

Das Buch stellt sich vor

Wolf Ortiz-Müller, Silke Gahleitner und Stefan Gutwinski

Wir freuen uns sehr, Ihnen die dritte Auflage des Handbuchs »Praxis Krisenintervention« vorstellen zu können. Um den aktuellen Entwicklungen im Bereich der Krisenintervention in besonderem Maße Rechnung zu tragen, haben wir neue Autor*innen gewonnen, deren Beiträge sich zu einer neuen Gesamtkonzeption zusammenfügen. Andere Artikel sind von Grund auf überarbeitet und aktualisiert worden; leider haben wir uns von einigen Beiträgen schweren Herzens verabschieden müssen. Eine ganz entscheidende Veränderung zur vorhergehenden Ausgabe besteht darin, dass wir Stefan Gutwinski als Co-Herausgeber in der Nachfolge von Ulrike Scheuermann, der wir weiterhin verbunden sind, gewinnen konnten. Er setzt in der vorliegenden Ausgabe vor dem Hintergrund seiner langjährigen Arbeit in der Psychiatrie neue Akzente und eröffnet damit einen noch leichteren Zugang zu einer großen Gruppe unserer bisherigen Leser*innen¹, den Student*innen und Mitarbeiter*innen unterschiedlicher Fachrichtungen des psychiatrischen Feldes.

Praxis Krisenintervention, diese Kurzformel schien uns dennoch – auch für die dritte Auflage des vorliegenden Buches – am besten

geeignet, unser Anliegen auf den Punkt zu bringen: Wir, die Herausgeber*innen und die Mehrzahl der Autor*innen kommen aus der Praxis und schreiben für die Menschen in der Praxis. Dementsprechend ist auch das Spektrum der Berufsgruppen, die wir mit diesem Buch ansprechen möchten, wieder ebenso breit aufgefächert wie in der letzten Ausgabe. Unter »helfenden« Berufen verstehen wir dabei nicht nur Ärzt*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen und Pflegekräfte in der psychosozialen Versorgung, sondern in ähnlicher Weise auch Betreuer*innen nach dem Betreuungsgesetz und Fachkräfte innerhalb der Feuerwehr, der Polizei und anderer Rettungsdienste, die mit Krisen alltäglich oder auch nur gelegentlich zu tun haben.

Nach den Grundsatzartikeln, die eine Einführung und einen Überblick geben möchten, behalten wir die Orientierung an den Praxisfeldern bei, da sie sowohl »Neulingen« als auch »alten Hasen« ermöglicht, die bisherigen Kenntnisse über Krisenintervention zu überprüfen und zu erweitern. Keiner kann in allen Bereichen der Krisenintervention gleichermaßen fit sein. Wenn dann im eigenen Arbeitsumfeld eine Krise umsichtiges Handeln verlangt, deren Umstände hier praxisnah beschrieben werden, so ist es der Anspruch des Handbuchs, damit eine erste Orientierung zu ermöglichen. Dieses Buch will, dass praktisch Tätige es »zur Hand nehmen«, dann »die Sache in die Hand nehmen«, vielleicht gelegentlich sogar Klient*innen »an die Hand nehmen« (sie aber auch rechtzeitig wieder loslassen!), und dass wir über dieses Arbeiten mit den Nutzer*innen nachlesen und reflektieren können.

1 Wir haben uns in der dritten Auflage für das »Gender*« entschieden, um der Diskussion Rechnung zu tragen, dass es mehr Identitäten gibt, als die binäre Geschlechterlogik (männlich/weiblich) zulässt. Die daraus für manche resultierende Irritation beim Lesen muten wir Ihnen in der Annahme zu, dass auch unsere Lese- und Denkgewohnheiten sich aktualisieren dürfen.

Krisenintervention galt einst als exotisches Pflänzchen innerhalb der psychiatrischen Landschaft, für das einige Pionier*innen unter den Psychiater*innen, Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen eigene Räume erkämpft hatten: die Kriseninterventionsstationen innerhalb psychiatrischer Abteilungen oder auch ambulante Krisendienste in der Gemeindepsychiatrie. Heute ist Krisenintervention als Thema – und häufig genug bereits als eigenes Tätigkeitsfeld – in nahezu jeder Einrichtung präsent, die mit Menschen arbeitet, seien sie nun krank oder behindert oder »einfach nur« Menschen, die in einer Lebenskrise stecken. Ambulante Krisendienste in einem ausgebauten gemeindepsychiatrischen System gehören eigentlich längst zum fachlichen Standard, sind jedoch bis heute nicht flächendeckend tatsächlich auch eingerichtet. Um diesen Sachverhalt differenziert zu verstehen, müssen die Hintergründe der Krisenhilfe eingehender reflektiert werden.

