

Bruno Hildenbrand

Psychiatrische Soziologie als Klinische Soziologie – ein Erfahrungsbericht<sup>1</sup>

## 1. Übersicht

Unter "Klinik" versteht Campe 1813 "ausübende Heilkunde". In diesem Begriff stecken die zwei Komponenten Wissen und Heilen bzw. Praxis des Heilens. Der Anspruch einer "Klinischen Soziologie", folgt man dieser Definition, impliziert, dass Soziologie einen unmittelbaren Beitrag zur Lösung menschlicher Probleme leisten könne. Ist dies nicht zugleich unangemessen und vermessen? *Unangemessen* könnte der Anspruch einer Klinischen Soziologie sein, weil Soziologie sich immer als eine kritische Wissenschaft verstanden hat, was sie von vornherein in Distanz zur Praxis bringt. Für Weber beispielsweise kann Wissenschaft, zumindest gilt dies für den Bereich der Kulturwissenschaften, nicht praktisch werden in der Form, dass sie den Menschen sagt, was sie tun sollen. Sie kann nicht mehr als "den Einzelnen nötigen, oder ihm wenigstens dabei helfen, sich selbst Rechenschaft zu geben über den letzten Sinn seines eigenen Tuns" (Weber 1995, S. 39). *Vermessen* könnte der Anspruch einer Klinischen Soziologie sein, weil sie mit dem Anspruch, klinisch zu sein, ein Feld betritt, das von "alten Professionen"<sup>2</sup> wie der des Arztes, des Pfarrers und des Juristen ausgefüllt wird. Diese sind in der klassischen Formulierung Parsons' in Abgrenzung von den Berufen insbesondere dadurch charakterisiert, dass sie an den zentralen Werten einer Gesellschaft ansetzen und gemeinwohlorientiert sowie nicht gewinnorientiert sind und des weiteren Standards kollegialer Kontrolle und des Vertrauensschutzes des Klienten entwickelt haben.

---

<sup>1</sup> Für kritische Lektüre früherer Fassungen dieses Aufsatzes danke ich Monika Bege-  
mann-Deppe, Karl Friedrich Bohler, Stefan Kutzner und Ulrich Müller.

<sup>2</sup> Die in der Linie Weber-Parsons-Oevermann entstandene soziologische Professionalisierungstheorie zeichnet in erster Linie aus, dass sie die machttheoretischen Fragen in den Hintergrund und die Klient-Professionellen-Beziehung in den Vordergrund rückt, wobei von besonderer Bedeutung die Vermittlung von Allgemeinem und Besonderem steht. Vgl. als neuere Veröffentlichung z. B. Combe und Helsper 1996.

In diesem Beitrag will ich nicht diese theoretische Grundsatzdiskussion weiter verfolgen. Statt dessen werde ich meine eigenen Erfahrungen als Soziologe in einem Handlungsfeld schildern, das klassischerweise ein professionelles ist: in der Psychiatrie. Diese Erfahrungen haben im Laufe der Zeit zu einer theoretischen Konzeption einer Klinischen Soziologie geführt, die hier in ihren Möglichkeiten, aber auch in ihren Grenzen vorgestellt werden soll.

Zunächst skizziere ich den aktuellen Stand der Psychiatrischen Soziologie als Teil der Medizinischen Soziologie. Danach beschreibe ich die aktuelle zentrale Problematik, mit der die Psychiatrische Soziologie – nicht nur als Klinische Soziologie - konfrontiert ist: In dem Maße, wie sich die Sozialpsychiatrie im psychiatrischen Versorgungssystem behauptet, löst sich die ursprüngliche Koalition zwischen Sozialpsychiatrie als Psychiatriekritik und Soziologie als naturgemäß kritischer Wissenschaft auf. Für die Chancen der Verankerung Klinischer Soziologie im psychiatrischen Handlungssystem hat dies Folgen, die ich im folgenden darstellen werde. Sodann bespreche ich drei Konzepte einer Klinischen Soziologie, um danach meinen eigenen Ansatz vorzustellen und meine Erfahrung mit diesem Ansatz in der Praxis darzulegen.

## 2. Zum gegenwärtigen Stand der Psychiatrischen Soziologie

Die Psychiatrische Soziologie ist ein Teilgebiet der Medizinsoziologie; in der klassischen Konzeption beschäftigt sie sich sowohl mit Fragestellungen, die von der Medizin an sie herangetragen werden (Soziologie *in der* Psychiatrie) als auch mit Themen, die sie aus einer externen soziologischen Perspektive formuliert werden (Soziologie *der* Psychiatrie).<sup>3</sup> Ihre Blüte, ausgehend von den USA, hatte die Psychiatrische Soziologie mit der Öffnung der Psychiatrie gegenüber den Sozialwissenschaften im Zuge der kritischen Bewertung psychiatrischer Krankheits- und Versorgungskonzepte in den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts. Drei Untersuchungsschwerpunkte ragten damals heraus: (1) Zunächst die Analyse und Kritik psychiatrischer Großinstitutionen, die mit Goff-

---

<sup>3</sup> Die Unterscheidung zwischen einer Soziologie *der* Medizin und einer Soziologie *in der* Medizin geht auf Robert Straus zurück. Vgl. Siegrist 1988<sup>4</sup>, S. 11f.

mans Untersuchungen zur Struktur totaler Institutionen und zur moralischen Karriere von Geisteskranken im Großkrankenhaus begann.<sup>4</sup> Diese Untersuchungen haben nicht nur zu zahlreichen Nachfolgeuntersuchungen sowie zu einer kaum noch überschaubaren Literatur über gemeindepsychiatrische Versorgungseinrichtungen geführt, sondern die in den westlichen Industrienationen in den 60er Jahren einsetzenden Reformbestrebungen nachhaltig geprägt. Unverdientermaßen geringere Aufmerksamkeit erlangte die Studie von Strauss u.a. (1964) über die Prägung des Alltags und der Deutungsmuster psychiatrischer Institutionen durch unterschiedliche Handlungs- und Wissensorientierungen der Akteure, die auf unterschiedliche therapeutische Paradigmata zurück gehen. (2) Zum zweiten fällt eine Untersuchungsperspektive in den Blick, die zunächst psychische Erkrankungen als Etikettierungsprozesse betrachtete und später komplexere theoretische Aussagezusammenhänge hervorbrachte, denen zufolge psychische Krankheit als Prozess der Konstruktion sozialer Wirklichkeit zu betrachten seien (Scheff 1966, Goffman 1967, Keupp 1987, Riemann 1987). (3) Als dritter Schwerpunkt sind die Untersuchungen über die Faktoren und Prozesse zu erwähnen, die zu psychischen Störungen führen. Schon Geschichte ist die Kontroverse um die "soziale Verursachungs-" vs. die "drift"-Hypothese (Hollingshead und Redlich 1958, Faris und Dunham 1939). Das ist die Kontroverse um die Frage, ob die Position in der sozialen Schicht ursächlich für das Entstehen psychischer Krankheit oder eine Folge derselben sei. Auf der Ebene epidemiologischer Untersuchungen hat letztlich die drift-Hypothese die Oberhand behalten, die Hypothese lautet nun also, psychische Erkrankungen führen zu einem Absinken in der sozialen Schicht, letztere könne nicht verantwortlich gemacht werden für das Entstehen psychischer Erkrankung. Generell müssen Versuche, der "Biogenese" der Schizophrenie eine "Soziogenese" entgegenzusetzen, ob diese nun auf der Ebene der sozialen Schicht, der Reli-

---

<sup>4</sup> Goffman 1961, 1971, maßgeblich im deutschen Sprachraum Fengler und Fengler 1980, vgl. aber auch Floeth 1991, in Frankreich Castel, Castel und Lovell 1978, zu erwähnen wäre auch als sozialhistorische Unterfütterung Foucault 1961. Vgl. für eine – deskriptiv gehaltene – Übersicht über die internationale Entwicklung der Psychiatrischen Soziologie Reimann 1973.

gion, der Region oder der Familie (Bastide 1965) angesetzt sind, scheitern, weil hier der biologische Reduktionismus einer ausschliesslich naturwissenschaftlich fundierten Medizin durch eine sich einseitig auf soziologische Faktoren konzentrierende und damit ebenso reduktionistische Sichtweise ersetzt wird .

Die Frage nach der Familiensituation von psychisch Kranken, insbesondere Schizophrenen, in der sich eine Zeitlang Soziologen engagierten, ist zunehmend wieder in den Hintergrund getreten, soweit die soziologische Beteiligung betroffen ist. Ausgangspunkt dieser Fragerichtung war in den 60er Jahren der wegweisende Sammelband „Schizophrenie und Familie“ (Bateson et al. 1969). Während in der Psychiatrie seit den 80er Jahren das biologische Paradigma die Familienperspektive an den Rand drängte, von wo aus sie heute in einem lebendigen Austausch nicht der Soziologen, sondern der Familientherapeuten weiter entwickelt wird<sup>5</sup>, sind es nach wie vor die Pioniere von damals, die auf die Bedeutung psychosozialer Konstellationen in Familien für den Ausbruch einer psychischen Erkrankung hinweisen (Ciompi 1983, Wynne 2000).<sup>6</sup>

Es sind jedoch nicht die soziologischen Forschungsprogramme zu sehen, die diese Thematiken der 60er und 70er Jahre weiter verfolgen.<sup>7</sup> Der Grund für diese Abstinenz wird sein, dass das soziologische Engagement in der Psychiatrie endemischen Charakter hat und Moden folgt. Eine stete Aufbauarbeit einer Psychiatrischen Soziologie auf der Basis der Soziologie kann nur in Ansätzen festgestellt werden. Es gibt keine Traditionsbildung in der Psychiatrischen Soziologie unter der Dach der Soziologie. Ein Beleg dafür mag sein, dass keine der gängigen Einführungen in die Medizinische Soziologie ihr ein Kapitel widmet (Siegrist 1984<sup>4</sup>, Scambler 1987). Die Blüte der Psychiatrischen Soziologie in Deutschland, die mit dem Sammelband von Heinrich und Müller (1980) einen Höhepunkt erreicht hat, war rasch vorbei. Wenn heute soziologi-

---

<sup>5</sup> Wenn sich hier Soziologen beteiligen, dann nicht als Soziologen, sondern als Therapeuten.

<sup>6</sup> Wynne bedient sich dabei neuerdings der Mittel, die sonst die biologisch orientierten Forscher benutzen, indem er auf Zwillingstudien verweist.

sche Untersuchungen publiziert werden, die im Themenbereich der Psychiatrischen Soziologie angesiedelt sind, dann werden sie als solche nicht wahrgenommen und anderen soziologischen Feldern zugerechnet. Zu erwähnen wären hier u. a. Studien zur Therapeut-Patient-Interaktion (Begemann-Deppe 1994), zur Rahmung therapeutischer Situationen (Bergmann 1999, Hildenbrand 1999), zur Familiensituation und therapeutischen Interaktion bei Schizophrenen (Hildenbrand 1983, 1991) oder bei Alkoholikern (Bohler und Hildenbrand 1997), zur Diagnostik (Buchholz 2000)<sup>8</sup>. Psychiatrische Soziologie entwickelt sich seit einigen Jahren vor allem außerhalb der offiziellen Etikettierung.<sup>9</sup> Woran liegt das? Dieser Frage soll nun nachgegangen werden.

