

Als Soziologe in der Psychiatrie : Stichworte zur beruflichen Rolle

Autor(en): **Rüst, Thomas**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology**

Band (Jahr): **14 (1988)**

Heft 3

PDF erstellt am: **23.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-814674>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

ALS SOZIOLOGE IN DER PSYCHIATRIE - STICHWORTE ZUR BERUFLICHEN ROLLE

Thomas Rüst

Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich,
PF 904 - CH 8021 Zürich

Die Psychiatrie - die Sozialpsychiatrie im besonderen sind ausgesprochen 'versozialwissenschaftliche' Disziplinen. Sozialpsychiatrie wird oft als Tochterdisziplin der Soziologie und der Medizin angesprochen. Trotz dieser zugeschriebenen Vaterschaft und der vergleichsweise jungen Tradition des medizinischen Modells im psychiatrischen Denken ist dessen Dominanz unübersehbar.

Als Soziologe, der das wissenschaftliche Feld vor 18 Jahren verlassen hat bin ich heute in der Sozialpsychiatrie praktisch tätig - das Thema dieses Hefts war darum willkommener Anstoss, Thesen und Ueberlegungen zur beruflichen Rolle von Soziologen in der Psychiatrie zu formulieren. Die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Schreiben sträubte sich allerdings gegen den Redaktionsschluss, so dass der Text, summarisch und subjektiv, in eine vorläufige Zwischenbilanz mündet.

Die Provokation 'unvernünftigen', 'ver-rückten' und damit 'unkalkulierbaren' Verhaltens, die Frage, wie wir individuell und im Kollektiv mit verstörten und störenden Menschen umgehen, muss Soziologen beschäftigen, als (gesellschafts-)theoretische Frage, aber auch in pragmatischer Hinsicht, denn die Institutionalisierung der Psychiatrie war (und ist) ein wesentlicher Beitrag auf der ständigen Suche zur Lösung der 'Sozialen Frage', der Frage nach dem wozu und wohin der Menschen, die in dieser Gesellschaft nicht mithalten können. Die immanente Ambivalenz psychischer Störungen prägt auch den äussern Umgang mit ihnen, im Spannungsfeld zwischen menschlicher Solidarität und der Vorstellung, dass nicht sein darf; was nicht sein soll. Vorweg darum ein paar

1. Stichworte zur Vorgeschichte

Eine intensive Auseinandersetzung mit Wahn und Irresein (Vgl. dazu : Dörner, 1969 ; Trenckmann, 1988 ; Blasius, 1986) begann mit der *Aufklärung* und der ökonomischen Entwicklung, die zur industriellen Revolution führte. Das Interesse an den ausgegrenzten Armen¹ nahm wieder zu, wie die Diffe-

¹ Diese Ausgrenzung des Vagabundierenden, Erwerbslosen, Unvernünftigen, Narren und nicht familiengebundenen Irren hatte im Zuge der Modernisierung des wirtschaftlichen und

renzung von Vernunft und Unvernunft nach der Arbeitsfähigkeit bedeutsam wurde. Viele der Ausgegrenzten konnten als Arbeitende in den neu gestalteten gesellschaftlichen Produktionsprozess eingegliedert werden. Wer aber zu gar keiner vernünftigen Tätigkeit mehr erzogen oder gezwungen werden konnte, die 'armen Irren'² und gar Unvernünftigen sahen sich in einer schlechteren Lage. Je nach Sichtweise waren sie als 'Gemeingefährliche' Aufgabe polizeilicher Sicherung oder wurden als 'Unfähige' in Irrenanstalten verwahrt. Dörner sieht hier den faktischen Beginn der Psychiatrie als Einrichtung (Dörner & Plog, 1984, 466).

Die Aufklärung prägte eine individualmoralische Sicht, 'Erziehung und Befreiung des Menschen zu sich selbst'. Für die praktische Behandlung sehr ambivalent erwies sich dabei die 'Deklaration des falschen Bewusstseins als dem Subjekt zuzurechnende Schuld' (Lieber, 1965, 60). Für Kant sind Schäden und Krankheiten der Seele Folgen ungenügenden Erkenntnisvermögens, Irresein kann darum nur Gegenstand der Philosophie sein, denn es betrifft die Frage, was der Mensch "als frei handelndes Wesen aus sich selbst macht, oder machen soll".

Dieses Verständnis wurde Grundlage eines moralischen Rigorismus in der Therapie, mit der Rechtfertigung von massivem Zwang.

Insbesondere im deutschsprachigen Raum war die Beschäftigung mit der Unvernunft in hohem Masse eine literarische, geprägt durch Philosophen, Dichter, Pädagogen und Theologen, auch die psychiatrisch tätigen Aerzte verstanden sich zu Beginn des 19. Jh. - als J. C. Reil den Begriff 'Psychiatrie' prägte - als Vertreter einer universellen anthropologischen Wissenschaft, die geistes- sozial- und naturwissenschaftliches Verstehen umfasste.

Die romantische Psychiatrie war sich der Notwendigkeit eines anthropologischen Konzepts - eines Bildes vom Menschen - bewusst, und identifizierte dabei das bürgerliche Ideal des vernünftigen, sich selbst kontrollierenden Menschen unbesehen mit geistiger Gesundheit. Sie versuchte einerseits zu verstehen und sah den Patienten auch als Handelnden - leicht wurde er so aber zum Schuldigen und Täter und in der Therapie zum Ueberforderten. Die romantische Konzeption entwickelt ein anthropologisch-(psycho)dynamisches Modell, dabei ist der Mensch aber wesentlich aus sich heraus bestimmt, soziale Bedingungen werden nicht als krankmachend gesehen, die Vernunft der Gesellschaft steht dabei ausser Frage (Trenckmann, 1988, 113-115).

Den heftig geführten Diskussionen stand in weiten Teilen eine wenig geänderte Praxis gegenüber. Diese stand im Spannungsfeld zwischen Kontroll- und Sicherheitsdenken und moralisch-pädagogischem Anspruch, der

staatlichen Lebens unter dem Absolutismus neue Bedeutung erhalten mit der Gründung von Institutionen wie der hôpitaux généraux, work-houses, Zucht-, Arbeits- oder Tollhäusern.

² Psychiatrie ist zu dieser Zeit primär ein soziales Problem, den Kranken aus begüterten Familien standen Hauspflege, Sanatorien und Bäderkuren etc. zur Verfügung.

moralische Pressionen und Zwangsmassnahmen mit Folter und bis hin zu militärischem Drill nicht ausschloss.