I Theorie – Krisenintervention verstehen

Im ersten Teil des Buchs *Theorie – Krisenintervention verstehen* suchen fünf Beiträge ganz unterschiedliche, gleichwohl aufeinander bezogene Zugänge zur Krise und Krisenintervention. Sie spannen einen Bogen von aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen über Krisenmodelle hin zu strukturellen Notwendigkeiten für adäquate Krisenhilfe. Hilfe für Krisenhelfer*innen und die Weiterbildung in der Kernproblematik der Suizidalität runden diese Einführung ab.

Kapitel 1

Angesichts der weltweiten Krisenerscheinungen, die nicht nur wirtschaftliche und politische Umwälzungen nach sich ziehen, sondern auch tief in den sozialen Nahraum hineinwirken, erscheint der Einführungsartikel aktueller denn je. Heiner Keupp erläutert in seinem Beitrag *Die Normalität der Krise oder die Krise der Normalität. Krisenpotenziale im globalisier-*

ten Netzwerkkapitalismus unter Referenz auf Gegenwartsanalysen der Soziologie die Allgegenwärtigkeit von Krisenerfahrungen. Für das Anliegen dieses Buchs spielen die Konsequenzen für insbesondere sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen innerhalb dieses »spezifisch postmodernen Angstmilieus« eine wichtige Rolle.

Kapitel 2

Krisenintervention - Theorie, Handlungsmodell und praktisches Vorgehen nennt Wolf Ortiz-Müller seinen neu gestalteten und erweiterten Überblicksartikel, der die Entwicklungsgeschichte des Krisenverständnisses und der Krisenintervention nachzeichnet, ohne die die aktuellen Ausdifferenzierungen der Krisenbeschreibungen nicht verständlich wären. Er widmet sich den spannenden Diskussionen, was unter Krisenbewältigung zu verstehen ist und stellt ein Handlungsmodell in sechs Schritten vor, das die Interventionen im praktischen Vorgehen strukturieren kann.

Kapitel 3

Fragen und Themen, die Keupp in seinem sozialpsychologisch-gesellschaftlichen Beitrag aufwirft, finden im Beitrag von Silke Birgitta Gahleitner eine Entsprechung auf der Ebene des Individuums und seiner sozialen Einbindung als weitreichenden Unterstützungsfaktor im tagtäglichen krisenbedrohten Geschehen. Unter dem Titel »*Ohne sie wäre ich sicher nicht mehr da*«: zur Bedeutung von Bindung, Beziehung und Einbettung bei schweren und wiederholten Krisenerfahrungen führt sie in die Komplexität sozialer Einbettungsprozesse in der Behandlung schwerer und wiederholter Krisen ein. Dabei zeigt sich auch: Ohne ein Wissen um einerseits soziale und gesellschaftliche Prozesse und andererseits klinische Phänomene wie kumulative und komplexe Traumata sind manche Folgeerscheinungen und Bewältigungsstrategien, zu denen insbesondere auch Suizidalität und Selbstverletzung gehören, schwer verständlich und damit auch schwer behandelbar.

Kapitel 4

Der Beitrag von Manuel Rupp *Was hilft den Krisenhelfer*innen? –Kurze Praxis der Notfall-*

und *Krisenintervention* beschreibt die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale zwischen Notfall und Krise und stellt die jeweils spezifischen Vorgehensweisen, wenn die Helfenden im ambulanten Setting den Ort der Krise aufsuchen, anschaulich in prägnanten »Checklisten« dar.

Kapitel 5

Wolfram Dormmanns Beitrag *Konzept eines Trainingsseminars für Berater*innen und Psychotherapeut*innen zur Suizidprophylaxe* schlägt gleich drei Fliegen mit einer Klappe: Die Leser*innen lernen ein in seiner langjährigen Praxis bewährtes didaktisches Konzept der Weiterbildung zu diesem Thema kennen. Zweitens erhalten sie Anregungen für die Auseinandersetzung mit den eigenen Anteilen im Umgang mit suizidalen Menschen und sie lernen drittens praxisnah, wie auch bei starker Selbstgefährdung noch therapeutisch interveniert werden kann.

II Praxis – Mit den Nutzer*innen arbeiten

Der zweite Teil des Buchs nimmt in 12 Kapiteln besondere Zielgruppen der Krisenintervention in den Fokus. Der Aufbau ermöglicht es den Leser*innen rasch die Spezifika einer Klientel oder eines Settings nachzuschlagen, um ihr Wissen zu vertiefen oder sich für eine Kontaktaufnahme mit vielleicht weniger vertrauten Krisensituationen zu präparieren.