### 3. Die Psychiatrie-Reform als Testfall

Ihre hohe Zeit hatte die Psychiatrische Soziologie, als die allgemeine Gesellschaftskritik auch das psychiatrische Versorgungssystem erfasste. Damals wurde die von Natur aus kritische Soziologie zur quasi natürlichen Verbündeten reformerischer Kräfte innerhalb der Psychiatrie. Die Richtung, in der die Reform sich schließlich entwickelte, gab ihrerseits Anlass zur Kritik, denn die Psychiatriereform unter wesentlicher Beteiligung der sich als „Sozialpsychiatrie“ bezeichnenden, mit der Soziologie besonders sympathisierenden Strömung innerhalb der Psychiatrie entwickelte sich zunehmend als „Möblierung“ der Landschaft mit (sozial)psychiatrischen Einrichtungen. Allerdings ist den in der Fachdiskussion tonangebenden Experten immer noch die Einsicht weithin verschlossen, dass die bloße Einrichtung gemeindepsychiatrischer Institutionen noch nicht garantiert, dass sich dort auch menschenwürdig gelebt werden kann: "Der totale Charakter psychiatrischer Institutionen ist nicht an Mauern gebunden. Jede Tagesklinik, Wohngemeinschaft

---

<sup>7</sup> Recherchen in einschlägigen Datenbanken im September 2000 ergaben eine Fehlanzeige.

<sup>8</sup> Fündig werden Interessierte vor allem in der neugegründeten Zeitschrift Psychotherapie und Sozialwissenschaft bei Vandenhoeck und Ruprecht.

<sup>9</sup> Deshalb kann Angermeyers Zeitschriftenanalyse nicht als Beleg für das Verschwinden der Psychiatrischen Soziologie herangezogen werden, denn er hat lediglich die

oder therapeutische Gruppe kann zum Instrument totalitärer Therapie werden, die Individualität unterdrückt", schreibt Hofmann (1983, S. 39). Signifikant ist, dass diese Erkenntnis nicht von einem Soziologen stammt, sondern von einem Psychiater. Generell kann davon gesprochen werden, dass die kritische Kompetenz der Soziologie in dem Maße verstummte, in dem die Sozialpsychiatrie Anerkennung gewann. Die Ansicht begann vorzuherrschen, dass das kritische Potential der Soziologie anderweitig einzusetzen sei. Damit wurden weitgehend die Kritiker innerhalb des sozialpsychiatrischen Feldes alleine gelassen. Ein Beispiel dafür ist neben Hofmann der Psychiater Matthias Krisor, der anmahnt, das Subjekt in der Sozialpsychiatrie wieder zu entdecken, wie er es in einem Sammelband formulierte (Krisor 1994). Die damit einher gehenden unkonventionellen Formen der Behandlung, z. B. der Verzicht auf geschlossene Stationen (Krisor 1993<sup>2</sup>),<sup>10</sup> werden gerade von der Sozialpsychiatrie heftig angegriffen.

Von Seiten der sozialwissenschaftlichen Kritiker der ersten Stunde ist vor allem Keupp zu nennen, der der Psychiatrie-Enquête von 1975 vorwirft, eine "tiefgreifende Strukturreform", insbesondere im Hinblick auf die psychiatrischen Großkrankenhäuser, versäumt zu haben. So lange der "Trichter des Ausschlusses" (Keupp 1980, S. 180) bestehe, das Paradigma der Anstalt also gelte, so lange könne von einer grundlegenden Änderung der psychiatrischen Praxis nicht die Rede sein. Keupp plädiert dafür, künftige Überlegungen zur Psychiatrie-Reform an den Individuen und an ihren alltäglichen Lebensverhältnissen anzusetzen. Eine Reduktion der Reformbemühungen auf Versorgungsplanung betrachtet er zu Recht als technokratisch.

Dass dieser Vorwurf des Subjektverlusts, der letztlich zum Verlust der Perspektive der Therapeut-Klient-Interaktion im Sinne professionellen Handelns führt, auch an die Medizinische Soziologie in dem Maße zu

---

main stream-Zeitschriften durchforstet (Angermeyer 1986). Vgl. auch Müllers Kommentar (Müller 1987).

<sup>10</sup> Diese unkonventionellen Formen psychiatrischer Versorgung sind von einem Soziologen forschend begleitet worden, der in diesem Krankenhaus angestellt ist. Vgl. Krisor und Pfannkuch (1999, 2000)

richten sei, wie sie sich dieser Art Medizin zum Helfer macht, begründet Figlio (1987).

Es ist das Fazit zu ziehen, dass das Bündnis zwischen psychiatrischer und soziologischer Psychiatriekritik seine Grundlage verloren hat, seit die Sozialpsychiatrie den Diskurs über die Psychiatriereform bestimmt. Angesichts dieser Lage ist es auf den ersten Blick erklärungsbedürftig, wenn ich im folgenden Konzepte einer Klinischen Soziologie in der Psychiatrie vorstelle, die nicht von außen das Geschehen im sozial- oder sonst wie psychiatrischen Versorgungssystem kritisiert, sondern beansprucht, in der Psychiatrie selbst tätig zu werden, und zwar nicht nur als Forscher (Stosberg 1980, S. 21), sondern auch als Teilhaber am Therapieprozess und seiner sozialen Organisation. Anders gesprochen: Hier soll ein Schritt von der Soziologie als erkenntnisorientierter Wissenschaft zur Soziologie als handlungsorientierter Wissenschaft (Finzen 1999, S. 63) gewagt werden. Dieser Schritt ist vielfach problematisch, an dieser Stelle soll zunächst nur ein pragmatisches Moment dieser Problematik betont werden: Er setzt voraus, dass die Soziologie Rezipienten auf der Psychiatrie-Seite antrifft. Diese jedoch, da ist Finzen (1999, S. 68) zuzustimmen, leiden vielfach unter dem „Goffman-Scheff-Rosenhan-Trauma“<sup>11</sup>, also unter dem Trauma der soziologischen Entzauberung psychiatrischen Handelns. Diese Entzauberung hat ihre Grundlage nicht in einer denunziatorischen Attitude seitens der genannten Autoren selbst, sondern in der denunziatorischen Verwendung der mitgeteilten Forschungsergebnisse sowohl auf Soziologen- wie auch auf Psychiatrieseite. Allerdings tritt dieses Trauma wohl eher in dem Maße auf, in dem psychiatrisch Tätige ihre Fächer defensiv gegen Kooperationspartner von außen abschirmen, welche ihren kritisch-distanzierten Blick, auf den sie als Wissenschaftler verpflichtet sind, nicht aufzugeben bereit sind.

---

<sup>11</sup> Goffman beschrieb die problematischen Seiten der Klinik als Asyl. Scheff schrieb über psychische Erkrankung als soziale Konstruktion, Rosenhan wies nach, dass die Diagnostizierung als „psychisch krank“ vergleichsweise beliebig ist, da es ihm gelang, eine Reihe von Gesunden, die vorgaben, Stimmen zu hören, in Kliniken einzuschleusen. Später teilte er seine Forschungsergebnisse mit und kündigte eine zweite Versuchsreihe an. Diese führte er jedoch nicht durch, sondern zählte lediglich die Abwei-

Aber: Alles ist verhandelbar, so auch die Modi der Begegnung zwischen psychiatrischem Versorgungssystem und seinen Akteuren einerseits, Klinischem Soziologen andererseits. Allerdings finden diese Aushandlungsprozesse nicht auf einer institutionalisierten Ebene statt, wie etwa der Klinische Psychologe erwarten kann, dessen Beruf in der Psychiatrie-Personal-Verordnung kodifiziert ist. Die Aushandlung findet unterhalb dieser Ebene, in persönlichen face-to-face-Beziehungen, statt: Der Klinische Soziologe kann sich nicht auf voreingerichtete institutionelle Pfade verlassen. Er muss sich seinen Weg in die Psychiatrie selbst verdienen und dabei interessierte Kooperationspartner gewinnen.<sup>12</sup> Dies macht das Ganze zu dem auf anderen Feldern bekannten Hasard-Spiel (Schmeiser 1994). Ich werde darauf im letzten Abschnitt zurückkommen.

#### 4. Psychiatrische Soziologie als Klinische Soziologie: Unterstützung von Prozessen des Fallverstehens in der Begegnung

In diesem Kapitel werde ich mein theoretisches Konzept einer Psychiatrischen Soziologie als Klinischer Soziologie vorstellen. Im ersten Abschnitt sollen zunächst drei bereits bestehende Konzepte skizziert werden: Das erste von v. Ferber und Kisker ziehe ich für meine eigenen Überlegungen nicht in Betracht. Dass es hier dennoch berücksichtigt wird, hat den Grund, dass in der gleichzeitigen Nähe und Distanz meiner eigenen Position zu diesem Konzept meine Position präziser formuliert werden kann. Arbeiten von Anselm Strauss, einem Klinischen Soziologen, der sich nie so genannt hat, werden herangezogen, um adäquate Haltungen eines in der Psychiatrie tätigen Soziologen zu skizzieren. Schließlich komme ich auf das Konzept Oevermanns zu sprechen,

---

sungen von um Aufnahme in die Klinik nachsuchenden Personen. Deren Zahl war nach seiner Ankündigung erheblich angestiegen. Vgl. Rosenhan 19xx.

<sup>12</sup> Ich selbst danke an dieser Stelle ausdrücklich Dr. med. Wolfgang Blankenburg, Prof. em. und ehemaliger Leiter der Psychiatrischen Universitätsklinik in Marburg. Als ein der Daseinsanalyse und damit der Phänomenologie verpflichteter Psychiater öffnete er mir als einem phänomenologisch und interaktionistisch orientierten Soziologen den Weg in eine praktische psychiatrische Versorgungstätigkeit und nahm dabei einige Risiken auf sich, wovon jenes, eine Arztstelle nicht zu besetzen und dafür einen Soziologen einzustellen und das gegenüber der Medizinischen Fakultät zu begründen, gewiss das geringste war.



das für meine eigene Orientierung maßgeblich ist, welche im größeren Teil dieses Kapitels ausgeführt wird.<sup>13</sup>

a) Positionen der Klinischen Soziologie: Beratung von Politik und Ausbildung von Medizinern, Förderung kreativer Prozesse, stellvertretende Deutung

*Klinische Soziologie in der Beratung von Politik und in der Ausbildung von Medizinern*

v. Ferber und Kisker stellen für die Sozialmedizin (wobei sie zwischen Sozialmedizin und Medizinsoziologie nicht scharf trennen) folgendes Programm auf:

"Die Sozialmedizin kann sich nicht darauf beschränken, aus dem Angebot der Soziologie lediglich die Erhebungsverfahren der empirischen Sozialforschung zum Zweck einer 'medizinischen Sozialforschung' auszuwählen. Auch kann sie sich nicht damit begnügen, aus dem Inventar soziologischer Theorien nur die des Mikrobereichs zu entnehmen, wie die der sozialen Rolle, der Gruppe, des symbolischen Interaktionismus oder der (Betriebs-)Organisation. Vielmehr muss sie die Theorien der Makrostruktur, die Analyse von Institutionen, des vorherrschenden Typus der Wirtschafts- und Gesellschaftsverfassung in ihre Überlegungen einbeziehen, und zwar desto mehr, je stärker sie an einer praktischen Verwirklichung ihrer Absichten engagiert ist" (v. Ferber und Kisker 1975, S. 34).

Unter "praktischer Verwirklichung" sehen die Autoren die Aufgabe, Institutionen des medizinischen Versorgungssystems zu reformieren.

Dieses sozialmedizinische Programm spielen die Autoren exemplarisch an der Psychiatrischen Soziologie als "einem konkreten Fall gesundheitsbezogenen Theoretisierens, Planens und Handelns" durch. Zunächst stellen sie fest, dass die Psychiatrie "von Anfang an 'Anwendungen' medizinischen Gepräges mit 'Abwendungen' polizeilichen Charakters" betrieben habe. Dies schaffe eine Position dieser Wissenschaft "zwischen den biologischen, psychischen und sozialen Wissenschaften."

