

Obdachlos, psychisch krank und doch dabei

Entwicklung einer Fortbildungskonzeption zur Begleitung dieses
Personenkreises auf der Grundlage von Interviews mit obdachlosen
Psychiatrieerfahrenen in Hamburg und Columbus, Ohio

Der Fakultät Bildung
der Leuphana-Universität Lüneburg
zur Erlangung des Grades
Dr. phil.

vorgelegte Dissertation

von

Tatjana Leipersberger
geb. am 16.06.1971 in Freudenstadt

Inhaltsverzeichnis

1. Problemstellung und Forschungslage.....	1
1.1 Zur Lebens- und Versorgungsrealität obdachloser Menschen	1
1.2 Obdachlose Menschen in Hamburg.....	7
1.3 Betreuung obdachloser Menschen	9
1.4 Die Fortbildungssituation in Bezug auf wohnungslose psychisch kranke Menschen	13
2. Obdachlosigkeit in einer Wohlstandsgesellschaft	16
2.1 Die Lebens- und Versorgungsrealität obdachloser Menschen mit psychischen Störungen.....	16
2.2 Trauma im Kontext psychischer Krankheit	21
2.3 Der öffentliche, private und professionelle Umgang mit psychischen Störungen	29
2.3.1 Der Stigmatisierungsansatz nach Goffman	31
2.3.2 Interaktionsbestimmende Faktoren im Kontakt mit unerwünscht andersartigen Menschen	33
2.3.3 Einstellungen gegenüber Menschen, die psychisch krank und obdachlos sind.....	36
2.4 Konsequenzen für eine Fortbildungskonzeption zur Begleitung obdachloser, psychisch kranker Menschen	52
2.4.1 Theoretische Orientierungen	54
2.4.1.1 Die Alltags- und Lebensweltorientierung	55
2.4.1.2 Die Subjektorientierung	58
2.4.1.3 Die Systemorientierung.....	61
2.4.2 Modelle seelischer Gesundheit	66
2.4.2.1 Das Konzept der Resilienz.....	66
2.4.2.2 Das Konzept der Salutogenese	68
2.4.2.3 Das Recovery-Modell.....	73
2.4.3 Modelle stärkeorientierter Beziehungsgestaltung.....	73
2.4.3.1 Die sozialräumliche Perspektive	73
2.4.3.2 Das Konzept der Teilhabe	78
3. Obdachlose Menschen mit Psychiatrieerfahrung in Columbus, USA und Hamburg	80
3.1 Forschungsfragen und Zielsetzung der eigenen Zwei-Länderstudie	80
3.2 Die Grounded Theory als methodologisches Rahmenkonzept und Forschungsstrategie.....	83
3.2.1 Die historische Entwicklung des Konzepts	83

3.2.2	Der Forschungsprozess.....	85
3.2.2.1	Methodische Vorüberlegungen und erste Forschungsschritte	87
3.2.2.2	Das methodische Vorgehen bei der Datensammlung.....	93
3.2.2.3	Das methodische Vorgehen bei der Datenanalyse.....	96
3.2.2.4	Grenzen der Untersuchung	98
3.2.2.5	Die Qualitätssicherung der empirischen Studie	98
3.2.3	Visualisierung des Forschungsprozesses	101
3.2.3.1	Gesamtüberblick.....	101
3.2.3.2	Die Kategorien und Dimensionen im Einzelnen	105
3.2.4	Die empirische Überprüfung	109
3.2.4.1	Kategoriengestützte Auswertung von zehn Interviewtranskripten aus Hamburg.....	110
3.2.4.2	Kategoriengestützte Auswertung von zehn Interviewtranskripten aus Columbus....	195
3.2.5	Interpretation der wichtigsten Ergebnisse.....	275
4.	Fremdheit als Lernanlass – Bildung und Lernen im Spannungsfeld von Individualität und Gesellschaft	290
4.1	Bildung und Lernen in gesellschafts- und bildungstheoretischer Perspektive.....	290
4.2	Bildung als pädagogischer Maßstab	293
4.3	Die bildungstheoretische Didaktik nach Klafki	298
4.3.1	Die Neubestimmung des Bildungsbegriffs	298
4.3.2	Der Begriff der Kategorialen Bildung	301
5.	Didaktische Reflexion und Gestaltung dreier Lernsituationen auf der Grundlage der Narrative der Informantinnen und Informanten	307
	Literatur.....	321

Obdachlos, psychisch krank und doch dabei

Entwicklung einer Fortbildungskonzeption zur Begleitung dieses
Personenkreises auf der Grundlage von Interviews mit obdachlosen
Psychiatrieerfahrenen in Hamburg und Columbus, Ohio

1. Problemstellung und Forschungslage

1.1 Zur Lebens- und Versorgungsrealität obdachloser Menschen

„Today... I'm feeling almost human...“ Dieser Satz stammt von einem ehemals wohnungslosen US-Amerikaner mit Psychiatrieerfahrung. Das Gespräch mit ihm war Teil einer für diese Arbeit erhobenen empirischen Studie, in der es darum ging, die Erfahrungen dieses Personenkreises mit den institutionalisierten (psychiatrischen) Hilfsangeboten zu eruieren. 44 Personen, bei denen zu ihrer meist auch zum Interviewzeitpunkt noch bestehenden Wohnungslosigkeit eine psychische Erkrankung hinzukam, waren befragt worden. Eine detaillierte Vorstellung dieser Erhebung einschließlich ihrer Evaluation und Interpretation findet sich in Kapitel 3. Das aus der Fülle des Datenmaterials ausgewählte Eingangszitat weist bereits auf die Komplexität der Fragestellung und die geradezu existenzielle Dimension dessen hin, was es bedeuten kann, obdachlos *und* psychisch krank zu sein. Nun zählen die USA sicher zu den am stärksten deregulierten und privatisierten Volkswirtschaften der Welt. Ein vom Staat geschaffenes auf Versicherungspflicht beruhendes Vorsorgesystem, wie es Deutschland mit seiner Sozialversicherung seit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung besitzt, existiert dort nur sehr rudimentär. Unplanmäßige Ausgaben und Verluste an Arbeitseinkommen, wie sie etwa durch Unfall, Krankheit oder Arbeitslosigkeit entstehen, können so häufig nicht ausgeglichen werden, und von solchen Risiken betroffene Menschen rutschen dann schnell in Not und Elend ab. In Deutschland dagegen soll die Sozialhilfe vor Armut, sozialer Ausgrenzung und besonderer Belastung schützen. Sie erbringt Leistungen für *alle* Personen und Haushalte, die ihren Bedarf nicht aus eigener Kraft decken können und auch keine (ausreichenden) Ansprüche aus vorgelagerten Versicherungs- und Versorgungssystemen haben. „Aufgabe der Sozialhilfe ist es, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht“ (§ 1 Satz 1 SGB XII). Artikel 1 des Grundgesetzes weist dem Staat die Aufgabe zum Schutz dieser Menschenwürde zu. Um diesem Auftrag gerecht zu werden, ist die Bundesrepublik Deutschland als „demokratischer und sozialer Bundesstaat“ organisiert. (Artikel 20, Abs. 1 GG). Ein wesentliches Element des Sozialstaatsprinzips ist das *einklagbare Recht auf Hilfe*

durch den Staat. War die Sozialhilfe von 1961-2004 noch im Bundessozialhilfegesetz (BSHG) geregelt, so wurde sie im Jahre 2003 grundlegend reformiert und als Zwölftes Buch in das Sozialgesetzbuch (SGB) eingegliedert. Dieses bildet die Rechtsgrundlage für alle deutschen Sozialgesetze. Die im BSHG noch vorgenommene Zweiteilung der Sozialhilfe in „Hilfe zum Lebensunterhalt“ und „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ wurde aufgehoben, zugunsten einer Differenzierung in sieben Kapitel, die Leistungen für jeweils näher bestimmte Lebenslagen regeln. Nach und nach wurden bestimmte Personengruppen (1993: Asylbewerber, 2003: Ältere und dauerhaft voll erwerbsgeminderte Menschen) bzw. besondere Belastungen (1995: Pflegebedürftigkeit) aus der *Sozialhilfe ausgegliedert*. Nun gehören *erwerbsfähige* Leistungsberechtigte (im Sinne des § 8 SGB II) von 15-64 Jahren und deren Angehörige nicht mehr in den Leistungsbereich der Sozialhilfe, sondern haben bei Bedarf einen Leistungsanspruch nach dem SGB II. Die dortigen Rechtsvorschriften beinhalten die Zusammenführung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe zur *Grundsicherung für Arbeitssuchende*. Mit der Überführung sowohl der materiellen Grundsicherung als auch der Eingliederung in den Arbeitsmarkt in den Verantwortungsbereich einer einzigen Stelle war der zuvor aufgetretene Trägerdualismus von Arbeitslosen- und Sozialhilfe beseitigt worden. Obwohl diese staatliche Fürsorgeleistung gemeinhin als *Arbeitslosen-Geld II* bezeichnet wird, kommt sie auch ergänzend zu einem nicht bedarfsdeckenden Erwerbseinkommen oder Arbeitslosengeld I in Betracht (vgl. die sog. „working poor“ und die damit zusammenhängende Mindestlohn-debatte). Umgangssprachlich hat sich für das Arbeitslosengeld II auch die Bezeichnung *Hartz IV* etabliert in Anlehnung an das Konzept für das Gesetzespaket, mit dem diese Leistung eingeführt wurde. Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist die dem ALG II entsprechende Leistung für Personen, die nicht (mehr) erwerbstätig sein können. Sie ist als Viertes Kapitel in das SGB XII integriert worden. In der Praxis kann allerdings jetzt bei der Abgrenzung der Leistungsberechtigung gegenüber der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II bei dem Personenkreis der 18- bis 64-Jährigen ein erheblicher Aufwand entstehen. Denn um eine Zuordnung nach dem Merkmal der „dauernden und vollen Erwerbsminderung“ vorzunehmen, ist nun regelmäßig eine medizinische Begutachtung erforderlich. Auch wies die mit dem ALG II eingeführte Verwaltungssoftware anfangs zahlreiche Mängel auf und verursachte gegenüber der ursprünglichen Planung erhebliche Mehrkosten. So ist das Ziel der deutlichen Haushaltsentlastung durch die Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe bisher nicht erreicht worden. Auch die Maßgabe, die Langzeitarbeitslosigkeit zu senken und die Zahl der Arbeitslosen insgesamt zu halbieren, konnte bislang nicht verwirklicht werden.

Kritikerinnen und Kritiker sehen in den am 01.01.2005 in Kraft getretenen leistungsrechtlichen Regelungen des SGB II außerdem einen Bruch mit sozialstaatlichen Grundprinzipien wie Lebensstandardsicherung und Bestandsschutz. Ihrer Auffassung nach könne die Konzeption und Umsetzung der Bestimmungen nicht mehr als soziales Netz empfunden werden, sondern löse im Gegenteil bei vielen Leistungsberechtigten Existenzängste aus. Damit werde der soziale Auftrag des Grundgesetzes ausgehöhlt (vgl. *Der Spiegel*, 34/2004). Noch scheinen der Willkür des Wettbewerbs mit ihren Leitmotiven Gewinnmaximierung, Konkurrenz und dgl. durch eine Sozialethik, die Personalität, Solidarität und Subsidiarität einbezieht, Grenzen gesetzt. Aber die Diskussion über die Möglichkeiten und das Ausmaß des deutschen Sozialstaats ist in vollem Gange und das nicht erst seit der nach wochenlangem Tauziehen rückwirkend zum 01.07.2009 erreichten Neureglung der Hartz-IV-Sätze. Was sich hier aufzutut ist der Konflikt zwischen sozialer Verantwortung und wirtschaftlicher Machbarkeit. Dieser Konflikt lässt sich nicht grundsätzlich lösen. Auch soziale Einrichtungen müssen selbstverständlich rentabel wirtschaften, um auf Dauer als gesellschaftliche Institutionen tragbar zu sein. Auf einer gesellschafts- und ideologiekritischen Folie interpretiert, wie es diese Arbeit vorschlägt, ist allerdings festzuhalten, dass die Gesetze des Marktes keine naturgegebene Gewalten, sondern Ausdruck politischen Willens und gesellschaftlicher Machtverhältnisse sind. Die mit dem freien Spiel der Kräfte assoziierte Senkung der Kosten führt nicht automatisch zu mehr Wohlstand für alle. Vielmehr, so gibt der Soziologe Ulrich Beck (2004) zu bedenken, werden solche Kostensenkungen allzu häufig durch eine Verletzung menschenwürdiger Arbeits- und Produktionsstandards erreicht. Auch Helfen ist längst zu einem Milliardengeschäft geworden, bei dem es darum geht, neue Märkte zu erkennen und Wachstum zu schaffen. Anschauliches Beispiel hierfür ist die Caritas: Ursprünglich als kirchlicher Wohlfahrtsverband mit durchaus kapitalismuskritischem Impetus gegründet, ist diese Institution inzwischen mit rund einer halben Million Beschäftigten der größte Arbeitgeber in Deutschland, noch vor BASF oder Telekom. Auch das Diakonische Werk, das Rote Kreuz, die Arbeiterwohlfahrt und der Paritätische Wohlfahrtsverband gehören zu den Giganten auf dem deutschen Arbeitsmarkt. Damit werden die Wohlfahrtsverbände zu einem wichtigen Wirtschaftsfaktor und die Sozialwirtschaft vielleicht die Zukunftsbranche schlechthin. Auch wenn soziale Institutionen meist gemeinnützig arbeiten, d. h. keine Gewinne machen dürfen (und im Gegenzug auch keine Steuern zahlen müssen), so erwirtschaften die meisten von ihnen inzwischen jedoch Überschüsse. Wie ist es dazu gekommen? Während die Hilfe früher nach dem Kostenerstattungsprinzip, also nach den tatsächlich entstandenen Aufwendungen vergütet

wurde, setzte sich ab Mitte der 1990er Jahre die Finanzierung über Pauschalen durch. Damit geriet etwas bis dato völlig neues in die Helferwelt: Betriebswirtschaftliches Denken. Dieser Logik folgend trachten Sozialunternehmen seitdem danach, ihre Dienstleistungen günstiger zu produzieren als zu den Sätzen der amtlichen Fallpauschalen. In der Regel gehen diese Bestrebungen zu Lasten des Personals: Sie müssen vielfach längere Arbeitszeiten bei gleichzeitiger Absenkung der Löhne sowie Einbußen beim Urlaubs- und Weihnachtsgeld hinnehmen. Auch der Abschluss von befristeten Verträgen sowie der Einsatz von Zeitarbeitskräften ist in der Sozialbranche mittlerweile Usus. Einmal abgesehen davon, dass damit personale Kontinuität, wie sie gerade in der Begleitung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung wichtig wäre (vgl. Kapitel 3) schwierig wird, ist noch ein zweiter Aspekt zu bedenken: Wenn ein gemeinnütziges Sozialunternehmen am Ende des Jahres Geld übrig behält, muss es dieses Geld laut Gesetz reinvestieren, also neue Hilfsangebote schaffen. Auch wenn die Ansicht des Sozialwissenschaftlers Wolfgang Hinte es würden infolgedessen „Einrichtungen aus dem Boden gestampft, die danach schreien, mit Hilfsbedürftigen gefüllt zu werden“, überzogen sein mag, so muss aus gesellschaftskritischer Perspektive auch die Frage erlaubt sein, inwieweit der von Ärzten und Krankenkassen konstatierte rapide Anstieg psychischer Erkrankungen tatsächlich auf eine sich stetig verschlechternde Volksgesundheit hindeutet, oder ob er in Teilen nicht auch Ausdruck einer von ökonomischen Interessen geleiteten veränderten Bewertung sein könnte.

Fakt bleibt: Auch in Deutschland werden die Sozialsysteme brüchiger. Die Menschen hierzulande befinden sich inzwischen ebenso in einer Phase der Polarisierung zwischen Arm und Reich wie sie aus den USA schon lange bekannt ist, wo im Dienste der Freiheit des Einzelnen und seiner Rechte statt der sozialstaatlichen rechtsstaatliche Prinzipien dominieren. Ebenso bekannt ist dort die mit dieser Prekarisierung einhergehende Verelendung ganzer Stadtviertel. Und auch in bundesdeutschen Großstädten wie Berlin, Hamburg oder Köln sind derartige Tendenzen, wenngleich weniger gravierend, mittlerweile unübersehbar. Solche Bedingungen sind für niemanden einfach, aber für sensible, psychisch instabile Menschen bedeuten sie eine besondere Härte. Viele von ihnen halten den Belastungen an ihren Arbeitsplätzen nicht mehr stand und werden schließlich arbeitslos oder erwerbsunfähig. In der Folge verschulden sich eine große Anzahl dieser Menschen, um in einer reichen Gesellschaft nicht als arm angesehen zu werden. Die Probleme eskalieren: Ökonomischen Notlagen folgt der weitere soziale Abstieg, der in die Obdach- bzw. Wohnungslosigkeit münden kann (Nouvertné, Wessel & Zechert, 2002: 8). Wer hier landet, ist am unteren Ende eines

Kontinuums von sich stetig verschlechternden Lebensbedingungen angekommen. Die USA sind hier wie auch bei vielen anderen gravierenden Veränderungen in westlichen Gesellschaften immer wieder Vorreiter und Laboratorium. Um ein vollständigeres Bild der Lebensrealität von Menschen zu erhalten, die obdachlos und psychisch krank sind, bietet es sich daher an, parallel gerade in diesem Land empirisch zu forschen, wie es in der in Kapitel 3 dargestellten Studie umgesetzt wurde. Dabei geht es weder darum, deutsche und US-amerikanische Initiativen zur Unterstützung obdachloser psychisch kranker Menschen einander gegenüberzustellen noch um einen Vergleich der Sozialsysteme beider Länder. Das Ziel dieser Arbeit ist pragmatischer: In Kapitel 1 und 2 werden zunächst sowohl die Lebensrealität dieses Personenkreises als auch die Fortbildungssituation beschrieben, auf die diese in *Hamburg* trifft. Die empirische Untersuchung in Kapitel 3 dient dann dazu, die *Bedürfnisse* deutscher und amerikanischer obdachloser Menschen mit Psychiatrieerfahrung zu erfassen. Im Kapitel 4 rücken Bildungsprozesse als zentraler Kategorie der Erziehungswissenschaft in den Fokus, die passend zum Forschungsgegenstand auf einer gesellschafts- und bildungstheoretischen Folie interpretiert werden. Kapitel 5 schließlich führt die Erkenntnisse aus den vorangegangenen Kapiteln zusammen: Ausgehend vom Prinzip des exemplarischen Lernens werden drei Lernsituationen entworfen, die als Grundlage zur Schulung jener dienen können, die vor allem im Rahmen bürgerschaftlichen Engagements obdachlose psychisch kranke Menschen begleiten möchten.

Die Gesamtzahl wohnungsloser Menschen in Deutschland ist nach wie vor unbekannt. (Rössler et al., 1994: 175, <http://www.readers-edition.de/2007/01/05/ganz-unten-obdachlose-ohne-lobby>). Die Schwierigkeiten, das Problem angemessen wahrzunehmen, fangen schon mit der Definition an. Was bedeutet der Begriff „ohne Obdach“ genau? In der vorliegenden Arbeit wird auf eine Differenzierung zwischen wohnungs- und obdachlos verzichtet und der Terminus relativ weit gefasst. Danach werden all jene Menschen als obdachlos definiert, die

1. ohne jegliche Unterkunft auf der Straße leben und übernachten
2. in zur öffentlichen Hand gehörenden Notunterkünften oder sonstigen stationären Einrichtungen für Wohnungslose untergebracht sind
3. die vorübergehend bei Freunden, Verwandten und dgl. „untergekommen“ sind.

All diesen „Wohnformen“ oder besser „Lebensarten“ ist die fehlende mietrechtliche Absicherung gemeinsam, da der Name der Betreffenden bestenfalls auf einer Nutzungsvereinbarung, nicht aber auf einem Miet- oder Untermietvertrag vermerkt ist.

Ein Wohnungsverlust bedeutet für die Betroffenen fast immer Ausgrenzung und Entwurzelung. Wem ein privater Schutzraum fehlt, der hat kaum eine Möglichkeit, sein Leben z. B. mit ausreichend Schlaf und regelmäßigen Mahlzeiten stabil zu gestalten. Auch eine Integration in Arbeitszusammenhänge ist unter solchen Bedingungen extrem schwierig. In Deutschland liegt der Anteil der regulär Beschäftigten unter obdachlosen Menschen denn auch bei unter 10 % und ist in anderen Ländern ähnlich niedrig (Eikelmann, Reker & Zacharias, 2002: 44). Ohne Meldeadresse werden die Betroffenen zudem leicht zum Spielball abweisender Sozialbürokratie. Ihre wirtschaftliche Lage ist entsprechend desolat. Weiterhin ist für wohnungslose Menschen ihre soziale Isolation kennzeichnend. Darin unterscheiden sie sich von anderen in Armut lebenden Personen. Nur sehr wenige Wohnungslose sind verheiratet bzw. leben mit einem festen Partner zusammen (Eikelmann, Reker & Zacharias, 2002: 46). Fischer et al. (1986) fanden bei Unterkunftsbewohnern deutlich seltener regelmäßige Angehörigenkontakte und feste Freunde im Vergleich zur Normalbevölkerung. Dies entspricht den Ergebnissen der hier vorgelegten Untersuchung. Trabert (2002: 81) und Ishorst-Witte et al. (2001) weisen außerdem auf eine erhöhte Prävalenz körperlicher Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen hin. Dabei ist die Motivation der Zielgruppe zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe im Vergleich zur Normalbevölkerung geringer. Es überwiegen Krankheiten, die durch die Lebensbedingungen in Wohnungslosigkeit gefördert werden, wie Haut- und Atemwegserkrankungen oder etwa alkoholbedingte Lebererkrankungen. Auch Infektionskrankheiten wie Hepatitis, Tuberkulose und HIV treten gehäuft auf (Susser et al., 1993). Dass solchermaßen extreme Lebenslagen den Konsum von Alkohol und Drogen fördern, scheint plausibel. Es ist auch denkbar, dass der Substanzmissbrauch psychodynamische Prozesse induziert, die die Krankheitseinsicht und die Motivation, medizinische bzw. therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, herabsetzen. Man könnte diese Faktenlage auch damit erklären, dass angesichts akuter Sorgen um den Schlafplatz, die Nahrung und persönliche Sicherheit gesundheitliche Probleme schlicht als nachrangig betrachtet werden. Alkohol- und Drogenkonsum fördert in dieser Situation zwar - im Sinne einer vordergründigen Geborgenheit - die Integration in das neue Lebensumfeld, zerstört aber gleichzeitig die oft letzten körperlichen und psychischen Ressourcen von Menschen ohne festen Wohnsitz. Ihre Bewältigungsmöglichkeiten nehmen mit zunehmender Dauer der Wohnungslosigkeit mehr und mehr ab (Eikelmann, Reker & Zacharias, 2002: 50, Trabert, 2002: 81). Nach Kuhlman (1994) sind die Betroffenen bei längerer Wohnungslosigkeit gezwungen, ihre Persönlichkeit um eine neue „wohnungslose Identität“

zu organisieren, wenn sie unter den extremen Lebensbedingungen von Bedrohung, mangelnder Privatheit und materieller Not überleben wollen.

1.2 Obdachlose Menschen in Hamburg

Bei der Beschreibung des Hilfesystems für wohnungslose Menschen ist zunächst grundsätzlich zwischen **ambulanten** und **stationären** Einrichtungen zu differenzieren. Als ambulant werden alle Angebote für diese Zielgruppe ohne Unterbringungsfunktion bezeichnet. In Hamburg existiert ein breites Spektrum von Hilfen in diesem Bereich mit unterschiedlichen Akzentuierungen. Es gibt niedrigschwellige Angebote wie die Bahnhofsmissionen, Suppenküchen und Kleiderkammern, die sich nicht nur an obdachlose sondern an arme, sozial ausgegrenzte Menschen allgemein richten. Daneben existieren mehrere Tagestreffpunkte, in denen sich ebenfalls auch Menschen aufhalten können, die nicht unbedingt obdachlos sind. Bei der Krankenstube für obdachlose Menschen hingegen sagt schon der Name, dass es sich hier um ein Angebot speziell für diesen Personenkreis handelt. Neben solchen *standortgebundenen* gibt es darüber hinaus Einrichtungen mit *aufsuchenden* Konzepten. Der Mitternachtsbus, der zu später Stunde regelmäßig an die Orte und Plätze fährt, wo sich Menschen ohne Obdach in der Hansestadt aufhalten, um ihnen das Überlebensnotwendige zu bringen und sie teilweise auch ärztlich zu versorgen ist solch ein Beispiel. Auch Straßensozialarbeit gehört dazu. Weitere, jedoch deutlich höherschwellige ambulante Angebote stellen die den Bezirksamt angegliederten und in Hamburg seit 2005 bestehenden Fachstellen für Wohnungsnotfälle, die Schuldner- und andere soziale Beratungsstellen dar. Den Fach- und Schuldnerberatungsstellen kommt mit ihren Hilfestellungen bei Kredit- und Mietschulden sowie bei Kündigungen und Räumungsklagen dabei der zentrale Bereich der Wohnraumsicherung zu. Sie arbeiten auf der *präventiven Ebene* mit dem Ziel, gefährdete Mietverhältnisse zu sichern und so Obdachlosigkeit gar nicht erst entstehen zu lassen. Bei den sozialen Beratungsstellen gibt es neben solchen mit einem allgemeinen Beratungsauftrag auch andere, die gezielt wohnungslose Menschen bei der Beschaffung von Wohnraum und der Bewältigung des Alltags unterstützen sollen. Damit setzen diese Angebote auf der *integrativen Ebene* in dem Sinne an, als sie Menschen, die bereits obdachlos geworden sind, wieder in regulären Wohnraum zu bringen versuchen.

Demgegenüber handelt es sich bei den **stationären** Einrichtungen um Unterkunftsmöglichkeiten, die sich in Form und Standard teilweise erheblich unterscheiden.

In Hamburg hat die Stadt die Anstalt des öffentlichen Rechts „fördern und wohnen“ mit der Unterbringung obdachloser Menschen beauftragt. Zum Stichtag 31.12.2010 waren dort 2.556 Personen, Alleinstehende ebenso wie Familien ohne eigene Wohnung, öffentlich untergebracht. (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Referat Wohnungslosenhilfe). Zählt man Unterkünfte für Zuwanderer wie Asylbewerber, Flüchtlinge und Spätaussiedler dazu, so erhöht sich die Zahl der im Jahre 2010 mit Wohnraum versorgten Menschen auf knapp 8.000 (<http://www.foerdernundwohnen.de>) Die im Auftrag der Freien und Hansestadt Hamburg bereitgestellten Wohnmöglichkeiten variieren in Leistungsangebot und Standard erheblich. So existieren reine (Not-)übernachtungstätten und Wohnunterkünfte neben speziellen Wohnprojekten für bestimmte Zielgruppen (z. B. Frauen oder Senioren) bis hin zu Wohnungen mit eigenem Mietvertrag zur dauerhaften Nutzung.

Seit 1992/93 stellt die Freie und Hansestadt Hamburg im Rahmen des sog. „Winternotprogramms“ jedes Jahr von November bis März zusätzliche Übernachtungsplätze für Männer, Frauen und Paare zur Verfügung. Ursprünglich für 200 Menschen konzipiert, wurde die Platzzahl im Jahr 2010 auf 280 ausgeweitet. Das heißt, dass auf den Grundstücken zahlreicher Kirchengemeinden, zweier Fachhochschulen mit sozialpädagogischen Studiengängen sowie einer Einrichtung von fördern & wohnen selbst in diesem Zeitraum Wohn- und Sanitärcontainers für jeweils zwei bis vier Personen bereitstehen. Sie sollen verhindern, dass im Winter Menschen auf der Straße übernachten müssen. Diese zusätzlichen Schlafplätze des Winternotprogramms waren im Winter 2008/2009 durchschnittlich zu 92 Prozent ausgelastet (Schaak, 2009: 6). Für das Folgejahr 2009/2010 ergibt sich ein ähnlicher Wert (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Referat Wohnungslosenhilfe).

Darüber hinaus existieren in Hamburg eine ganze Anzahl eher niedrigschwelliger Wohnprojekte mit befristeten oder gebundenen Mietverträgen, in denen obdachlose Personen mit besonderen sozialen Problemlagen vorübergehend leben und professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen können. Mindestens eines dieser Projekte ist explizit Menschen mit psychischen Erkrankungen vorbehalten. Außerdem vermieten im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung mit der Freien und Hansestadt Hamburg verschiedene Wohnungsbaugesellschaften Kontingentwohnungen an diverse Träger der Freien Wohlfahrtspflege. Diese haben wiederum den Auftrag, obdachlose Menschen aus öffentlicher Unterbringung heraus und wieder hinein in eigenen Wohnraum zu bringen. Die

differenzierteste Hilfeform für Menschen ohne eigene Wohnung stellen schließlich die stationären Einrichtungen auf der Grundlage des § 67 SGB XII dar. Dieser Paragraph regelt die „Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten“. In Hamburg gibt es sieben solcher Institutionen, die zielgruppenspezifisch arbeiten. Das bedeutet, einige sind Jugendlichen, andere speziell Haftentlassenen und wieder andere Frauen oder Männern vorbehalten. Diese Einrichtungen stehen ausschließlich *alleinstehenden* obdachlosen Menschen zur Verfügung. Sie haben das Ziel die Betroffenen (wieder) in die soziale Gemeinschaft zu integrieren. Dazu gehört neben der Anmietung einer eigenen Wohnung auch die (Re-)integration in die Arbeitswelt. Nutzerinnen und Nutzer dieses Angebots müssen bereit sein, sich auf die Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen der Betreuung, Beratung und Begleitung einzulassen und eine Veränderung ihrer Lebenssituation anstreben. In diesen ebenfalls sozialpädagogisch betreuten Einrichtungen stehen insgesamt 255 Wohnplätze zur Verfügung (Stand 31.12.2010). Die Unterbringung erfolgt in Einzelzimmern. Der Begriff „soziale Schwierigkeiten“ wird im Gesetzestext nicht näher spezifiziert. Hierunter fallen insbesondere:

1. Personen, die ihre vorherige Wohnung aufgrund von Mietschulden verloren und die aktuell Mietschulden haben
2. Personen, die aufgrund anderer Schulden bei der Schufa gemeldet sind
3. Menschen mit Hafterfahrung, denen nach ihrer Entlassung keine eigene Wohnung (mehr) zur Verfügung steht
4. Heranwachsende Menschen in der Obdachlosigkeit bzw. in öffentlich-rechtlicher Unterbringung ohne eigene Mietwohn-Erfahrung
5. Personen mit einer Suchterkrankung
6. Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die für den vorherigen Wohnungsverlust ursächlich war oder bislang einer Integration in Wohnraum entgegenstand.
7. Menschen, deren Lebensumstände durch Gewalt geprägt sind (DVO zu §§ 67 ff. SGB XII).

1.3 Betreuung obdachloser Menschen

Wohnungslose Menschen seien charakterlich unstet und zögen deshalb wurzellos umher ist ein Vorurteil, das auf Untersuchungen zu Beginn des 20. Jahrhunderts zurückgeht und sich bis heute hartnäckig hält. Jüngere Studien bestätigen dagegen die regionale Anbindung wohnungsloser Menschen (z. B. Eikermann et al. 1992, Fichtner 1996), und auch die hier zur

Diskussion stehende eigene empirische Untersuchung unterstützt diese Auffassung. Entwurzelt, isoliert und entkommunalisiert wurde wohnungslosen Menschen traditionell zunächst Verwahrung und später Einzelfallhilfe angeboten. Diese war entweder pädagogisch oder therapeutisch motiviert und strukturiert. Im Mittelpunkt stand das wohnungslose Individuum in seiner konkreten Notsituation, das professionelle Unterstützung bedurfte. Diese Notlagen schienen isoliert als individuelle Problemlagen identifizierbar und waren als solche mit einem bestimmten Spektrum an Maßnahmen zu bearbeiten – in der Regel mit dem Hilfsangebot einer Organisation. Von Seiten der Sozialarbeit wurde auf wohnungslose Menschen eingewirkt und eine Veränderung erwartet, da Professionelle schließlich wussten, was für diesen Personenkreis gut und hilfreich war. Verkürzt ausgedrückt boten die Klientinnen und Klienten die Probleme und die soziale Arbeit die geeignete Lösung dafür. Mittlerweile setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass Menschen ohne eigene Wohnung selbst am besten wissen, was das Beste für sie ist. Eine solche klare Kompetenzzuschreibung öffnet nicht nur den Blick für ihre Fähigkeiten und Stärken, sie befördert auch eine systemisch-ganzheitliche Sichtweise dieser Menschen. Das Individuum ohne eigene Wohnung wird als integrierter Bestandteil eines sozialen Zusammenhangs begriffen. Nach diesem Verständnis ist es durch seine sozialen und materiellen Lebensbedingungen geprägt, ebenso wie durch seine Umwelt und hier speziell die Wohnbedingungen, unter denen es lebt. Gleichzeitig sind wohnungslose Menschen aber auch in der Lage, Einfluss auf diese Faktoren auszuüben, Entscheidungen zu treffen und ihr Leben eigenständig zu gestalten. Das Ziel sozialer Arbeit muss es sein, wohnungslose Menschen dazu zu befähigen, ihren eigenen Möglichkeitsraum möglichst selbstständig zu erweitern (Gillich, 2004: 90). Dies wiederum kann nur gelingen, wenn sie innerhalb der Lebenswelt dieses Personenkreises agiert. Es gilt daher, den Alltag wohnungsloser Menschen durch Ressourcenarbeit im weitesten Sinne zu unterstützen. Ohne einen begleitenden, traditionell individualistischen Ansatz in Form von Beziehungs- und Beratungsarbeit ist dies nicht zu leisten. Dadurch können die persönlichen und sozialen Ressourcen von Klientinnen und Klienten gestärkt werden. Gleichzeitig müssen Professionelle den Einfluss der Verhältnisse auf das Verhalten dieser Betroffenen verstehen. Sie müssen wissen, wie der Sozialraum als der Ort beschaffen ist, in dem der Einzelne handelt und Kontakte hat bzw. entwickelt, um langfristig materielle und infrastrukturelle Ressourcen zu stärken und zu schaffen. Die individuelle Sichtweise muss somit ergänzt – nicht ersetzt – werden durch eine strukturell sozialräumliche Sichtweise mit Blick auf das Gemeinwesen. Dabei bleibt sozialräumliche Arbeit (also das Prinzip der Gemeinwesenarbeit) nicht nur auf eine Zielgruppe (z. B.

wohnungslose Menschen) beschränkt. Auch im psychiatrischen Bereich werden Menschen immer noch häufig in einer Ansammlung von Spezialeinrichtungen an Orten mit schlechter Infrastruktur betreut. Auch hier fehlt es an der *Verschränkung* von Kompetenzen aus der psychiatrischen wie auch aus der Gemeinwesenarbeit. Auf die besonders prekäre Lebens- und Versorgungsrealität von Menschen, die nicht nur wohnungslos, sondern auch noch psychisch krank sind, wird in Kapitel 2 näher eingegangen.

Sozialraumorientierung ist ein Teilaspekt von elementarer Wichtigkeit. Sie bedeutet ein Grundverständnis oder eine Haltung, mit der Problemstellungen reflexiv wahrgenommen und bearbeitet werden. So können Zusammenhänge hergestellt und Kooperationen zwischen verschiedenen Gruppen eines Wohnquartiers gefördert werden, anstatt lediglich die Folgen gesellschaftlicher Fehlentwicklungen zu bearbeiten. Zusammenfassend ist zu sagen, dass soziale Arbeit immer darauf abzielen sollte, *Lebensqualität in benachteiligten Lebenswelten zu verbessern*. Dabei gehören strukturelle Arbeit und die Arbeit am Einzelfall unbedingt zusammen. Ein Fortbildungskonzept zur Begleitung von Menschen, die obdachlos und psychisch krank sind, wie es im Ergebnisteil dieser Arbeit präsentiert wird, ist eine solche strukturelle Ergänzung.

Denn nicht nur die körperliche, auch die psychische Morbidität ist bei obdachlosen Menschen gegenüber der Normalbevölkerung deutlich erhöht. (Greifenhagen & Fichtner, 1997, Vasquez et al. 1997, Levy, 2004). Aktuelle Studien gehen davon aus, dass rund zwei Drittel der Menschen ohne festen Wohnsitz behandlungsbedürftige psychische Störungen aufweisen (Salize, Dillmann-Lange & Kentner-Figura, 2002: 31, Eikermann, Reker & Zacharias, 2002: 55) Die Erfahrungen der Autorin, die als Sozialarbeiterin sieben Jahre lang in einer Hamburger Übergangseinrichtung für wohnungslose Männer gearbeitet hat, bestätigen das gleichzeitige Vorliegen massiver psychischer Beeinträchtigungen in dieser Größenordnung. In diesem Arbeitszusammenhang erfolgte auch jene Beobachtung, die die Verfasserin zur Durchführung ihrer eigenen empirischen Studie veranlasste: Die überwiegende Mehrheit der Klientel sträubte sich vehement gegen die Inanspruchnahme fachpsychiatrischer Hilfe zur Behandlung ihrer psychischen Störungen. Die Betroffenen zogen das Etikett „wohnungslos“ dem Etikett „psychisch krank“ vor. Nach Strübing (2004) setzt empirische Sozialforschung dann ein, wenn alltagspraktisches und theoretisches Wissen nicht [mehr] ausreicht, um in einem Wirklichkeitsbereich kompetent zu handeln, bzw. diesen schlüssig zu erklären. Beides traf auf die Autorin zu: Einerseits fand sie kaum eine Erklärung für das Verhalten der

Zielgruppe, und andererseits waren sie und ihre Kolleginnen und Kollegen was den Umgang mit diesen extrem belasteten Menschen betraf, oft ratlos. Hier war also ein soziales Problem aufgegeben, dessen sozialwissenschaftliche Durchdringung vielleicht zur Lösung beitragen konnte. Die Entstehung der Sozialpädagogik aus der Tradition der Armen- und Waisenfürsorge heraus, verfolgte Tetzer (2012) zufolge, ein identisches Ziel. Allerdings, auch darauf macht dieser Autor aufmerksam, fehlt bislang ein einheitliches Begriffsverständnis und damit verbunden die Gewissheit über ihren Status. Soll man die Sozialpädagogik als eigenständige Disziplin begreifen oder ist sie als Teildisziplin den Erziehungs- und Bildungswissenschaften zuzuordnen? Alternativ könnte man sie auch als einen Aspekt sozialer Arbeit begreifen, die wiederum durch die, verschiedene Bezugsdisziplinen integrierende, Sozialarbeitswissenschaft weiterentwickelt werden soll. Zusätzlich erschwert wird die Formulierung eines konsensfähigen Begriffsverständnisses durch die Heterogenität von Themen, Qualifizierungswegen, Forschungsmethoden und Handlungsfeldern, die sich im Laufe der Zeit kontinuierlich ausdifferenziert haben. Damit einher ging die stetige Erweiterung sozialpädagogischer Zuständigkeit auf mittlerweile sämtliche Lebensalter (vgl. Tetzer, 2012). In der vorliegenden Arbeit wird das Verhältnis von Sozialarbeit und Sozialpädagogik als *Subsumption* bestimmt, d. h. beide zusammen ergeben die Soziale Arbeit (vgl. Kuhlmann, 2007).

Von theoretischen Einordnungen unabhängig war auf der berufspraktischen Ebene zu konstatieren, dass der im Vergleich zu Obdachloseneinrichtungen zweifelsfrei größere Komfort komplementärer psychiatrischer Einrichtungen die Furcht vor weiterer Stigmatisierung und therapeutischer Bedrängung offenbar nicht aufzuheben vermag. Damit bleiben diesen Menschen nur die Einrichtungen der Obdachlosenhilfe. Es scheint, als fühlten sie sich dort eher wohl, da diese Institutionen eher dem oft stark ausgeprägten Wunsch der Zielgruppe nach Selbstbestimmung entsprechen, ohne dass eine vielfach erworbene Versorgungshaltung gänzlich aufgegeben werden müsste. Je mehr darüber hinaus psychiatrische Kliniken ihre Asylfunktion nicht mehr wahrnehmen, desto häufiger vermitteln diese den Versorgungsauftrag dieses Personenkreises ohne Umwege an Institutionen der Obdachlosenhilfe weiter. Unter den damit konfrontierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern herrschen indes vielfach Überforderung und Unsicherheit. Es ist anzunehmen, dass in der Begegnung mit dieser extrem benachteiligten Klientel auch die eigenen, bislang meist unbewussten Ängste aktualisiert werden.

1.4 Die Fortbildungssituation in Bezug auf wohnungslose, psychisch kranke Menschen

Selbstverständlich treffen diejenigen Begleiterinnen und Begleiter, die hier einen Fortbildungsbedarf für sich erkennen, auf eine Vielzahl von Angeboten mit unterschiedlichsten Akzentuierungen. Dabei handelt es sich jedoch meist um Veranstaltungen, die sich klar umrissenen Teilphänomenen wie Krankheitsbildern, betreuungsrechtlichen Grundlagen oder sozialem Kompetenztraining allgemein widmen. Konzepte, die die beiden Aspekte Obdachlosigkeit und psychische Erkrankung zusammenbringen, fehlen völlig, sieht man von einem Beispiel aus dem Rheinland ab (Nouvertné, 1999). Hier werden in sechs Unterrichtstagen vor allem theoretische Fragestellungen sowie Fallbeispiele aus der Praxis bearbeitet.

Fachwissen allein reicht jedoch für einen entspannten, von Symmetrie getragenen Umgang von professionell Helfenden mit ihrer extrem benachteiligten Klientel nicht aus. Es besteht auch ein hoher Bedarf an sog. „soft skills“, also z. B. Kommunikationsstärke und Kritikfähigkeit, Selbstorganisation und Flexibilität oder der Fähigkeit zu vernetztem Denken. Für eine Fortbildungskonzeption wie die hier vorgestellte, die den Anspruch erhebt, Kompetenzen ressortübergreifend miteinander zu verschränken, gilt dies ganz besonders. Dieser Ansatz setzt eine hohe Bereitschaft zur Selbsterfahrung und Reflexion bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern voraus. Sie sind gefordert, eigene Ängste in der Begegnung mit dem für sie Fremden wahrzunehmen und anzuerkennen, um sie dann bearbeiten und im günstigsten Fall auflösen zu können. Auch sind die Eigenmotivation und das Rollenverständnis im Arbeitszusammenhang unbedingt zu prüfen. Bei professionell Tätigen wird das für ihre Arbeit erhaltene Geld, das sie für ihren Lebensunterhalt benötigen, vermutlich ein zentraler motivationaler Faktor sein. Wie aber sieht es bei Ehrenamtlichen oder, um neuere Termini zu verwenden, Freiwilligen oder bürgerschaftlich Engagierten aus, die sich eben nicht im Rahmen von Erwerbsarbeit für obdachlose, psychisch kranke oder auf eine andere Art belastete Menschen einsetzen? Gerade an sie richten sich die im Abschlusskapitel dargestellten Lernsituationen, da angesichts immer knapper werdender finanzieller Mittel und den damit bei Wohlfahrtsverbänden wie freien Trägern einhergehenden zum Teil gravierenden Kompensationen bereits viele Einrichtungen auf bürgerschaftliches Engagement angewiesen sind. Ganz abgesehen davon, dass die Begleitung psychisch kranker obdachloser Menschen durch Freiwillige die Alltagssolidarität fördert, und

die Probleme aus der Lebenswelt armer und ausgegrenzter Menschen in die Gesellschaft allgemein hineingetragen werden können. Damit fordert gerade bürgerschaftliches Engagement die Verantwortung aller für diese Themen ein und gibt sie an das Gemeinwesen zurück. Für die Vorbereitung der Freiwilligen auf ihre Aufgaben wäre es vielleicht richtiger, von Aus- statt von Fortbildung zu sprechen, da hier - anders als bei den Kolleginnen und Kollegen, die das Helfen zu ihrem Beruf gemacht haben - nicht unbedingt Vorkenntnisse im psychosozialen Bereich erwartet werden können. Die Unterscheidung der beiden Adressatengruppen in bürgerschaftlich Engagierte und Professionelle ist jedenfalls unscharf. Denn unabhängig davon, ob man nun von Aus- oder Fortbildung spricht, ist neben adäquater Vorbereitung auf die anfallenden Aufgaben auch eine für den gesamten Prozess kontinuierlich vorzuhaltende Begleitsupervision unerlässlich. Durch ein solches flankierendes Angebot wird bürgerschaftliches Engagement in jedem Falle in einen professionellen Zusammenhang gestellt.

Nicht nur in Hamburg hat Freiwilligenarbeit eine lange Tradition. Allein bei „fördern und wohnen“ engagierten sich im Jahr 2010 240 Menschen auf ehrenamtlicher Basis. Sie taten dies dort vor allem im Bildungs- und Flüchtlingsbereich. Offenbar steigt die Bereitschaft, auch obdachlosen Menschen helfen zu wollen, was an den handfest-praktischen Unterstützungsmöglichkeiten in diesem Bereich liegen könnte, die eine sofortige Rückmeldung zulassen (z. B. das Zubereiten von Mahlzeiten für Nutzerinnen und Nutzer des Winternotprogramms). Trotzdem ist der Anteil der Freiwilligen die sich hier einbringen mit 27 auf die Gesamtzahl gesehen eher gering. Vermutlich bestehen bei dieser Form des Engagements z. T. große Unsicherheiten und Berührungsängste, u. a. wohl auch deshalb, da ihr möglicher Einsatzbereich bisher kaum transparent und positiv dargestellt wird. Wenn dies zutrifft, besteht hier großer Aufklärungsbedarf verbunden mit dem Signal an bürgerschaftlich Engagierte, dass ihre Aufgaben eindeutig begrenzt sind und sie vor Überforderung geschützt werden. Dafür haben wiederum die Hauptamtlichen Sorge zu tragen. Wenn darüber hinaus die Rollen eindeutig geklärt sind und darauf geachtet wird, dass die Aufgaben der freiwillig arbeitenden Kolleginnen und Kollegen tatsächlich *ergänzende* sind, so beugt ein solches Verständnis außerdem Ängsten auf beiden Seiten vor und hilft, Kommunikationsprobleme in der Zusammenarbeit abzubauen, wie sie in der Praxis immer wieder auftauchen. Ebenso erscheint es für die Gewinnung neuer Aus- und Fortzubildenden, die obdachlose psychisch kranke Menschen begleiten möchten, sehr wichtig, Aspekte der Selbsterfahrung und die Schulung der Wahrnehmung in der persönlichen Begegnung in der Konzeption angemessen

zu betonen. Dazu gehört u. a. die Spiegelung persönlicher Lebensthemen einschließlich erfahrener Kränkungen und das Sichtbarwerden eigener Motivlagen, die Einzelne dazu bringen, sich für diesen Personenkreis engagieren zu wollen. Dabei geht es nicht um Demaskierung, sondern darum, ein Moratorium einzurichten, in dem Aus- und Fortbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer herausfinden können, welches spezielle Engagement für sie das richtige ist. Ein solches Vorgehen basiert auf der Annahme, dass ein Teil der Motivation immer stimmt und *jede und jeder* einen Bereich finden kann, der zu ihm oder ihr passt. Fortbildnerinnen und Fortbildner sind damit in ihrer Kompetenz gefragt, auch auf andere Bereiche verweisen zu können. Dies setzt voraus, dass sie um alternative Angebote im Gemeinwesen wissen, anstatt den eigenen Referenzrahmen als Insel im sozialen Niemandsland zu begreifen.

Die beiden im Kontext der hier bearbeiteten Fragestellung besonders hervorzuhebenden Projekte kommen aus dem kirchlichen Bereich: In St. Petri, einer der Hauptkirchen Hamburgs in der Innenstadt, werden für den Bereitschaftsdienst im Beratungs- und Seelsorgezentrum Ehrenamtliche ausgebildet. An sieben Tagen in der Woche ist hier jeder Mensch willkommen, „dem nach Reden zumute ist“. Manchmal bleibt es bei einem einmaligen Gespräch, oft entwickeln sich auch längerfristige Begleitungen daraus. An dieser Aufgabe Interessierte besuchen zunächst ein Wochenendseminar, in dem kommunikatives Handwerkszeug vermittelt wird. Die daraufhin für geeignet befundenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden von der Seminarleitung auf einer Auswahltagung vorgeschlagen und durchlaufen anschließend eine zehnmonatige Ausbildung zur Beraterin bzw. zum Berater. Diese Ausbildung ist in drei Phasen differenziert: Phase eins dient der Selbsterfahrung, die einen breiten Raum einnimmt. Phase zwei und drei bilden den Trainingsteil und bieten vertiefende Schulung in Gesprächsführung sowie die Bearbeitung praktischer Themen, wie sie aus Hospitationen in Einrichtungen entstanden sind.

Daneben ist im Ethnologischen Institut der Universität Hamburg die Idee entstanden, obdachlosen Menschen, die (wieder) eine Wohnung beziehen, nach angelsächsischem Vorbild sog. Mentorinnen und Mentoren zur Seite zu stellen. Als Kooperationspartner für dieses Projekt fanden sich das „Frauenzimmer“, eine Übergangseinrichtung für wohnungslose Frauen sowie die Kirchengemeinde St. Gertrud im Hamburger Arbeiterstadtteil Eilbek. Diesen vormals obdachlosen Frauen werden nun seit ca. einem Jahr Patinnen zugeordnet. Diese sind aktive Mitglieder ihrer Kirchengemeinde, kennen sich in ihrer Wohnumgebung gut aus, leben dort gerne und verfügen über tragfähige Beziehungen in ihrer Nachbarschaft. Für

einen begrenzten Zeitraum stellen sie ihre Erfahrungen im Stadtviertel den neuen, ehemals obdachlosen Nachbarn zur Verfügung. Welche Ziele dabei angestrebt werden und wie viel gemeinsam unternommen werden soll, entscheiden die „alten“ und „neuen“ Nachbarn gemeinsam. Die Mentorinnen werden durch eine dreimonatige Schulung in das Projekt eingeführt und auf ihre Aufgaben vorbereitet. Wegen der guten Erfolge ist daran gedacht, das Angebot auch auf Männer ohne eigene Wohnung auszuweiten. Auch diese Initiative wird in Form von Supervision begleitet.

2. Obdachlosigkeit in einer Wohlstandsgesellschaft

2.1 Lebens- und Versorgungsrealität obdachloser Menschen mit psychischen Störungen

Insgesamt weist die im Vergleich zur Normalbevölkerung signifikant erhöhte Prävalenz psychischer Störungen unter wohnungslosen Menschen sowohl auf die Anfälligkeit dieses Personenkreises für den Verlust der eigenen Wohnung als auch auf die immense psychische Belastung durch die besonderen Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit hin. Dass die Lebensbedingungen auf der Straße extrem gesundheitsbelastend sind, belegen nicht zuletzt diverse Selbsterfahrungsversuche, die fast immer zu einem Versuchsabbruch bei den Beteiligten führten (Henke & Rohrman, 1981, Cole-Dai & Murray, 2003). Die Erfahrungen des letztgenannten Autorenpaars sind aus zwei Gründen besonders hervorzuheben: Erstens beziehen sie sich auf Columbus (Ohio), also die Stadt, in der auch ein Teil der Daten für die vorliegende Arbeit erhoben wurde. Sieben Wochen lang, von Ende Februar bis Anfang April 1999, lebten Philys Cole-Dai und James Murray als Obdachlose auf den Straßen von Columbus. In einem persönlichen Gespräch mit der Verfasserin gaben beide zweitens an, nach dem (planmäßigen) Abschluss ihres Unternehmens unabhängig voneinander erstmals behandlungsbedürftige psychische Störungen entwickelt zu haben.

Angesichts dieser Realitäten ist davon auszugehen, dass auf die psychiatrische Problematik ihrer Klientel zielende Versorgungsleistungen auch künftig und in noch stärkerem Maße als bisher von den in der Wohnungslosenhilfe Tätigen erbracht werden müssen. Umso wichtiger ist es, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, denen zur Begleitung ihrer extrem benachteiligten Klientel zielgruppenspezifische Zusatzqualifikationen fehlen, entsprechend geschult werden. Allerdings sind die bisherigen Angebote, die die Problematik von Menschen, die wohnungslos *und* psychisch krank sind, berücksichtigen, wie erwähnt eher dürftig. Darüber hinaus ergeben sich weitere gravierende Hürden: Bisher sind in Deutschland

das Hilfesystem für wohnungslose Menschen und das psychiatrische Versorgungssystem sowohl administrativ als auch finanzierungstechnisch kaum oder nur unzureichend miteinander verknüpft (Eikermann, Reker & Zacharias, 2002: 55, Salize et al., 2002: 39). Dies kann dazu führen, dass sich bei Menschen, bei denen zu ihrer Obdachlosigkeit auch noch eine psychische Erkrankung hinzutritt, am Ende niemand mehr richtig „zuständig“ fühlt. Wo aber die Zuständigkeit an der Tür des jeweils anderen Systems endet, pendelt dieser Personenkreis möglicherweise zwischen beiden hin und her, ohne effektive Hilfe zu erhalten. Im Arbeitszusammenhang der Autorin wurde nach der angemessenen Wahrnehmung dieser Probleme versucht, Maßnahmen zu koordinieren und Schnittstellen zwischen beiden Systemen herzustellen. Was im März 2002 als regelmäßige ärztlich-psychiatrische Sprechstunde in einer Hamburger Tagesaufenthaltsstätte für obdachlose Menschen begann, wurde so 2004 auch auf die besagte stationäre Übergangseinrichtung ausgeweitet. Dieser aufsuchende Ansatz, bei dem sich psychiatrisches Fachpersonal dahin begibt, wo sich die Patientinnen und Patienten aufhalten ist seitdem kontinuierlich weiterentwickelt worden. Rund ein Jahr später erreichte die auf der Grundlage von § 67 SGB XII arbeitende Einrichtungsleitung in entsprechenden Verhandlungen mit der zuständigen Behördenvertretung die teilweise Finanzierung der Arbeit mit ihrer Klientel über § 53 SGB XII. Damit wurde die administrative und finanzierungstechnische Trennung des psychiatrischen Versorgungsnetzes und der Wohnungslosenhilfe zum Teil aufgehoben - etwas, das Fachleute zwar immer wieder fordern, das in der Praxis jedoch bisher zumindest in Hamburg kaum umgesetzt werden konnte (Nouvertné, 2002: 178).

Es dürfte schwierig sein, eine stärker benachteiligte Bevölkerungsgruppe als die der psychisch kranken Obdachlosen ausfindig zu machen. Nach Taylor (1997: 221) leben solche und anderweitig randständige Menschen in sozialen Nischen, die extrem einengend und u. a. durch folgende Merkmale charakterisiert sind:

- In einengenden Nischen sind finanzielle Ressourcen knapp. Dies kann wiederum ein hoher Stressfaktor mit nachteiligen Auswirkungen auf die Gesundheit sein. Die im Zusammenhang mit der eigenen Studie durchgeführten Interviews haben gezeigt, dass sich unter den Insassen in Gefängnissen oder den Patientinnen und Patienten von Krankenhäusern auch solche Menschen finden, die sich aus ökonomischen Gründen in die Abhängigkeit dieser totalen Institutionen begeben haben.
- In einengenden Nischen bestehen kaum Möglichkeiten zum Erlernen von Fähigkeiten, die man bräuchte, um diesen Ort verlassen zu können. Dies ist besonders dann der

Fall, wenn bürgerliche Normen wie eigene Arbeitstätigkeit und Selbstdisziplin nicht (mehr) gelten bzw. nicht mehr eingehalten werden. Dann wird auch die Notwendigkeit beim Einzelnen, sich Zeit und Energie sinnvoll einzuteilen, nicht mehr realisiert.

- In einer einengenden Nische existieren wenige Möglichkeiten zum Erhalt realitätsbezogener Rückmeldungen. In solchen Nischen Lebende haben somit kaum Gelegenheit, sich auf natürliche Art und Weise ihrer zum Teil unrealistischen Annahmen und Vorstellungen bewusst zu werden und diese zu korrigieren.
- Einengende Nischen bieten wenige Anreize, sich langfristige, realistische Ziele zu setzen und auf diese hinzuarbeiten.
- In einengenden Nischen existieren keine Abstufungen, die Belohnungen oder Statusgewinne vorsehen. Es gibt kein Zertifikat, das jemanden als „Chef-Bag-Lady“ ausweist, und man kann sich auch nicht zum „Obergefangenen“ emporarbeiten. Das bedeutet, dass innerhalb solcher Nischen die Erwartungen in Bezug auf die eigene persönliche Entwicklung denkbar gering sind.
- Menschen, die in einengenden Nischen leben, werden ausschließlich über diese Nische definiert. Dass sie außerhalb dieser Kategorie auch noch andere Eigenschaften und Ziele haben könnten, wird gar nicht erst in Betracht gezogen. Für Außenstehende sind diese Personen ausschließlich bag-ladies, Junkies, Knackies, oder Verrückte.
- Menschen in einengenden Nischen neigen dazu, sich nur mit ihresgleichen auszutauschen. Dadurch wird ihr Umfeld zunehmend eng und begrenzt.
- Einengende Nischen gehen mit einem hohen Maß an Stigmatisierung einher. Personen, die darin gefangen sind, werden von nicht-stigmatisierten Außenstehenden meist ausgegrenzt, passiv als „aussätzig“ wahrgenommen und bisweilen auch aktiv so behandelt.

