Das Anstaltswesen sowie die Anzahl der Patient*innen wuchsen seitdem deutlich (vgl. Brückner 2015: 23).

Seit Beginn der Institutionalisierung gestalteten auch Betroffenenbewegungen den Psychiatriediskurs mit. Bereits ab Mitte des 19. Jahrhunderts organisierten sich Betroffene, um Kritik an den Anstalten zu üben. In Deutschland formierte sich um 1900 eine erste bürgerliche Patient*innenbewegung, welche die Einweisungspraxis in die Anstalten sowie die damit verbundene unsichere Rechtslage kritisierte und ein im ganzen Reich geltendes »Irrengesetz« forderte, das jedoch nicht umgesetzt wurde (vgl. Brückner 2018: 39–40).

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte sich die Psychiatrie neben der medizinischen Ausrichtung auch als akademische und psychotherapeutische Disziplin weiter. Unter anderen entwickelte Jean-Martin Charcot in den 1880er Jahren, auf der Suche nach traumatischen Ursachen der »Hysterie«, hypnotische Verfahren. Im Anschluss daran wurde der psychiatrische Diskurs wesentlich durch das um die Jahrhundertwende von Sigmund Freud entwickelte Verfahren und die damit verbundenen Erkenntnisse der Psychoanalyse erweitert. Freud, als Entdecker des Unbewussten, wies auf die Endlichkeit des Rationalisierungsdiskurses hin und eröffnete damit neue Möglichkeiten der Gesellschafts- und Kulturkritik. Menschen, und damit auch Gesellschaften, leben nach dem Verständnis der Psychoanalyse hauptsächlich unbewusst, ihre Handlungen haben keinesfalls nur einen manifesten, sondern hauptsächlich einen latenten Inhalt (vgl.

Freud 1912). Die Reflexion latenter Inhalte, also das Bewusstwerden, ermögliche Transformation und Emanzipation der Subjekte (vgl. Oevermann 2009). Diese Grundannahmen der Psychoanalyse dienen bis heute als wichtige Basis kritischer Ansätze, im Besonderen der kritischen Sozialpsychologie und der kritischen Sozialpsychiatrie.

So lassen sich kritisch-reflexive Ansätze sozialpsychiatrischer Diskurse bereits früh in der Psychiatriegeschichte verorten. Die Begriffe »soziale Psychiatrie« und »soziale Medizin« wurden im deutschsprachigen Raum bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts verwendet und bezogen sozioökonomische Bedingungen, einen humanitären Ansatz und ethische Verpflichtungen mit in die Erklärungen von (psychischen) Erkrankungen ein (vgl. Rössler 2013: 24–25). Während sich in den USA vor allem die Disziplin der »Social Psychiatry« unter Bezug auf verschiedene Professionen empirisch schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit sozialen Zusammenhängen und psychischem Leiden auseinandersetzte, dominierte im deutschsprachigen Raum weiterhin die biologisierend-rationalisierende Perspektive (vgl. ebd.). Unter dem Begriff »Soziale Psychiatrie« setzten sich sogenannte *rassenhygienische* Diskurse durch, die zur Begründung sozialer Kontrolle und Selektion genutzt wurden. Sie bildeten die wissenschaftliche Grundlage für die Umsetzung einer „medizinischen Endlösung der »sozialen Frage«“ (Dörner et al. 2015: 486), die aus einem „therapeutischen Nihilismus“ (ebd.) heraus das Ziel einer »Gesellschaft ohne Leiden« verfolgte und damit das Interesse an Patient*innen im Hinblick auf Gesundung der nächsten Generation verfolgte.