---

<sup>13</sup> Bei dieser Übersicht handelt es sich um eine Auswahl. Weggelassen habe ich z. B. die Überlegungen von Klaus Dörner u. a. zu den zu integrierenden „Teilidentitäten“ des Medizin-Soziologen, bestehend aus „Sozialreformer“ (der qualitativ Forschende), des „Sozialtechnikers (der quantitativ Forschende) sowie des im Elfenbeinturm wirkenden Sozialforschers, die jeweils nur Mittel zum Zweck, nämlich des Einnehmens einer Helferrolle, seien. Das Helfen beziehe sich dabei nicht auf individuelle, sondern auf soziale Probleme. Vgl. Trojan 1983.

Dieser Zusammenhang von Hilfe und Kontrolle sei aber von der Psychiatrie verschwiegen worden. Man habe "entlastende Selbstkonstruktionen" gefunden, von denen zwei genannt werden, die beide in der Reduktion der Psychiatrie auf eine angewandte Biologie resultieren:

- Die erste Entlastungsstrategie bestehe darin, "Verwicklungen mit non-biologischen Gegebenheiten" an die "Spezialisten der anderen Branche", z. B. an die Soziologie, zu delegieren und abzuwarten, "bis diese die Hemmnisse für den Vormarsch der biologischen Sanitätsstaffel beseitigt haben."

- Die zweite Entlastungsstrategie bestehe in jener der psychiatrischen Epidemiologen, welche, argumentierend im strikt naturwissenschaftlichen Modell, "die sozial brisanten Variablen als 'Risikofaktoren' verlustern und die ihnen korrespondierenden Krankheiten als 'sozialpsychiatrische' etikettieren." Diese Risikofaktoren würden aber nur so weit zugelassen, als sie biologisch erklärbar seien, und insofern, als sie Spuren im neurologischen System hinterlassen.<sup>14</sup>

Aus der Perspektive der Psychiatrischen Soziologie stelle diese naturwissenschaftliche Verkürzung der Psychiatrie ein Problem dar. Umgekehrt habe aber auch die Psychiatrie ihre Probleme mit der Soziologie. Diese bezögen sich auf die Eigenheit der Soziologie, Irrationalitäten *als solche* nicht akzeptieren zu können, sondern sie immer nur rational erklärbar machen zu wollen, sowie auf die Abstinenz der Soziologie von jeder sozialtherapeutischen Intervention.

v. Ferber und Kisker schlagen als Alternative ein Konzept der Interdisziplinarität vor, "ein neues Aktionsgelände *zwischen* der soziologischen und der psychiatrischen Disziplin, in das die Repräsentanten beider als Morgengabe die Bereitschaft einbringen, sich den Phänomenen dieses Gegenstandes zu stellen, ohne sie von vornherein als Defizienz, Devianz etc. zu erklären" (v. Ferber und Kisker 1975, S. 38). Eine solche Psychiatrische Soziologie sei durch folgende Aspekte gekennzeichnet: durch eine Betonung des Handlungsaspekts, durch eine Orientierung an der

---

<sup>14</sup> Alle Zitate im „Exkurs in die Beziehung der ‚Sozialpsychiatrie‘ zur Psychiatriesozio-  
logie ...“, v. Ferber und Kisker 1975, S. 34-40.

Sache, nicht an der Methode, durch Orientierung an praktischem Entscheiden und Kritik gleichermaßen.

Praxis erscheint in diesem Entwurf unter den Stichworten Politikberatung und Mediziner Ausbildung. Insgesamt wird auf die Aufrechterhaltung der disziplinären Grenzen Wert gelegt. Diese wird begründet mit den unterschiedlichen Gegenstandsbereichen von Medizin (Leib) und Gesellschaft (Medizin) und mit der unterschiedlichen Handlungsaufträge (Medizin als Anwendungswissenschaft, Soziologie als Universalwissenschaft) (Kisker 1982). Der erstgenannte Punkt ist bereits für die Körpermedizin aus phänomenologischer und soziologischer Sicht der sozialen Strukturiertheit von Leiblichkeit in Frage zu stellen, für die Psychiatrie, die es mit personalen und interpersonalen Gegebenheiten zentral zu tun hat, gilt dies erst recht. Auch der zweite Punkt, die angenommene Differenz von Handlungs- und Universalwissenschaft, wird im folgenden kritisiert werden.

#### *Klinische Soziologie als Förderung kreativer Prozesse: Anselm Strauss*

Anselm Strauss hat den Begriff „Klinische Soziologie“ nicht benutzt, er hat jedoch Klinische Soziologie praktisch betrieben. Während seiner langjährigen Tätigkeit als Soziologe an der School of Nursing der Universität von Kalifornien, San Francisco, entwickelte er Formen der Lehre und der Forschung, die für das Handeln eines Klinischen Soziologen ein Orientierungs-Modell darstellen. In seinen Leitlinien für Forschungsberatung und Lehre, die das letzte Kapitel von „Grundlagen qualitativer Sozialforschung“ (Strauss 1987, dt. 1991, 1994) bilden, betont er vor allem die Aufgabe für den Soziologen, „einen kreativen Prozess durch einen kreativen Geist“ (a. a. O., S. 333) zu fördern. Sein Vorgehen ist mäeutisch, darin dem des Therapeuten vergleichbar, wenn auch der Auftrag ein anderer ist, und es folgt folgenden Regeln (a. a. O., S. 334-336):

- „Hören Sie zu!“
- „Es ist in dieser Situation (der Beratung – B. H.) nicht angebracht, Ihre eigene Brillanz zur Schau zu stellen oder Ihre eigenen Wünsche zu formulieren.“

- „Arbeiten Sie in dem vom Ratsuchenden gesetzten Rahmen.“
- Falls der Rahmen unangemessen ist: „Schlagen Sie vorsichtig alternative Zugangsweisen zum Datenmaterial vor.“
- Falls die Ratsuchenden den Vorschlag aufgreifen: „Sehen Sie, wohin die Diskussion dann führt.“

Da diese Regeln aus der Erfahrung der Arbeit mit Praktikerinnen und Praktikern des Gesundheitswesens gewonnen sind, lassen sie sich problemlos übertragen auf jene Arbeitskontexte Klinischer Soziologen, die außerhalb soziologischer Institute gelegen sind und in denen nicht fraglos von einem gemeinsamen Vorverständnis über Begriffe, Denkmuster und Herangehensweisen ausgegangen werden kann (was Soziologen oft übersehen, weshalb sie sich wundern, wenn ihr erster Auftritt in der Psychiatrie auch der letzte war). Diese Regeln bilden dann einen Rahmen, innerhalb dessen die soziologische Fachkompetenz zur Wirkung kommt.

#### *Klinische Soziologie als stellvertretende Deutung: Die Position Oevermanns*

Auf der Basis von Weber und Parsons entwickelte Oevermann eine eigene Professionalisierungstheorie, die in ihren Grundzügen im folgenden, bezogen auf klientenzentrierte Professionen, skizziert wird (vgl. Oevermann 1995, 1996): Professionen sind nach Oevermann auf der Grundlage der wissenschaftlichen Rationalität der gesellschaftliche Ort der Vermittlung von Theorie und Praxis (Oevermann 1995). Diese Vermittlungsaufgabe führt zu einer notwendigen, nicht aufhebbarer Widersprüchlichkeit. Auf der *Wissensebene* drückt sich diese Widersprüchlichkeit dadurch aus, dass Professionelle auf der einen Seite über einen Bestand an allgemein gültigem, systematischem Wissen verfügen, mit dem sie die Probleme ihrer Klienten angehen. Auf der anderen Seite wird dieses allgemeine Wissen jedoch nicht dem individuellen Fall übergestülpt. Statt dessen tritt zum allgemeinen Wissen das fallverstehende Wissen hinzu. Dieses dient der Entschlüsselung des einzelnen Falles in seiner Eigenart und ist nicht auf Allgemeines, sondern auf Spezifisches gerichtet. Es steht damit immer in einem Spannungs-

verhältnis zum allgemeinen Wissensbestand, obwohl es sich auf diesen stützt.

Auf der *Interaktionsebene* drückt sich die Widersprüchlichkeit im professionellen Handeln dadurch aus, dass Professionelle einerseits zu den individuellen Problemlagen ihrer Klienten nur dann einen angemessenen Zugang finden, wenn sie sich von diesen anrühren lassen, wenn sie also über Empathie verfügen. Andererseits muss aber zur Empathie die Distanz treten und damit die Fähigkeit, nüchtern die Problematik der Klienten zu betrachten und den Überblick über diese zu gewinnen. Diesen Überblick haben die Klienten verloren, sonst wären sie nicht zur Therapie oder Beratung gekommen.

Was hat die Soziologie als Wissenschaft dem Handlungstypus des Professionellen zu bieten? In einem älteren Manuskript definiert Oevermann die Aufgabe der Klinischen Soziologie wie folgt:

"Die 'klinische Soziologie' besteht in einer professionalisierten, im Namen soziologischer Theorie und vor allem Methodik durchgeführten praktischen Tätigkeit, die in konkreten Einzelfällen bezogen auf praktische Problemstellungen und Krisen dieser Einzelfälle beratend, evaluierend und evtl. interventionistisch aufgrund eines Auftrags aus der Praxis abgerufen wird" (Oevermann 1990, S. 1).

Klinische Soziologie ist demnach Beratung von Professionellen zur Erhaltung ihrer spezifisch professionellen Kompetenz, wobei die Funktion der Klinischen Soziologie eine der nachträglichen Überprüfung einer professionellen Intervention und vor allem eine dienende (a. a. O., S. 248) gegenüber der Praxis ist.

Therapeutisches Handeln steht in der Regel unter Handlungsdruck. Wissenschaft findet dem gegenüber handlungsentlastet statt. Um dies an einem Beispiel deutlich zu machen: Ein Krisengespräch bei Suizidalität eines einem Patienten kann nicht dadurch unterbrochen werden, dass der Therapeut einen Gang in die Bibliothek macht, um einer Vermutung hinsichtlich der Beweggründe dieser Tendenz unter besonderer Berücksichtigung der neueren wissenschaftlichen Literatur nachzugehen – Handeln ist hier und jetzt erforderlich im Vertrauen darauf, dass es sich nachträglich wird begründen lassen können. Dass diese Be-

gründung möglich sein wird, ist gesichert durch die Ausbildung eines professionellen Habitus. Dieser bezeichnet eine auf Grundlage von Erfahrung und Reflexion gewachsene Gestaltsicherheit im therapeutischen Handeln.<sup>15</sup> Der Wissenschaftler kann dann im Anschluß an eine vollzogene therapeutische Entscheidung in aller Ruhe den Gang der Entscheidungsbildung beim Therapeuten rekonstruieren, ohne das Risiko, den fraglichen Patienten zu verlieren.

Dabei bedient er sich im wesentlichen dem Verfahren der Sequenzanalyse:

„Zu den wesentlichen Leistungen einer objektiv hermeneutischen Sequenzanalyse gehört es, auf einfachste Weise Gesetzmäßigkeiten, Einflüsse, Habitusformationen, Zusammenhänge und Konfigurationen sichtbar zu machen, die unausgesprochen oder unbewusst - und damit auch nicht abfragbar - sich hinter den strategisch und gezielt eingesetzten Konzepten und Techniken eines berufspraktischen Handelns verbergen“ (Oevermann 1993, S. 246).

Die Ansätze von Strauss und Oevermann unterscheiden sich vom Ansatz v. Ferbers und Kiskers u. a. darin, dass erstere beanspruchen, direkt in der Praxis tätig zu werden. Während Strauss die dort geeignete Haltung eines Klinischen Soziologen beschreibt, legt Oevermann den Schwerpunkt auf die Verfahren, derer sich ein Klinischer Soziologe bedient. Beide Ansätze zusammengenommen bilden ein tragfähiges Gerüst für eine Klinische Soziologie in der Psychiatrie.