Kapitel 6

Detlev Gagel und Ilse Eichenbrenner skizzieren in ihrem Beitrag *Freischwinger oder Wartebank? – Klient*innen zwischen Sozialpsychiatrischem Dienst und Krisendienst* die Verbindungen und Übergänge der Krisenintervention, die vom Sozialpsychiatrischen Dienst zum ambulanten Krisendienst bestehen. Hier wie dort wird Krisenintervention betrieben, der jeweilige Auftrag und Rahmen zeigen aber große Unterschiede – die Nutzer*innen auch?

Kapitel 7

Diesen Aspekt greifen Stefanie Schreiter und Stefan Gutwinski aus einer anderen Perspektive auf. Unter dem Titel *Wohnungslos und Wohnungsnot – Krisenhilfe aus sozialpsychiatrischer Perspektive* geben Sie Einblick in die Welt von Menschen, die aus vielen Netzen herausgefallen sind, die ihren »Ort« verloren haben und für die der Ortswechsel das Konstante ist: Wohnungslose in Krisen. Wie können wir verhindern, dass diese Menschen durch die Maschen des Hilfenetzes zwischen Suchthilfe, sozialpsychiatrischer Hilfe und Wohnungslosenhilfe fallen?

Kapitel 8

Komplexer Problemlagen spielen im Beitrag von Johannes Henssler und Carlos Escalera eine entscheidende Rolle. *Eine Krise, die viele Krisen entstehen lässt – Krisenintervention und geistige Behinderung* macht deutlich, wie stark die gegenseitige Beeinflussung von Helfer*innensystem und Klient*innen ist und wie sensibel demzufolge interveniert werden muss, um Eskalationen auf beiden Seiten zu vermeiden. Die Autor*innen geben Hinweise, wie Krisen bei Menschen mit geistiger Behinderung erkannt, verstanden und behandelt werden können. Woran erkennen wir, wann es sich bei den Krisenzuständen der geistig Behinderten im Kern um Krisen des Helfersystems handelt? Wie intervenieren wir, um latenter und manifester Gewaltausübung strukturell zu begegnen?

Kapitel 9

Eva Reichelt nennt ihren Beitrag *»Fremde sind wir uns selbst« – Krisenintervention bei Migrant*innen und Geflüchteten*, und weist paradigmatisch auf die Unumgänglichkeit der Selbstreflexion der Helfer*innen hin, um das vermeintlich Fremde verstehen zu können. Menschen, die nach Deutschland eingewandert oder geflohen sind, stellen ebenso wie jene, die vielleicht schon in zweiter oder dritter Generation hier leben, besondere Anforderungen an unser Selbstverständnis als Helfer*innen. Wie können sprachliche, aber auch kulturspezifische Besonderheiten hin-

sichtlich Krankheit, Hilfestellung und Erwartungshaltung berücksichtigt werden?

Kapitel 10

Das Thema der Erreichbarkeit beschäftigt Sigrid Meurer im Bereich der Kinder- und Jugendarbeit. »Eigentlich will ich leben, aber so wie jetzt kann ich nicht mehr weiter« – *Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen* nennt sie ihren anschaulichen Beitrag, in dem deutlich wird, dass es besondere Angebote geben muss, um Jugendliche zu erreichen und um ihren Krisen gerecht zu werden. Ein großer Schwerpunkt liegt dabei auf der Suizidgefährdung.

Kapitel 11

Burkhard Brückner nähert sich in seinem Beitrag »Alter schützt vor Torheit nicht« – *Alterskrisen als Aufgabe der Krisenintervention* dem entgegengesetzten Ende der Lebensspanne: Die alten Menschen, die stärker noch als andere Altersgruppen als suizidgefährdet gelten müssen. Eingebunden in das System der Familien oder der Altenhilfe – oder aus beidem herausgefallen – stellt sich die Frage, welche Herangehensweisen sich empfehlen, die den Besonderheiten des Alters gerecht werden.

Kapitel 12

Tomislav Majic und Stefan Gutwinski legen in ihrem Kapitel *Krisenintervention bei Menschen, die psychoaktive Substanzen konsumieren* die Hintergründe für das Entstehen von Substanzgebrauchsstörungen, sowie hilfreiche therapeutische Haltungen im Umgang mit diesen Menschen dar.