Unter solchen Bedingungen ist es für die Betroffenen schwierig, eigenständig Schritte zur Problembewältigung zu unternehmen, zumal eine herabgesetzte Einsichtsfähigkeit in die eigene Behandlungsbedürftigkeit verbunden mit reduzierten sozialen Fähigkeiten zu den wesentlichen Merkmalen psychischer Störungen gehören. Eine Lösungsmöglichkeit können hier durch die Vormundschaftsgerichte bestellte gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer sein. Ihre Aufgabe ist es, psychisch und anderweitig beeinträchtigte Menschen in all jenen Lebensfeldern zu unterstützen, mit deren eigenständiger Regelung diese überfordert wären. Ein Verfahren nach dem Betreuungsgesetz kann grundsätzlich durch eine Vielzahl öffentlicher Stellen (z. B. Sozialpsychiatrische Dienste, Fachstellen für Wohnungsnotfälle

Allgemeine Soziale Dienste) und nicht zuletzt durch die zu Betreuenden selbst oder ihre Angehörigen eingeleitet werden.

Zusammengefasst weist das Hamburger Hilfesystem eine beachtliche Variationsbreite von Hilfen und Interventionsmöglichkeiten für Menschen auf, die psychisch krank, obdachlos oder anderweitig in Not geraten sind. Dies könnte zu der Annahme verleiten, diejenigen, die durch dieses Netz sozialer Sicherungssysteme nicht aufgefangen werden, seien als zu vernachlässigende Größe zu betrachten. Die genaue Analyse zeigt jedoch recht beklemmende Sachverhalte. Ein Beispiel hierfür sind die empirischen Untersuchungen des Bremer Sozialwissenschaftlers Torsten Schaak, die dieser im Jahr 2002 und im Jahr 2009 im Auftrag der Freien und Hansestadt Hamburg durchführte. Mit der Erhebungsmethode der direkten Befragung wurden 1.281 Nutzerinnen und Nutzer von Obdachlosen- und Drogenhilfeeinrichtungen befragt, die angaben, auf der Straße zu leben. (In der Folgestudie 2009 betrug die Zahl zum Vergleich 1.029). Dabei äußerten sich 2002 mit 51 Prozent mehr als die Hälfte dahingehend, sie würden es selbst im Winter vorziehen, im Freien zu übernachten. (Die erste Befragung fand im Wintermonat März 2002 statt). Außerdem ergab ein Vergleich mit einer ähnlichen Studie aus dem Jahre 1996 eine Zunahme der Altersstruktur und damit verbunden eine Verfestigung von Langzeitobdachlosigkeit. Dass diese Gruppe mit zunehmender Dauer ihrer Obdachlosigkeit das Hilfesystem immer weniger nutzt, ist eine weitere zentrale Erkenntnis der Schaak-Studie, die sich auch in der Folgestudie 2009 bestätigt hat (Schaak, 2002: 95; 2009a: 16). In der zweiten Untersuchung 2009 wurde zwar eine Erhöhung der Nutzungsquote von Übernachtungseinrichtungen um 12 Prozent ermittelt (Schaak, 2009: 1), jedoch bleibt mit 40 Prozent die Zahl derer, die von diesen Hilfsangeboten nicht erreicht werden, hoch. Auch im Psychatriebereich gehen Praktikerinnen und Praktiker von einer Nutzungsquote von weniger als 50 Prozent aus (Nouvertné, 2002: 170). Im Zusammenhang mit den Fachstellen für Wohnungsnotfälle werden ebenfalls erhebliche Probleme bei der Umsetzung der Wohnungsvermittlung bekannt. So erhielt eine große Baugenossenschaft von den Fachstellen eine Liste mit Namen von Menschen in öffentlicher Unterbringung, denen sie Wohnungen anbieten sollte. Die Baugenossenschaft schrieb diese an, doch nicht einmal 20 Prozent der angeschriebenen Personen meldete sich zurück. Auch die daraufhin von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Genossenschaft angebotenen Gespräche vor Ort in den Einrichtungen wurden nicht wahrgenommen (Schriftliche Kleine Anfrage an den Senat der Freien und Hansestadt Hamburg, Drucksache 18/5007 vom 26.09.2006). Dabei sind die Ursachen für eine durchgängig derart geringe Resonanz nicht in

einem fehlenden Bedarf zu suchen, unter den Langzeitobdachlosen aus Schaaks Untersuchung war diese Nennung sogar besonders selten. Man muss sich daher fragen, was diese Menschen dazu bewegt, dem Sozial- und Gesundheitswesen den Rücken zu kehren, und ob sie nicht doch einen anderen Hilfebedarf als den aufweisen, der durch die etablierten Angebotsstrukturen gedeckt wird.

Sicher ist jedenfalls, dass sich die Gesellschaft von der idealisiert-romantischen Vorstellung des autonom umherwandernden „Tippelbruders“ verabschieden kann. Dieses positive Bild lebt lediglich in einigen Handwerkszünften weiter, wenn deren Gesellen vereinzelt die mittelalterliche Tradition der „Walz“ pflegen. Das Leben auf der Straße ist im Gegensatz dazu elendig und das Ergebnis einer Flucht vor belastenden Lebens- und häufig auch schlechten Betreuungsbedingungen (Nouvertné et al. 1996: 9). Für Menschen, bei denen zum fehlenden Wohnraum eine psychische Erkrankung hinzukommt, gilt dies ganz besonders. Sie dürften ihre Lebensrealität kaum als angenehm empfinden oder sich diese freiwillig zu eigen gemacht haben. Goodman et al. (1991) sprechen vom Wohnungsverlust als „psychologischem Trauma“, das im Kern die reale und subjektiv empfundene Ausgrenzung und Entwurzelung sei. Eine so verwendete Begrifflichkeit könnte indes den Eindruck erwecken, „Trauma“ sei die einem Ereignis inhärente Qualität oder ein Erlebnis als solches. Dies ist nicht der Fall, entscheidend ist vielmehr die Relation von Ereignis und erlebendem Subjekt (Fischer & Riedesser, 1999: 59).

Das Vorliegen mindestens einer Episode von Obdachlosigkeit innerhalb des letzten Jahres vor dem Befragungszeitpunkt war eine Vorbedingung zur Teilnahme an der nachfolgend dargestellten empirischen Untersuchung. Die Analyse des Datenmaterials ergab, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten auch zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht wieder über eine eigene Wohnung verfügte. Aber nur bei einem Teil der Betroffenen lieferte das Gespräch Hinweise darauf, dass sich der Verlust ihres Zuhauses zuvor traumatisch ausgeprägt hatte. In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoller Hanesch et al. (1994) zuzustimmen, die das Fehlen einer vertrauten Umgebung als zentrales und bei allen Wohnungslosen feststellbares *Verlusterlebnis* bezeichnen. Außer diesem Verlusterlebnis konnten in der vorliegenden Studie eine ganze Reihe anderer Verlusterfahrungen identifiziert werden. Die Auswertung hat aber auch gezeigt, dass es in den Biografien *aller* Befragten weitere Situationskostellationen gab, die tatsächlich oft zu einer traumatischen Erlebnisverarbeitung geführt hatten. Es stellt sich daher die Frage, ob Traumatisierung und psychische Erkrankung

nicht in einer genauer zu ergründenden Weise zusammengehören. Jedenfalls scheint es angesichts dieser Faktenlage geboten, näher auf dieses komplexe Thema einzugehen. Einer zunächst vorgenommenen Begriffsklärung schließt sich die Verlaufsbetrachtung der traumatischen Reaktion an. Anschließend werden konzeptionelle Probleme und die Ätiologie erörtert, bevor Konsequenzen im Umgang mit Menschen, die Traumatisierungen erlebt haben, dargestellt werden. Darauf aufbauend untersucht der nachfolgende Abschnitt Einstellungen, die als Vorurteile zur Stigmatisierung von obdachlosen Menschen mit psychischen Erkrankungen beitragen.

2.2 Trauma im Kontext psychischer Krankheit

Begriffsklärung im historischen Diskurs

Der Ausdruck Trauma (von griech. „Wunde“) bezeichnet in der Medizin eine körperliche Verletzung. Entsprechend versteht man unter einem Psychotrauma eine auf ein einzelnes oder mehrere Ereignisse zurückgehende seelische Wunde. Diese zu erforschen und zu behandeln hat sich die Psychotraumatologie als eigenständiger Zweig der Psychotherapie und relativ junge Wissenschaft zur Aufgabe gemacht. In ihrem Lehrbuch der Psychotraumatologie definieren Fischer und Riedesser den Begriff „Psychotrauma“ als *„...ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“* (1999: 79). Erste Beschreibungen von Psychotraumata sollen auf das Jahr 4000 v. Chr. zurückgehen (Jatzko et al. 2005). In der Ilias findet sich das Thema bei Homer im 8. Jahrhundert v. Chr. wieder. Es wird berichtet, wie Achilles sich dem Kampf verweigert und statt seiner selbst den Freund Hypatrokles kämpfen lässt. Dieser kommt schließlich um, worauf Achilles eine psychotraumatische Symptomatik ausbildet (Fischer & Riedesser, 1999). Aber erst im ausgehenden 19. Jahrhundert wurde der Zusammenhang zwischen Trauma und psychiatrischer Erkrankung erstmals durch Jean-Martin Charcot systematisch untersucht. Charcot war ein bekannter Anatom, Neuropathologe sowie Lehrstuhlinhaber für Nervenheilkunde an der Pariser Salpêtrerie und ein Lehrer Freuds und Janets. Im Weiteren veröffentlichte Freud 1896 seine Vorstellungen zur „Trauma-Ätiologie“ der Hysterie. Aktuell wurde das Thema danach erst wieder durch das massenhafte Auftreten von Traumatisierung, wie etwa nach den beiden Weltkriegen. Damals sprach man von den so genannten Kriegsneurosen. In den 1970er Jahren erfuhr die Traumaforschung durch die Vietnam-

Kriegsveteranen und der Beschäftigung mit den generationsübergreifenden Spätfolgen des Holocaust zunehmende Bedeutung. Impulse zur Weiterentwicklung kamen außerdem aus der Frauenbewegung mit den Themen Missbrauch, sexuelle und häusliche Gewalt sowie beispielsweise aus den psychosozialen Zentren für Flüchtlinge zu den Folgen von Folter, Krieg, politischer Verfolgung und Zwangsprostitution. Seit der medialen Verbreitung von Katastrophen wie dem Zugunglück in Enschede 1998, dem Anschlag auf das World Trade Center 2001 oder der Tsunami-Katastrophe 2004 stoßen die Folgen von Traumatisierung auf reges öffentliches Interesse und sind auch die Möglichkeiten von Traumatherapie insgesamt bekannter geworden. Damit hat das Thema eine breitere Basis und allgemeine Bedeutung gewonnen.

Traumatisches Ereignis versus traumatische Erlebnisverarbeitung

Auch wenn Traumata tatsächlich oft mit Krieg, Folter oder Katastrophen assoziiert sind, so gibt es doch genügend Beispiele dafür, dass viele Menschen, die solche Ereignisse erleben, diese zwar als äußerst belastend nicht aber als traumatisch empfinden. Umgekehrt können Ereignisse, die auf den ersten Blick keine existenzielle Bedrohung darstellen, sich für manche betroffene Menschen zu einem Trauma entwickeln. Schließlich kann ein und dasselbe Ereignis von dem einen als Bedrohung und von anderen als Herausforderung betrachtet werden. (Shalev 1992) Derselbe Autor kommt in dem Grundlagenwerk *Traumatic Stress* (2000) zu dem Ergebnis, dass es bisher niemandem gelungen sei, traumatische von normal belastenden Ereignissen erfolgreich zu unterscheiden.

Was hingegen scharf voneinander abzugrenzen ist, sind die Begriffe „traumatische Erlebnisverarbeitung“ versus „traumatisches Ereignis“. Fischer und Riedesser (1999) verstehen unter letzterem traumatische Situationskonstellationen, die eine besondere Dynamik entfalten, spezifische Reaktionen hervorrufen und damit unmittelbar von klinischer Relevanz sind. Beispiele für solche Situationstypen sind nach Ochberg (1988) u. a.

1. Erzwungene „negative Intimität“

Sie tritt etwa bei Vergewaltigung, tätlicher Bedrohung, Geiselnahme oder im Extrem bei Folter auf. Kennzeichnend ist das Eindringen in die Privatsphäre oder die Person selbst, das ein Gefühl der Beschmutzung oder des Ekels hervorruft.

2. Beraubung (bereavement)

Das Gefühl „beraubt“ zu sein, bzw. etwas verloren zu haben, tritt beim Verlust nahe stehender Bezugspersonen auf, insbesondere wenn dieser Verlust plötzlich erfolgt.

Betroffene haben mit der geliebten Person einen Teil des eigenen Selbst verloren, ein

entscheidender Faktor, der in der Trauerarbeit mit diesen Menschen unbedingt zu berücksichtigen ist.

3. Victimisierung

Im Unterschied zu dem Verlust, bei dem sich das Individuum verloren und traurig fühlt, sieht sich der Betroffene bei der Victimisierung als Opfer (engl. *Victim*) oder Verlierer, fühlt sich erniedrigt, beleidigt, herabgesetzt und verletzt. Fischer und Riedesser (1999: 126) weisen darauf hin, dass diese Erfahrung schwer zum Ausdruck zu bringen sei, da hier im Gegensatz zum Verlust Rituale fehlen, welche die Victimisierungserfahrung aufgreifen und darstellen.

4. Todesnähe

Solche Situationen können zu einer besonderen Form der Angst führen. Personen, die diese Art von Todesangst erleben mussten, leben später oft in der Erwartung, dass der Tod jederzeit eintreten kann (*death imagery*), was zu einer spezifischen, mächtigen und fortgesetzten Angst führt.

Die Erfahrungen, die in den dieser Arbeit zugrunde liegenden Interviews deutlich wurden, zeigen eine bemerkenswerte Kongruenz mit den oben beschriebenen traumatischen Situationskonstellationen. Oft leiden die Befragten dabei nicht nur an einer sondern sogar an mehreren traumatischen Konfigurationen. Die Auswirkungen solcher Ereignisse hängen indes maßgeblich von der *individuellen Erlebnisverarbeitung* ab, die sowohl von der Beschaffenheit des Ereignisses selbst als auch von den Bewältigungsmöglichkeiten des Individuums bestimmt ist. So lassen sich traumatische Ereignisse beispielsweise nach Schweregrad, Häufung und nach Art der Beziehung zwischen Opfer und Täter unterscheiden. Egle et al. (1997) formulieren eine Reihe von Risikofaktoren für eine traumatische Erlebnisverarbeitung, denen biografische Schutzfaktoren gegenüberstehen. Wesentliche protektive Faktoren sind diesen Ausführungen zufolge vor allem positiv unterstützende Sozialbeziehungen. Menschen, in deren Lebensgeschichten solche hilfreichen Personen kaum existieren oder ganz fehlen, tragen demnach ein höheres Risiko der Traumatisierung und damit der Möglichkeit, eine ganze Reihe psychischer Störungsbilder zu entwickeln. Demnach sind es, um mit Huber (2003) zu sprechen, in diesen Fällen die konkreten Lebensbedingungen, die psychische Symptome verursachen; es sind *unbewältigte Lebenserfahrungen* im Sinne einer Traumageschichte, die psychisch krank machen. Allerdings muss man McFarlane (1984) Recht geben, der darauf hinweist, dass psychische

Erkrankungen niemals als *zu erwartende* Reaktionen auf einschneidende Lebensereignisse betrachtet werden sollten.

Verlaufsbetrachtung der traumatischen Reaktion

Die bekannteste Erkrankung im Zusammenhang mit psychischer Traumatisierung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), engl. *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD). Nach dem Diagnostisch Statistischen Manual der nordamerikanischen psychiatrischen Gesellschaft, das aktuell in seiner vierten Version vorliegt (DSM-IV), besteht sie aus drei Symptomgruppen:

1. Intrusives Wiedererleben des traumatischen Ereignisses
Traumabezogene Erinnerungen und Intrusionen finden dabei auf verschiedene Weise Ausdruck, z. B. in Form von visuellem Wiedererleben (sog. *Flashbacks*) oder von belastenden Träumen, von körperlichen Empfindungen (sog. Panikattacken) oder von interpersonellen Reizen und Charakterstilen.
2. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind
Dazu gehören das bewusste Vermeiden von Aktivitäten, Orten und Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten ebenso wie eine eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z. B. die Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden) und das Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (man erwartet z. B. nicht, eine Karriere, Ehe, Kinder oder ein normal langes Leben zu haben)
3. Vegetative Übererregtheit (Arousal) mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung. Auch können Konzentrationsstörungen auftreten und es kann zu einer vor dem Trauma nicht vorhandenen erhöhten Reizbarkeit verbunden mit Wutausbrüchen kommen.

Dauern die beschriebenen Symptome länger als vier Wochen an, so scheint die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV gerechtfertigt. Persistieren die genannten Krankheitszeichen ferner über einen Zeitraum von länger als drei Monaten, spricht man von einer chronischen Belastungsstörung, klingen sie innerhalb dieser Zeitspanne wieder ab, wird dies als akute posttraumatische Belastungsstörung bezeichnet.

Im internationalen Klassifikationssystem der Krankheiten, das die WHO erarbeitet hat und das in seiner aktuellen Ausgabe als ICD-10 vorliegt, finden sich unter F 43.1 zum DSM-IV analoge diagnostische Kriterien für das Vorliegen dieses psychischen Störungsbildes.

Bemerkenswert dabei ist allerdings, dass beide Diagnosehandbücher die Störung

unterschiedlich eingruppiert. Die ICD-10 sortiert sie unter „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen ein, während das DSM-IV sie unter Angststörungen subsumiert. Auch beinhaltet das DSM-IV als nationales Klassifikationssystem im Gegensatz zum ICD-10 als seinem internationalen Pendant genauere diagnostische Kriterien etwa hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede. Neuere Klassifikationssysteme (ICF, 2005) verfolgen den Ansatz, sämtliche Kontextfaktoren, die zu der psychischen Störung geführt haben, zu berücksichtigen. Mit der Fokussierung auf Lebenswelten deutet sich ein Perspektivenwechsel von einer Orientierung an Defiziten hin zu einer Ressourcenorientierung an, auch wenn dieser bisher allenfalls auf akademischer Ebene vollzogen wurde. Die weiterhin parallel gültige ICD-10 macht explizit, dass die Überführung der Forderungen der ICF in die Praxis sicher noch einige Jahre beanspruchen wird. Im Zusammenhang mit der vorliegenden Fragestellung mag dieser Hinweis genügen, da es hier nicht um Diagnostik geht und die Einordnung in verschiedene Klassifikationssysteme daher nur eine untergeordnete Rolle spielt.

Konzeptionelle Probleme

Verschiedene Autoren (vgl. Fischer & Riedesser, 1999: 43, Shalev, 2000, Nijenhuis et al., 2003) halten den Begriff der Posttraumatischen Belastungsstörung aus mehreren Gründen für problematisch. Fischer und Riedesser (1999: 43) schlagen demgegenüber für die im PTSD anvisierte Symptomkonstellation die Bezeichnung *basales psychotraumatisches Belastungssyndrom* (bPTBS) vor. Diese deutsche Übersetzung ist der englischen Abkürzung relativ ähnlich, aber nicht identisch. Die vorgeschlagene Wortwahl der Autoren trennt die beiden Termini Trauma und Stress in zwei verschiedene Konstrukte, die andernfalls leicht durcheinander gebracht werden können. Der Ausdruck „psychotraumatisch“ erscheint hier klarer. Unter Stressreaktion verstehen Fischer und Riedesser (1999: 44) demgegenüber die Antwort des Organismus auf eine kritische Belastungssituation und kritische Ereignisse, wobei es in der Regel nicht zu der für die Traumareaktion charakteristischen qualitativen Veränderung von psychischen und/oder organischen Systemen kommt. Auch besteht ihre Terminologie ohne die Vorsilbe *posttraumatisch*, die nach ihrem Verständnis eine Gleichsetzung von Trauma und traumatischem Ereignis suggeriert, ohne den nahe liegenden prozessualen Verlauf des Geschehens zu berücksichtigen.

Ätiologie

Drei in der Psychotraumatologie relevante Ansätze sollen hier kurz dargestellt werden:

1. Tiefenpsychologische Erklärungsansätze

Sie leiten sich vom psychoanalytischen Neurosemodell ab, in dessen Zentrum ein innerseelischer Konflikt steht. Dieser ergibt sich bei psychotraumatischen Störungen jedoch nicht primär innerseelisch zwischen konfligierenden psychischen Tendenzen wie bei der Neurose, sondern zwischen einem handlungsbereiten Subjekt und seiner Umwelt. Diese Umwelt wird in gleichem Maße als bedrohlich wahrgenommen, wie sie sich der Beeinflussung entzieht. Nach Möllering & Herpertz (2006) führt diese spezifische Konfliktsituation dazu, dass sich die Abwehr nicht primär gegen Triebwünsche richtet, sondern gegen die wahrgenommene bedrohliche Wirklichkeit, wie sie sich in der traumatischen Situation darstellt. Es kommt zu einer Amnesie bezüglich des traumatischen Geschehens oder zu einer „Ich-Spaltung“. In jedem Fall bleibt der traumatisierende Realitätsaspekt psychisch unverarbeitet. Der in der traumatischen Situation erlebte Konflikt zwischen Selbst und Umwelt wird so immer wieder in der Außenwelt konkretisiert, was zu einer Kette sich wiederholender Traumatisierungen führt (Möllering & Herpertz, 2006).

Diese für traumatisierte Menschen charakteristische Wiederbelebungen traumatischer Affekte im täglichen Leben können zu schweren affektiven Dysregulationen führen. Dabei steuern die während der Zustände massiver autonomer Erregung gespeicherten Erinnerungen die spätere Interpretation von Ereignissen. So werden die aus der traumatischen Situation stammenden Gefühle der aktuellen Situation zugeordnet und banal anmutende Alltagssituationen erhalten eine traumatische Qualität. Eine Folge davon ist z. B. der Verlust der Fähigkeit des Individuums, die Intensität seiner Gefühle und Impulse zu regulieren. Im Verständnis von Möllering & Herpertz (2006) können alle Formen autodestruktiven Handelns aus dem Bedürfnis heraus verstanden werden, sich hier Erleichterung zu verschaffen und die unerträglichen Affektzustände zu beenden.

2. Verhaltenstherapeutische Erklärungsansätze

Hierunter fallen sowohl lerntheoretische Modelle, wie z. B. die klassische und operante Konditionierung sowie kognitive Erklärungsansätze. Das klassische Konditionieren beruht auf Reflexen, d. h. auf Reiz-Reaktionsverbindungen, die der biologischen Anpassung dienen und angeboren sind. Beim operanten Konditionieren werden die Zusammenhänge zwischen Reaktionen und nachfolgenden Konsequenzen dagegen erlernt. Die einzelnen Wirkungen des Verhaltens bestimmen die Wahrscheinlichkeit des erneuten Auftretens. Darüber hinaus gibt es Modelle, die stärker eine gestörte Informationsverarbeitung thematisieren in dem Sinne, dass

psychische Störungen in unterschiedlichem Ausmaß auf einer Veränderung von Gedächtnisrepräsentationen beruhen. Mit anderen Worten: Eine Traumatisierung kann die Wahrnehmung und Verarbeitung von Reizen in selektiver Weise verändern. Im Bereich der kognitiven Erklärungsansätze wird beispielsweise davon ausgegangen, dass das Trauma kognitive Schemata erschüttert. Möllering und Herpertz (2006) definieren kognitive Schemata als Grundüberzeugungen, die sich auf die eigene Person und die Umwelt beziehen und die Wahrnehmung und das Verhalten steuern. Der schrittweise Integrationsprozess ist gestört, traumatische Erlebnisse können nicht als Ganzes in diese Schemata aufgenommen werden.

3. Neurobiologische Erklärungsansätze

Diese Perspektive untersucht biologische Veränderungen des Gehirns als Reaktion auf gravierende Stressoren. Dazu gehören:

- a. Veränderungen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA), der hormonellen Stressachse des Körpers (vgl. Heim et al., 2000). Damit einhergehend kommt es zu einer dauerhaft erhöhten Empfindlichkeit der Amygdala als dem emotionalen Gedächtnisspeicher im limbischen System. Eine solche Sensibilisierung neurobiologischer Strukturen kann dazu führen, dass auch dann Alarmreaktionen im Gehirn ausgelöst werden, wenn objektiv gar keine Bedrohung besteht.
- b. Veränderungen auf der Neurotransmitterebene im noradrenergen System
Verschiedene Untersuchungen bei Patientinnen und Patienten mit einer PTSD zeigten beispielsweise deutlich höhere Noradrenalin Spiegel als bei gesunden Kontrollpersonen. Ebenso erhöht war die Konzentration endogener Opiate (Grillon et al. 1996, Yehuda 2001, Zobel 2006). Veränderungen der Noradrenalinausschüttung sind auf die Aktivierung des Hirnstamms zurückzuführen als unmittelbare Folge der von der Amygdala ausgelösten Alarmreaktionen.
- c. Veränderungen hinsichtlich verschiedener psychophysiologischer Parameter, wie z. B. eine geringe elektrodermale Anpassung auf die wiederholte Darbietung von Schreckreizen als Merkmal eines erhöhten Arousal (Morgan et al. 1996)
- d. mögliche hirnanatomische Veränderungen, z. B. eine Volumenminderung im Hippokampusbereich als dem Teil des Gedächtnissystems, der Erlebnisinhalte in die eigene Biografie überführt (Huber 2003, Möllering & Herpertz 2006 Bauer 2006).

Konsequenzen für den Umgang mit Menschen, die traumatische Ereignisse erlebt haben

Die hier zur Diskussion stehende Studie hat gezeigt, dass die Biografien aller Befragten traumatische Situationskonstellationen aufweisen, wie sie von Ochberg (1988) beschrieben wurden. Daraus sind *interpersonale physische und emotionale Verletzungen* entstanden, die psychologische Schädigungen zur Folge haben. Die überwiegende Mehrheit der Befragten scheint aus diesen biografischen Erlebnissen Traumata entwickelt zu haben. Ausgehend von dieser Erkenntnis ist es wichtig, diese Zielgruppe über einen längeren Zeitraum zu begleiten. Eingedenk der Wichtigkeit sozialer Beziehungen als wesentlichem protektivem Faktor geht es für Begleiterinnen und Begleiter zunächst darum, eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrem Gegenüber aufzubauen. Helfende müssen die Dynamik einer gestörten bzw. unterbrochenen Bearbeitung der Lebenserfahrungen ihrer Klientel verstehen. Ein Mensch, dessen Leben beispielsweise durch Intrusionen traumatischer Erlebnisse gekennzeichnet ist, wird sein Dasein vermutlich um die Vermeidung derartiger Erfahrungen herum gestalten. Dazu gehört nicht nur das Fernhalten von Situationen, Personen oder Emotionen, die den oder die Betreffende an das traumatische Ereignis erinnern, sondern auch die Einnahme von Alkohol oder anderen legalen und illegalen Drogensubstanzen zur Bewusstseinsbetäubung. Die hohe Ko- oder besser Multimorbidität von psychischen, physischen und Suchterkrankungen wie sie auch die hier dargestellte Studie eindrucksvoll belegt, bekommt vor diesem Hintergrund einen ganz anderen Stellenwert. Ähnliches gilt für autodestruktives Verhalten.

Ausgehend von dem wissenschaftlich begründeten evidenzbasierten Konsens, dass jedem Versuch, traumatisierten Menschen bei der Bearbeitung dieser Lebenserfahrungen zu helfen, eine Phase der Stabilisierung vorausgehen muss, haben Begleiterinnen und Begleiter der Betroffenen außerdem auf die Herstellung einer sicheren Umgebung zu achten. Die Hilfesuchenden bestimmen selbst, ob und wann sie über das Erlebte sprechen möchten. Wenn sie dies tun, so sollten Beraterinnen und Berater selbstverständlich in der Lage sein, adäquat darauf zu reagieren. Hier ist neben einer empathischen, zugewandten Haltung auch fundiertes theoretisches Wissen unerlässlich. Ohne das Vorhandensein solcher stabiler Rahmenbedingungen sind die folgenden Behandlungsschritte Traumaexposition, Integration und Neuorientierung (vgl. Huber 2003, Möllering & Herpertz 2006) jedoch weder möglich noch sinnvoll. Die sich daraus für psychisch kranke *obdachlose* Menschen ergebenden Implikationen, die im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen, sind weit reichend und müssen in der Fortbildung unbedingt berücksichtigt werden (Kapitel 5).

Allerdings kann man psychische Erkrankungen nur erfolgreich behandeln, wenn man auch den alltäglichen Umgang damit genau beobachtet und reflektiert. Im Alltag von Menschen mit psychischen Störungen gehen dem Begreifen der Tatsache, dass eine Erkrankung vorliegt, oft langwierige Leidensphasen voraus. So kommt es vielfach z. B. zu heftigen Konflikten zwischen den Betroffenen und ihren Angehörigen, dem Abbruch von Freundschaften und häufig zu sozialem Rückzug. Es kommt zu Einbrüchen in der Schul- und Berufsbiografie und oft auch zum Ausschluss der Betroffenen aus Gruppen und Vereinigungen, in denen sie teilweise lange gelebt haben. An den Verlust der Berufstätigkeit schließt sich dann häufig der Wohnungsverlust und nicht selten Verwahrlosung an. Dem Scheitern der normalpsychologischen Bewältigungsversuche folgt die krisenhafte Zuspitzung und der psychische Zusammenbruch, der Diagnose und Behandlung oft erst möglich macht. Eine ähnliche Beschreibung findet sich u. a. bei Finzen (2001: 13), deren Erkenntnisse sich in bemerkenswerter Weise mit den Erfahrungen der Interviewpartnerinnen und -partner aus der eigenen Studie decken.

2.3 Der öffentliche, private und professionelle Umgang mit psychischen Störungen

Psychische Erkrankungen sind in ihren Erscheinungsformen sehr vielfältig. Sie können „leicht“ sein oder „schwer“. Sie können „akut“ und „dramatisch“ verlaufen oder „schleichend“ und für Außenstehende kaum wahrnehmbar. Sie können kurze Zeit andauern oder ein ganzes Leben und in längeren oder kürzeren Abständen wiederkehren. Sie können ausheilen oder einen chronischen Verlauf mit dauerhafter Behinderung nehmen. Sie treffen Jugendliche im Prozess des Erwachsenwerdens genauso wie Frauen und Männer, die in der Mitte des Lebens oder an der Schwelle zum Alter stehen. Weil diese Störungen so vielfältig sind, sind sie auch für mit ihren Erscheinungsformen Erfahrene schwer greifbar. Diese Unklarheit wiederum ist ein günstiger Nährboden für Mythen und Vorurteile. Diese versteigen sich auf der einen Seite zum Märchen von der Unheilbarkeit psychischer Störungen und auf der anderen zu der Unterstellung, psychische Erkrankungen gebe es gar nicht (Finzen, 2001: 11). Schon deshalb sind Psychosen und hier besonders solche aus dem schizophrenen Formenkreis keine Krankheiten wie jede andere. Sie sind unverstandene Störungen, die von vielen Menschen als unheimlich erlebt werden. Das heißt, dass sie nicht nur Krankheitsbezeichnung im ursprünglichen Sinne sondern zugleich Metaphern sind. Der Begriff „Psychose“ steht für alles mögliche andere und nichts davon genügt objektiven

wissenschaftlichen Kriterien oder einer verantwortungsvollen Moral. Susan Sontag hat diesen Prozess der Metaphorisierung wie folgt beschrieben:

„Der uralte, anscheinend unerbittliche Prozess, durch welchen Krankheiten Bedeutung zuwächst (indem sie für die tiefsten Ängste stehen) und sie zu einem Stigma werden, verdient noch allemal, bekämpft zu werden...“

Dabei, so argwöhnt Sontag, handelt es sich bei dieser Stigmatisierung bestimmter Gruppen von Kranken nicht um einen „Betriebsunfall“, sondern um die Befriedigung eines gesellschaftlichen Grundbedürfnisses. Sie schreibt weiter:

„Es scheint so, als brauchten alle Gesellschaften eine Krankheit, die sie mit dem Bösen identifizieren und ihren ‚Opfern‘ als Schande anlasten können“. (Sontag, 1981)

Finzen (2001: 20) bemerkt zu diesem Thema:

„Die Tuberkulose hat ihren Schrecken verloren. Sie ist als Metapher des Bösen ungeeignet. Mit der Krebserkrankung haben wir offen und offensiver, mit dem Wort Krebs vorsichtiger umzugehen gelernt. Die Schizophrenie als Metapher der Abwertung und der Distanzierung ist in mancher Hinsicht an ihre Stelle getreten...“

Und weiter schreibt dieser Autor: *„Ob nun aber das abweichende Verhalten eines Menschen als harmlos oder gemeingefährlich klassifiziert wird, ist weitgehend eine Frage der Interpretation... Und es hängt vom sozialen Spielraum ab, der Flexibilität und der Toleranzfähigkeit einer Gesellschaft, ob jemand als Außenseiter geduldet oder als Hexe verbrannt wird, ob jemand als psychisch Kranker therapiert oder wie im Dritten Reich ermordet – oder wie in historischen Gesellschaften nicht unüblich – einfach ausgesetzt wird. In jedem Fall bleibt das Stigma.“* (Finzen, 2001: 32).

Bereits vor 30 Jahren äußerte Walter Vogt (1977) die Überzeugung, dass nicht Psychiater über verrückt oder normal entscheiden, sondern die Medien. Die Untersuchungen von Angermeyer und Siara (1994: 41 ff.) unmittelbar vor und nach den Politikerattentaten von 1990 lassen befürchten, dass er Recht hat. Auch Hoffmann-Richter kommt mit ihrer Untersuchung zur Darstellung der Krankheit Schizophrenie in den Schweizer Medien einige Jahre später zu dem Ergebnis, dass diese durch und durch negativ ausfällt. Die Autorin schreibt: *„Dort wird der schizophrene Mensch zum Prototyp des unberechenbaren und gefährlichen gewalttätigen Verbrechers.“* (Hoffmann-Richter, 2000) Insgesamt betrachtet bedeutet dies, dass sowohl die Verwendung des Begriffs „Psychose“ und hier besonders der „Schizophrenie“ als Metapher sowie deren mediale Darstellung das gesellschaftliche Bild psychischer Erkrankungen prägt. Zum *öffentlichen* kommt der *private* Umgang mit der Diagnose durch ihre Trägerinnen und Träger selbst sowie ihre Angehörigen. Bevor in diesem

Zusammenhang nachfolgend Stigmatisierungsprozesse wie sie über Einstellungen und Vorurteile wirksam sind, thematisiert werden, ist eine grundlegende Begriffsdifferenzierung vorzunehmen: Vorurteile oder mehr oder minder klare Begriffsverständnisse haben wir alle. Wir brauchen sie, um uns ohne ständiges Nachdenken im Alltag zurechtzufinden. Aktives Handeln aufgrund von Vorurteilen, die den Menschen, denen sie gelten, Unrecht tun, wird als Diskriminierung bezeichnet. Stigmatisierung schließlich ist das, was Vorurteile und Diskriminierung bei den Betroffenen bewirken. Wer psychisch erkrankt, bei dem tritt das damit verbundene Stigma meist erst später im Leben auf. In der Zwischenzeit hat das betreffende Individuum gründlich über die „Normalen“ und die Stigmatisierten gelernt, bevor es sich selbst als unzulänglich erfahren musste. Entsprechend entwickelt die Person zwangsläufig eine Missbilligung ihrer selbst, und auch ihre Angehörigen wenden sich von ihr ab. Sie tut dies umso mehr, je ausgeprägter die gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber ihrer Krankheit sind, je stärker sie sich im alltäglichen Leben als zurückgewiesen, geächtet, ausgeschlossen oder verhöhnt erlebt. Auf diese Weise wird das Stigma zur zweiten Krankheit, die unter Umständen noch belastender als die ursprüngliche Störung ist und um alles in der Welt verheimlicht werden muss.

2.3.1 Der Stigmatisierungsansatz nach Goffman

Auch die im empirischen Teil dieser Arbeit dargestellten Interviews der eigenen Studie belegen zweierlei Einflussrichtungen. Einerseits führt die psychische Erkrankung zu Funktionseinschränkungen kognitiver und emotionaler Art, die wiederum soziale Benachteiligungen nach sich ziehen. Andererseits kann auch die Reaktion der sozialen Umwelt bei den Betroffenen Funktionsbeeinträchtigungen hervorrufen oder verstärken. Welche Mechanismen werden hier wirksam und was bedeuten sie für die Interaktion zwischen Menschen, die psychisch krank und obdachlos sind und solchen, die diese Merkmale nicht haben?

Ein Ansatz aus der Soziologie, der die Auswirkungen von Behinderung in sozialen Interaktionen beleuchtet, ist der auf Erving Goffman zurückgehende *Stigmatisierungsansatz* (Goffman, 1963, dt. 1967).

Begriffsbestimmung

Der Begriff „Stigma“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Brandmal“ oder „Zeichen“ Ursprünglich war damit ein sichtbares Zeichen gemeint, das in den Körper geschnitten oder

gebrannt wurde. Träger solcher Zeichen waren für ihre Umgebung sichtbar und irreversibel als Sklaven oder Verbrecher „gebranntmarkt“, die man am besten zu meiden hatte. Analog zu dieser alten Bedeutung des Wortes versteht Goffman (1967: 9 ff.) unter einem Stigma eine Eigenschaft oder ein Merkmal eines Menschen, das ihn in den Augen anderer „zutiefst diskreditiert“.

Diesen Prozess des Diskreditierens beschreibt Goffman recht genau. Wenn wir einer Person zum ersten Mal begegnen, bilden wir uns aufgrund ihrer äußeren Merkmale und der Informationen, die wir über diese Person haben, ein erstes Bild von ihr. Dieses Bild besteht nicht nur aus den tatsächlich beobachteten Merkmalen und den im sozialen Umgang mit dieser Person erfahrenen Eigenschaften, sondern es setzt sich außerdem aus einer Reihe weiterer Attribute zusammen, die wir bei dieser Person aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe *vermuten*. Aufgrund der Zugehörigkeit unseres Gegenübers zu einer bestimmten Personenkategorie schließen wir also auf weitere, nicht beobachtete Merkmale und antizipieren weitere Eigenschaften dieser Person.

Goffman (1967) unterscheidet zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität. Die virtuelle soziale Identität umfasst dabei die Eigenschaften und Merkmale, über die eine zu einer bestimmten Personenkategorie gehörende Person verfügen sollte. Dem steht die aktuelle soziale Identität gegenüber, die sich aus den Attributen zusammensetzt, die diese Person tatsächlich aufweist und die im sozialen Umgang mit ihr erfahren werden. Ein Stigma ist in diesem Sinne ein Merkmal oder Attribut, das den Träger in den Augen anderer herabsetzt, weil die wahrgenommene aktuelle soziale Identität von der virtuellen Identität in negativer Weise abweicht. Aufgrund dieses Stigmas wird nun auf das Vorhandensein weiterer negativer Eigenschaften geschlossen. Ein Stigma ist also nicht lediglich eine ungünstige Eigenschaft, die einen bestimmten Aspekt einer Person unvorteilhaft zur Geltung bringt, vielmehr diskreditiert es die Person als Ganzes. Goffman (1963: 14 ff.) unterscheidet drei verschiedene Arten von Stigmata. Die erste Gruppe bezeichnet er als a) „*abominations of the body*“ („Abscheulichkeiten des Körpers“). Darunter werden sichtbare Deformationen des Körpers verstanden, wie z. B. Körperbehinderungen, Missbildungen, Entstellungen und dgl. Einen weiteren Typus nennt Goffman b) „*blemishes of individual character*“ („individuelle Charakterfehler“), worunter er so unterschiedliche Zustände oder Aspekte wie Geistesverwirrung, Gefängnishaft, Sucht, Alkoholismus, Homosexualität, Arbeitslosigkeit, Selbstmordversuche und radikales politisches Verhalten subsumiert (Goffman 1967: 13). Als dritte Gruppe führt Goffman c) „*tribal stigma*“, also phylogenetische Stigmata wie ethnische Zugehörigkeit, Nationalität und Religion an. Diese Differenzierung macht deutlich, dass

grundsätzlich jedes Attribut zu einem Stigma werden kann, das die soziale Identität einer Person herabsetzt und sie damit in ihrem sozialen Ansehen und gesellschaftlichen Status diskreditiert. Im Rahmen dieses Ansatzes kommt den sozialen Normen und dem Wertesystem einer Gesellschaft eine zentrale Bedeutung zu. Nicht das Merkmal oder das Verhalten selbst sondern seine gesellschaftliche Bewertung entscheidet darüber, ob es die soziale Wertschätzung, die der Betreffende erfährt mindert und darüber zum Stigma wird. Der Stigmatisierungsansatz bezieht demnach alle Personen mit ein, die in irgendeiner Weise *unerwünscht anders* sind. Dazu gehören nicht nur Menschen, die im engeren Sinne körperlich oder psychisch beeinträchtigt sind, sondern auch Angehörige praktisch aller gesellschaftlichen Randgruppen wie z. B. Migrantinnen und Migranten, Drogenabhängige, Straffällige, Arbeits- und eben auch Obdachlose. In diesem Sinne ist die im Zentrum dieser Arbeit stehende Zielgruppe gleich in mehrfacher Hinsicht Stigmatisierungsprozessen durch ihre Umgebung ausgesetzt, ein Umstand der, wie die Interviews zeigen, sich in der Mehrzahl der Fälle negativ auf das Selbstwertgefühl der Befragten auswirkt und sie daran hindert, sich rechtzeitig um eine Behandlung zu bemühen.

2.3.2 Interaktionsbestimmende Faktoren im Kontakt mit unerwünscht andersartigen Menschen

Die Auffälligkeit der Andersartigkeit

Nach Tröster (1990: 24) ist nicht zu erwarten, dass das soziale Verhalten gegenüber Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen gleichartig ist. Ein Beispiel für das Zutreffen dieser These ist eine Untersuchung von Shears und Jensema aus dem Jahre 1969. Die Autoren erfassten bereits damals die soziale Distanz zu Personen mit zehn verschiedenen „Behinderungen“ - gemäß damaliger Terminologie - oder sozial auffälligem Verhalten (z. B. Homosexualität). Soziale Distanz meint dabei die Bereitschaft von Versuchspersonen, einen behinderten Menschen in verschiedenen vorgestellten Beziehungskonstellationen zu akzeptieren (z. B. als Ehepartner, Freund, Arbeitskollegen oder als Nachbarn). Ausgehend von der empirischen Rangreihe der sozialen Distanz ermittelten die Autoren eine Hierarchie von drei Behindertengruppen. Die geringste soziale Distanz besteht nach dieser Untersuchung zu Rollstuhlfahrern, Personen mit Amputationen und Blinden. Danach folgen hinsichtlich der Akzeptierungsbereitschaft Gehörlose, Sprachbehinderte (Stotterer) und Personen mit einer LKGS (Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte, gemeinsprachlich „Hasenscharte“) sowie in einem größeren Abstand Menschen mit Cerebralparese. Die größte soziale Distanz nehmen

Nichtbehinderte nach den Ergebnissen von Shears und Jensema zu Homosexuellen, geistig Behinderten und psychisch kranken Menschen ein. Folgt man der Argumentation dieser Autoren, so ist die Akzeptierungsbereitschaft eines behinderten oder auf andere Weise stigmatisierten Menschen u. a. von folgenden Faktoren abhängig:

- der Sichtbarkeit der Einschränkung
- dem Ausmaß, in dem die Kommunikation mit den Betroffenen beeinträchtigt ist
- der Prognose, d. h. davon, ob die Krankheit heilbar bzw. die Behinderung reversibel ist
- dem Grad der funktionalen Beeinträchtigung
- dem Ausmaß der Stigmatisierung, dem die Betroffenen ausgesetzt sind

Neuere Untersuchungen belegen, dass sich die Hoffnung, die in den folgenden drei Jahrzehnten geleistete Öffentlichkeitsarbeit verbunden mit vielerlei Ansätzen im Rahmen der Psychiatriereform hätten die Distanz zu Menschen mit psychischen Erkrankungen schwinden lassen, nicht erfüllt hat. (vgl. Angermeyer & Siara, 1994: 51)

Allein mit der Auffälligkeit ihrer Andersartigkeit in der sozialen Interaktion oder dem Ausmaß, in dem die Kommunikation mit den Betroffenen beeinträchtigt ist, lässt sich kaum erklären, warum nach der Untersuchung von Shears und Jensema Menschen, die psychisch krank sind, in der Hierarchie unterschiedlich beeinträchtigter Personengruppen das Schlusslicht bilden. Zumal sich eine psychische Beeinträchtigung, sofern sich der oder die Betroffene nicht gerade in einem akut-psychotischen Zustand befindet, der Aufmerksamkeit Außenstehender nicht unbedingt aufdrängt. Oft kann es im Gegenteil lange dauern, bis der nicht betroffene Interaktionspartner etwas vom Anderssein seines Gegenübers bemerkt. Goffman (1963) unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen den „Diskreditierten“ und den „Diskreditierbaren“. Die Situation der Diskreditierten ist dadurch gekennzeichnet, dass sie aufgrund der Auffälligkeit ihrer Behinderung keine Möglichkeit haben, die Informationen über ihr Stigma zu kontrollieren. Dagegen können die Diskreditierbaren, deren Stigma nicht unmittelbar auffällig ist, die Informationen darüber beeinflussen und steuern. Diese Informationskontrolle bezeichnet Goffman als „Stigma-Management“, das Menschen, die psychisch krank sind, als Diskreditierbare im Gegensatz zu den Diskreditierten zur Verfügung steht. Sie können ihr Stigma verschweigen oder ihre Umwelt über das wahre Ausmaß ihrer Beeinträchtigung täuschen. Sie tun dies genauso wie Menschen mit sichtbaren Beeinträchtigungen, die im Sinne eines Stigma-Managements überwiegend darum bemüht

sind, den Eindruck, den ihre Behinderung bei anderen hinterlässt, aktiv zu beeinflussen. Zu bedenken ist allerdings, dass die Möglichkeit zum Stigma-Management vielfach auch mit Gefühlen der Unsicherheit und der Angst vor Entdeckung einhergeht.

Die zugeschriebene Verantwortlichkeit

Für Einstellungen und Verhalten Menschen gegenüber, die psychisch krank und obdachlos sind, müssen noch andere Faktoren bestimmend sein. Ein solcher zentraler Aspekt sind die Vorstellungen, die Nichtbetroffene über die Ursachen von Störungen und über die Bedingungen haben, die einem von der Norm abweichenden Verhalten zugrunde liegen. Das soziale Verhalten hängt entscheidend davon ab, ob und in welchem Ausmaß dem Betreffenden eine Eigenverantwortlichkeit für die Beeinträchtigung oder für das von ihm oder ihr gezeigte abweichende Verhalten zugeschrieben wird (vgl. Freidson, 1966, Haber & Smith, 1971). Die Zuschreibung einer solchen Verantwortung basiert auf der Annahme, dass die Betreffenden selbst die Kontrolle über die verursachenden Faktoren haben. Die Vorstellung, der Einzelne sei für seine Beeinträchtigung bzw. den Umgang damit selbst verantwortlich oder könne sein normverletzendes Verhalten kontrollieren, kann den nicht betroffenen Interaktionspartner zu mindestens zwei Schlussfolgerungen verleiten: Entweder will sein Gegenüber die Beeinträchtigung oder das sozial abweichende Verhalten aufrechterhalten oder es ist aufgrund einer charakterlichen Schwäche nicht in der Lage, sein Verhalten zu ändern. Unabhängig von einem unterstellten Mangel an Wollen oder Können wird in beiden Fällen die Ursache des Stigmas in der Persönlichkeit des Betreffenden gesucht. Die Beeinträchtigung oder das normabweichende Verhalten wird zum Resultat persönlichen Versagens. Aufgrund eines Stigmas, für das der Einzelne verantwortlich gemacht wird, wird also auf weitere ungünstige Eigenschaften geschlossen. Je größer die angenommene Kontrollierbarkeit, desto negativer sind die affektiven Reaktionen, die solchermaßen stigmatisierten Individuen von ihrer Umwelt entgegengebracht werden (vgl. auch Tringo, 1970, Albrecht, Walker & Levy 1982).

Nach dem Eindruck der Autorin, die im Rahmen dieser empirischen Studie 15 Monate lang im US-Bundesstaat Ohio gelebt und geforscht hat, wird Menschen, die psychisch krank und obdachlos sind, gerade in den USA ein hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit für ihre Lebenssituation unterstellt, was zu einer massiven Ablehnung dieser besonders vulnerablen Personengruppe führt. Vorstellungen über die Verursachung einer Krankheit oder eines von der Norm abweichenden Verhaltens beeinflussen nicht nur die Interaktionen zwischen

einzelnen Personen, sie schlagen sich auch in Konzepten darüber nieder, wie Menschen in schwierigen Lebenssituationen am besten zu helfen sei. Damit erhalten solche Interaktionen eine institutionell-gesellschaftliche Dimension, innerhalb der sie die Lebensqualität der Menschen, die diese Hilfe nachfragen, noch mehr einschränken können. (Kapitel 5)

2.3.3 Einstellungen gegenüber Menschen, die psychisch krank und obdachlos sind

Wie im vorangehenden Abschnitt erläutert, leiden Menschen, die psychisch krank und obdachlos sind ebenso wie die Angehörigen anderer gesellschaftlicher „Randgruppen“ meist mehr an den Reaktionen ihrer Umwelt, die ihre (unerwünschte) Andersartigkeit hervorruft, als an ihrer Besonderheit selbst. Für Finzen (2001: 35) ist die mit den gesellschaftlichen Reaktionen verbundene Stigmatisierung die zweite Krankheit und ein Genesungshindernis ersten Ranges. Die allgemeine Grundlage für die diese Menschen benachteiligenden Verhaltensweisen besteht darin, dass das „randständige“ Individuum in der Regel nicht als individuelle Person wahrgenommen wird, die neben charakterlichen und anderen Eigenschaften eine psychische Erkrankung hat und möglicherweise aktuell über keine eigene Wohnung verfügt. Ein Mensch mit Psychiatrieerfahrung ist in den Augen seiner Umwelt, die davon Kenntnis hat, zu allererst ein psychisch Kranker. Offenbar ist die Gemeinschaft der sog. Gesunden nach wie vor wenig bereit, sichtbar psychisch kranke obdachlose Menschen zu integrieren und die mit einer solchen Integration möglicherweise einhergehenden Risiken und Belastungen mit zu tragen. So reduzieren sich die Chancen auf gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für diese besonders verletzbare Personengruppe weiter.

Damit ist der Begriff der *Einstellungen* angesprochen als eine wesentliche Determinante individuellen bzw. gruppenspezifischen Verhaltens. Bei dem Anliegen, diesen Begriff näher zu bestimmen, stößt man auf eine ganze Reihe unterschiedlich akzentuierter Definitionsansätze (vgl. dazu Übersichten von Six 1975, 1985 und Stapf, 1982). Tröster (1990: 56) definiert Einstellungen als „eine relativ überdauernde, transsituationale Reaktions- und Verhaltensbereitschaft auf (...) Personen mit positiven oder negativen Gefühlen zu reagieren.“

Einstellungen sind keine isolierten Phänomene, die beliebig veränderbar oder austauschbar wären. Sie sind vielmehr eng mit der Bedürfnisstruktur des Individuums verwoben. Gerade diese Einbettung in die Gesamtpersönlichkeit trägt zu ihrer Änderungsresistenz bei, die in der Literatur immer wieder hervorgehoben wird (vgl. Tröster, 1990: 110, Brunner, Schmidt,

Schmidt-Mummendey, 1975: 27). Untersuchungsergebnisse von Rothbart und Park (1986) weisen darauf hin, dass positive Eigenschaften einer Person erst nach sehr vielen entsprechenden Beobachtungen zugeschrieben, aber bereits aufgrund weniger widersprechender Erfahrungen korrigiert werden. Bei negativen Eigenschaften zeigt sich indes ein umgekehrter Zusammenhang: Die Zuschreibung sozial unerwünschter Eigenschaften erfolgt bereits nach wenigen entsprechenden Beobachtungen, wird aber erst nach sehr vielen widersprechenden Beobachtungen zurückgenommen. Nach Rothbart und John (1985: 85) ist die Zuschreibung einer vorteilhaften Eigenschaft also schwer zu erhalten, aber leicht zu verlieren, während die Zuschreibung einer unvorteilhaften Eigenschaft leicht zu erhalten, aber schwer zu korrigieren ist.

Zum Erwerb von Einstellungen und Vorurteilen

Köhler (1974: 146) unterscheidet für den Einstellungserwerb zwischen der „direkten Konfrontation mit dem Einstellungsobjekt und der Interaktion mit Einstellungsträgern wie Familienmitgliedern, Freunden, Bekannten etc.“ Auch die Medien können solche Einstellungsträger sein. Kraak (1974: 57) stellt fest, dass Einstellungen erworben bzw. gelernt werden und dass dieses Lernen „durch die Übernahme von Information [erfolgt]“. Hinsichtlich der Frage, was die Übernahme bestimmter Informationen beeinflusst, deutet der Autor an, dass z. B. „das Prestige, das derjenige genießt, der eine Einstellung vertritt, eine andere Person dazu bewegen kann, dessen Einstellung zu übernehmen“ (Kraak, 1974: 58).

Eine spezielle Variante sozialer Einstellungen stellen Vorurteile dar. Der Begriff kommt ursprünglich aus der Rechtssprache, wo er ein gerichtliches Urteil bezeichnete, das dem Endurteil vorausging. Schon das Präfix „vor-“ weist auf die zeitliche Vorläufigkeit solcher Urteile hin. Niemand kann über einen bestimmten Sachverhalt wirklich „alles“ wissen oder jeden Sachverhalt en detail prüfen, sondern wird sich mit Hilfe der Informationen, die ihm zur Verfügung stehen, ein „Vorausurteil“ (Allport, 1971) bilden. Das Vorausurteil kann sich im weiteren Verlauf als richtig herausstellen. War es aber falsch, sollte sich der Betreffende selbst korrigieren und sein Vorausurteil revidieren. Tut er dies nicht, sondern bleibt bei seiner Einschätzung, ohne neue, korrigierende Informationen zu berücksichtigen, ist das Vorausurteil zu einem Vorurteil geworden. Damit ist der lebendige Prozess des Urteilens, der in der Regel aus einem Wechselspiel zwischen (Voraus-)urteil und Korrektur besteht, zum Erliegen gebracht. An dieser Stelle wird bereits der starre, einer Beeinflussung nur schwer zugängliche Charakter des Vorurteils deutlich. Folgt man der Definition Allports (1971: 23)

so sind Vorurteile „fehlerhafte und starre Verallgemeinerungen, die ausgedrückt oder auch nur gefühlt werden [und] sich gegen ein Individuum oder eine Gruppe als ganze richten können.“ In jedem Falle handelt es sich bei Vorurteilen um fehlerhafte Einschätzungen, die auf nicht vorhandenen oder unzureichenden Sachkenntnissen beruhen.

Die Frage nach der Entstehung von Vorurteilen wird primär unter Hinweis auf den Einstellungserwerb allgemein beantwortet, bezieht sich also auf die Übernahme dieser Einschätzungen von einem Vorurteilsträger. Auch in der direkten Konfrontation mit einem anderen Menschen ist eine Vorurteilsbildung möglich. Wo Individuen zusammentreffen, kommt es häufig vor, dass (erste) Eindrücke und Erfahrungen falsch interpretiert werden, was dazu führt, dass auch unzutreffende Informationen zum Gegenüber registriert werden. So können sich Einstellungen und vorgefasste Überzeugungen erhärten, vor allem wenn ihre Überprüfung einen besonderen Aufwand erfordert. Sollten sich dennoch gegenteilige Erfahrungen einstellen, so werden diese häufig als „Ausnahme“ gewertet. Gründe für ein solches Verhalten können u. a. Gedankenträgheit, Furcht vor neuen Erfahrungen oder Gruppenloyalität sein.

Diesem letztgenannten Aspekt kommt bei der Entstehung von Vorurteilen eine zentrale Bedeutung zu. Menschen übernehmen neben anderen Verhaltensvorschriften in einer peer group auch Vorurteile, um dieser Gruppe angehören zu können. Die Übernahme kann bewusst oder unbewusst erfolgen und sich gegen einzelne Personen oder ganze Gruppen von Minoritäten richten. Als weitere Theorie zur Herkunft von Vorurteilen können psychoanalytische Ansätze gelten (vgl. Brunner, Schmidt, Schmidt-Mummendey 1975: 100). Danach ist die Persönlichkeitsstruktur eines Individuums für die Entstehung von Vorurteilen ausschlaggebend. Dahinter steht die Annahme, dass gerade ängstliche Personen, die psychoanalytisch gesprochen über wenig Ich-Stärke, also wenig Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen verfügen, dazu neigen, ihre menschlichen Beziehungen eindeutig, endgültig und autoritär ordnen zu wollen. Individuen oder Gruppen, die anders organisiert sind, als die betreffende Person es kennt, verunsichern diese so massiv, dass sie als gefährlich abgelehnt werden. In diesem Fall entstehen Vorurteile meist unbewusst und dienen dazu, individuelle Unsicherheiten zu verbergen, um das eigene Selbstbild nicht zu gefährden. In engem Zusammenhang mit dem psychoanalytischen Ansatz stehen die *Frustrations-* bzw. die *Sündenbocktheorie*. Nach der Frustrationstheorie haben Vorurteile die Funktion, tatsächlich erlittene oder auch nur subjektiv empfundene Entbehrungen oder Enttäuschungen zu bewältigen. In diesem Fall können sie sich als feindselige Impulse gegen Minderheiten

entladen, und zwar besonders dann, wenn das vorurteilsbelastete Individuum keine Möglichkeit zur Kontrolle der jeweiligen Situation zu haben glaubt. Vor diesem Hintergrund kann Gewalt ganz allgemein als eine Reaktionsmöglichkeit von Menschen gesehen werden, für die sich ihre Lebensumstände so unkontrollierbar darstellen, dass sie keine eigenen, anderen Handlungsspielräume mehr sehen, so dass Destruktivität die einzig verbleibende Option zu sein scheint. Die mit dieser Theorie einhergehende Tendenz, Angehörige von Minoritäten als „Sündenböcke“ für die eigene Misere bzw. die Misere ihrer peergroup verantwortlich zu machen, ist mittlerweile zu einer alltagspsychologischen Erkenntnis geworden. Eine Erklärung dafür, warum gerade dieses und nicht ein anderes Opfer als Frustrationsobjekt ausersehen wird, liefern diese Theorien jedoch nicht.