In der Zeit des Nationalsozialismus wurde das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« beschlossen, für das die medizinischen und psychiatrischen Fachdiskurse um »Eugenik« und »Hygiene« die wissenschaftlichen Begründungen lieferten. Wie Brückner (2015) und Mitzscherlich (2020) deutlich machen, sahen die meisten psychiatrischen Fachkräfte darin eine Aufwertung ihrer Professionen¹⁵. Das Gesetz führte zur Ermordung von circa 300.000 Erwachsenen und Kindern sowie zu Zwangssterilisationen von bis zu 400.000 Patient*innen, die als psychisch krank markiert wurden. Dörner und andere (2015) fassen den Zusammenhang des bis dahin entwickelten psychiatrischen Fachdiskurses und den Folgen im Nationalsozialismus so zusammen:

„Es war also die medizinisch eingeengte Sichtweise, die die Psychiater dazu brachte, die unheilbaren Patienten, die ihre therapeutische Ohnmacht deutlich machten, als medizinisch sinnlos und gesellschaftlich nutzlos zu beseitigen. [...] Zu aktives Vorgehen gegen Krankheiten wird – nicht nur in der Psychiatrie – leicht zu einem aktiven Vorgehen gegen die Kranken, gegen Menschen.“ (Dörner et al. 2015: 488)

15 Siehe dazu weiterführend auch Bliemetsrieder und Dungs (2016).

Nach dem Ende des zweiten Weltkriegs und den anschließenden Reparaturarbeiten, waren die psychiatrischen Diskurse zum einen von den wissenschaftlichen Fortschritten der Naturwissenschaften und der damit verbundenen Entdeckung antipsychotischer und antidepressiver Wirkungen von Medikamenten geprägt, welche die Behandlung seelischen Leidens verändern (vgl. a. a.O.: 492). Parallel wurde das Prinzip »Sozialpsychiatrie« (in Abgrenzung zur »sozialen Psychiatrie«) in der Bundesrepublik Deutschland weiter ausgebaut. Aus der immanenten Kritik an den biologisierend-rationalisierenden psychiatrischen Fachdiskursen hat sich beispielsweise die anthropologische Psychiatrie entwickelt, in welcher psychische Erkrankungen als möglicher Ausdruck menschlichen Erlebens oder als Leid des Menschen an sich selbst verstanden wird (z. B. Bock, Dörner & Naber 2004). In diesem Zuge ist auch Dörners programmatischer Satz bekannt geworden „Psychiatrie ist soziale Psychiatrie oder sie ist keine Psychiatrie“ (Dörner 1972, zit. n. Kardorff 2017). Dörner fasst die normative Orientierung dieser Position an den am schwersten Betroffenen wie folgt zusammen:

„Eine Psychiatrie, die erkennbar die chronisch Kranken und damit den schwierigsten und »vornehmsten« Teil ihres Aufgabenspektrums verleugnet und sich dafür unzuständig erklärt, kann niemals eine anthropologische Psychiatrie sein.“ (Dörner 2004: 23)

und

„Handle in Deinem Verantwortungsbereich so, dass du mit dem Einsatz all deiner Ressourcen (Kraft, Zeit, Manpower, Aufmerksamkeit, Liebe) immer beim jeweils »Letzten« beginnst, bei dem es sich am wenigsten lohnt“ (a. a. O.: 26)

Unter Bezug auf die Antipsychiatriebewegung wurde das Prinzip Sozialpsychiatrie vermehrt umgesetzt und vor allem im Zuge der Psychiatriereform in den 1970er Jahren bekannt. International wurden die Anstaltspsychiatrie, die menschenunwürdige und langjährige Unterbringung¹⁶, die sich in der Psychiatrie ausdrückenden Machtverhältnisse, die Ein- und Ausschlussprozesse sowie die sozialen und psychischen Folgen der Anstaltsunterbringung kritisiert, zum Beispiel von Franco Basaglia (1971), Erving Goffman (1973), Foucault (1996, 2005) und Thomas Szasz (1975).