#### b) Psychiatrische Soziologie als Klinische Soziologie: ein Konzept<sup>16</sup>

Ich komme nun zur Entwicklung meines eigenen Konzepts einer Psychiatrischen Soziologie als Klinischer Soziologie. Bei dessen Formulierung ist in einem ersten Schritt die Aufgabe zu lösen, Konzepte aus der

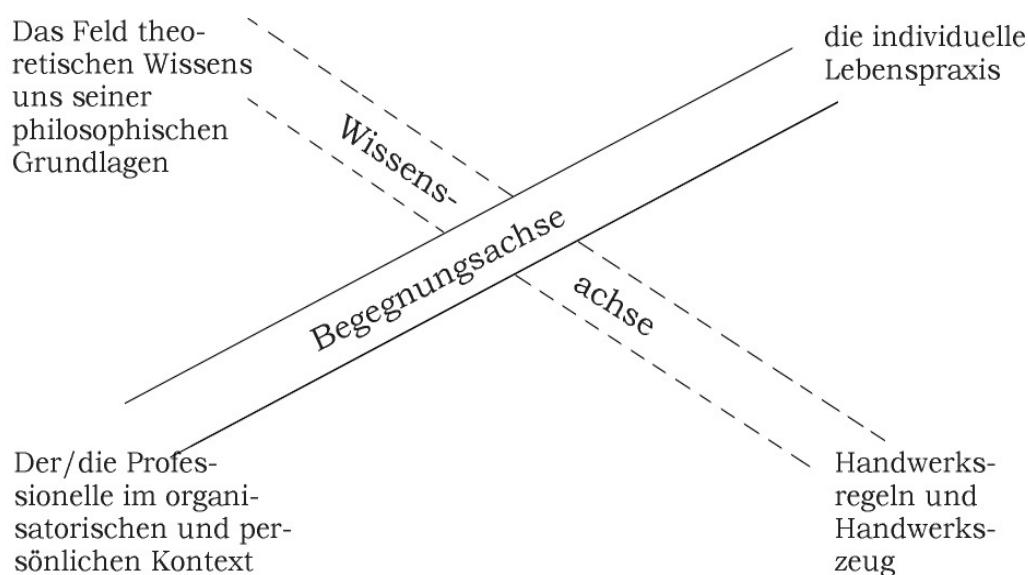
---

<sup>15</sup> Vgl. zu diesem Begriff Wernet 1997.

<sup>16</sup> Bei der Entwicklung meines Konzepts kann ich auf folgende Erfahrungen zurückgreifen: Forschung in einem Landeskrankenhaus in den „heißen“ Phasen der Psychiatriereform, d. h. zwischen 1975 und 1979; wissenschaftlicher Mitarbeiter im Stationsalltag einer psychiatrischen Universitätsklinik mit erheblichen, vom Klinikleiter ermöglichten Freiräumen der Gestaltung therapeutischer Prozesse (1979-1984); Aufbau und Leitung eines gemeindepsychiatrischen Einrichtungsverbunds (1979-1989); Fachleiter für Arbeit mit psychisch Kranken und Suchtkranken an einer Ausbildungsstätte für Sozialarbeit, vergleichbar einer Fachhochschule (1989-1994); Dozent und

Soziologie, der anthropologischen Psychiatrie und angrenzenden Gebieten so zu formulieren, dass sie im psychiatrischen Handlungsfeld anschlussfähig sind, denn der Anspruch besteht ja darin, selbst in diesem Feld praktisch als Klinischer Soziologe tätig zu werden. Hier das Ergebnis:

Bei einer therapeutischen Interaktion steht die widersprüchliche Einheit von Fallverstehen (Distanz) und Nähe (Begegnung) im Vordergrund. Wissenschaftliche Grundlagen und therapeutische Techniken lagern im Hintergrund und rücken erst in Krisensituationen, wenn das Handeln in seinem habituellen Ablauf unterbrochen ist, in den Vordergrund. Des weiteren ist zu berücksichtigen, dass eine therapeutische Interaktion zum einen in die organisatorischen und milieuweltlichen Kontexte des Therapeuten wie auch in die Milieuwelt des Klienten/Patienten hineinreicht, womit sie jeweils implizit oder explizit in der therapeutischen Interaktion mitgegeben sind. In einer Skizze kann dies folgendermaßen veranschaulicht werden:



(Orientiert an Welter-Enderlin und Hildenbrand 1996, S. 23)

Der zweite Schritt besteht darin, die Konsequenzen dieses Professionalisierungskonzepts für das therapeutische Handeln so auszuformulieren, dass sie einen Bezug zur Wirklichkeit psychiatrischer Handlungsfelder

haben. Dafür werde ich einigen Platz benötigen, auf eine systematische Bezugnahme auf die herangezogenen Theoriebestände werde ich verzichten.<sup>17</sup>

Vorausgesetzt bei Oevermanns Professionalisierungstheorie ist ein Menschenbild, in welchem Patienten nicht entweder als gesund oder als krank, handlungsfähig oder hilflos definiert werden, sondern in dem hinter der Einschränkung die Autonomie und hinter der Autonomie die Einschränkung gesehen wird.<sup>18</sup> Die Kunst therapeutischen Handelns besteht demnach darin, die spezifische Beschädigung der individuellen Autonomie eines Menschen oder einer Gruppe von Menschen (im Falle therapeutischen Handelns) zu erfassen, ohne die ihm bzw. ihnen noch verbliebenen Autonomiespielräume zu übersehen, und einen therapeutischen Ansatz dort zu finden, wo diese Autonomiespielräume gefördert und gestärkt werden können. Oevermanns Konzeption zufolge ist die Rolle des bzw. der Professionellen die der *Geburtshilfe* (Sokrates) bei der Lösung von Problemen beschädigter lebenspraktischer Autonomie und nicht der Vorgabe von Expertenlösungen.

Nun ist auszuführen, was diese theoretische Konzeption der Struktur therapeutischen Handelns im Kontext der Psychiatrie bedeutet. Dies soll anhand der Ausarbeitung von drei Aspekten geschehen. Es handelt sich um: (1) die Normalitätsfrage, (2) um Verantwortungszuschreibung vs. Invalidisierung des Patienten im therapeutischen Prozess, (3) um die Entwicklung von Zukunftsszenarien als Ziel therapeutischen Arbeitens. Dabei beziehe ich mich auf die Arbeit von Welter-Enderlin und Hildenbrand (1996).

(1) *Normalität*. In einem heteronomieorientierten Menschenbild wird angenommen, dass Menschen Ergebnis prägender konstitutioneller und umweltlicher Rahmenbedingungen sind und dass sie sich innerhalb dieses Rahmens verhalten. Als "normal" gilt dann, wer sich innerhalb

---

<sup>17</sup> Vgl. aber Hildenbrand 1991. Ich orientiere mich vor allem, was das Fallverstehen betrifft, an Oevermann sowie an Schütz, Gurwitsch und Merleau-Ponty, während der Begriff der Begegnung der Tradition der anthropologischen Psychiatrie entnommen ist. Vgl. hier vor allem Blankenburg (1971) und Gadamer (1993).

<sup>18</sup> Gegenüber neueren sozialpsychiatrischen Diskussionen über die „Berücksichtigung der gesunden Anteile“ des Patienten handelt es sich hier um eine komplexere, dialektische Formulierung.



des vorgegebenen Rahmens bewegt. Als "pathologisch" gilt in dieser Denkweise jenes Verhalten, das von den vorgegebenen, als für alle Menschen gültig angenommenen Rahmenbedingungen abweicht bzw. jemandem als abweichend auffällt.

Ein autonomieorientiertes Menschenbild könnte nun als das genaue Gegenteil des soeben skizzierten heteronomieorientierten Menschenbildes formuliert werden. Der Mensch würde dann als ein solcher angesehen werden, der seine Wirklichkeit selbst schafft.

Zwischen diesen beiden Extrempositionen soll hier ein Konzept der dialektischen Beziehung von Heteronomie und Autonomie vertreten werden. Zunächst und vor allem wird das menschliche Dasein unter dem Aspekt seiner Geschichtlichkeit gesehen. In individuellen Biographien ist diese Geschichtlichkeit unterschiedlich ausgeprägt. Das heißt, dass Menschen (immer verstanden als Menschen in spezifischen sozialen Kontexten) sich in ihrem Vermögen unterscheiden, vorgegebene Rahmenbedingungen zu überschreiten und damit zu der ihnen angemessenen Weise einer einmaligen Existenz zu kommen. (Psychische) Krankheit wird in diesem theoretischen Entwurf dann nicht verstanden als Defizienz, beispielsweise als Zeichen dafür, dass das kranke Individuum es verfehlt habe, seinem Dasein eine Eigenständigkeit und damit eine geschichtliche Dimension zu verleihen. Statt dessen kann Krankheit als ein Ereignis betrachtet werden, das

"in eine zuvor bestehende, durch mangelnde Geschichtlichkeit gekennzeichnete Pseudo-Gesundheit einbricht und damit einer drohenden oder bereits eingetretenen Stagnation des Werdens (v. Gebattel) ein Ende bereitet" (Blankenburg 1985, S. 67).

Diese Position der anthropologischen Medizin hat durchaus eine die Ebene des Individuellen überschreitende und damit soziologisch anschlussfähige Komponente. Ich zitiere noch einmal Blankenburg:

"Das eigentliche 'Haus', das ein Mensch bewohnt, ist - und es sollte eben nicht nur 'räumlich' verstanden werden - seine Biographie. Zu ihr gehört - das versteht sich eigentlich von selbst - nicht nur er selbst, sondern auch sein Umfeld. Das heißt, in erster Linie gehören die Menschen seines Umfeldes dazu: die Familie und die nächsten Be-

zugspersonen; aber nicht nur in ihrem Hier und Jetzt, sondern mitsamt ihrer Geschichte: Familiengeschichte" (1985, S. 81).

Fassen wir die bisherigen Überlegungen zusammen: Gegenüber einem strikt autonomieorientierten Menschenbild vertreten wir die Auffassung, dass das Bestehen prägender und damit heteronomer Rahmenbedingungen von Konstitution und Umwelt anzuerkennen ist. Jedoch betonen wir, dass Menschen diese Rahmenbedingungen gestalten können in dem Sinne, dass sie ihnen nicht nur *vor-*, sondern insbesondere zur Bewältigung *aufgegeben* sind. Individuen weichen voneinander nicht nur in dem Maße ab, wie sie von unterschiedlichen Rahmenbedingungen geprägt sind, sondern auch in dem Maße, wie sie sich die jeweilig vorgegebenen Rahmenbedingungen unterschiedlich aneignen und diese gestalten. Das Aneignen sozialer Wirklichkeit geschieht in einem beständigen Prozess autonomer Gestaltung vorgefundener Rahmenbedingungen.

Wird das Normproblem so betrachtet, dann verschiebt sich die Perspektive "vom Normierten zum Normierenden", von der absoluten Norm zur individuellen (milieurelativen) Norm (Blankenburg 1980, vgl. auch Waldenfels 1987).

(2) *Verantwortungszuschreibung vs. Invalidisierung*. Folgt man einem autonomieorientierten Menschenbild, dann ergibt sich als Aufgabe im therapeutischen Prozess, gemeinsam mit dem Patienten an der Gestaltung und Erweiterung von Handlungsspielräumen zu arbeiten. Psychosoziale Störungen oder Krankheiten betrachten wir als Situationen, in denen Gestaltungsspielräume im Leben *unterbestimmt* sind (jemand schöpft den Rahmen seiner Gestaltungsmöglichkeiten nicht aus, wie dies extrem in der "endogenen Depression" der Fall ist), *überbestimmt* (jemand überschreitet den Rahmen seiner Gestaltungsmöglichkeiten, extrem in der "Manie") oder *fehlbestimmt* sind (der Rahmen ist strukturell in einem Missverhältnis, wie typischerweise bei der "Schizophrenie"). In jedem Fall zielt unser Konzept therapeutischen Handelns nicht darauf ab, dass Therapeuten grundsätzlich dem Patienten Verantwortung abnehmen (die seltenen Extremsituationen, in denen bei Patienten

Situationen des Freiheitsverlustes eingetreten sind und Therapeuten vorübergehend stellvertretend für Patienten handeln müssen, einmal ausgenommen), sondern darauf, den Patienten Verantwortung zuzuschreiben in Hinblick auf die Gestaltung angemessener Handlungsspielräume. Dabei besteht die besondere therapeutische Kunst darin, zusammen mit dem Patienten in seinem sozialen Kontext das jeweils rechte Maß an Über- bzw. Unterforderung hinsichtlich des Grades an Ausgestaltung und Entwicklung der bestehenden Handlungsspielräume auszuhandeln.