Eine wesentliche Akzentverschiebung brachte die Entwicklung der Medizin im 19. Jh. Entscheidende Erkenntnisse in Anatomie und Physiologie verliehen ihr grosse Ueberzeugungskraft. Dies übertrug sich auch auf die Psychiatrie; nicht wenige psychische Syndrome konnten zudem als Folge organisch bestimmbarer Krankheiten erkannt werden. Das Postulat, 'alle Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten' (Griesinger) gewann weite Anerkennung. Vertreten und erkämpft wurde es zu Beginn von liberalen Aerzten und Wissenschaftlern, die mit dem Paradigmawechsel von der philosophisch zu erfassenden Unvernunft zu körperlicher Krankheit eine Entmythologisierung und damit Befreiung von der dem Einzelnen zugewiesenen Schuld suchten. Im therapeutischen Bereich sollte die theologisch/philosophisch begründete, je nach dem mehr moralisch/pädagogisch oder ordnungspolitisch realisierte Erziehung durch körperliche oder seelische 'Behandlung' ersetzt werden. Statt moralisch begründetem Zwang werden aktiv heilende Methoden gefordert.

Für weite Bereiche psychischer Störungen blieb die heilende Therapie aber Versprechen für die Zukunft - nicht nur weil die traditionellen Anstaltspsychiater sich vor allem in Deutschland lange dagegen wandten; die postulierten (und immer mechanistischer interpretierten) organisch/physiologischen Zusammenhänge, die Krankheitsbilder sollten erst besser erforscht werden. Faktisch war es weniger die emanzipierende Therapie, die realisiert werden konnte, als dass systematische wissenschaftliche Beobachtung an (in zunehmend grösserer Zahl hospitalisierten) Kranken zu wesentlichen Fortschritten der Psychopathologie und Diagnostik führten. Darauf konzentrierte sich auch zunehmend ärztliche Tätigkeit.

Die Beschreibungen der Krankheiten wurde differenzierter, doch die gesuchten ursächlichen Zusammenhänge waren schwer zu finden, die beobachtete Chronifizierung der Langzeitpatienten in den Anstalten und die vielfach vertretende Postulat der vererbten Endogenität führte zum Schluss der Unheilbarkeit von Geisteskrankheiten, ein 'therapeutischer Nihilismus' machte sich weitherum breit.

2. Die 'Wiederentdeckung des Sozialen'

Diese Wiederentdeckung konnte angesichts dieser Sackgasse nicht ausbleiben, zum einen durch die Psychiater selbst. Berühmtes Beispiel hier, Hermann Simon, der die Aktivierung der Patienten (wieder)aufnahm, Arbeitstherapie einführte und diese nun nicht mehr nur moralisch-philosophisch, sondern milieutheoretisch, psychologisch und physiologisch begründete. Von Kardoff spricht in diesem Zusammenhang von einer 'naiven Soziologie' (v. Kardoff, 1986, 236), wo protosozilogisches Wissen anlassbezogen neue gesellschaftliche Handlungsspielräume eröffnet. Er sieht die Massnah-

men Simons auch als Beispiel dafür, dass sich solche naiv-soziologische Praxis dann gut durchsetzt, wenn sie ein internes Problem der Psychiatrie zu lösen verspricht. Auch die therapeutische Gemeinschaft z.B. ist weniger die Konsequenz soziologischer Theorien oder Erkenntnisse, als eine in der Not gefundene Antwort auf neue Herausforderungen, sie entstand aus den Erfahrungen der Massenlager psychisch Kranker während des 2. Weltkriegs (Uchtenhagen, 1984, 511).

Die vermehrte Entlassung von Patienten, die Verkleinerung der Kliniken und die verkürzte Aufenthaltsdauer brachte eine Akzentverschiebung von der Klinik in Gemeinde und Familie; die ersten Erfahrungen mit der 'Drehtürpsychiatrie' (d.h. rascher Wiederaufnahme entlassener Patienten) verwiesen unmittelbar auf krankmachende soziale Bedingungen und Belastungen im Alltag.

Solche Erfahrungen stärkten die sozialwissenschaftliche Orientierung, das Interesse für soziologische Forschungsergebnisse, Konzepte und Begriffe. "Die Krise der Anstalt schafft eine Rezeptionsbereitschaft für soziologische Denkweise und Forschungsergebnisse" (v. Kardoff, 1985, 240), da diese Orientierungshilfen für die inneren Probleme der Psychiatrie versprechen.

Genuin soziologische Studien, die nicht an diesen internen Problemen orientiert waren, sondern mit einer an soziologischen Fragestellungen orientierten Perspektive von aussen an die Psychiatrie herantraten, wie z.B. Goffmans 'Asylums' wirkten hier nun aber äusserst provokativ. Goffmanns Kritik der Anstalt und die These, dass Diagnosestellung auch Rollenzuweisung bedeutet, die in der Labeling-Theorie noch radikalisiert wurde (Scheff u.a.) haben die Psychiatrie wesentlich beeinflusst, gerade weil sie keine eigenen Fragestellungen der Psychiatrie behandelt haben und keine technischen Problemlösungsangebote machen konnten. Ihre Stärke lag in der gesellschaftspolitischen Perspektive, darum stiessen sie aber auch auf Widerstand und Abwehr. E. v. Kardoff, dessen Analyse und Darstellung ich im weiteren folge, meint dazu :

"Die Rezeption von Teilen solcher Analysen durch die Psychiatrie lässt sich vielleicht im Sinne einer Katalysatorfunktion dieses soziologischen Wissens deuten : Der soziologische Blick von aussen ermöglicht es, den Reformern und Modernisierern, innerhalb der Psychiatrie wissenschaftliche Argumente von aussen zur Begründung von Veränderungen im Innern einzuführen. Am Beispiel der genannten Ansätze lässt sich allerdings auch zeigen, dass soziologische Argumente dann auf Widerstand treffen, wenn sie die paradigmatische Struktur der Psychiatrie selbst berühren, wie z.B. das medizinische Krankheitsmodell, oder die Definitionsmacht über normal/verrückt und verantwortlich/nicht zurechnungsfähig, jenes schwer in der Auseinandersetzung mit der Justiz erkämpfte Privileg in Frage stellen oder wenn sie die Dominanz der psychiatrischen Profession angreifen. Die Psychiatrie verwendet soziologi-

sche Analysen von aussen nur, insoweit sie ihr für interne Zwecke Argumentationshilfen bereitstellen." (v. Kardoff, 1985, 243).

Daran hatte sie allerdings grossen Bedarf, die notwendig gewordene Oeffnung und Veränderung zur Sozialpsychiatrie bedurfte und bedarf der Legitimation, soziologisches Wissen und vor allem sozialwissenschaftliche Methodik sind zur Evaluation der neuen Programme gefragt. Soziologische Theoreme werden angepasst, der Umgang mit soziologischen Begriffen (Rolle, Rollenkonflikt, schichtspezifische Sozialisation, aber auch life-event, social stress, social support, etc.) wird selbstverständlich. Das medizinische Modell³ wird variiert und ergänzt durch ein 'synkretistisches Verursachungsmodell psychischer Krankheit' (von Kardoff), bzw. ein 'Multifaktorenmodell'.