In der Psychiatrie-Enquête (Deutscher Bundestag 1975), als Ergebnis der Untersuchungskommission des Bundestags zu psychiatrischen Anstalten, wurden entsprechende zentrale Forderungen für die Weiterentwicklung eines gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems, der rechtlichen Gleichstellung von Menschen

16 1970 waren ca. 59 Prozent der Behandelten in Westdeutschland über zwei Jahre und 31 Prozent über zehn Jahre lang stationär in einer psychiatrischen Anstalt untergebracht (vgl. Brückner 2015: 28).

mit psychischer Erkrankung mit Menschen mit somatischen Erkrankungen sowie die Prinzipien Ambulantisierung, Enthospitalisierung und Gemeindennähe formuliert. In Folge wurden beispielsweise die Klinikbetten von 117.000 (im Jahr 1972) auf knapp 54.000 (im Jahr 2011) und die Verweildauer in den Kliniken von 210 Tagen (im Jahr 1972) auf circa 27 Tage (im Jahr 2015) reduziert (vgl. Brückner 2015: 27).

Die Inhalte der antipsychiatrischen Bewegung sowie der Psychiatriereform sind bis heute normative Grundlagen kritischer Sozialpsychiatrie. Daher sind auch die zentralen empirischen Studien aus dieser Zeit weiterhin relevante Bezüge für das Verstehen des Verhältnisses von Subjekt, Institution und Gesellschaft in der Psychiatrie. Im Folgenden werden die Studien von Goffman: „Asyle“ (1973), darauf aufbauend im deutschsprachigen Raum von Christa Fengler und Thomas Fengler: „Alltag in der Anstalt“ (1980_1994), sowie weiterführend von Gerhard Riemann: „Das Fremdwerden der eigenen Biografie“ (1987) vorgestellt. Den Blick dieser Studien nehme ich für meine Forschung auf und entwickle ihn unter Hinzunahme weiterer Perspektiven fort.

Goffmans Analyse totaler Institutionen stellt die „Welt der Insassen“ (Goffman 1973: 11), also die Perspektive der Patient*innen in den Vordergrund und verfolgt das Ziel aus dieser Perspektive „eine soziologische Darstellung der Struktur des Selbst zu entwickeln“ (ebd.), die zwar am extremen Beispiel der Anstalt analysiert wird, jedoch in ihren Normalitätskonstruktionen Gültigkeit für alle Menschen habe. Goffman führte seine ethnographische Studie 1955–1956 in einem großen Hospital in Washington D. C. durch, in welchem er die Tage auf der Station mit Patient*innen verbrachte (a. a. O.: 7). Es handle sich laut Goffman bei Psychiatrien um „Orte, die der Fürsorge für Personen dienen, von denen angenommen wird, dass sie unfähig sind, für sich selbst zu sorgen, und daß [sic!] sie eine – wenn auch unbeabsichtigte – Bedrohung der Gemeinschaft darstellen“ (a. a. O.: 16), welche die folgenden Merkmale totaler Institutionen aufwiesen:

- „1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt.
2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteilwird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen.
3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktioniären vorgeschrieben.
4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.“ (a. a. O.: 17)

Durch die Vermischung der verschiedenen Lebensbereiche in einer Organisation, komme es zum sogenannten Looping-Effekt, mit dem „das Verhalten eines Insassen auf einem Schauplatz seines Handelns ihm vom Personal in Form von Kritik und Überprüfung seines Verhaltens in einem anderen Kontext vorgeworfen werden kann“ (a. a. O.: 44). Die menschlichen Bedürfnisse würden durch die bürokratische Organisation einer ganzen Gruppe von Menschen gehandhabt und vorgeplant, unabhängig davon ob dies notwendig oder effektiv für die Organisation sei (a. a. O.: 18–21). In totalen Institutionen werde eine Trennung aufrechterhalten und reproduziert, zwischen der großen Gruppe der sogenannten „Insassen“ (a. a. O.: 18), welche gemanagt würden und in der Organisation lebten und dem managendem „Aufsichtspersonal“ (ebd.), welches nur den Arbeitstag dort verbringe. Dabei sähen sich die Gruppen „durch die Brille enger, feindseliger Stereotypen“ (a. a. O.: 19).