Therapie ist in diesem Konzept Biographiearbeit, also Arbeit am Prozess des Werdens eines Patienten in seinem sozialen Kontext. Das Wichtigste an diesem Prozess besteht darin, die angemessenen Fragen zu finden, auf die das Patienten die gemäßen Antworten und damit neue Lösungen für bestehende Lebensprobleme selbst findet.

Diese Auffassung erfordert einen spezifischen Gebrauch des Begriffs "Diagnostik". Krankheitsbegrifflichkeiten sind in dem Maße problematisch, wie sie das Eröffnen neuer Gestaltungsmöglichkeiten verschließen, anders gesprochen: einfrieren. Wenn man dieser Auffassung folgt, kann Diagnostik nicht von Therapie getrennt werden - beide Prozesse finden in unserem Konzept im Prozess der Begegnung zwischen Patient und Therapeut statt.

Die vergangene Biographie hat in unserem Verständnis die doppelte Qualität des "so war es" (das Unabänderliche) und zugleich des Veränderbaren in der Weise, dass jede Biographie ständigen Umschreibungen unterworfen ist. Der Rahmen der biographischen Rekonstruktion ist damit geschlossen und offen zugleich. Er ist geschlossen, weil vergangene Ereignisse nicht mehr zum Verschwinden gebracht werden können, und er ist offen, weil der Interpretationsrahmen, innerhalb dessen die vergangenen Ereignisse bewertet werden, selbst offen ist. Diese Offenheit in der biographischen Rekonstruktion macht es den Patienten möglich, ihre Vergangenheit nicht als Käfig zu sehen, in welchem ihre Zukunft gefangen ist, sondern als einen Ort von Möglichkeiten, die noch zu realisieren sind.

(3) *Entwicklung von Zukunftsszenarien*. Die spezifische Gegenwart (eines therapeutischen Prozesses) hat jedoch nicht nur Bezüge zur Vergangenheit (einer spezifischen, problematischen Geschichte), sondern auch zur Zukunft: Schließlich hat das therapeutische Handeln ein Ziel, nämlich den Wandel auf der Ebene der Fallstruktur. Ebenso, wie die biographische Vergangenheit gleichzeitig den Charakter des Offenen und Geschlossenen hat, können biographische Entwicklungen auf die Zukunft hin auch bei einengenden Rahmenbedingungen angestoßen werden. Die zentrale Frage, die den therapeutischen Prozess voranbringt, lautet: "Was wäre, wenn ... ?"

Damit kommen wir zu einer für den therapeutischen Prozess entscheidenden Frage: Was sind die Bedingungen für das Entstehen von Neuem? Therapeutisch ausgedrückt: Woran können wir erkennen, dass ein Patient neue Handlungsmöglichkeiten entwickelt hat, die im Vergleich zum vorherigen Zustand einen Fortschritt im Sinne erweiterter Handlungsspielräume darstellen?

Wir werden diese Thematik in zwei Punkten entwickeln: (1) Wenn wir von Veränderungen sprechen, dann meinen wir solche, die auf der Ebene der Regeln bzw. der typischen Orientierungsmuster angelegt sind, die Handlungen und Sinnkonstruktionen von Menschen tagtäglich hervorbringen. Veränderungen spielen sich ab auf der grundlegenden Ebene der Veränderung von Gewohnheitsmustern, seien dies nun kognitive Muster im Sinne von Landkarten, die im Lebenszyklus immer wieder neu entworfen werden müssen, emotionale Muster der Einschätzung von Situationen oder Muster der räumlichen Orientierung, beispielsweise der Wohnungsaufteilung. (2) Vorstellungen von radikalen Veränderungen, von Neuem, das gleichsam prometheisch von den Schlacken der Vergangenheit gereinigt ist, sind im Therapieprozess wenig nützlich. Wer Menschen als geschichtliche Wesen begreift, muss anerkennen, dass sie (wie Gesellschaften auch) aus ihrer Geschichte nicht aussteigen können, aber auch, dass ihre Vergangenheit nicht nur Problematisches, sondern gleichermaßen Ressourcen für die Lösung von Problemen enthält. Theoretisch können wir dies als Dialektik von Determination (durch die vergangene Biographie) und Emergenz (das

Auftauchen neuer Muster) fassen. Einfacher ausgedrückt: "Das Neue, wenn es in Erscheinung tritt, folgt immer aus der Vergangenheit. Doch bevor es in Erscheinung tritt, folgt es per definitionem nicht aus der Vergangenheit" (Mead 1969, S. 230).

Für die Gestaltung des therapeutischen Prozesses bedeuten diese Überlegungen zur Entwicklung von Zukunftsszenarien, dass dem Patienten in seinem sozialen Kontext, wie beschädigt seine Lebenspraxis auch immer sein mag, Autonomie und damit Verantwortlichkeit für sein Leben zugeschrieben werden. Vorstellungen möglichen Wandels oder gar von fertigen Lösungen können dann nicht von Therapeuten entwickelt und verschrieben werden. Dies ist Aufgabe der Patienten selbst. Therapeuten stellen dafür die angemessenen Rahmenbedingungen zur Verfügung. Autonomiezuschreibung zieht eine therapeutische Grundhaltung nach sich, welche die Interventionen des Therapeuten auf die gemeinsame Entwicklung neuer Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten beschränkt.

Nachdem in einem ersten Schritt eine Theorie therapeutischen Handelns skizziert und in einem zweiten Schritt auf das Praxisfeld Psychiatrie übertragen wurde, müssen nun in einem dritten Schritt Handlungsorte gefunden werden, in denen diese Konzepte vermittelt werden können. Hierzu eignen sich insbesondere, da ist v. Ferber und Kisker zuzustimmen, Ausbildungskontexte.

*Theorievermittlung.* Die Theorievermittlung findet am Fall statt, vor allem an Fällen, die aus dem Erfahrungsfeld der Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten selbst stammen (die Glaubwürdigkeit des Dozenten steigt aber, wenn er auf eigene Fallerfahrung zurückgreifen kann). Theorien, die im Rahmen des Curriculums herangezogen werden, haben sich an diesen Fällen zu bewähren. Für den Klinischen Soziologen bedeutet dies, dass er in der Lage sein muss, spontan Übersetzungsleistungen zwischen Theorie und präsentierten Fällen zu bringen. Lernen kann er dies, wenn er, zusätzlich zur praktischen Erfahrung mit Fällen, fallrekonstruktive Forschung (Hildenbrand 1999) betreibt. Ob letztere die praktische Erfahrung mit Fällen vollständig ersetzt, ist für mich eine offene Frage.

*Supervision.* Im Unterschied zur sozialwissenschaftlichen Fallrekonstruktion besteht hier Handlungsdruck, weil die zentralen Hypothesen zu den Fällen, die vorgestellt werden,<sup>19</sup> in einem festgesetzten Zeitraum (ca. zwei Stunden) entwickelt werden müssen. Besonders hier ist langjährige Übung in der Praxis der Fallrekonstruktion, v. a. im Erkennen von Fallstrukturen, vorausgesetzt, wofür die Erfahrung in fallrekonstruktiver Sozialforschung wiederum eine günstige Voraussetzung ist. Da die Supervisionsgruppe, in der die Fälle vorgestellt werden, über einen längeren Zeitraum (mindestens ein Jahr zusammen) ist, können auch Fallverläufe verfolgt und die aus der Fallrekonstruktion entwickelten Ideen zur Intervention überprüft werden. Damit lassen sich die Hypothesen einem lebenspraktischen Experiment der Falsifikation unterziehen. Zentraler Bezugspunkt ist dabei das Wohl des Patienten, um dessen Fall es geht, die Hypothesenbildung hat sich daran zu orientieren. Sie darf also nicht uferlos ausgedehnt werden, sondern wird sich dem Interesse eines fallorientierten Fortgangs der Therapie unterzuordnen haben. Dennoch gilt: Je gründlicher von einem unmittelbaren Intervenieren abgesehen und das vorliegende Material auf seine strukturelle Aussagefähigkeit hin analysiert wird, desto einschlägiger werden die Vorschläge für eine Intervention sein. Gerade erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten wissen diese Einstellung der Klinischen Soziologie zu schätzen, während Unerfahrene für dieses Vorgehen (mitunter mühsam) erst gewonnen werden müssen.

Auf die Grenze zwischen Klinischer Soziologie und therapeutischem Handeln soll hier ebenso deutlich hingewiesen werden: Thema der Klinischen Soziologie ist das Fallverstehen. Zu diesem tritt im therapeutischen Prozess die affektive Rahmung in der Begegnung, ohne die jedes Fallverstehen ins Leere läuft (Hildenbrand und Welter-Enderlin 1998). Begegnung setzt professionelle Fähigkeiten und Kenntnisse voraus, über die der Klinische Soziologe *als* Soziologe nicht verfügt und über die er auch nicht verfügen muss, da er mit Therapeuten und nicht mit Patienten arbeitet – Erfahrung im Gestalten und Moderieren von Gruppen-

---

<sup>19</sup> Vgl. den Leitfaden in Welter-Enderlin und Hildenbrand 1996, S. 218f.

prozessen ist jedoch unverzichtbar. Zur Supervision gehört auch eine Analyse des therapeutischen Prozesses als Prozess der Begegnung, letztere wird daher zum Gegenstand der Rekonstruktion der Therapeut/Patient-Beziehung.

*Selbsterfahrung.* Im Kontext der hier exemplarisch vorgestellten Therapieausbildung bedeutet Selbsterfahrung, dass die Kandidatinnen und Kandidaten ihren eigenen, familien- und individualgeschichtlichen Prozess der lebenspraktischen Dialektik von Autonomie und Heteronomie rekonstruieren. Ausgangspunkt dafür ist das eigene Genogramm des Ausbildungskandidaten/der Ausbildungskandidatin. Dieses wird im Vorfeld der für die Selbsterfahrung vorgesehenen Sitzung anhand eines Leitfadens (vgl. Welter-Enderlin und Hildenbrand 1996, S. 220-226) über mehrere Generationen hinweg erkundet und ausgearbeitet. Zusammen mit der Supervisionsgruppe, in der der Kandidat bzw. die Kandidatin zu diesem Zeitpunkt bereits seit 9 Monaten zusammen arbeitet (wodurch jenes Vertrauen entwickelt werden konnte, das für ein solches Unterfangen erforderlich ist), wird dieses Genogramm unter Anleitung und Moderation des Supervisors sequenzanalytisch erschlossen. Die latenten Sinnstrukturen der Herkunftsfamilie als Rahmen für die Identitätsbildung des Kandidaten bzw. der Kandidatin werden rekonstruiert, mit Geschichten, die in der Herkunftsfamilie erzählt werden, verbunden, typische Handlungs- und Orientierungsmuster so entdeckt und auf die aktuelle Lebens- und vor allem Arbeitssituation des Kandidaten/der Kandidatin bezogen. Letzterem dient eine mit dieser Familienrekonstruktion verbundene Fallsupervision.