Zur Funktion von Vorurteilen

Diese Ausführungen zum Erwerb von Einstellungen sind nicht erschöpfend, d. h. das Vorliegen weiterer Einflussfaktoren ist sehr wahrscheinlich. Richtig ist auch, dass die Gültigkeit von Einstellungen nur schwer zu überprüfen ist, vor allem wenn komplexe soziale Situationen untersucht werden sollen, bei denen die einfachen Mechanismen von Laboruntersuchungen nicht greifen. Sicher ist indes, dass es für das stigmatisierte Individuum extrem belastend ist, mit Vorurteilen konfrontiert zu werden. Soziale Arbeit hat demnach auch den Auftrag Rahmenbedingungen zu schaffen, unter denen ein Einstellungswandel bei Vorurteilsträgern erreicht werden kann. Gerade weil individuelle Einstellungen keine zusammenhanglose Summe von Einzeldispositionen darstellen, sondern in vielfältiger Weise über die psychische Struktur des Einzelnen mit Bedürfnissen, Hoffnungen und Befürchtungen verbunden sind, gilt es dabei zunächst nach Motiven zu suchen, die dem Erwerb und der Aufrechterhaltung von Einstellungen zugrunde liegen. Eine solchermaßen funktionale Betrachtungsweise von Einstellungen fußt auf der allgemeinen Annahme, dass diese der Befriedigung von Bedürfnissen dienen. Damit stellt sich folgerichtig die Frage, inwieweit diese Einstellungen für das Individuum wichtig sind, um bestimmte Ziele zu erreichen (vgl. Tröster, 1990: 111).

Katz (1960) unterscheidet vier Funktionen von Einstellungen:

1. Die Anpassungsfunktion (*Instrumental, Adjustive oder Utilitarian Function*)
Sie knüpft an die lerntheoretische Auffassung an, nach der das Individuum positive Einstellungen gegenüber solchen Einstellungsobjekten entwickelt, die ihm Belohnungen verschaffen und negative Einstellungen gegenüber den Objekten

ausbildet, die mit unangenehmen Konsequenzen verbunden sind. Eine ablehnende Haltung Menschen gegenüber, die psychisch krank und obdachlos sind, könnte die instrumentelle Funktion haben, den mit Spannungen und Unbehagen einhergehenden Kontakt mit dieser Personengruppe zu vermeiden in dem Bestreben, aus der Umwelt ein Minimum an Versagungen aber ein Maximum an Belohnungen zu ziehen.

2. Die Ich-Verteidigungsfunktion (Ego-defensive Function)

Im Rahmen dieser Funktion dienen Einstellungen dazu, innerpsychische Konflikte zu vermeiden oder zu regulieren, indem sie angstauslösende Gedanken und Einsichten vom Bewusstsein fernhalten (Tröster, 1990:111). Diese Funktion scheint für die Erklärung einer feindseligen Haltung obdachlosen psychisch kranken Menschen gegenüber besonders plausibel. In Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise, wie wir sie aktuell haben, breiten sich auch und gerade beim sog. Mittelstand hinter der Fassade von Sicherheit und Wohlstand die Möglichkeiten des Abgleitens und des Absturzes immer mehr aus. Die Auffassung, dass psychisch kranke Menschen ohne eigene Wohnung ausschließlich aus sog. niederen Gesellschaftsschichten kommen und sich durch ihr delinquentes Verhalten selbst in diese Lage gebracht hätten, erfüllt für das solchermaßen vorurteilsbelastete Individuum die Funktion der Stabilisierung des eigenen Selbstbildes. Außerdem können damit die massiven Ängste vor einem eigenen sozialen Abstieg unterdrückt und möglicherweise vorhandene Minderwertigkeitsgefühle kompensiert werden.

3. Die Selbstdarstellungsfunktion (Value-expressive Function)

Diese Einstellungsfunktion hilft dem Individuum dabei, seine Identität aufzubauen oder aufrechtzuerhalten. Über seine sozialen Einstellungen kann sich der Einzelne so präsentieren, wie er sich entweder selbst sieht oder von anderen gesehen werden möchte. Die Abwertung von Personen, die psychisch krank und obdachlos sind könnte beispielsweise dazu beitragen, das eigene Selbstbild eines dynamischen, leistungsorientierten und erfolgreichen Menschen aufrechtzuerhalten und nach außen zu kommunizieren. In diesem Sinne stehen Vorurteile im Dienste unserer Selbstprofilierung (Tröster, 1990: 111)

4. Die Wissens- oder Erkenntnisfunktion (Knowledge-Function)

Sie basiert auf dem Bedürfnis des Individuums, seine Umwelt zu verstehen und den darin gemachten Erfahrungen einen Sinn zu geben. Einstellungen kommen diesem Bedürfnis entgegen, indem sie sozialen Phänomenen stabile Bedeutungen verleihen und so dem Einzelnen helfen, sich in einer komplexen Umwelt zurechtzufinden.

(Tröster, 1990: 112). Bergler (1976: 109) weist noch auf eine andere entlastende Rolle von Vorurteilen im Rahmen der Wissens- und Erkenntnisfunktion hin. Liegen bei einem Menschen in einem bestimmten Wissens- und Erfahrungsbereich Leerstellen vor, so helfen Vorurteile darüber hinweg. Das Individuum nimmt in diesem Fall also Zuflucht zu Vorurteilen, um ein Nichtwissen nicht zugeben zu müssen. Damit wird das eigene Selbstbild wieder ins Gleichgewicht gebracht, das aufgrund von Unwissenheit zwischenzeitlich beeinträchtigt war. Dies gelingt allerdings nur dann, wenn Vorurteile so dargestellt werden, als seien sie das Resultat persönlichen Wissens und eigener konkreter Erfahrung. Auf diese Weise verhelfen Vorurteile ihrem Träger dazu, ein „Universum des Überschaubaren“ (Bergler, 1976: 105) zu schaffen. Auch das „Abblocken“ von realen Erfahrungen durch Vorurteile gehört dazu, wenn das Individuum weder bereit noch in der Lage ist, sich mit bestimmten Sachverhalten auseinanderzusetzen. Auch diese Strategie steht im Dienste der Orientierung in einer objektiv nicht zugänglichen Um- und Mitwelt, selbst wenn diese Orientierung nur schemenhaft oder sogar falsch ist.

Eine Einstellung kann dabei auch mehrere dieser Funktionen haben, die dann nebeneinander existieren. Je nach Situation werden bestimmte Einstellungsfunktionen aktiviert, während andere in den Hintergrund treten. So wird beispielsweise die Ich-Verteidigungsfunktion dann aktiviert, wenn das Individuum seine zentralen Werte in Frage gestellt sieht. Sind dagegen Probleme im Zusammenhang mit dem Einstellungsobjekt zu lösen und Entscheidungen zu fällen, ist zu vermuten, dass die Wissens- oder Erkenntnisfunktion stärker in den Vordergrund tritt. Hier wird erneut deutlich, wie wichtig es ist, die situativ unterschiedlichen Funktionen von Vorurteilen zu kennen. Wenn Finzen mit seiner These Recht hat, dass jeder Mensch Vorurteile hat, (Finzen, 2001: 10) so gilt dies auch für Begleiterinnen und Begleiter von Personen, die obdachlos und psychisch krank sind. In Angermeyers und Siaras Untersuchung zur Einstellung der Bevölkerung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen wurde auch die Subkategorie derer erfasst, die beruflich oder ehrenamtlich mit diesem Personenkreis zu tun hatten. Anhand zweier verschiedener Vignetten wurden Personen mit unterschiedlichen psychischen Störungen dargestellt und der Zustimmungs- oder Ablehnungsgrad der Probanden auf einer Skala sozialer Distanz gemessen. Das Ergebnis war, dass der Anteil von haupt- und nebenamtlichen Helfenden, die den Kontakt zu der in einer bestimmten Fallvignette dargestellten Person ablehnte, bei über 27 Prozent lag. Die Folgerhebungen ein Jahr später ergaben, dass die Einstellung zu psychisch kranken

Menschen bei denen, die entweder auf beruflicher oder ehrenamtlicher Basis mit ihnen befasst sind, am stabilsten ist. (Angermeyer und Siara, 1994: 54 f.). Diese Befunde zeigen sehr deutlich, dass die übliche Form von Öffentlichkeitsarbeit den Kopf, nicht aber den Bauch erreicht, also nicht von Information in Wissen transferiert wird. Für die Helfenden kommt es entscheidend darauf an, sich zunächst der eigenen negativen Einstellungen gegenüber ihrer Klientel bewusst zu werden. Damit einhergehend müssen sie sich ihren eigenen Ängsten stellen. Nur über eine solche Selbstreflexion können Beklemmungen nicht nur rational kontrolliert, sondern tatsächlich überwunden werden, wodurch ein Einstellungswandel überhaupt erst eingeleitet wird.

Zur Behebung von Vorurteilen

Sich dem Prozess der Vorurteilsbehebung auszusetzen, kann, wie diese Ausführungen zeigen, weit reichende Konsequenzen haben. Es bedeutet u. a. die eigene Stabilität zu gefährden, wenn etwa unkorrekte Überzeugungen zugegeben und daraufhin fallen gelassen werden müssen. Diente die vorurteilsbehaftete Gruppe oder die Person, gegenüber der ein Vorurteil aufgelöst werden soll, dem Vorurteilsträger als „Sündenbock“ und erklärte ihm beispielsweise die „Ungerechtigkeit der Welt“, so entstehen im Moment der Aufhebung des Vorurteils große Lücken, die für das Individuum in der Regel nur schwer zu tolerieren sind. Es wird deutlich, dass die Behebung von Vorurteilen eine überaus schwierige aber nicht unmögliche Aufgabe darstellt. Nach Tröster (1990: 114) lassen sich die Versuche, einen Einstellungswandel gegenüber stigmatisierten Personen oder Gruppen zu erreichen, drei Strategien zuordnen:

1. Information und Aufklärung
2. Persönliche Kontakte zu vorurteilsbehafteten Individuen und Gruppen
3. Simulation und Rollenspiel

Im Folgenden sollen diese drei Strategien näher beschrieben und die Bedingungen skizziert werden, unter denen eine Einstellungsänderung am ehesten Aussicht auf Erfolg hat.

1. Information und Aufklärung

Unstrittig ist, dass Personen, die nie psychisch krank oder obdachlos waren, häufig kaum etwas über die Probleme derer wissen, die durch diese Merkmale geprägt sind. Meist ist dieses „Wissen“ nicht nur ungenau, sondern schlicht falsch und bildet so einen günstigen Nährboden zur Entstehung von Vorurteilen. Daher erscheinen Information und Aufklärung als eine sinnvolle Maßnahme zu deren Behebung. Mit dieser Strategie sollte es wohl möglich sein, die Sensibilität der Öffentlichkeit für die

Belange von psychisch kranken Menschen, die ohne eigene Wohnung auf der Straße oder in Notunterkünften leben, zu erhöhen. Ob sich durch Information und Aufklärung allerdings auch die Einstellung gegenüber dieser Personengruppe verbessern lässt, bleibt fraglich und hängt maßgeblich von der Art und Weise der Informationsvermittlung ab.

Tröster (1990: 116 ff.) greift bei der Erläuterung der Bedingungen für eine erfolgreiche Aufklärungs- und Informationsarbeit auf ein einfaches Modell aus der Nachrichtenübermittlung zurück, das obwohl nicht näher expliziert, vermutlich auf Schulz von Thun (1981) zurückgeht. Dabei wird die Wirkung von Informationen als Prozess aufgefasst, bei dem ein Sender einem Empfänger auf einem bestimmten Übertragungsweg (Kanal) Nachrichten übermittelt. Faktoren, die einen Einstellungswandel fördern oder behindern finden sich also a) auf Seiten des *Senders*, von dem Informations- und Aufklärungsmaßnahmen ausgehen, b) der *Botschaft*, die übermittelt wird, c) des *Übertragungsmodus*, über den die Informationen übermittelt werden und schließlich d) auf Seiten der *Adressaten*, denen die Informationen zugeordnet sind.

Sozialpsychologische Untersuchungen zur Wirksamkeit persuasiver Kommunikation (Übersicht von Six und Schäfer, 1985) haben die Bedeutung der Glaubwürdigkeit der Kommunikationsquelle herausgestellt. Danach wäre die der Informationsquelle zugestandene Fähigkeit, kompetent und vertrauenswürdig über das betreffende Thema zu informieren, mitentscheidend für den Erfolg einer angestrebten Einstellungsänderung. Vermutlich wird Dozentinnen und Dozenten sowie Praktikerinnen und Praktikern, die im Rahmen von Seminaren, Fortbildungsveranstaltungen oder Kursen über die Probleme psychisch kranker obdachloser Menschen berichten, ein hohes Maß an Kompetenz („*Expertness*“) zugestanden. Wenn die Betroffenen selbst als Expertinnen und Experten in eigener Sache auftreten und über ihre Schwierigkeiten berichten, dürfte dies zudem auch die Glaubwürdigkeit („*Trustworthiness*“) erhöhen. Informiert dagegen beispielsweise eine Vertreterin oder ein Vertreter der Pharmaindustrie über die Belange dieser Zielgruppe, könnte die Glaubwürdigkeit erheblich leiden, da die Adressaten in diesem Fall geneigt sein könnten anzunehmen, dass der Sender mit seinem Vortrag eigennützige Interessen verfolgt.

Die Frage, *welche* Informationen genau eine Einstellungsänderung bewirken können, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Am ehesten wird ein Einstellungswandel von solchen Informationen zu erwarten sein, die den stereotypen Vorstellungen der Adressaten vom psychisch kranken Obdachlosen entgegenwirken oder ihren falschen Ansichten zuwiderlaufen. Umgekehrt werden sich Informationsprogramme, die einseitig die für die Betroffenen unvorteilhaften Aspekte ihrer Erkrankung bzw. ihrer besonderen Lebenslage betonen, nicht günstig auf die Einstellung ihnen gegenüber auswirken. Eine Fokussierung auf die Hilfsbedürftigkeit der Zielgruppe etwa wird allenfalls eine moralisch begründete paternalistische Freundlichkeit bestimmter Betreuernaturen gegenüber Schwachen provozieren und kann ebenso wie die ausschließliche Betonung der mit der psychischen Erkrankung einhergehenden funktionalen Einschränkungen sogar noch zu einer Verhärtung bestehender Vorurteile führen. Dies setzt natürlich voraus, dass die Ansichten und Meinungen der Adressaten, die es möglicherweise zu korrigieren gilt, bekannt sind. Eine wirkungsvolle Fortbildungskonzeption, wie sie in Kapitel 5 dieser Arbeit skizziert wird, hat demnach das Meinungsspektrum der Adressaten genau zu analysieren und die vermittelten Inhalte und Methoden den Bedürfnissen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer anzupassen. Die Aufdeckung und Bearbeitung vorurteilsbehafteter Ansichten ist dabei nur ein Aspekt unter vielen. Jedenfalls kann als gesichert gelten, dass nur gezielte Informations- und Aufklärungsprogramme Erfolg versprechen, während der mit unspezifischen, allgemeinen Informationen möglicherweise verbundene Wissenszuwachs meist keine günstigere Einstellung gegenüber stigmatisierten Personen oder Gruppen zur Folge hat.

Was den Übertragungsmodus angeht, so scheinen Video- und Filmvorführungen die Einstellung gegenüber sozialen Randgruppen nachhaltiger zu beeinflussen als eine ausschließlich verbale Vermittlung von Fakteninformationen im Rahmen von Vorträgen oder Lehrveranstaltungen (vgl. Tröster, 1990: 118 f.) Ein Grund für die größere Effektivität audio-visueller Medien dürfte darin liegen, dass über Filme und Videoaufnahmen den Adressaten eine größere Bandbreite an Informationen zugänglich gemacht wird. Medial bedingt erreichen diese Informationen den Rezipienten eher auf der emotionalen Ebene der Empathie, was schriftlich über Bücher und Informationsmaterial oder mündlich über Seminare und Vorträge schwerer zu erreichen ist. Stigmatisierte Menschen können in Filmen auch als

Menschen mit antistereotypen Verhaltensweisen gezeigt werden. Hier bietet sich der Verweis auf bekannte und gesellschaftlich anerkannte Personen mit psychischen Beeinträchtigungen an. Die Verfilmung der Biografie des Wirtschaftswissenschaftlers und Nobelpreisträgers John Forbes Nash mit dem Titel: „A beautiful mind“ (2001) ist solch ein Beispiel. Eine zu positive Darstellung solcher Persönlichkeiten sollte dabei allerdings auch vermieden werden, um wiederum die Glaubwürdigkeit zu erhalten. Aus dem Bereich des Unterhaltungsfilms kann hier beispielhaft der Kinofilm „Rainman“ (1988) erwähnt werden, der das Thema des Autismus seriös und anschaulich einem breiten Publikum näher gebracht hat. Jedenfalls scheinen multimodale im Gegensatz zu eindimensionalen Ansätzen besser geeignet, um über die Situation von Menschen, die psychisch krank und obdachlos sind, aufzuklären. Damit Informations- und Aufklärungsprogramme einstellungswirksam werden können, müssen schließlich auf Seiten der Adressaten einige Voraussetzungen erfüllt sein. Die Empfänger von Informationen müssen erstens bereit sein, das angebotene Material aufzunehmen, sie müssen zweitens den Inhalt verstehen und drittens die Konsequenzen, die sich daraus ergeben, akzeptieren (Tröster, 1990: 119 f.). Es ist davon auszugehen, dass viele der (potentiellen) Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die im Rahmen der Problematik von psychisch kranken obdachlosen Menschen an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen, sich in der Ausbildung zu einem sozialen Beruf befinden oder bereits eine soziale Tätigkeit ausüben. Diese Adressaten dürften sowohl den Belangen dieser Zielgruppe aufgeschlossen gegenüberstehen, als auch aufgrund ihrer Ausbildung in der Lage sein, sich mit den angesprochenen Themen fruchtbar auseinanderzusetzen. Zunehmend bedeutsam wird die Frage, wie Informations- und Aufklärungskampagnen dagegen bei solchen Menschen beschaffen sein müssen, die stigmatisierten Individuen eine gleichgültige oder ablehnende Haltung entgegenbringen. Es ist zu vermuten, dass eher Menschen mit einer neutralen oder leicht positiv gefärbten Einstellung von derartigen (Fortbildungs-)Programmen profitieren, während Personen mit einer ausgeprägt negativen Haltung der Zielgruppe gegenüber davon nur schwer erreicht werden.

2. Persönliche Kontakte zu vorurteilsbehafteten Individuen und Gruppen

Insgesamt ist der Auffassung von Anthony (1972) zuzustimmen, dass eine ausschließliche Vermittlung von Informationen über gesellschaftliche Randgruppen lediglich eine Erweiterung von Kenntnissen, nicht aber eine langfristige

Einstellungsänderung bewirkt. Aus seiner Analyse einschlägiger Forschungsarbeiten zieht dieser Autor den Schluss, dass Informations- und Aufklärungsprogramme nur dann effektiv sind, wenn sie über die Vermittlung von Wissen hinaus persönliche Kontakte mit stigmatisierten Individuen beinhalten. So können die Adressaten solcher Programme ihre neu gewonnenen Einsichten mit persönlichen Erfahrungen im sozialen Umgang mit der jeweiligen Zielgruppe verbinden. Dahinter steht die lerntheoretische Auffassung, nach der negative Einstellungen die Resultate von Lernprozessen sind, die nicht aufgrund von real gemachten Erfahrungen erworben wurden. Tatsächliche soziale Interaktionen mit stigmatisierten Personen sollen nun beim nicht-stigmatisierten Interaktionspartner *Umlernprozesse* in Gang setzen, in deren Verlauf Fehltritte korrigiert und eine positive Haltung zu vorurteilsbelasteten Menschen aufgebaut werden können. Tröster (1990: 121) gibt allerdings zu bedenken, dass nicht jede Form des sozialen Kontakts zu einem stigmatisierten Individuum automatisch zu einer positiven Einstellung ihm gegenüber führt. Eine der Forschungsarbeiten, die Aufschluss darüber geben kann, welche Aspekte bei solchen arrangierten Kontakten unbedingt zu beachten sind, ist die Untersuchung von Spiegel, Keith-Spiegel, Zirkulis und Wine aus dem Jahre 1971. Die Autoren überprüften ein 11-wöchiges Besuchsprogramm für Patientinnen und Patienten einer psychiatrischen Klinik hinsichtlich seiner Auswirkungen auf deren Verhalten sowie auf die Einstellung der am Besuchsprogramm beteiligten Studierenden. Im Ergebnis dieser Studie zeigte sich, dass das Bild der Psychiatricpatientinnen und -patienten infolge der Besuche unvoreilhaft wurde: Nach Abschluss des Besuchsprogramms hielten die Studierenden die Psychiatricerfahrenen für weniger gepflegt und an sozialen Kontakten interessiert sowie für stärker irritierbar und deprimiert als vor ihren Besuchen. Was können die Gründe für den negativen Einfluss des Besuchsprogramms auf das Bild von Menschen mit psychischen Erkrankungen sein? Nach Rothbart und John (1985) müssen zwei Grundvoraussetzungen erfüllt sein, damit es überhaupt zu einer Korrektur von stereotypen Vorstellungen kommen kann: Erstens muss eine spezielle stereotype Annahme, z. B. die einem stigmatisierten Individuum zugeschriebene Eigenschaft oder unterstellte Absicht prinzipiell durch neue Informationen und Erfahrungen beeinflussbar sein. Ebenso entscheidend ist zweitens, dass der soziale Kontakt zu stigmatisierten Personen Erfahrungen, die zu einer Korrektur stereotyper Vorstellungen führen können, *auch tatsächlich ermöglicht*. Im Zusammenhang mit der erwähnten Untersuchung von Spiegel et al. muss man sich

fragen, inwieweit die Besuchssituation ein antistereotypes Verhalten der Patientinnen und Patienten zuließ oder dies förderte. Dann wird schnell deutlich, dass in einem solchen Rahmen arrangierte soziale Kontakte den Studierenden nur wenig Möglichkeiten bieten dürften, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in einer Weise zu erleben, die ihrem Bild vom Psychiatriepatienten widerspricht. Ferner sind die ungünstigen Ergebnisse von Spiegel und Kollegen auch als eine Folge der Statusungleichheit in dieser Kontaktsituation zu sehen. Die hinsichtlich der Einflussmöglichkeiten und der Abhängigkeit nicht gleichwertigen Positionen von Besuchern und Psychiatriepatienten verhindern den Aufbau einer auf Gleichberechtigung und gegenseitiger Akzeptanz beruhenden Beziehung. Gleiches gilt für die professionelle soziale Arbeit allgemein, bei der die nicht beeinträchtigten Interaktionspartner typischerweise die Rolle als Spender von Hilfe und Unterstützung einnehmen, während dem (psychisch) belasteten Individuum die Rolle des Hilfeempfängers oder Bittstellers bleibt. Im Rahmen eines in diesem Sinne asymmetrischen Kontakts verwundert es nicht, dass nicht-stigmatisierte Personen in erster Linie die Andersartigkeit ihrer stigmatisierten Gegenüber erleben, anstatt Gemeinsamkeiten und Verbindendes zu entdecken. Für die Zielgruppe der Obdachlosen lässt sich ein ähnliches Prinzip formulieren: Geht man davon aus, dass feindselige Haltungen gegenüber diesen Menschen vorrangig zur Abwehr von Minderwertigkeitsgefühlen und der Reduzierung eigener Ängste vor einem sozialen Abstieg dienen, so lassen sich diese Einstellungen nur verändern, wenn sich die Betroffenen in ihrem sozialen Status nicht (mehr) bedroht sehen. Dies wird am besten in einer angstfreien entspannten Atmosphäre der Fall sein. Unter diesem Aspekt erscheint die unbedingte Forcierung von sozialen Kontakten zu gesellschaftlichen Minoritäten nicht immer der beste Weg zur Einstellungsverbesserung zu sein. Je stärker solche Kontakte durch Wettbewerb und Konkurrenz geprägt sind, umso mehr werden sich feindselige ihrem Wesen nach defensive Einstellungen Obdachlosen gegenüber sogar noch verstärken. Ob sich bestehende Vorurteile einer bestimmten Zielgruppe gegenüber tatsächlich durch den persönlichen Kontakt mit Personen, die dieser Gruppe angehören, günstig beeinflussen lassen, hängt also maßgeblich davon ab, wie solche Kontakte beschaffen sind. Neben dem *Lebensbereich* und der *Statusgleichheit* zwischen randständigen und sozial integrierten Individuen gibt es im persönlichen Kontakt weitere Bedingungen, die eine positive Einstellung gegenüber den vorurteilsbehafteten Personen fördern. So

sollte der Kontakt für beide Seiten freiwillig geschehen, häufig stattfinden und nicht zu kurz oder zu oberflächlich sein (Allport, 1971:121; Tröster, 1990: 127). Darüber hinaus sollte er „die Möglichkeit des Ausweichens in andere Sozialbeziehungen“ offenlassen. (Cloerkes, 1980: 219). Professionelle Kontakte, d. h. Allianzen, bei denen Personen über ihre berufliche Tätigkeit mit problembelasteten Individuen in Verbindung kommen, ergeben sich dagegen häufig zwangsweise und lassen in der Regel nur geringe Ausweichmöglichkeiten offen. Sie bringen also kaum günstige Voraussetzungen für eine positive Einstellungs- und Verhaltensänderung mit. Günstige Auswirkungen auf Einstellung und Verhalten haben soziale Kontakte zwischen Vorurteilsträgern und jenen, denen diese Einstellungen gelten dann, wenn sie kooperativer Natur sind. Das Verfolgen gemeinsamer, von beiden Seiten hoch bewerteter Ziele erfordert die Koordination der gemeinsamen Anstrengungen und bietet damit die Voraussetzung für den Aufbau positiv erlebter emotionaler Beziehungen, während umgekehrt ein diskriminierendes, von Vorurteilen geprägtes Verhalten das Erreichen gemeinsamer Ziele gefährden würde (Tröster, 1990: 133). Unter diesem Aspekt bieten Arbeitskontakte oder eine gemeinsame Freizeitgestaltung besonders günstige Voraussetzungen für einen angestrebten Einstellungswandel. Das alljährlich zwischen diversen Hamburger Rehabilitationseinrichtungen ausgetragene Fußballturnier, bei dem sich die Mannschaften sowohl aus Mitarbeitern als auch Klienten zusammensetzen, ist ein Beispiel, wie die hier theoretisch dargestellten Mechanismen praktisch wirksam werden können. Die Begeisterung und das Mitfiebern mit der deutschen Fußballnationalmannschaft, das im Rahmen der Weltmeisterschaften 2006 und 2010 eine ganze Nation erfasste und auch vor dem Arbeitszusammenhang der Autorin nicht Halt machte, geht in eine ähnliche Richtung. In diesem Sinne hat eine Begleitung von Menschen, die psychisch krank und obdachlos sind, stärker als bisher das Aufspüren von Gemeinsamkeiten in den Blick zu nehmen. Das bedeutet auch, dass jedes konstruktive Interesse der zu Begleitenden zu fördern und allen vor- und nichtpsychiatrischen Hilfen zur Tages- und Kontaktgestaltung der Vorrang zu geben ist.

3. Simulation und Rollenspiel

Beide stellen weitere Methoden zum Abbau von Vorurteilen dar. Simulation und Rollenspiel ist der Versuch gemeinsam, Nichtbeeinträchtigten die Konsequenzen einer Beeinträchtigung aus der Perspektive der Betroffenen verständlich zu machen. Bei

Simulationen werden die Folgen einer Beeinträchtigung für Nichtbetroffene dadurch erfahrbar gemacht, dass durch geeignete technische Vorkehrungen vorübergehend funktionelle Einschränkungen künstlich herbeigeführt werden. Dadurch können Sensibilitäten gefördert und diskriminierendes Verhalten aufgezeigt werden, da die übrigen an der Simulation Teilnehmenden nichts von der nachgestellten Beeinträchtigung wissen und sich dementsprechend authentisch verhalten. Den Teilnehmern in der Rolle des nichtbeeinträchtigten Interaktionspartners eröffnet ein solches Vorgehen die Möglichkeit, eigene Vorurteile und Diskriminierungstendenzen zu erkennen, Änderungsmöglichkeiten des eigenen Verhaltens spielerisch zu erkunden und alternative Verhaltensweisen einzuüben.

Natürlich sind nicht alle Arten von Beeinträchtigungen für „gesunde“ Menschen zu simulieren. Dazu gehören die Funktions- und Aktivitätseinschränkungen die mit geistiger Behinderung aber auch und gerade mit psychischer Krankheit oder Drogen- und Alkoholabhängigkeit einhergehen. Wo sich das „Merkmal“, das zur Bildung von Vorurteilen führt, nicht darstellen lässt, bieten sich Rollenspiele an. Indem nicht-stigmatisierte Personen im Rahmen einer Spielsituation die Rolle eines psychisch kranken oder eines drogen- bzw. alkoholabhängigen Menschen übernehmen, können einige für die jeweilige Rolle typische soziale Situationen inszeniert werden. Damit ist es immerhin möglich, die sozialen Einengungen und Zwänge, denen diese stigmatisierten Individuen unterworfen sind, zu verdeutlichen. Neben der Simulierbarkeit von Funktions- und Aktivitätseinschränkungen ist auch die Erfahrbarkeit der sozialen Reaktion darauf ein wichtiger Gesichtspunkt für die einstellungsändernde Wirkung von Behinderungssimulationen (Tröster, 1990: 146). Diese sollte unter natürlichen anstelle von Laborbedingungen stattfinden können. Ein wichtiger Einflussfaktor ist dabei auch die Dauer der Simulation. Kritiker bemängeln, dass die meisten Simulationsprogramme zu kurz und die vermittelten Erfahrungen zu komprimiert seien, als dass eine nachhaltige Wirkung auf die Einstellung erwartet werden könne (Tröster, 1990: 149). Günstig ist es, wenn im Anschluss an eine Simulation oder ein Rollenspiel ein intensiver Austausch der Teilnehmenden über ihre Erfahrungen und Erlebnisse in der Spielsituation stattfindet. Dies kann etwa durch schriftlich fixierte Erfahrungsberichte oder durch Gruppendiskussionen erreicht werden. Über einen solchen Austausch kann eine intensive Auseinandersetzung der Beteiligten mit sozial desintegrierten Personen und ihrer psychosozialen Lage initiiert werden, die weit über die Spielsituation hinausgeht und damit eher einen positiven

Einstellungswandel zur Folge hat (vgl. Wilson und Alcorn, 1969, Clore und Jeffery, 1972, Glazzard, 1979).

Damit ist jedoch nicht gesagt, dass Simulationen und Rollenspiele anderen Strategien zur Einstellungsänderung von vornherein überlegen wären. Auch diese Methode weist Schwachstellen auf. So wissen die simulierenden „Opfer“ jederzeit um die Revidierbarkeit ihrer Situation. Die Unabänderlichkeit und Dauerhaftigkeit der Einschränkung – sicher auch im Erleben von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein wesentliches Moment – kann für jemanden, der dieses Merkmal nicht hat, grundsätzlich nur annähernd nachempfunden werden. Allen dreien der hier skizzierten Strategien zur Behebung von Vorurteilen ist gemein, dass sie u. a. folgende Fragen aufwerfen:

- Wie dauerhaft ist der erzielte Einstellungswandel?
- Welche Faktoren fördern oder behindern eine Einstellungsänderung und welche psychischen Prozesse werden hier wirksam?
- Inwieweit korrespondieren Einstellungsänderungen auch tatsächlich mit Änderungen im Verhalten?

Die genannten Punkte können allenfalls ansatzweise beantwortet werden. Besonders der letzte Aspekt ist als Forschungsdesiderat anzusehen, bedenkt man, dass das Verhalten gegenüber einer bestimmten Person oder Gruppe von Personen in der Regel nicht ausschließlich durch die Einstellung diesen Individuen gegenüber determiniert ist, sondern von weiteren Faktoren mit beeinflusst wird. Die häufig fehlende Konsistenz zwischen Einstellungen und Verhalten lässt sich auch damit erklären, dass oft konkurrierende Einstellungen verhaltenswirksam werden (Tröster, 1990: 108). Auch ist es nicht immer eindeutig, in welcher Form von Verhalten tatsächlich eine positive, neutrale oder negative Einstellung gegenüber Minoritäten zum Ausdruck kommt. Ein Beispiel mag dies abschließend verdeutlichen: Wenn Versuchspersonen es etwa ablehnen, sich für die Errichtung einer psychiatrischen Klinik einzusetzen, so bedeutet dies nicht unbedingt, dass diese Individuen Menschen mit Psychiatrieerfahrung feindselig gegenüberstehen. Die Weigerung könnte auch so interpretiert werden, dass die Befragten in der Errichtung einer Klinik nicht unbedingt den besten Weg sehen, Menschen mit psychischen Problemen zu helfen. Ebenso ist denkbar, dass sie die vorgeschlagenen Möglichkeiten zur Unterstützung des Vorhabens (z. B. Tragen eines Buttons) nicht für effektiv halten. Hier könnte z. B. nach sozialwissenschaftlichen Kriterien

erforscht werden, welche Motive tatsächlich hinter einer zum Ausdruck gebrachten Auffassung stehen.

Zusammenfassung

Die Thematik um den Erwerb und die Änderung von Einstellungen und mithin auch den Abbau von Vorurteilen ist äußerst komplex. Neben der Fülle von Stimuli aus der sozialen Umgebung muss auch die Vielzahl verschiedener, sich teilweise widersprechender Verhaltenskontingenzen in Betracht gezogen werden. Zudem wird davon auszugehen sein, dass sozial integrierte Individuen aufgrund ihrer mangelnden Erfahrung im Umgang mit Personen, die am Rande der Gesellschaft stehen, möglicherweise nicht immer das Verhaltensrepertoire zur Verfügung haben, das es ihnen ermöglicht, sich ihrer Einstellung entsprechend zu verhalten. All dies macht Versuche, Vorurteile gegenüber einzelnen Personen oder Personengruppen abzubauen, zu einer sehr schwierigen Aufgabe.

Entsprechend der Komplexität des Sachverhalts wird das Bemühen, positive Einstellungsänderungen zu erreichen, am ehesten wirksam werden, wenn dabei verschiedene Methoden kombiniert, möglichst frühzeitig eingesetzt und in größeren Abständen wiederholt werden.

Die dargestellten Interventionen zielen darauf ab, die Stereotypen über psychisch kranke Menschen zu dynamisieren und schließlich zu verändern. Sie dürfen jedoch nicht dazu führen, dass eine mögliche Gefährdung der Öffentlichkeit durch diesen Personenkreis gänzlich negiert wird. Daher sei an dieser Stelle noch einmal die Frage formuliert: Wie verhält es sich tatsächlich mit der am Anfang dieses Kapitels skizzierten unterstellten Unberechenbarkeit und Gefährlichkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen? Sowohl für den mitteleuropäischen als auch für den US-amerikanischen Raum existieren mittlerweile gut abgesicherte Untersuchungen, wonach psychisch kranke Menschen nicht signifikant häufiger gewalttätig sind als Gesunde (Taylor and Gunn, 1999, Estroff et al., 1994). Finzen (2001: 87 f.) fasst zusammen:

„Die Gefahr von Gewalt oder Bedrohung vonseiten psychisch Kranker ist unterm Strich etwas häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung. Aber sie ist nicht häufiger als bei bestimmten anderen sozialen Gruppen, etwa arbeitslosen Jugendlichen, Männern im dritten Lebensjahrzehnt ganz allgemein, Personen, die Alkohol oder Medikamente missbrauchen; und sie betrifft nicht alle psychisch Kranken in gleicher Weise, sondern in der Regel gut identifizierbare Einzelpersonen...“

Pointiert formuliert heißt das: Psychisch Kranke sind keine besseren Menschen als psychisch Gesunde – aber auch keine schlechteren. Und obwohl die Öffentlichkeit ein Recht auf Schutz und Sicherheit hat, so besteht kein Anspruch auf mehr Schutz vor Kranken als vor Gesunden. Gänzlich verfehlt ist es demnach, aus diesem Zusammenhang die Forderung nach einer restriktiveren Psychiatrie abzuleiten. Dies wäre etwa so, als würde man die Einschließung aller arbeitslosen Jugendlichen oder aller jungen Männer zwischen zwanzig und dreißig Jahren verlangen. Die gesicherten Befunde über Art und Häufigkeit von Aggressionstaten und Gewalthandlungen psychisch kranker Menschen rechtfertigen ein solches Vorgehen in keiner Weise ebenso wenig wie die Stereotypen von ihrer angeblichen Unberechenbarkeit und Gefährlichkeit.

Diese sozialpsychologischen Erkenntnisse erfahren übrigens neuerdings auch Bestätigung durch die Neurobiologie. (Levine, 1998; Bauer, 2006). Danach handelt es sich bei Emotionen um messbare körperliche Reaktionen, die beeinflusst und verändert werden können. Durch ein Verständnis des Zusammenspiels von auf frühen Erfahrungen beruhenden psychischen Vorgängen und körperlichen Reaktionen wird der mystischen Dimension dieser Störungen der Boden entzogen. Solchermaßen erklärt werden sie beeinflussbar und eher handhabbar. Sie verlieren an Bedrohlichkeit. Psychiatrieerfahrenen fällt es dann evtl. leichter, sich mit anderen Menschen über ihr Leiden auszutauschen. Sie müssen ihre Besonderheiten und damit einen Teil ihrer Identität nicht mehr um jeden Preis verbergen und dabei in ständiger Sorge vor Entdeckung leben. Auch für die Helfenden kann ein solches Verständnis psychischer Beeinträchtigungen eine enorm entlastende Wirkung haben. Beide Parteien müssen nicht mehr ständig „auf der Hut sein“, was dem sozialen Umgang miteinander etwas von seiner andernfalls abhanden gekommenen Selbstverständlichkeit zurückgibt. Und dort, wo Stigmatisierungsprozesse bereits die Betroffenen verletzt und ihre Identität beschädigt haben, kann darüber die Würdigung, Behandlung und Bewältigung dieser Verletzungen eingeleitet werden.

2.4 Konsequenzen für eine Fortbildungskonzeption zur Begleitung obdachloser psychisch kranker Menschen

Kompetentes Praxishandeln entstammt einem soliden theoretischen Hintergrundwissen. Deshalb ist es wichtig, die mittels Empirie und Hermeneutik gewonnenen Erkenntnisse theoretisch zu fundieren. Fortbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer müssen z. B. wissen, wie Vorurteile als spezielle Variante von Einstellungen entstehen und was sie bei ihrer

Klientel bewirken können. Auch sollten sie selbstverständlich über psychiatrische Störungsbilder informiert sein, und darüber, welche kognitiven und emotionalen Beeinträchtigungen sie auf der personellen und interpersonellen Ebene bei Betroffenen zur Folge haben können. Rechtliche Rahmenbedingungen sollten ihnen ebenso bekannt sein wie Therapiemöglichkeiten und die Wirkungsweise von Psychopharmaka. All diese Aspekte müssen Gegenstand einer Fortbildung sein, die sich mit psychisch kranken obdachlosen Menschen befasst. Aber im Kern geht es dabei um die *Begegnung* mit den Betroffenen, und auf diese Begegnung sind Helfende vorzubereiten. Dazu gehört, dass sie sich intensiv mit ihren eigenen Ängsten und Vorurteilen auseinandersetzen, und ihre eigene Motivation und ihr Rollenverständnis angemessen reflektieren. Als Begleiterinnen und Begleiter obdachloser psychisch kranker Menschen müssen sie kontinuierlich zu Selbstreflexion in der Lage sein und auch dazu, mit (kritischem) Feedback konstruktiv umzugehen. Das bedeutet auf der Seite der Fortbildnerinnen und Fortbildner natürlich auch, dass diese den Mut haben, ehrliche Rückmeldungen zu geben. Menschen, die sich zur Begleitung der hier fokussierten Zielgruppe als eher ungeeignet erweisen, sollte in Orientierungsgesprächen Alternativen aufgezeigt werden, wie sie ihre Motivation und ihre Fähigkeiten anders gewinnbringend für das Gemeinwesen einsetzen können.

Sowohl die Literatur- als auch die Datenanalyse der eigenen empirischen Studie weisen auf eine Lebensrealität obdachloser, psychisch kranker Menschen hin, die vielfach von Traumatisierung und Entwurzelung geprägt ist (Kapitel 3). Umso entscheidender ist es, diesem Personenkreis in der Begleitung ein *Gefühl von Sicherheit* zu vermitteln. Dies gelingt dem Helfenden am besten, der dank gezielter Selbstklärung weiß, worauf die eigene Basis gründet und worin er oder sie „in sich ruht“ – also verwurzelt ist. Selbsterfahrung als Grundlage jeglicher Fortbildungsbemühungen ist damit, jedenfalls im psychosozialen Bereich, nicht Option sondern Voraussetzung. Ebenso zentral ist die *Vermittlung von Hoffnung* gerade bei den am stärksten Benachteiligten und Unterversorgten. Dies kann wiederum nur der Mensch leisten, der daran *glaubt*, dass auch bei chronisch psychisch kranken Menschen, die den eigenen Wohnraum evtl. sogar wiederholt verloren haben, auch in späteren Lebensjahren noch Veränderung und Wachstum möglich ist. Zu einer solchen Haltung zu gelangen, setzt einen radikalen Perspektivenwechsel von einer Defizitorientierung zu einer Orientierung an Ressourcen voraus. Analog stellt die Fokussierung auf Stärken und Fähigkeiten *den* entscheidenden Bezugspunkt im hier vorgestellten Fortbildungskonzept dar und ist damit den anderen Ansätzen zur Beziehungsgestaltung übergeordnet, die nachfolgend erläutert werden.

Was aber heißt ressourcenorientiertes Vorgehen konkret? Zunächst ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass psychische Krankheit und seelische Gesundheit keine absoluten Größen sind. Alle sog. Gesunden leiden zeitweise unter Ängsten und Beschwerden, die bei stärkerer Ausprägung als Symptome einer psychischen Erkrankung zu werten sind.

Umgekehrt haben auch alle von chronischen Störungen betroffene Menschen Persönlichkeitszüge, in denen sie sich nicht von „Gesunden“ unterscheiden. Eine solche Betrachtungsweise kann in der Beratung von Menschen in schwierigen Lebenssituationen davor schützen, ihrem Klagen lediglich Angebote gegenüberzustellen, die Helfende für sinnvoll halten, und die dazu häufig deren mittelschichtsorientiertem Denken entspringen. Günstiger und für alle Beteiligten sehr viel motivierender ist es, wenn man bezogen auf die Erfahrungen, die die Hilfesuchenden bereits gemacht haben, herausfindet:

- Wie hat es das Individuum geschafft zu überleben?
- Was hat schon einmal geholfen?
- Gibt es Ausnahmen vom Problem? / von den Problemen?
- Welche Stärken und Fähigkeiten gibt es?

2.4.1 Theoretische Orientierungen

Im Vorgriff auf Kapitel 3 sei bereits hier die Forschungsfrage der eigenen Studie benannt: Wie sehen die Erfahrungen obdachloser, psychisch kranker Menschen mit dem psychiatrischen Hilfesystem aus? Die Untersuchung wurde in zwei Kulturbereichen durchgeführt. Sie

- ging von den subjektiven Erfahrungen und Deutungen der Adressatinnen und Adressaten aus
- berücksichtigte aber auch die sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen, unter denen diese leben

Ein solcher Ansatz eröffnet eine ganze Reihe theoretischer Orientierungen, die ab den 1980er Jahren einen entscheidenden Einfluss auf die Theorieentwicklung der Sozialen Arbeit ausübten:

- Die Alltags- und Lebensweltorientierung von Hans Thiersch
- Die Subjektorientierung Michael Winklers
- Die Systemorientierung nach Silvia Staub-Bernasconi

2.4.1.1 Die Alltags- und Lebensweltorientierung

Die Hinwendung zum sozialpädagogischen Alltag als zentralem Gegenstand von Erziehungswissenschaft erfolgte durch die mit Heinrich Roth in Verbindung gebrachte alltagsorientierte Wende in den 1970er Jahren. Pädagogik sollte fortan nicht mehr nur als theoretisch-philosophische Wissenschaft verstanden und praktiziert werden, sondern durch empirische Forschung untermauert werden. Die Anknüpfung am Alltag und der je individuell interpretierten Welt der Menschen verfolgte das Ziel, die empirischen Subjekte in ihrem Bewältigungshandeln besser zu verstehen, um ihnen über eben jenes Verstehen besser helfen zu können. Dies setzt allerdings eine kritische Distanz zur aufzuklärenden Alltagspraxis voraus, die wiederum nur entlastet vom alltäglichen Handlungsdruck hergestellt werden kann. Roths Assistent Klaus Mollenhauer (1977) läutete schließlich die kritische Wende in der Pädagogik ein. Ihm ging es neben der Thematisierung der Realität gelebten Lebens vorrangig um gerechte Lebensverhältnisse, um Demokratisierung und Emanzipation, d. h. um die Befähigung der Adressatinnen und Adressaten, sich von überkommenen, ihnen schadenden Verhältnissen zu befreien.

Abgeleitet aus dem Lebensweltbegriff der Soziologie bei Husserl, Schütz und Habermas prägte der 1935 geborene Hans Thiersch den Begriff der Lebensweltorientierung, der einen Versuch darstellt, die Soziale Arbeit theoretisch zu begründen. Ursprünglich für die Kinder- und Jugendhilfe entwickelt, ist das Paradigma heute zum festen Bestandteil des theoretischen und praktischen Diskurses der Sozialen Arbeit geworden.

Die Alltags- und Lebensweltorientierung integriert verschiedene Ansätze wie z. B. die geisteswissenschaftliche Pädagogik, die Verstehende Soziologie, die Phänomenologie, den symbolischen Interaktionismus und die Kritische Alltagstheorie. Gemeinsam ist diesen Ansätzen dass:

- Sie auf konkrete Interaktionen und Handlungen menschlichen Lebens gerichtet sind
- Sie nicht einem naturwissenschaftlichen Erkenntnisideal folgen
- Ihnen eine subjektorientierte Perspektive zu eigen ist

Alltag findet in der Lebenswelt statt. Er bildet den Ausgangspunkt wissenschaftlicher Analysen. Diese Lebenswelt ist allerdings stets durch gesellschaftlich-kulturelle Strukturen vorgeprägt. In der Lebenswelt treffen, anders formuliert, objektive gesellschaftliche

Ansprüche und Vorgaben auf subjektiv-individuelle Muster und Bedürfnisse. Hier findet sich, was für die einzelnen Akteurinnen und Akteure je individuell möglich ist. „Das Konzept“, schreibt Thiersch „zielt seiner Intention nach [zwar] auf alltägliche, subjektive Deutungen, [widersteht aber der] Verführung, sich in filigran-subtilen Analysen damit zu begnügen, das vielfältig bunte Bild einer Gesellschaft in ihren Szenarien, Mileus und Situationen... zu entwerfen.“ Das Wissen um materielle, ideologische soziale und kulturelle Rahmenbedingungen ist für professionelles Handeln aus diesem Grund unabdingbar. (Thiersch et al., 2011: 176, 185).

Alltags- und Lebensweltorientierung meint konkret die Unterstützung in sozialen Zusammenhängen, vor allem in Familie, Verwandtschaft, Nachbarschaft, in Gruppen oder in der Gemeinde. Sie sieht „den Erfahrungsraum, die Bühne des Alltäglichen, strukturiert in den Regelungen von Zeit, von Raum, von Beziehungen; sie sieht vor allem die Gemengelage von Ressourcen und Problemen im sozialen Feld“ Thiersch (2011: 178f.) Als Handlungskonzept verbindet die Lebensweltorientierung den Respekt vor dem Gegebenen mit dem Vertrauen in Potenziale und Entwicklungsmöglichkeiten. Sie wendet sich also gegen eine individualisierende Sicht von Problemen und setzt sich damit deutlich von älteren Konzepten wie Defizitorientierung und der Disziplinierung von Adressatinnen und Adressaten ab.

Die Entwicklung des Konzepts der Lebenswelt- bzw. Alltagsorientierung, darauf weist Tetzer (2012) hin, fällt in den gleichen Zeitraum wie die Psychiatrie-Enquete. Forderungen nach Dezentralisierung, Regionalisierung und Alltagsnähe von Hilfen und die Kritik an der totalen Institution, wie sie durch die Alltags- und Lebensweltorientierung in den sozialpädagogischen Diskurs eingebracht wurden, sind den Forderungen der Psychiatrie-Enquete im psychiatrischen Diskurs dieser Zeit vergleichbar. Zwischen dem kritisch-emanzipatorischen Anspruch der Sozialpädagogik /Sozialer Arbeit bestehen ebenfalls Analogien zu den Ansätzen der (Sozial-)psychiatrie der 1970er Jahre.

Nach diesem Verständnis ist das Klientel, in der vorliegenden Arbeit also obdachlose Frauen und Männer mit Psychiatrieerfahrung, Experte in eigener Sache. Die Interviews in Kapitel 3 zeigen deutlich, dass alle Befragten ihr Leben leben, sich ihre Bedürfnisse erfüllen und sich in ihren vielfältigen Aufgaben bewähren möchten. Darin erweisen sie sich stets als relativ geschickt (unabhängig davon, was nachvollziehbar oder vernünftig ist oder ob sie damit hinter ihren Möglichkeiten zurückbleiben.)

Das empirische Material belegt außerdem, dass sich die Zielgruppe vielfach in institutionelle Strukturen fügen muss, die sie allein durch die Form der Organisation in unterprivilegierte, einschüchternde Positionen bringt (vgl. Kapitel 3 und 5). Thiersch (2011: 186) liefert dazu folgende Begründung: „Auch die lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert in institutionell geregelten Zuständigkeiten, professionellen Programmen und... Organisationskonzepten. Damit aber befindet sie sich immer auch in der Gefahr, sich in ihrer Selbstbezüglichkeit [und] ihrer Selbstreferentialität zu verfestigen und den Bezug zur Lebenswelt ihrer Adressaten zu verkürzen, ja zu verlieren.“ Weil diese Ambivalenz für das Konzept bestimmend sei, müsse die lebensweltorientierte soziale Arbeit prinzipiell (institutions-)kritisch sein, d. h. immer misstrauisch gegenüber institutionellen und professionellen Entwicklungen, da diese dazu neigen, sich zu verselbständigen und sich von den Problemen des Alltags zu entfremden. Alltag als sinnlich menschliches Handeln ist für Thiersch immer auch ein Stück Ideologie, die durchschaut werden muss. So sehr die soziale Arbeit den Arrangierungsleistungen der Adressatinnen und Adressaten Respekt zu zollen hat, so sehr ist sie andererseits dazu verpflichtet, Elend und tabuisierte Macht- und Unterdrückungsstrategien zu erkennen und diesbezügliche Veränderungen zu provozieren. Lebensweltorientierte soziale Arbeit hält damit gesellschaftspolitisch gesehen fest am Ziel gerechter Lebensverhältnisse. Professionstheoretisch betrachtet insistiert das Konzept auf die Chancen einer rechtlich gesicherten, fachlich verantwortbaren Arbeit (Thiersch et al. 2011: 179). Im Alltag der Adressatinnen und Adressaten müssen konkrete Verbesserungen erfahrbar werden, wobei diese im Verständnis Thierschs immer relative bleiben. Deshalb spricht er statt eines „gelungenen“ vom Zielhorizont eines gelingenden Alltags“. Hier, darauf weist Kuhlmann (2007) hin, ist die Dialektik von Erfüllung und Perspektive bereits angedeutet.

Das Konzept der Lebensweltorientierung ist in der Vergangenheit immer wieder kritisiert worden. So bemängeln Fuchs und Halfar eine unscharfe, um nicht zu sagen beliebige Verwendung des Begriffs. Sie schreiben: „Der Begriff „Lebenswelt“ [wurde] ohne gründlichen Kontakt mit seinen phänomenologischen und sprachanalytischen Kontexten aufgegriffen. Nun liegt er geschunden und abgemagert vor, nur noch tauglich, zu suggerieren, man hätte mehr gesagt, wenn man statt vom „Leben“ eines Jugendlichen von seiner „Lebenswelt“ spricht“ (Fuchs & Halfar, 2000: 56). Kraus selbst hat daraufhin ein Konzept der Lebensweltorientierung aus systemisch-konstruktivistischer Perspektive vorgelegt, das dieser begrifflichen Unschärfe entgegenwirken soll (Kraus, 2010). Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich darauf, dass wichtige Aspekte unberücksichtigt bleiben, wie z. B. Fragen nach

Evaluation, Erfolgskontrolle oder Wirtschaftlichkeit. Solche Fragen, darauf weisen Grunwald und Steinbacher (2007) hin, sind bislang eher im Zeichen anderer Konzepte, also des Management- und Dienstleistungsdiskurses verhandelt worden.

Ungeachtet dieser Kritik zeichnet sich Thierschs Konzept durch eine große Tragfähigkeit und Vielseitigkeit aus. Entsprechend ist es für die Theoriediskussion in der Sozialen Arbeit nach wie vor bestimmend. Außerdem kommt Thiersch mit seinem Ansatz der Lebensweltorientierung der Verdienst zu, die teilweise unfruchtbaren politischen Debatten um die Funktion sozialer Arbeit oder den ethischen Wert der Einzelfallhilfe wie sie in den 1970er Jahren des letzten Jahrhunderts geführt wurden (vgl. Hollstein und Meinhold, 1973), auf den Boden der Realität sozialer Arbeit zurückgeholt zu haben. Zwar leugnet er nicht die gesellschaftliche Verursachung von Problemen, aber sein Blick auf die Lebenswelt der Adressatinnen und Adressaten öffnet methodisch einen neuen Weg, den der Perspektive des Einzelfalls im Kontext der sozialen Bezüge (vgl. Kuhlmann, 2012). Den sozial Tätigen aus der „Studentenbewegung“ ähnlich geht es auch Thiersch um eine Emanzipation der Subjekte aus den sie unterdrückenden (auch familiären) Verhältnissen. Diese Verhältnisse sind in seinem Verständnis allerdings zwar von der Ökonomie mit verursacht, werden aber nicht durch sie allein verantwortet. Systeme können Menschen aber unterdrücken und ihnen Selbstbestimmung und Individualität rauben. Lebenswelt erscheint hier, auch darauf weist Kuhlmann (2012) hin, als Gegenpol zum System, das Menschen zum zweckrationalen Handeln zwingt und damit sich selbst entfremdet, weil sie nicht mehr als Menschen, sondern nur noch als Funktionsträger wahrgenommen werden. Neu ist auch der dem Ansatz inhärente Blick auf die Ressourcen statt auf den Mangel. Damit wird das Verhältnis von Helfenden und ihrer Klientel völlig neu bestimmt. Beide sind Lernende. Und Hilfe, im Verständnis Thierschs, ist eine Form der Kooperation, in der die Professionellen belastende Lebensverhältnisse stellvertretend deuten und verändern helfen (vgl. Thiersch, 2009).

2.4.1.2 Die Subjektorientierung

Mit der Entwicklung der Alltags- und Lebensweltorientierung begann sich, wie bereits betont, eine subjektorientierte Perspektive in der Sozialpädagogik bzw. der Sozialen Arbeit zu etablieren. Interventionsansätze wurden nicht mehr von den Institutionen, sondern von den Personen her formuliert. (vgl. Tetzler, 2012). Eine noch deutlichere Betonung der Subjektperspektive erfolgt durch das Winklersche Theorieverständnis.

Der 1953 in Wien geborene Michael Winkler ist seit 1992 Professor für Allgemeine Pädagogik an der Friedrich-Schiller-Universität in Jena. Geschichte und Theorie der Sozialpädagogik stellt einen Forschungsschwerpunkt seiner wissenschaftlichen Tätigkeit dar. Winkler steht für eine kritische Erziehungswissenschaft, die sich jedoch auch der Theorietradition pädagogischen Denkens und hier insbesondere der Geisteswissenschaftlichen Pädagogik verpflichtet fühlt. In seinem Theorieverständnis orientiert sich sozialpädagogisches Handeln an den beiden Reflexionsparametern Subjekt und Ort (Winkler, 1988). Mit der Subjektorientierung, darauf weist Tetzler (2012) hin, fragt die Sozialpädagogik (bzw. die Soziale Arbeit) nach den individuellen Entwicklungs- und Gestaltungsmöglichkeiten in modernen Gesellschaften, die eine autonome Lebenspraxis ermöglichen oder verhindern. Mit dem Ortsbegriff versucht die Soziale Arbeit Möglichkeiten zu entwickeln, durch die sich die einzelnen Subjekte die gesellschaftliche Realität so aneignen können [Hervorhebung durch die Verfasserin], dass ihnen eine selbstbestimmte Lebensführung (wieder) möglich wird. Nach Winkler entsteht das sozialpädagogische Problem dann, wenn der Subjektmodus (Kuhlmann spricht auch vom Modus der Identität) durch nicht vollzogene Aneignung gekennzeichnet ist und dieser Zustand beharrlich bleibt. Im Gegensatz zum Modus der Identität befindet sich das Subjekt dann im Modus der (absoluten oder relativen) Differenz, der durch einen Verlust der Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen gekennzeichnet ist. Heute, so konstatiert Winkler durchaus provokativ, befinden sich die meisten Menschen in diesem Modus (Winkler, 1988). Diese Aussage deckt sich in bemerkenswerter Weise mit der Einschätzung Carl Mennickes, einem der Stammväter der modernen Sozialen Arbeit. Aufgrund seiner Beschäftigung mit den Lebensverhältnissen von Arbeitern und Jugendlichen stellte Mennicke bereits 1930 fest, „ dass überhaupt die wenigsten Menschen vom persönlichen Bewusstsein her ihr Leben gestalten, sondern dass die erdrückende Mehrzahl in durchgängiger Abhängigkeit von dem Zustand ihrer Umgebung steht“ (Mennicke, 1930: 311).