Goffman rekonstruierte differenziert die Auswirkungen totaler Institutionen auf die dort Handelnden, die in ihrem Subjektstatus und ihrer Integrität eingeschränkt werden. Durch die Trennung von der Welt außerhalb der Organisation komme es beispielsweise zu einem Verlust von Aufgaben und Rollen, die in der Zeit nicht ausgeübt werden können. Routinemaßnahmen führten zur Objektivierung der Adressat*innen, zum Beispiel bei der Aufnahme von sogenannten *objektiven Merkmalen*, dem Aufzeigen der Notwendigkeit von Kooperation, der Standardisierung der Ausstattung mit Möbeln oder Gebrauchsgegenständen. Verletzungen und Zwang gefährdeten die physische Integrität während verschiedene Demütigungen die psychische Integrität betrafen. Die Sammlung von Daten und der Zwang zur öffentlichen Offenbarung von Fakten und Gefühlen verletze die informationale Selbstbestimmung (vgl. a. a. O.: 25–33). Bis heute dienen Goffmans Analysen als Grundlage dafür, die Bedeutung von Institutionen für die Formung von Subjekten sowie für die Erhaltung der Funktionsfähigkeit von Gesellschaften zu verstehen.

An Goffman anschließend haben im deutschsprachigen Raum Fengler und Fengler (1994) die Studie „Alltag in der Anstalt“ durchgeführt. Die Wissenschaftler*innen hielten sich im Rahmen ihrer Studie ab 1975 für 18 Monate in einem psychiatrischen Krankenhaus auf und lebten dort in der Unterkunft für die Angestellten, um teilnehmend beobachtend die innere Struktur zu rekonstruieren. Das ethnomethodologische Vorgehen und die Einnahme der Perspektive der handelnden Subjekte war für die Wissenschaft im deutschsprachigen Raum, die besonders in der Psychiatrie eine von der medizinischen Perspektive her geprägte und positivistische Wissenschaft war, eine Errungenschaft für den sozialwissenschaftlichen Diskurs in der Psychiatrie (vgl. Fengler & Fengler 1994: 5).

Als Strukturmerkmal der Organisation haben die Forscher*innen unter anderem herausgearbeitet, dass Patient*innen in bestimmten Belangen die Glaubwürdigkeit entzogen werde und sich das Pflegepersonal an der Herstellung von „Sicherheit und ‚geordneten Verhältnissen‘“ (a. a. O.: 19) orientiere. Zum Beispiel werde die von Patient*innen geäußerte Kritik oder der Wunsch nach

Veränderung, ihre so geäußerte Interessiertheit an den Verhältnissen, vom Personal als Anlass für Skepsis genommen: „Zugespitzt könnte man sagen: Die *Interessiertheit* der Patienten kollidiert mit dem praktischen Interesse des Personals, das Behandlungsprogramm durchzuführen und Risiken zu vermeiden“ (a. a. O.: 110, Hervorhebung im Original). Dahinter stehe die Annahme, dass ihre psychiatrische Arbeit das Merkmal habe, „häufig gegen die *unmittelbaren* Interessen des Patienten“ (a. a. O.: 109, Hervorhebung im Original) gerichtet zu sein. Also sei jede Interessensäußerung zunächst zu bezweifeln, müsse überprüft und von einer „uninteressierten“ Seite bestätigt werden“ (a. a. O.: 114). Kritik an der Organisation durch Adressat*innen werde vom Personal außerdem als „Undankbarkeit“ (a. a. O.: 109) erlebt und im Vergleich zu den schlechteren Lebensumständen außerhalb der Organisation als unzulässige Klage eingestuft. Fengler und Fengler erkennen eine geringe „Ambivalenztoleranz“ (a. a. O.: 108) des Personals gegenüber der für sie als Identifizierungsobjekt auftretenden Organisation, was sich durch die geringe Anerkennung von Mängeln der Organisation ausdrücke. Als Strukturmerkmal der Beziehung zwischen Patient*innen und therapeutischem Personal bezeichnen sie, dass eine „fundamentale Inkongruenz der Erfahrungen“ (a. a. O.: 345) vorliege, was mit der Skepsis gegenüber der Glaubwürdigkeit zusammenhänge. Das Personal begegne einer Erzählung mit für sie widersprüchlichen und inkohärenten Strukturen nicht neutral, sondern weise im Sinne ihres Auftrags als psychiatrische Organisation auf ihre Wahrnehmung der Wirklichkeit hin, um den Unterschied zwischen „Wirklichkeit und Wahn“ (a. a. O.: 340) herzustellen und aufrechtzuerhalten.