Kapitel 13

Unter dem Titel *Krisenintervention bei psychotischen Krisen – Was wir von den Skandinaviern lernen können* bringt Volkmar Aderhold die Ergebnisse seiner Forschungen und Erfahrung in den deutschen Psychiatrie- und Krisendiskurs ein. Psychosen als eine mögliche Ausprägungsform von Krisen bedürfen sowohl eines spezifischen Umgangs als auch eines außerstationären Settings, um frühzeitig und effektiv unter Einbeziehung des Betroffenen und seines familiären bzw. sozialen

Umfelds bearbeitet zu werden und einer Chronifizierung entgegenzuwirken.

Kapitel 14

Claudia Schmitt und Stefan Gutwinski schildern in dem Kapitel *Therapeutische Haltungen und unterstützende Interventionen für Menschen in Krisen, die unter einer Borderline Persönlichkeitsstörung leiden* ganz konkret mögliche Haltungen und Strategien im Umgang mit Menschen mit Borderline Störungen. Das Kapitel ist aus dem Klinikleitfaden der Psychiatrischen Universitätsklinik im St. Hedwig Krankenhaus entstanden, welcher über Jahre von Psycholog*innen, Pflegekräften, Ärzt*innen Sozialarbeiter*innen und anderen Mitarbeiter*innen entwickelt wurde.

Kapitel 15

Unter dem Titel *Krisenintervention nach akuter Traumatisierung* führen Katharina Purtscher-Penz und Bernhard Penz in die theoretischen Grundlagen und die Praxis der Akutintervention im Traumabereich ein. Sowohl für betroffene Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche stellen sie sowohl Basiswissen als auch praxisnahe Strategien vor, die helfen, Akutintervention sinnvoll und schonend zu gestalten und Menschen in dieser Situation wieder Hoffnung zu vermitteln.

Kapitel 16

Manuel Rupp widmet sich in seinem Beitrag dem *Umgang mit gewalttätigen Patient*innen: Prinzipien der Deeskalation* und stellt dabei die Komplexität Opferschaft – Täterschaft und den professionellen Umgang mit diesen hoch belastenden Dynamiken in den Vordergrund.

Kapitel 17

Ein Bereich, der sich extrem rasant weiterentwickelt hat, ist die Krisenberatung im Internet. Petra Risau hat hierfür ihren Beitrag *Endlich traue ich mich – Chancen und Herausforderungen der Online-Beratung für Betroffene sexualisierter Gewalt* komplett neu überarbeitet. Der Onlinebereich ist ein stark angewachsener Bereich, der die Hilfelandschaft radikal verändert hat und immer weiter verändern wird. Dies hat auch Rückwirkungen auf die Angebote des traditionellen »Face-to-Face-

Kontakts«. Ein wichtiger Grund, diesen Entwicklungen nicht hinterherzulaufen, sondern die Relevanz für das eigene Institutionenprofil zu überprüfen.

III Krisenintervention aus Sicht der Angehörigen und Krisenerfahrenen

Die ersten beiden Teile des Buchs sind jeweils aus der Sicht der professionellen Helfer*innen auf spezifische Zielgruppen geschrieben. Zwar reflektieren sich auch die Helfenden in ihren jeweiligen Rollen und sind darum bemüht, das Hilfesystem und die Angehörigen in ihr Denken und ihre Interventionen miteinzubeziehen, jedoch kommen die Betroffenen und Angehörigen nicht selbst zu Wort. Daher widmet sich der dritte Teil des Buchs Beiträgen, die die Perspektive umkehren und aus je eigener Betroffenheit einen Blick auf das Hilfesystem und die in ihm Tätigen werfen.

Kapitel 18

Iris Hölling setzt sich in ihrem Artikel *Krisenintervention – (k)ein Angebot für Psychiatriebetroffene? – Krisenintervention aus antipsychiatrischer Sicht* mit der Frage auseinander, was das Hilfesystem den Psychiatriebetroffenen zu bieten hat oder wo es eher mit seiner Gewaltförmigkeit Selbsthilfepotenziale untergräbt. Unter dem Stichwort »was stattdessen hilfreich wäre« formuliert sie Herausforderungen

an professionelle Helfer*innen, die deren Berufsethos verändern könnten.

Kapitel 19

Anja Link und Christiane Tilly schildern, ebenfalls aus Betroffenen­sicht ihre persönlichen Erfahrungen mit dem Hilfesystem in ihren suizidalen und mit Selbstverletzung verbundenen Krisen. Entstanden ist der für diese Auflage nochmal deutlich aktualisierte Beitrag *Krisenintervention aus der Perspektive der »Vielmelder/Heavy User« eines Krisendienstes*, der für Nutzer*innen, ihre Angehörigen sowie Helfer*innen gleichermaßen wertvolle wie praxisrelevante Einblicke in subjektives Krisenerleben gewährt.