Entsprechend zeichnet sich die Soziale Arbeit nach Winkler durch Widerspruchslagen aus. Der eigene Anspruch an eine hilfreiche Tätigkeit und an die Verbesserung der Verhältnisse kreuzt sich mit dem gesellschaftlichen Auftrag, Reibungsflächen zu glätten, Verelendung zu administrieren und Widerständigkeit zu befrieden, also offensichtlich gerade nicht eine Veränderung der Verhältnisse zu erreichen. Winkler kritisiert die Rede von „dem Sozialen“ als einem durchgängigen Motiv und damit verbunden die Tendenz von Praktizierenden und Forschenden das eigene Tun in einer zunehmend naturwissenschaftlich-technischen Sprache

zu formulieren. Dies komme in einer Haltung der Sachlichkeit, der Feststellung und Festschreibung zum Ausdruck mit der Folge, dass nichts mehr hintergangen oder überwunden werden könne. Damit werde der Blick auf gesellschaftliche Zusammenhänge und Grundlagen verwehrt und die Einübung der so dringend notwendigen Kritikfähigkeit bleibe aus. Berufspraktiker und –theoretiker, so die Forderung Winklers, dürfen vor solchen Widersprüchen nicht zurückschrecken, sondern müssen darin Position beziehen. Sie müssen außerdem ihre möglichen Beteiligungsinteressen an gesellschaftlicher Macht und der Ausübung von Herrschaft kritisch prüfen (Winkler, 2012).

Ähnlich wie das Paradigma der Lebensweltorientierung Thierschs vermeidet auch der Ansatz Winklers eine individualisierende Perspektive auf soziale Probleme. Allerdings rückt bei ihm, darauf weist Tetzer (2012) hin, die personale Begegnung in den Hintergrund. Sozialpädagogisches Handeln konkretisiert sich bei Winkler vorwiegend als „Ortshandeln“. Es geht im also nicht nur um den kundigen Umgang mit rechtlichen, politischen und institutionellen Rahmenbedingungen oder um Hilfen zur Bewältigung des Alltags, sondern vor allem um die Gestaltung von Orten, an denen sozialpädagogische Situationen entstehen können. Unter den Bedingungen einer „fluiden Moderne“ (Baumann, 2000) stehen, so eine zentrale These Winklers, den einzelnen Subjekten nicht hinreichend Möglichkeiten der Aneignung zur Verfügung (Winkler, 1999, zit. in: Tetzer, 2012). Sozialpädagogische Orte (z. B. Heime, Ersatzfamilien oder die Sozialpädagogische Familienhilfe) ermöglichen bzw. unterstützen im Theorieverständnis Winklers die „Aneignungstätigkeit“ des Subjekts. Sozialpädagogisches Handeln hat damit zum Ziel, Menschen aus ihrem Status der Differenz herauszuhelfen und sie bei der Wiedererlangung von Autonomie zu unterstützen. Dazu gehört für Winkler auch die Produktion ihrer eigenen Bildung wie der Erwerb von Fähigkeiten zur Lebensbewältigung, wozu z. B. auch Körperhygiene gehört. Auf der Basis emotionaler Akzeptanz soll der Modus der Differenz durch Ereignisse erschüttert werden, damit Menschen Aneignungsprozesse vollziehen und ihren Subjektstatus behaupten können.

Die Postulate im Winklerschen Theorieverständnis decken sich in bemerkenswerter Weise mit den Befunden der eigenen empirischen Studie (vgl. Kapitel 3). So können die enormen Widerstände der Informantinnen und Informanten fachpsychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen als ein direktes Resultat misslungener Aneignungs- oder auch *missglückter Austauschprozesse* gesehen werden. Dass die Mehrzahl der Befragten glaubt, keine Kontrolle mehr über die eigenen Lebensbedingungen zu haben, belegen die Interviews ebenfalls

eindrücklich. Die sprachlichen Repräsentationen dieser Informantinnen und Informanten transportieren ein Verständnis von Opfer- anstelle von Täterschaft der eigenen Person. Damit einher geht die Delegation von Eigenverantwortung an Dritte, wie sie von nahezu der Hälfte der Befragten praktiziert wird. Dabei ist der Anteil derer, die dieses Verhalten zeigen, innerhalb der deutschen Stichprobe verglichen mit dem amerikanischen Sample doppelt so hoch (vgl. Kapitel 3). Colla (1999: 353) macht darauf aufmerksam, dass sich Menschen in Desintegrationslagen nicht nur häufig in der Opferrolle sehen, sondern oft auch so angesprochen werden. Voraussetzung sozialpädagogischen Handelns ist aber, hier sind sich Thiersch und Winkler einig, die Anerkennung des Subjektstatus der Klientel. Auch Leiden, Not, Probleme und ungekonntes Verhalten sind Ausdruck von Subjektivität und auch Menschen in solchen Situationen handeln aktiv und können Verantwortung übernehmen.

An dieser Stelle wird deutlich, wie wichtig eine Zusammenschau von Einzelfall- und Systemkompetenz ist, wie Winkler (1991: 151 f.) sie fordert. Er schreibt: „...der Begriff des Subjekts... verlangt, sich nicht mit einer (unter Umständen sogar zutreffenden Erklärung) aus soziologischer, psychologischer oder medizinischer Sicht zufrieden zu geben, sondern fordert, die subjektive Situation als solche zu begreifen und zu zugleich sich dem zu stellen, dessen Subjektivität zerstört wird“. Wohl werden Einzelschicksale in einen erweiterten Kontext gestellt, ohne sie allerdings auf gesellschaftliche Bedingungsbeziehungen reduziert zu betrachten. Bei der in Kapitel 3 detaillierten empirischen Untersuchung, wurden deutsche und amerikanische Nutzerinnen und Nutzer psychiatrischer Hilfsangebote direkt in ihrer Lebenswelt befragt. Mit großem Aufwand hat die Verfasserin versucht, den empirischen Realitäten der Informantinnen und Informanten möglichst nahe zu kommen, Realitäten, die auch zum Interviewzeitpunkt fast ausnahmslos noch durch das Fehlen einer eigenen Wohnung gekennzeichnet waren. Auch in der eigenen Studie entfaltet sich dieser Zusammenhang von System- und Binnenperspektive. Wenn im Ergebnisteil in Kapitel 5 Lernsituationen zur Fortbildung von bürgerschaftlich Engagierten entworfen werden, dann deshalb, weil die Verfasserin hofft, dass Fortbildungsszenarien Orte im Winklerschen Sinne werden können, an denen sozialpädagogische Situationen entstehen.

2.4.1.3 Die Systemorientierung

Im Zuge der theoretischen Reflexionen in den 1980er und 1990er Jahren und der Diskussion um die „richtigen“ Orientierungen in der Sozialen Arbeit ist schließlich ein drittes Konzept

wegweisend: Silvia Staub-Bernasconi Analyse Sozialer Arbeit als Menschenrechtsprofession. Unter Rekurs auf die ökologischen Systemtheorien (Maturana et al. 1980) thematisierte Staub-Bernasconi als eine der ersten die Soziale Arbeit ebenfalls als gesellschaftliches Subsystem. Im historischen Rückblick, darauf weist Kuhlmann (2012) hin, macht sie Theorien des Sozialen aus, die entweder zu sehr atomistisch (also individualistisch-liberal) denken, oder zu sehr „holistisch“, d. h. vom Recht der Gesellschaft auf das Individuum (also totalitär) denken. Staub-Bernasconi Ansatz stellt eine prozessorientierte Alternative dar, bei dem es auf einen richtigen Ausgleich der Betrachtung von Individuum und Gesellschaft ankommt. Ähnlich wie bei Thiersch bezieht sich auch für Staub-Bernasconi die Soziale Arbeit nicht nur auf den Umgang mit sozial „Abweichenden“, sondern umfasst die Behandlung sozialer Probleme. Auch sind sie und Thiersch sich in der Forderung einig, dass jeder Mensch in seiner Lebenswelt – also als Teil von „Systemen“ (oder besser: Zusammenhängen, vgl. Kuhlmann, 2012: 38) verstanden werden muss, denen er angehört.

Für Staub-Bernasconi steht allerdings die „Befreiung“ einzelner aus Unfreiheit weniger im Fokus ihrer Reflexion als die Frage nach menschlichen Bedürfnissen. Diese Bedürfnisse (biologischer, psychischer, sozialer oder kultureller Art) sind für die Autorin unter Rekurs auf das UN-Manual „Social Work and Human Rights“ von 1993/94 „...so grundlegend, dass ihre Befriedigung keine Sache des Beliebens, sondern ein Gebot fundamentaler Gerechtigkeit ist (Staub-Bernasconi, 1995: 88). Die Bedürfnisbefriedigung wiederum hängt ab von der Verfügbarkeit der Güter und dem Potenzial des Individuums, diese zu erreichen. Soziale Arbeit dient in diesem Sinne als „Menschenrechtsprofession“ dem gerechten Austausch von Pflichten und Rechten zwischen Menschen und sozialen Gruppen. In Übereinstimmung mit Gore (1969) sind die Menschenrechte auch für Staub-Bernasconi Ausgangspunkt, um eine kritische Distanz zu „herrschenden Lehrmeinungen“ zu entwickeln. So hat sie in neueren Veröffentlichungen kritisch zum mittlerweile in der Sozialen Arbeit breit rezipierten Dienstleistungsparadigma und der ihr zugrunde liegenden neoliberalen Theoriefigur Stellung genommen (Staub-Bernasconi, 2007). Neben dem neoliberalen Code bezeichnet Staub-Bernasconi die Menschenrechte als den zweiten weltumspannenden Diskurs mit Universalitätsanspruch, der allerdings mit viel weniger Macht als der neoliberale Code umgesetzt werden könne.

Im Dienstleistungsparadigma der neoklassischen Ökonomie mit seinem liberal-humanistischen Menschenbild gelten individuelle Freiheit und ethisch-moralische Autonomie als wichtigste Bedingungen für ein menschenwürdiges Leben. Die Garantie für diese Freiheit ist die

Eigentumsfreiheit. Im Weiteren wird der Mensch als rationales Wesen betrachtet, der bei ökonomischen Zweck-Mittel-Entscheidungen stets die Mittel wählt, die bei geringstem finanziellen Aufwand den höchstmöglichen Nutzen (Gewinn) bringen. Staub-Bernasconi spricht von einem „Anreizmodell“, bei dem der Mensch in zivilgesellschaftlichen Zusammenhängen zum „Sozialkapital“ geworden ist. (Staub-Bernasconi, 2007: 28).

„Oberste Handlungsmaxime“, schreibt die Autorin weiter, „ist die möglichst schnelle Unabhängigkeit vom Sozialstaat, anderen subventionierten Trägern und den Sozialarbeitern. Die Begründung hierfür ist, dass die Kunden im Laufe einer längeren Beratung das Vertrauen in ihre eigenen Möglichkeiten und Autonomie verlieren“ (Staub-Bernasconi, 2007: 34).

Staub-Bernasconi (2007: 34f.) zeigt sich aus dieser Maxime ergebenden Handlungsleitlinien auf, die mit den Menschenrechten unvereinbar sind. Sie schreibt:

- *„Rechtsansprüche sollen – aufgrund des Markt-/Tauschprinzips and die Erfüllung von Pflichten geknüpft werden. Dies erlaubt nicht nur die Kürzung der existenzsichernden Sozialhilfe auf Null bei unkooperativem oder fehlerhaften Verhalten, sondern auch die Verletzung der Privatsphäre durch „Fürsorgedetektive“, was in beiden Fällen Menschenrechtsverletzungen darstellt.*
- *Der hauptsächliche Fokus auf Individuen [und] teilweise [auch] Familien, lässt Casemanagement zur bevorzugten „Methode“ werden. Strukturbezogene Interventionen fallen aufgrund des liberalen Gesellschaftsbildes außer Betracht...*
- *Der Umgang mit Macht muss bei einer Markt- und Kundenorientierung nicht reflektiert werden, denn Steuerung über Geldleistungen wird nicht als Ausübung von Macht, sondern als Arbeit mit positiven und negativen Anreizen betrachtet.*
- *Qualität ist tendenziell ein Aushandlungsprodukt zwischen Interessengruppen. Im Zweifelsfall entscheidet der Mächtigere. Qualitätssicherung besteht im Nachweis korrekt eingehaltener Leistungsvereinbarungen und von am Markt erfolgreichen Produkten. Rangiert Sparerfolg vor dem Erfolg, d. h. der Wirksamkeit der Hilfeleistung, wird auf eine frühzeitige Verselbständigung - umschrieben als Hilfe zur Selbsthilfe - gedrängt.*

- *Rückschläge im Hilfeprozess können der mangelnden Mitwirkung, dem fehlenden „Willen“ der Klientel zugeschrieben werden, um damit den Hilfs- oder Leistungsabbruch zu rechtfertigen.*
- *Die zunehmend standardisierten, institutionalisierten Schlüsselqualifikationen rechtfertigen den vermehrten Einsatz von Software, gering qualifizierter, flexibler Fachkräfte, QuereinsteigerInnen sowie die Ausweitung des Anteils von sozial ungeschützten Teilzeit- und Werkvertragskräften.*

Berufspraktikerinnen und –praktiker im sozialen Feld wissen aus ihren alltäglichen Arbeitszusammenhängen genau, wovon Staub-Bernasconi spricht. Ähnlich wie diese Autorin haben inzwischen zahlreiche Initiativen und Gruppierungen, sowie Kirchen und Gewerkschaften kritisch zum sog. „Umbau des Sozialstaats“ Stellung genommen und Menschenrechtsverletzungen angemahnt (vgl. beispielhaft Soltauer Initiative: <http://www.soltauer-impulse.culturebase.org>).

Der Mensch im systemischen Paradigma Staub-Bernasconis ist ein Individuum mit biologischen, psychischen, sozialen und kulturellen Bedürfnissen in einem sozialkulturellen Umfeld (biopsychosozialkulturelles Modell des Menschen). „Das Bedürfnis nach Freiheit und damit der Selbstkontrolle“, schreibt die Autorin, „ist nur eines unter vielen. Der Mensch verfolgt nicht nur seinen eigenen Nutzen und handelt nicht nur zweckrational, sondern auch solidarisch und aufgrund von Emotionen und Werten.“ (Staub-Bernasconi, 2007: 29).

„Die Würde des Menschen im systemischen Menschenrechtsparadigma“, so Staub-Bernasconi an anderer Stelle „gründet auf seiner Vernunftfähigkeit, aber auf der Fragilität und Verletzbarkeit seines ‚Menschseins‘ so dass er oder sie vor dem Würdegriff des (Mit)Menschen geschützt werden muss“ (Staub-Bernasconi, 2006: 280). Der Mensch erscheint also auch als grundsätzlich bedürftiges und immer auch abhängiges Wesen. Würde ist für Staub-Bernasconi ein Anspruch auf Achtung und Wertschätzung, die jedem Menschen unabhängig von zugeschriebenen oder erworbenen Einstellungs- und Verhaltensmerkmalen - vor allem aber unabhängig von Leistung und Verdienst (Ehre) zukommt. Diese Wertschätzung ist unveräußerbar. Und obwohl auf ethisch-moralischer Ebene durchaus eine Balance zwischen Rechten und Pflichten und damit auch Eigen- und Fremdverantwortung

angestrebt werden kann, sind Menschenrechte, also z. B. das Recht auf Existenzsicherung an keine Bedingungen zu knüpfen (vgl. Staub-Bernasconi, 2007: 35).

Die allgemeinen Ziele des systemischen Sozialarbeitsparadigmas sind nach Staub-Bernasconi menschengerechte Bedürfnisbefriedigung und damit menschliches Wohlbefinden. „Gesellschaft“, schreibt Staub-Bernasconi (2007: 30) „insbesondere soziale Regeln der Machtverteilung in Familie, Bildung, Markt, Staat und weiteren sozialen, z. B. religiösen Systemen ermöglichen individuelle Bedürfnisbefriedigung.“ Dass viele menschliche Grundbedürfnisse heute allerdings unerfüllt bleiben, liegt Staub-Bernasconi zufolge an Einschränkungen wie sie durch Bedürfnisverletzungen infolge struktureller und kultureller Gewalt entstehen. Neben der Wiederherstellung von Würde, von Selbstachtung und Selbständigkeit ist daher für das systemische Sozialarbeitsparadigma auch die Veränderung menschenverachtender bzw. die Erhaltung oder Schaffung gerechtigkeitsfördernder Sozialstrukturen, in denjenigen sozialen Systemen, die den Professionellen zugänglich sind, oberstes Ziel. Diese Systeme reichen von Familie und Arbeitsplatz über das lokale Gemeinwesen und Rechtssprechung hin zum Bildungs-, Sozial-, Justiz- und Gesundheitswesen. (vgl. Staub, Bernasconi, 2007). Mit ihrer Betonung von Gesellschaft und Kultur als wichtige Determinanten und Resultanten menschlichen Verhaltens sowie ihrem Beharren auf Befreiung und Autonomie bei gleichzeitiger menschlicher Abhängigkeit und Schutzbedürftigkeit ist es für eine systemtheoretisch begründete Soziale Arbeit entscheidend, sich gegen die Tendenz zu wenden, soziale Nöte zu privatisieren bzw. diese Nöte dort, wo sie privatisiert erscheinen, in öffentlich zu behandelnde soziale Themen zu übersetzen. (Staub-Bernasconi, 1995a: 107).

Die dargestellten Theorieansätze der Sozialpädagogik (bzw. der Sozialen Arbeit) verbindet ein emanzipatorischer Grundgedanke, der sich darin ausdrückt, dass Entwicklungs-, Lern-, Erziehungs- und Bildungsprozesse der Adressatinnen und Adressaten so unterstützt und gestaltet werden sollen, dass sie schließlich zu einer Steigerung von Handlungsautonomie führen (vgl. Bitzan et al., 2006 zit. in Tetzler, 2012). Thiersch (2006) nennt diese Ausrichtung einen „*gelingenderen Alltag*“, Winkler (1988) spricht vom „*Modus der Identität*“ und Staub-Bernasconi akzentuiert die Steigerung von „*Wohlbefinden*.“

Die in Kapitel 3 explizierte Studie identifiziert folgende am Interaktionsprozess beteiligte Akteurinnen und Akteure:

1. Das Individuum selbst und seine *leibgebundene Betroffenenperspektive* (Greb, 2009)
2. Das Individuum im Austausch mit anderen (Interaktionsperspektive)
3. Das Individuum im Aufeinandertreffen mit Institutionen (Institutionelle Perspektive)

Ferner belegen die empirischen Ergebnisse, dass es in den Beziehungen untereinander zu großen *Unverträglichkeiten* kommt. Diese Unverträglichkeiten, so ist zu vermuten, werden eingedenk der die Soziale Arbeit kennzeichnenden Widersprüche wohl nie ganz zum Verschwinden zu bringen sein. Umso wichtiger ist es aber, sich der bestehenden Widerstände bewusst zu werden und aktiv zu ihrer Verringerung beizutragen. Dazu muss zuallererst die Subjektivität der Adressatinnen und Adressaten aber auch jene der im Sozialwesen Tätigen aufgewertet werden, um sich gegen den Eindruck des „*Verhängtseins*“ (Heydorn, 1980) behaupten zu können. Wie die eigene Studie außerdem unterstreicht, geht es zweitens darum, dass zwischen Menschen, die psychisch krank und obdachlos sind und ihren Begleiterinnen und Begleitern *Austauschprozesse* intensiviert, bzw. erst in Gang gesetzt werden.

Voraussetzung hierfür ist, dass die Kraft, Expertise und Erfahrung der Adressatinnen und Adressaten, von der die Interviews in Kapitel 3 auf beeindruckende Weise zeugen, in den Blick genommen werden. Auf theoretischer Ebene korrespondiert diese Forderung mit einer Orientierung an Modellen seelischer Gesundheit und stärkeorientierter Beziehungsgestaltung. Nachfolgend werden mit den Modellen Resilienz, Salutogenese und Recovery drei solcher Modelle in unterschiedlicher Ausführlichkeit skizziert:

2.4.2 Modelle seelischer Gesundheit

2.4.2.1 Das Konzept der Resilienz

Menschen und ihre Lebenswelten weisen eben nicht nur Störungen und Beeinträchtigungen, sondern auch Fähigkeiten auf, um mit diesen zurechtzukommen. Bei einer ErsolchenBetrachtungsweise geht es nicht darum, plötzlich nur noch Stärken und Gelingen zu sehen, wo vorher nur Schwächen und Scheitern identifiziert wurden. Vielmehr kommt es darauf an, beides zusammen zu sehen: Ohne Krisen und Belastungen können auch keine Stärken entstehen und sich entwickeln. Ein Zugang, der sowohl die Stärken und das Potenzial im Menschen erkennt als auch seine Verwundbarkeit und Einschränkungen, ist das Konzept der *Resilienz*. Als *individueller Ansatz* zur Beziehungsgestaltung erweist er sich an der

Lebens- und Bildungsgeschichte des Einzelfalls. Den Begriff könnte man etwa mit „Widerstandskraft“ oder „Biegsamkeit“ übersetzen. Die Paar-, Familien- und Organisationsberaterin und eine der Expertinnen auf diesem Gebiet, Rosemarie Welter-Enderlin, definiert ihn so:

„Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen.“ (Welter-Enderlin, 2006: 13). Resilienz ist dabei keine Eigenschaft, sondern eine spezifische Weise von Handlung und Orientierung, deren Kern im unerschütterlichen Vertrauen darauf besteht, das eigene Leben „in den Griff zu bekommen“. Walsh betont mit ihrer Definition ebenso den Prozesscharakter von Resilienz, die sich für sie „durch die Wechselwirkung zwischen einer Vielzahl von Gefährdungs- und Schutzprozessen“ im Individuum entwickelt (Walsh, 2006: 45). Demnach können die individuelle Verwundbarkeit oder belastende Lebensbedingungen durch positive Einflüsse gemildert oder sogar ausgeglichen werden. Für die Praxis heißt das: Sofern es gelingt, eine Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren herzustellen, können Menschen auch mit schwierigen Bedingungen umgehen. Zudem, so eine weitere zentrale Prämisse der Resilienzforschung, können sie über ihren gesamten Lebenszyklus hinweg frühere Bewältigungsmuster, die sich als problematisch dargestellt haben, durch neue Erfahrungen korrigieren und stattdessen *alternative* Muster entwickeln. Natürlich darf eine resilienzbasierte Herangehensweise nicht dazu führen, dass medizinische oder psychiatrische Symptome übersehen werden. Eine weitere Einschränkung ist dahingehend zu treffen, dass Resilienz eine *kontextbezogene* Kategorie ist. Was sich heute als Resilienz darstellt, kann sich morgen als Risikofaktor herausstellen. Mit seiner Orientierung am Einzelfall steht das Konzept der Resilienz naturwissenschaftlichen Modellen statistischer Repräsentativität mit entsprechend großen Fallzahlen und damit gängiger Forschungspraxis entgegen. Allerdings geht es nicht nur um die Resilienz von Individuen, sondern auch um die ganzer Gemeinschaften. In Österreich haben sich z. B. Lukesch et al. (2010) mit der Resilienz von Organisationen bzw. ganzen Regionen beschäftigt. Allerdings steht in Europa der Diskurs um Resilienz in der Regionalentwicklung noch am Anfang. In den USA ist man hier bereits weiter. So liefert z. B. das Institute for Urban and Regional Development der Universität Berkeley mit seinem Wissenschaftsnetzwerk „Building Resilient Regions“ wichtige Impulse zu diesem Thema (<http://brr.berkeley.edu/>). Im Zuge der aktuellen Finanz- und Wirtschaftskrise, die wirtschafts- und gesellschaftspolitische Grundsatzdebatten ausgelöst hat, steht zu erwarten,

dass die Resilienz ganzer Gemeinschaften in Zukunft an Bedeutung gewinnen und auch in Europa zunehmend Fuß fassen wird.

2.4.2.2 Das Konzept der Salutogenese

Ein weiteres *interaktionales Modell*, das ebenso stärkeorientiert ist und damit den geforderten Perspektivenwechsel präferiert, ist das Konzept der Salutogenese (von lat. *salus*: gesund und griech. *Genese*: Entstehung). Dieses Modell geht auf den Medizinsoziologen Aaron Antonovsky zurück. Der 1923 ursprünglich in den USA geborene Antonovsky studierte zunächst Wirtschaft und Geschichte an der Yale-Universität, bevor er sein Studium für den Dienst in der US-Armee unterbrechen musste. Nach dem Krieg kam er eher zufällig durch eine Nebenverdienstarbeit mit der Medizinsoziologie und der Stressforschung in Kontakt. 1952 erwarb Antonovsky in der Abteilung für Soziologie der Yale-Universität seinen M. A. und 1955 einen PhD. 1960 emigrierte er gemeinsam mit seiner Frau Helen, einer Entwicklungspsychologin, nach Israel. In Jerusalem übernahm er zunächst eine Stelle als Medizinsoziologe am Institut für angewandte Sozialforschung. Eine seiner im Jahr 1970 durchgeführten Untersuchungen befasste sich mit den Unterschieden in der Verarbeitung der Menopause bei in Israel lebenden Frauen. Unter diesen befanden sich auch Frauen, die in nationalsozialistischen Konzentrationslagern überlebt hatten. Dass sie es geschafft hatten, ihr Leben neu aufzubauen empfand Antonovsky als „dramatische Erfahrung, die mich bewusst auf den Weg brachte, das zu formulieren, was ich später als das salutogenetische Modell bezeichnet habe.“ (Antonovsky, 1997: 14). Der Erforschung des „Wunders des Gesundbleibens“ (Franke, 1997: 13) galt von da an sein primäres Forschungsinteresse. Sein Modell wurde 1979 in dem Grundlagenwerk *Health, Stress and Coping* erstmals veröffentlicht und ist seither in verschiedene Therapiekonzepte u. a. der Gesundheitswissenschaften und der Psychotherapie integriert worden. Da diese Integrationen jeweils das ursprüngliche Konzept Antonovskys mit disziplinspezifischen Auffassungen verarbeitet haben, soll nachfolgend noch einmal das Ursprungskonzept genauer vorgestellt werden.

Das Verhältnis von Pathogenese und Salutogenese

Die beiden Begriffe Pathogenese und Salutogenese bilden für Antonovsky keine Dichotomie sondern ergänzen sich gegenseitig. Der salutogenetischen Orientierung liegt das Postulat zugrunde, dass Heterostase, Altern und fortschreitende Entropie die Kerncharakteristika aller

lebenden Organismen sind. (Antonovsky, 1997: 29 ff.) Für Antonovskys Konzept bedeutet dies Folgendes:

1. Die Aufhebung der dichotomen Klassifizierung von Menschen als gesund oder krank und stattdessen ihre Lokalisierung auf einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.
2. Statt sich ausschließlich auf die Ätiologie einer bestimmten Krankheit zu konzentrieren, rückt die gesamte Geschichte eines Menschen in den Blickpunkt der Betrachtung, einschließlich seiner oder ihrer Krankheit.
3. Anstatt zu fragen: „Was löste eine bestimmte Krankheit aus?“ interessiert sich die salutogenetische Perspektive mehr für die Faktoren, die daran beteiligt sind, dass ein Mensch seine Position auf dem Kontinuum zumindest beibehalten oder sich sogar auf den gesunden Pol hinbewegen kann. Das heißt, anstelle von Risikofaktoren stehen *Copingressourcen* im Zentrum der Aufmerksamkeit.
4. Stressoren werden nicht als etwas prinzipiell Negatives angesehen, das fortwährend reduziert werden muss, sondern als allgegenwärtiges Phänomen, das einen konstruktiven Umgang erfordert. Dementsprechend werden auch die Konsequenzen von Stressoren nicht notwendigerweise als pathologisch betrachtet, sondern möglicherweise sogar als gesund, abhängig vom Charakter des Stressors und der erfolgreichen Auflösung der Anspannung.
5. Die Suche nach allen Quellen der negativen Entropie, die die aktive Adaptation des Organismus an seine Umgebung erleichtern können.
6. Die Konzentration auf solche Daten, die die abweichenden Fälle in Untersuchungen beschreiben. (Antonovsky, 1997: 29 ff.)

Das Konstrukt des Kohärenzgefühls

Antonovsky interessierte sich demnach hauptsächlich für die „gesunde Seite“, also für den Teil der Bevölkerung, der die untersuchte Krankheit (bzw. das untersuchte Symptom oder Problem) *nicht* hatte. Welche Merkmale charakterisieren diesen gesunden Teil?

Er versuchte, die von ihm gefundenen Eigenschaften der gesunden Menschen auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen und die salutogenen Ressourcen in der inneren (körperlichen und psychischen) und in der äußeren (sozialen, kulturellen und ökologischen) Umgebung genauer zu beschreiben.

Das Ergebnis war die Formulierung einer Lebenshaltung, die Antonovsky „*Sense of Coherence*“ (SOC) nannte. Franke (1997) übersetzt den Begriff mit „Kohärenzgefühl“.

Antonovsky hat das SOC als Forschungskonstrukt folgendermaßen definiert:

„Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

- 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;*
- 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;*
- 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“* (Antonovsky, 1997: 36).

Demnach besteht das SOC aus drei Komponenten, die Antonovsky mit „*comprehensibility*“, „*manageability*“ und „*meaningfulness*“ beschreibt. Franke (1997: 34) übersetzt die erste Komponente mit **Verstehbarkeit**. Es handelt sich um einen kognitiven Aspekt, die dem Individuum hilft anzunehmen, dass Informationen geordnet, in sich schlüssig und klar, also nicht chaotisch, zufällig, willkürlich oder unerklärlich sind. Die zweite Komponente übersetzt Franke (1997: 34) mit **Handhabbarkeit**. Hier geht es um die eigene Stellung in der Welt der Akteure. Nach Schüffel et al. (1998: 3) steckt diese Dimension das Spektrum zwischen der Position des „Pechvogels“ und einer solchen Position ab, die das Leben mit seinen Abläufen in positiver Weise als Herausforderung begreift. Personen, die eher auf dieser zweiten Position zu lokalisieren sind, stehen Hilfsquellen zur Verfügung, die entweder internalisiert sind oder von signifikanten anderen geliefert werden. Solche Quellen können Partner, Freunde, Kollegen, Ärzte, aber auch Gott, eine Tradition oder eine Weltanschauung sein, in die man sich stellt und der man vertraut. Schüffel et al. (1998: 3) weisen darauf hin, dass die Dimension der Handhabbarkeit gegen das Gefühl schützt, hilfloses Opfer zu sein. Die Auswertung der hier im Mittelpunkt stehenden empirischen Studie hat gezeigt, dass die Opferthematik vor allem für die Befragten im deutschen Teil der Stichprobe einen zentralen Stellenwert hat. (Kapitel 3). Daher wird dieser wichtige Aspekt im Schlusskapitel 5 noch einmal aufgegriffen.

Die dritte und letzte Dimension die Franke (1997: 34) mit **Bedeutsamkeit** übersetzt, ist die emotionale Komponente, deren Anspruch man frei so formulieren könnte: Die Welt und ihre Abläufe sind es wert, dass man sich engagiert.

Für Antonovsky ist das Kohärenzgefühl eine Hauptdeterminante sowohl dafür, welche Position eine Person auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum einnimmt, als auch, ob sie sich in Richtung des gesunden Pols bewegen wird. Dabei sind die drei Komponenten, die das SOC ausmachen, seiner Ansicht nach zwar alle notwendig, aber nicht in gleichem Maße signifikant (Antonovsky, 1997: 38). Er geht davon aus, dass die motivationale Komponente der Bedeutsamkeit die wichtigste in seinem Konzept ist. Weiter schreibt Antonovsky: *“Verstehbarkeit scheint in der Reihenfolge der Wichtigkeit an nächster Stelle zu stehen, da ein hohes Maß an Handhabbarkeit vom Verstehen abhängt. Das bedeutet nicht, dass Handhabbarkeit unwichtig ist. Wenn man nicht glaubt, dass einem Ressourcen zur Verfügung stehen, sinkt die Bedeutsamkeit, und Coping-Bemühungen werden schwächer. Erfolgreiches Coping hängt daher vom SOC als Ganzem ab.”* (Antonovsky, 1997: 38).

Was wiederum die Beurteilung des individuell unterschiedlichen SOC-Niveaus betrifft, dazu unterscheidet Antonovsky konzeptionell Stressoren, die für ihn Generalisierte Widerstandsdefizite sind (GRDs) und Generalisierte Widerstandsressourcen (GRRs). Stressoren definiert er als *„Herausforderungen, für die es keine unmittelbar verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen gibt“* (Antonovsky, 1979: 72). Die wichtigste Auswirkung von Stressoren sei, dass sie einen Spannungszustand erzeugen (Antonovsky, 1979: 72). An anderer Stelle definiert Antonovsky Stressoren als Lebenserfahrungen, die durch Inkonsistenz, Über- oder Unterforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen charakterisiert sind. (Antonovsky, 1997: 44) Sie tragen zu einem schwachen SOC bei. Im Gegensatz dazu zählen zu den Aspekten, die als GRR einem starken SOC förderlich sind, für Antonovsky u. a. Intelligenz, Reichtum, Ichstärke und kulturelle Stabilität. (Antonovsky, 1997: 44). GRD und GRR können demnach ebenso als zwei Pole eines Kontinuums verstanden werden, auf dem der Einzelne platziert werden kann. Zusammengefasst sind jeder menschlichen Lebenslage also Stressoren immanent, denen Ressourcen gegenüberstehen. Beide sind generalisiert und langlebig und determinieren als SOC-Niveau die Stärke des Kohärenzgefühls im Individuum.

Die Auswirkungen des Kohärenzgefühls auf den individuellen Gesundheitsstatus

Antonovskys verbindendes Konzept der GRR - GRD erlaubt es, die Ressourcen und Stressoren über das SOC mit dem gesundheitlichen Zustand des Einzelnen zu verknüpfen. Das bedeutet jedoch nicht, wie Antonovsky selbst betont, dass das SOC die einzige Variable ist, die Gesundheit beeinflusst (Antonovsky, 1997: 40) Ebenso wenig dürfen mit dem Konzept

pathologische Erscheinungen salutogenetisch bagatellisiert werden. Darauf hat z. B. Benyamin Maoz, ein Zeitgenosse und Kollege Antonovskys ausdrücklich hingewiesen (Maoz, 1998: 21).

Wie gezeigt, wird das SOC-Konstrukt dann relevant, wenn es um Stresssituationen geht. Wie aber nimmt das Kohärenzgefühl Einfluss auf den Gesundheitsstatus, also die Position des Individuums auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum? Antonovsky selbst (1990) sieht fünf mögliche Kanäle:

1. Direkt über das Gehirn als Gesundheitsversorgungssystem: Die Wahrnehmung der Welt als verstehbar, handhabbar und bedeutsam kann das Gehirn aktivieren, den anderen körperlichen Systemen direkt gesundheitsförderliche Informationen zukommen zu lassen.
2. Durch die Auswahl gesundheitsfördernden Verhaltens: Personen mit einem starken Kohärenzgefühl definieren Antonovsky zufolge mehr Stimuli als nicht stresshaft und weichen Stressoren, mit denen schwer umzugehen ist, eher aus. Außerdem suchen solche Personen nach seiner Auffassung eher professionelle Hilfe, nehmen verstärkt gesundheitsrelevante Informationen auf und vermeiden gesundheitsschädliches Verhalten.
3. Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl sind erfolgreicher im Umgang mit Stressoren. Antonovsky bezeichnet diesen Kanal zwar als indirekt, aber in seinen Auswirkungen als die wichtigste Verbindung zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheit. An anderer Stelle schreibt er dazu: *„Die Person mit einem starken SOC ist eher in der Lage, die Natur und die Dimensionen des instrumentellen Problems genau zu identifizieren, sie ist eher geneigt, es als Herausforderung anzusehen und wird mit größerer Wahrscheinlichkeit aus ihrem Repertoire an Ressourcen die auswählen, die dem Problem angemessen sind und sie auf vernünftige Weise einsetzen“*. (Antonovsky, 1987: 142).
4. Einstellungen sollen ein weiterer Kanal sein, über den das Kohärenzgefühl den Gesundheitsstatus des Einzelnen beeinflusst sowie
5. das Aktivitätsniveau (Antonovsky, 1990)

Ob die beiden letztgenannten Aspekte generalisierbar sind, scheint jedoch fraglich, da sie sich Kritikern zufolge nur auf eine einzige empirische Studie mit einer sehr spezifischen Gruppe beziehen (Franke, 1997: 185). Was die ersten drei Hypothesen betrifft, so liegen inzwischen eine ganze Reihe empirischer Studien vor, die Hinweise enthalten, die in Richtung auf eine

Bestätigung interpretiert werden können (hinsichtlich neurobiologischer Befunde vgl. Hellhammer und Buske-Kirschbaum, 1994: 101, Bauer, 2006; zur Auswahl gesundheitsfördernder Verhaltensweisen Dangoor und Florian, 1994, Gallagher et al. 1994, DeBruyn, 1995; zum erfolgreichen Umgang mit Stressoren McSherry und Holm, 1994, Franke et al. 1997).

2.4.2.3 Das Recovery-Modell

Gerade in Bezug auf Menschen mit (psychischen) Behinderungen entfaltet dieses Konzept eine besondere Bedeutung. Auch das Recovery-Modell hebt ungeachtet seiner verschiedenen Ausdifferenzierungen anstelle von Krankheit und Defiziten das Genesungspotenzial Betroffener hervor und unterstützt dieses. In jüngster Zeit haben viele US-Bundesstaaten, darunter auch Ohio, ihre Gesundheitssysteme in Bezug auf psychische Gesundheit reformiert und darin Werte wie Hoffnung, Heilung, Empowerment, soziale Teilhabe, Menschenrechte und recovery-orientierte Dienstleistungen betont. So berichtet die *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA, 2011), die als Teil des *Department of Health and Human Services* (DHHS) direkt dem Kongress unterstellt ist, von der Entwicklung staatlicher Initiativen, die Betroffenen helfen sollen, Recovery zu erreichen. Dazu gehört u. a. die Bildung spezieller Komitees, die für die Durchführung landesweiter Pro-Recovery und Anti-Stigma Kampagnen zuständig sind. Diese Komitees entwickeln außerdem Recovery-Richtlinien und sorgen für deren Implementierung. Ferner schulen sie Betroffene in der Evaluation des Systems psychisch-geistiger Gesundheit und helfen darüber hinaus beim Aufbau von Dienstleistungen und Hilfsnetzen (vgl. <http://www.store.samhsa.gov>). Der Einfluss von Recovery auch auf nationale Gesundheitspolitiken unterstreicht die wachsende Bedeutung des Konzepts.

2.4.3 Modelle stärkeorientierter Beziehungsgestaltung

2.4.3.1 Die sozialräumliche Perspektive

Der Ausgangspunkt der salutogenetischen Fragestellung war, wie es kommt, dass einige Menschen auch unter Bedingungen, die viele erkranken lassen, gesund bleiben. Dabei richtet sich das Augenmerk neben individualisierten Möglichkeiten zur Stärkung des Kohärenzgefühls auch auf gesellschaftliche Bedingungen. In welcher Relation allerdings die individuelle und die gesellschaftliche Ebene zueinander stehen und wie sich beide gegenseitig

beeinflussen, darüber gibt Antonovskys Modell wenig Aufschluss. Auch das Recovery-Modell ist in dieser Hinsicht trotz seiner zunehmenden Relevanz nur bedingt aussagekräftig. Es scheint, als lägen auch bei diesem Konzept, wenngleich weniger akzentuiert als in den Modellen der Resilienz und der Salutogenese, die Schwerpunkte auf einer Unterstützung im Einzelfall. Im Kontext der Klientel der vorliegenden Studie sind Schwierigkeiten allerdings nicht nur in ihrem Verhalten selbst zu sehen. In aller Komplexität geht es, wie vorstehend bereits betont, immer um den Einzelnen in seiner oder ihrer Lebenswelt. Darauf weist auch das SGB XII als zentrale Rechtsgrundlage der Wohnungslosen- und Eingliederungshilfe hin, beispielsweise mit seinem Auftrag an die Sozialhilfeträger, Hilfesuchenden die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Damit wird anerkannt, dass der Mensch als soziales Wesen auf andere angewiesen ist, und es öffnet sich der Blick in den Sozialraum als dem Ort täglichen Handelns. Die Fragestellung bleibt gegenüber den individuellen Ansätzen auch bei ganzheitlich-systemischen Sichtweisen dieselbe, nämlich: Was hilft, „gesund“ zu bleiben anstelle von was macht „krank“? Für den Personenkreis der obdachlosen Menschen mit psychischen Störungen kann es die Frage danach sein, was ihnen hilft, ihre Wohnung zu erhalten, oder Krisensituationen ohne (stationäre) psychiatrische Behandlung zu bewältigen. Mit einer Übertragung solcher Überlegungen auf das Gemeinwesen erweitern sich Handlungs- und Interventionsmöglichkeiten sozialer Arbeit von der *Behandlung* Einzelner oder einzelner Gruppen hin zu Konzepten der *Gestaltung* von Lebensräumen. Über einen ganzheitlich-systemischen Zugang können Menschen, die obdachlos und psychisch krank sind, ihre Ressourcen besser verwalten und Erfahrungen aus der Vergangenheit anders bewerten, z. B. als unter den gegebenen Bedingungen schlüssiges Handeln. Dies ist u. a. deshalb so wichtig, weil die Interpretation zurückliegender Erlebnisse mit darüber entscheidet, welche zukünftigen Handlungsmöglichkeiten und Ziele Menschen sehen und welches Vertrauen sie in ihre zukünftige Handlungsfähigkeit haben. Enders-Drägässer und Sellach (2005: 26) weisen in ihrer Studie auf einen ähnlichen Zusammenhang hin. Sie konnten feststellen, dass die von ihnen befragten Frauen, die zwischenzeitlich eine eigene Wohnung bezogen hatten, sich nicht unbedingt zufriedener äußerten als solche, die in stationären Einrichtungen lebten. Maßgebend für die Deutungen der Befragten war vielmehr, wie die sie ihre aktuelle Wohnsituation mit der Ursache ihres Wohnungsnotfalls verknüpften, wie sie ihre persönliche Situation einschätzten und ob und wenn ja, welche Erwartungen sie an eine Veränderung hegten. Der Sozialraum als Ort des Wohnens, der Existenzsicherung durch Arbeit, des sozialen Austauschs oder der Teilhabe an gesellschaftlichen Einrichtungen ist jedenfalls der zentrale Ort der Lebensbewältigung. Mit seinen Nachbarschaften, Plätzen,

Straßen, Institutionen und Nischen bietet er vielfältige Ressourcen. Zu nützlichen Dienstleistungen, die Selbsthilfepotenziale fördern und über Institutionen zur Verfügung gestellt werden können, gehören als *materielle Ressourcen* z. B. Räume, Kopierer, e-mail Anschluss, Telefon, preiswertes Mittagessen, Fahrten zu Ämtern und dgl. Als *personale Ressourcen* sind zu beschreiben: Beratung, anwaltliche Tätigkeit, Zeit haben, Zuhören etc. *Infrastrukturelle Ressourcen* sind z. B. Orte, an denen man informelle Sozialbezüge aufnehmen und sich organisieren kann, oder Orte, an denen Menschen aus verschiedenen Erfahrungswelten zusammenkommen. Dabei sind alle gefordert, die Besonderheiten des oder der anderen zu respektieren und idealerweise voneinander zu lernen. Diesem Anspruch gerecht zu werden, setzt bei allen Beteiligten ein hohes Maß an Neugierde und Offenheit voraus, die es zu entwickeln und zu erhalten gilt. Darauf aufbauend müssen die Kommunikationspartnerinnen und -partner ihre Fähigkeit schulen, die Perspektive wechseln zu können (Kapitel 5). So wird der Kontakt zwischen obdachlosen Menschen mit Psychiatrieerfahrung und ihrer (sozial integrierten) Gegenüber erst zu einem Austausch und zu einer in jeder Hinsicht interkulturellen Begegnung. Die Förderung solcher Austauschprozesse setzt die Integration der hier fokussierten Klientel in aktive Gemeinschaften voraus, die ihnen realistische Möglichkeiten zur Entfaltung ihrer Fähigkeiten bieten. Dazu ist wiederum die Öffnung von Einrichtungen der Wohnungslosen- und der Eingliederungshilfe in die soziale Infrastruktur eines Stadtteils unerlässlich. Neben der Nutzung vorhandener Ressourcen und ressortübergreifendem Handeln sind auch eine solchermaßen betriebene Vernetzung und Kooperation zentrale Grundgedanken der sozialräumlichen Perspektive. Niedrigschwellige Kommunikationsräume, z. B. als Stadteilladen oder Stadtteilcafé, eignen sich für obdachlose, psychisch kranke oder anderweitig beeinträchtigte Menschen gut, um nützliche Dienstleistungen anzubieten. Dies können preiswerte Speisen und Getränke, Fahrradreparaturen und Textiländerungen, Kunsthandwerk u. v. m. sein. Solche Initiativen mobilisieren Energie bei Betroffenen und setzen ihre Selbstheilungskräfte frei. Der Erfolg der eigenen Anstrengung und das Gefühl, etwas zur Gemeinschaft beizutragen, verschafft ihnen zudem soziale Anerkennung durch die Umwelt und fördert zusätzlich den eigenen Selbstwert.

Die in Kapitel 3 dargestellten Interviews belegen ausnahmslos die weit reichenden Konsequenzen, die die Diagnose einer psychischen Erkrankung für die Betroffenen hat. So berichten alle Befragten von einem damit einhergehenden Verlust von Fähigkeiten kognitiver und sozialer Art. Dies erscheint plausibel wenn man bedenkt, dass Informationsverarbeitungsprozesse gerade in akutem Zustand meist gänzlich unterbrochen

sind. Dazu kommt, dass Psychosen häufig in Phasen des Übergangs wie z. B. der Adoleszenz oder dem Eintritt ins Berufsleben auftreten, wo sie (soziales) Lernen zu einer Zeit behindern, in der dieses fundamental wichtig ist. Die Biografien aller Befragten zeugen davon, dass es in der Folge zu Brüchen nicht nur in der Bildungsbiografie, sondern im Lebenskonzept insgesamt kommt, was wiederum häufig dazu führt, dass ursprüngliche Lebensentwürfe nicht realisiert werden können. Daher muss die sich einer Krankheitsepisode anschließende Wiederherstellungsphase dem Individuum die Gelegenheit zum (Wieder-)erlernen von sozialen wie auch kognitiven Fähigkeiten bieten. Diese Prozesse zu unterstützen ist sicher eine wesentliche Aufgabe derer, die mit der Begleitung dieses Personenkreises betraut sind. Für den kognitiven Bereich kann ein entsprechendes Training in einem Unterrichtskontext erfolgreich sein. Soziale Fähigkeiten lernt man dagegen am besten an den Orten, wo die Betroffenen tatsächlich leben. Deshalb kommt es entscheidend darauf an, dass Psychiatrieerfahrenen nach überstandener Krankheitsphase soziale Nischen zur (Neu-)orientierung offen stehen. Nachhaltiger Erfolg sozialer Arbeit ist wohl am ehesten daran zu messen, inwieweit es gelingt, solche Nischen zu schaffen. Dabei beschränkt sich eine sozialraumorientierte Herangehensweise nicht auf einzelne Zielgruppen, sondern stellt innerhalb verschiedener Gruppierungen eines Wohnquartiers Zusammenhänge her und versucht, deren Kooperation zu fördern.

Die Fähigkeiten und Umstände von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind infolge ihrer Besonderheiten möglicherweise tatsächlich dauerhaft verändert. Dies ist in ihre künftige Lebensplanung mit einzubeziehen. Und doch sind im Beratungs- und Begleitungsprozess alle Anstrengungen darauf zu richten, dass der Personenkreis, selbst wenn ihm aktuell zusätzlich eigener Wohnraum fehlt, sich in einer förderlichen Nische verorten und darin verbleiben kann. Die Fortbildung von bürgerschaftlich Engagierten in diesem Bereich leistet hierzu einen wichtigen Beitrag (Kapitel 5). Nischen, die die Menschen, die in ihnen leben fördern, sind zunächst durch folgende Merkmale charakterisiert:

- In förderlichen Nischen sind die ökonomischen Ressourcen angemessen und es werden Qualität und Kompetenz belohnt. Dies reduziert ökonomischen Stress und trägt damit maßgeblich dazu bei, Institutionalisierung zu verhindern.
- In förderlichen Nischen besteht die Möglichkeit zum Erlernen von Fähigkeiten, die der oder die Einzelne braucht, um in eine andere Nische wechseln zu können. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn mit der Platzierung in einer entsprechenden Nische

Erwartungen in Bezug auf Zeitmanagement, Selbstdisziplin und angemessene Arbeitsgewohnheiten verbunden sind.

- In befähigenden Nischen können Menschen durch eigene Anstrengung höher dotierte Positionen mit mehr Verantwortung erlangen. Damit einhergehend ist die Erwartungshaltung in Richtung Veränderung und persönlichem Fortschritt hoch.
- In solchen Nischen gibt es außerdem viele Anreize, sich realistische Langzeitziele zu setzen und darauf hinzuarbeiten.
- Personen in befähigenden Nischen werden nicht ausschließlich über ihre soziale Kategorie definiert. Sie werden als Menschen wahrgenommen, die darüber hinaus andere valide Ziele und Eigenschaften haben. Sie sind also nicht „nur“ „bag ladies“, „Knackis“, „Junkies“ oder „Verrückte“ (Kapitel 2).
- Förderliche Nischen bieten neben dem Kontakt zu Mitgliedern aus der eigenen (Peer)Gruppe auch die Möglichkeit zur Begegnung mit Menschen aus anderen sozialen Bezügen, die wiederum ihre eigenen Sichtweisen mitbringen. Dadurch erweitert sich die Wahrnehmung derer, die in förderlichen Nischen leben anstatt eng und begrenzt zu bleiben.
- Schließlich hat Stigmatisierung in förderlichen Nischen keinen Platz. Diejenigen, die darin leben, werden als vollwertige Menschen wahrgenommen, deren Würde respektiert wird.

Die hier skizzierte Beschreibung einengender und förderlicher Nischen ist eine idealtypische. In Wirklichkeit existieren natürlich Überlappungen, d. h. die menschliche Lebensrealität ist durch Elemente aus beiden Nischentypen gekennzeichnet. Gleichwohl sind die förderlichen Nischen immanenten Entwicklungsmöglichkeiten für die Zielgruppe der psychisch kranken obdachlosen Menschen rar, ihre Aneignungsformen sind massiv eingeschränkt. Hier sind vor allem Fachkräfte gefordert, außerhalb des eingegrenzten Bereichs ihrer Institution Situationen zu erkennen und zu verändern. Wohnungs- und Eingliederungshilfe muss sich dann mit der Verhinderung von Obdachlosigkeit, Wohnraumversorgung, Schuldnerberatung und dgl. beschäftigen. Dazu mischt sie sich offensiv und aktiv in kommunalpolitische Zusammenhänge ein. Dies ist deshalb so wichtig, weil dadurch auch verhindert wird, dass Menschen, die wohnungslos und/oder psychisch krank sind, spezialisierten Einrichtungen der sozialen Arbeit zugewiesen und damit aus anderen möglichen gesellschaftlichen Kontexten im Vorwege ausgegrenzt werden. „Inklusion“ (von lat. „*inclusio*“ = der Einschluss), ein inzwischen in der personalen Dienstleistungsarbeit vielzitatierter Begriff, meint indes genau das

Gegenteil. Er beschreibt den Einbezug aller in das Gemeinwesen und zwar *von vorneherein*. Ein solches Begriffsverständnis ist von der Überzeugung der Gleichwertigkeit aller Individuen getragen und beinhaltet die Forderung, dass erstens jeder Mensch in seiner Individualität zu akzeptieren sei und zweitens, viel weitreichender noch, die Gesellschaft Strukturen zu schaffen hat, in denen sich Personen mit Besonderheiten einbringen und auf ihre Art wertvolle Leistungen erbringen können. Eine so verstandene vernetzte Sozialraumorientierung kann nicht im Alleingang gelingen, sondern braucht zur Veränderung Partner in Politik und Verwaltung. Dabei hat die Arbeit nicht *für* obdachlose Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu geschehen, sondern wo immer möglich *mit* ihnen gemeinsam auf einer wirklich kooperativen Grundlage. Denn wie oben bereits betont, diese Personen wissen selbst, was in ihrer Situation das Hilfreichste für sie ist. Eine solche klare Kompetenzzuschreibung fördert die Eigeninitiative und stärkt Selbsthilfepotenziale, die Betroffene zur Überwindung ihrer Schwierigkeiten benötigen. Für Begleiterinnen und Begleiter dieses Personenkreises kommt es entscheidend darauf an, sowohl die Menschen *in ihren Verhältnissen* zu verstehen, als auch den *Einfluss der Verhältnisse auf das Verhalten* zu begreifen. Diese Aspekte werden besonders in der 3. Lernsituation aus Kapitel 5 aufgegriffen und bearbeitet.

2.4.3.2 Das Konzept der Teilhabe

Auch dieses Konzept hat in jüngster Zeit als systemische Ergänzung zu den dargestellten individualisierenden Ansätzen sowohl in der deutschen Sozialgesetzgebung als auch auf internationaler Ebene stark an Bedeutung gewonnen. So stellt ein Entwurf des Bundesarbeitsministeriums aus dem Jahre 2010, das zum „Europäischen Jahr gegen Armut und Ausgrenzung“ erklärt wurde, ausdrücklich einen Zusammenhang zwischen diesen beiden Faktoren her. „*In der gegenwärtigen Finanzmarkt- und Konjunkturkrise*“, heisst es dort, „*sind besonders finanzschwache und benachteiligte Gruppen gefährdet, sodass die Fähigkeit des Sozialstaats zur sozialen Bewältigung wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Umbrüche besonders gefragt ist*“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2009: 3). Auch die seit 1987 erarbeitete und 2008 in Kraft getretene UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) ist von allen Seiten enthusiastisch begrüßt worden. Unzureichend thematisiert wird aber, dass in derselben Zeitspanne, in der die Konvention mit ihren Forderungen nach voller gesellschaftlicher Teilhabe aller Menschen mit Behinderungen erarbeitet wurde, dem Gesundheits- und Sozialwesen zunehmend Ressourcen entzogen

wurden und unter dem Stichwort: „*Marktförmigkeit des Sozialen*“ ein Umbau nach Maßgabe von Wettbewerb und wirtschaftlicher Effizienz durchgesetzt wurde.

Zwar wird bereits in der Präambel der Konvention festgestellt, dass die Verwirklichung der Menschenrechte behinderter Menschen nicht ohne den Einsatz auch materieller Ressourcen zu haben sei, jedoch kollidiert dieses Verständnis mit einem wirtschaftspolitischen Denken, das Ungleichheit nicht nur begünstigt, sondern teilweise sogar davon ausgeht, dass ein hohes Maß an Ungleichheit die Voraussetzungen für die Entfaltung der Produktivkräfte einer Gesellschaft schafft (vgl. <http://www.soltauer-impulse.culturebase.org>). Zu einer durch die Sozialpolitik einzuleitenden Bewusstseinsbildung, wie sie in Artikel 8 der Konvention gefordert wird, müsste, auch darauf weist die Soltauer Initiative hin, vielmehr gehören, die negativen Folgen der Ökonomisierung und Bürokratisierung des Sozial- und Gesundheitswesens kritisch zu bilanzieren. „*Die Soziale Arbeit*“, forderte auch Staub-Bernasconi in einem Vortrag aus dem Jahre 2008 „*muss sich wahrscheinlich immer weiter entwickeln und politischer werden.*“ Nur so kann in der Politik ein Diskussionsprozess eingeleitet werden, in dem die ethischen und fachlichen Anliegen nicht nur der UN-Behindertenrechtskonvention auf den realen und fortgeschrittenen Prozess der Ökonomisierung des Sozialen bezogen werden können.

Der Psychiater Klaus Dörner (2007) geht sogar noch einen Schritt weiter. Er spricht von der Unzulänglichkeit des Teilhabe-Konzepts und fordert stattdessen einen Ansatz der *Teilgabe*, d. h. Menschen mit Behinderungen sollen nicht nur am gesellschaftlichen Leben teilhaben, sondern auch dabei unterstützt werden, dieser Gesellschaft etwas geben zu können. Diese Forderung mutet besonders radikal an, wenn man bedenkt, dass in Deutschland Menschen mit Behinderung nicht nur überproportional häufig auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII angewiesen sind, sondern dass dieser Status für sie im Unterschied zu nicht behinderten Armen oft dauerhaft und ohne die geringste Aussicht auf Veränderung besteht.