Für mein Forschungsthema sind an dieser Studie besonders die Dynamik der Beziehungen zwischen Patient*innen und Personal sowie das rekonstruierte Ordnungsprinzip der Institution interessant, vor dessen Hintergrund die Exploration von Anliegen strukturell unterbunden, Veränderungen verhindert und Machtverhältnisse manifestiert werden.

Mit dem Schwerpunkt auf das Verhältnis von Biographie und Institution erforschte Gerhard Riemann (1987) in seiner Studie „Das Fremdwerden der eigenen Biographie“, wie sich langjährige Patient*innen der Psychiatrie in Bezug auf ihre Subjektconstitution mit den institutionellen Bedingungen auseinandersetzen. Riemann setzte in seiner biographieanalytisch soziologischen Studie auf umfassende Primärdaten und führte narrative Interviews mit psychiatrischen Patient*innen durch, die teilweise durch ethnographische Notizen ergänzt wurden (vgl. Riemann 1987: 31–53). Die Kategorie »psychische Erkrankung« setzte er dabei nicht als ontisch voraus, sondern rekonstruierte ihre Bedeutung erst im Einzelfall:

„Die AnalyseEinstellung, die der folgenden Untersuchung zugrundeliegt [sic!], besteht darin, psychiatrische und ehemalige psychiatrische Patienten so in den Blick zu bekommen wie Mitglieder beliebig anderer sozialer Aggregate (Obdachlose,

Akademiker, Arbeitsemigranten usw.) auch – ohne vorherige Unterstellung psychopathologischer Besonderheiten. Wenn sich Betroffene »verstrickt« haben, ihre Handlungsorientierung verlieren, in einen »Wahn« geraten, ihre Geschichte »wahnhaft« umdeuten oder sich theoretisch mit ihrer »Schizophrenie« beschäftigen, dann kann das entdeckt und auf dem Hintergrund lebensgeschichtlicher Zusammenhänge und Ereignisabläufe soziologisch beschrieben werden, auch wenn die konventionelle soziologische Begrifflichkeit (wie etwa die der Rollentheorie) für solche Zwecke zu grob ist.“ (a. a. O.: 20)

So stellte Riemann die „innere Form der Lebensgeschichte psychiatrischer Patienten“ (a. a. O.: 493) in den Vordergrund. Die Haupteckdaten seiner Studie ist, dass Menschen in langjähriger psychiatrischer Behandlung durch die Konfrontation mit professionellen Wirklichkeitsbestimmungen die Beziehung zu ihrer eigenen Biographie verlieren, sie ihnen »fremd« werde und dies ein wesentlicher Teil ihres Leidens an Institutionen ausmache. Dabei handle es sich um einen komplexen, mit der Lebensgeschichte der Betroffenen vermittelten Prozess (vgl. a. a. O.: 500–502).

Mit der in der Antipsychiatriebewegung und der Psychiatriereform formulierten Kritik an Herrschaftsverhältnissen in der Psychiatrie erstarkten auch die von den Betroffenen selbst geführten Diskurse (vgl. Brückner 2018, Russo 2016). Patient*innenproteste (z. B. die sogenannte »Krüppelbewegung«) und die Institutionalisierung der Interessensvertreter*innen Betroffener (z. B. Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, Initiativen Psychiatrie-Erfahrener) und Angehöriger (z. B. Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker) haben die Anerkennung ihrer Expertise aus ihren Erfahrungen mit der Institution und mit seelischen Krisen im Zusammenhang mit der in den Vordergrund tretenden Subjektperspektive der kritischen Sozialpsychiatrie ermöglicht. In der die institutionellen Grenzen überwindenden Dialog-Bewegung und ihrer Umsetzung in Psychose-Seminaren (vgl. Bock 2012), konnten erstmals Ansprüche und Anforderungen zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionist*innen formuliert und ausgehandelt werden.