Solche Sitzungen fordern nicht nur die fallrekonstruktive Kompetenz des Klinischen Soziologen, sondern auch die Kompetenz, riskante Individual- und Gruppenprozesse wahrzunehmen und aufzugreifen. Denn bei der Rekonstruktion der eigenen Familiengeschichte sind mitunter kritische Passagen zu meistern. Dazu gehören: Bisher Idealisiertes wird entzaubert<sup>20</sup>, liebgewordene Deutungsmuster z. B. für Enttäuschungen in der Familien- und Lebensgeschichte werden in Frage gestellt; es stellt

---

<sup>20</sup> Beispiel: „In meiner Familie gab es immer starke Frauen“.

sich heraus, dass der Kandidat bisher mit zu einfachen Wirklichkeitsmodellen gearbeitet hat, oder dass er bzw. sie fällige biografische Entscheidungen aufgeschoben oder mit den Konsequenzen getroffener Entscheidungen nicht oder unzureichend auseinander gesetzt hat.<sup>21</sup>

### c) Ein Fallbeispiel

Als Beispiel für einen Einblick in Tätigkeitsbereiche eines Klinischen Soziologen nehme ich die Supervision, hier im Zusammenhang mit einer Weiterbildung in systemischer Beratung und Therapie. Der Rahmen ist, wie erinnerlich, der, dass in einer Gruppe von sechs Weiterbildungskandidaten jeweils einer einen Fall vorstellt, wofür ca. zwei Stunden Zeit gegeben sind. In dieser Zeit besteht die Aufgabe des Supervisors darin, das Fallverstehen und bisherige Vorgehen des Fallvorstellenden zusammen mit den übrigen Gruppenteilnehmern zu rekonstruieren und Vorschläge für das weitere Vorgehen zu erarbeiten (vgl. zum angemessenen Arbeitsstil dabei Strauss 1994, S. 124ff., Hildenbrand 2000, S. 37f.). Vom Fallvorstellenden wird erwartet, dass er bzw. sie dafür folgende Informationen vorbereitet hat (vgl. Welter-Enderlin und Hildenbrand 1996, S. 218): Das Genogramm mit den wichtigsten Sozialdaten über mindestens drei Generationen; aktueller Lebenskontext des Klienten/Patienten; Überweisungsmodus; Beschreibung der aktuellen Problemsituation; bisherige Lösungsversuche; Anliegen an die Beratung/Therapie; bisherige Hypothesen zum Fallverständnis; Entwicklung der beraterischen/therapeutischen Beziehung nach Einschätzung des Fallvorstellenden; bisherige Vorgehensweisen und Fragestellung für die Supervision.

Zunächst wird der Fall entlang dieser Informationen vorgestellt. In dem hier zu diskutierenden Fallbeispiel wird ein Fall von Brigitte Foggia-Nef<sup>22</sup>, einer Sozialarbeiterin, eingebracht, die in einem ambulanten psychiatrischen Dienst tätig ist. Sie berichtet:

---

<sup>21</sup> Typische Beispiele dafür sind Paarbildung und Familiengründung.

<sup>22</sup> Alle Eigennamen sind anonymisiert.



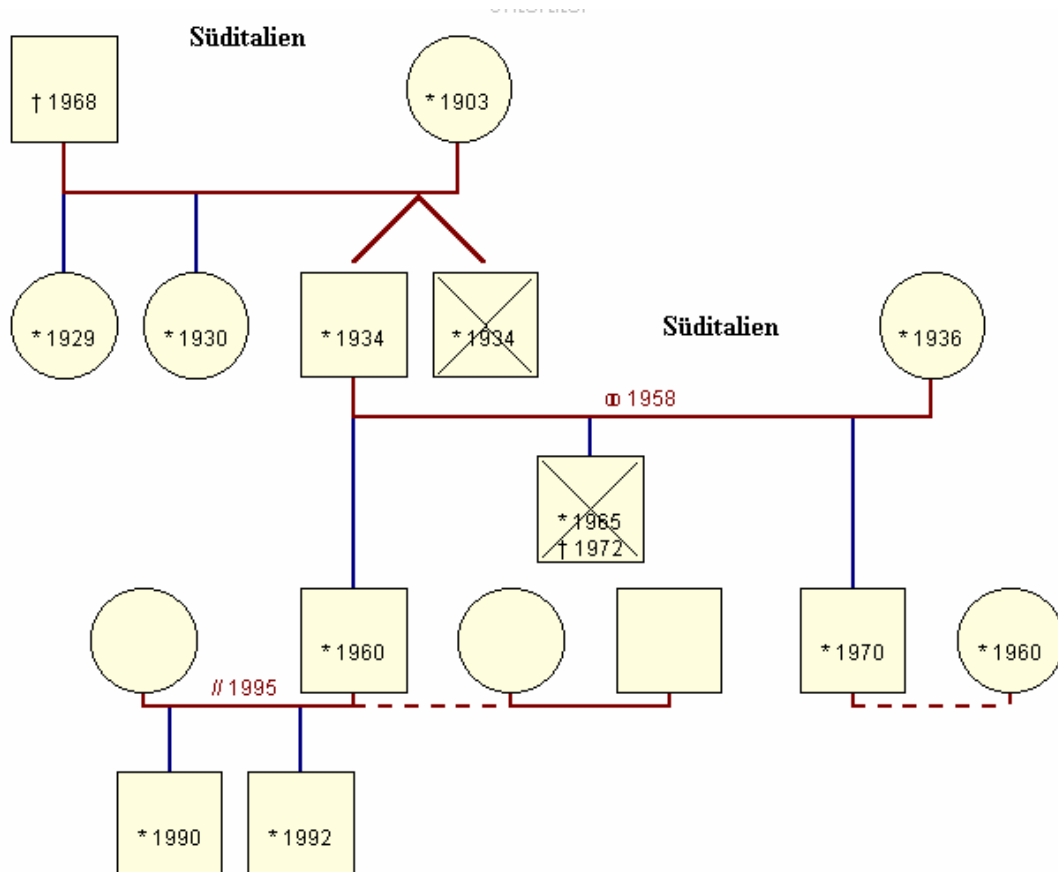
Der 62jährige süditalienische Arbeitsmigrant Emilio C. plant, nach einem 30jährigen Aufenthalt in der süddeutschen Großstadt S. und anlässlich seiner Frühberentung zusammen mit seiner Ehefrau in den Heimatort zurück zu kehren. Während eines Aufenthalts dort, der der Vorbereitung der Umsiedlung dient, entwickelt er ein Rückenleiden. Eingedenk der im Vergleich zu Süddeutschland dürftigen Krankenversorgung in Süditalien kehrt er vorzeitig nach S. zurück, um sich behandeln zu lassen. Die Ärzte finden jedoch trotz beharrlich von ihrem Patienten verlangten Untersuchungen nichts. Der Aufforderung, zunehmend sein Bein zu belasten, kommt Herr C. nicht nach. Statt dessen entwickelt er Ängste, immer unbeweglicher zu werden, und weil er sich von den Medizinerinnen zunehmend unverstanden fühlt, äußert er schließlich Suizidgedanken.

Dies führt zur Einweisung in eine psychiatrische Klinik. Dort wird Emilio C. in die geschlossene Akutstation aufgenommen und hoch dosiert<sup>23</sup> mit Neuroleptika behandelt. Weitere Behandlungen oder Gespräche erfolgen nicht. Brigitte Foggia-Nef wird im Rahmen einer probeweisen Entlassung von Emilio C. hinzugezogen, da sie sich (selbst mit einem Italiener verheiratet) mit Migrationssituationen auskenne.

Soweit die Vorgeschichte. Nun wird das Genogramm vorgestellt und besprochen:

---

<sup>23</sup> Dies ist auf dem von der Supervisorin mitgebrachten Video deutlich sichtbar.



Wir erfahren, dass Herr C. 1934 als Jüngster (zusammen mit einem früh verstorbenen Zwillingbruder) in eine Landarbeiterfamilie hinein geboren worden ist; er heiratet 24jährig eine um zwei Jahre jüngere Frau aus dem Heimatort und geht mit ihr im Hochzeitsjahr nach Deutschland; dort werden drei Söhne geboren, von denen der mittlere mit acht Jahren stirbt; der Älteste heiratet ca. 1990, d. h. mit 30 Jahren, und wird nach Geburt zweier Söhne 1995 geschieden; inzwischen hat er eine Beziehung mit einer verheirateten Frau. Der Jüngste ist noch unverheiratet und ist mit einer 10 Jahre älteren Frau zusammen. Die in Forschungskontexten übliche Handlungsentlastung gilt für Supervisionen nicht – in einer vierstündigen Sitzung erwarten die Teilnehmer, dass mindestens zwei, eher drei Fälle so besprochen werden, dass Fallverstehen, Therapeutenverhalten und weiteres Vorgehen schlüssig thematisiert sind. Die Herausforderung an den Klinischen Soziologen besteht also darin, einen Vorschlag zu machen, an welcher Stelle der Fall zu vertiefen ist und welche Information zunächst nicht beachtet werden.

In diesem Fall legt der Supervisor den Fokus auf die aktuelle Dynamik im Bereich der Rückkehrplanung. Gezielte Nachfragen der Gruppe ergeben, dass seit kurzem die beiden Söhne wieder bei den Eltern leben, obwohl vom Alter her die Zeit für den Auszug aus dem Elternhaus längst gekommen wäre. Die Hypothese lautet: Wo der Familienzyklus auf Auflösung der Eltern-Kind-Beziehung hin drängt, die Rückkehrphantasien der Eltern (zumindest die des Vaters) nun konkret werden können, findet kontrafaktisch eine Kontraktion der Familie statt. Wozu soll das in diesem Fall gut sein?

Die Antwort auf diese Frage liegt in der Betrachtung der unterschiedlichen Interessen von Emilio C. und seiner Frau im Ruhestand. Emilio C. hat seine Freunde im Heimatdorf in Süditalien; seine Frau sieht sich traditionsgemäß als Großmutter (nonna) ihrer Enkelkinder, die in S. leben. Weil diese widersprüchlichen Interessen offenbar nicht zur Sprache gebracht werden können, finden sie ihren Ausdruck anderweitig, und zwar auf der Ebene latenter, also reflexiv nicht bewusster Sinnstrukturen: in der Rückkehr der Söhne in das Elternhaus, gepaart mit Mustern von Paarbeziehungen, die ihre Ablösung eher verhindern, sowie in dem Rückenleiden von Emilio C. Die Söhne möchten den alten Zustand wieder herstellen und möglichst alles so lassen, wie es ist, während das Rückenleiden von Emilio C. im Sinne der Futur-II-Perspektive auf Krankheit (Blankenburg) zu etwas gut gewesen sein wird: In einer offenen Entscheidungssituation werden getroffene Entscheidungen suspendiert, und es kann dadurch möglich werden, die möglichen Zukünfte noch einmal zu besprechen, bevor erneut entschieden wird. Dabei wäre es von Bedeutung, Frau C. zu Wort kommen zu lassen. Durch das Individualisieren der Problematik von Emilio C. („Psychose“) und die über längere Zeit hingezogene hochdosierte Neuroleptika-Behandlung tritt allerdings zunächst ein weiterer Stillstand ein. Die Supervisionssitzung endet mit der Planung eines gemeinsamen Gesprächs mit Emilio C., seiner Frau und den beiden Söhnen über mögliche Zukünfte der Familie, festgemacht an möglichen Lebensorten. Falls Zeit ist, können an dieser Stelle auch Rollenspiele durchgeführt werden, in denen solche Gespräche vorphantasierend durchgespielt

werden. Dies dient u. a. zur Überprüfung, ob die entwickelte Fallstrukturhypothese verstanden wurde und in therapeutische Interaktion umgesetzt werden kann.