Für ein Verständnis der Dilemmata, in denen sich Personen, die psychisch krank und obdachlos sind vielfach befinden, reichen hermeneutische Verfahren nicht aus. Selbst Betroffenenbefragungen sind, wenn es sich, wie bei den Schaak-Studien von 2002 und 2009 um breit angelegte Strukturuntersuchungen handelt, zur Generierung evidenzbasierter Ergebnisse nur bedingt geeignet. Um zu erfahren, wie die Welt aus der Perspektive von Menschen aussieht, die psychisch krank und obdachlos sind, bedarf es der Ergänzung durch

qualitativ angelegte Untersuchungen in Form von leitfadengestützten Interviews. Die nachfolgend dargestellte eigene Studie ist solch eine Ergänzung, die in Teilen andere Wahrheiten ans Licht bringt, als bisher von der professionellen Hilfe praktiziert. Die in diesem Kapitel dargestellten Theorieperspektiven ebenso wie die Modelle seelischer Gesundheit und stärkeorientierter Beziehungsgestaltung nehmen die Bedürfnisse der Adressatinnen und Adressaten in den Blick und stellen sich kritisch zu „*professioneller und organisationaler Beharrlichkeit*“ (Grunwald, 2001: 211) mit seinem Technokraten- und Expertentum. Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG-W) fordert in ihrem Jahresbericht von 2009: „*Ein Hilfesystem, das der sozialen Ausgrenzung und der Armut entgegen wirken, Notleidenden ihre Würde erhalten und Benachteiligten ihre Rechte bewahren bzw. verschaffen will, muss sich an deren Bedürfnissen orientieren.*“

3. Obdachlose Menschen mit Psychiatrieerfahrung in Columbus, USA und Hamburg

3.1 Forschungsfragen und Zielsetzung der eigenen Zwei-Länderstudie

Welche Bedürfnisse haben also Menschen, die psychisch krank und wohnungslos sind? Diese zu eruieren und damit das psychiatrische Versorgungssystem aus der Sicht wohnungsloser Nutzerinnen und Nutzer kennen zu lernen war das erklärte Ziel der nachfolgend detaillierten Untersuchung. Der Entschluss zur Durchführung einer eigenen empirischen Untersuchung entstand bei der Autorin im Zusammenhang mit ihrer jahrelangen praktischen Tätigkeit in einer Hamburger Übergangseinrichtung für allein stehende wohnungslose Männer. In diesem Arbeitskontext waren gleich mehrere Phänomene zu beobachten: Einerseits schienen die Klienten immer jünger zu werden und zunehmend auch aus Staaten außerhalb der Europäischen Union zu kommen, und andererseits fanden sich unter ihnen zunehmend auch solche, bei denen zu ihrer Obdachlosigkeit auch massive psychische Auffälligkeiten kamen. Gleichzeitig war die überwiegende Mehrheit von ihnen kaum dazu zu bewegen, sich zur Behandlung ihrer Störungen in fachpsychiatrische Behandlung zu begeben. Diese Problemwahrnehmung deckt sich mit zahlreichen Belegen sowohl in der deutschen als auch in der US-amerikanischen Fachliteratur (u. a. Rössler et al., 1994, Nouvertné, 2002, bzw. Toomey et al., 1989, Kuhlman, 1994, Levy, 2004). Zu einem großen Teil basieren diese Forschungsergebnisse jedoch auf Sekundärmaterial sowie standardisierten Befragungen großer Stichproben quantitativ ausgerichteter Forschungsarbeiten (Schaak, 2002, bzw. Rossi, 1989, Burt et al., 2001, Houghton et al., 2001). Mit anderen Worten: Es werden hauptsächlich

die Phänomene Obdachlosigkeit und psychische Erkrankung zu beschreiben versucht, anstatt die *Menschen* in diesen Lebenszusammenhängen ins Zentrum der Betrachtung zu rücken, obwohl es natürlich auch hier alternative Ansätze gibt (Kuhlman, 1994, Rivera, 2003, Levy, 2004).

Und genau den *gelebten Erfahrungen* ihrer extrem vulnerablen Klientel galt das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse der Verfasserin. Neben der Erhebung der Bedürfnisse sollte in einem zweiten Schritt untersucht werden, wo sich diese Bedürfnisse an der tatsächlichen Versorgungsrealität brechen. Die Notwendigkeit zum Entwurf einer Fortbildungskonzeption als dem dritten Ziel entwickelte sich erst im Verlauf der Forschungsarbeit als Konsequenz einer Auseinandersetzung mit theoretischen Konzepten, praktischen Befunden und selbstverständlich auch den empirischen Ergebnissen der eigenen Studie (vgl. BAG-W, 2008).

Demnach lassen sich die Ziele der hier vorgestellten Studie in einem Dreischritt zusammenfassen:

1. Die psychiatrische Versorgung aus der Sicht obdachloser Nutzerinnen und Nutzer kennen zu lernen
2. Abstecken des Feldes, das sich zwischen den Bedürfnissen der Zielgruppe und der tatsächlichen Versorgungsrealität auftut
3. Überführung dieser Erkenntnisse in ein Fortbildungskonzept, das sich an den Besonderheiten seiner Adressaten in deren Lebenswelt orientiert.

Dass sich diese Fortbildungskonzeption, wie sie im Ergebnisteil in Kapitel 5 dieser Arbeit skizziert wird, zunächst an bürgerschaftlich Engagierte richten soll, ergibt sich ebenfalls aus der vorfindlichen Praxis, dass in vielen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe ehrenamtliches Engagement heute nicht nur einen wichtigen Bestandteil des Personalkonzepts bildet, sondern dass manche Institutionen (z. B. Notübernachtungen, Tagesstätten, Bahnhofsmissionen oder Nachtcafés) ohne Freiwillige kaum betrieben werden könnten. Auch hierauf weist die BAG-W (2008) in ihrem Positionspapier hin.

Dagegen sah das Forschungsdesign von Anfang an auch die Einbeziehung obdachloser Nutzerinnen und Nutzer psychiatrischer Hilfesysteme im Ausland vor. Diese Entscheidung fiel vor dem Hintergrund einer Globalisierungsdebatte, nach der zu erwarten ist, dass die verschiedenen Kulturen zukünftig in immer stärkerem Maße aufeinander angewiesen sein

werden. Entsprechend sollte sich Internationalität gerade auch in wissenschaftlichen Kontexten als Standard etablieren. Dass bei der Umsetzung dieser Zwei-Länderstudie die Wahl neben Hamburg auf Columbus in Ohio fiel, hat vor allem zwei Gründe: Zum einen bietet eine Industrienation wie die USA international ausgerichteten Forscherinnen und Forschern am ehesten die erforderliche Infrastruktur zur Realisierung ihrer Vorhaben. Zum anderen sind gesellschaftliche Bedingungen, die sich in Europa erst abzuzeichnen beginnen, dort teilweise schon lange Realität. Beispiele hierfür sind Manager, die ihre Gehälter und Pensionen in aberwitzige Höhen schrauben, während sich in den USA inzwischen jeder sechste Beschäftigte nicht einmal mehr eine Krankenversicherung leisten kann („DER SPIEGEL“, 23/07). Auch dort z. B. an Schulen regelhaft eingesetzte professionelle Sicherheitsdienste zur Eindämmung der Gewalt oder die Verelendung ganzer Stadtviertel gehören dazu. Doch gilt diese den USA zukommende Vorreiterrolle nicht nur für beunruhigende gesellschaftliche Veränderungen. Das Land mit seinem traditionell stark ausgeprägten Bürgerengagement bringt auch zahlreiche unkonventionelle Initiativen und Projekte hervor. Konzepte, die dort etwa unter Namen wie „Empowerment“ oder „Recovery“ praktiziert werden, fördern z. B. die Wahrnehmung von obdachlosen Menschen als Bürgerinnen und Bürger eines Gemeinwesens anstelle von „Störfaktoren“. Vor diesem Hintergrund ist eine Parallelforschung gerade in den USA besonders interessant. Es muss allerdings betont werden, dass ein Systemvergleich zwischen den USA und Deutschland nicht intendiert war. Geprüft wurde lediglich, ob sich die Bedürfnisse und die damit möglicherweise verbundenen Unverträglichkeiten bezüglich der tatsächlichen Versorgungsrealität in beiden Ländern unterschiedlich darstellen. Die Erläuterung der Fortbildungssituation aus Kapitel 1 ebenso wie der Entwurf der drei Lernsituationen in Kapitel 5 sind konsequent auf deutsche Verhältnisse zugeschnitten, als dem Land, für dessen Praxis diese Konzeption bestimmt ist. Ein für beide Länder identisches Fortbildungskonzept als Quintessenz dieser Forschungsarbeit vorlegen zu wollen, wäre auch deshalb kaum sinnvoll, da die historisch-rechtlichen Bedingungen in den USA gänzlich andere sind als in Deutschland. Die Entwicklung von Fortbildungsstrategien für die USA ebenso wie die Untersuchung von Versorgungsrealitäten und Bedürfnissen obdachloser Menschen mit Psychiatrieerfahrung außerhalb westlicher Industrienationen, sind Desiderate, die andernorts noch beforscht werden müssen.

3.2 Die Grounded Theory als methodologisches Rahmenkonzept und Forschungsstrategie

3.2.1 Die historische Entwicklung des Konzepts

Ausgehend von den unter 3.1 skizzierten Forschungsfragen, die gelebte Erfahrung und subjektive Relevanzsetzungen der Informantinnen und Informanten in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen Erkenntnisinteresses rücken, bestimmt sich auch die Forschungsmethode. Hier drängt sich ein *qualitativer* Zugang geradezu auf. Als Instrumentarium zur systematischen Auswertung der erhobenen Daten entschied sich die Verfasserin im Weiteren für den Ansatz der *Grounded Theory*. Die mit diesem Begriff bezeichneten Verfahren wurden Anfang der 1960er Jahre in Chicago durch Barney Glaser und Anselm Strauss entwickelt und 1967 in dem gemeinsamen Werk „*The Discovery of Grounded Theory*“ erstmals präsentiert. Darin versuchten die Autoren eine Theoriebildung zu etablieren, die von den Daten ausgeht und somit Theorien schafft, die im Datenmaterial verankert („*grounded*“) sind. Sie wandten sich damit gegen einen Trend in den US-amerikanischen Sozialwissenschaften, die zu dieser Zeit stark durch quantitative Ansätze dominiert waren. Dabei ist die Grounded Theory keine Methode im engeren Sinne, sondern eher ein Forschungsstil oder ein Paradigma. Die englische Bezeichnung ist auch insofern doppeldeutig, als dass sie die zentrale Qualität der mit dem Verfahren zu erarbeitenden Theorien zugleich zum Namen für das Verfahren selbst erhebt (Strübing, 2004: 13). Im Deutschen wird der Begriff entweder mit „gegenstandsverankerte Theoriebildung“ übersetzt oder auch als „Grounded Theory“ verwendet. Seit den 1970er Jahren haben sich die von Strauss und Glaser propagierten Verfahren allerdings auseinander entwickelt. Während Glaser (und das *Grounded Theory Institute*) die Grounded Theory mehr von den Informantinnen und Informanten und deren sozial konstruierter Wirklichkeit sehen will und damit eher dem Paradigma qualitativer Forschung folgt, ist der Ansatz von Strauss (zusammen mit Corbin) stärker an wissenschaftlichen Überprüfbarkeitskriterien ausgerichtet. Für Strübing (2004) hängen diese Ambivalenzen mit den unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Hintergründen beider Autoren zusammen. Während Glaser von der positivistisch-funktionalistisch orientierten Columbia School inspiriert war, kommt Strauss von der pragmatisch vorgeprägten interaktionistischen Sozialtheorie. Aber nicht nur die beiden Begründer entwickelten die Grounded Theory weiter. Auch andere Forscherinnen und Forscher modifizierten in den letzten 30 Jahren seit ihrer Entstehung den Entwurf (u. a. Hood, 1983, Biernacki, 1986, Tiefel, 2005, Charmaz, 2006). Die letztgenannte Autorin z. B. steht für einen

konstruktivistischen Ansatz, der analog zu interpretativen Theorien von multiplen Wirklichkeiten, der Vergänglichkeit von Wahrheiten und dem Prozesscharakter sozialer Lebenswelten ausgeht. Demgegenüber versuchen objektivistisch orientierte Theoretikerinnen und Theoretiker (wie Hood und Biernacki) eindeutige Erklärungen zu finden. Sie gehen davon aus, dass Daten nicht zu hinterfragende Fakten darstellen und betonen die Generalisierbarkeit bzw. Universalität ihrer Theorien. Von *der* Grounded Theory kann damit schon lange nicht mehr gesprochen werden, sondern hinter der Bezeichnung verbergen sich ganz unterschiedliche Theorieverständnisse. Ebenso können die Erwartungen an eine zu entwickelnde Grounded Theory je nach Disziplin unterschiedlich sein. Jedenfalls scheint dieser Ansatz mit seinem Potenzial, Theorien zu bilden, statt bestehende Konzepte zu überprüfen zur Beantwortung der oben formulierten Forschungsfragen äußerst geeignet.

Wichtig festzuhalten ist allerdings, dass die in Kapitel 2 dargestellten Theorieperspektiven und Konzepte nicht als ex-ante Hypothesen die Datenerhebung strukturiert haben. Sie halfen lediglich dabei, bereits erhobenes Material zu ordnen und Erklärungsmöglichkeiten für empirisch erfasste Phänomene zu finden. Dieses Vorgehen, einschließlich der Erweiterung der Fragestellung im Verlauf des Forschungsprozesses, entspricht en détail der Entdeckungslogik der Grounded Theory (vgl. Corbin, 2009). Für die eigene Untersuchung hat die Verfasserin sich einerseits an der Forschungsstrategie in seiner klassischen Variante nach Glaser und Strauss (1967) orientiert, aber auch Weiterentwicklungen aus konstruktivistischer Perspektive, wie sie Charmaz (2009) in 2. Generation vorgelegt hat, berücksichtigt. Der konstruktivistischen Sicht eigen ist z. B. ein Realitätsverständnis, das von der Existenz multipler Wirklichkeiten ausgeht. Entsprechend sind Ereignisse an sich nicht so wichtig, entscheidend ist vielmehr, wie Personen diese erleben und darauf reagieren. Oder anders formuliert: Entscheidend für die Handlungen und Interaktionen von Menschen als Reaktion auf Ereignisse bestimmt sich weniger durch diese Ereignisse selbst, als vielmehr durch die ihnen zugemessenen *Bedeutungen*. Hier haben auch die Konzepte der „*Biografizität*“ (Allheit, 2008) und der Verlaufskurve (Schütze, 1981) ihren Ort, die am Ende dieses Kapitels als Interpretationshilfen der empirischen Ergebnisse kurz erläutert werden.

Die Verfasserin legt mit ihrer Studie besonderen Wert auf Genauigkeit im Sinne einer sinnvollen Repräsentation der empirischen Wirklichkeit, wie sie sich ihr dargestellt hat. Zugleich kommt es ihr darauf an, dass ihre entwickelte Theorie in allen Teilen auf die erhobenen empirischen Daten zurückführbar ist. Entsprechend konzentriert sich die

nachfolgende Darstellung auf Kriterien zur Bewertung des Forschungsprozesses sowie der empirischen Verankerung der Ergebnisse. Dazu werden im nächsten Abschnitt zunächst kurz die *Forschungsfelder* in Columbus und Hamburg skizziert. Anschließend erfolgt die Darstellung der *Methodischen Vorgehensweise*. Leserinnen und Leser werden anhand 20 ausgewählter Interviews von der Erfassung über das konkrete Kodieren, Verdichten und Dimensionalisieren von Daten bis zu dem Entwurf einer eigenen Theorieskizze (Wenzler-Cremer, 2007) geführt. Dabei werden weitere Fragen, die sich im Analyseprozess aufgetan haben, ebenso behandelt wie die *Grenzen* der Untersuchung. Eine *Darstellung und Interpretation der Ergebnisse* schließen das Kapitel ab.

3.2.2 Der Forschungsprozess

Der Feldzugang in Columbus

Der erste Teil der Datenerhebung erfolgte in Columbus, der Hauptstadt von Ohio im Mittleren Westen der USA. Von Januar 2004 – April 2005 war die Autorin im Rahmen ihres Forschungsvorhabens an der dortigen Ohio State University am Department of Social Work als Gastwissenschaftlerin tätig. Zwei Professorinnen dieser Universität begleiteten das Projekt als Forschungsmentorinnen über den gesamten Zeitraum. Um mit potenziellen Untersuchungspartnerinnen und -partnern in Kontakt zu kommen, kooperierte die Verfasserin außerdem mit dem größten ambulant-psychiatrischen Versorgungszentrum der Stadt. Eine solche Form der Zusammenarbeit der Hochschule mit dieser komplementär-psychiatrischen Einrichtung war bisher kaum praktiziert worden. Das Versorgungszentrum lag zentral in der Innenstadt, unweit des Campus. Auf fünf Stockwerke verteilen sich acht spezialisiert arbeitende Teams, wobei sich das Einzugsgebiet der Einrichtung in den letzten Jahren stark vergrößert hat. Wurden dort 2004 noch 4.465 Personen mit einer psychischen Erkrankung versorgt, so waren es 2008 bereits 11.961. (vgl. <http://www.southeastinc/pdf/2008report>) Im Erdgeschoss befand sich eine große Lobby, in der sich Klientinnen und Klienten - vom Wochenende abgesehen - den ganzen Tag aufhalten konnten, unabhängig davon, ob sie mit ihrer Bezugsperson in der Einrichtung einen Termin hatten. Auch die Verfasserin hat viele Stunden in dieser Lobby verbracht, entweder im Kontakt mit anderen Besuchern oder in der Rolle der Beobachterin. Einen Teil ihrer Informantinnen und Informanten konnte sie auf diese Weise gewinnen. Entsprechend der Vorbedingung zur Teilnahme an der Studie, wonach die Erfahrungen von Menschen untersucht werden sollten, die psychisch krank waren *und* innerhalb des letzten Jahres vor dem Erhebungszeitpunkt wenigstens eine Episode von

Obdachlosigkeit erlebt hatten, war der Zugangsweg jedoch mehrheitlich ein anderer: Für diese besonders vulnerable Zielgruppe hatte die psychiatrische Einrichtung eigens ein *Mobile Van Team* installiert, das sich aus einem Psychiater, einer Krankenschwester, einem case worker und einem Suchttherapeuten zusammensetzte. Wie der Name nahe legt, arbeiten diese Fachleute aufsuchend, indem sie Übernachtungsstätten und öffentliche Plätze anfahren, an denen ihre Klientel häufig anzutreffen ist. Diesen Mobile Van hat die Autorin zweimal wöchentlich über einen Zeitraum von sechs Monaten begleitet. Ihre dortige kontinuierliche Präsenz erlaubte einen allmählichen Beziehungsaufbau zu potentiellen Informantinnen und Informanten. Wenn sie davon ausgehen konnte, dass ein gewisser Rapport zustande gekommen war, bat sie die Betroffenen in der Regel um ein Interview. Es gab aber auch Fälle, in denen zum Personenkreis gehörende Individuen selbst die Forscherin ansprachen und den Wunsch äußerten, über ihre Erfahrungen zu berichten. Auf diese Weise konnten in nur drei Monaten 25 Menschen interviewt werden, auf die die oben formulierten Kriterien zutrafen, und das obwohl mit der Teilnahme an der Untersuchung keinerlei finanzielle Anreize verbunden waren.

Der Feldzugang in Hamburg

In Hamburg existiert bis heute keine solche „mobile psychiatrische Sprechstunde“. Für die dort durchgeführte Befragung mussten daher zur Akquise von Interviewpartnerinnen und -partnern andere Wege gefunden werden. Die Verfasserin wandte sich dazu nach ihrer Rückkehr zunächst an die Übergangseinrichtung für wohnungslose Männer, in der sie vor ihrem Forschungsaufenthalt in den USA gearbeitet hatte. Die Zusammensetzung des Fachpersonals hatte sich zwischenzeitlich kaum verändert, und so waren es vor allem ihre ehemaligen Kolleginnen und Kollegen, die ihr bei der Auswahl potentieller Interviewkandidaten behilflich waren und Initialkontakte herstellen konnten. Selbstverständlich sollten jedoch auch im deutschen Teil der Stichprobe Frauen die Möglichkeit haben, sich zu äußern. Zu diesem Zweck kooperierte die Autorin außerdem mit einer Hamburger Übergangseinrichtung für wohnungslose Frauen, von denen die Mehrheit ebenso über Psychiatrieerfahrung verfügte. Diese Institution und ihre Mitarbeiterinnen waren der Forscherin bis dahin unbekannt. In der Zeit von Februar bis August 2006 besuchte sie in der Folge ein- bis zweimal wöchentlich die Einrichtung für Frauen mit der Erlaubnis der Leitung, sich darin frei zu bewegen. Hilfen zur Identifikation potentieller Gesprächspartnerinnen von dieser Seite waren so bald nicht mehr nötig, sondern die Kontakte ergaben sich auf direktem Wege. Die Erhebung der Daten in der Männern vorbehaltenen

Übergangseinrichtung erfolgte parallel. Sie umfasste in beiden Institutionen zusammen einen Zeitraum von neun Monaten. In Hamburg wurden insgesamt 19 Personen befragt, die Größe der Gesamtstichprobe betrug damit 44 Menschen. Alle Interviews sind zunächst verbatim transkribiert worden. Aus diesen Transkripten wurden wiederum 20 ausgewählt und im Stil der Grounded Theory detailliert analysiert. Sie setzen sich je zur Hälfte aus in Columbus und in Hamburg befragten Partizipanten zusammen. Die Autorin hat alle Interviews selbst geführt.

3.2.2.1 Methodische Vorüberlegungen und erste Forschungsschritte

Entwicklung des Leitfadens und Interviewführung in Columbus

Alle an dieser empirischen Untersuchung beteiligten Forscherinnen verfügen über fundierte Kenntnisse zum Themenbereich Psychische Erkrankung und teilweise auch zu Wohnungslosigkeit. Diese Erfahrungen sind in den Interviewleitfaden als Erhebungsinstrument eingeflossen. Die Annahmen und Vorkenntnisse sind dabei nicht in Form von theoretisch abgeleiteten Hypothesen an den Forschungsgegenstand herangetragen worden, sondern haben als *sensibilisierende Konzepte* die Gewinnung der Informantinnen und Informanten sowie die spätere Datenauswahl und -analyse mitstrukturiert. Der Leitfaden half, bestimmte Themenbereiche im Auge zu behalten und erforderlichenfalls nachzufragen. Obwohl damit ein Teil der Fragen vorgegeben war, wurde das Interview doch so offen geführt, dass es den Partizipanten möglich war, spontan zu antworten. Die zu Anfang regelhaft gestellte erzählgenerierende offene Eingangsfrage und ein nicht zu enges Spektrum der im Gesprächsverlauf angeschnittenen Problemstellungen sollten Situations- und Gelegenheitsbeschreibungen bei den Informantinnen und Informanten provozieren. Der Interviewerin war es dabei wichtig, eine entspannte Atmosphäre herzustellen und ihre Fragen dem Gesprächsfluss ihrer Gegenüber anzupassen, statt rigide ihrem Leitfaden zu folgen. Mit dem Fortgang von Datenerhebung und -analyse wurde auch der Leitfaden immer differenzierter und es kamen neue Fragestellungen hinzu. Die ersten Interviews entstanden mit folgendem Leitfaden:

Interview Schedule

General Topics

What are the experiences of the homeless or otherwise “multi-troubled” mentally ill in Columbus in relation to the mental health system?

What would it take for them to find mental health services useful?

Research Questions:

- | | | |
|-----------------------------|-----|---|
| General | 1. | What were your experiences with the mental health system in the past? |
| | 2. | Would you make use of it again? Why or why not? |
| Diagnosis | 3. | Can you tell me about the symptoms you experience? |
| | 4. | Is there a name for the condition? |
| Motivation | 5. | What in your perception are the kind of problems that make people go and seek help from the mental health care provider |
| | 6. | If you identified some of these problems in your own life, what would you do? |
| | 7. | Provided a friend had such problems, what would you want them to do? |
| Environment Response | 8. | How do you find people respond to you? |
| | 9. | Why do you think they respond the way they do? |
| Descriptive | 10. | Is there anything else you consider important for me to know? |

Im Zuge der mit der Datenerhebung eng verknüpften Auswertung zunächst in Form offenen Kodierens (s. u.) wurden ein hoher Abhängigkeitsgrad von Suchtmitteln sowie häufige Konflikte der Befragten mit der Justiz deutlich. Ferner zeigte sich eine überwiegend vorhandene sehr geringe finanzielle Beweglichkeit. Um herauszufinden, welche Rolle Sucht, Hafterfahrung und Armut als neu auftauchende Kategorien innerhalb ihrer Lebensrealität spielten, wurden diese Punkte im weiteren Fortgang der Datenerhebung regelhaft abgefragt. Eine zweite Version des ergänzten Interviewleitfadens sah damit folgendermaßen aus:

Interview Schedule (Revised)

General Topics

What are the experiences of the homeless or otherwise “multi-troubled” mentally ill in Columbus in relation to the mental health system?

What would it take for them to find mental health services useful?

Research Questions:

- | | | |
|-----------------------------|-----|--|
| General | 1. | What were your experiences with the mental health system in the past? What are your experiences now? |
| | 2. | Would you make use of it again? Why or why not? |
| Diagnosis | 3. | Tell me about the symptoms you experience. |
| | 4. | Is there a name for the condition? |
| Motivation | 5. | What do you think are the kind of problems that make people seek help from Southeast for instance? |
| | 6. | If you identified some of these problems in your own life, what would you do? |
| | 7. | If a friend had such problems, what would you want them to do? |
| Environment Response | 8. | How do you find people act toward you? |
| | 9. | Why do you think they act that way? |
| Descriptive | 10. | Is there anything else you consider important for me to know? |

Tell me a little bit more about your situation:

- Have you had experience with alcohol or other drugs?
- Have you ever spent time in jail or prison?
- What income are you on?

Im Stadium des axialen Kodierens (s. u.), als zunehmend Muster zwischen den einzelnen Kategorien erkennbar wurden, entstanden auch neue Arbeitshypothesen. Eine solche Hypothese war, dass z. B. die Dauer der Wohnungslosigkeit einen Einfluss auf den Grad der Inanspruchnahme fachpsychiatrischer Hilfe hatte. Eine andere galt der Frage, wie es sich in dieser Hinsicht mit der auffallend häufigen Komorbidität der Informantinnen und Informanten verhielt. Daher wurde der Leitfaden in Columbus noch ein weiteres Mal folgendermaßen erweitert:

Interview Schedule (Revised)

General Topics

What are the experiences of the homeless or otherwise “multi-troubled” mentally ill in Columbus in relation to the mental health system?

What would it take for them to find mental health services useful?

Research Questions:

- | | |
|-----------------------------|---|
| General | 1. What were your experiences with the mental health system in the past? What are your experiences now? |
| | 2. Would you make use of it again? Why or why not? |
| Diagnosis | 3. Tell me about the symptoms you experience. |
| | 4. Is there a name for the condition? |
| Motivation | 5. What do you think are the kind of problems that make people seek help from Southeast for instance? |
| | 6. If you identified some of these problems in your own life, what would you do? |
| | 7. If a friend had such problems, what would you want them to do? |
| Environment Response | 8. How do you find people act toward you? |
| | 9. Why do you think they act that way? |
| Descriptive | 10. Is there anything else you consider important for me to know? |

Tell me a little bit more about your situation:

- Have you had experience with alcohol or other drugs?
- Have you ever spent time in jail or prison?
- What income are you on?

Later added questions:

- How long have you been homeless?
- What about any other health issues?
- How far did you go in school?

Durch ständiges Vergleichen kontrastierender Phänomene als dem wichtigsten Erkenntnismittel der Grounded Theory (die aus diesem Grund auch als „*Constant Comparative Method*“ bezeichnet wird) fiel der ganz unterschiedlich gelagerte Bildungsgrad der amerikanischen Befragten auf, was zu einer weiteren Präzisierung des Leitfadens führte. Dies erfolgte allerdings in einem relativ späten Stadium der Erhebung und bezog sich vor allem auf den erreichten Schulabschluss. Erst zurück in Hamburg, als die in Columbus gewonnenen Forschungsergebnisse die Zentralität des Sozialraums der Zielgruppe sowie eine konsequente Orientierung an ihren Ressourcen nahe legte, erhielt das Thema eine ganz neue Bedeutung und der Aspekt Bildungsgeschichte wurde als eigene Rubrik in den ansonsten aus Amerika übernommenen Leitfaden aufgenommen. Der auf diese Weise letztmalig modifizierte Leitfaden als Grundlage aller in Hamburg geführten Interviews war folgendermaßen formuliert:

Interviewleitfaden

Untersuchungsgegenstand:

Welche Erfahrungen machen Menschen, die obdachlos und psychisch krank sind, mit dem psychiatrischen Hilfesystem in Hamburg?

Wie müsste dieses beschaffen sein, damit diese Menschen davon Gebrauch machen würden?

Forschungsaspekte	Fragen an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer
Allgemeines	1. Wie sahen oder sehen Ihre Erfahrungen mit dem psychiatrischen Hilfesystem in Hamburg aus?
	2. Würden Sie noch einmal davon Gebrauch machen? Warum bzw. warum nicht?
Diagnose	3. Bitte erzählen Sie mir etwas über die Symptome, die Sie bei sich erleben
	4. Gibt es einen Namen für Ihren Zustand?
Motivation	5. Aus welchen Gründen suchen Menschen Ihrer Meinung nach psychiatrische Hilfe?
	6. Was würden Sie tun, wenn Sie etwas davon bei sich selbst feststellen würden?
	7. Angenommen, ein Freund oder eine Freundin von Ihnen hätte solche Probleme, was würden Sie dieser Person raten?
Reaktion der Umwelt	8. Wie reagieren Menschen im Allgemeinen auf Sie?
	9. Warum glauben Sie, reagieren diese Menschen so?
Bildungsbiografie	10. Wie war Ihre Schullaufbahn?
	11. Was hat Ihnen in der Schule besonderen Spaß gemacht?
Vertiefungsfragen	Bitte erzählen Sie noch ein wenig mehr über Ihre Situation/ Ihre Lebensentwicklung
	12. Haben Sie Erfahrung mit Alkohol oder anderen Drogen?
	13. Sind Sie schon einmal mit dem Gesetz in Konflikt gekommen?
	14. Wovon leben Sie?
	15. Wie lange waren oder sind Sie schon obdachlos?
	16. Wie sieht es mit anderen gesundheitlichen Problemen aus?
Narrativ	17. Gibt es sonst noch etwas, das für mich wichtig wäre zu wissen?

3.2.2.2 Das methodische Vorgehen bei der Datensammlung

Auswahl der Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer in Columbus

Obwohl der Grad der Inanspruchnahme institutionalisierter fachpsychiatrischer Hilfe zwischen den Informantinnen und Informanten variierte, war doch eine wenigstens minimale Anbindung an das Hilfesystem Voraussetzung zur Teilnahme an der hier vorgestellten Studie. Damit sollte garantiert werden, dass die Befragten einen eigenen Unterstützungsbedarf anerkannten. Personen, die diesen Bedarf negierten und bei denen eine solche Anbindung fehlte, wurden in die Erhebung nicht einbezogen, da ihre Angaben wenig Aussagekraft in Bezug auf die psychiatrische Versorgungsrealität erwarten lassen. „Minimale Anbindung“ heißt, dass die Betroffenen in der Vergangenheit mehr als einmal Kontakt zu Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung gehabt haben müssen. Eine weitere Zugangsvoraussetzung war eine erfolgte Zuordnung der Informantinnen und Informanten zum Personenkreis von Menschen mit psychischer Erkrankung. In Ohio stellt diese die Voraussetzung dafür dar, um überhaupt fachpsychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Menschen mit diesem Status gelten dort als „Severely Mentally Disabled“ (SMD), was sich in der Praxis typischerweise in Zustandsbildern wie Major Depression, Bipolaren Störungen, Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis oder Persönlichkeitsstörungen manifestiert, die das menschliche Funktionsniveau fundamental einschränken können. In Deutschland erfolgt die Zuordnung zum Personenkreis psychisch erkrankter Menschen auf der Grundlage der §§ 53/54 SGB XII. Personen, die zum Befragungszeitpunkt akut psychotisch waren, konnten nicht in die Studie aufgenommen werden, da ihr Realitätsverständnis in solchen Phasen kaum mit dem ihrer Umwelt übereinstimmen dürfte. Konkret bedeutet dies, dass mit Individuen, die im Kontakt Sachverhalte thematisierten, die die Forscherin ihrerseits nicht sehen oder hören konnte, kein Interview geführt wurde. Im amerikanischen Teil der Untersuchung waren auch solche Informantinnen und Informanten ausgeschlossen worden, bei denen eine gesetzliche Betreuung bestand. Damit wollte die Autorin sichergehen, dass die Entscheidung zur Inanspruchnahme fachpsychiatrischer Hilfe freiwillig erfolgt war. Zurück in Hamburg zeigte sich allerdings, dass an diesem Kriterium festzuhalten bedeutet hätte, die Anzahl in Frage kommender Untersuchungspartnerinnen und -partner so drastisch zu dezimieren, dass die Durchführbarkeit der Studie gefährdet gewesen wäre. In der Hansestadt bestand bei nahezu allen Personen der Zielgruppe, denen die Autorin begegnete, eine gesetzliche Betreuung, während dies in Columbus nur auf eine verschwindend geringe Minderheit zutraf. Ein

Erklärungsversuch dieser im Ländervergleich gravierenden Unterschiede folgt im Interpretationsteil dieses Kapitels.

Der weitere Prozess der Datenerhebung gestaltete sich dagegen in beiden Städten zunächst wieder einheitlich: Wenn jemand Interesse an einem Interview signalisierte, wurde dazu in der Regel ein separater Termin vereinbart, an dem das Gespräch stattfinden sollte. Nur wenn potentielle Informantinnen oder Informanten sich ihrer Sache ganz sicher waren, kam es vor, dass diese Verabredungen für denselben Tag getroffen wurden. Meist lagen mindestens 24 Stunden dazwischen. In Anbetracht der besonderen Lebenssituation *wohnungloser* Menschen führte diese Verzögerung nicht selten dazu, dass ein Interview nicht zustande kam. Dafür konnte auf diese Weise sichergestellt werden, dass Informantinnen und Informanten ausreichend Zeit hatten, die Entscheidung zu einer Teilnahme an der Untersuchung zu bedenken anstatt sie vorschnell und unter Druck treffen zu müssen. Wie schon im Initialkontakt erklärte die Autorin beim eigentlichen Interviewtermin nochmals ausführlich den Sinn und Zweck ihrer Studie und zeichnete das verbal vermittelte Einverständnis ihrer Gesprächspartnerinnen und -partner zu Beginn eines jeden Interviews auf Band auf. In Columbus unterzeichneten die Befragten darüber hinaus ein Formblatt, das ihren „*Informed Consent*“ dokumentierte. Während bei Forschungen im amerikanischen (Hoch-)schulkontext diese Form der schriftlichen Zustimmung Pflicht ist, ist sie in deutschen Forschungszusammenhängen optional, weshalb für den Hamburger Teil der Studie darauf verzichtet wurde. Anders als in den USA ist hier übrigens auch das langwierige Genehmigungsverfahren empirischer Studien durch eine unabhängige Ethikkommission nicht erforderlich.

Auswahl der Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer in Hamburg

Ähnlich wie zuvor in den USA fanden auch in Deutschland alle Interviews im lebensweltlichen Kontext der Informantinnen und Informanten statt. Auch in Hamburg war die überwiegende Mehrheit von ihnen zum Interviewzeitpunkt noch obdachlos. Entsprechend fanden dort fast alle Gespräche in den genannten Übergangseinrichtungen statt. Lediglich ein Befragter wurde in der eigenen Wohnung, die er zwischenzeitlich bezogen hatte, aufgesucht, ein weiterer im Krankenhaus.

Die Anzahl der zu führenden Interviews war nicht von vornherein festgelegt worden. Die Autorin hat bereits nach dem ersten Interview mit der Auswertung begonnen und die Ergebnisse bei der Auswahl der nächsten Interviewpartnerinnen und -partner berücksichtigt.

So weit entspricht das Vorgehen der von Glaser & Strauss empfohlenen Strategie des *theoretischen Samplings*. Dabei werden die zu untersuchenden Fälle nach dem Kriterium ausgewählt, ob sie neue Erkenntnisse vermuten lassen. Im Verständnis von Glaser & Strauss ist dieses Verfahren so lange fortzuführen, bis eine theoretische Sättigung erreicht ist, das heißt, bis alle Fragen, die Forscherinnen und Forscher an das Material stellen, beantwortet sind. In der Praxis ist es allerdings äußerst schwierig, vielleicht sogar unmöglich, nicht nur Informantinnen und Informanten zu gewinnen, auf die die Ursprungsauswahlkriterien zutreffen, sondern im Fortgang der Untersuchung auch solche einzubeziehen, die darüber hinaus über Sichtweisen verfügen, die geeignet sind, im Forschungsprozess auftauchende Fragen zu beantworten. In der hier zur Diskussion stehenden Studie hätte dies z. B. bedeuten können, verstärkt Menschen zu befragen, die ohne jegliche Unterkunft auf der Straße leben und übernachten oder sich auf solche Personen zu konzentrieren, die zum ersten Mal in ihrem Leben obdachlos geworden waren. Oder man hätte sich um die Befragung solcher Individuen bemühen können, die wohl eine nachgewiesene psychische Erkrankung hatten, aber bis zum Erhebungszeitpunkt noch nie stationär psychiatrisch behandelt worden waren. Dass die vorliegende Studie diesen Anspruch nicht einlösen kann, bedeutet nicht, dass die Autorin nicht aktiv versucht hätte, auch die Sichtweisen solcher Menschen einzubeziehen, die von der Mehrheit der untersuchten Fälle abweichen. So sollte z. B. mit der Befragung von Personen unterschiedlicher ethnischer Herkunft der Informationsreichtum der Daten und damit die Chance erhöht werden, das eigene Vorwissen zu irritieren, anstatt subjektive Perspektiven der Informantinnen und Informanten vorschnell unter theoretische Vorannahmen zu subsumieren. Bei der vorliegenden Studie kann man daher von einer Mischform sprechen: Die Auswahl der Untersuchungspartnerinnen und -partner erfolgte *zweckgerichtet*, wurde dabei aber so modifiziert, dass sie theoretischem Sampling wenigstens ähnelt.

Die Verfasserin hat ihre Informantinnen und Informanten einzeln befragt und dabei wie oben dargestellt einen halbstandardisierten Interviewleitfaden verwendet. Im Schnitt dauerten die Gespräche etwa 60 Minuten. Obwohl die Fragen vorgegeben waren, wurde der Interviewleitfaden so flexibel angewendet, dass die Befragten spontan antworten konnten. Alle Interviews sind auf Band aufgezeichnet und später verbatim transkribiert worden. In Amerika erfolgte die Transkription in den meisten Fällen gemeinsam mit einer der dortigen Forschungsmentorinnen, um sicherzugehen, dass die Aussagen in ihrer Bedeutung richtig wiedergegeben wurden. Dies war deshalb wichtig, da trotz bestehender ausgezeichnete Vorkenntnisse Englisch für die Autorin eine Fremdsprache ist. In beiden Ländern hat sie darüber hinaus zu jedem Interview Feldnotizen zum Kontext gemacht, in dem das jeweilige

Gespräch stattfand. Ferner wurden für den amerikanischen Teil der Erhebung die Beobachtungen sowohl während der Fahrten im *Mobile Van* als auch vor Ort in der Einrichtung in einem Forschungstagebuch festgehalten. Zurück in Hamburg, wo die Eindrücke aufgrund der größeren Vertrautheit mit der eigenen Kultur sehr viel geordneter auf die Forscherin einströmten, erschien diese Praxis dagegen nicht mehr notwendig.

3.2.2.3 Das methodische Vorgehen bei der Datenanalyse

Wie in Kapitel 2 bereits betont, setzt empirische Sozialforschung im Sinne der Grounded Theory dann ein, wenn sich alltagspraktisches und theoretisches Wissen als unzureichend erweist, in einem Wirklichkeitsbereich kompetent zu handeln bzw. diesen schlüssig zu erklären (Strübing, 2004). Forscherinnen und Forscher beginnen dabei nicht mit theoretisch abgeleiteten Hypothesen über ihren Gegenstand, sie nutzen ihre Annahmen und Vorkenntnisse allenfalls in Form von *sensibilisierenden Konzepten* (Blumer, 2001: 75). Trotz ihres die Datengewinnung und -auswertung strukturierenden Charakters unterschieden sich diese Konzepte durch ihre Offenheit von den Alternativhypothesen quantitativer Untersuchungen. Die sensibilisierende Leitidee als Ausgangspunkt der hier zur Diskussion stehenden Studie war die offene Frage: Wie kommt es, dass bei Menschen, die psychisch krank und obdachlos sind, die Widerstände, fachpsychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen, so groß sind? Im Gegensatz zum sequentiellen Vorgehen bei quantitativen Untersuchungen, stellen Datenerhebung, Datenanalyse und Theoriebildung bei der Grounded Theory keine getrennten Arbeitsphasen dar. Die Analyse und Theoriebildung beginnt vielmehr mit den ersten erhobenen Daten, und vorläufige Ergebnisse dienen, wie oben ausgeführt, der weiteren Präzisierung der Fragestellung, an die das Erhebungsinstrument dann angepasst werden kann. Diese Flexibilität ist neben der Offenheit bei gleichzeitiger Zielgerichtetheit ein weiterer Vorteil dieser Forschungsstrategie, der quantitativen Forschungsdesigns fehlt. Die zeitliche Parallelität sowie die funktionale Abhängigkeit von Datenerhebung, Datenanalyse und Theoriebildung erfordert ein Hin- und Herpendeln zwischen allen Stadien, bis schließlich eine „Grounded Theory“ Gestalt annimmt.

Zur Theoriebildung wird als Kernstück des Forschungsstils das *theoretische Kodieren* genutzt. Dabei geht es nicht um eine bloße Klassifikation bzw. Beschreibung von Phänomenen oder etwa die Reduzierung von Textpassagen auf Schlagwörter. Vielmehr gelangen Forscherinnen und Forscher über den Prozess des ständigen Vergleichens über eine rein deskriptive Ebene hinaus zu analytischen Konzepten, die einen Erklärungswert für das

untersuchte Phänomen haben. Im Folgenden wird die situative Anpassung der Vorgehensweise an die Umstände und die Forschungsfragen der eigenen Studie detailliert beschrieben.

Nach erfolgter Transkription der Interviews begann die Arbeit mit dem offenen Kodieren als erster Kodierform. Dazu wurden die Texte zunächst mehrmals gelesen, um einen inhaltlichen Gesamteindruck zu erhalten. So konnten bald immer wiederkehrende Phänomene identifiziert werden. In einem zweiten Schritt differenzierten sich diese Sachverhalte mehr und mehr aus und es wurden neue theoretische Konzepte entdeckt und benannt. Damit waren vorläufige *Kategorien* oder *Codes* entstanden. Teilweise handelt es sich dabei um Ausdrücke, die die Partizipanten selbst benutzt haben, sog. „natürliche Codes.“ Die meisten Konzepte entstammen jedoch als „konstruierte Codes“ der aktiven und kreativen Konstruktionsleistung der Forscherin in der Auseinandersetzung mit den Daten. Das nachfolgende Organigramm gibt eine Übersicht über die gefundenen Codes sowie die auf einer höheren Abstraktionsebene ermittelten dazugehörigen Dimensionen. In einem späteren Stadium wurde das Kodieren gezielter, nun ging es darum, ein Beziehungsnetz zwischen den Kategorien herauszuarbeiten und im Datenmaterial auftauchende Muster zu identifizieren. Diese zweite Kodierform wird als *axiales Kodieren* bezeichnet. Mittels solcher Verknüpfungen war es anschließend möglich, Hierarchisierungen zu bestimmten relevanten Phänomenen vorzunehmen sowie vorläufige Dimensionen zu ermitteln. Schließlich wurden auf der Basis der Datensynthese aus vorläufigen Dimensionen, den Mustern in den Erfahrungen der Befragten, dem Verhältnis der Codes untereinander, sowie aus den Memos der Autorin endgültige Dimensionen festgelegt und eine zentrale Kernkategorie herausgearbeitet. Diese, als *selektives Kodieren* bezeichnete dritte Phase des Kodierens bildet den letzten Analyseschritt, auf dessen Grundlage nun eine „Grounded Theory“ oder eine Vorstufe dazu formuliert werden kann. In der eigenen Studie hat sich der Aspekt „Diskriminierung aufgrund der besonderen Lebenslage Obdachlosigkeit“ als zentrale Kernkategorie herauskristallisiert. Die mit Hilfe dieses kodifizierten Verfahrens entwickelte Theorie weist nun einerseits auf die Wichtigkeit von Privatraum für den Einzelnen hin und betont andererseits die instrumentelle Rolle des Sozialraums, gerade wenn eine solche sichere Umgebung fehlt. Die Darstellung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse im Einzelnen erfolgt am Schluss dieses Kapitels. Zuvor werden zunächst die Grenzen der Untersuchung sowie die Arbeitsschritte zu ihrer Qualitätssicherung erläutert. Das darauf folgende Diagramm soll der besseren Übersicht wegen zunächst den gesamten Forschungsprozess offen legen. Die relevanten Codes und Dimensionen sind daran anschließend in einem Organigramm zusammengefasst, die nachfolgend an 20 ausgewählten

Interviews expliziert werden. Die Ergebnisse dieser Fallstudien strukturieren die Kapitel 4 und 5.

3.2.2.4 Grenzen der Untersuchung

Weil die Zielgruppe eine kulturelle Verschiedenartigkeit aufweist (Sue et al. 1998, Ancis, 2004), hat die Verfasserin- wie oben erwähnt- bewusst versucht, diese Heterogenität in der Auswahl ihrer Informantinnen und Informanten abzubilden. Dennoch erwies sich die Stichprobe in beiden Ländern als weniger facettenreich als beabsichtigt. In Columbus waren die Untersuchungspartnerinnen und -partner lediglich entweder Amerikaner europäischer oder afroamerikanischer Abstammung, und in der Hamburger Stichprobe waren nur zwei der Befragten nicht-deutscher Herkunft. Da die Autorin als weiße Mitteleuropäerin als einzige in den Prozess der Datenerhebung involviert war, besteht zudem die Möglichkeit, dass besonders Befragte mit afroamerikanischen Wurzeln aufgrund herkunftsbedingter Unterschiede ihre Antworten zensiert haben.

Eine weitere Einschränkung der Untersuchung geht dahin, dass die Informantinnen und Informanten in Columbus sich lediglich aus einer und in Hamburg aus zwei Einrichtungen rekrutierten. Auch ist angesichts der überschaubaren Stichprobengröße bei der Interpretation der Untersuchungsergebnisse Vorsicht geboten. Möglicherweise sind sie nur eingeschränkt auf andere Personen und Kontexte übertragbar. Nun gehört die Gegenstands-, Situations- und Milieuabhängigkeit zu den Kerncharakteristika qualitativer Analysen, die der Formulierung universell gültiger allgemein verbindlicher Ergebnisse entgegenstehen. Dennoch gibt es Kriterien, die den Eigenheiten dieses Paradigmas gerecht werden und gleichzeitig die Qualität der Forschung absichern. Wie dieser Anspruch bei der hier zur Diskussion stehenden Studie konkret eingelöst wurde, wird in den folgenden Abschnitten beschrieben.

3.2.2.5 Die Qualitätssicherung der empirischen Studie

In der quantitativen Forschung haben sich *Objektivität*, *Reliabilität* und *Validität* als Bewertungs- und Gütekriterien über Jahrzehnte hinweg etabliert. Viele der dort verwendeten Verfahren zur Prüfung der Güte sind auf qualitative Forschungen jedoch nur sehr bedingt übertragbar. Wollte man versuchen, über die Standardisierung des Vorgehens die identische Replikation einer Untersuchung zu erreichen, so würde dies eine Komplexitätsreduktion der Erhebungssituation und damit eine Entfernung vom Alltag der Untersuchten bedeuten, die der

qualitativen Forschung nicht angemessen ist. Die Kriterien und Prüfverfahren sind hier andere. Steinke (2000: 325ff.) identifiziert vier solcher *Kernkriterien* zur Anerkennung qualitativer Forschung außerhalb der eigenen *scientific community*:

1. Intersubjektive Nachvollziehbarkeit
2. Indikation des Forschungsprozesses
3. Empirische Verankerung
4. Limitation

1. Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit kann als wichtigstes Qualitätsmerkmal qualitativer Forschung gelten. In der eigenen Studie ist sie auf drei Wegen umgesetzt worden:

- a. Durch die in den vorangegangenen Abschnitten geleistete detaillierte Dokumentation des Forschungsprozesses einschließlich des Vorverständnisses der Forscherin
- b. Durch die Interpretation in Gruppen
Über den gesamten Prozess der Datenanalyse hinweg hat die Verfasserin in beiden Ländern kontinuierlich ihre Forschungsmentorinnen konsultiert. Sowohl Interviews als auch sich daraus entwickelnde Kategorien und Dimensionen wurden gemeinsam diskutiert und interpretiert. Wenn Meinungsverschiedenheiten auftraten, wurde die Diskussion so lange fortgesetzt, bis es zu einer Einigung kam. Diese diskursive Form der Herstellung von Intersubjektivität trägt außerdem zur *Vertrauenswürdigkeit* qualitativer Studien allgemein bei (s. 4.).
- c. Durch die Anwendung kodifizierter Verfahren
Hier hielt sich die Autorin an die Vorgaben der Grounded Theory, die mit ihren Kernelementen Kodierung, Kategorienbildung und Vergleich ein regelgeleitetes Instrumentarium darstellt, das den Nachvollzug einer Untersuchung strukturiert.

2. Indikation des Forschungsprozesses

Die Forschungsfragestellung, in der es um gelebte Erfahrung geht, legt einen qualitativen Zugang nahe. Die interessierenden Phänomene wurden in alltäglichen Kontexten der Informantinnen und Informanten untersucht, wozu die Autorin längere Zeit Feldforschung betrieb. Die Verwendung eines halbstandardisierten Interviewleitfadens verbunden mit den Auswertungsverfahren der Grounded Theory

ließ den Befragten ausreichend Spielraum für eigene Relevanzsetzungen. So kamen ihre subjektiven Perspektiven, ihre alltäglichen Handlungsweisen und Bedeutungen in Bezug auf den Gegenstand zur Geltung und wurden nicht durch methodische Strukturen im Untersuchungsrahmen zu stark eingeschränkt. Erhebungs- und Auswertungsverfahren waren so gestaltet, dass Überraschungen, d. h. Irritationen des Vorverständnisses der Forscherin möglich wurden, anstatt nur nach der Bestätigung von Ex-ante-Hypothesen zu suchen.

3. Empirische Verankerung

Die Ergebnisse der hier zur Diskussion stehenden Studie sind in den Daten begründet. Es wurde explizit nach Gegenbeispielen und alternativen Lesarten bzw. Interpretationen gesucht. Schwierigkeiten bei der Durchführung der Erhebung wurden benannt, die sich daraus bei der Interpretation der Ergebnisse ergebenden Grenzen nicht verschwiegen. Kodifizierte Verfahren wie die Grounded Theory gewährleisten neben der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit auch die empirische Verankerung. Darüber hinaus sorgt eine Fülle von Textbelegen für die Plausibilität der Untersuchungsergebnisse. Sie werden im Abschnitt „Kategoriengestützte Auswertung der Interviews“ nachfolgend dargestellt. Auch die „kommunikative Validierung“ (engl. „member check“, Lincoln & Guba, 1985: 314) wäre hier einzuordnen, insofern über dieses Verfahren eine Rückbindung der entwickelten Theorie über den Untersuchungsgegenstand an die Informantinnen und Informanten bzw. deren Sichtweisen und Relevanzsetzungen erfolgt. Sicher wäre es in der vorliegenden Studie wünschenswert gewesen, mit den untersuchten Personen ein zweites Interview durchzuführen, um darüber die Interpretationsprozesse an deren Eigenperspektive zu koppeln. In der praktischen Umsetzung erwies es sich allerdings oft als sehr schwierig, einmal befragte Personen erneut aufzuspüren. In rund drei Viertel der Fälle blieb es daher bei einmaligen Begegnungen.

4. Verallgemeinerbarkeit (Limitation)

Die Transferierbarkeit der Ergebnisse qualitativer Studien ist, wie bereits betont, schwierig einzuschätzen. Die vorangegangenen Abschnitte machen deutlich, wie komplex Untersuchungssituationen sein können, bei denen (soziale) Phänomene durch die Augen der Informantinnen und Informanten beschrieben werden sollen. Da es nicht möglich ist, diese Szenarios beliebig und exakt zu reproduzieren, schlagen Guba

& Lincoln (1989: 245 ff.) vor, sich vom Gütekriterium der Verallgemeinerbarkeit zugunsten von Vertrauenswürdigkeit („trustworthiness“) bzw. Authentizität zu lösen. Geprüft wird hier, inwiefern Forscherinnen und Forscher sorgfältig mit den Aussagen oder gezeigten Verhaltensweisen ihrer Informantinnen und Informanten umgegangen sind. Das Material sollte nicht nur sensibel erhoben werden, auch die Interpretation der Daten sollte den darin transportierten Werten und Relevanzsetzungen der Untersuchten gerecht werden. Die Art der Fragestellung in der vorliegenden Studie liefert den Informantinnen und Informanten einerseits ein Kriterium dafür, was wichtig ist, während sie ihnen andererseits die Entscheidung darüber überlässt, was als wichtig gelten soll. Damit positioniert sich die Interviewerin als lernwillige und respektvolle ZuhörerIn, die, obgleich Wissenschaftlerin, die lokal überlegene Kompetenz ihrer Gesprächspartnerinnen und -partner anerkennt. Zu einer sensiblen Interaktion mit den Befragten gehört auch, dass die konstituierende Rolle der Forscherin als Subjekt (mit ihren Forschungsinteressen, Vorannahmen, Kommunikationsstilen, biografischem Hintergrund etc.) und als Teil der sozialen Welt, die sie erforscht, möglichst weitgehend methodisch reflektiert in die Theoriebildung einbezogen wird (Steinke, 2000: 330 f.) Schon deshalb sind kontinuierliche Begleitung des Forschungsprozesses und Reflexionen während der Arbeit im Feld durch Selbstbeobachtung und Dritte unerlässlich. Eine weitere Möglichkeit, das Problem der Verallgemeinerbarkeit in der qualitativen Forschung zu lösen, sind nach Seale (1999: 108) sowie Lincoln & Guba (1985: 316) dichte Beschreibungen („thick description“). Solchermaßen detaillierte (dichte) Beschreibungen von insgesamt 20 Fallstudien werden in Abschnitt 3.3. gegeben. Sie sollen es Leserinnen und Lesern ermöglichen, ihre eigenen Schlussfolgerungen darüber zu ziehen, inwiefern die Ergebnisse auf einen anderen Kontext übertragbar sind.

3.2.3 Visualisierung des Forschungsprozesses

3.2.3.1 Gesamtüberblick

Im Vorgriff auf die folgenden Ausführungen verdeutlicht das nachfolgende Diagramm (Abbildung 1) die Beziehungsnetze zwischen Kategorien, ihre Verdichtung zu Dimensionen sowie die im Forschungsprozess identifizierten Muster:

Diagramm zum Forschungsprozess

Erfahrung aus der Praxis Zahl obdachloser psychisch kranker Menschen steigt; sie sind jedoch nur schwer oder gar nicht erreichbar.

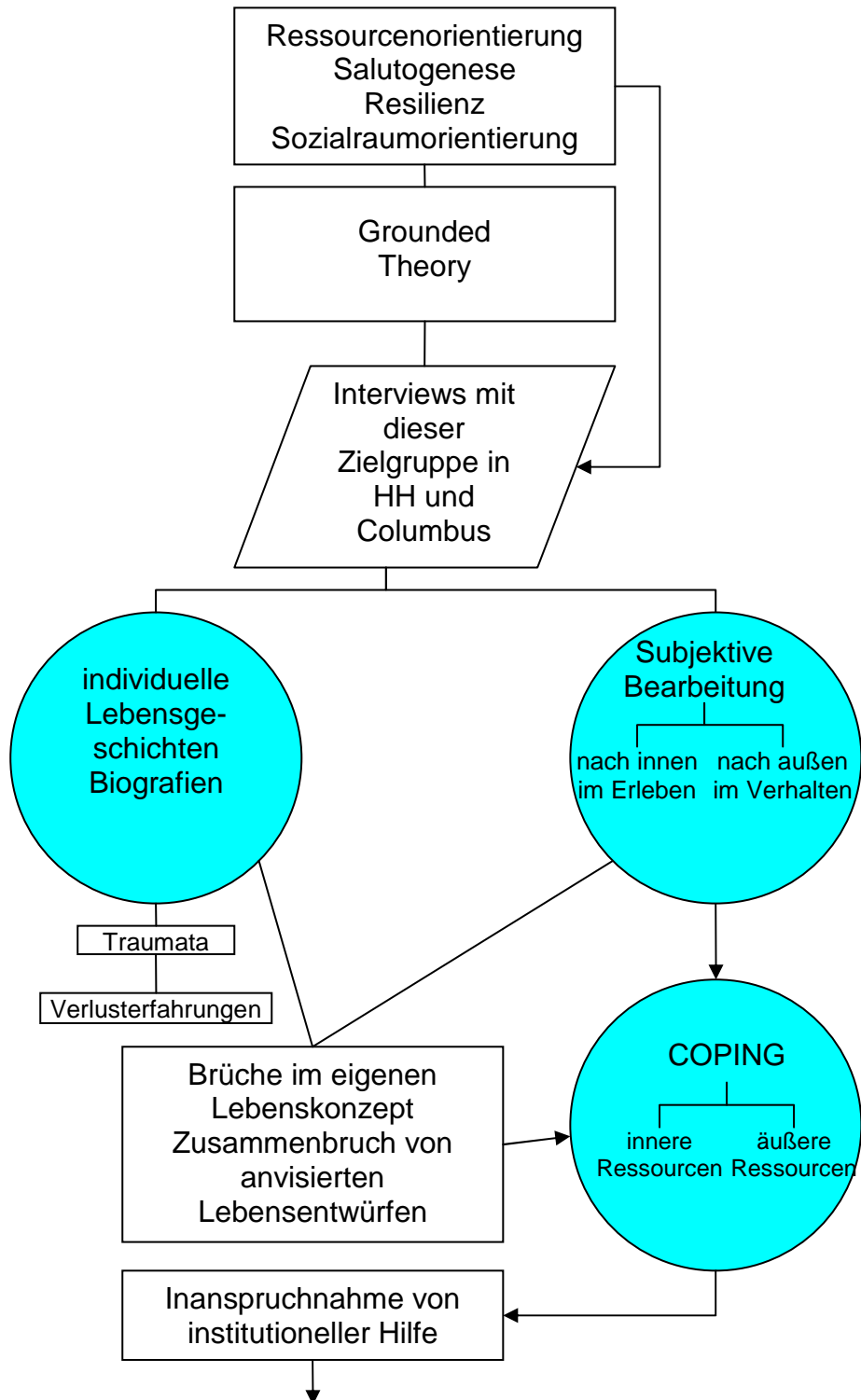
Forschungsfrage Wie sehen die Erfahrungen obdachloser psychisch kranker NutzerInnen psychiatrischer Hilfsangebote in HH und Columbus, OH aus?