Kapitel 20

In seinem Beitrag *Leidenschaftlich gefordert – selten erreicht. Krisenintervention aus Sicht der Angehörigen* vertritt Reinhard Peukert konsequent die Perspektive der Angehörigen, die sich häufig von den Krisen ihrer Kinder, Partner, Geschwister oder Eltern überfordert und vom Hilfesystem im Stich gelassen fühlen. Die zugrundeliegende Fragestellung ist: Wie sähe die Hilfe aus, die die Angehörigen selbst formulieren und in den Dialog von Angehörigen, Betroffenen und Profis mit einbringen? In jedem Falle würde sie sich mehrdimensionaler, nicht so punktuell und »lediglich notfallorientiert« gestalten.

Berlin, im Herbst 2020

Wolf Ortiz-Müller, Stefan Gutwinski und
Silke Birgitta Gahleitner

Danksagung

Wir danken all jenen Menschen, ohne deren Begleitung, Unterstützung und kritische Reflexion dieses Buch nicht möglich gewesen wäre.

An erster Stelle möchten wir den »alten« und »neuen« Autor*innen für ihre ausgearbeiteten Beiträge danken. Den »Alten« danken wir für die Mühen der Durchsicht und Aktualisierung, die vielfach mit einer Rundum-Überarbeitung verbunden war. Den »Neuen« danken wir dafür, dass sie mit ihrer Expertise die bereits in sich schlüssige Erstauflage um weitere Facetten der Krisenintervention bereichern.

Auch die dritte Auflage entwickelte sich aus einem fruchtbaren Dialog zwischen Herausgeber*innen und Autor*innen, dessen Gegenstand die je einzelnen Beiträge sowie ihre Verknüpfung untereinander waren. Davon konnten und können, so glauben wir, beide Seiten, vor allem aber auch die Leser*innen profitieren.

Wir haben mit Freude festgestellt, dass das Buch sich nicht nur als Arbeitsmaterial für unsere eigenen Fortbildungen in Ausbildungsinstituten und bei freien Trägern eignet,

sondern auch an vielen Hochschulen von Dozenten für ihre Seminare über Krisenintervention genutzt wird. Diesen möchten wir an dieser Stelle, ebenso wie den zahlreichen Rezensent*innen, die den Band positiv kritisch würdigten, danken. Wir hoffen, mit der vorliegenden dritten Auflage eine ebenso anregende wie brauchbare Arbeitsgrundlage für die Weiterbildung vorlegen zu können.

Wir danken unseren Lektorinnen Annika Grupp und Manuela Pervanidis für ihre gute Betreuung und immerwährende Ansprechbarkeit über alle Phasen des Entstehungsprozesses.

Für die Unterstützung bei der Erstellung des Index und der Textdurchsicht danken wir Frau Klara Ronzheimer und Frau Sonja Radde.

Und nicht zuletzt danken wir unseren Familien und Freund*innen, die ein weiteres Mal unsere Launen aus- und uns den Rücken freihielten.

Herbst 2020

Wolf Ortiz-Müller, Silke Birgitta Gahleitner
und Stefan Gutwinski

Teil I: Theorie – Krisenintervention verstehen

1 Die Normalität der Krise oder die Krise der Normalität. Krisenpotenziale im globalisierten Netzwerkkapitalismus

Heiner Keupp

Eine Welt im Krisenmodus ist normal geworden. Unsere Vorstellungen von Krise gehen von einer dramatischen Veränderung der psychischen und/oder gesellschaftlichen Bedingungen aus, die eine normale alltägliche Lebensführung gewährleistet haben. Sie gehen meist aber auch davon aus, dass die Krise bewältigt und ein Zustand an Normalität wiedergewonnen werden kann. Dieses Modell scheint seit Längerem nicht mehr zu funktionieren. Ob es um nationale oder globale Krisen geht, sie nehmen kein Ende: Finanzkrise, Flüchtlingskrise, populistische Massenbewegungen, Gewalt und Terror. Die Hoffnung, dass die politischen Institutionen die Lösungskompetenzen haben, solche Krisen dauerhaft zu bewältigen und eine Normalitätsordnung (wieder) sicherzustellen, ist bei vielen Menschen verloren gegangen. Wir erleben eine Welt in einem ausgeprägten Erschöpfungszustand.