Es kommt so zu einem instrumentalistischen Verhältnis der Psychiatrie zur Soziologie. Soziologen werden gesucht und arbeiten in den Forschungsabteilungen psychiatrischer Kliniken; gleichzeitig besteht die Tendenz, dass andere bestimmen, was Soziologen tun und vor allem können sollen.

Erwünscht ist auch die Kompetenz vieler Soziologen in der empirischen Sozialforschung. Hier ist der Aspekt der Dienstleistungsfunktion noch deutlicher, kritisch ist dabei zu fragen, wie weit Sozialwissenschaftler an Forschungsstrategien und der Entwicklung von Fragestellungen beteiligt sind (d.h. ob es zu einer problemorientierten Kooperation kommt), oder ob sie vor allem helfen sollen, zählbar und messbar und damit vermeintlich objektivierbar zu machen, was im therapeutischen Alltag so widersprüchlich und oft undurchschaubar erscheint. Geht es um die in-Frage-Stellung der untersuchten Praxis, oder sollen Tabellen und statistische Messwerte nur einem zahlengläubigen Umfeld die Sinnhaftigkeit therapeutischen oder sozialpsychiatrischen Tuns plausibel machen?

Trotz postulierter Vaterschaft droht dem Soziologen in der psychiatrischen Forschung die 'Lieferantenrolle - strukturell angepasst und dem Zielprimat subsumiert' (Müller, 1980, 240). Die Tochterwissenschaften einer auseinandergebrochenen ganzheitlichen Anthropologie sind zwar wieder an einem gemeinsamen Thema beteiligt, die Medizin als normative Wissenschaft ist dabei federführend, die zudienenden Naturwissenschaften einerseits und die Sozialwissenschaften andererseits haben noch kaum direkten Kontakt aufgenommen, wenn auch der sich selbst in der Psychiatrie ankündigende Begriff der Oekologie dazu einlädt. Die Oekonomie hält sich im wissenschaftlichen Diskurs diskret abseits und vertraut auf die Macht des Faktischen.

³ Kernpunkte des 'medizinischen Modells' sind: 1. psychische Krankheit ist von psychischer Gesundheit verschieden, zwischen Normalität und Abnormalität bleibt eine Diskontinuität. 2. Jedes Krankheitsbild manifestiert sich in einer Reihe von substantiellen (und akzidentiellen) Symptomen, denen ursächlich eine individuelle organisch fundierte (bzw. in sozialpsychiatrischem Verständnis nun multifaktoriell zu erklärende) Disposition zugrundeliegt. 3. Psychische Krankheit befällt einen Patienten, ohne dass dieser sich wehren kann oder zur Verantwortung gezogen werden kann. 4. Psychische Krankheit ist durch einen objektivierbaren und erklärbaren Prozess gekennzeichnet. Dass auch soziologische Konzepte, wie z.B. Parsons Definition der Krankenrolle auf diesem Verständnis aufbauen, sei nur am Rande vermerkt.

Wie aber ergeht es dem Soziologen, wenn er sich in die Praxis die Arbeit mit Patienten wagt ?

3. Als Soziologe in der psychiatrischen Praxis

Meine Stelle war mit 'Psychologischer oder sozialpädagogischer Mitarbeiter' ausgeschrieben, in der Stellenbeschreibung ist sie heute mit 'Kursleiter im Berufsförderungskurs' bezeichnet, die Zielsetzung ist: 'Abklärung beruflicher Rehabilitationsmöglichkeiten psychisch Behinderter und entsprechende Förderung und Begleitung'. Die Stellenbeschreibungen meiner fünf Kolleginnen und Kollegen lautet bezüglich Bezeichnung und Zielsetzung, sowie der folgenden Fachaufgaben gleich:

- Trainieren instrumenteller und sozioemotionaler Fähigkeiten im Alltags- und Arbeitsverhalten, Beobachten von Fähigkeiten, Eignungen und Schwierigkeiten und Abklären von Lern- und Trainingsfeldern durch
 - individuellen fachorientierten Unterricht
 - Anleiten in praktischen Arbeiten
 - sozialpädagogische Gruppenarbeit
 - Einzelberatung.
- Unterstützen und Beraten der Teilnehmer bei der Suche von Anschlussprogrammen, Kontakte mit IV-Berufsberatern, Arbeitgebern, Ausbildnern etc.
- Verfassen ausführlicher Schlussberichte mit Empfehlungen für weiterführende Rehabilitationsmassnahmen.
- Informations- und Öffentlichkeitsarbeit.
- Evaluation eigener Tätigkeit und Mitarbeit bei der konzeptionellen Weiterentwicklung

Zu meinen persönlichen Zusatzaufgaben gehört u.a. die Projektleitung: fachliche, organisatorische und administrative Koordinationsaufgaben ohne Vorgesetztenposition.

Die Berufe meiner früheren und heutigen Kolleginnen und Kollegen im gleichen Projekt zeigen ein weites Spektrum: Ethnologin, Erwachsenenbildner, Pädagogin, Psychologinnen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogin, Soziotherapeutin⁴. Im Stellenplan der Klinik belegten wir (bis zur kürzlichen Neuformulierung des Stellenplans für unser Projekt) Schwestern- und Ergotherapeutenstellen. Auch die Klinikadministration tat sich schwer mit der beruflichen Zuordnung, auf meinem Lohnzettel stand bis vor kurzem

⁴ Entsprechend der Aufgabe (berufl. Rehabilitation im nichtmanuellen Bereich) haben nahezu alle eine nicht psychosoziale Erstausbildung und/oder längere Arbeitspraxis in einem nicht psychosozialen Berufsfeld.

'Sozialpädagoge', im Jahresbericht der Klinik war ich mehrmals als Sozialarbeiter aufgeführt.

Diese scheinbare Beliebigkeit ist nicht die Ausnahme, in einem kürzlich erschienenen Inserat des Sozialpsychiatrischen Dienstes wird "ein(e) Soziotherapeut(in) gesucht mit beruflicher Vorbildung in Sozialpädagogik, Ergotherapie, Psychiatriepflege oder Psychologie". Dies spiegelt eine eigenartige Diffusität was die Berufsrollen der nichtärztlichen psychiatrischen Mitarbeiter betrifft. Soziologie erscheint somit als eine mögliche Variante psychosozialer Grundausbildungen, die für eine praktische sozialpsychiatrische Tätigkeit qualifiziert. Die Erklärung, dass sich hier offenbar zunehmend stellenlose Akademiker - darunter auch Absolventen so wenig berufsqualifizierender Studien wie Soziologie oder Ethnologie und Vertreter anderer sozialer Berufe - eine geeignete Nische suchen liegt nahe. Wenn sie auch nicht ganz von der Hand zu weisen ist, greift sie doch zu kurz. Betrachten wir nochmals die historische Entwicklung: Welche Berufsgruppen waren in den eingangs skizzierten Zeitabschnitten mit Irren bzw. psychisch Kranken befasst?