Fachwissenschaftliche Bezugspunkte

Methode der Bearbeitung

Dimensionen

Muster



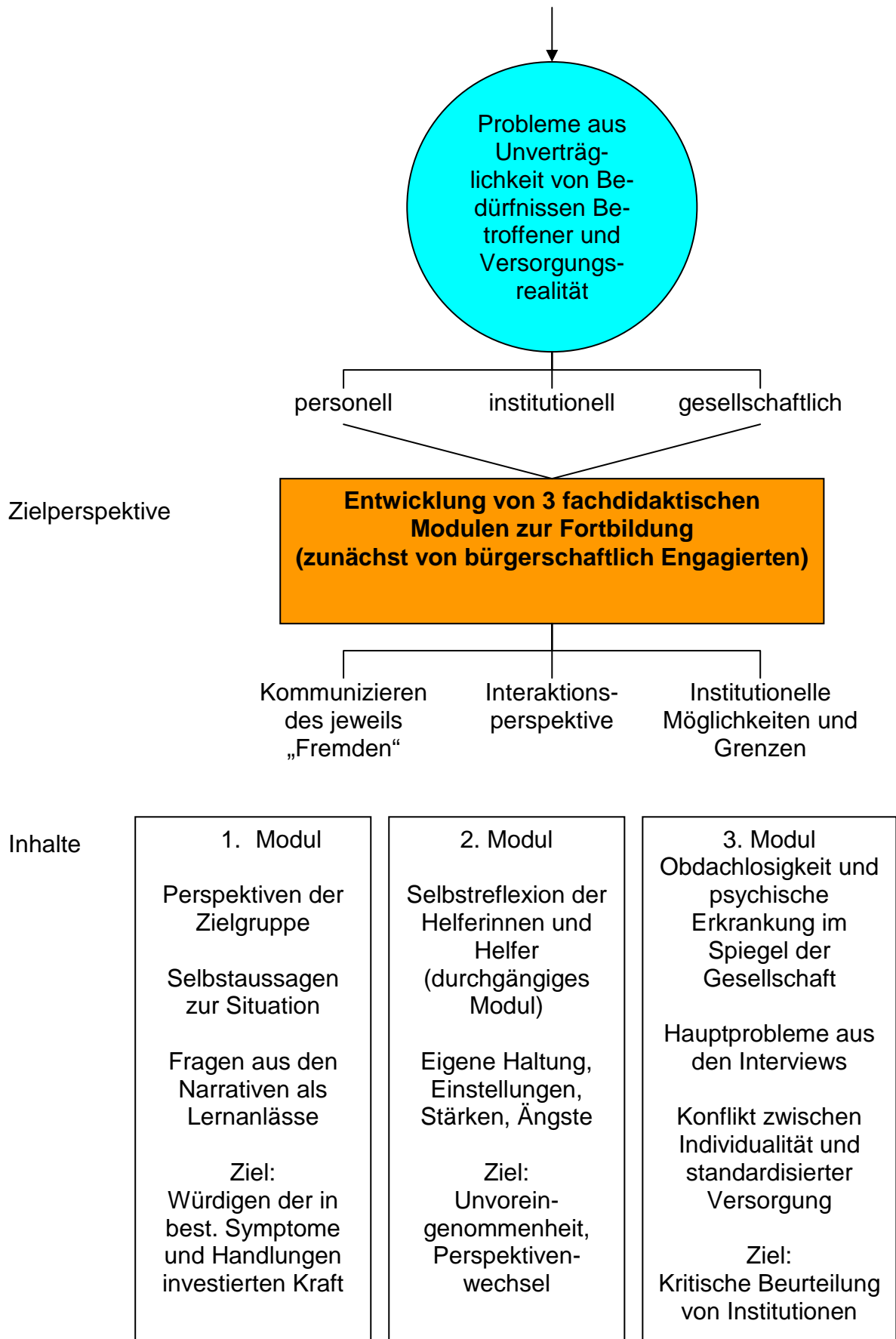


Abbildung 1

Zum Wesen der Grounded Theory gehört eine systematisch variierte Vielzahl möglicher Lesarten. Die Datengewinnung als Ausgangsmaterial für zu entwickelnde Theorieentwürfe erfolgt immer interpretativ. Strübing (2004: 79f.) führt dazu aus: „Der integrierte Prozess...stellt mit seinem induktiv/abduktiven Grundmuster den Kern jener Kunstlehre dar, bei der weder damit zu rechnen, noch gar zu wünschen ist, dass alle Interpreten zu den gleichen Schlüssen kommen.“

In der hier vorgestellten Studie sind aus dem Auswertungsmaterial vier Dimensionen entstanden:

- Individuelle Lebensgeschichten / Biografien
- Subjektive Bearbeitung
- Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen
- Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

Diese Dimensionen zerfallen in folgende Unterkategorien:

Biografien

Traumatisches Erleben

Verlusterfahrungen

materieller Art

kognitiv-emotionaler Art

zwischenmenschlicher Art

Subjektive Bearbeitung

nach innen im Erleben

nach außen im Verhalten

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

personell

institutionell

gesellschaftlich

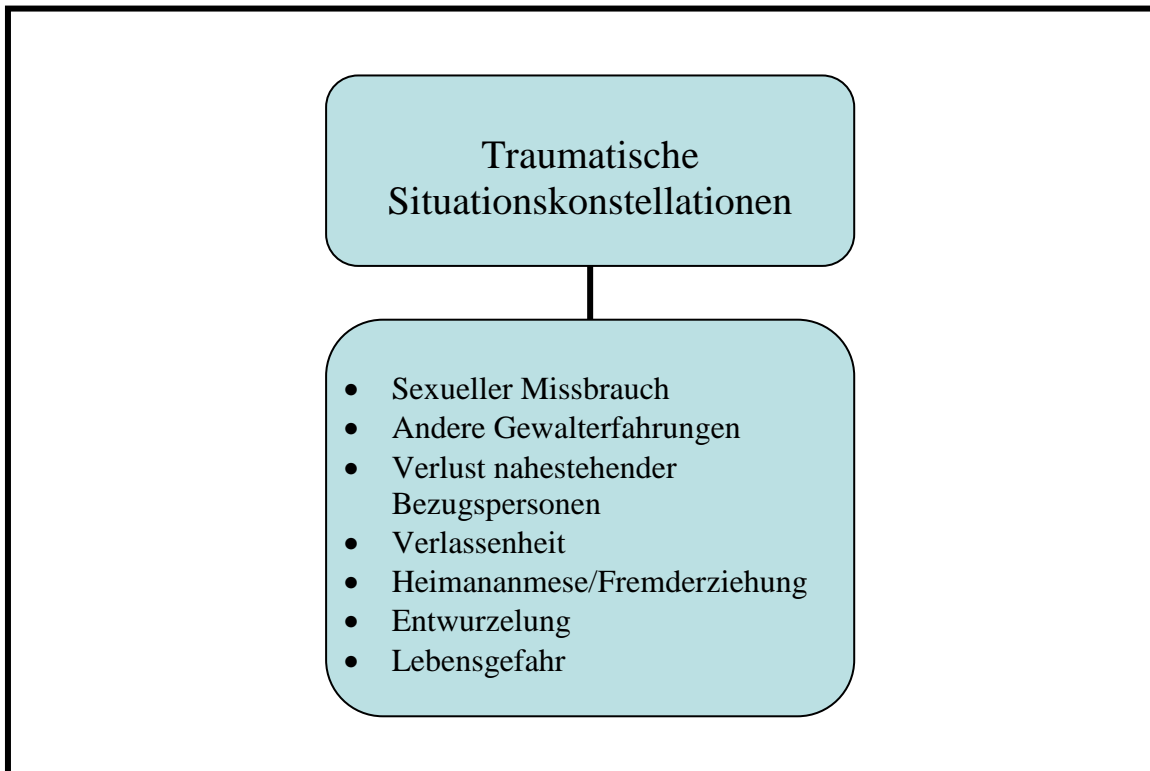
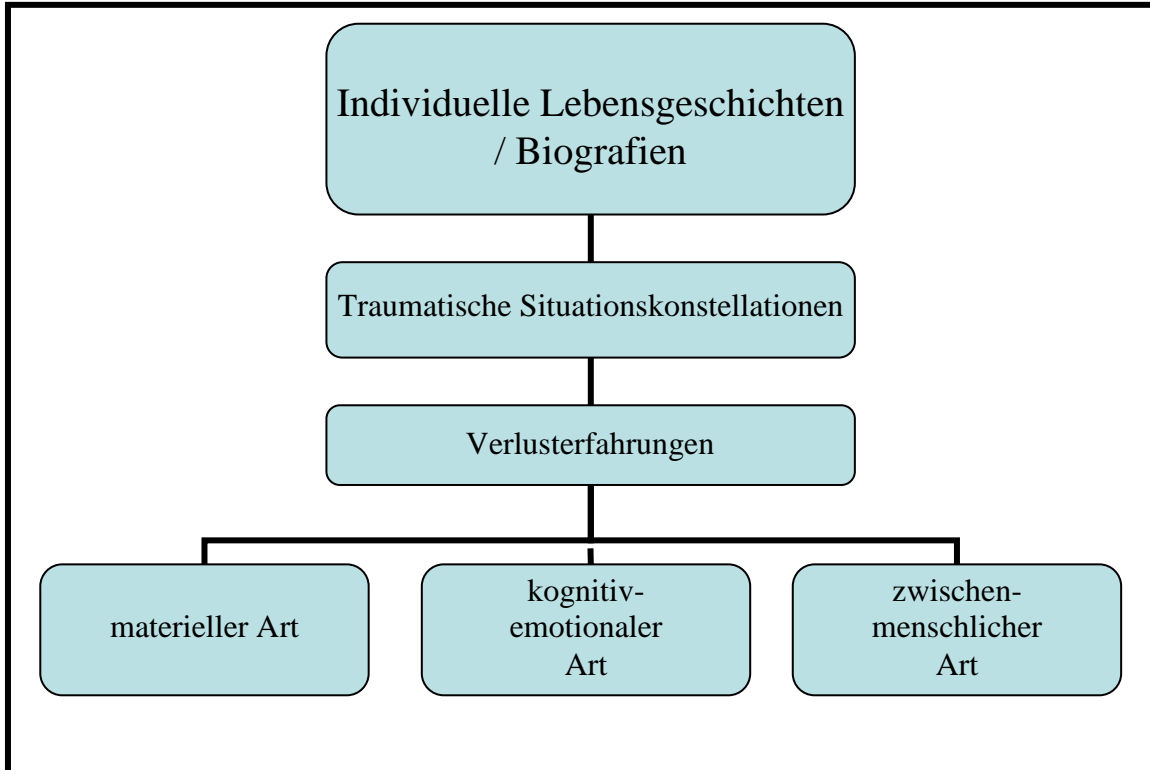
Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

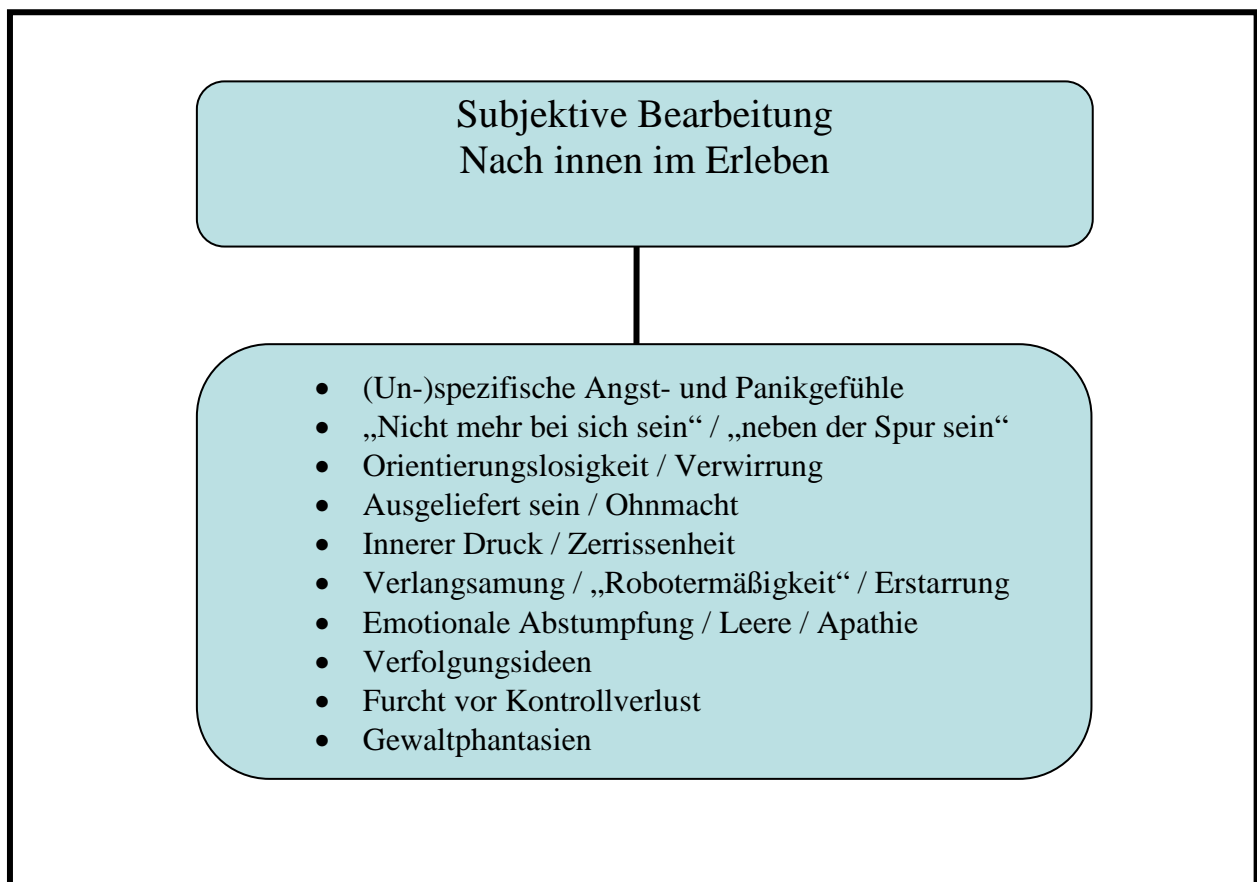
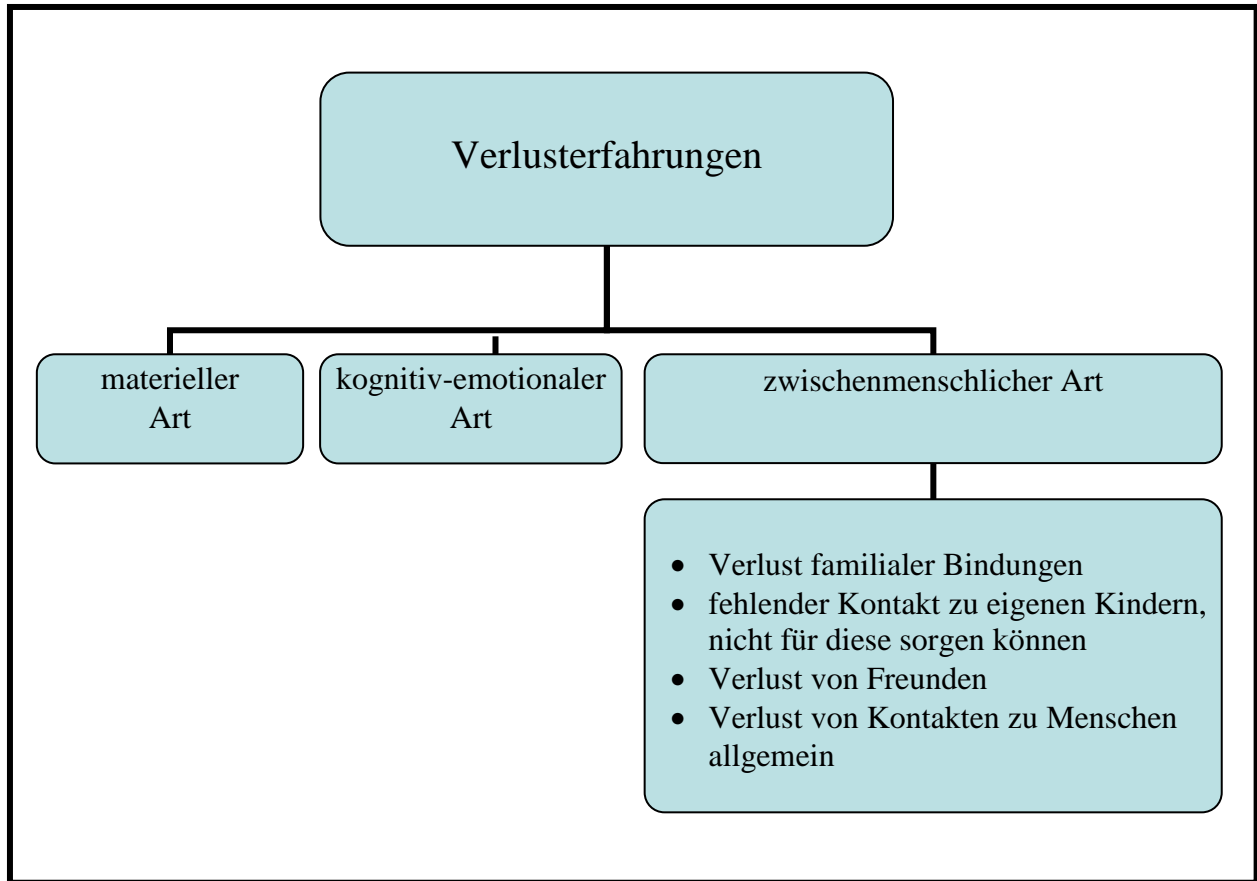
innere Ressourcen

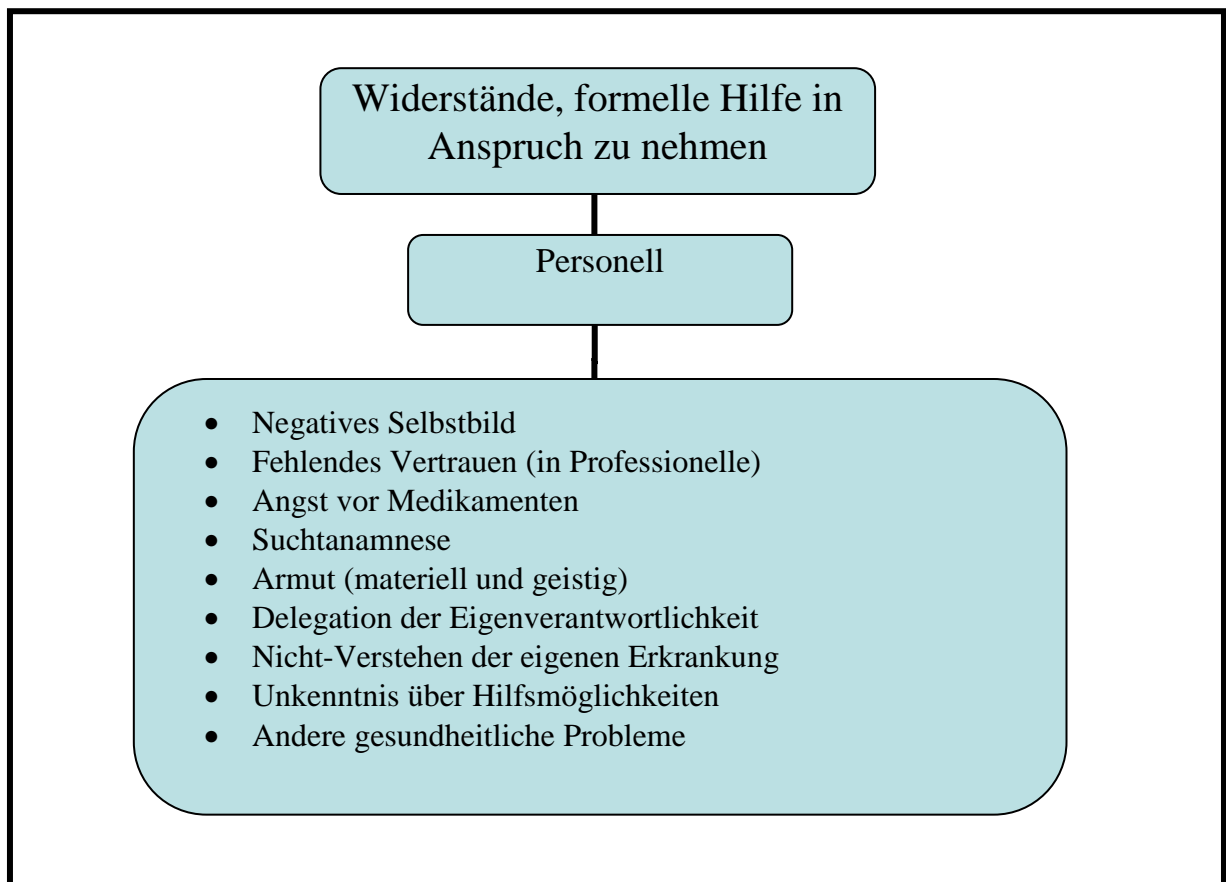
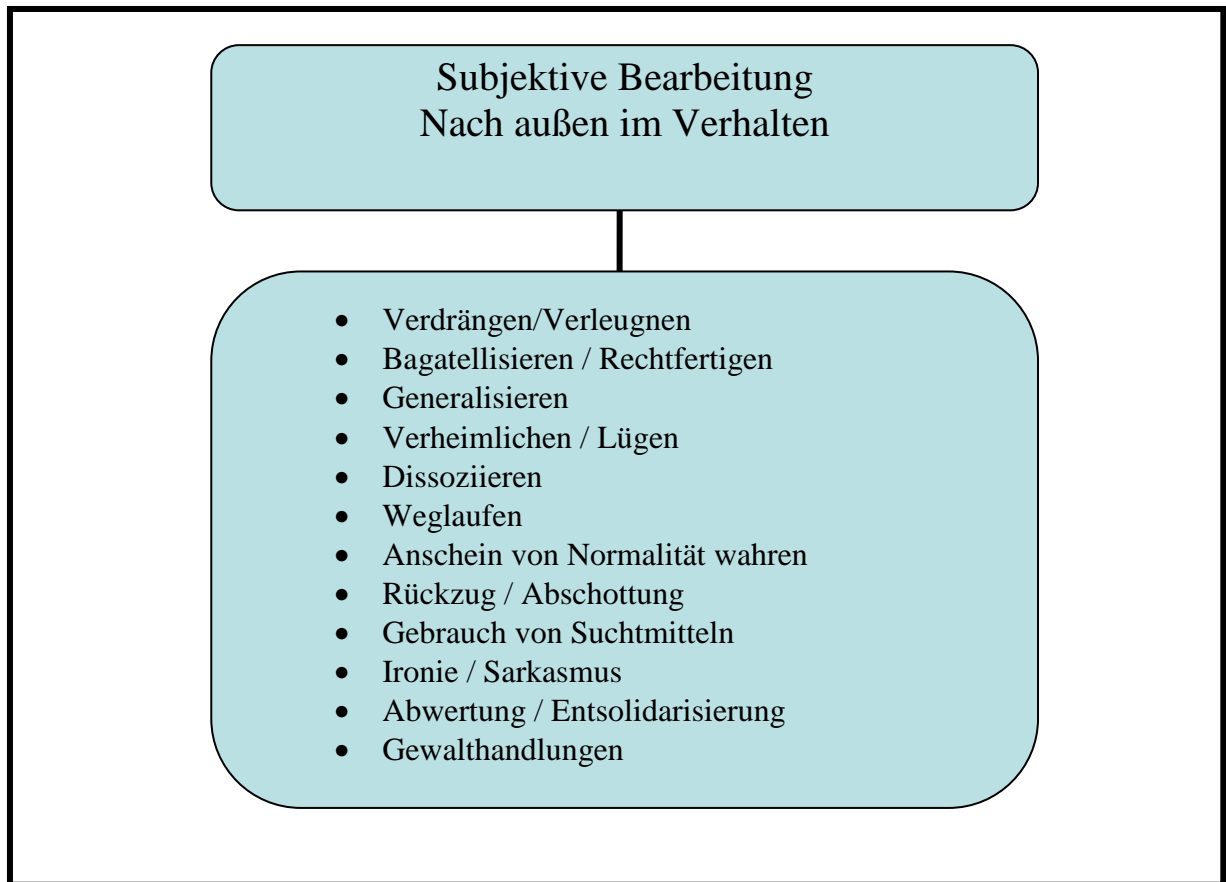
äußere Ressourcen

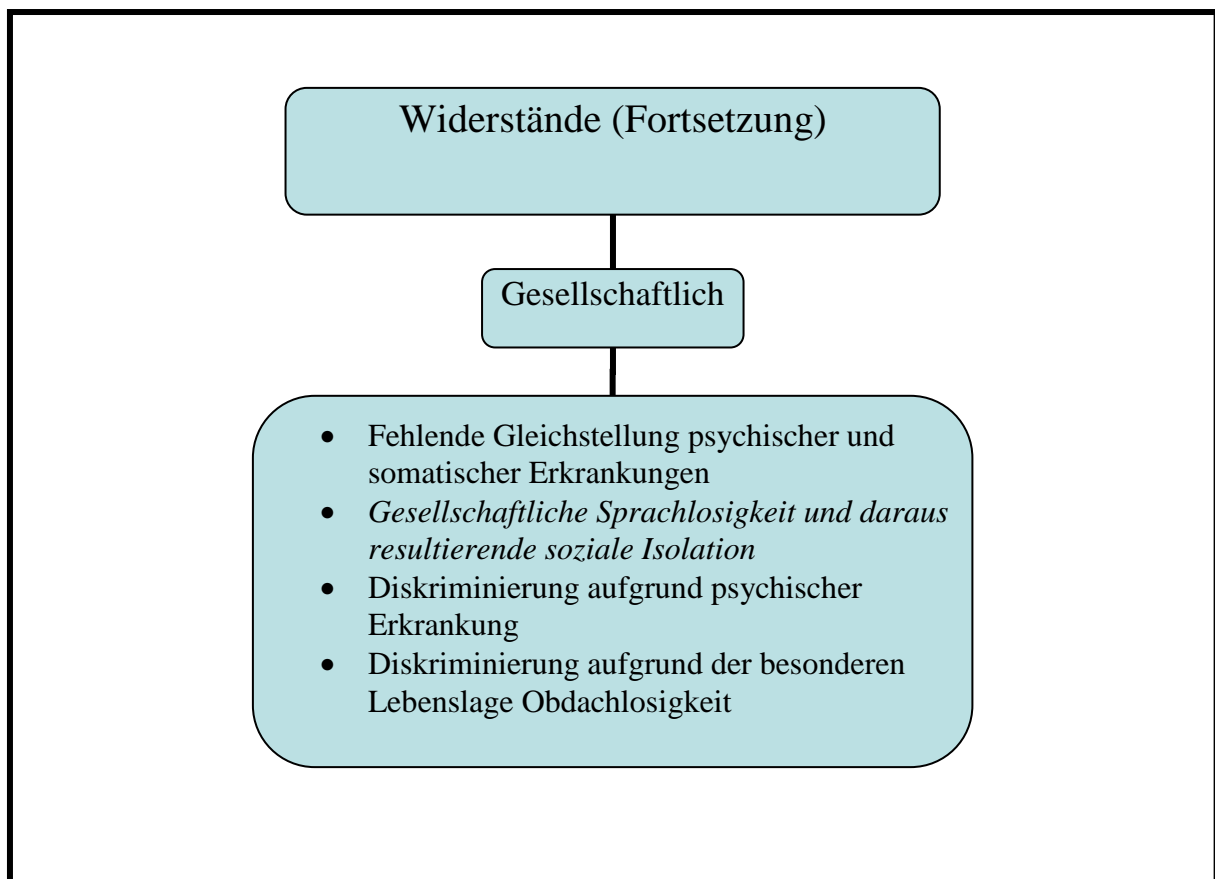
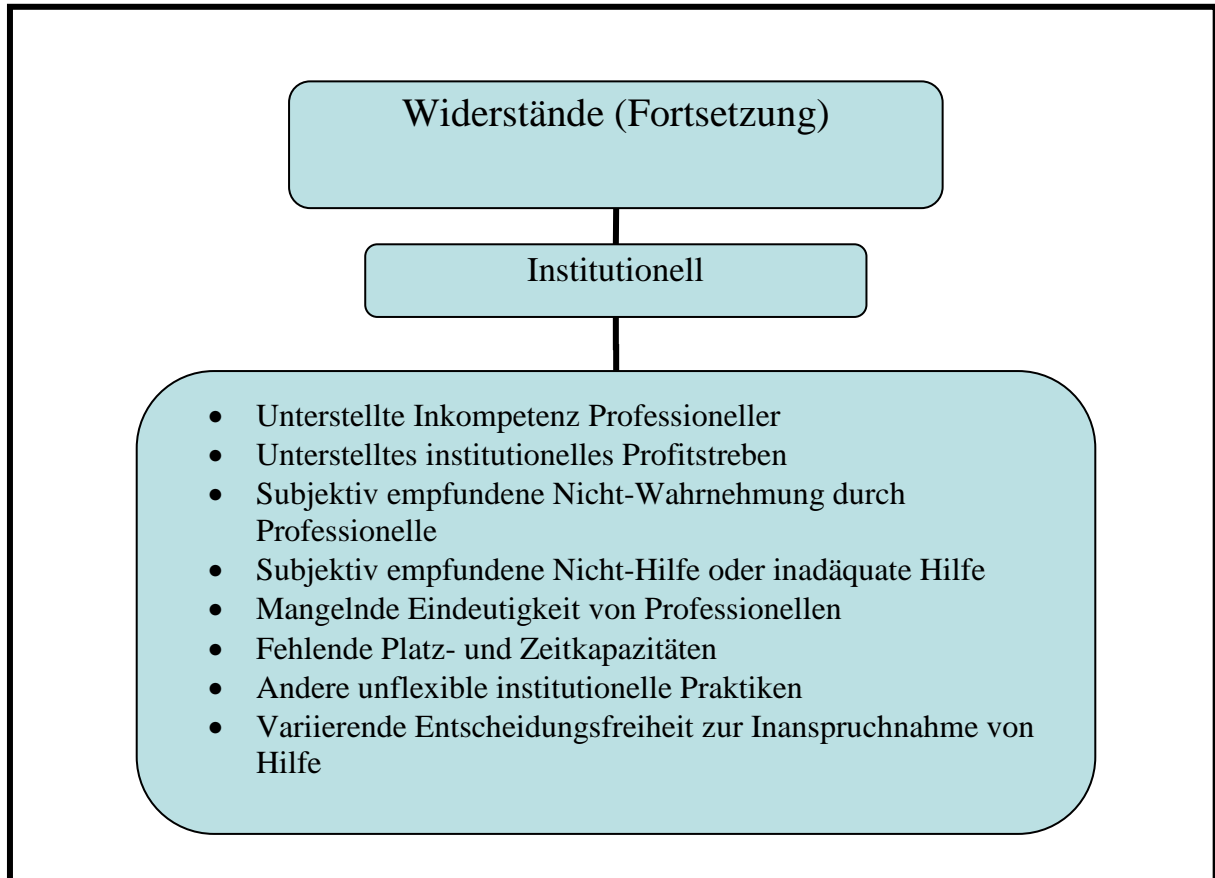
3.2.3.2 Die Dimensionen und Kategorien im Einzelnen

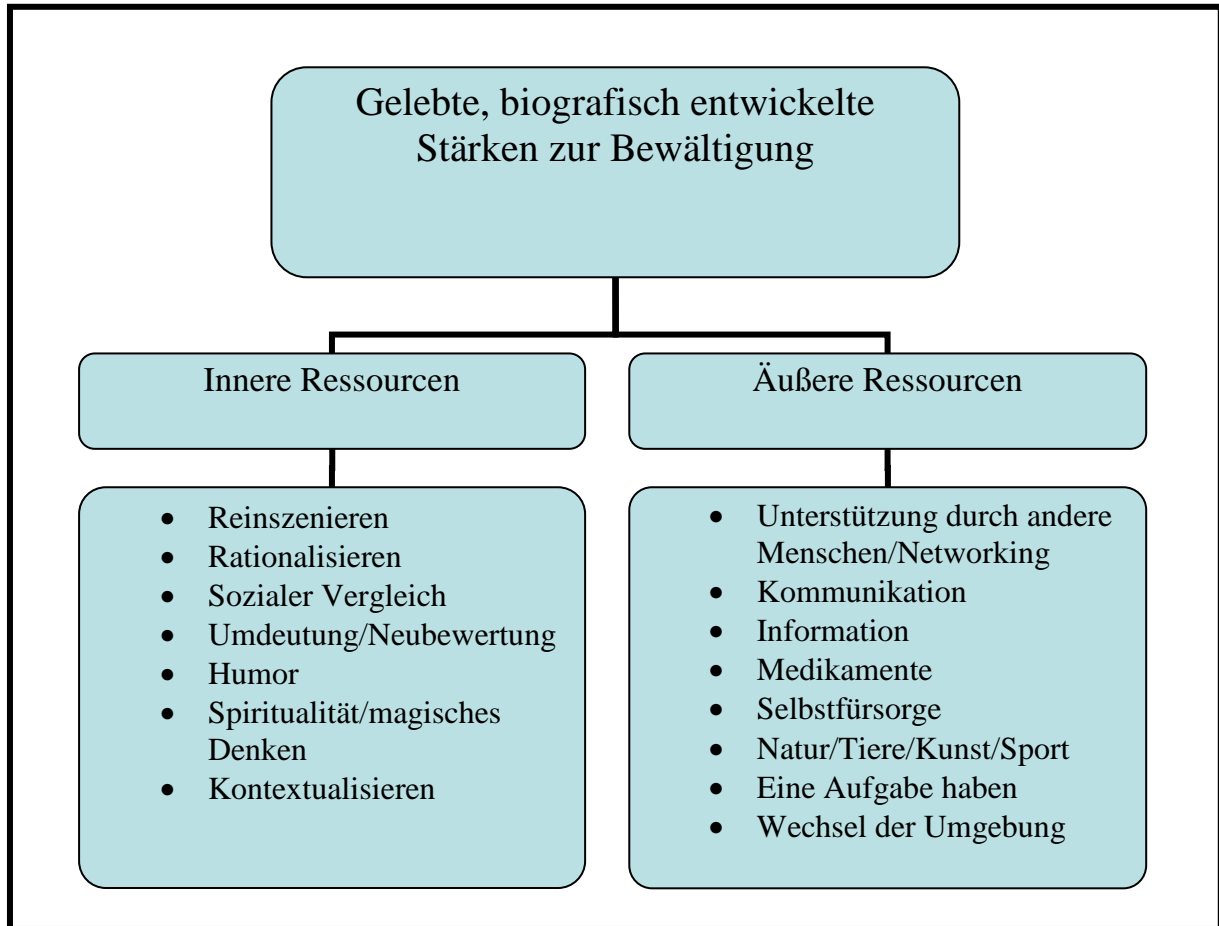
In den nachfolgenden Organigrammen sind alle gefundenen Dimensionen und (Unter-)kategorien zusammengestellt:











Diese diskursiv entwickelten Codes und Dimensionen stellten die Grundlage des späteren Theorieentwurfs dar. Auch wenn der Forschungsprozess möglicherweise nicht zu einer Schließung in Form einer weitgehend einheitlichen, im Meadschen Sinne „objektiven“ Perspektive führt, so gibt es doch Einzelkriterien zur Beurteilung der Theorieentwicklung, die Strübing (2004: 86f.) prägnant mit *Praktische Relevanz*, *konzeptuelle Dichte*, *Reichweite* und *empirische Verankerung* zusammenfasst. Die ersten drei Aspekte werden in den Kapiteln 4 und 5 genauer beleuchtet. Hier erfolgt zunächst die kategoriengestützte Auswertung von 20 ausgewählten Interviewtranskripten.

3.2.4 Die empirische Überprüfung

Jede Auswertung wurde nach folgendem Schema vorgenommen:

- a. Kurzdarstellung der Person mittels demografischer Daten und Selbstaussagen
- b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse
- c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel angemessen wahrzunehmen und zu unterstützen.

3.2.4.1 Kategoriengestützte Auswertung von 10 Interviewtranskripten aus Hamburg

Herr A:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Herr A ist zum Interviewzeitpunkt 27 Jahre alt. Er hat afroamerikanische Wurzeln und einen amerikanischen Pass. Als die Autorin ihn kennen lernt, lebt er seit zwei Wochen im Jakob Junker Haus, einer Hamburger Übergangseinrichtung für wohnungslose Männer. Im Erstkontakt ebenso wie in der Interviewsituation einige Tage später wirkt er offen und ist gerne bereit, über seine Erfahrungen mit dem psychiatrischen Hilfesystem zu berichten. Groß und schlaksig sitzt er der Forscherin schließlich beim Gespräch am Schreibtisch eines Büros in der Übergangseinrichtung gegenüber. Seine Baseballkappe, die übergroßen Jeans und ein ebensolches T-Shirt erinnern an das Outfit eines Rappers. Es ist nicht seine erste Erfahrung von Obdachlosigkeit.

Herr A wird in den USA geboren. Als er fünf Jahre alt ist, zieht seine Mutter mit ihm nach Deutschland, während der Vater mit seinem Bruder in Amerika bleibt. Die Eltern lassen sich scheiden. In Deutschland lebt er zunächst mit seiner Mutter und deren neuem Partner zusammen. Aus dieser Partnerschaft gehen weitere Kinder hervor, folglich seine Halbgeschwister. Der Vater hält über weite Strecken keinen Kontakt zur Familie.

Herr A macht in Deutschland den Hauptschulabschluss, bevor er in die USA geht und dort die high school besucht, die er auch abschließt. Im Anschluss daran jobbt er in den USA u. a. als Verkäufer und Telefonist. Zurück in Deutschland, wo nach seinen Angaben der in den USA erworbene Schulabschluss nicht anerkannt worden sei, startet Herr A einige Ausbildungsversuche u. a. zum Anlageberater, die er jedoch nicht beendet. Auch eine Kunstschule verlässt er nach drei Monaten wieder.

Herr A bezeichnet sich im Erstkontakt als Musiker und Künstler. Er gibt an, alles an Instrumenten zu spielen, was man „zupfen oder schlagen kann“ und Sprachgesang zu machen. In der Vergangenheit habe er in einer Band gespielt, was aber zum Interviewzeitpunkt nicht mehr der Fall war. Herr A hofft, zukünftig als Musiker Erfolg zu haben. Als Alternativen sieht er mögliche Ausbildungen im Tontechnik- oder Grafikbereich.

Ebenfalls im Erstkontakt gibt Herr A auf Nachfrage sein Alter zum Zeitpunkt des ersten Kontakts mit psychiatrischen Institutionen mit 21 Jahren an. Seine Schilderungen später im Interview legen indes nahe, dass er damals tatsächlich ungefähr 18 Jahre alt war. Allein im Jahre 2006, so stellt Herr A fest, sei er bereits „sechs- bis siebenmal“ in der Psychiatrie gewesen, immer in ein und demselben Krankenhaus. Während er beim ersten Mal noch aus eigenem Antrieb dort hingegangen sei, seien die letzten Aufenthalte meist durch Zwangseinweisungen zustande gekommen, da sich vor allem seine Ex-Freundin durch ihn bedroht gefühlt habe. Diese wird von Herrn A ebenfalls als psychiatriee erfahren geschildert und soll nun ein Kind von ihm erwarten.

Herr A sagt von sich selbst:

*„...Also, ich bin ein sehr sozialer Mensch und komm’ eigentlich auch mit fast jedem klar...Ich hab’ in zwei Monaten bestimmt dreißig, vierzig neue Mitmenschen kennen gelernt, die mir alle ihre Telefonnummern gegeben haben... Die ich auch zum Teil alle schon wieder getroffen habe... Obwohl ich halt kaum Geld hab’... In diesem Monat überhaupt keins mehr... Und im Männerwohnheim wohn’... Was eigentlich gar nichts bedeutet... Also, das ist halt so... Und ... Ich war in der Psychiatrie... und auch schon ’n paar Mal so... Was aber nicht bedeutet, ich bin blöd oder psychisch krank so, sondern das bedeutet ich **war** da und ich **war** vielleicht psychisch krank...“ Z. 276-287.*

Sein psychisches Erleben beschreibt er so:

„...Und ich meine, ’ne schizophrene Psychose hatte ich laut dieser einen Ärztin, weil ich ihr halt erklärt hatte, sie soll sich mal vorstellen, man spielt gegen sich selber Schach und man könne nur verlieren... Das waren meine genauen Worte... Was ich damit meine ist, dass es sozialistisch gesehen halt so ist, wenn man... also hundert Menschen hat, und man hat fünfzig auf der einen Seite und genau fünfzig auf der anderen Seite... Dass es so ist, dass eigentlich niemand wirklich glücklich ist, weil sie sich einfach immer alles wegnehmen... Und ich hab’ halt das Gefühl gehabt, dass wenn ich mich irgendwie anstrengte was Gutes zu tun, dass dann immer irgendjemand anderes kam, der mir’s dann weggenommen hatte so...“ Z. 824-832.

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

Im Interview finden sich Hinweise auf mehrere potentiell traumatische Erlebensweisen. Im Alter von fünf Jahren wird Herr A offenbar von einem nur wenig älteren Jungen zu sexuellen Handlungen genötigt, die für ihn den Charakter von Misshandlungen haben. Das Erleben in jungen Jahren zwischen zwei Ländern mit unterschiedlichen Sprachen und Kulturen hin- und hergependelt zu sein, könnte außerdem als eine *Entwurzelungserfahrung* mit möglicherweise ebenso traumatischem Charakter betrachtet werden. In die Adoleszenzphase fällt das Erlebnis, dass seine Mutter erst mit mehrstündiger Verspätung von einer Fernreise zurückkehrt. Die in diesem Zusammenhang von Herrn A beschriebenen Gefühle der abgrundtiefen Verlassenheit und des ausgeprägten Hasses auf die Mutter scheinen bezogen auf seinen Entwicklungsstand unangemessen und deuten auf die Reaktualisierung früherer, damals als Trauma gespeicherten *Verlassenheitserfahrungen* hin. Herr A beschreibt ferner schwere körperliche Auseinandersetzungen mit rivalisierenden Jugendbanden. Aus seinen Schilderungen kann man schließen, dass einige seiner Freunde diese Auseinandersetzungen nicht überlebt haben und auch Herr A wählte sich in der Vergangenheit mehrfach in *Lebensgefahr*.

Auf der Seite der Verlusterfahrungen sind, wie es bereits in der Selbstaussage anklingt, einerseits materielle Verluste zu nennen. Dass sich die Mutter schließlich weigert, Herrn A wieder bei sich aufzunehmen und das Wohnarrangement mit der Freundin nach seinen Angaben ebenfalls immer brüchiger wird, sind andererseits auch Indizien für den Verlust von familialen Bindungen sowie (Intim-)Freunden.

Subjektive Bearbeitung

Hinsichtlich seines inneren Erlebens bekennt Herr A u. a.: „...*Also, ich hatte schon weiße Haare vor Angst...*“ Z. 1309. Neben solchen eher *unspezifischen Angstgefühlen* nennt er auch konkret seine *Furcht, die Kontrolle zu verlieren*. Auch beschreibt er Gefühle von *Orientierungslosigkeit und Verwirrung* sowie die Vorstellung, andere hätten ungehinderten Zugang zu seinen Gedanken. Ferner ist das Erleben von *emotionaler Abstumpfung und Leere* bei Herrn A ausgeprägt. Er selbst drückt es so aus:

„...*Na, ja man schaltet ab so... Also, ich jedenfalls hab' abgeschaltet*“ Z. 518. „...*Sie müssen sich das halt so vorstellen... Irgendwann schaltet man seinen Kopf sowieso ab, weil man... einfach diese ganzen Emotionalitäten sich gar nicht leisten kann... Ich sag' mal auch: 'leisten'...* Z. 672-674. *Also, es gibt halt Situationen... wo man nichts machen kann, außer halt ausharren so... Und dieses Ausharren schafft man nur dadurch, dass man sich über seine eigenen Gefühle gar nicht klar ist so... Sondern man ist wirklich stumpf wie 'n Sofa was einfach nur benutzt wird so...*“ Z. 690-693.

Wie verhält sich Herr A nun angesichts dieses inneren Erlebens?

Er sagt z. B.: „...*Ich mein', ist doch normal, dass wenn du irgendwo eingesperrt wirst mit'm Beschluss... Erst mal für acht Wochen, und du hast aber voll viel zu tun, dass du dich dann dementsprechend aufregst, ey...*“ Z. 819-821.

In dieser Aussage klingen Tendenzen zur *Rechtfertigung* bzw. *Bagatellisierung* an.

Herr A hebt einzelne Informationen hervor und blendet andere aus. Den Kontakt mit Mitpatientinnen und -patienten im Krankenhaus beschreibt er wie folgt:

„...*Man schottet sich halt so'n bisschen ab... Weil, die Patienten dort sind eigentlich gerne unter sich... obwohl sie halt irgendwo alle zusammengepfercht sind... So durch ihre Krankheit halt... irgendwo... verbunden, aber es versucht halt jeder irgendwo so 'n bisschen sein Ding alleine zu machen... Also, diese Wand aufrecht zu erhalten so... Dass er... dass er halt nicht noch kranker wird und nicht noch verrückter und sich darauf halt noch mehr einlässt so...*“ Z. 75-80.

Hier wird die Tendenz zum *Rückzug* und zur *Abschottung* deutlich. In psychischen Belastungsphasen tritt ferner das *Muster des Weglaufens* beim Informanten auf, während er gleichzeitig bemüht ist, *den Anschein von Normalität zu wahren*. Zu berücksichtigen ist ferner, dass Herr A die *Suchtmittel* Haschisch und Alkohol konsumiert. Das Interview liefert auch Belege dafür, dass er in der Vergangenheit *Gewalt* gegen Personen und Sachen *angewendet* hat.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Auf der *personellen Ebene* zeigen sich im Gespräch mit Herr A folgende Faktoren, die eine Inanspruchnahme von formeller Hilfe erschweren können: Dazu zunächst eine weitere Selbstaussage:

„... Weil ich halt 'ne Zeitlang dachte, ich sei im vierten Weltkrieg oder so... Und man würde mich halt aufgrund meiner Hautfarbe in die Waschmaschine stecken wollen... Und wenn's geht in Teilen so... In kleinen Stückchen...“ Z. 1462-1465.

Diese Äußerung verbunden mit der obigen Selbstbeschreibung deutet auf ein *negatives Selbstbild* hin. Mitunter neigt der Informant außerdem dazu, die *Eigenverantwortlichkeit* an Familienangehörige oder Professionelle (z. B. seinen gesetzlichen Betreuer) zu *delegieren*. Auch gibt er an, *nicht gewusst* zu haben, *wo er sich Hilfe holen könnte*. Herr A berichtet außerdem: „...*Ich renn' die ganze Zeit 'rum und sollte eigentlich... echt nur im Bett liegen, weil eigentlich meine Füße fast kaputt sind so... Weil ich halt diese Einlagen brauche...*“ Z. 1699-1701.

Der Informant hat also neben seinen psychiatrischen auch noch *andere gesundheitliche Probleme*.

Auf der *institutionellen Ebene* moniert Herr A die *mangelnde Eindeutigkeit von Professionellen*, wenn er sagt: „...*Und dann meinte der eine... oder die eine meinte, ich hätte 'ne schizophrene Psychose... 'N anderer meinte, ich sei manisch-depressiv... Und... Na ja, ich kann mir das auch alles schon gar nicht merken, ey... Z. 822-824. Also, [ich hab'] halt das Gefühl... Jedes Mal, wenn ich dann da halt ankomm'... finden die immer was Neues. Ohne dass sich aber irgendjemand mit mir unterhält so...*“ Z. 816-819.

Dieser letzte Satz beschreibt die subjektive Erfahrung, *von Professionellen nicht wahrgenommen* zu werden. Im Falle von Herrn A *variiert ferner die Entscheidungsfreiheit zur Inanspruchnahme von formeller Hilfe*.

Auf der *gesellschaftlichen Ebene* ist für ihn die *fehlende Gleichstellung psychiatrischer und somatischer Erkrankungen* ein Hemmnis für den Erhalt effektiver fachpsychiatrischer Hilfe.

Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

Herr A verfügt mit seiner komplexen Biografie über ein ganzes Spektrum von inneren und äußeren Ressourcen. Explizit nach einer Erfahrung von erlebtem Kontrollverlust gefragt, antwortet er:

„...*Bis jetzt noch nicht... Also, bis jetzt muss ich sagen, war das eigentlich immer sehr durchdacht so... Wenn ich mir das jetzt von außen so ankuck'... Es ist halt nicht so, dass ich mich selber oder irgendjemand anders irgendwie in... großartige*

Schwierigkeiten gebracht hab'... Wenn jetzt diese ganzen Krankheitssachen... aufgetreten sind... " Z. 944-951.

Hier wird die Strategie des *Rationalisierens* deutlich, die Herrn A bisher offenbar dabei geholfen hat, die Kontrolle zu behalten. An anderer Stelle erzählt er:

„...[Ich]... bring' mich halt selber immer wieder in so 'ne Position... wie halt mit dieser Frau [seiner Ex-Freundin] Dass ich halt ewig wieder in dieses offene Messer lauf'... " Z. 904-905.

An dieser Stelle reinszeniert er Geschehnisse aus der Vergangenheit, wie es für traumatisierte Menschen bezeichnend ist.

Das folgende Exzerpt ist ein Beispiel für die kommunikative Kompetenz, mit der sich Herr A die Unterstützung durch andere in situativ ungünstigen, durch Mittel- und Obdachlosigkeit geprägten Umständen erschließt:

„...Ich mein' ich kenn' ganz viele Clubs, wo man hingehen kann... So nach vier Uhr morgens kommen Sie da umsonst 'rein... Und das auch in der Woche... Und dann war ich halt die ganze Zeit im Club... Und ich hab' da... gesessen, und ich hab' da meine Flaschen aufgesammelt... Und hab' die dann da abgegeben, dass ich dann nächstes Mal auch wiederkommen durfte und der Bartender mich schon kannte... Dass er dann, wenn er überhaupt 'n Eindruck hatte von mir, es ein sehr netter Eindruck war und nicht dieses 'Ähh... Der trinkt hier nie was... Der bestellt hier nie was, sondern sitzt immer nur da hinten 'rum' (schnieft) Und... hab' ich... halt... So die Nächte verbracht.“ Z. 584-597.

Neben *Kommunikation* und der *Unterstützung* durch andere Menschen gibt Herr A an, dass er sich selbst trainiert, nicht über Dinge nachzudenken, die weder für ihn noch andere gut seien. Solche Selbstinstruktionen sind eine Form der *Selbstfürsorge*, die ihrerseits als äußere Kraftquelle und Copingfertigkeit betrachtet werden kann.

(Meichenbaum et al., 1983) Dass er aus einem Sicherheits- und Schutzbedürfnis heraus sich mehrfach eigeninitiativ in die Psychiatrie hat aufnehmen lassen, fällt in eine ähnliche Kategorie. Allerdings weist solches Verhalten auf eine weitere Fähigkeit hin, nämlich die, über einen *Wechsel der Umgebung* die eigene Situation positiv beeinflussen zu wollen. Daneben sind *Musik und Kunst* für Herrn A äußere Ressourcen, deren Ausübung ihm Freude bereitet. Der Informant beschreibt eine für ihn lebenswerte Zukunft mit folgenden Worten:

„... Und dass ich heirate und... Aber... ich muss jetzt nur durchhalten so... Und das würd' ich mir halt wünschen... Dass mir das dann vergönnt ist, dass ich das dann auch... endlich mal ankomme so...“ Z. 1637-1643.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel angemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

In der ersten Selbstaussage klingt bereits die Handlungsorientierung an, mit der Herr A in der Lage ist, Situationen entscheidungsoffen zu halten. Die Art von Selbstfürsorge, derer er sich bedient, deutet auch auf seine Bereitschaft hin, positiven Erfahrungen in sich Raum zu geben. Obwohl seine Biografie durch mancherlei traumatische Erlebnisse gekennzeichnet ist (sog. *Trauma-Ketten*, Levine, 1998), in denen er sich ungeschützt anderen ausgeliefert erlebt, hat er in seinem Leben auch die Erfahrung machen können, in Sicherheit zu sein. Ein Beispiel für eine solche Erfahrung ist sein allererster Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus. Offenbar wandte er sich damals selbst an die Psychiatrie gerade aufgrund der von ihm mit solchen Institutionen assoziierten Schutzfunktion. Die Umstände im Zusammenhang mit dieser Aufnahme zeigen ein hohes Maß an Konstruktivität, mit der Herr A aktiv eine wenigstens zeitweilige Veränderung seiner Lebenssituation bewirkt hat. Dabei hilft ihm offenbar seine Fähigkeit, andere Menschen für sich zu gewinnen. Er beschreibt im Gespräch außerdem Phasen, in denen er sich körperlich stark und fähig fühlte, die Kontrolle zu behalten. Dass diese positiven Erfahrungen bis heute in seiner Erinnerung präsent sind, deutet darauf hin, dass er diese Erlebnisse intensiv in sich aufnehmen konnte und sich darüber als Person wichtig erlebt hat. Die Fähigkeit, komplexe formelle und informelle Situationen positiv zu erinnern, sowie seine hohe emotionale Sensibilität eröffnen Herrn A offenbar das erwähnte Spektrum von Handlungsalternativen. Diese Handlungsorientierung kann er, wenn auch nicht durchgehend so doch über weite Strecken im Gespräch aufrechterhalten, anstatt sich ausschließlich als Opfer der Umstände zu sehen.

Für Fortbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer wird es darauf ankommen, dass sie diese positiven Erfahrungen ihrer Klientel zu identifizieren und zu stärken in der Lage sind. Diese Ressourcen sind die Anknüpfungspunkte jeder Bildungsarbeit. Herr A zum Beispiel verfügt über einen Hauptschulabschluss, hat also in jungen Jahren in einem

bestimmten Rahmen gestellte kognitive Anforderungen erfüllt. Eine seiner weiteren Stärken besteht darin, dass er offenbar gerne in Gruppen arbeitet. Es fällt indes auf, dass die spätere Ausbildungs- und Berufsbiografie keine Kontinuität mehr aufweist, sondern durch Brüche gekennzeichnet ist. Dieses Muster ist bei der überwältigenden Mehrheit der Befragten im Gespräch deutlich geworden. Es kann als Konsequenz einer subjektiven Verarbeitung unbewältigter Lebenserfahrungen gelten, die die Interviewpartnerinnen und -partner psychisch destabilisiert hat. Dies kann wiederum zum Scheitern zuvor anvisierter Lebensentwürfe führen. Auch bei Herrn A scheinen bald nach der Beendigung seiner Schullaufbahn behandlungsbedürftige psychische Schwierigkeiten aufgetreten zu sein, wenn auch der genaue Auslöser unklar bleibt. Ressourcenorientierte Begleiterinnen und Begleiter von Menschen, die obdachlos und psychisch krank sind, haben sich indes darauf zu konzentrieren, wo ihrer Klientel Vorhaben gelungen sind. Im Falle von Herrn A könnte man, anknüpfend an seinen Wünschen für die Zukunft z. B. fragen, wo in seinem Leben er schon einmal Durchhaltevermögen gezeigt hat. Er erzählt zum Beispiel, dass er im Bereich Tontechnik schon mehrere Praktika absolviert habe. Diese hat er offenbar durchgehalten. Auch im Bereich Design hält er sich für begabt und gibt an, fast jeden Tag zu zeichnen, was ebenso auf ein beachtliches Durchhaltevermögen hindeutet. Möglicherweise ist ihm diese Stärke gar nicht mehr bewusst und müsste dann in der therapeutischen Arbeit erst wiederentdeckt werden. Jedenfalls ermöglicht das offensichtlich breite Spektrum an inneren und äußeren Ressourcen seiner Psyche enorme Anpassungsleistungen. Dazu zählt auch die erwähnte Reinszenierung von Geschehnissen aus der Vergangenheit. Sie geschieht im Allgemeinen aus dem unbewussten Bedürfnis Betroffener heraus, vormals als traumatisch empfundenen Situationen einen anderen Ausgang zu geben. So betrachtet können Reinszenierungen als Selbstheilungsversuche der Seele verstanden werden. Die Autorin hat sie deshalb als „innere Ressourcen“ eingestuft, auch wenn solche Wiederholungen tatsächlich meist weiteres Leiden für Traumatisierte und seine oder ihre Mitmenschen verursachen. Wenn es hingegen gelingt, die traumatischen mit den positiven Erfahrungen zu verbinden und diese damit in die persönliche Geschichte von Betroffenen zu integrieren, ist der Weg zu mehr Flexibilität und einer Zukunftsorientierung wieder frei. Traumata können dann Aktivierungs- und Annäherungsprozesse statt Ausweichreaktionen anstoßen und damit einen positiven Einfluss auf die Gesundheit des Menschen ausüben. Noch einmal Herr A:

„...Ich würd' das ganz genau so machen... Weil... (schnieft) Na ja, ich mein', die Alternative ist verheerend, ne? Also, man könnte schon mit zweiundzwanzig auf den Bahnschienen tödlich verunglücken... Das ist möglich... Oder irgendwo im... Wasser erfrieren und ertrinken... Das ist auch möglich... Von 'nem Hochhaus... springen und... Ich mein' ich hab' ja hier derbste Höhenangst so...“ Z. 1958-1972.

Obwohl der Informant an anderer Stelle im Interview die Frage nach zurückliegenden Suizidversuchen verneint, kann diese Aussage als ein Indiz dafür gewertet werden, dass er hier Möglichkeiten aufzählt, wie er selbst ums Leben hätte kommen können, bzw. gekommen wäre, hätte er nicht die Entscheidungen getroffen, die er getroffen hat. Pointiert formuliert heißt das: Wenn Herr A sein Leben anders gelebt hätte, wäre er „draufgegangen“. Das Wissen darum, für das eigene Überleben gesorgt zu haben ist vielleicht seine größte Ressource.