In der folgenden Supervisionssitzung (i. d. R. vier Wochen später) wird, bevor ein neuer Fall zur Sprache kommt, besprochen, ob die in der vorigen Sitzung geplanten Interventionen für den Therapieverlauf nützlich gewesen sind (was in vorliegendem Fall der Fall war) oder ob Gesichtspunkte aufgetreten seien, die zu einer erneuten Einschätzung des Falles und des Therapieverlaufs herausfordern. Dies dient auch der Selbstkontrolle des Supervisors.

##### 5. Der Klinische Soziologe in der Psychiatrie: einige Bemerkungen zu möglichen Zugängen

In Anlehnung an die klassische Unterscheidung einer Soziologie der Medizin und einer Soziologie in der Medizin werde ich den Zugang von innen abgrenzen vom Zugang von außen. Ich fange mit ersterem an.

*Zugang von innen.* In einer Zeit, als das psychiatrische Feld noch in Bewegung und offen für Seiteneinsteiger war, lief der klassische Weg der Klinischen Soziologen über bereits bestehende Kontakte, die etwa während der Ableistung des Zivildienstes oder über ein Forschungsprojekt geschaffen worden waren. Zu letzterem: War dieses fallrekonstruktiv oder allgemein qualitativ angelegt, war die Chance groß, eine Rolle im psychiatrischen Versorgungsalltag übernehmen zu können. Denn die Logik des hermeneutischen Schließens gilt für Therapeuten und Forscher gleichermaßen. Aber auch Soziologinnen und Soziologen, die mit quantitativen Verfahren vertraut waren, fanden (und finden) ihren Raum vor allem in psychiatrischen Einrichtungen, die sich wissenschaftlich profilieren möchten. Für sie allerdings gilt, dass die Brücke von der Forschung zur Praxis aufgrund der unvereinbaren Logiken mit größerem Aufwand zu schlagen ist.

Hat sich der Soziologe erst einmal im Feld festgesetzt, wird es ihm möglich, sich – neben der Weiterentwicklung als Soziologe – psychiatrisches bzw. therapeutisches Fachwissen anzueignen und sich auf diese Weise

als Klinischer Soziologe von der Innenseite der Psychiatrie her zu bilden.

Aufgrund des Sachverhaltes, dass die Berufsbezeichnung „Soziologe“ damals wie heute in keinem Stellenplan der Psychiatrie zu finden ist, sind hier, wie erwähnt, zunächst persönliche Kontakte zu Verantwortlichen erforderlich. Im folgenden muss sich der damit verbundene Vertrauensvorschuss durch Leistung bewähren.

Mit zunehmender Konsolidierung des psychiatrischen Versorgungssystems (und zunehmender Schließung des sozialpsychiatrischen Handlungsfeldes, vgl. dazu Teil 2 dieses Beitrags) sind die unkonventionellen Zugangswege vielfach verschlossen. Nun wird es z. B. erforderlich, sich an Positionen anzuschließen, die im Feld bereits vorhanden sind. Eine Option würde darin bestehen, einen psychiatrisch anschlussfähigen Zweitberuf zu lernen und diesen durch soziologische Deutungskompetenz aufzurüsten. Eine andere bestünde darin, sich in einem neu sich auftretenden und entsprechend weichen Feld zu platzieren. Dafür könnte sich die Supervision anbieten. Kehrseite dieser Option ist, Supervisionskonzepte in Kauf zu nehmen, die im Kern verfehlt sind, weil sie suggerieren, es gäbe den Beruf des Supervisors *an sich*.

Die zentrale Frage des bisher skizzierten Zugangs zur Psychiatrie von innen lautet: Wie findet der Klinische Soziologe eine Rolle im Feld, welche ihm nicht nur reflexive Distanz, sondern auch praktisches Engagement ermöglicht?

*Zugang von außen.* Soziologinnen und Soziologen, die über jahrelange Erfahrung im fallrekonstruktiven Forschen durch Teilnahme an den in allen qualitativen Forschungszentren üblichen Fallseminaren, Forschungswerkstätten etc. verfügen, haben zumindest die kognitive Kompetenz, konkrete Einzelfälle zu deuten und erwünschte bzw. nicht erwünschte Folgen eines Handelns aufzuzeigen (Weber 1995, Tenbruck 1995, v. a. S. 63-77). Ob sie dabei auch in der Lage sind, vom Handlungsfeld Psychiatrie her zu denken, ist der entscheidende Punkt. Zumindest Forschungserfahrung in der Psychiatrie, verbunden mit Feldaufenthalten und Praktika, sollten vorhanden sein, will der Klinische Soziologe nicht Gefahr laufen, ästhetisch ansprechende Fallstruktur-

hypothesen zu erschließen, die jedoch in ihren Konsequenzen nicht anschlussfähig sind an die Praxis. Die Gefahr, sich mit solchen Etüden lächerlich zu machen und das Feld zu verbrennen, ist nicht zu unterschätzen. Des weiteren wird durch diese Möglichkeit der Perspektivenübernahme der Gefahr entgegengewirkt, wohlfeile Professionskritik zu betreiben – der Soziologe muss seine Konzepte im Forschungsfeld selbst vertreten, und schon alleine diese Aussicht wird ihn daran hindern, Sätze zu formulieren, die er wissenschaftlich einerseits, im Feld andererseits nicht vertreten kann.

Aber genau in dieser Zwischenstellung zwischen Psychiatrischer Soziologie als Teil der allgemeinen Soziologie und Psychiatrischer Soziologie in ihrer Orientierung auf die Psychiatrie als Handlungsfeld (also der Stellung zwischen Erkennen und Handeln) liegt eine Kernproblematik, die sich auch durch noch so raffinierte Konzepte und eloquente Formulierungen nicht aus der Welt schaffen lassen wird. Mit diesem Punkt werde ich mich abschließend beschäftigen.

## 6. Klinische Soziologie als Brücke zwischen Forschung und Praxis?

Durch diesen Beitrag zieht sich die Frage, ob eine Psychiatrische Soziologie als Klinische Soziologie nicht den Rahmen verlässt, den Max Weber in seiner Rede über "Wissenschaft als Beruf" auch der Soziologie vorgibt: sie soll nicht Werte setzen, sondern soll den Menschen dabei unterstützen, „sich selbst Rechenschaft zu geben über den letzten Sinn seines eigenen Tuns“ (Weber a. a. O.). In modernerer Sprache heißt dies „stellvertretende Deutung“, und darüber geht der Entwurf, den ich hier vorgelegt habe, nicht hinaus.

Liegt aber die Grenze der Psychiatrischen Soziologie als Klinischer Soziologie nicht dort, wo sie in einer Psychiatrie aktiv wird, die eben nicht nur ein Hilfs-, sondern ebenso ein Kontrollsystem ist, die also nicht nur "Anwendungen medizinischen Gepräges", sondern auch "Abwendungen polizeilichen Charakters“ (v. Ferber und Kisker 1987, S. 36) betreibt? Dass der Kontrollaspekt im psychiatrischen Handeln kein Argument gegen, sondern gerade ein Argument für ein Praktischwerden der Sozio-

logie in der Psychiatrie ist, will ich abschließend an zwei Problembereichen zu zeigen versuchen:

(1) Bei akuter Fremd- oder Selbstgefährdung eines Menschen ist die Psychiatrie zur Freiheitsentziehung befugt und verpflichtet. Sie wird dabei kontrolliert von der Justiz. Mißbraucht wird diese Aufgabe in der Politischen Psychiatrie totaler Systeme, aber auch in demokratischen Gesellschaften besteht keine automatische Gewähr dafür, dass Mißbrauch ausgeschlossen ist. Freiheitsentzug bewegt sich immer in einem problematischen Feld zwischen Freiheitsverlust aufgrund massiver Beeinträchtigungen der Lebenspraxis einerseits und fremdgesteuerten Interessen, jemanden für nicht verantwortlich zu erklären, andererseits. Die Soziologie kann dieses Spannungsfeld der Psychiatrie von außen betrachten und kritisieren. Als Klinische Soziologie kann sie unmittelbar im Geschehen involviert Stellung nehmen. Sie kann das soziale Umfeld, in welchem Freiheitsverlust bzw. das Bedürfnis nach Freiheitsentziehung auftrat und zu Ansinnen an die Psychiatrie, jemanden auf einer Station einzuschließen, wurden, rekonstruieren. Damit kann sie zur Erkundung von Handlungsalternativen beitragen.

(2) Die Psychiatrie hat u. a. auch sozialadministrative Aufgaben. Es wird von ihr verlangt, Zuweisungsfunktionen zu Kostenträgern zu übernehmen. Häufig unabhängig von den tatsächlichen Autonomiespielräumen des Patienten, also unabhängig vom Grad seiner Handlungseinschränkung, soll sie festlegen, ob ein Patient vom Behandlungsfall zum Pflegefall wird, ob ein Schwerbehindertenausweis erforderlich ist, ob eine Berentung erfolgen soll. Die Interessen, die hier am Werk sind, sind oft nicht zur Deckung zu bringen mit den Interessen des Patienten. Es sind die Interessen der sozialstaatlichen Sicherungssysteme. Unter der Hand wechselt der Klient: Klient ist dann nicht mehr die individuelle Person, sondern die Versichertengemeinschaft. Unter dem alltäglichen Versorgungsdruck, unter den Bedingungen von Betriebsblindheit geht die Übersicht über solche impliziten Prozesse, die massiv mit der Zuteilung bzw. Verweigerung von Lebenschancen zu tun haben, verloren. Hier hat nun die Psychiatrische Soziologie eine Chance, unmittelbar praktisch handelnd auf erwünschte und unerwünschte Folgen des

Handelns aufmerksam zu machen, und zwar im konkreten Einzelfall, wenn sie sich mit der Psychiatrie (ich wiederhole ein Zitat von den Anfangsseiten dieses Beitrags) "in ein neues Aktionsgelände *zwischen* der soziologischen und der psychiatrischen Disziplin begibt" (v. Ferber und Kisker 1975, S. 38).

*Fazit.* Psychiatrische Soziologen als Klinische Soziologen müssen Grenzen überschreiten, deren erste und einfachste die ist, die Räume der Universität zu verlassen und sich an Orte zu begeben, an denen sie sich mit individuellem und gesellschaftlichem Leiden, mitunter konzentriert, konfrontieren müssen.<sup>24</sup> Ich bin jedoch gewiss, dass die Klinische Soziologie dabei die Grenzen ihrer Wissenschaft nicht verlässt, solange sie sich als Teil der allgemeinen Soziologie versteht. Sie wird, konfrontiert sie sich mit der Praxis, sogar gewinnen, weil sie die Tauglichkeit ihrer Hypothesen in der Praxis auf den Prüfstand stellen lassen muss. Meriten innerhalb der eigenen, akademischen Zunft sind damit nicht zu gewinnen, führt doch die Konfrontation soziologischer Theoriegebäude mit der Praxis allzu schnell dazu, das erstere von ihrem analytischen Glanz verlieren.

Einen weiteren Punkt der unerwünschten Folgen einer Betätigung als Klinischer Soziologe will ich erwähnen. Wer als Klinischer Soziologe z. B. in der Psychiatrie oder an anderen Orten, an denen abweichendes Verhalten zum Gegenstand von „Anwendungen“ und „Abwendungen“ (v. Ferber und Kisker a. a. O.) gleichermaßen wird, Verantwortung übernimmt, wird zum Akteur in einem Feld, in dem er handelnd genau dieses zum Gegenstand kritischer Reflexion macht. Diesen Spagat gilt es aus- und aufrechtzuerhalten, und es gilt, sich das Risiko bewusst zu halten, für das Bertolt Brecht eine gültige Formulierung gefunden hat:

ER IST AUF DEN MARKT GEGANGEN, um sein Essen zu verdienen  
wie wir alle

---

<sup>24</sup> Dieser Punkt ist nicht zu unterschätzen. Derzeit (WS 2000/2001) führe ich ein Lehrforschungsprojekt zur Frage der gesellschaftlichen Organisation von Sterben durch, wobei – durchaus beabsichtigt – die Plenarsitzungen in den Räumen der Radiologischen Klinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena stattfinden. Für manche der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hat dies zunächst zu Situationen der Irritation geführt.