Die Leitung der patriarchalisch-autoritär geführten Anstalten Anfangs des 19. Jahrhunderts lag nur teilweise bei Ärzten, sondern auch bei Lehrern, Geistlichen, Philosophen, Juristen, Apothekern und Kaufleuten (Dörner & Plog, 1984, 469), was deutlich macht, dass die Zuordnung des neuen Bereichs noch offen war. Die Rolle des übrigen Personals kommt in der zitierten Literatur kaum zur Sprache, bildete aber offensichtlich lange Zeit ein ungelöstes Problem. Wenn man auf Zuchthauswärter, Kriminelle aus Gefängnissen und ehemalige Patienten verzichten wollte, so hätten sich für diesen 'gefährlichen' und miserabel bezahlten Beruf vor allem Menschen gefunden, die in einem 'ehrlichen Beruf' nicht zurechtgekommen wären. Ruer nennt wohl "Kenntnis der empirischen Psychologie, Menschenkunde und Menschenliebe" als Voraussetzungen für diese Tätigkeit, vor allem aber "imponierende Figur, Muskelkraft, Gesundheit, furchtlose Mine und starke Stimme". (Dörner, 1975, 255) Während Langermann - ein Psychiater, der nach einem Studium der Rechte und der Theologie eine psychiatrische Dissertation verfasst hatte - noch "strenge Autorität des Arztes und eine rigorose Disziplinordnung für Wärter" (Dörner, 1975, 245) forderte, verwirklichte Ruer als erster in Deutschland eine Ausbildung des Personals nach dem Grundsatz, dass nicht nur die Irren, sondern auch das Personal zu erziehen sei. Die praktische Tätigkeit des Personals war sehr breit, man lebte, ass und arbeitete mit den Irren, teilte das alltägliche Leben, war aktivpädagogisch bemüht - entsprechend dem eigenen Begriff mit Zuwendung, Verständnis, Zwang und quälenden Strafen.

Auch der Anerkennung der Irren und Gestörten als Körperkranken und dem Wandel zur ärztlich dominierten Universitätspsychiatrie folgte der Wandel vom Irrenwärter zum psychiatrischen Pflegepersonal nur sehr zögernd. Erst 1926 wurde in der Schweiz der erste (noch berufsbegleitende) Ausbildungskurs in Psychiatriepflege durchgeführt, erst 1945 schaffte das Burghölzli die Bezeichnung der Wärterin, bzw. des Wärters endgültig ab

(Bli-Info 60/62/64) ! Die medizinisch orientierte Krankenpflegeausbildung begann somit erst zu der Zeit als die somatisch orientierte Psychiatrie auch sichtbare Erfolge vorzuweisen hatte. Bereits mit den Schockbehandlungen (Insulin-Therapie, Elektrokrampfbehandlung u.a.) waren Interventionen mit deutlich und unmittelbar sichtbaren Veränderungen psychotischer Symptome möglich geworden.

Mit der Entdeckung der Neuroleptika anfangs der 50er-Jahre und dem Einsatz weiterer Psychopharmaka konnte die Symptomatik vieler Patienten wesentlich und auch hier mit rasch sichtbarer Wirkung beeinflusst werden. Die gängige Argumentation neigt heute sogar dazu, die Veränderungen in der Psychiatrie als bloße Konsequenz dieser neuen Therapiemöglichkeiten zu sehen. Diese Interpretation verkennt zweifellos den grundsätzlichen Paradigmawechsel, der sich bereits früher abgezeichnet hatte, nicht zu bestreiten ist aber, dass die heutige sozialpsychiatrische Praxis wesentlich vom Einsatz der Psychopharmaka geprägt ist und dass dadurch die traditionell führende Rolle des Arztes in der Psychiatrie entscheidend gestärkt worden ist. Diese therapeutische Praxis bedingt auch weiterhin Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den entsprechenden Fachkenntnissen und vor allem der beruflichen Legitimation für die Anwendung der damit verbundenen Techniken (Medikamentenabgabe, Injektionen, Blutproben etc.).

Gleichzeitig begann sich eine neue Praxis abzuzeichnen, die sich immer mehr von traditioneller Pflege oder kustodialen Aufgaben entfernte. Die neuen 'sozialpsychiatrischen' Impulse betrafen in hohem Masse den unmittelbaren Umgang mit Patienten: Neben den bereits erwähnten sozialepidemiologischen Forschungen (Holingshead & Redlich, Srole u.a.) und den Arbeiten zur Struktur totaler Institutionen (Goffmann) und dem Hospitalismus waren die Psychoanalyse und die neuen Versuche einer philosophischen Grundlegung der Psychiatrie (Jaspers, Binswanger u.a.) bedeutsam, der 'Patient' wird nicht mehr nur als Leidender, sondern (wiederum) auch als Subjekt seiner Geschichte verstanden.

Therapeutische Gemeinschaft (Jones), Milieuthérapie (Cumming & Cumming), Community Psychiatry, d.h. die Einbettung der psychiatrischen Versorgung in die bestehenden (traditionellen und neu institutionalisierten) Strukturen und Netzwerke eines Lebensraumes sind Leitbegriffe neueren (sozial-)psychiatrischen Denkens und Handelns.

Handlungsorientierender Begriff wird 'Rehabilitation', den Bennet, einer der englischen Pioniere vor allem auch der beruflichen Rehabilitation so definiert:

"Rehabilitation ist ein Prozess, in dem wir behinderte Menschen unterstützen, ihre verbleibenden Fähigkeiten in einer möglichst normalen Umgebung bestmöglich auszuschöpfen.

In der Rehabilitatiouon versuchen wir, den Menschen mit Behinderungen zu unterstützen in seinem Bemühen, sich an- oder wiederanzupassen. Dabei gilt es Behinderungsauswirkungen zu reduzie-

ren oder einzugrenzen und kompensatorische und adaptive Fähigkeiten zu entwickeln. Das Ziel der Rehabilitation ist Wiedereingliederung, die wir daran messen, inwieweit jemand

- unabhängig arbeiten
- ein häusliches oder Familienleben verantwortlich führen
- seine Freizeit genießen und schöpferisch verbringen kann.

Auch bei bleibenden Behinderungen kann die Anpassung erleichtert werden, wenn Änderungen oder Erleichterungen im Umfeld möglich sind" (Bennet, 1978, 211).