Frau B:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Die Forscherin trifft Frau B im Frauenzimmer, einer Übergangseinrichtung für wohnungslose Frauen in Hamburg. Eigentlich ist sie an diesem Tag mit einer anderen Frau dort verabredet, die sich aber nach eigenen Angaben nicht in der Lage fühlt, das Interview mit ihr zu führen. Frau B sitzt im Aufenthaltsraum der Einrichtung und scheint so angetan von der Idee, über ihre Erfahrungen zu reden, dass das Interview spontan an Ort und Stelle durchgeführt wird.

Die Informantin erzählt, dass sie als jüngstes von fünf Kindern ihre ersten fünf Lebensjahre in Südamerika verbracht habe. Da ihr Vater Hamburger gewesen sei, sei die Familie dann aber wieder dorthin zurückgekehrt. Die älteren ihrer Geschwister seien im Zuge dessen mit dem Vater vorerst in einer Pension untergekommen, während die jüngeren Kinder ins Kindervollheim gekommen seien. Frau B wird damit schon sehr früh in ein System institutionalisierter Hilfen involviert. Vor diesem Hintergrund wird vielleicht ihr Widerwille verständlich, mit dem sie nach ihrem Alter gefragt antwortet. Möglicherweise ist sie in ihrem Leben schon so oft danach gefragt worden, dass sie es inzwischen schlicht leid ist, darauf zu antworten. Sie gibt es schließlich vage mit „über 50“ an. Beide Elternteile sollen inzwischen verstorben sein,

und Frau B glaubt, dass es sich in beiden Fällen nicht um einen natürlichen Tod gehandelt habe. Wie lange sie im Kinderheim gelebt hat, daran kann sie sich heute nicht mehr erinnern. Sie weiß nur noch, dass es eine „schreckliche“ Zeit war.

Ihre Eltern waren offenbar selbst in psychiatrischer Behandlung. Frau B beschreibt sie dem Arzt gegenüber als autoritätshörig. Zum Klima in der Familie berichtet sie:

„...Dadurch, dass mein Vater viel geschrieen hat, bin ich allergisch gegen laut... Z. 537. Hat nur geschrieen, nicht? Nicht mit mir geredet... Z. 188-189. In seinem ganzen Leben [hat er] kaum mit mir gesprochen...“ Z. 1416-1417.

Mit siebzehn Jahren kommt Frau B erstmals in psychiatrische Behandlung in Hamburg. Sie erzählt, dass sie im Vorfeld nach dem Rauschmiss bei den Eltern ca. ein halbes Jahr lang in Hauseingängen und auf Parkbänken genächtigt habe. Schließlich sei sie in betrunkenem Zustand von der Polizei aufgegriffen worden, die sie in die Psychiatrie gebracht habe. Daran anschließend sei sie in eine Rehabilitationsklinik gekommen. Der missbräuchliche Umgang mit Alkohol ist offenbar auch noch zum Interviewzeitpunkt gegeben. Die Informantin gibt an, im Alter von etwa 18 Jahren ebenso Erfahrungen mit illegalen Drogen gesammelt zu haben, wobei dies ihren Schilderungen nach wohl eher der Kategorie passageres postpubertäres Experimentieren zuzuordnen ist. Zu einem Gefängnisaufenthalt sei es dann deswegen gekommen, da sie, bereits erwachsen, ihre Ratenzahlungsvereinbarungen nicht eingehalten habe.

Ihre schulische und berufliche Laufbahn beschreibt Frau B als „problematisch“, wobei die erste Klasse noch gut gewesen sei. Dann sei die Familie wieder umgezogen, was einen Schulwechsel mit sich brachte. Auch dieses zweite Schuljahr erinnert sie positiv. Offenbar hat Frau B in dieser Klasse eine Freundin gehabt. Eine Ausbildung zur Erzieherin bricht sie ab, indem sie ihre Lehrstelle selbst kündigt. Danach macht sie 20jährig eine Ausbildung zur Gärtnerin, die sie ihren Angaben zufolge auch abschließt. Im Anschluss daran arbeitet sie für kurze Zeit in diesem Beruf, bevor sie mit ihrem ersten Kind schwanger wird. Danach ist sie kein neues Arbeitsverhältnis mehr eingegangen.

Frau B war offenbar zweimal verheiratet. Ihr erster Mann scheint verstorben zu sein, vom zweiten sei sie geschieden. Mit ihrem jetzigen Partner sei sie „verlobt“, gibt aber

an, nicht zu ihm in dessen Wohnung, wo sie vor ihrem Aufenthalt im Frauenzimmer gelebt habe, zurückkehren zu wollen. Offenbar waren ihre Intimbeziehungen überwiegend von Gewalt geprägt. Sie erzählt, selbst vier Kinder zu haben, von denen sie allerdings keines sehen dürfe. Unter dieser Situation scheint Frau B sehr zu leiden, deren großes Bedürfnis nach sozialem Kontakt und emotionaler Wärme im Interview offenkundig ist. Entsprechend sagt sie über sich und ihren Zustand: „*In meinen Augen... bin ich nicht krank. Ich... hab' nur...wenige Freunde... Dann denkt man viel... Z. 139-144. Keine Krankheit... Das ist nur Einsamkeit...*“ Z. 334.

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

In der Lebensgeschichte von Frau B zeigt sich ein komplexes Bündel traumatischer Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen. Noch in Südamerika soll sie als Vierjährige vom Vater *sexuell missbraucht* worden sein. Im Interview berichtet sie als Folge von Alpträumen. Man kann deshalb annehmen, dass sie diese massive Grenzverletzung durch nahe stehende Bezugspersonen auch traumatisch nachwirkt und verarbeitet wird. Ein Jahr später kommt das Erlebnis von *Entwurzelung* dazu, als die Familie aus dem Ausland nach Hamburg zurückkehrt. Frau B beschreibt es so: „...*Mein Vater ist... war aus Hamburg... Und der hat geschwärmt... 'Da kannst du alles haben' ...Ja, alles kaufen... Aber keinen Sonnenschein...*“ Z. 268-273.

Durch die anschließende Trennung der Geschwister und die Unterbringung der jüngeren Kinder im Heim verliert die Informantin außer ihrer Heimat auch ihr Zuhause. Im Alter von Anfang 20 wird sie zum ersten Mal schwanger und war in der Folge wohl zweimal verheiratet. Ihren Erzählungen nach war das eheliche Klima ähnlich wie zuvor schon die Atmosphäre in ihrer Herkunftsfamilie emotional aufgeladen und durch Aggressivität und Gewalt geprägt. Im Zusammenhang mit der durch eine Abtreibung beendeten fünften Schwangerschaft wähnte sich Frau B selbst in *Lebensgefahr*. Diese letzte Konstellation wird von ihr als Schlüsselereignis im Zusammenhang mit ihren psychischen Problemen gesehen. Sie beschreibt es so: „...*Meine rechte Seite, sagt mir meine Ärztin... würd' ich kein fünftes Kind überleben... Ne?... Z. 976-977. Ich wär' eigentlich schon tot... Und ich glaub', seit dem Zeitpunkt, wo ich hätte eigentlich... sterben müssen, komm' ich mit dieser Welt nicht so klar. Genau!*“ Z. 989-990

Neben Verlusterfahrungen materieller und kognitiver Art lassen sich auch solche zwischenmenschlicher Art identifizieren, die für Frau B offenbar besonders gravierend sind. Außer den Bindungen zu ihrer Herkunftsfamilie ging auch der Kontakt zu ihren vier Kindern verloren. Ihrem Erleben nach hat sie offenbar auch kaum Freunde und fühlt sich ihren Mitmenschen allgemein wenig verbunden.

Subjektive Bearbeitung

Ihr inneres Erleben beschreibt Frau B folgendermaßen:

„Weil ich ja manchmal Dinge hör... Weil ich oft an meinen Sohn denk’... An meinen jüngsten... Ihn nicht sehen darf... (beginnt zu weinen)... Dann hör’ ich ihn... Z. 343-344. Ich weiß nicht, wo er ist und dann hört man da... Schreien und so... Keine schönen Sachen...“ Z. 583- 588. „Schreckliche Sachen...“ Z. 602. In dem Moment denkt man, das ist real...“ Z. 345.

Außer dem Eindruck, die Stimme ihres Sohnes zu hören, beschreibt Frau B *Angstgefühle*, vor allem wenn es um verbale oder tätliche Gewalt geht. Vermutlich rufen hier aktuelle Stressoren schmerzliche Erinnerungen und Emotionen aus der Vergangenheit wach. Sie schildert auch *Verfolgungsideen* in Form von Beobachtungserleben und dem Eindruck, ihr Sohn werde bedroht. Frau B reagiert darauf mit Aggressionsgefühlen bzw. *Gewaltphantasien*, die wiederum ein Gefühl des *„nicht mehr bei sich-Seins“* hervorrufen und mit großer *Furcht vor Kontrollverlust* einhergehen. Bei Frau B folgen auf diese heftigen Emotionen auch *Gewalthandlungen*. Sie erzählt weiter:

*„...einmal hab’ ich ’n Messer in der Hand gehabt, das stimmt...“ Z. 914. „Hab’ ich meinen Sohn gehört... Ich hab’... Kurzschluss... Das Messer war versteckt in der Tasche... ’Runter gerannt...“ Z. 922-924. „War ich felsenfest überzeugt, er wird bedroht...“ Z. 925-926. *Ne? Und dann... bin ich zu mir gekommen und sag: ’Ich komm’ gleich nach Hause...’* Z. 945. *Wenn ich dann tatsächlich... Das wär’... katastrophal...“* Z. 958-959.*

Von *Gewalthandlungen* abgesehen bedient sich die Informantin *nach außen in ihrem Verhalten* zudem einer ganzen Reihe anderer Anpassungsleistungen auf ihr inneres Erleben. Dass sie die Dinge, die sie hört, nicht näher beschreiben und stattdessen am liebsten vergessen möchte, kann als Tendenz zur *Verdrängung* gedeutet werden. Außerdem *bagatellisiert* sie sowohl die (verbale) Aggression ihres aktuellen Partners als auch ihren eigenen Alkoholkonsum. Auch neigt Frau B dazu, Sachverhalte zu

generalisieren. Im Gespräch zeigt sich ferner, dass sie Dinge bisweilen nicht nur *verheimlicht*, sondern Professionelle darüber hinaus aktiv täuscht, etwa wenn es um die Einnahme von Medikamenten geht. Als Motiv kann hier die Angst vor Zwangsmaßnahmen im Kontext institutionalisierter fachpsychiatrischer Hilfe gesehen werden. Ein weiteres Muster in ihrem Verhalten wird in folgendem Zitat deutlich: „...*Ich bin meinen Ehemännern weggelaufen... Ich bin von... zuhause weggelaufen... Ich bin schon so oft weggelaufen, dass ich damit aufhören will... Mit Weglaufen...*“ Z. 538-540.

In der Interaktion mit einer offenbar nicht psychiatrieeerfahrenen Freundin ist Frau B ferner darauf bedacht, den *Anschein von Normalität zu wahren*, da sie angesichts sich auftuender unterschiedlicher Wahrnehmungswelten mit Unverständnis rechnet. Auch der übermäßige *Konsum von Alkohol* gehört zum Interviewzeitpunkt nach wie vor zu ihren Verhaltensstrategien. An einem Beispiel lassen sich im Gespräch mit Frau B außerdem Tendenzen zu gelebtem Rassismus und damit zur *Abwertung* anderer Minoritäten ausmachen.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Auf der *personellen Ebene* gibt es im Gesprächsverlauf Hinweise auf ein *negatives Selbstbild* bei Frau B, etwa dann wenn sie die (verbale) Aggression ihres aktuellen Partners bagatellisiert oder mit eigenem Fehlverhalten zu entschuldigen versucht. Dass sie aus dem dringenden Bedürfnis heraus, bestehende soziale Beziehungen nicht zu gefährden, teilweise entwürdigende Erfahrungen auf sich nimmt, könnte ebenso ein Indiz für die subjektive eigene Wertlosigkeit sein. So beschreibt Frau B ein Wohnarrangement bei einer Freundin mit folgenden Worten:

„*[Sie] hat mich also auch schon... 'rausgeschmissen prak[tisch]... Ich sag: 'Bitte, bitte, bitte lass' mich noch bleiben...' Z. 1228-1229. Und dann... ist sie ins Krankenhaus gekommen... Und dann... hat sie mich nicht alleine in der Wohnung gelassen... Ich bin froh drüber, weil... ich hockte auf'm Fußboden und konnt' nicht duschen und kochen wann ich wollte... Also... Es ist belastend, wenn sie den ganzen Tag raucht...*“ Z. 1235-1241.

Der Wunsch nach emotionaler Nähe kontrastiert mit einem ausgeprägten *Misstrauen*, besonders Professionellen gegenüber. Auch zu *Medikamenten* nimmt Frau B eine ablehnende Haltung ein. Sie ist der Ansicht, diese machten „*die Menschen kaputt*“. Ihre Krankheitseinsicht kann auch durch den nach wie vor gegebenen

missbräuchlichen Konsum von Alkohol herabgesetzt werden und damit der Inanspruchnahme formeller Hilfe entgegenstehen. Ein weiteres Hindernis kann in ihrer materiellen Notlage gesehen werden. Frau B sagt dazu:

„...*Mittwoch gehen wir mit der Kemenate* [Tagesaufenthaltsstätte für Frauen in Hamburg] *schwimmen... Ich war bestimmt zehn Jahre nicht mehr schwimmen... Und es wird alles bezahlt...*“ Z. 1944-1946. Geldmangel wirkt hier insofern auf die (psychische) Gesundheit zurück, als dass dadurch die Bewältigung schwieriger Lebensumstände z. B. mittels körperlicher Aktivität nur eingeschränkt möglich ist. Als weiterer in der Person von Frau B liegender Faktor, der den Erhalt von effektiver Hilfe erschweren kann, ist die *Delegation von Eigenverantwortung* zu nennen, etwa an ihren behandelnden Arzt. Im Zusammenhang mit ihrer Bildungsbiografie spricht Frau B davon, dass sie die Mittlere Reife „gekriegt“ hätte, ihre Eltern jedoch immer gewollt hätten, dass sie „...*Abi kriegt*“. Von Schulabschlüssen als etwas zu reden, das man „kriegt“ anstatt „macht“, deutet auf die Tendenz hin, Erfolgserlebnisse Umständen zuzuschreiben, die außerhalb des eigenen Selbst liegen. Eine solche Sichtweise unterstützt die Selbstwahrnehmung als Opfer der Umstände und passt zur Delegation von Verantwortung für einzelne Lebensbereiche. Schließlich erwähnt Frau B im Gespräch neben ihren seelischen auch *körperliche gesundheitliche Probleme*. Auf der *institutionellen Ebene* beklagt die Informantin sowohl *fehlende Zeitkapazitäten* bei Ärzten als auch deren Öffnungszeiten als *andere unflexible institutionelle Praktiken*. Aus ihren Schilderungen geht weiter hervor, dass sie im Kontext ihrer psychischen Erkrankung oft die Erfahrung von Zwang gemacht hat, womit ihr die *Entscheidungsfreiheit zur Inanspruchnahme von Hilfe* genommen wurde. Die Ebene der *gesellschaftlichen Widerstände* beim Erhalt effektiver fachpsychiatrischer Unterstützung spart Frau B im Erzählkontext aus.

Auf lebensgeschichtlich entwickelten Stärken basierende Bewältigung

Den Belastungen, die zu Brüchen im eigenen Lebenskonzept von Frau B führten, stehen eine Reihe von inneren und äußeren Ressourcen gegenüber. Das Eingehen von Intimbeziehungen mit zu Gewalt neigenden Männern lässt auf die *Reinszenierung* von schon in der Herkunftsfamilie gemachten Erfahrungen schließen. Dort hat Frau B auch gelernt, dass Nähe und Zuwendung offenbar nur im Zusammenhang mit demütigenden Erfahrungen zu haben sind. Dazu passt auch, dass sie, obwohl sie schon für vier Kinder nicht sorgen konnte, ein fünftes Mal schwanger wird. Vor diesem Hintergrund

stellt die Reinszenierung einen Bewältigungsversuch früherer als aversiv erlebter Ereignisse dar, in der verzweifelten Hoffnung, andere und bessere Erfahrungen zu machen. Sie können damit als (meist unbewusste) Selbstheilungsversuche der Seele verstanden werden.

Das Verhalten einer Freundin kommentiert Frau B folgendermaßen:

„...wie gesagt, meine eine Freundin, wo ich grad war... Die ist selber also richtig psychisch krank... Die schreit manchmal 'rum.... Gegen jemand, der gar nicht da ist... Z. 815-817. „Sie ist wirklich richtig krank... Und dann war sie Monate lang nicht beim Arzt... Beim Psychiater, ne?“ Z. 821-825.

Hier nimmt Frau B eine strategische Interpretation ihrer sozialen Umwelt im Sinne eines *sozialen Vergleichs* vor. Dazu zieht sie eine Person heran, der es in ihrer Wahrnehmung noch viel schlechter als ihr selbst geht. Dieses Mittel ist eine wichtige innere Ressource bei der Bewältigung von Belastungen. Wo es umgekehrt eingesetzt wird, sich der Betreffende also mit Menschen vergleicht denen es vordergründig besser geht und sich dann minderwertig vorkommt, wird diese Strategie allerdings maladaptiv. Dieses Vorgehen tritt meist bei Personen in depressiven Phasen auf, und auch Frau B greift an anderer Stelle darauf zurück. Darüber hinaus bedient sie sich der Strategie der *Um- und Neubewertung* von Ereignissen (reframe) wie es in folgendem Zitat zum Ausdruck kommt:

„...die Ärztin [hat mir] gesagt, 'n fünftes Kind würd' ich nicht überleben... Hat sie mir später gesagt... nicht vorher... später... Da hab' ich gedacht: , 'Mann, dann... hab' ich ja Glück gehabt, dass das Kind ich abgetrieben hab'. Sonst wär' ich tot...“ Z. 1005-1019.

Die Art und Weise, wie hier auf den ersten Blick negative Erfahrungen in der Retrospektive als subjektiver Gewinn konstruiert werden, weist tatsächlich über eine bloße Um- und Neubewertung hinaus. Taylor (1989) bezeichnet diese enorme Anpassungsleistung der menschlichen Psyche als „*Construal of Positive Benefits*“
Ferner kann der im Gespräch immer wieder aufblitzende *Humor* der Informantin als probates Mittel gesehen werden, sich Abstand zu Belastungen zu verschaffen. Dass Frau B in der Lage ist, sich in entaktualisiertem Zustand offenbar von ihrem psychotischen Erleben zu distanzieren, ist ebenfalls eine wesentliche Ressource. Darüber hinaus besitzt die Informantin die Fähigkeit zu *kontextualisieren*, d. h. komplexe Sachverhalte aus verschiedenen Perspektiven wahrzunehmen und wiederzugeben. Dies deutet auf ein gewisses Intelligenzniveau hin. Außerdem scheint

Frau B in ihren widrigen Lebensumständen Kraft und Orientierung in transzendenten Überzeugungen und *spirituellen Ritualen* wie Meditation zu finden.

Als *äußere Ressource* kann ihre wenigstens partielle *Fähigkeit Unterstützung durch andere Menschen* anzunehmen gesehen werden. Außerdem verfügt sie über gute *Kommunikationsfertigkeiten*, die es ihr zeitweise ermöglichen, Brücken zwischen ihrer und den Wahrnehmungswelten ihrer nicht psychiatrienerfahrenen Gegenüber zu schlagen. Auch der mit dem Aufenthalt im Frauenzimmer verbundenen *Wechsel der Umgebung* kann als Versuch gesehen werden, in ihrem Leben etwas zu verändern. Die *sportliche Betätigung*, die sie unterstützt durch solche institutionellen Hilfsangebote wieder aufnehmen möchte, ist eine äußere Ressource, ebenso wie die Wiederentdeckung anderer Hobbies wie *Malen und Zeichnen*. Der kreative Ausdruck eigener Lebensthemen bietet die Möglichkeit, sich Entlastung zu verschaffen und kann darüber zu einem Akt der *Selbstfürsorge* werden.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel angemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

In der Begegnung mit Frau B zeigt sich auf ihrer Seite eine große Sehnsucht nach Nähe, die es ihr erlaubt, sich zu öffnen, ohne unangenehme Konsequenzen befürchten zu müssen. Ihre Beziehungswünsche haben dabei etwas kleinkindlich-symbiotisch Vereinnahmendes, wobei es ihr auch darauf ankommt, selbst etwas zu geben. Die Art wie sie sich auch um andere sorgt, hat etwas Liebevoll-Mütterliches. Es kann davon ausgegangen werden, dass durch die psychische Erkrankung der eigenen Eltern, deren häufige körperliche wie emotionale Abwesenheit gekoppelt mit zeitweiliger Fremderziehung frühe Bindungserfahrungen nicht aufgebaut werden konnten. Vermutlich hat Frau B infolge dessen schon als kleinstes Kind die Erfahrung von großer Beziehungslosigkeit gemacht. Vielleicht sind ihre psychotischen Episoden vor diesem Hintergrund *Lösungsversuche* aktueller oder früherer als existentiell bedrohlich erlebter Konfliktsituationen (vgl. Mücke, 2001). Jedenfalls hat sie vollkommen Recht wenn sie sagt: „Einsamkeit macht krank“. Frau B erzählt von wiederholten Vertrauensbrüchen und Verrat im Laufe ihres Lebens. Angesichts dessen wird ihre Maxime: „Man darf nicht vertrauen“ verständlich. Dazu passt, dass sie die Missbrauchserfahrung erst im letzten Drittel des Gesprächs und auch nur flüsternd

schildert, als ob sich die dafür nötige Offenheit erst anbahnen muss. Für Beraterinnen und Berater wäre es wichtig, diese schon in frühester Kindheit nicht ausreichend befriedigten Bedürfnisse gewissermaßen nachzunähren. Dafür sind neben einfühlsamem Verstehen auch viel Zeit und ein langer Atem erforderlich. Den bisherigen Anstrengungen von Frau B ist Respekt zu zollen anstatt sie lediglich als dysfunktional abzutun. Gleichzeitig sollte im Gespräch behutsam thematisiert werden, wo bisherige Verhaltensweisen tatsächlich zum Scheitern von Lebensentwürfen beigetragen haben, um anschließend alternative Strategien aufzuzeigen und in einem geschützten Rahmen einzuüben. Letzteres setzt allerdings den Veränderungswillen der Rat suchenden Person voraus, wie er bei Frau B anklingt. Ein solcher Ansatz würdigt die Stärken und das Potential der Betroffenen und erkennt zugleich ihre Verwundbarkeit und Einschränkungen an. Es ist wichtig, dass Beraterinnen und Berater an dieses Potenzial zur Veränderung glauben, und die Betroffenen ermutigen, das Beste aus dem Leben, das noch vor ihnen liegt zu machen. Dabei sind bei den Helfenden Geduld und Gelassenheit wichtige Voraussetzungen, um Entwicklungen Zeit zu lassen und weder sich noch die Hilfesuchenden unter (Erfolgs-)druck zu setzen. In vielen Beratungsprozessen wird man akzeptieren müssen, dass sich nicht alle Wunden heilen lassen. Um angesichts der massiven Problemlagen wie sie von obdachlosen, psychisch kranken Menschen wie Frau B immer wieder präsentiert werden, als Helfende nicht selbst abzustumpfen oder auszulaugen, empfiehlt es sich, eine solche Begleitung im Team zu organisieren. Die Schwere und Komplexität der Belastungen ist auch der Grund dafür, dass vor der Psychologie bzw. Therapie in den meisten Fällen zunächst die Soziale Arbeit kommen muss. Wer psychisch und physisch am Rande seiner Kräfte ist, der braucht zuallererst pragmatische Entlastungsmaßnahmen statt Analysen. Dazu noch einmal Frau B:

„[In der] „Kemenate“ ... Da trifft man sich... kann Wäsche waschen... Wir haben keine Waschmaschine... Z. 1266-1267. [Da] haben mich zwei Frauen eingeladen... 'Komm' doch her, da kannst du 'ne Nacht übernachten [im Frauenzimmer]... Brauchst deinen Namen nicht sagen... ' Da hatt' ich wieder Paranoia... Und da dacht' [ich]: Ist ja toll... Weil, ich wollte nicht immer bei dieser Freundin bleiben... Das belastet mich auch irgendwo...“ Z. 1297-1300.

Dieses Beispiel macht deutlich, dass niedrigschwellige unbürokratische Angebote ohne zu viele Exklusionskriterien gewissermaßen die Vorläufer zum Sich-Einlassen auf weiterführende Hilfen sein können. Die Äußerung verweist auch darauf, dass bei

drohender Obdachlosigkeit in der Regel zunächst auf die informelle Unterstützung durch Freunde oder Familie zurückzugreifen versucht wird. Erst wenn diese Unterstützungssysteme versagen, wird vielleicht Hilfe im formell-institutionellen Bereich gesucht. Ähnlich könnte sich das Hilfesuchverhalten übrigens auch im psychiatrischen Bereich darstellen: Erst wenn normalpsychologische Erklärungen und Bewältigungsversuche von Störungen nicht mehr greifen, wenden sich die Betroffenen evtl. an entsprechende Institutionen und Einrichtungen um diesen beizukommen. Dies geschieht dann häufig in einem Stadium krisenhafter Zuspitzung oder wenn der (psychische) Zusammenbruch bereits erfolgt ist. Was letztendlich genau zu der Inanspruchnahme bestimmter Hilfen führt während andere verworfen werden, ist indes individuell höchst unterschiedlich und kaum vorherzusagen. Hier spielen oft situative und momentanen Bedürfnissen oder Notwendigkeiten entspringende Impulse eine Rolle. Bei Frau B war es möglicherweise die Tatsache, dass ihre Freundin und Gastgeberin schließlich ins Krankenhaus gehen musste. Solche von außen nicht beeinflussbaren Umstände werden im angloamerikanischen Sprachraum manchmal als „serendipity“ bezeichnet (z. B. Wilson, 2006). Werden sie schließlich gefordert, dann kommt es für Begleiterinnen und Begleiter obdachloser psychisch kranker Menschen entscheidend darauf an, sich daran zu erinnern, dass auch in katastrophal anmutenden Biografien Stärken enthalten sind. Frau B besitzt z. B. die Fähigkeit, sich sowohl sprachlich als auch auf künstlerisch-kreativem Wege mitzuteilen und Sympathien zu wecken. Im Beratungsprozess gilt es, aus solchen Stärken proaktive Problemlösestrategien zu entwickeln, um Konflikte in adäquaterer Weise als bisher zu lösen. Wo das Individuum Gelegenheit hat, seine Ressourcen zu entdecken, nehmen Gefährdung und Verwundbarkeit ab und die Fähigkeit im Umgang mit zukünftigen Schwierigkeiten zu. Eine Ressource haben sowohl die deutschen als auch die US-amerikanischen Interviewpartnerinnen und -partner gemeinsam: Alle haben überlebt. Wer solche Menschen unterstützen möchte, ist gehalten, ihre Lebensreisen und die damit verbundene Mühsal einerseits, aber auch den dafür erforderlichen Mut andererseits verstehen zu lernen und anzuerkennen.

Als die Forscherin sieben Tage später wie jede Woche ins Frauenzimmer kommt, ist Frau B nicht mehr da. Offenbar ist sie ohne Abmeldung weggeblieben. Es sieht so aus, als sei es in diesem Fall eben nicht gelungen, *alternative* Konfliktlösungsmöglichkeiten als z. B. das Frau B vertraute Weglaufen aufzuzeigen

und zu praktizieren. In der Arbeit mit dieser Zielgruppe sind solche Erfahrungen bezeichnend und wohl jeder und jede professionell Tätige kennt das Gefühl der Ratlosigkeit und des Bedauerns darüber, dass ein bestimmtes Verhalten ihrer Klientel wohl kaum dazu beiträgt, Hindernisse zufrieden stellend zu überwinden. Dann ist es wichtig, sich an den Eigenwillen von Menschen zu erinnern, und auch denen unter ihnen, die eine psychische Erkrankung und keine Wohnung haben, zuzugestehen, dass sie ihre eigenen Problemlösungsideen favorisieren. Unter Berücksichtigung der Vertrauensbrüche, die sich durch ihre Biografie hindurch ziehen, könnte das Wegbleiben von Frau B eine Form der Bewältigung sein, um neuen Verletzungen vorzubeugen, indem sie die Einrichtung erst gar nicht mehr aufsucht. So verstanden erscheint das vermeintliche Problemverhalten im Licht eines Lösungsversuchs. Forscherin und Informantin sind sich nie wieder begegnet. Auch das ist Alltag. Und dennoch bleibt die Hoffnung, dass Helfende in diesen Momenten der Begegnung ein weiteres Mosaiksteinchen sein können, das ihren Gegenübern das notwendige Zutrauen in weitere Veränderungsschritte gibt. Auch wenn sie diese Schritte vielleicht mit jemand anderem gehen.

Herr C:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Herr C wird im November 2005 als erster Interviewpartner der deutschen Stichprobe im Jakob Junker Haus interviewt. Seine dort für ihn zuständige Bezugsperson hat den Kontakt vermittelt. Das Gespräch findet im Zimmer des Informanten statt. Groß, durchtrainiert und gepflegt wirkend sitzt er auf seinem Bett, während die Interviewerin auf einem Stuhl daneben Platz nimmt. Herr C ist zum Interviewzeitpunkt 38 Jahre alt. Er wird im Ruhrgebiet geboren, wo seine Eltern heute noch leben, zu denen er offenbar regelmäßig Kontakt hält. Herr C betont, dass er außer zu ihnen über keinerlei soziale Beziehungen verfüge. Auch möglicherweise vorhandene Geschwister erwähnt er nicht. Im Kontrast dazu äußert er ein sehr starkes Kommunikations- und Kontaktbedürfnis. Obwohl Herr C mitunter Unsicherheiten hinsichtlich seiner zeitlichen Orientierung zeigt, kann durch wiederholtes Nachfragen zu verschiedenen Zeitpunkten im Interview als sicher gelten, dass er, bereits als kleiner Junge offenbar an Epilepsie leidend, in Kontakt mit der Psychiatrie kam. Im Laufe seines Lebens folgen weitere stationär-psychiatrische Aufenthalte in mehreren Städten, zuletzt vor

ca. vier Monaten. Von dort aus zieht Herr C direkt in die Übergangseinrichtung, in der das Gespräch stattfindet. Er ist überzeugt davon, dass die Gründe für seine Psychiatrieaufenthalte ausschließlich im „Kommunikationsmangel“ zwischen ihm und seinen Mitmenschen liegen. Für Herrn C stellt es sich folgendermaßen dar: *„Es fehlt die Kommunikation und dafür gibt's Psychiatrie... Wenn es Kommunikation zwischen den Menschen gäbe, würde es keine Psychiatrie geben.“* Z. 27-29. Psychiatrie wiederum reduziert sich aus seiner Sicht auf „Tabletten“. Dieses Argumentationsmuster *Tabletten als Ersatz für Kommunikation* hält er das ganze Interview hindurch aufrecht.

Herr C besucht nach der Grund- die Realschule, bevor er auf das Gymnasium wechselt. Dieses verlässt er nach der 12. Klasse. Im Anschluss daran beginnt er eine Lehre als Betriebsschlosser, die er ebenfalls nicht beendet. Offenbar arbeitet er trotzdem einige Zeit in diesem Bereich, deutet aber an, dass dies schon lange zurückliegt. Zunächst bezieht er noch Arbeitslosen- und später Sozialhilfe. Als *„das dann irgendwann aufhört“* Z. 1293 verliert er etwa im Jahr 2004 seine Wohnung, in der er rund 10 Jahre lang gewohnt hatte. Er zieht daraufhin nach Hamburg, wo er fortan, von kurzen Unterbrechungen abgesehen, in einem Zelt lebt. Diese Zeit bezeichnet Herr C heute als *„die schönste seines Lebens.“* Z. 354. Sein Selbsterleben beschreibt der Informant mit folgenden Worten: *„[Ich bin] ausgeglichen. Total ausgeglichen...“* Z. 556. *„Ich existiere ja grade. Ich esse und schlafe... Da kann es mir ja nicht schlechter und besser gehen. Das ist ja der Nullzustand.“* Z. 564- 568. Offenbar unterliegt sein Aktivitätsniveau auch jahreszeitlichen Schwankungen. Seine Zeit im Männerwohnheim hat für ihn den Charakter des Übergangs, in dem er zum Interviewzeitpunkt verharrt. Herr C drückt es so aus: *„Und da ich auch im Winter geboren... worden bin ist das immer so, dass ich im Winter 'nen Winterschlaf mache und sehr viel nachdenke, wie es auch weitergeht - früher... Aber in diesem Winter - schaff' ich nicht... wird das auch nichts mehr. Also, erst mal... schaff' ich das mit meiner Meldeadresse nicht, zweitens findt' ich beim Arbeitsamt keinen Job, und 'ne andere Möglichkeit gibt's halt im Moment nicht.“* Z. 313-321. Für Herrn C bedeutet dies, dass er sich aktuell völlig außerhalb des Sozialleistungsnetzes bewegt und seinen Lebensunterhalt durch Betteln finanziert.

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

In den Schilderungen von Herrn C dominieren Gefühle des Alleinseins bzw. fast kosmischer Einsamkeit. Er selbst sagt dazu: „*Ich bin nur bestraft worden für meine Liebe.*“ Z. 647 „*Weil ich... habe geliebt und bin nur alleine gelassen worden von allen.*“ Z. 659-660 Obwohl Herr C seine Aussage nicht näher spezifiziert und daher nicht mit Sicherheit behauptet werden kann, dass er damit eine Verlassenheitserfahrung traumatischen Ausmaßes beschreibt, kann man doch davon ausgehen, dass mindestens ein verheerendes Negativerlebnis eingetreten sein muss. Dagegen sind *Verlusterfahrungen* sowohl auf *materieller, emotionaler* und *zwischenmenschlicher Ebene*, und hier vor allem im Kontakt zu Menschen allgemein in seinem Beispiel augenfällig.

Subjektive Bearbeitung

Wie Herr C die möglichen Traumata bzw. Verlusterlebnisse auf der *inneren Erlebensebene* bearbeitet, darüber liefert das Interview nur wenig Hinweise. Lediglich an einer Stelle im Gespräch flammen kurz *Gewaltphantasien* auf, sowohl gegen andere als auch gegen sich selbst, die jedoch nicht weiter erläutert werden. Auf der *äußeren Verhaltensebene* bedient sich der Informant dagegen einer ganzen Reihe von Strategien zur Bearbeitung seiner Erfahrungen: Zunächst fallen seine Neigung zu *generalisierendem* bzw. verabsolutierendem *Denken* auf. Er erlebt sich „*von allen*“ Z. 660 allein gelassen, „*die ganze Gesellschaft ist nur auf langweilig gemacht*“, Z. 999 es hat „*alles keinen Zweck*“. Z. 1244 Ebenso zeigen sich vereinzelt Tendenzen zur *Rechtfertigung* bzw. *Bagatellisierung* bestimmter Sachverhalte. An einer Stelle im Interview greift er außerdem auf die Stilmittel *Ironie* bzw. *Sarkasmus* zurück. Eine andere, und in diesem Beispiel dominante Verhaltensstrategie beschreibt Herr C wie folgt:

„*Ich habe aufgehört, auf die Menschen zu reagieren, weil ich dafür bestraft wurde...*“ Z. 828-829. „*Und [jetzt] lass' ich die Menschen einfach in Ruhe. Ich lasse die Menschen in Ruhe und erwarte, dass ich auch in Ruhe gelassen werde. Ganz einfach.*“ Z. 868-869.

Die Neigung zur *Abschottung* und zum *Rückzug* manifestiert sich auch in Selbstbeschreibungen von „*Winterschlaf*“ und „*Nullzustand*“, wie sie unter 1.1

bereits skizziert wurden. Außerdem verwendet Herr C große Mühe darauf, *den Anschein von Normalität zu wahren*, wie es die Äußerungen zu seiner vermuteten Wirkung auf andere oder seiner Schullaufbahn zeigen. Damit eng verknüpft ist offensichtlich der Wunsch nach einer Wahrnehmung von außen als der eines unauffälligen, „normalen“ Menschen, wie es in folgendem Zitat zum Ausdruck kommt: *„Es betreut mich hier niemand...“* Z. 158. *Wir [Herr C und sein für ihn in der Übergangseinrichtung zuständiger Sozialarbeiter] sagen 'hallo' oder so.“* Z. 168

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Seine Erfahrungen mit dem psychiatrischen Hilfesystem fasst Herr C folgendermaßen zusammen:

„Es geht also nur darum,... Menschen irgendwie kaputtzumachen, sie äh...arbeitsunfähig zu machen, sie ein Leben lang im System der Psychiatrie dann wandeln zu lassen... Ohne zu wissen, wer sie sind, ohne sich jemals für sie interessiert zu haben - findet' ich 'ne absolute Frechheit... Das ist also 'ne Menschenrechtsverletzung... Findt' ich 'ne absolute Frechheit.“ Z. 114-121

Wie kommt es zu solch drastischen Bewertungen, bei denen der medizinische Grundgedanke der Heilung bzw. Linderung ins krasse Gegenteil der Zerstörung verkehrt wird? Auf der *personellen Ebene* ist zunächst das völlige *Fehlen von Vertrauen in Professionelle* offensichtlich. Möglicherweise erschweren hier ebenso das Vorliegen *materieller Armut* sowie eine jedenfalls zu einem früheren Zeitpunkt in der Biografie bestehende *Suchtanamnese* die Inanspruchnahme fachpsychiatrischer Hilfe. Die Art, wie Herr C seine Schullaufbahn als völlig unspektakulär beschreibt, deutet zudem auf ein evtl. *negatives Selbstbild* hin, das ihn wiederum daran hindern könnte, formelle Unterstützung nachzufragen bzw. anzufordern. Auch das Vorhandensein *anderer gesundheitlicher Probleme* mag hier eine Rolle spielen. Ein zentrales Hindernis liegt indes in der *Delegation der Eigenverantwortlichkeit*. Die in seinem Beispiel dominierenden Konstruktionen von Opfer- versus Täterschaft der eigenen Person lassen sich etwa an folgenden Formulierungen aufzeigen, mit denen Herr C einen identischen Sachverhalt beschreibt:

- (1) *„Meine Geburtsurkunde ist nicht hier.“* Z. 214
- (2) *„Meine Mutter schafft es irgendwie nicht, mir meine Geburtsurkunde zu schicken...“* Z. 1216-1217

(3) „*Ich schmeiße die [Geburtsurkunde] dummerweise immer wieder weg...*“ Z. 1217-1218.

Während die erste Aussage so klingt, als sei eine anonyme Macht am Werk, bestimmen im zweiten Fall andere Menschen über das eigene Schicksal. Im dritten Fall schließlich bleibt die Handlungsinitiative beim Erzähler, mit der er die Verantwortung für die Situationsentstehung wenigstens ansatzweise wieder übernimmt. Diese Perspektive scheint im Interview jedoch selten auf und es dominieren Aussagen wie die folgende:

„*Also, wenn das Arbeitsamt in Hamburg zum Beispiel sagt,... 'Sie sind neu als... Arbeitsloser gemeldet, dann brauchen die nur einen Anruf tätigen, und die haben 'nen Job und 'ne Wohnung für mich. Stattdessen lassen die mich sechs Monate durch die Gegend eiern. Und ich finde weder Job noch Wohnung...*“ Z. 594- 597. „*Also, wenn...die wollten... könnte das ganz anders gehen. Die könnten sich drum kümmern. Die haben ja den Überblick über alle Jobs [und] über alle Wohnungen. Die lassen uns das machen, und wir verheddern uns darin und kommen nicht weiter im Prinzip...*“ Z. 608-611.

Die unter 1.2.3 eingangs skizzierte Erfahrungszusammenfassung zeugt auf *institutioneller Ebene* von einem *subjektiven Empfinden des völligen Nicht-Wahrgenommen-Werdens* als Individuum. Dieser Eindruck bezieht sich neben Professionellen auch auf Menschen allgemein. Ebenso wird die erfahrene Hilfe *nicht nur als inadäquat oder nicht existent*, sondern sogar als in höchstem Maße kontraproduktiv beschrieben. Die Probleme des Informanten mit dem Meldewesen oder dem Arbeitsamt weisen trotz deutlich unrealistischer und überzogener Erwartungen auf *andere unflexible institutionelle Praktiken* hin. Was die *Entscheidungsfreiheit zur Inanspruchnahme von Hilfe* betrifft, so erlebt sich Herr C als von außen durch Manipulation dazu gedrängt, diese anzunehmen. Ob in diesem Zusammenhang auch Zwangsmittel eingesetzt wurden, die Entscheidung darüber, Hilfe anzunehmen, also gesetzlich vorgeschrieben war, bleibt offen. Für den Informanten steht zum Interviewzeitpunkt jedenfalls fest, dass er „*keine Hilfe gebrauchen kann*“ Z. 588 und „*nie wieder*“ Z. 81 in die Psychiatrie gehen würde. Auch die Einnahme von Medikamenten lehnt er kategorisch ab.

Auf der *gesellschaftlichen Ebene* fühlt sich Herr C von einem Hilfesystem *diskriminiert*, das der *Persönlichkeit eines psychisch erkrankten Menschen* in seiner

Wahrnehmung keinerlei Interesse entgegenbringt. Vor allem aber beklagt er eine *gesellschaftliche Sprachlosigkeit und die daraus resultierende soziale Isolation* der Menschen. Für Herrn C stellt es sich folgendermaßen dar: „*Die Leute unterhalten sich überhaupt nicht. Ist so. Null... Es gibt niemanden, der etwas zu sagen hat. Null...*“ Z. 432-436. „*Die einzigen, die Quatsch machen, sind Kinder.*“ Z. 860-861

Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

Herr C verfügt über eine ganze Reihe von Strategien zur Bewältigung seiner Belastungen. Als *innere Ressource* fungiert dabei z. B. die Fähigkeit, seine Umwelt strategisch zu interpretieren und *soziale Vergleiche* zu ziehen, etwa wenn er sein eigenes Kommunikationsverhalten gegenüber dem einer schweigenden Masse positiv hervorhebt. Teilweise ist es dem Informanten durch *Kontextualisierung* auch möglich, Sachverhalte differenziert zu beschreiben. Außerdem scheint ihm die kognitive Aktivität des *Rationalisierens* dabei zu helfen, von impulshaften destruktiven Handlungen sich selbst und anderen gegenüber abzusehen. Eine weitere und in seinem Beispiel zentrale kognitive Bewältigungsstrategie ist die *Um- und Neubewertung* verschiedener Situationen und Ereignisse, wie sie die folgenden beiden Exzerpte belegen:

„*Also, Psychiatrie sind wir alle, weil wir alle Psychopharmaka nehmen. Eine Milliarde... für Psychopharmaka 1970... Wir sind alle... psychopharmakaabhängig. Alle sind wir das. Alle betroffen.*“ Z. 281-283

Und an anderer Stelle heißt es:

„*Die Schulmedizin tut so, als wären die Leute krank, die... nicht angepasst sind irgendwie... dabei weisen die Leute, die nicht angepasst sind nur auf das hin, was der Gesellschaft fehlt. Die Fehler im System.*“ Z. 95-97

Das Interview belegt auch, dass *Spiritualität* wenigstens früher eine wichtige Rolle im Leben des Informanten gespielt hat. Hinsichtlich der *äußeren Ressourcen* ist folgendes Zitat aufschlussreich: „*Es gibt verschiedene Möglichkeiten, entweder man lebt angepasst oder zieht sein Ding durch. Aber ich hab' überhaupt keine Lust, angepasst zu leben. Also, ich würde jemandem raten, sich erst mal zurückzuziehen von allem. Erst mal 'n Monat schlafen. Oder drei Monate schlafen... Nur noch schlafen, essen, lieb zu sich selbst sein. Sich selbst lieben. Träumen... Wieder träumen lernen. Ich... kann wieder träumen jetzt...*“ Z. 743-753.

Außer der hier anklingenden *Selbstfürsorge* hilft Herrn C *Sport* dabei, um mit seinen Belastungen zurechtzukommen. Auch beschäftigt er sich gedanklich mit einem *Wechsel der Umgebung*, wobei hier seine Vorstellungen diffus und unkonkret anmuten.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel angemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Herr C positioniert sich als eigenwilliger und unangepasster Mensch, der mit seiner Denk- und Lebensweise dem täglichen Funktionieren-Müssen bzw. -Wollen eine Absage erteilt. Im Laufe seiner Lebensgeschichte hat er eine recht eigenwillige Architektur innerer Muster und Schemata entwickelt. Seine psychische Erkrankung und möglicherweise frühere Drogenabhängigkeit führen dazu, dass vorher festgelegte oder perspektivisch anvisierte Lebensentwürfe aufgegeben werden. Herr C ist ein anschauliches Beispiel dafür, wie sich darüber Lebensformen und Lebensanforderungen verändern, wenn er z. B. sagt: „*Da ging’s mir... wundervoll im Zelt. War das schönste Erlebnis meines Lebens...*“ Z. 677. „*Im Zelt bin ich ganz, ganz, ganz alleine und bin viel stärker als hier... Im Zelt ist es kalt. Im Zelt muss ich... mir Gedanken machen, wie ich die Nacht überlebe. Da leb’ ich Existenzialismus und bin froh, wenn ich die Nacht überlebt hab*“. Z. 370-377

Bisherige Selbstverständlichkeiten und Lebensgewohnheiten (z. B. Mieter einer Wohnung zu sein) werden unsicher und lösen sich auf. Es finden einerseits Entroutinisierungen statt, während andererseits neue Routinen entstehen. Zunächst haben diese Destandardisierungen für Herrn C eine offenbar befreiende Wirkung. Er erlebt sich als gesellschaftlich entpflichtet und hat damit die Möglichkeit, sich für Eigentätigkeiten zu öffnen, die er bisher so kaum praktiziert hat. Beispielhaft nennt er seine wiedererlangte Fähigkeit zu träumen, die er ebenso wie das witterungsbedingte Meistern existenzieller Herausforderungen mit Glückserfahrungen assoziiert. Diese Freisetzungsprozesse sind jedoch nur ein Aspekt, der neben biografischen Brüchen und Erfahrungen des Scheiterns steht, z. B. hinsichtlich der Bildungs- und Berufsbiografie.

Herr C gehört unter allen Befragten zu denjenigen, für die psychiatrische Hilfen am stärksten negativ besetzt sind. Er fühlt sich durch sie in seinen Menschenrechten verletzt und schreibt ihnen zerstörerische Wirkung zu. Seine Bewertungen mögen

überzogen anmuten, und doch zeigt sein Beispiel Begleiterinnen und Begleitern dieser Zielgruppe etwas Grundlegendes: Jede wirksame Form der Unterstützung hat die Biografie dessen, dem sie gilt, in den Blick zu nehmen. In der konkreten Fallarbeit ist demnach stets danach zu fragen, was das (Lebens-)thema der betreffenden Person ist. Bei Herrn C stellt *Kommunikation* diesen Leitgedanken dar. Den Mangel daran sieht er als einzigen Grund für seine Psychiatrieaufenthalte. Sein Beispiel belegt eindrucksvoll die Dynamik im Kontaktverhalten von Menschen, die als „psychisch krank“ bezeichnet werden: Zunächst ist Sprache das Medium, um sich seiner selbst zu vergewissern und sich mit anderen über die Wahrnehmung der Realität austauschen zu können. Solange wir genügend Menschen finden, die unsere subjektive Sicht der Dinge teilen, fühlen wir uns in der Welt halbwegs zuhause. Sind solche kommunikativen Prozesse dagegen unterbrochen, weil z. B. eine Partei Sichtweisen und Muster entwickelt hat, die mit denen ihrer Umwelt nicht ausreichend kompatibel sind, findet diese Verständigung oft nicht mehr statt. So muss auch Herr C die Erfahrung machen, in seinen Ansichten von anderen nicht verstanden zu werden. Dies macht in seinem Fall nicht nur einsam, sondern führt auch zum Rückzug von der äußeren Welt hinein in eine Eigenwelt, in der er nur noch „*schlafen und träumen*“ möchte. Der Weg heraus, das einzige Mittel, um wieder Anschluss und Teilhabe an seiner Umwelt zu erhalten, führt wiederum über die Sprache. Für Personen, die Menschen wie Herrn C begleiten möchten, geht es deshalb vor allem darum, durch das Sprechen wieder Kontakt herzustellen und zu halten. Darum ist das Element „Kommunikationskultur“ in einem Fortbildungskonzept so wichtig, da es kommunikative Wege aufzeigt, die helfen, die „Kontaktfenster“ zwischen psychisch kranken obdachlosen Menschen und ihren Begleiterinnen und Begleitern offen zu halten. Dies ist erst die Voraussetzung für die praktische Bewältigung einer komplizierten Umwelt, die selbstverständlich ebenso Bestandteil jeder effektiven Hilfe sein muss. Ideal, jedoch zumindest bei Hauptamtlichen kaum zu realisieren, wäre es dabei, wenn alle Beteiligten selbst entscheiden könnten, ob und wie viel an Berührung und Kontakt sie sich zumuten bzw. zutrauen wollen. Bevor die praktischen Unterstützungsmöglichkeiten im vorliegenden Beispiel skizziert werden, noch ein Wort zu einem zweiten Schlüsselbegriff, der in den Schilderungen von Herrn C immer wieder auftaucht, das Thema „träumen“. Zunächst haben Träume innerhalb der menschlichen Existenz eine wichtige Funktion. Indem man sich bewusst vorstellt, was man unternehmen möchte und genau dazu tun kann, wird ein gewisses zielstrebiges

Bereitschaftspotenzial aufgebaut. Eine solche mentale, vorstellungsmäßige Einstellung kann ein notwendiges Durchgangsstadium für einen direkten Willensentschluss zu handeln sein. Ob aus Träumen und Wünschen tatsächlich konkrete Pläne und Handlungen werden, hängt jedoch u. a. maßgeblich von Art und Ausmaß der Motivation eines Individuums ab. Sie bestimmt entscheidend die Präferenzen für bestimmte Aktivitäten. Erst wenn Träume und Bedürfnisse bewusst realisiert werden, verwandeln sie sich in konkrete Ziele und Absichten; aus Intentionen können dann Pläne und Handlungen werden. Von seiner Persönlichkeitsstruktur erscheint Herr C in mancherlei Hinsicht regressiv, passiv und ablehnend. Die Fähigkeit, Handlungen gezielt zu planen und seinen Träumen darüber den Charakter von Zielen zu verleihen, ist verschüttet oder vielleicht sogar verloren gegangen. So gibt er selbst an, diverse kognitive Bewältigungsstrategien, die ihm früher hilfreich waren, heute nicht mehr anzuwenden (z. B. Meditation, zukunftsorientierte Gedankenspiele). Dadurch haben sich seine Handlungs- und Gestaltungsräume verengt, und die Erfahrung von Urheberschaft ist ihm abhanden gekommen. Infolgedessen entsteht ein defizitärer Motivationskreislauf, der durch ein Grundgefühl fehlender Kontrolle über das eigene Leben und durch Hilflosigkeit gekennzeichnet ist. Unterstützung bedeutet jedoch nicht, sich auf die Störung, ihre Entstehungsbedingungen und Korrekturmöglichkeiten zu fixieren, sondern danach zu fragen, wie Selbstheilungskräfte geweckt werden und möglicherweise eine neue Mentalität entstehen kann. Es gilt, positive (Bildungs-) Erfahrungen aufzuspüren, anzuerkennen und darauf aufzubauen. So könnte man Herrn C zum Beispiel fragen, wie er es geschafft hat, ein Jahr lang im Zelt zu überleben und ob die Energie, die er seinerzeit zweifellos dabei aufgebracht hat, heute auch auf andere Lebensbereiche übertragen und nutzbar gemacht werden könnte. Dies setzt allerdings voraus, dass dem Informanten die Fähigkeit, Ziele bewusst zu setzen, Handlungen gezielt zu planen und zwischen Alternativen klar zu entscheiden, wieder als Ressourcen und erreichbare Ziele bewusst gemacht werden. So hat er die Möglichkeit, sich als selbstbestimmt und kompetent zu erleben und objektiv schlechte Bedingungen in subjektiv kontrollierbare zu verwandeln. Herr C könnte so aus der Opferrolle herauskommen und die Gegebenheiten, die seine Isolation und sein Unglücklichsein bedingen allmählich abstreifen.

Zum Interviewzeitpunkt zeichnet sich der Informant durch einen eher unspezifischen Zugang auf Vergangenes aus und stellt sich auch zukünftige Ereignisse wenig konkret vor. Daher generiert er auch kaum effiziente Problemlösungsstrategien. Seine

mangelnde Flexibilität, mit der er teilweise an nur schwer nachvollziehbaren ungewöhnlichen bis skurrilen Denkinhalten festhält, behindert ihn neben intellektuellen und sozialen auch bei praktischen Problemlösungen. Wenn darüber hinaus das Zusammenspiel der Institutionen, wie von ihm angedeutet, tatsächlich nicht funktioniert, sind Menschen wie er fast zwangsläufig die Verlierer. Eine effektive Begleitung muss daher auch und gerade auf der praktischen Ebene Unterstützung anbieten. Im vorliegenden Beispiel, in dem sich ein Mensch völlig außerhalb sozialer Sicherungssysteme bewegt, bedeutet dies konkret, die Anschlussfähigkeit zwischen sekundären Netzwerken (Organisationen und Bürokratien wie z. B. der ARGE) und ihrer unmittelbaren Klientel wieder herzustellen. Hier haben Begleiterinnen und Begleiter von obdachlosen psychisch kranken Menschen als Elemente tertiärer Netzwerke eine Vermittlungsaufgabe. Im persönlichen Kontakt klären sie auf einer sachlichen Ebene die Zuständigkeiten und Verfahren und helfen konkret beim Stellen entsprechender Anträge. Dabei ist es wichtig, neben der Sach- auch die Zeitdimension im Auge zu behalten: Diese bezieht sich z. B. auf die Fähigkeit, abwarten zu können, wo Hilfeprozesse nicht sofort eingeleitet werden können. In solchen Phasen der Begleitung kann es darum gehen, sich wechselseitig kommunikativ zu versichern, dass Anschlussfähigkeit herstellbar sein wird. Auch Herr C, dessen geäußertes größtes Wunsch nach einem Job, gefolgt von einer Wohnung und einem „süßen Mädchen“ Z. 234; 1335 trotz allem auf ein bürgerliches „Heile-Welt-Ideal“ hindeutet, weist auf die Wichtigkeit der Zeitdimension hin, wenn er sagt: *„Es gibt auch Phasen, wo man einfach nur wartet. 'Ne Warteschleife. Es gibt auch große Warteschleifen. Es gibt auch Warteschleifen von zehn Jahren oder so.“* Z. 788-790 Begleitung psychisch kranker obdachloser Menschen bewegt sich damit häufig im Spannungsfeld zwischen gewährender Akzeptanz und dem Stellen von Anforderungen, sollen verschlossene Lebensmöglichkeiten wieder lebbar gemacht werden.

Frau D:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Frau D wird, wie beim Erstkontakt eine Woche zuvor vereinbart, im Februar 2006 im Frauenzimmer interviewt. Offenbar hat sie unmittelbar vor dem Gesprächstermin noch geduscht. Ihre Haare sind noch feucht. So sitzen sich Interviewerin und Informantin

am Besprechungstisch im Büro der Leitung des Frauenzimmers gegenüber, das Aufnahmegerät zwischen sich auf dem Tisch, als Frau D zu erzählen beginnt: Die Informantin ist zum Interviewzeitpunkt 35 Jahre alt. Sie wird in Berlin geboren und hat offenbar drei Kinder im Alter von dreizehn und neun Jahren von verschiedenen Vätern. Alle drei befinden sich nach ihren Angaben zum Interviewzeitpunkt in Krankenhäusern in verschiedenen Städten. Der Mutter ist es derzeit wohl untersagt, mit ihnen in Kontakt zu treten. Offenbar steht die Entscheidung, die Kinder endgültig Fremderziehung zu überantworten, unmittelbar bevor. Ihre eigene Kindheit stellt sich aus Sicht der Informantin folgendermaßen dar: Ihren leiblichen Vater gibt sie an nicht zu kennen, erinnert aber, dass dieser sie als Fünfjährige vergewaltigt hat. Im Alter von sechs Jahren habe Frau D, deren Mutter mehrere Kneipen besessen haben soll, bereits hinter dem Tresen stehen und mithelfen müssen. Sie berichtet weiter, ihre Mutter habe sie sogar „anschaffen“ geschickt. Frau D geht schließlich freiwillig in ein Kinderheim. Irgendwann trennen sich ihre Eltern, und die Mutter lernt einen neuen Partner kennen. Mit ihrem Stiefvater versteht sich die Informantin nach eigenen Angaben gut. Als diese positive Bindung durch den Freitod des Stiefvaters abrupt getrennt wird, unternimmt auch Frau D einen Selbstmordversuch, indem sie sich die Pulsadern aufschneidet. Zu diesem Zeitpunkt ist sie sieben Jahre alt. Aus ihrer Sicht stellen sich die Ereignisse so dar: *„...Also, mein Stiefvater ist gestorben... Und da wollt' ich genau so sterben wie er, und dadurch hat mich meine Mutter damals entmündigen lassen... und mich erst mal einweisen lassen.“* Z. 144-154

Rund ein Jahr lang bleibt Frau D daraufhin in einer psychiatrischen Klinik, bevor sie wieder zur Mutter in ein häusliches Klima zurückkehrt, das unverändert von Gewalt geprägt ist. Bereits mit neun Jahren verkehrt Frau D in der Hamburger Drogenszene im Bahnhofsmilieu. Mit zehn Jahren reißt sie zum ersten Mal von zuhause aus. Es folgen diverse Heimaufenthalte, aus denen Frau D ebenfalls immer wieder wegläuft. Mit 15 Jahren beginnt sie, Heroin zu spritzen. Zuletzt wird sie, mittlerweile jugendlich, geschlossen in einem Heim untergebracht, aber auch dort findet sie Möglichkeiten, immer wieder zu entkommen. Die Informantin stellt es im Gespräch so dar, dass die dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schließlich resignieren und sie hinauswerfen. Zu diesem Zeitpunkt ist sie 16 Jahre alt. Seitdem lebt Frau D auf der Straße, ohne dass es ihr gelungen wäre, irgendwo Fuß zu fassen. Das sind 19 Jahre, die die Informantin als einen *„Spießbrutenlauf“*, Z. 326 geprägt von *„Betteln“*, Z. 306

„Anschaffen“, Z. 310 „Essen besorgen“, Z. 318 „Klauen gehen“, „Einbrüche machen“ und „dealen“ Z. 330 beschreibt. Auf ihren Abschluss der Sonderschule folgen keinerlei Ausbildungsversuche. Ihre berufliche Erfahrung beschränkt sich auf Tresendienste im Kneipen- und Prostituiertenmilieu. Zwischendurch befindet sie sich offenbar im Methadonprogramm, worunter es wohl zu einer Stabilisierung ihrer Lebenssituation in dem Maße kommt, dass ihre Kinder für zwei Jahre zu ihr zurückkehren. Dennoch ist in den Partnerschaften der Informantin Gewalt gegen sie und die Kinder offenbar an der Tagesordnung. Die jüngste Tochter soll ebenso wie ihre Mutter sich bereits selbst verletzt haben. Das Jugendamt sieht schließlich erneut Handlungsbedarf und trennt die Kinder wieder von ihrer Mutter. Frau D, die zum Interviewzeitpunkt mit einem ebenso obdachlosen Mann zusammen ist, leidet offenbar sehr unter der Trennung von ihren Kindern bzw. darunter, nicht selbst für diese sorgen zu können. Neben einer eigenen Wohnung ist es ihr größter Wunsch, wieder mit ihnen zusammen zu sein. Die Selbstwahrnehmung der Informantin ist die eines Stehaufmännchens, das sich *„immer wieder aufrappelt.“* Z. 749

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

Frau D erinnert sich, im Alter von fünf Jahren von ihrem Vater vergewaltigt worden zu sein. Das Aufwachsen im Kneipenmilieu und die Funktionalisierung der Informantin für die ökonomischen Interessen der Mutter, die soweit geht, ihr Kind an zahlende Gäste zu verkaufen, exponieren sie in der Folge für zahlreiche weitere massive Gewalterfahrungen. Frau D erzählt: *„... Und ich hab’ auch ’n kaputten Rücken... da ich mehrmals schwer zusammengeschlagen worden bin... kaputten Rücken... Ich hab’ was mit’m Herzen...“* Z. 492-500.