Die Begriffe Normalität und Abweichung benennen ein Koordinatensystem, das im Alltag, aber auch in den entsprechenden professionellen Diskursen Grenzen für gesellschaftlich akzeptiertes Erleben und Verhalten zieht. Im Alltag sprechen wir problemlos davon, dass etwas »normal« sei. Jede Kultur hat ihre eigenen Vorstellungen von »Normalität« und »Abweichung«, und innerhalb einer Kultur lässt sich in historischer Perspektive zeigen, dass sich Normalitätsvorstellungen wandeln. Solche Vorstellungen sind für die Ordnung eines sozialen Systems unverzichtbar, und sie sind für die Individuen in einer Gesellschaft hoch bedeutsam. Sie liefern Kriterien für die Zugehörigkeit zu einer sozialen Welt, aber auch für den Ausschluss (die Soziologie spricht von »Inklusion« oder »Exklusion«).

Differenzierte moderne Gesellschaften haben Professionen, Institutionen und Dienstleistungssektoren geschaffen, die die Grenze von Normalität und Abweichung »bewachen« und kontrollieren bzw. Menschen durch Beratung und Therapie auf den »Pfad der Normalität« bringen sollen. Psychiatrie, Psychotherapie, Sozial- und Sonderpädagogik oder Kriminologie haben genau dadurch ihr Mandat erhalten. Sie haben differenzierte Klassifikationssysteme geschaffen, die das Abweichungsfeld ordnen, und sie haben ein diagnostisches Handwerkszeug entwickelt, das eine möglichst zuverlässige Zuordnung von Anzeichen für eine Devianz zu der spezifischen Ordnungskategorie leisten soll.

1.1 Wächter der Normalität

Gibt es objektivierbare Kriterien für Normalität und Abweichung? Den Anspruch für solche Differenzkriterien hatte lange die Psychiatrie und in ihrem Gefolge auch die klinische Psychologie. Bis in die Gegenwart dieser Disziplinen wird deutlich, mit welcher Selbstverständlichkeit, aber auch mit welchen teilweise fatalen Konsequenzen dieser Anspruch vertreten wurde. Dass sich die Psycho-Expert*innen schon immer als aktive Produzent*innen und Wächter*innen von Normalitäten verstanden und dabei jeweils aus den dominanten Selbstverständnis- und Normalitätsbeständen ihrer Kultur, Klasse und Gesellschaftsformation geschöpft haben, wird in einem historischen Streifzug schnell deutlich.

Gesundheitsexpert*innen haben sich schon immer nicht nur auf das Kurieren von Krankheiten beschränkt, sondern sich auch Gedanken über Lebensformen und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit gemacht. Sie haben sich häufig ihre eigenen Gesellschaftstheorien entworfen, innerhalb derer sie die speziellen gesellschaftsinterventionistischen Handlungsimperative für Ärzt*innen bestimmen konnten.

Hierbei hat es fatale Fehlbewertungen gegeben. Als Beispiel wäre Kurt Hildebrandt (1923) zu nennen, Psychiater und Mitglied des Stefan-George-Kreises, der in seinem Buch »Norm und Entartung des Menschen« ein Koordinatensystem bestimmt, bei dem Abweichungen als Entartung bezeichnet werden. Bei Emil Kraepelin und Ernst Rüdin ausgebildet, beteiligte er sich auch an der Psychiatrisierung von Akteur*innen der Räterepublik, denn Personen, die sich an einer Revolution beteiligen, können nur außerhalb der Normalität angesiedelt sein (Hildebrandt, 1920). Hildebrandt war auch ein früher Vertreter der Rassenpsychologie, die seinem Denken eine biologische Grundlage lieferte, und es überrascht keineswegs, dass er auch ein offensiver Vertreter der eugenischen Bewe-

gung war. Ob er auch an Euthanasieprogrammen beteiligt war, ist nicht belegt.

Aber auf der Basis dieses eliminatorischen Koordinatensystems konnte sich im nationalsozialistischen Staat eine mörderische Selektionspraxis entwickeln, die in den Euthanasieprogrammen hunderttausende von Menschen das Leben gekostet hat. Hier wurde die diagnostizierte Abweichung von der Norm zu einem Todesurteil oder führte zu einer Zwangssterilisierung. 1935 hat z. B. Werner Villinger, ein Kinder- und Jugendpsychiater, in einem Vortrag Aussagen getroffen, die ihn als Euthanasiearzt prädestinierten:

»Mit Schauern denken wir an die Jahre nach dem Krieg zurück [...]. Fortschrittsglaube, Freihandel, Frauenemanzipation, Pazifismus, Koedukation, Gleichheit aller Menschen, Aufklärung, Nacktkultur, vor allem aber »Freiheit«, und diese wieder am uneingeschränktesten auf dem Gebiete der »Liebe«, – wir kennen alle diese Schlagwörter und Bestrebungen, die in jener Zeit die Köpfe [...] verwirrten [...]. Bis endlich der langersehnte Umschwung kam und mit ihm biologisch fundiertes Denken und Handeln beim Staat und von da aus auch bei unserem ganzen Volk seinen Einzug hielt.« (Villinger, 1935, S. 247)