Die ausgeführten psychiatrischen Diskurse zum Verhältnis von Subjekt, Institution und Gesellschaft machen deutlich, dass das psychiatrische Handlungsfeld sich entlang des Begriffs von psychischer Krankheit (vgl. Heinz 2014) strukturiert und soziale Abweichungen von der Normalität (vgl. Weinmann 2022) vorwiegend pathologisiert und ontologisiert werden (vgl. Ralser 2010: 137–141). Damit geht ein impliziter Heilungsanspruch einher, mit einer Unterscheidung von »heilbaren« und »dauerhaft Erkrankten« einher (vgl. Dörner et al. 2015, Quensel 2017). Die Strukturkategorie der »Therapiefähigkeit« ist somit weiterhin wirksam, auch wenn Diskurse um Recovery (vgl. Amering & Schmolke 2012) und um die Konstruiertheit von Diagnosen (vgl. Wulff 1988_2014, Brändli, Lüthi & Spuhler 2009: 9, Aderhold 2018) verbreitet geführt werden.

Gleichzeitig stehen seit langem die De-Institutionalisierung mit dem Prinzip der Gemeindenähe sowie die Berücksichtigung komplexer Hilfebedarfe der Psychiatrie-Erfahrenen (z. B. Dörner 2004, 2015), verbunden mit der Kritik an Ein- und Ausschlussprozessen der Psychiatrie als gesellschaftliche Institution im Zentrum sozialpsychiatrischer Disziplin und Praxis. Der Abbau anstaltsförmiger Organisationen sowie der Aufbau von Alternativen Hilfeformen prägen somit die Dynamik des Feldes wesentlich (vgl. Wolff 2021).

Kardorff (2017: 4–5) konstatiert jedoch, dass die noch zu Beginn der Psychiatriereform eingenommene Perspektive, psychisches Leiden als Leiden an gesellschaftlichen Verhältnissen zu thematisieren, im Laufe der Reformen und der Weiterentwicklung sozialpsychiatrischer Standards zunehmend aus dem Blick geraten sei. Es komme zur Individualisierung und Entpolitisierung des Leids. Auch 40 Jahre nach der Psychiatriereform und besonders im Zuge der Ambulantisierung von Hilfen, seien es immer noch Diskussionen um die Versorgung der Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf, welche sozialpsychiatrische Angebote vor große Fragen stellten. Auch Hans Joachim Salize (2017: 6–7) stellt fest, dass sozialpsychiatrische Forschung ihre Ausarbeitung eines gesellschaftspolitischen Standpunktes zu Gunsten einer vorwiegend biologisch-medizinischen Forschung fast aufgegeben habe.

Zudem wurde deutlich, dass seit Beginn der Institutionalisierung der Psychiatrie die damit verbundenen Machtverhältnisse diskutiert und in sozialpsychiatrischer Empirie und Theorie kritisiert werden. Dabei zeigte sich die unterschiedliche Ausstattung mit Deutungsmacht der Akteur*innen. Bliemetsrieder und Dungs (2016) verweisen beispielsweise noch einmal darauf, dass die Differenzierungs- und Normalisierungsstrategien der Psychiatrie zu einer Delegitimierung von Bedürfnissen der Adressat*innen und damit zu einer Stärkung der paternalistischen Professionist*innenposition führten. Der Kampf um Anerkennung und die Diskurse um Selbstbestimmung, Autonomie, Teilhabe und Partizipation Psychiatrie-Erfahrener wird weiterhin geführt (z. B. Bliemetsrieder et al. 2018b). Zusammengefasst bewegen sich Disziplin und Profession der Sozialpsychiatrie in vielen Spannungsfeldern:

„Sozialpsychiatrie arbeitet [...] im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle, von Zumutung und Entzug von Verantwortung, von Selbstbestimmung und Fremdbestimmung, von Flexibilität und Kontinuität, von Spezialisierung und Verallgemeinerung, von Lebenswelt und Sonderwelten, von Psychiatrisierung und Entpsychiatrisierung, von Emanzipierung, Demokratisierung und Gewalt, Zwang und Schutz.“ (Obert 2013: 180)

Der Reformdiskurs der Sozialpsychiatrie ist aus einer reflexiven wissenschaftlichen Perspektive, wie ich sie hier einnehme, auch daran auf seine Legitimität zu prüfen, was überwunden werden soll und welches Gegenbild dazu entworfen wird (vgl. Balzer 2020).