Im medizinischen, am Krankheitsmodell orientierten Denken wird Rehabilitation als Antwort auf die Chronizität der Erkrankung gesehen ; Rehabilitation ist dann Alternative zur kurativen Behandlung für den 'Unheilbaren'. Aus systemtheoretischer Sicht wurde es darum als resignatives Konzept, als 'Invalidenmodell' (Simon & Weber, 1988) auch kritisiert. Dem steht ein Verständnis gegenüber, das von funktionalen Behinderungen oder Begrenzungen und nicht von Krankheit ausgeht. Es stellt aber vor allem die Bedeutung alltagspraktischer Kompetenzen in den Vordergrund : nicht psychopathologische Syndrome, schon gar nicht die begriffliche Zuordnung einer Diagnose erlauben eine Aussage über die lebenspraktische 'Normalität' eines Menschen ; diese gestaltet und bestimmt er vielmehr durch seine Möglichkeiten, störende, belastende, eingrenzende Erfahrungen im Alltag zu bewältigen. Deutlich werden in Bennets Formulierung auch die gesellschaftliche Normgebundenheit dessen, was Rehabilitationsziel sein kann und die Dialektik von Emanzipation und Kontrolle, es geht auch um gesellschaftliche (Wieder-)Anpassung⁵.

Dieses Verständnis bedingte nun nicht nur neue institutionelle Formen und Strukturen (Therapeutische Gemeinschaften, ambulante Dienste, halbstationäre Tages- bzw. Nachtkliniken, Wohnheime, Geschützte Werkstätten, berufliche Rehabilitationsprogramme etc.), es waren andere fachliche Kompetenzen gefragt, SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen, Berufsfachleute, PsychologInnen traten neben die traditionellen medizinischen Berufe. Die neuen Aufgaben erforderten aber vor allem auch ein neues Rollenverständnis. Lern- und Therapieziel wurden (wieder ?) alltagspraktische instrumentelle und sozioemotionale Kompetenzen : Wohnen, Haushalten, Arbeiten, Freizeitgestaltung, Leben in der komplexen sozialen Struktur einer Stadt, etc.

Diese rehabilitativ orientierte Praxis war im Grundsatz (wieder) an Zielen orientiert, deren Vermittlung im 'Normalfall' durch Nichtprofessionelle

⁵ Dieses Fussfassen in der Alltagswelt ist nicht unabhängig zu sehen vom Bestreben 'heil zu werden' als ganze Person. Dieser ganzheitliche, über Symptommfreiheit hinausgehende, den Menschen in seinem Wesen erfassenden Prozess kann auch durch psychiatrische Behandlung, Leib- und Psychotherapie u.a. unterstützt werden.

gewährleistet ist (Eltern, Kollegen, etc.) und auf Fähigkeiten beruht, über die prinzipiell jeder Mensch verfügt (cf. Keupp, 1988, 65) : Zuhören, Zeit haben, emotionale und soziale Unterstützung geben, Techniken der Alltagsbewältigung vermitteln.

Dies spiegelt sich einerseits im bewussten Wiedereinbezug von Laien, sowohl als unbezahlte Beteiligte, z. B. als 'freiwillige HelferInnen' oder in der vermehrt angestrebten Zusammenarbeit mit Angehörigen, wie auch als bezahlte Mitarbeiter in Wohnheimen, Werkstätten und sogar in therapeutischen Programmen (die Hälfte der Mitarbeiter an der therapeutischen Gemeinschaft Soteria, einem Pilotprojekt der Sozialpsychiatrischen Klinik Bern für junge Menschen in akuten psychotischen Entwicklungskrisen sind Berufsleute ohne psychiatrisch/psychologische Ausbildung).

Andererseits zeichnete sich aber ab, dass dort, wo nicht rechtliche Regelungen die Beschäftigung medizinisch ausgebildeter Mitarbeiter erforderten, statt der bisher üblichen Schwestern und Pfleger zunehmend Absolventen der verschiedensten psychosozialen Berufe tätig werden (vor allem in halbstationären Programmen), als selbst 'Beteiligter' neige ich zu folgenden erklärenden Hypothesen :

Sozialpsychiatrische teilstationäre Institutionen sind heute mehr oder weniger deutlich vom Konzept der therapeutischen Gemeinschaft geprägt : Patienten/Klienten gestalten den Tag, bzw. arbeiten oder wohnen in gemeinsamen Gruppen, zu denen auch die professionellen Mitarbeiter - unterschiedlich stark integriert - gehören. Von diesen wird eine hohe interaktionelle Kompetenz erwartet - nicht nur, was die eigene Orientierung, Abgrenzung und Konfliktfähigkeit in diesen oft komplexen und schwierigen Prozessen betrifft, sondern auch im Hinblick auf Gesprächsführung und Gestaltung und Leitung von Gruppen (mit Patienten und im eigenen Arbeitsteam).

Dies führt nun dazu, dass zunehmend Mitarbeiter eingestellt werden, die auf Grund ihrer Ausbildungserfahrung oder dank spezifischer Zusatzausbildung und Praxis entsprechende Voraussetzungen mitbringen. Dabei sind es offenbar weniger die fachspezifischen Spezialkenntnisse als vielmehr eine 'sozialtherapeutische Kompetenz als rollenunspezifische Grundkompetenz psychosozialer Berufe' (Zimmer & Uchtenhagen, 1983, 43), die erwünscht ist. Dies geschieht aber - wie es scheint - ungeplant, ohne vorgängige Aenderung von Stellenplänen, auch werden die neuen Mitarbeiter meist nicht entsprechend der beruflichen Ausbildung benannt, sondern es werden neue funktionsbezogene Bezeichnungen geschaffen : Sozio- oder SozialtherapeutIn, GruppenleiterIn, KursleiterIn, auf dem Türschild der Psychiatrischen Schwestern und -pfleger der Ambulatorien im SPD Zürich steht statt einer Berufsbezeichnung nur noch 'Sprechzimmer'. Soziotherapie ist ein Schlüsselbegriff sozialpsychiatrischer Tätigkeit, ergänzend (oder grundlegend) neben Pharmakotherapie und Psychotherapie. Letztere sind Domäne des Arztes (bzw. des entsprechend ausgebildeten Psychotherapeuten in Delegation) und bedürfen einer spezifischen qualifizierenden Ausbildung.