Aber er hat Erfolg gehabt und ist gekauft worden.

(Bertolt Brecht, Werke, Berliner und Frankfurter Ausgabe Bd. 14, S. 377)

Der Klinische Soziologe sitzt unvermeidlicherweise zwischen allen Stühlen und wird so, um diese Position vor dem Hintergrund der Situation des Intellektuellen generell zu diskutieren und zunächst mit Schumpe-ter zu sprechen, zum „Störfaktor“, der intelligent kritisiert, ohne allerdings – und das ist das Spezifische an der Klinischen Soziologie – den Kontakt zu dem Feld zu verlieren, das er kritisiert.

*Mut*, wie Michael Walzer (2000) vom Intellektuellen fordert, benötigt der Klinische Soziologe dabei nicht. Das psychiatrische Feld ist heute, im Gegensatz noch zu den 60er und teilweise 70er Jahren des 20. Jhds., kritischer Analyse gegenüber offen (oder, fallweise, schlicht ignorant). Viele jüngere Psychiater sind überdies vom „Goffman-Scheff-Rosenhan-Trauma“ (vgl. Finzen a. a. O.) deshalb nicht befallen, weil sie mit den damit verbundenen Namen nichts anfangen können.

*Mitleid* und *gutes Auge* (Walzer, a. a. O.) sowie *Leidenschaft* sind weitere Merkmale, die eine angemessene Klinische Soziologie kennzeichnen. Jedoch, darauf weist Dahrendorf in einer Kritik an Walzer drei „Tugenden“ (*Mut*, *Mitleid* und *gutes Auge*) des Gesellschaftskritikers hin, bedarf es auch einer guten *Theorie* (Dahrendorf 2000). Soziologische Theorien der Profession, der Organisation und der Sozialisation bieten in dem Maße adäquate Leitfäden für die Klinische Soziologie, in dem sie so offen gehalten werden, dass die Alltagswirklichkeit eine Chance hat, korrigierend auf diese Theorien einzuwirken. Und schließlich: Dass gerade in einem Handlungsfeld, in welchem es um menschliche Autonomie und ihre Einschränkungen geht, die u. a. auf Freiheit gründende demokratische Verfassung den *Maßstab* für Angemessenheitsurteile bildet (Dahrendorf 2000), ist selbstverständlich.

## Literatur

- Angermeyer, Matthias C. (1986) Im Dickicht der Journale auf der Suche nach der Psychiatrischen Soziologie. *Medizin, Mensch und Gesellschaft* Jg. 11, S. 127-133
- Bateson, Gregory, u. a. (1969) *Schizophrenie und Familie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Batide, Roger (1965) *Sociologie des maladies mentales*. Paris: Flammarion
- Begemann-Deppe, Monika (1994) *Schizophrenie und klinischer Kontext. Rekonstruktion einer Arzt-Patient-Beziehung*. Stuttgart, New York: Thieme
- Bergmann, Jörg (1999) Diskretion in der psychiatrischen Exploration – Beobachtungen über Moral in der Psychiatrie. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* Jg. 1 Heft 4, S. 245-264
- Blankenburg, Wolfgang (1971) *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*. Stuttgart: Enke
- Blankenburg, Wolfgang (1980) Ein Beitrag zum Normproblem. In: *Medizinisch-psychologische Anthropologie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 273-289
- Bohler, Karl Friedrich, und Bruno Hildenbrand (1997) *Landwirtschaftliche Familienbetriebe in der Krise*. Münster: Lit
- Bonß, Wolfgang, und Heinz Hartmann (Hrsg.) (1985) *Entzauberte Wissenschaft. Soziale Welt Sonderband 3*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Bucher, Rue, und Anselm Strauss (1991) Professions in process. In: Anselm Strauss, *Creating Sociological Awareness*. New Brunswick und London: Transaction Books, S. 245-262
- Buchholz, Michael B. (2000) Diagnose oder: Verständigung in Beziehungen. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* Jg. 2 Heft 3, S. 172-202
- Castel, Françoise, Robert Castel, und Anne Lovell (1982) *Psychiatisierung des Alltags*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Ciampi, Luc (1982) *Affektlogik*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Combe, Arno, und Werner Helsper (Hrsg.) (1996) *Pädagogische Professionalität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Dahrendorf, Ralf (2000) Theorie ist wichtiger als Tugend. *Gesellschaftskritik und Intellektuelle*. NZZ v. 2./3.12.2000
- Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich (1988) *Empfehlungen auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung*. Eigenverlag
- Faris, R. E. L., und H. W. Dunham (1939) *Mental Disorders in Urban Areas: An Ecological Study of Schizophrenia and Other Psychoses*. Chicago: The University of Chicago Press
- Fengler, Christa, und Thomas Fengler (1980) *Alltag in der Anstalt – Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Figlio, Karl (1987) The lost subject of medical sociology. In: Scambler, Graham, (ed.) S. 77-109

- v. Ferber, Christian, und Karl Peter Kisker (1975) Interdisziplinarität, ein Kernproblem der Sozialmedizin – der Beitrag der Medizinsoziologie und der Sozialpsychiatrie. In: Handbuch der Sozialmedizin Band 1, hrsgg. Von M. Blohmke, C. v. Ferber, K. P. Kisker, H. Schäfer. Stuttgart: Enke, S. 26-44
- Finzen, Asmus (1999) Psychiatrie und Soziologie. Spektrum Jg. 28 Heft 3, S. 62-79
- Floeth, Thomas (1991) Ein bisschen Chaos muss sein. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Foucault, Michel (1973) Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Gadamer, Hans-Georg (1993) Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Goffman, Erving (1961) Asylums. Garden City: Doubleday & Comp.
- Goffman, Erving (1967) Interaction Ritual.
- Goffman, Erving (1971) Relations in Public. Microstudies of the Public Order. New York: Basic Books
- Goffman, Erving (1971) Relations in Public. New York: Basic Books
- Heinrich, Kurt, und Ulrich Müller (1980) Psychiatrische Soziologie – Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie? Weinheim und Basel: Beltz-Verlag
- Hildenbrand, Bruno (1983) Alltag und Krankheit – Ethnographie einer Familie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Hildenbrand, Bruno (1991) Alltag als Therapie – Ablöseprozesse Schizophrener in der psychiatrischen Übergangseinrichtung. Bern, Stuttgart, Toronto: Verlag Hans Huber
- Hildenbrand, Bruno (1998) Qualitative Forschung in der systemischen Therapie. System Familie Jg. 11 Heft 3, S. 112-119
- Hildenbrand, Bruno (1999) Fallrekonstruktive Familienforschung – Anleitungen für die Praxis. Opladen: Leske und Budrich
- Hildenbrand, Bruno (2000) Anselm Strauss. In: Flick, Uwe, v. Kardorff, Ernst, und Steinke, Ines (Hrsg.) Qualitative Forschung – Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 32-42
- Hildenbrand, Bruno, und Anonymus (1996) Das drohende Ende einer Familientradition und dessen Korrekturversuch in der Psychose. System Familie Jg. 9 Heft 1, S. 28-31
- Hollingshead, A. B., und F. Redlich (1958) Social Class and Mental Illness. New York: Wiley
- Keupp, Heiner (1987) Psychosoziale Praxis im gesellschaftlichen Umbruch. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Kisker, Karl Peter (1982) Medizin und Sozialwissenschaft. Medizin, Mensch und Gesellschaft Jg. 7, S. 248-255
- Krisor, Matthias (1993) Auf dem Weg zur gewaltfreien Psychiatrie: Das Herner Modell im Gespräch. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Krisor, Matthias (Hrsg.) (1993) Dem Menschen begegnen – Zur Wiederentdeckung des Subjekts in der Psychiatrie. Regensburg: S. Roderer Verlag
- Krisor, Matthias, und Harald Pfannkuch (Hrsg.) (1999) Psychiatrie auf dem Weg – Menschenbild, Krankheitsverständnis und therapeutisches Handeln. Lengerich u. a.: Pabst

- Krisor, Matthias, und Harald Pfannkuch (2000) Gewaltfreie Psychiatrie – das Herner Modell. In: K. Teubner u. a. (Hrsg.) Qualität durch Partizipation und Empowerment. Einmischungen in die Qualitätsdebatte. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 55-76
- Mead, George Herbert (1969) Philosophie der Sozialität. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Müller, Ulrich (1987) Im Dickicht der Journale ... verirrt. Anmerkungen zur Wissenschaftsschnurre von M. C. Angermeyer in MMG 11 (1986) 127. Medizin, Mensch und Gesellschaft Jg. 12, S. 75-76
- Oevermann, Ulrich (1990) Klinische Soziologie. Konzeptualisierung, Begründung, Berufspraxis und Ausbildung. Unveröff. Ms., Frankfurt am Main
- Oevermann, Ulrich (1993) Struktureigenschaften supervisorischer Praxis. In: Benjamin Bardé, Dankwart Mattke (Hrsg.) Therapeutische Teams. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, S. 141-248
- Oevermann, Ulrich (1996) Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe und Helsper 1996, S. 70-182
- Reimann, Helga (1973) Die Entwicklung der Psychiatrischen Soziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Jg. 25, S. 240-256
- Riemann, Gerhard (1987) Das Fremdwerden der eigenen Biographie – Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München: Fink
- Rosenhan
- Scambler, Graham (ed.) (1987) Sociological Theory and Medical Sociology. London and New York: Tavistock Publications
- Scheff, T. J. (1966) Being Mentally Ill. A Sociological Theory. New York: Aldine-Schmeiser, Martin (1994) Akademischer Hasard. Stuttgart: Klett-Cotta
- Siegrist, Johannes (1988) Medizinische Soziologie. München u. a.: Urban und Schwarzenberg
- Stosberg, Krista (1980) Zur Integration der Medizinischen Soziologie in die Psychiatrische Klinik: Entwicklungen und Chancen. In: Heinrich und Müller, S. 19-24
- Strauss, Anselm (1994) Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München: Fink
- Strauss, Anselm, et al. (1964) Psychiatric Ideologies and Institutions. New York: The Free Press of Glencoe
- Tenbruck, Friedrich (1995) Nachwort. In: Max Weber, Wissenschaft als Beruf, Stuttgart: Reclam, S. 47-77
- Trojan, Alf (1983) Sozial-Reformer, Sozial-Techniker, Sozial-Forscher: Zur Identität der Medizin-Soziologen. In: Mit den Händen denken. Beiträge zur Psychiatrie. Klaus Dörner zum 50. Rehbürg-Loecum: Psychiatrie-Verlag, S. 129
- Waldenfels, Bernhard (1987) Ordnung im Zwielficht. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Walzer, Michael (2000) Die Tugend des Augenmaßes. Über das Verhältnis von Gesellschaftskritik und Gesellschaftstheorie. NZZ v. 2./3.12.2000
- Weber, Max (1995) Wissenschaft als Beruf. Stuttgart: Reclam
- Welter-Enderlin, Rosmarie, und Bruno Hildenbrand (1996) Systemische Therapie als Begegnung. Stuttgart: Klett-Cotta

Welter-Enderlin, Rosmarie, und Bruno Hildenbrand (1998) Gefühle und Systeme – Die emotionale Rahmung beraterischer und therapeutischer Prozesse. Heidelberg: Carl Auer Systeme Verlag

Wernet, Andreas (1997) Professioneller Habitus im Recht. Berlin: edition sigma

Wynne, Lyman C. (2000) Desintegration und Lebenspraxis. Erkenntnisse aus einer neuen Konzeption von schizophrener Psychose. In: Hans Rudi Fischer, Gunthard Weber (Hrsg.) Individuum und System. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 9-21