(a. a. O.: 173–176) als „Patientinnenrechte“¹⁷ (a. a. O.: 180) formuliert. Daraus folgten Empfehlungen für Maßnahmen zur Entwicklung einer frauengerechten Psychiatrie auf den Ebenen Stationen, Diagnostik und Behandlung, Personal und Klinikkonzeption entwickelt. Als »frauengerecht« verstanden die Autorinnen Angebote, welche „die Lebenslagen der Patientinnen, ihre Alltagsbezüge, ihre Erfahrungen als Frauen in systematischer Weise aufgreifen“ (a. a. O.: 173).

Die deutlichen Ergebnisse und der parteiische Zugang zum Thema sind sowohl im Kontext der psychiatrischen Diskurse zum Zeitpunkt der Studie als auch aus heutiger Perspektive höchst interessant. Gleichzeitig kann unter Hinzunahme der fachlichen Weiterentwicklungen seitdem festgestellt werden, dass mit der Studie selbst Essentialisierungen des Frauseins vorgenommen werden, in dem Zuschreibungen aufrechterhalten, die Kategorie »psychische Erkrankung« als gegeben behandelt und Frauen als relativ homogene Gruppe konstruiert werden. Konfrontiert mit heutigen feministischen Diskursen könnten die emanzipatorischen Ansätze weiter herausgearbeitet werden.

Marietta Meier (2009) rekonstruiert aus einer historischen Perspektive anhand von Fallgeschichten aus den 1950er Jahren, wie Frauen in der sogenannten »unruhigen Frauenabteilung« der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich anhand von Fallgeschichten zu sogenannten »schwierigen Fällen« wurden. Sie stellt fest, dass die Fallkonstitution sowohl mit der individuellen Situation des Einzelfalls und deren Behandler*innen im Kontext institutioneller und gesellschaftlicher Strukturen zusammenhänge als auch mit der „sozialen Situation auf der Abteilung“ (Meier 2009: 218). Konkret erfährt sie bei der Rekonstruktion der Fallakte der sogenannten *schwierigen* Patientin Verena Maurer, dass die Entscheidung für eine Leukotomie (operativer Eingriff im Gehirn) von den Ärzten auch wegen der gesamten Situation in der psychiatrischen Abteilung getroffen wurde, auf der zu dem Zeitpunkt sieben sogenannte *schwierige* Patientinnen anwesend waren und die Situation für die Mitpatientinnen und die Helfer*innen nicht mehr aushaltbar war (vgl. ebd.). Frau Maurer sei zum

17 „Die Patientinnen haben ein Recht auf umfassenden Schutz, insbesondere vor Gewalt, die von Männern ausgeht.

Die Patientinnen haben ein Recht, sich umfassend mitteilen zu können.

Die Patientinnen haben ein Recht, von Frauen in Krankheit und Behandlung begleitet zu werden.

Die Patientinnen haben ein Recht auf Frauenräume, die an ihren Bedürfnissen nach Schutz und Austausch mit Frauen, nach Würde und Intimität orientiert sind.

Die Patientinnen haben ein Recht auf Tagesstrukturen und wohnlich gestaltete Räume, die ein positives Anknüpfen an ihre Kompetenzen und Bedürfnisse ermöglichen.

Die Patientinnen haben ein Recht, auf Fachkräfte zu treffen, die ihnen für sie realisierbare weitergehende Möglichkeiten zu ihrer Verselbstständigung aufzeigen können“ (Enders-Dragässer & Sellach 1998: 180).