So wenig es aber eine anerkannte Ausbildung zum psychiatrisch tätigen Soziotherapeuten gibt, so wenig ist klar, was ein Soziotherapeut ist, bzw. wie er es werden kann. Dies zeigt nicht nur ein Blick in Lehr- und Wörterbücher (z.B. Friessem, 1979), sondern auch das diesbezüglich zumindest sehr einseitige Fort- und Weiterbildungsangebot⁶. Meine persönliche Erfahrung lässt vermuten, dass Boschs Feststellung (zumindest im Grundsatz) noch immer zutrifft:

"Tatsächlich zeigt die Analyse vieler vorgeschlagener und praktizierter sozialpsychiatrischer Modelle, dass letztlich ein Wesensunterschied zwischen Sozio- und Psychotherapie nicht gemacht wird und bei den soziotherapeutischen Aktivitäten eine methodische Eigenständigkeit nicht erkannt oder nicht anerkannt wird. Schilderungen über soziotherapeutische Aktivitäten bleiben überhaupt oft merkwürdig blass und summarisch und die Angaben lassen selten erkennen, was in den soziotherapeutischen Gruppen nun eigentlich vor sich geht" (Bosch, 1972, 82).

An Tätigkeit und Ausbildung des Arztes orientiert hat die Sozialpsychiatrie - oder weniger abstrakt: haben Sozialpsychiater - die methodischen und didaktischen Erfahrungen und Erkenntnisse von Gruppendynamik, Erwachsenenbildung, Sozialpädagogik und Gruppenpädagogik (z.B. das grundlegende Konzept der themenzentrierten Interaktion von Cohn) nur begrenzt rezipiert, die Umsetzung in Konzepte praktischer Arbeit bleibt entsprechend zufällig - und in hohem Masse davon abhängig, welche Voraussetzungen die einzelnen Mitarbeiter bereits mitbringen⁷.

Die Tendenz anders ausgebildete Mitarbeiter einzustellen, statt gezielte Fort- und Weiterbildung zu betreiben geht zudem auch zu Lasten qualifizierter aber 'traditionell' ausgebildeter psychiatrisch Tätiger, vor allem Schwestern und Pflegern.

4. Zwischenbilanz

Bleibt dem Soziologen, der sich auf eine Soziologie in der Psychiatrie einlässt, statt bei der distanzierten Soziologie der Psychiatrie zu bleiben (Straus) also nur die Lieferantenrolle auf der Forschungsabteilung oder die des Lückenbüßers in der soziotherapeutischen Praxis, wo er "die Unver-

⁶ Die - nicht zuletzt dank der Initiative von Schwestern und Pflegern und anderen nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zustandegekommene - berufsbegleitende Zusatzausbildung in Sozialpsychiatrie (ZASP) kann hier eine Chance sein; vorerst sucht sie noch tastend einen Weg.

⁷ Offen bleibt dabei, inwieweit die nichtärztlichen Mitarbeiter dies allerdings mitgefördert haben, indem sie als Professionelle die "Freiwilligen-Eigenschaften" (Giovanelli-Blocher, 1986) betonten und in der Rezeption der Institutionskritik zwischenmenschliche Spontaneität und Unmittelbarkeit idealisierten.

wechselbarkeit seiner professionellen Zuständigkeit" verliere und in eine "inferiore Position" gerate, die dem Entwicklungsstand seiner Profession nicht angemessen ist", wie der Psychiater Heinrich meint (Heinrich, 1980, 28) ?

Meine eigene Erfahrung macht mir deutlich, dass die Faszination und Herausforderung täglicher Auseinandersetzung und Zusammenarbeit mit gestörten, verstörten, störenden und auch wieder so normalen Menschen nach Orientierungshilfen suchen lässt, dass ich dankbar psychiatrisches Wissen und psychiatrische Modelle rezipiert habe. Die Kollegialität der Aerztinnen und Aerzte und die in der medizinischen Diktion doch immer wieder durchscheinenden sozialwissenschaftlichen Begriffe erleichtern den Zugang, geben Zugehörigkeitsgefühl. Und doch - ich entdeckte, dass ich mich zunehmend mit soziologischer Theorie befasste, meine sozialwissenschaftliche Identität suchte und immer deutlicher zwischen ärztlichen und 'nichtärztlichen' Mitarbeiter unterschied. Die Dominanz eines Berufsstandes, die sich gleichermassen an Organisationsstrukturen, Lohnklassen und am Primat theoretischer Konzeptualisierung festmachen lässt, ist beeindruckend und belastet kollegiale Interdisziplinarität. Versuche wertfreier Beschreibung dieser ungleichen Beziehung geraten auch leicht zur Satire :

"Eine Erörterung der Anwendung soziologischer Theorien in der Medizin wird daher unter Anerkennung der bestehenden gesellschaftlichen Realität eines historisch gegebenen Verhältnisses von Wissenschaftsorganisation und Tätigkeitsfeldern ärztlicher Berufe die Bedingungen der Kooperation zwischen Soziologie und Medizin, bzw. Medizinsoziologen und ärztlichen Berufen im Gesundheitswesen nicht aus dem Auge verlieren dürfen" (v. Ferber et al., in Müller, 1983, 124).

Es wäre unredlich, die institutionelle Ungleichheit dieser Beziehung zu übersehen, gleichermassen unrealistisch, zu erwarten, Aerzte, die mit Sozialwissenschaftlern und im psychosozialen Bereich Ausgebildeten zusammenarbeiten wollen, wüssten auch, welchen fachlichen Beitrag diese leisten könnten. In aller Vorläufigkeit will ich darum abschliessend drei Fragestellungen formulieren, die sich für mich aus dieser Erfahrung ergeben :

1. Doerner ist zuzustimmen, wenn er 'Sozialpsychiatrie' als in der politischen Diskussion notwendigen, in seinem Sinngehalt aber problematischen Begriff bezeichnet. Die Gegenüberstellung 'sozialer' zu 'biologischer' Psychiatrie ist letztlich absurd, denn genau so wie der Mensch nur als immer schon soziales Wesen denkbar und lebensfähig ist, so ist er dies auch nur in seiner Körperlichkeit. Wenn dies gegenüber Tendenzen biologistischer Reduktion auch immer wieder betont werden muss, so sehe ich einen wichtigen Bereich soziologischer Forschung in einer anderen Alternative, nicht um die medizinisch-psychiatrische Konzeptualisierung zu ersetzen, sondern in der Hoffnung, dass ein anderes Denken nicht nur Widerspruch, sondern gerade Erkenntnisgewinn bringen könnte, weil es mehrere Wahrheiten gibt (vgl. Ciompi, 1988).

Aus der unmittelbaren Begegnung in der rehabilitativen Arbeit erweist sich die Fokussierung auf Krankheit oder Defizienz, wie sie durch das medizinische Krankheitsmodell gegeben ist, auch als begrenzend, den Blick verengend; sie stützt ein Handeln, das immer wieder (und möglichst rasch und effizient) beseitigen, verändern will. Dem wäre ein Zugang gegenüberzustellen, der den einzelnen Menschen in seinem ganzen Lebensbezug "mit offenen Augen und Ohren" (Luckmann, in Hildenbrand, 1983, 14) zu erfassen sucht, wie er seine Lebenswelt gestaltend wahrnimmt und mit seinen darin schon immer bestehenden oder neu erfahrenen Störungen, Begrenzungen und Krisen, in seinem 'psychischen Tempo', seinem Rhythmus sein Leben bewältigt. Dies kann nicht heissen, die Störung, die Abweichung von der Normalität zu verneinen, aber es bedeutet, nicht schon im Vornherein zu wissen.