Bemerkenswert ist, dass Villinger, der als Begründer der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt, von 1934 – 1940 Direktor in Bethel war, von 1951 – 1953 Präsident der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater und 1955/56 auch noch Rektor der Universität Marburg. Er ist außerdem (Mit-)Begründer der Lebenshilfe. Aufgegeben hat er sein Fadenkreuz von Normalität und Abweichung nie. So ließ er noch 1950 keinen Zweifel daran, wer die Deutungshoheit über Normalität und Abweichung hat: »Die Unterscheidung zwischen »normal« und »abnorm« kann nur der Psychiater treffen« (Villinger, 1950, S. 55).

Diese Deutungsdominanz war bis in die 1960er Jahre der kaum infrage gestellte Main-

stream der Psychopathologie. Aber mit der kritischen Debatte über die katastrophalen Zustände in der Anstaltspsychiatrie, der 1969 in Auftrag gegebenen Psychiatrie-Enquête und mit der allmählichen Aufarbeitung der Beteiligung führender Vertreter der Psychiatrie an den Euthanasieprogrammen erhielt

auch eine kritische Debatte zur soziokulturellen Konstruktion von Normalität und Abweichung erheblichen Aufwind. Sie ist engstens mit der sozialpsychiatrischen Reformbewegung der 1960er und 1970er Jahre verknüpft. Das »medizinische Modell« wurde radikal dekonstruiert.

1.2 Die Deutungshoheit des »medizinischen Modells« verliert an Bedeutung

Der kulturrevolutionäre Zweifel, aus dem die Student*innenbewegung ihre kritische Potenz bezog, sah in dem vorherrschenden Krankheitsbegriff ein Disziplinierungsmittel, mit dem alle Widerstandsformen gegen die Eindimensionalität der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaftsordnung erstickt werden sollten. Zentral war die »Befreiung« aus dem paradigmatischen Gefängnis des »medizinischen Modells«. Es entstand eine bemerkenswerte Resonanz für die Debatten um Normalität und Abweichung und für »gute Gründe«, in einer »verrückten Gesellschaft« verrückt zu werden. Es gab einen Diskurs zur Überwindung (klein)bürgerlicher Normalitätsgehäuse, und die »Verrückten« wurden als Avantgarde idealisiert, die sich bereits auf eine »Reise« begeben hatten, auf der wir ihnen möglichst bald nachfolgen sollten.

Herbert Marcuse war für die Debatten der damaligen Zeit einer der wichtigsten Ideengeber. Wiederentdeckt wurde damals ein Vortrag von ihm (Marcuse, 1968), in dem er 1956 auf einem Kongress amerikanischer Psychiater*innen die Frage stellte, ob angesichts der Irrationalität der gesellschaftlichen Verhältnisse, die in Rüstung, Verkehr, Umweltzerstörung und Ausbeutung ein historisch einmaliges Destruktionspotenzial entfalten, die Anpassung daran als Pathologie der Normalität zu bezeichnen wäre und nicht das Verweigern der Anpassung als psychisch krank.

Nur eingebettet in diesen intensiven fachlichen und politischen Kampf um eine angemessene Sicht auf psychosoziales Leid wird verständlich, wie leidenschaftlich die Kontroverse um das »medizinische Modell« geführt wurde (Keupp, 1972, 1979).

Eröffnet wurde diese Kontroverse durch einen Aufsatz, den Thomas S. Szasz 1960 im »American Psychologist«, dem wichtigen Fachorgan der American Psychological Association (APA), dem American Psychologist, publizierte. Szasz, an der State University of New York psychoanalytisch ausgebildeter Psychiater, löste eine intensive Diskussion um das bislang vorherrschende Krankheitsmodell in der Psychopathologie aus. Seine Kritik hatte eine doppelte Zielrichtung: Einerseits bestritt er die Berechtigung, ein biomedizinisches Modell auf das menschliche Handeln zu übertragen. Das sei erkenntnistheoretisch nicht vertretbar, weil es das Handeln biologistisch verkürze. Außerdem sei es ethisch fragwürdig, weil es dem Subjekt die Handlungsfreiheit abspreche. Andererseits machte er das »medizinische Modell« verantwortlich für eine höchst fragwürdige gesellschaftliche Rolle der Psychiatrie, die die Bearbeitung gesellschaftlicher Konflikte und Widersprüche, die seiner Auffassung nach das Leiden der Menschen erzeugten, verhindere. Dadurch übernehme sie die Funktion eines »sozialen Tranquilizers«, der verhindere, dass

Konflikte bearbeitet und ausgetragen würden. Insofern leiste sie einen fragwürdigen Beitrag, den gesellschaftlichen Status quo zu sichern.