Dem steht in der (wissenschaftlichen) Praxis entgegen, dass wir die Menschen erst kennen lernen, wenn Leidensdruck oder gravierende Schwierigkeiten sie zu uns führen. Rückblickende Äusserungen, vor allem in systematischen Befragungen bilden immer auch rückwirkende Konstruktion des eigenen Lebens ab. Dennoch sehe ich einen möglichen Weg verstehenden Zugangs z.B. in der Biographieforschung mit der Analyse individueller Narrationen (Stegreiferzählungen), die eine vermehrt analoge Wiedergabe der lebensgeschichtlichen Erfahrung ermöglichen. Im Bereich der Psychiatrie haben hier z.B. G. Riemann und die Forschungsgruppe um B. Hildenbrand (Hildenbrand, 1983, 1984) Arbeiten vorgelegt, in denen sie individuelle Erzählungen der eigenen Biographie in ihrem Handlungsaspekt und in ihrem Kontext gesellschaftlicher Bedingungen untersuchen. Hildenbrand betont dabei den 'Milieuaspekt' der Sozialisation, "das heisst, dass die Geschichtlichkeit sozialer Milieus die individuelle Biographie als Handlungsorientierung bis in die leiblichen Orientierungsleistungen hinein bestimmt." (Hildenbrand, 1984, 30) Der Verlust "natürlicher Selbstverständlichkeit" als grundlegendstem Zustand psychosozialer Desintegration weist darum in seiner Phänomenologie auf die sozialen Beziehungen während der Sozialisation.

Vielleicht gilt es im wissenschaftlichen, wie im therapeutischen Bereich, die Irritation des Unverständlichen vermehrt auszuhalten, entsprechend der einleitenden Bemerkung Luckmanns in Hildenbrands Arbeit: "Beschreiben und Verstehen! Mit dem Erklären und erst recht mit den Vorschriften für die Praxis wollen wir hingegen vorsichtig verfahren. Vielleicht verscherzen wir uns auf diese Weise nicht ganz die Möglichkeit, die Praxis vernünftig zu beeinflussen" (Hildenbrand, 1983, 13).

2. Lebenswelt hat einen begrenzten Horizont, sie ist nicht mit dem Gesellschaftssystem identisch. Die biographieanalytische verstehende Forschung versucht den einzelnen individuellen, von der Normalität abweichenden Menschen in seiner gesellschaftlichen Strukturiertheit zu verstehen. Daneben steht jedoch immer drängender die Frage nach der Konstitution einer Gesellschaft, die vielen Varianten menschlicher Wirklichkeit Teilhabe gewährt und um die Normalität nichtnormalen Lebensvollzugs weiss. So formuliert ist es die Frage nach der Utopie; auf einer weit pragmatischeren

Ebene hiesse es, die Aufmerksamkeit nicht auf den Behinderten und seine Bedürfnisse zu richten, sondern zu fragen, wie reagiert ein soziales System auf 'nicht normal' sich verhaltende Menschen, konkret z.B.: "Welche Systemprozesse und organisationssoziologischen Bedingungen behindern eine Eingliederung leistungsbehinderter Mitarbeiter trotz bestem Willen aller Beteiligten?" Bungard weist z.B. daraufhin, dass psychisch behinderte Menschen in der Arbeits- und Organisationspsychologie bislang kaum vorkamen (Bungard, 1987, 43).

3. Die Unklarheit darüber, was Soziotherapie ist, kann in ihrer Offenheit Spielraum für Innovation und Kreativität bedeuten. Wenn diese Unbestimmtheit aber nicht als bewusst zu nutzender und immer wieder zu reflektierender Gestaltungsraum verstanden wird und soziotherapeutisches Handeln nicht als methodisch eigenes begriffen wird, so wird sich diese Unklarheit in der therapeutischen Beziehung zu Patienten einerseits und in Unzufriedenheit über die eigene Arbeit und berufliche Funktion bei den Mitarbeitern andererseits spiegeln.

Die Häufigkeit, mit der in der ärztlich-psychiatrischen Literatur Soziotherapie zitiert und gefordert wird, verleitete auch mich zu der unbilligen Annahme, man sei sich der Notwendigkeit entsprechender Konzeptualisierungsarbeit bewusst. Hier erwartet sozialwissenschaftlich und psychosozial ausgebildete Mitarbeiter eine doppelte Aufgabe. Sie dürfen sich nicht nur damit begnügen, in der Psychiatrie angebotene Stellen auszufüllen, sondern sie sind gefordert, vermehrt eigene fachwissenschaftliche und professionelle Kenntnisse und Fähigkeiten einzubringen, um in Auseinandersetzung und Zusammenarbeit mit Ärzten auch an der methodischen Konzeptualisierung zu arbeiten.

Wesentlich dürfte auch hier sein, interaktionelle und gruppenbezogene Dynamik nicht nur fokussiert auf Störungen und Krankheit und damit mit (psycho-)therapeutischer Optik zu sehen. Besonders geeignet, die Aspekte persönlicher Verantwortlichkeit und Autonomie einerseits und der begrenzenden und sozial stützenden interaktionellen Interdependenz in Gruppen und im globalen Kontext andererseits mit der Bearbeitung konkreter alltagsbezogener Aufgaben und Ziele zu verbinden, scheint mir das Konzept der themenzentrierten Interaktion (TZI)⁸. Wesentlich sind dabei nicht die oft zitierten Hilfsregeln, sondern das Verständnis für die Prozesshaftigkeit zwischenmenschlichen Geschehens und die Spannung und Notwendigkeit, immer neu zu suchender dynamischer Balance zwischen persönlichen Bedürfnissen und Anliegen (Autonomie), des Eingebundenseins in soziale und universale Beziehungen (Interdependenz) und der mir individuell und uns im sozialen Kontext gestellten Aufgabe. TZI erübrigt keine Psychotherapie, es ist vielmehr ein Ansatz, der lehrt, sich selbst und Gruppen an denen man

⁸ Vgl dazu : Cohn (1975), Kröger (1983), Birmelin et al. (1985). Dabei ist zu beachten, dass TZI wie jedes andere interaktionelle Konzept nicht nur durch Literatur gelernt werden kann, sondern in einem längeren Prozess kognitiv und affektiv zu eigener Arbeitsweise und Haltung integriert werden muss.

teilhat zu leiten. Die leider weitverbreitete isolierte und ins Normative gewendete Rezeption der sog. Hilfsregeln von R. Cohn übersieht gerade den prozesshaft-dynamischen Aspekt, der - für die Arbeit in der Psychiatrie entscheidend wichtig - die Krise, den Verlust des Gleichgewichts (Balance) und dessen Neugewinnen als Teil menschlicher Normalität versteht.