Diese Doppelbotschaft, erkenntnistheoretisch und herrschaftskritisch zugleich, hat Szasz in den 1960er und 1970er Jahren eine große Resonanz verschafft, zumal er ein Buch nach dem anderen schrieb.¹ Sie alle sollten seine ursprüngliche Kernkritik weiter ausformulieren:

1. Anschlussfähig waren seine Argumente für die sich entwickelnde Klinische Psychologie und vor allem für die expansiv auftretende Verhaltenstherapie, die sich ein eigenständiges Fachprofil in klarer Absetzung vom »medizinischen Modell« erhoffte (exemplarisch sei das Lehrbuch von Ullman & Krasner, 1969, genannt). Wenn man sich von einer naturgeschichtlich gedachten Biogenese psychischen Leids mit guten Argumenten absetzen kann, haben *psycho- und soziogenetische Zugänge* eine große Durchsetzungschance.
2. Einem Wissenschaftsverständnis, das auf ontologische Wahrheiten ausgerichtet war – und so wurden auch die Krankheitseinheiten der Psychopathologie verstanden –, wird von Szasz (1960) ein *konstruktivistisches Wissenschaftsmodell* entgegengesetzt. Die Konstruktion der gesellschaftlichen Wirklichkeit war vor allem durch die Soziologie (Berger & Luckmann, 1966/1982) und die Philosophie (Searle, 1995/2011) zu einer wichtigen Analyseperspek-

tive geworden, weil sie die Möglichkeit eröffnet hat, starre Welt- und Fachinterpretationen zu dekonstruieren und die Frage zu stellen, welche soziokulturellen Kontextbedingungen die Bedeutungen aufladen, die wir Subjekten und ihrer Welt zuschreiben. Und zugleich enthält diese Perspektive die Möglichkeit, alternative Bedeutungszuschreibungen zu entwickeln und für ihre Geltung zu kämpfen.

3. Die Kritik am medizinischen Modell wurde auch durch Forschungsbefunde aus der *transkulturellen Psychiatrie* und der Ethno-psychoanalyse gestützt. In der deutschen Debatte war vor allem Erich Wulff (1969) von überragender Bedeutung, der als junger deutscher Psychiater nach Vietnam ging und dort die Erfahrung machte, dass die Kernsymptome etwa der Schizophrenie in Vietnam nicht genauso verstanden und eingeordnet wurden, wie er sie in seiner westdeutschen Sozialisation zu diagnostizieren gelernt hatte. Die europäische Sicht des Individuums, das eine klare und abgegrenzte Ichvorstellung unterstellt, führt dazu, Personen, die diese Vorstellung nicht entwickelt haben, als psychisch krank zu benennen. In Vietnam hingegen werden Menschen, die sich durch ihre Individualitätskonstruktionen aus dem kulturellen Kollektiv herauslösen, nicht als psychisch krank eingeordnet. Wulff (1969) konnte zeigen, wie stark die gesellschaftlichen Produktionsbedingungen die Vorstellungen von Normalität und Devianz bestimmen.

1 Seine Publikationstätigkeit hat sich bis in die jüngste Zeit gehalten (z. B. Szasz, 2007, 2008, 2009, 2011). Nicht unerwähnt bleiben darf, dass Szasz – laut Wikipedia – »zusammen mit der Scientology-Organisation [...] die amerikanische »Citizens Commission on Human Rights« (CCHR)« (https://de.wikipedia.org/wiki/Thomas_Szasz, Zugriff am 21.10.2019) gründete, sich aber »distanzierte [...] von dem Eindruck, dass diese Zusammenarbeit mehr als ein Zweckbündnis und dass er selbst Scientologe sei« (ebd.; vgl. auch Bracken & Thomas, 2010).

Einer *herrschaftskritischen Sichtweise* der Psychiatrie und auch der traditionellen Klinischen Psychologie hat der Text von Szasz (1960) insofern eine wichtige Steilvorlage geliefert, als er ein theoretisches Modell nicht nur als kognitiv-wissenschaftliche Figur kritisierte, sondern auch dessen gesellschaftlich-politischen Konsequenzen thematisierte. So war es möglich, die institutionellen Muster »totaler Institutionen« (Goffman, 1961/1972) und de-