Auf dem Hintergrund dieser konzeptuellen Mitarbeit ist auch die Uebernahme von Aufgaben in der Mitarbeiterfortbildung für soziotherapeutisch tätige Schwestern und Pfleger, Aerztinnen und Aerzte und psychosoziale Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nur als 'Zaunkönigsrolle' (Müller, 1980, 240f) sondern als eigenster Beitrag ihrer Profession zu sehen.

BIBLIOGRAPHIE

- BENNET Douglas (1978), "Social Forms of Psychiatric Treatment", in WING J.K. (Ed), Schizophrenia, Towards a New Synthesis, Academic Press, London.
- BIRMELIN R. et al. (1985) (Hg), Erfahrungen lebendigen Lernens, Grundlagen und Arbeitsfelder der TZI, Grünewald, Stuttgart.
- BLASIUS Dirk (1986), Umgang mit Unheilbarem, Studien zur Sozialgeschichte der Psychiatrie, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- BLI-INFO (1985) (1986), Hauszeitung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Hefte 60 (1985), 62 (1986) und 64 (1986).
- BOSCH Gregor (1972), "Psychotherapie und Soziotherapie", in VON CRANACH M. & FINZEN A. (Hg), Sozialpsychiatrische Texte, Springer, Berlin/Heidelberg.
- BUNGARD Walter (1987), "Arbeits- und Organisationspsychologische Aspekte der beruflichen Wiedereingliederung psychisch Behinderter", in BUNGARD W., REIHL D. & SCHUBERT A. (Hg), Psychisch Kranke in der Arbeitswelt, Psychologie Verlags Union, München-Weinheim.
- CIOMPI Luc (1988), Aussenwelt-Innenwelt, Die Entstehung von Zeit, Raum und psychischen Strukturen, Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen.
- COHN Ruth C. (1975), Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion, Klett, Stuttgart.
- DÖRNER Klaus (1975), Bürger und Irre, Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie, Fischer, Frankfurt/M.
- DÖRNER Klaus & PLOG Ursula (1984), Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie, Psychiatrie Verlag, Rehbürg-Loccum.
- FRIESSEM Dieter H. (1979) (Hg), Kritische Stichwörter zur Sozialpsychiatrie, Wilhelm Fink Verlag, München.
- GIOVANELLI-BLOCHER Judith (1986), "Professionelle und Laien, eine Ehe ohne Liebe? Was kann man tun, damit die Kinder gedeihen?" in BRACK R., GIOVANELLI-BLOCHER J. & STEINER R., Freiwillige Tätigkeit und Selbsthilfe aus der Sicht beruflicher Sozialarbeit, Haupt, Bern.
- GOFFMANN Erving (1971), Asyle. Ueber die Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- HEINRICH Kurt (1980), "Fragen nach dem möglichen Nutzen der Soziologie für die Psychiatrie", in HEINRICH K. & MÜLLER U. (Hg), Psychiatrische Soziologie, Beltz, Weinheim/Basel.

- HILDENBRAND B., MÜLLER H., BEYER B. & KLEIN D. (1984), "Biographiestudien im Rahmen von Milieustudien", in KOHLI M. & ROBERT G. (Hg), Biographie und Soziale Wirklichkeit, Metzler, Stuttgart.
- HILDENBRAND Bruno (1983), Alltag und Krankheit, Ethnographie einer Familie, Klett-Cotta, Stuttgart.
- JETTER Dieter (1981), Grundzüge der geschichte des Irrenhauses, Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt.
- KEUPP Heiner (1987), Psychosoziale Praxis im gesellschaftlichen Umbruch, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- KROEGER Matthias (1983), Themenzentrierte Seelsorge, Kohlhammer, Stuttgart.
- LIEBER Hans Joachim (1965), Philosophie, Soziologie und Gesellschaft, Berlin.
- MÜLLER Ulrich (1980), "Die Institutionalisierung eines Aussenseiters. Anmerkungen zu Rollen und Funktionen des Soziologen in der Psychiatrie", in HEINRICH K. & MÜLLER U. (Hg), Psychiatrische Soziologie, Beltz, Weinheim/Basel.
- MÜLLER Ulrich (1983), "Anmerkungen zur Praxisrelevanz von Sozialwissenschaften und zur Handlungskompetenz von Sozialwissenschaftlern im Berufsfeld Psychiatrie/Gesundheitswesen", in HÖHMANN P., LANGE E. & SCHNEIDER H.R. (Hg), Die Praxisrelevanz der Sozialwissenschaften und die Handlungskompetenz von Sozialwissenschaftlern in ausseruniversitären Berufsfeldern, BDS-Schriftenreihe, Band 4, Bielefeld.
- RIEMANN Gerhard (1983), Biographieverlauf psychiatrischer Patienten aus soziologischer Sicht - eine empirische Untersuchung, Diss rer pol Kassel.
- RIEMANN Gerhard (1984), "Na wenigstens bereitete sich da wieder etwas in meiner Krankheit vor" - Zum Umgang psychiatrischer Patienten mit übermächtigen Theorien, die ihr eigenes Selbst betreffen, in KOHLI M. & ROBERT G. (Hg), Biographie und Soziale Wirklichkeit, Metzler, Stuttgart.
- SIMON Fritz B. & WEBER Gunthard (1988), "Das Invalidenmodell der Sozialpsychiatrie", in KELLER Th. (Hg), Sozialpsychiatrie und systemisches Denken, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- STRAUS R. (1957), "The Nature and Status of Medical Sociology", Amer. Sociol. Rev., 22, 200-204.
- TRENCKMANN Ulrich (1988), Mit Leib und Seele, Ein Wegweiser durch die Konzepte der Psychiatrie, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- UCHTENHAGEN Ambros (1984), "Sozialpsychiatrie", in BATTEGAY R. et al. (Hg), Handwörterbuch der Psychiatrie, Enke Verlag, Stuttgart.
- V. KARDOFF Ernst (1985), "Zum Verhältnis von Eigenrationalisierung und Verwissenschaftlichung am Beispiel von Psychiatrie und Soziologie", in BONSS H. & HARTMANN H. (Hrsg), Entzauberte Wissenschaft, Soziale Welt, Sonderheft 3, Göttingen.
- ZIMMER-HÖFLER Dagmar & UCHTENHAGEN Ambros (1983), "Bewusstseinswandel und die Macht der Rolle, Der Beitrag des Arztes zur Humanisierung des Krankenhauses", Zeitschrift für Humanistische Psychologie, 3/4, 35-47.