Ob die Informantin in diesem Zusammenhang auch in Lebensgefahr schwebte, bleibt offen. Auch ob der Belastung wiederholter Heimaufenthalte traumatische Qualität zukommt, ist unklar. Als gesichert kann dagegen gelten, dass für Frau D der Verlust des Stiefvaters, der für sie eine Erfahrung positiver Bindung war, ebenso wie die (sexuelle) Gewalt gegen sie traumatisch wirksam wird. Die Gefühle abgrundtiefer *Verlassenheit*, die sie nach dem Wegfall dieser nahe stehenden Bezugsperson empfunden haben muss, sind bis in ihr Erwachsenenleben hinein erhalten. So erinnert sich Frau D beispielsweise: *„Also, letzte Woche Samstag [hab’ ich mich zuletzt*

geschnitten]. Also vor meinem Geburtstag“. Z. 776-780 [Ich hab' gedacht]... dass das jetzt der erste Geburtstag ist, wo ich nicht alleine war. Weil mein Freund da war... Ne? Ansonsten... Die ganzen Geburtstage war ich immer alleine...“ Z. 793-798. „Und da muss ich mich erst wieder dran gewöhnen.“ Z. 802-803

Ihr aktueller Freund veranlasst Frau D auch dazu, mit der Prostitution aufzuhören. Sineinweg gibt sie allerdings auch einen Wohncontainer auf, vermutlich um fortan mit ihm „Platte zu machen“. Zu dieser *Verlusterfahrung materieller Art* kommen *Einschränkungen emotionaler Art* hinzu, wenn Frau D z. B. berichtet, dass sie ständig eine Mauer um sich herum errichte. Auf der *zwischenmenschlichen Ebene* ist der *Verlust des Kontakts zu den eigenen Kindern* bzw. das *Unvermögen, für diese sorgen zu können* zentral. Auch der *Verlust von Kontakten zu Menschen allgemein* gehört dazu. Außer ihrem Freund ist die Stiefschwester der Informantin, die wie sie selbst zum Interviewzeitpunkt im Frauenzimmer untergekommen ist, ihre einzige nahe Bezugsperson.

Subjektive Bearbeitung

Die Schilderungen von Frau D belegen, dass es ein starker *innerer Druck* ist, dem sie sich auf der *inneren Erlebensebene* ausgesetzt fühlt. Im Zusammenhang mit ihrem eingestandenen eigenen Gewaltpotenzial hegt sie offenbar auch die Befürchtung, dieses könnte zum *Kontrollverlust* über ihre Affekte und dazu führen, dass sie womöglich einen anderen Menschen tötet. Auf der *nach außen sichtbaren Verhaltensebene* tendiert Frau D zur *Verdrängung* ihrer Probleme, bzw. dazu, bestimmte Sachverhalte zu *rechtfertigen* und zu *bagatellisieren*. So beschreibt sie ihren jetzigen Partner, mit dem sie zum Interviewzeitpunkt knapp ein Jahr zusammen ist, mit folgenden Worten:

„Im Piko [städtische Obdachlosenunterkunft, bei der die Aufnahme nach § 11 SOG geregelt ist mit der impliziten Verpflichtung zur Aufnahme anstelle von pädagogischer Bedarfsermittlung, wie sie in den Einrichtungen nach §§ 67-69 SGB XII geleistet wird] hat er jetzt Hausverbot... Weil er sich gestern da geprügelt hat... Weil ihn jemand genervt hat... Er hatte überhaupt keine Schuld.“ Z. 649-651

In dem Versuch, ihre lebensgeschichtlichen Erfahrungen zu bearbeiten, bedient sich Frau D außerdem der *Dissoziation* wie es in ihre Antwort auf die Frage, was geschähe, wenn sie sich schneide, eindrucksvoll belegt:

„...*Ich kann an meinem Blut 'rumrühren...*“ Z. 387. „...*dann lass' ich die ganze Wut... an meine Arme aus...*“ Z. 405. *In dem Moment [spür ich] keinen Schmerz. Weil ich meinen Körper abstell'...*“ Z. 409. „*Wenn ich keine Schmerzen spüren will, dann verspür' ich ja auch keine.*“ Z. 414 Offenbar zieht sie diese Form von *Gewalthandlungen* an sich selbst der Aggression gegen andere vor. Eine weitere Verhaltensstrategie, die Frau D in der Vergangenheit häufig angewendet hat, ist das *Weglaufen*. Ferner tendiert sie, wie oben bereits angedeutet, dazu, sich vor anderen *zurückzuziehen* und sich *abzuschotten*. Auch der *Gebrauch von Suchtmitteln* scheint ihr nach wie vor ein probates Mittel, um mit ihren Belastungen umzugehen, wengleich sie inzwischen Heroin offenbar durch Crack ersetzt hat.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Frau D verbindet ihre Erfahrungen mit formeller Hilfe mit institutionellem Zwang, enttäuschem Vertrauen und Verrat. Sie sagt dazu:

„...*Und wenn du... nur eingesperrt bist... irgendwo anders vielleicht frei bist oder so, dann holst du dir deine Freiheit... Und wenn du dann Versprechungen kriegst und das nicht eingehalten wird und du enttäuscht wirst, dann drehst du irgendwann durch, und dann sagst du: 'Äh... Ist nicht... Fällt aus wegen Bodennebel...*“ Z. 597-605.

Das vor diesem Hintergrund völlig *fehlende Vertrauen in Professionelle* ist offensichtlich. Auf dieser *personellen Ebene* bestehen parallel eine *Suchtanamnese* sowie *materielle Armut* und massive *andere gesundheitliche Probleme*. Dass diese Faktoren neben der fehlenden Vertrauensbasis ebenso nachteilige Auswirkungen auf das *Hilfeinanspruchnahmeverhalten* der Informantin haben, liegt wohl nahe, lässt sich aus dem Gespräch allerdings nicht mit Bestimmtheit ableiten.

Auf der *institutionellen Ebene* bescheinigt Frau D *Professionellen Inkompetenz*, die ihrer Auffassung nach daherrührt, dass sich die Lebenserfahrungen der Helferinnen und Helfer grundlegend von denen ihrer Klientel unterscheiden. Sie beklagt außerdem eine mediale Skandalisierung von Drogenkonsumentinnen und -konsumenten, die mit der Realität wenig zu tun habe. Entsprechend fühlt sie sich sowohl von Professionellen als auch von anderen Personen als Mensch *nicht wahr- und angenommen*. Ihr Unmut darüber, dass der Aufenthalt im Frauenzimmer mit einer (räumlichen) Trennung von ihrem Partner verbunden ist, weil Wohnmöglichkeiten für obdachlose Paare in der Hamburger *Hilfelandchaft* rar sind, weist zudem auf *andere unflexible institutionelle Praktiken* hin. Außerdem bewertet Frau D ihre *Entscheidungsfreiheit zur*

Inanspruchnahme von Hilfe überwiegend als minimal bis nicht existent. Offenbar kam es bei ihr meist im Kontext mit Zwangseinweisungen zu Aufenthalt in der Psychiatrie. Sie erzählt:

„*Da wird beim Gericht angerufen... dann wirste draußen... weg gefangen und dann biste äh... weg vom Fenster... Das geht schneller wie Haare waschen.*“ Z. 921-926

Dass die Informantin ein solches Tätigwerden von Amts wegen *nicht als Hilfe* erlebt, erstaunt vor dem Hintergrund ihrer Bewertungen nicht.

Auf der *gesellschaftlichen Ebene* berichtet Frau D von *Diskriminierungs-* bzw. *Gewalterfahrungen aufgrund der extrem ungeschützten Lebenslage Obdachlosigkeit*, die sich in ihrer Wahrnehmung für Frauen im Vergleich zu Männern noch potenzieren.

Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

Das wiederholte Eingehen von Intimbeziehungen zu gewaltbereiten Männern sowie die Tatsache, dass Frau D bis vor kurzem ihren Lebensunterhalt noch mit Prostitution verdient hat, deutet auf die *Reinzenierung* von Gewaltszenarien aus der Kindheit im heutigen Erwachsenenleben hin. Auch ihre drei Schwangerschaften können in dieser Richtung als Selbstheilungsversuch der Seele interpretiert werden aus der verzweifelten Hoffnung heraus, dass beim nächsten Kind alles besser wird. Weitere *innere Ressourcen* stellen die Fähigkeit zu *kontextualisieren* dar, etwa wenn Frau D zwischen dissozialen und hilfsbereiten Drogenkonsumentinnen und -konsumenten unterscheidet. Auch die gegenüber einem früheren Zeitpunkt positivere Bewertung der eigenen Befindlichkeit fällt in diese Kategorie. Schließlich beeindruckt auf dieser Ebene der *Humor* der Informantin, wie er auch in den obigen Exzerpten immer wieder aufblitzt, mit dem Frau D in der Lage ist, selbst subjektiv hochaversiven Situationen noch etwas Komisches abzugewinnen. Hinsichtlich der *äußeren Ressourcen* der Informantin ist folgendes Zitat aufschlussreich:

„*Weil, da [als Frau auf der Straße] wirste abgezogen... Du kannst vergewaltigt werden... zusammengeschlagen werden... Also, für 'ne Frau ist es besser, wenn sie zu zweit oder zu dritt... mit äh... zwei Männern oder eben... anders lebt... Irgendwo in der Nähe von anderen richtig Platte macht, ne?*“ Z. 221-224

Die hier deutlich werdende Strategie der *Netzwerkbildung*, durch die sich Frau D die Unterstützung durch andere Menschen in einer ähnlichen Lebenslage sichert, zeugt von einigem Einfallsreichtum selbst unter härtesten Lebensbedingungen. Ihre Schilderungen sind auch ein eindrückliches Beispiel dafür, wie Einsamkeit psychisch

auffälliges Verhalten begünstigt bzw. sogar hervorbringt. Folglich beschreibt die Informantin die *Kommunikation* mit anderen als das beste Mittel aus einem Tief heraus. Außerdem hilft ihr offenbar *Sport* bei der Bewältigung ihrer mannigfachen Belastungen. Auch hat sie in der Vergangenheit häufig versucht, ihre Situation durch einen *Wechsel der Umgebung* zu verbessern.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel angemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Lazarus und Bosshard (2005: 96) gehen davon aus, dass die Entwicklung des Selbst immer im Austausch mit anderen stattfindet, das kulturelle Erleben bzw. die Bildungsprozesse dagegen im durch sichere Entfernung vom anderen geschützten Raum. In beiderlei Hinsicht hat Frau D große Schwierigkeiten gehabt. Ihr Entwicklungsraum war massiv eingeschränkt, weil ein Stabilität vermittelnder Sicherheitspol jedenfalls zunächst überhaupt nicht existierte. Mehr noch, die Mutter, deren Aufgabe es eigentlich gewesen wäre, die Tochter zu beschützen, torpediert dieses Bedürfnis zusätzlich, indem sie ihr Kind skrupellos und lieblos für die eigenen ökonomischen Interessen funktionalisiert. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass es in der frühesten Kindheit der Informantin schon zu Lernstörungen gekommen ist und diese Form extremer Vernachlässigung ihren Beitrag zur Krankheitsentstehung geleistet hat. Aber auch im Falle von Frau D haben Bildungserfahrungen stattgefunden. Auf ihre eigene Weise hat sie sich kleine Inseln der Selbstbestimmung und der Kreativität geschaffen. Ein Beispiel hierfür ist ihr Entschluss, zunächst freiwillig in ein Kinderheim zu gehen. Ferner zählt sie im Gespräch spontan und ohne nachzudenken drei (sportliche) Aktivitäten auf, die ihr bis heute Freude bereiten und die sie teilweise auch aktuell praktiziert. Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass Frau D trotz allem einen recht guten Kontakt zu ihrer Vergangenheit hat. Erinnernd erfährt sie sich von ihrer vitalen emotional-intentionalen Seite her, die in der Ressourcenarbeit mit der Zielgruppe nicht hoch genug einzuschätzen ist. Begleiterinnen und Begleiter obdachloser Menschen mit psychischen Erkrankungen suchen nach solchen Inseln. Sie machen ihren Gegenübern solche mit Freude verbundenen (Lern-)erfahrungen u. U. erst wieder bewusst und verstärken sie. Gerade die von Frau D genannten Sportarten Reiten, Tanzen und Schwimmen bieten viel Raum zur Erfahrung der eigenen Selbstwirksamkeit. Von

besonderer Bedeutung ist dabei die gemeinsame Aktion: Wenn Menschen, die obdachlos und psychisch krank sind, gemeinsam mit ihren Begleiterinnen und Begleitern schwimmen, tanzen o. ä. gehen, tritt der Erlebnis- anstelle des Krankheitsaspekts in den Vordergrund. Betroffene haben darüber die Möglichkeit, sich als gleichwertige „gesunde“ Gegenüber zu erleben. Auf der Seite der Begleiterinnen und Begleiter setzt diese Art von Unternehmungen voraus, dass sie ihre Berührungängste abgelegt haben und die Mitglieder der Zielgruppe als sozial kompetente Akteure respektieren. Dies wiederum gelingt nur Menschen, die intensiv an ihrer eigenen Haltung zu arbeiten bereit sind. Deshalb kommt einem Fortbildungskonzept dem „Blick auf sich selbst“ ein zentraler anderen Inhalten übergeordneter Stellenwert zu. Im Falle von Frau D wäre auch zu prüfen, inwiefern die (Wieder-)aufnahme solcher Betätigungen die Funktion eines solchen „Sicherheitspols“ erhalten kann, selbst wenn es diesen im kindlichen Entfaltungsraum nicht gegeben hat. Die Beschreibung des Verhaltens der Informantin angesichts einer erst wenige Tage zurückliegenden Krise verdeutlicht auch auf einer anderen Ebene Grundlegendes: In der Erkenntnis, dass sie Unterstützung benötigt, sucht sie diese zunächst in ihrem unmittelbaren Umfeld. Wie unzuverlässig und brüchig solche primären Unterstützungssysteme allerdings sein können, macht das folgende Zitat deutlich:

„Da mein ich: 'Ja, toll. Wenn man euch braucht, ist keiner da... Wenn man euch aber nicht braucht, dann seid ihr alle da... Dann taucht ihr alle... haufenweise auf.“ Z. 717-718

Und in dieser Situation fehlender Stabilität im privaten Umfeld, sowohl was das Wohnen als auch die sozialen Beziehungen betrifft, greift Frau D tatsächlich aus eigenem Antrieb auf institutionelle (sekundäre) Helfersysteme zurück, indem sie sich an eine Hamburger Anlaufstelle für drogenabhängige, sich prostituierende Frauen wendet. Dort nutzt sie die Möglichkeit zum Gespräch und Kontakt, um sich zu entlasten, betont aber ebenso die basale Unterstützung, die diese Einrichtung in den Bereichen Ernährung, Unterkunft und Kleidung leistet. Haupt- wie ehrenamtlichen Begleiterinnen und Begleitern der Zielgruppe kommt vor diesem Hintergrund - neben der Funktion der Freizeitgestaltung - selbstverständlich auch die Rolle verlässlich präsenter Gesprächspartner zu. Das Sprechen eröffnet in einem zweiten Schritt den Raum, die Anliegen beider Parteien möglichst miteinander zu verbinden und darüber

gemeinsame Handlungswege zu entwickeln. Begleiterinnen und Begleiter sollten sich dabei unbedingt von den Veränderungswünschen ihrer Gegenüber leiten lassen, anstatt unter dem Eindruck einer allumfassenden Verantwortung jeden Auftrag anzunehmen. Es erweist sich in diesem Zusammenhang als günstig, wenn der Umfang der gemeinsam verbrachten Zeit vorher festgelegt ist und darüber hinaus evtl. vereinbarte Zeiten telefonischer Erreichbarkeit sich auf mehrere Schultern verteilen. So kann einer Überforderung seitens der Unterstützenden vorgebeugt werden, ein Signal, das für diejenigen, die sich ehrenamtlich in diesem Bereich engagieren, besonders wichtig ist. Zur Frage: Wie sorgt sich der bzw. die einzelne um andere? gehört selbstverständlich auch: Wie sorgt der bzw. die einzelne für sich selbst? Daher hat der Aspekt der eigenen Psychohygiene im unter Kapitel 5 dargestellten Fortbildungskonzept auch einen besonderen Stellenwert. Die Schilderungen von Frau D lassen keinen Zweifel daran, dass obdachlose Frauen (und Männer) Gewalt ausgesetzt waren und sind. Sie müssen sich daher mit Situationen auseinandersetzen, in denen sie tatsächlich Opfer anderer Menschen und Umstände wurden. Nun ist allerdings entscheidend, welche Haltung obdachlose psychisch kranke Menschen zu ihrer Vergangenheit einnehmen, da diese mit darüber entscheidet, welche Handlungsmöglichkeiten sie *in der Zukunft* sehen. Je intensiver Begleiterinnen und Begleiter die Zielgruppe in ihren vorhandenen Stärken, ihren kreativen und sinnstiftenden Möglichkeiten der Alltags- und Lebensgestaltung sowie ihren Selbsthilfefähigkeiten unterstützen, desto größer ist die Chance, dass sich Betroffene als kompetent erleben, Probleme und Herausforderungen des Lebens *künftig* bewältigen zu können. Sie tendieren dann weniger dazu, in kategorialen Ereignisbeschreibungen zu verharren und sich als Verlierer zu erleben. Diese Art der Unterstützungsarbeit ist allerdings langwierig und kann nur in Zusammenarbeit mit Fachleuten aus entsprechenden Beratungsstellen geschehen. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer können mit einem „professionell unvoreingenommenen Blick“ das Team ergänzen. Solche Kooperationen zu entwickeln, zu etablieren und damit für die Adressaten nutzbar zu machen, gehört ebenso zu den Inhalten eines Fortbildungskonzepts, das den Anspruch erhebt, sozialpsychiatrische und gemeinwesenorientierte Ansätze miteinander zu verschränken.

Herr E:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Das Interview mit Herrn E findet im Januar 2006 im Klinikum Nord statt. Zu diesem Zeitpunkt ist er 39 Jahre alt. Vor diesem stationären Klinikaufenthalt war Herr E fast ein Jahr lang im Jakob Junker Haus untergebracht. Der Kontakt zu ihm kommt durch den Sozialarbeiter zustande, der den Informanten dort betreut hat. Die Interviewerin ruft daraufhin Herrn E im Krankenhaus an, erklärt ihr Forschungsvorhaben und fragt nach seiner Bereitschaft zu einem Gespräch. Nachdem Herr E seine Zustimmung erklärt hat, wird er in der Klinik besucht. Es stellt sich heraus, dass er dort ein Einzelzimmer hat, in das er offenbar erst vor kurzem verlegt wurde. Herr E bleibt während des gesamten Interviews im Bett, während sich die Interviewerin einen Stuhl heranzieht. Das Aufnahmegerät platziert sie mit seinem Einverständnis auf dem Nachtkästchen.

Herr E wird in Hamburg geboren. Er ist vier Jahre alt als seine Mutter 32jährig an Krebs verstirbt. Sein Bruder ist zu dem Zeitpunkt sechs Jahre alt. Die einzige Erinnerung an seine Mutter bezieht Herr E offenbar aus alten Fotos, auf denen sie gemeinsam mit ihren hübsch zurechtgemachten Söhnen abgebildet ist. Er absolviert die ersten vier Grundschuljahre und soll danach eine Sonderschule besuchen, weil er nach dem Tod der Mutter offenbar angefangen hat zu stottern. Er weigert sich und erreicht stattdessen den Wechsel auf ein Gymnasium. Herr E beschreibt seine Leistungen dort bis zur neunten Klasse als „ganz gut“. Danach lässt seine Motivation zu lernen nach. Er macht ein Praktikum als Klempner, welches ihm Spaß macht und hat fortan den Wunsch zu arbeiten und Geld zu verdienen. Er wechselt auf die Realschule, die er mit der Mittleren Reife verlässt. Vermutlich leben er und sein älterer Bruder zu der Zeit bereits selbstständig in einer eigenen Wohnung. Herr E berichtet, der Vater habe „sich dünn gemacht“ Z. 248-249 und sei zu seiner Freundin gezogen. Er soll ebenfalls in psychotherapeutischer Behandlung gewesen sein. Nach zwei Jahren des Zusammenwohnens suizidiert sich der Bruder des Informanten, der ebenso psychisch beeinträchtigt gewesen sein soll. Herr E absolviert zu der Zeit eine Lehre als Elektriker. Obwohl sich seine Leistungen in der Berufsschule nach dem Tod des Bruders erheblich verschlechtern, bringt Herr E seine Lehre zum Abschluss und wird danach zum Militärdienst eingezogen. Die dort auftretenden psychischen Probleme führen jedoch bald zur Ausmusterung und Überweisung an einen

psychiatrischen Facharzt. Dieser Erstkontakt mit dem institutionalisierten psychiatrischen Hilfesystem fällt in das Jahr 1988. In der Folgezeit kommt es immer wieder zu stationären Aufenthalten in der Psychiatrie in verschiedenen deutschen Städten. Nach der Beschreibung seines Zustandes in Krisenzeiten gefragt, meint Herr E: „Ja... *der Wahnsinn ist es eigentlich, ne?*“ Z. 683 Und fährt fort: „*Kann man gar nicht mehr beschr[eiben]*“. Z. 704 An anderer Stelle präzisiert er indes: „*Ich erleb' das dann 'ne Zeitlang dass Körperteile ab sind von mir... abgetrennt vom Körper...*“ Z. 498-499. „*Mir ist so als ob... ich aus mir 'rausfließe und die meinen Darm dann mit Füßen treten, ne?*“ Z. 867-868 „*Und dachte ja, dass... Worte so in 'n Darm gingen... Und das... Seitdem diese Worte so in 'n Darm gingen, [hab' ich] immer... Probleme mit Leuten, die hinter mir gehen, ne? Als ob die mir... als ob ich dann da... in denen verschwinde oder so was wenn die näher kommen.*“ Z. 874- 881 Und obwohl Herr E anerkennt, dass seine Befindlichkeit zwischen besseren und schlechteren Phasen variiert, muss er zusammenfassend feststellen: „*Ich weiß doch gar nicht mehr wie das ist, so normal zu sein wie Sie.*“ Z. 712

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

Hinsichtlich traumatischer Situationskonstellationen ist bei Herrn E der *Verlust nahe stehender Bezugspersonen* augenfällig, wie er durch den frühen Tod der Mutter und den späteren Suizid des Bruders zum Ausdruck kommt. Gerade wenn, wie zumindest beim Tod des Bruders anzunehmen, der Verlust plötzlich erfolgt, haben Angehörige oft das Gefühl, „beraubt“ worden zu sein, bzw. mit der geliebten Person einen Teil des eigenen Selbst verloren zu haben. Um es mit den Worten von Herrn E zu sagen: „*Als mein Bruder gestorben ist, da... bin ich irgendwie auch gestorben...*“ Z. 215-216. Der Vater vermag diese zentrale Verlusterfahrung nicht auszugleichen, zumal er selbst abwesend ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass dieses traumatische Verlusterlebnis bei Herrn E mit der Erfahrung tiefer *Verlassenheit* einhergeht. Die weitere Biografie ist von einer Reihe zusätzlicher Verlusterlebnisse durchzogen, auch wenn diese in ihrer Qualität als weniger existenziell anmuten. Herr E wird die Wohnung gekündigt, während er sich krankheitsbedingt nicht in der Lage sieht, sich dagegen zu wehren. Neben diesem *Verlust materieller Art beseitigen* die Herr E verabreichten Neuroleptika in dessen Wahrnehmung auch *seine Gefühle*. Auch der

zwischenmenschliche Bereich ist nach seiner Erkrankung von Verlusten geprägt. Neben familialen Bindungen verliert er sowohl die sozialen Kontakte zu Freunden als auch zu Menschen allgemein. Zum Interviewzeitpunkt scheint der Informant entsprechend kaum Kontakte außerhalb des stationären Rahmens zu haben, und die letzte tragfähige Bindung an eine Bezugsperson liegt offenbar lange zurück. Die Auswirkungen des Fehlens sozialer Kontakte beschreibt Herr E wie folgt: „*Ich hab’... abends den... Krankenwagen angerufen, und die haben mich mitgenommen... Die sahen zwar aus wie... wie Marsmenschen, so kam mir das vor...*“ Z. 371-373. „*Ich hatte wohl schon so lange keinen richtigen Kontakt mehr mit... mit anderen Menschen, dass die so vorkamen, als ob die vom Mars kämen...*“ Z. 405-407.

Subjektive Bearbeitung

Herr E berichtet über starke *spezifische Ängste*, die sich um medizinische Eingriffe ranken und nach seinen eigenen Angaben mit der Psychose in Zusammenhang stehen. Im Behandlungskontext seiner Erkrankung schildert er außerdem Gefühle von *Machtlosigkeit* und *Ohnmacht*. Stark ausgeprägt erscheint ferner das Gefühl der *emotionalen Anästhesie*. Herr E erzählt: „*Ich komm’ an meine Gefühle meistens gar nicht ’ran oder meine Sehnsüchte...*“ Z. 220. „*So Sehnsüchte hab’ ich so richtig im Bauch erst einmal gespürt und das war in K-Stadt in der Psychiatrie, als ich am Fenster stand und ’rauskuckte, ne? Und an meine Ex dachte...*“ Z. 221-223. Herr E erlebt sich darüber hinaus zeitweise von Mitpatienten *verfolgt* und bedroht, denen er Mordabsichten unterstellt. Gegen die Menschen, die nach seiner Wahrnehmung auf seinen am Boden liegenden Eingeweiden herumtreten, äußert der Informant *Hassgefühle*, wobei ihm die kontraproduktive Wirkung dieser Emotionen bewusst ist.

In der Schilderung seines psychischen Erlebens offenbart sich als Verhaltensstrategie zur subjektiven Bearbeitung desselben die Fähigkeit zur *Dissoziation*. Das zentrale „Ich-Selbst-Gefühl“ spaltet sich immer weiter vom „Körper-Ich“ ab, um so die Integrität des Selbst zu retten. Psychologisch und existenziell können also Phänomene eines veränderten Selbst- und Realitätserlebens wie sie im Interviewsegment unter 1.1 zum Ausdruck kommen, durchaus funktional sein. Das Selbst als Erlebniszentrum kann sich darüber über seine Abhängigkeit vom Körper erheben (Fischer & Riedesser, 1999: 328). Herr E scheint indes große Mühe zu haben, mit der Abwehrform der Dissoziation die Integrität des Selbst aufrechtzuerhalten. Er erlebt sich fortgesetzt als

„entgrenzt“, bis hin zu Ängsten vor Auflösung seines Ich-Selbst. Entsprechend reagiert er auch seiner Umwelt gegenüber mit *Rückzug* und *Abschottung*. Vereinzelt werden im Gespräch auch Tendenzen zur *Bagatellisierung* krankheitsrelevanter Sachverhalte deutlich. Außerdem *verheimlicht* Herr E seine Befindlichkeit und die damit einhergehenden Krankenhausaufenthalte nach außen. Er sagt dazu: „[Ich] wollt' nicht, dass sie [seine Tante] vorbeikommt... Ich hab' das immer so gemacht, dass niemand... mitkriegt oder niemand mithört, was mit mir los war, ne? Weil ich dachte, wenn sie wissen, was mit mir los ist, dann komm' ich aus dieser Psychiatrie überhaupt nicht wieder 'raus...“ Z. 420-423.

Dazu passt das Bemühen, den *Anschein von Normalität* wahren zu wollen.

Bemerkenswert ist dabei die Tendenz des Informanten, an kulturell-gesellschaftlichen Normen der „Normalwelt“ festzuhalten, auch in Phasen, in denen eine Verständigung mit dieser (vorübergehend) gestört ist. Im Gespräch zeigt sich dies vor allem an den Vorstellungen, die Herr E zum Thema „Männlichkeit“ äußert. Für ihn ist dieser Begriff offenbar eng mit Standfestigkeit und Wahrhaftigkeit verbunden. Eine weitere Verhaltensstrategie zur Bearbeitung seiner lebensgeschichtlichen Erfahrungen stellt der *Gebrauch von Suchtmitteln* dar, bei Herrn E sind es hauptsächlich Alkohol und sporadisch auch Cannabis.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Suchtmittelkonsum kann auf der *personellen Ebene* entsprechend ein Grund dafür sein, dass die Inanspruchnahme von psychiatrischer Hilfe erschwert ist, da solche Substanzen möglicherweise Prozesse im Körper induzieren, die die Behandlungsmotivation und -einsicht herabsetzen. Außerdem ist hier die starke *Abneigung* des Informanten *gegen* die verordneten *Psychopharmaka* zu nennen. Zum Interviewzeitpunkt nimmt er zwar nach eigenen Angaben vorschriftsmäßig ein, was ihm verordnet wurde, was allerdings auch mit dem hohen Strukturierungsgrad stationärer Kontexte zusammenhängen kann. Ob zusätzlich zur psychischen auch eine körperliche Begleiterkrankung besteht, bleibt unklar. Es ist gut möglich, dass die von Herrn E im Gespräch geschilderten körperlichen Beschwerden wie Spannungskopf- und Darmschmerzen keine organische Grundlage haben.

Auf der *institutionellen Ebene* unterstellt Herr E professionell Helfenden *Inkompetenz* sowie Rat- und Respektlosigkeit. Dazu nennt er folgendes Beispiel aus dem Stationsalltag:

„Der muss nicht alles dreimal sagen... oder, die kommen 'rein ohne anzuklopfen... die fassen einen an... einfach so... oder piekst mir einen in 'n Rücken... wenn man irgendwas machen soll... ich hab' auch 'n Namen, ne?“ Z. 567-569 Hinsichtlich anderer unflexibler institutioneller Praktiken kritisiert Herr E die Vollversorgung, wie sie in Kliniken und teilweise auch in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe vorgehalten wird. Er meint dazu: „Also, ich bin da regressiv geworden.“ Z. 337 Ferner variiert bei ihm die *Entscheidungsfreiheit zur Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe*. Das Interview liefert Hinweise auf Situationen, in denen Herr E aus Eigeninitiative formelle Hilfe gesucht hat. In anderen Fällen wurde der Anstoß dazu von außen gegeben und in wieder anderen war die Inanspruchnahme fachlicher Hilfe durch angewandte Zwangsmaßnahmen gesetzlich vorgeschrieben.

Auf der *gesellschaftlichen Ebene* berichtet Herr E von Diskriminierungserfahrungen im Zusammenhang mit seiner psychischen Erkrankung. Das obige Interviewzitat kann als Beispiel hierfür gelten. Der Informant berichtet außerdem: „Ich bin auch wegen Psychose ausgemustert worden so... Da meinte mein Vater immer früher: Wie du das wohl geschafft hast...“ Z. 192-194. Hier zeigt sich, dass auch Angehörige eine Haltung einnehmen können, die dem psychisch beeinträchtigten Familienmitglied nicht gerecht wird.

Auf lebensgeschichtlich entwickelten Stärken basierende Bewältigung

Herr E verfügt über fast 20 Jahre Psychiatrieerfahrung. So kommt er zu folgender Einschätzung:

„[Jetzt] fehlt dieser andere Teil, ne? Der andere Teil, der fehlt halt. Vielleicht auch wirklich ein Teil gestorben ist...“ Z. 734-735. „[Und] den gesunden hab' ich mehr als Erinnerung...“ Z. 739. Trotzdem finden sich auch in seiner Biografie Stärken, die er zur Bewältigung seiner Situation einsetzt. Hinsichtlich *innerer Ressourcen* ist die wenigstens phasenweise vorhandene Fähigkeit zum *Kontextualisieren* zu nennen, d. h. Herr E kann Sachverhalte aus unterschiedlichen Perspektiven erinnern und kommunizieren, wie es auch im obigen Zitat anklingt. Auch haben ihm in der Vergangenheit wohl Gespräche mit *spirituellem Inhalt* gut getan. Es ist außerdem beachtlich, dass er sich auch im Angesicht äußerst leidvoller Erfahrungen ein Stück Humor bewahren kann, etwa wenn er sagt: „Manchmal [hab' ich] echt die Befürchtung, bei mir auf'm... Grab steht dann irgendwann... äh: Abgezockt und

totgepflegt, ne?“ Z. 561-563. In Bezug auf äußere Ressourcen sind seine Tierliebe zu nennen und der Wunsch, eine Aufgabe zu haben.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel gemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Herr E ist das beeindruckende Beispiel eines Menschen, der sich bei aller Chronizität seiner Erkrankung doch vehement dagegen sträubt, auf die Rolle des Psychatriepatienten festgelegt und reduziert zu werden. Auch in der Klinik orientiert er sich beharrlich nach außen, anstatt sich passiv in sein Schicksal zu fügen. Ein ähnliches Verhalten zeigt Herr E auch schon viele Jahre früher, als er auf die Rolle des Sonderschülers festgelegt werden soll. Hier hat er durch das aktive Eintreten für seine Belange seinem Bericht zufolge stattdessen einen Wechsel auf das Gymnasium erreichen können, als der höchsten Schulform in Deutschland. Dass er die Mittlere Reife geschafft und danach eine Ausbildung zum Elektriker abgeschlossen hat, die ihm Freude gemacht hat, zeigt, dass es in der Vergangenheit positive Bildungserfahrungen gegeben hat. Auch die früheren häufigen gemeinsamen Reisen mit dem Vater, die Herr E im Gespräch thematisiert, könnten in dieser Richtung interpretiert werden. Das Auftreten einer Psychose freilich wirkt auch in diesem Fall als Bruch im eigenen Lebenskonzept und führt dazu, dass vormals anvisierte Lebensentwürfe aufgegeben werden müssen. Aber auch jetzt noch kann sich Herr E etwas von der Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit bewahren, die ihn vor seiner Erkrankung auszeichnete. Dies wird etwa daran deutlich, wenn er, bereits wohnungslos, mittels eines ärztlichen Attests den Erhalt eines Einzelzimmers erreicht, ein Arrangement, das in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung eine große Ausnahme darstellt. Es hat den Anschein, als gäbe es für Herrn E eine Art Unterbringungs-hierarchie. Im Hotel, so berichtet er, sei es ihm besser gegangen. Dort habe er keine Psychiatrie gebraucht. Das Männerwohnheim, in dem er mit vielen (ehemaligen) Fixern zusammenleben müsse, mache ihm dagegen Angst und die Psychiatrie gar „erst krank“. Arbeit mit und an seinen Ressourcen kann vor diesem Hintergrund ein Weg sein, um herauszufinden, was dem Informanten helfen könnte, ohne stationäre psychiatrische Krankenhausaufenthalte zurechtzukommen. Er selbst liefert dazu in folgendem Zitat einen wertvollen Hinweis: „*Ich hatte zuwenig Beziehungen und bin deshalb erstmal ins Krankenhaus gegangen...*“ Z. 1105-1106.

„[Wenn ich vernünftige Beziehungen hätte], dann würd' ich das, was mich beschäftigt nicht unbedingt... innerhalb der Psychiatrie äh... an 'n Mann bringen wollen...“ Z. 1117-1118. Außer Herrn E stellen innerhalb der deutschen Stichprobe rund ein Viertel der Gesprächspartnerinnen und -partner diese Verbindung von Psychiatrie als Ersatz für fehlende Sozialbeziehungen her. Die Textpassage weist über das rein Individuelle hinaus und auf ein an sozialräumlichen Prinzipien orientiertes Systemdenken hin. Denn obwohl eine allgemeingültige Definition des Begriffs derzeit noch aussteht, so ist doch Gillich (2004: 88) zuzustimmen, der ein Verständnis von „Sozialraum“ als dem Bereich vorschlägt, in dem der Mensch kommunikativ ist und seine sozialen Kontakte hat. Auch wenn sich Herr E nach seiner Entlassung aus der Klinik gegen eine Rückkehr ins Jakob Junker Haus und damit möglicherweise für ein Leben auf der Straße entscheiden sollte, so bleibt er dennoch eingebunden in einen sozialen Raum. Dieser kann seinen Schlabereich im Stadtteil umfassen und sich durch gelebte Kontakte wie dem Besuch eines kostenlosen Mittagstisches, einer „Tafel“ oder auch durch Betteln in der Innenstadt erweitern. *Jeder* Mensch, auch solche ohne eigene Wohnung und mit einer psychischen Erkrankung, hat einen Sozialraum. Er ist *die* zentrale Ressource zur Lebensbewältigung. In der Begleitung dieses Personenkreises geht es also nicht so sehr um deren „Behandlung“, sondern um „Gestaltung“ von Lebensräumen. Ziel sollte dabei immer sein, Gesprächsorte und -strukturen zu gewährleisten, die es auch Menschen, die sich anders als gewohnt verhalten, ermöglichen, sich zu treffen und informelle Sozialbeziehungen aufzunehmen, so sie dies wünschen. Eine Begleitung von Herrn E könnte darauf ausgerichtet werden, ihm zu helfen, eine solche Nische zu finden. So könnte er mittelfristig wieder in der Lage sein, in einem eigenen Zimmer zu leben. Auch praktische Hilfen zur Alltagsbewältigung z.B. in den Bereichen Ernährung, Haushalt und Existenzsicherung müssten dazu in den Blick genommen werden. Unabhängig von der konkreten Form der Unterstützung ist der Fokus stets auf zurückliegende gelungene Bewältigungsprozesse zu richten. Diese positiven Erfahrungen gilt es bewusst zu machen und zu rekapitulieren, um darüber die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeiten zu (re-)aktivieren und auszubauen. Das meint ressourcenorientierte Biografiearbeit. „Ressource“ kann dabei übersetzt werden als „Fünkchen“, das den Lebenswillen erhält, als „Stütze“, die aufrichtet zum nächsten Schritt, als „helfende Hand“ oder „kleinen Spalt“. In den Worten von Herrn E klingt es so:

„Ich hab’ bei meinem letzten Selbstmordversuch... bei ’ner Überdosis Nitrolept... hab’ ich dann aber auch noch den... den Türensplatt offen stehen sehen und habe gedacht: ’Ja, vielleicht wird es doch wieder was, ne?’ Und hab’ dann ’n Krankenwagen gerufen, ne?“ Z. 650-653

Frau F:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Frau F gehört mit 22 Jahren zu den jüngsten TeilnehmerInnen der gesamten Stichprobe. Die Forscherin trifft sie Anfang März 2006 im Frauenzimmer. Dorthin ist sie nach einem mehrmonatigen Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus in Hamburg gekommen. Es ist nicht der erste dieser Art. Die Wohnsituationen der Informantin waren im Gegenteil bisher offenbar eine Aneinanderreihung von Formen institutioneller Unterbringung. Ihre leiblichen Eltern hat sie nie kennen gelernt. Frau F gibt an, dass beide, die Mutter vor 11 Jahren und der Vater erst vor kurzem verstorben sein sollen. Schon als Säugling wird sie der Fremderziehung in einem Kinderheim überantwortet. Noch bevor sie ein Jahr alt ist, kommen sie und ihr elf Monate älterer Bruder zu einer Pflegefamilie.

Im Alter von 15 Jahren hat Frau F zum ersten Mal Kontakt mit der Psychiatrie, weil sie sich, wie sie heute sagt, mit einer Flasche selbst verletzt hat. Frau F bleibt acht Monate in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Von dort aus kommt sie für drei Monate in ein Kinderheim und im Anschluss daran in eine Spezialeinrichtung für Menschen mit psychischen Schwierigkeiten. Zu dem Zeitpunkt ist Frau F 17 Jahre alt. Sie beschreibt sich in dieser Zeit wie folgt:

*„...Die kamen nicht mit mir klar, weil ich war sehr heftig drauf... Also...“ Z. 159-160
„...weiß ich nicht... Da war ich unmöglich so...“ Z. 173.*

Frau F wird daraufhin in einer reinen Mädcheneinrichtung untergebracht, wo sie ihrer Einschätzung nach die einzige mit psychischen Problemen ist. Dort bleibt sie zwei Jahre, macht ihren Hauptschulabschluss und absolviert anschließend ein berufsbildendes Schuljahr. Ihr Berufswunsch ist Krankenschwester. Vier Wochen lang macht sie ein Praktikum auf der inneren Station eines Krankenhauses, bevor sie wieder psychisch erkrankt und erneut in die Klinik kommt. Diesmal für zehn Monate. Die Folgezeit verbringt sie fast durchgängig in stationärer psychiatrischer Behandlung in verschiedenen Städten. Zum Interviewzeitpunkt lebt Frau F seit etwa vier Wochen

im Frauenzimmer. Offenbar ist die Situation, interviewt zu werden, für sie neu. Sie ist mit großer Ernsthaftigkeit bei der Sache und scheint sehr bemüht, korrekte Informationen zu geben.

Zu ihrem aktuellen Befinden gefragt, antwortet Frau F u.a.:

„...*Ich verletzte mich auch nicht mehr... Manchmal hab' ich Schneidedruck so, aber ich mach' es nicht... Ich will es auch nicht... Ich will mich auch nicht verletzen...*

sondern ich möchte das... die Krisen so meistern... so schaffen... So mit...

Gesprächen... “ Z. 328-335. Dass ich einfach... so 'ne richtige Therapie mache... Wo ich richtig auch... so... fragen kann, was mit mir los ist... So dass ich irgendwann...

wenn ich diese Therapie... gemacht habe... Dass ich wirklich weiß, wer ich wirklich bin... “ Z. 352-354.

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

Als Vollwaise, die ihre Eltern nie kennen gelernt hat, hat Frau F eine extreme Form von *Bindungsverlust mit nahen Bezugspersonen* erlebt. Ihre ersten Lebensmonate verbringt sie im *Heim*, bevor sie und ihr Bruder dann zu einer Pflegefamilie kommen. Frau F beschreibt den Aufenthalt dort als eine Zeit, in der ihr und ihrem Bruder häufig *körperlich Gewalt angetan* worden sei. Auch sonst soll sie wenig angeregt und gefördert worden sein. Obschon die Informantin ihre Erlebnisse in der Pflegefamilie nicht weiter erläutert, liegt nahe, dass sie die dortigen Gewalterfahrungen traumatisch verarbeitet hat. Gleiches gilt möglicherweise für ihre Heimanamnese, selbst wenn sich Frau F heute nicht mehr daran erinnern kann.

Aus den Schilderungen der Informantin geht außerdem hervor, dass für Mädchen ihres Alters typische Freizeitbeschäftigungen für sie selbst mit enormer Anstrengung verbunden oder gar nicht möglich sind. Dies legt nahe, dass ihre Biografie ferner den Verlust von Fähig- und Möglichkeiten beinhaltet.

Subjektive Bearbeitung

Das Erleben eines *inneren Drucks* klingt bereits in der obigen Selbstaussage an.

Außerdem berichtet Frau F über das Vorhandensein anhaltender eher *unspezifischer Ängste*. Weiter erzählt sie:

...Und man denkt: 'Oh Gott, die Menschen könnten über mich wissen... Oder wissen über mich Bescheid...' Man... fühlt sich einfach unsicher dann so... So wie größtenteils bei mir... Dass ich dann manchmal völlig... durch die Straßen gehe oder so... Dass ich dann nicht weiß: 'Oh Gott, wie lauf' ich...?' Oder so... [Das] sind so Sachen, wo ich mich...ja, so kaputt mache...“ Z. 682-686.

Neben den hier anklingenden *Verfolgungsideen* und den *destruktiven Gedanken* schildert Frau F eine tiefe *Verwirrung und Orientierungslosigkeit*. In psychischen Belastungsphasen erlebt sie sich außerdem als „*neben der Spur*“ Z. 47; 52; 300-301 und beschreibt eine *Verlangsamung* bei sich, die bis zur *Erstarrung* gehen kann. Sie empfindet sich dann als „*robotermäßig*“. Z. 281; 301; 315

Nach außen im Verhalten reagiert Frau F u. a. mit Sprachverweigerung, weshalb sie als Kind zeitweise eine Sprachheilschule besucht. Das folgende Zitat beschreibt eine weitere Verhaltensstrategie:

„...Also, ich seh'... mich manchmal von oben... Da sitzen... So als wenn ich so... auch neben mir... So neben mir stehe...“ Z. 776-777.

Neben solchen *Dissoziationen* gibt Frau F auch an, viele frühere Erfahrungen *verdrängt* zu haben. Gleichzeitig wird deutlich, dass ihr sehr daran gelegen ist, den *Anschein von Normalität zu wahren*. Die Äußerungen in der Selbstaussage lassen keinen Zweifel daran, dass Frau F in der Vergangenheit nicht nur *destruktiv gedacht* sondern auch so *gehandelt* hat, hauptsächlich gegen sich selbst. Beispiele hierfür sind sich selbst beigebrachte Verletzungen sowie das Vorhandensein einer Essstörung.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Frau F äußert im Gespräch, dass sie sich Selbstbewusstsein wünscht. Dies ist ein Indiz dafür, dass auf der *personellen Ebene* ein *negatives Selbstbild* vorhanden ist, das sich nachteilig auf die Inanspruchnahme von formeller Hilfe auswirken kann. Zahlreiche Äußerungen in den Selbstaussagen scheinen diesen Sachverhalt zu bestätigen. Im Gesprächsverlauf stellt die Informantin auch immer wieder die Frage: „Wer bin ich wirklich?“ Dies deutet zudem auf Selbstzweifel und Identitätsprobleme hin.

Entsprechend unsicher ist sie sich auch im Hinblick auf die Frage, wie sie von anderen wahrgenommen wird. Ferner zeigt sich bei Frau F ein ausgeprägtes *Nicht-Verstehen der eigenen Erkrankung*.

Auf der *institutionellen Ebene* fällt auf, dass auch bei ihr die *Entscheidungsfreiheit zur Inanspruchnahme von Hilfe variiert*. Sie kennt sowohl freiwillige als auch zwangsweise Aufenthalte in der Psychiatrie.

Auf der *gesellschaftlichen Ebene* erlebt sich Frau F durch ihren Bruder, den sie als „gesund“ bezeichnet, stigmatisiert. Sie unterstellt ihm Desinteresse an ihrer Person und fühlt sich von ihm gemieden. Sie glaubt, dass ihm dabei besonders die Tatsache zu schaffen macht, dass seine Schwester regelmäßig Psychopharmaka nimmt.

Auf lebensgeschichtlich entwickelten Stärken basierende Bewältigung

Frau F wünscht sich sehr, ihre Erkrankung besser zu verstehen und persönlich weiterzukommen. Dabei ist für sie Stabilität die Voraussetzung für Fortschritt und Wachstum. Um diese Stabilität zu erlangen, oder wie sie es ausdrückt, ihr „...*Leben wieder auf die Reihe zu kriegen...*“ Z. 872 baut sie vor allem auf *Unterstützung von außen* durch therapeutische Angebote. In diesem Zusammenhang beschreibt sie einen früheren Klinikaufenthalt folgendermaßen:

„...*Und in den drei Wochen hab' ich mir so viel Mühe gegeben... Hab' auch 'n sehr guten Entlassungs... also, -brief... bericht bekommen... mitbekommen... Und das war gut... So, weil ich hab' mir sehr viel Mühe gegeben... Und da möcht' ich irgendwann vielleicht auch bald noch mal hin...*“ Z. 371-379.

Dabei hat die *Kommunikation* sowohl mit Professionellen als auch mit Mitpatientinnen und Mitpatienten für die Informantin einen zentralen Stellenwert. Aber auch *Medikamente* werden von ihr als hilfreich empfunden, wenngleich sie auch sehr invasive Nebenwirkungen und zahlreiches Experimentieren im Sinne von trial and error erinnert, bis schließlich die adäquate Medikation gefunden worden sei. Frau F hat offensichtlich die Erfahrung gemacht, wenigstens im professionellen Kontext ernst genommen und so akzeptiert worden zu sein, wie sie ist. Ihre Fähigkeit, solchermaßen zu *kontextualisieren*, deutet auf ein gewisses Intelligenzniveau hin und stellt eine *innere Ressource* dar. Darüber hinaus zeichnet sich Frau F durch eine hohe emotionale Sensibilität aus. Diese sowie die Fähigkeit, komplexe formelle und informelle Situationen positiv zu erinnern, lassen die Informantin handlungsorientiert und motiviert erscheinen, an bisherige Erfolgserlebnisse anzuknüpfen. Dies wird neben therapeutischen Kontexten auch im Bereich Arbeit/Beschäftigung deutlich. Dass sie dabei die eigene Leistungsfähigkeit offenbar realistisch einzuschätzen in der Lage ist, ist ebenso eine Stärke. Ferner schildert Frau F im Gespräch mehrere Situationen, in

denen sie *für sich selbst gesorgt* und damit zur subjektiven Verbesserung ihrer Lage beigetragen hat. Auch äußert sie den Wunsch, *eine Aufgabe* in dem Sinne *zu haben*, später anderen kranken oder anderweitig benachteiligten Menschen helfen zu wollen. Ferner ist sie *sportlich und musisch* interessiert. Sie erzählt z. B., dass sie gerne Tischtennis spielt und künftig regelmäßig in einem Chor mitsingen möchte.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel gemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Nach Stern (1992) bildet sich die Entwicklung des Selbst in der Begegnung mit anderen heraus und begründet die eigene Identität. Die Voraussetzungen von Frau F zur Entwicklung ihres Selbst und ihrer Beziehung zur Welt waren denkbar ungünstig. Es verwundert daher keineswegs, dass sie im Interview immer wieder die Frage stellt: „Wer bin ich wirklich?“ Diese Identitätssuche verbunden mit dem Bemühen, den eigenen Erfahrungen einen Sinn zu geben, ist ein wesentliches Merkmal von Gesundheit und kann mit Faltermaier (1991) als Gesundheitsleistung begriffen werden. Im Gespräch mit Frau F wird ihr Wunsch deutlich, etwas Positives zur Welt und der Gesellschaft, in der sie lebt, beizutragen. Dabei weist sie allerdings auch darauf hin, dass wer sich anderen zuwenden möchte, zunächst in sich selbst stabil sein muss. Auch deshalb ist ihr Identitätsfindungsprozess so bedeutsam.

Eine naturwissenschaftlich ausgerichtete Psychiatrie, für die die Ursachen psychischer Störungen entsprechend rein biologischer Natur sind, lässt die psychodynamischen, sozialen und gesellschaftlichen Seiten des Geschehens außer Acht. Wichtiger noch ist die stigmatisierende Wirkung eines solchen Krankheitsverständnisses auf die Identität stark verletzlicher Patientinnen und Patienten wie Frau F. Diese Dynamik ist von Goffman (1973) eindrücklich beschrieben worden. Im Gegensatz dazu haben Professionelle das Selbstwertgefühl ihrer Klientel zu stärken und deren persönliche Bedürfnisse und Erfahrungen in die klinische Praxis mit einzubeziehen. Dazu müssen sich Professionelle allerdings ihren Patientinnen und Patienten gegenüber öffnen und sich menschlich und persönlich auf eine Begegnung einlassen. Nur so wird der Boden für eine integrierende Perspektive bereitet, in der der Einzelne nicht mehr getrennt als passiver Krankheitsträger betrachtet wird, sondern Teil der psychosozialen Landschaft ist, zu der er oder sie in einem wechselseitigen Austausch steht. Chronische

Erkrankungen, das zeigt auch das Beispiel von Frau F, werden zwar dadurch nicht verhindert, aber die Wahrnehmung der psychiatrischen Symptome kann sich verändern. Statt als Defizite erscheinen sie dann möglicherweise als Schutzfunktion. Außerdem können sie, wie diese Geschichte ebenfalls illustriert, Kommunikationsmittel sein oder der Problemlösung dienen. Wo Symptome nicht mehr ausschließlich als Krankheitszeichen definiert werden, wird es Patientinnen und Patienten möglich, ihre Erfahrung des Anders-Seins in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren.

Dieses zu erreichen wünscht sich auch Frau F. Ihre Schilderungen legen indes nahe, dass sie ihre Erkrankung (noch) als etwas von außen kommendes nicht zu ihr gehöriges Fremdes begreift, das bezwungen werden muss. Entsprechend sind bei ihr die Begriffe „meistern“ (den Alltag oder Krisen) oder „sich Mühe geben“ zentral. Sie ist dabei, eine geordnete Lebensführung Schritt für Schritt zu erlernen, deren Aufrechterhaltung sie enorme Anstrengung kostet, sie aber auch überaus stolz macht. Sie begreift das Leben als Herausforderung und ist über jeden Fortschritt zufrieden. Das Gespräch mit Frau F ist ein Beleg dafür, dass die Konturierungen des Selbst für jeden Menschen anders verlaufen und zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen führen können. Dabei können selbst ungünstigste Bedingungen den Entwicklungsfluss insgesamt nicht aufhalten. Immer haben auch positive Bindungs- und Bildungserfahrungen stattgefunden, die es aufzuspüren und in ihrer Bedeutung zu verstehen gilt. Frau F selbst formuliert im Interview das Potenzial zur eigenen Veränderung. Ihre lebensgeschichtlichen Erfahrungen haben ihrer weiteren Entwicklung mit Sicherheit eine Prägung gegeben, aber die Entwicklung geht weiter, und deswegen gibt es immer auch Chancen für kompensatorische Einflüsse. Das heißt nicht, dass professionelle oder ehrenamtliche Begleiterinnen und Begleiter nun in einen grenzenlosen „Ressourcen- und Bewältigungsoptimismus“ verfallen sollen. Das Auftreten einer psychischen Erkrankung führt in der Tat dazu, dass alles anders und vieles auch tatsächlich verhindert wird. Im Beispiel von Frau F führt dies u. a. zu Brüchen in ihrer Bildungs- und Berufsbiografie, die ein Scheitern von bisher anvisierten Lebensentwürfen nach sich ziehen. Und dennoch ist gerade ihre Geschichte ein eindrucksvolles Beispiel für die der menschlichen Psyche innewohnenden Kraft, eine starke Verbündete, die sich selbst im Angesicht schlimmster Deprivation noch den Raum für positive Erfahrungen und Wachstum schafft. „Resilienz“ nennen Fachleute diese Kraft. Frau F drückt es so aus:

„...Man darf's also nicht so ahm... alles auf einmal, sondern Schritt für Schritt und so... In einem Monat sieht es ganz anders aus... Also, in 'n paar Wochen... einen Monat... in einem Jahr... Und... wenn dieser Wille da ist... und... und man möchte... Also, viele Menschen sind ja auch... Also, Kämpfernatur im Leben... Und... die haben sehr viel durchgemacht... So wie ich auch und... man steht ja dann morgens auch auf, um diesen Alltag auch zu bewältigen... Und überhaupt zu kucken, was tut einem gut...“ Z. 884-891.

Herr G:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Das vorliegende Interview findet im Juni 2006 im Jakob Junker Haus statt. Herr G ist zu diesem Zeitpunkt 33 Jahre alt und lebt seit zwei Jahren dort. Als Kind einer jugoslawischen Mutter und eines mittlerweile verstorbenen griechischen Vaters wächst er als Migrant der 2. Generation zusammen mit einem jüngeren Bruder in Hamburg auf. Die Mutter wird als körperlich und seelisch massiv beeinträchtigt beschrieben, vom Vater ist wenig zu erfahren. Offenbar wohnt die Familie in einem Problemquartier, das durch eine hohe Belegungsdichte und das Zusammentreffen unterschiedlicher benachteiligter Bevölkerungsgruppen gekennzeichnet ist. Im Alter von 11 Jahren wird Herr G der Fremderziehung überantwortet, kehrt aber, als er 15 Jahre alt ist, wieder zur Familie zurück. Aus dieser Zeit schildert er neben anderen Gewalterfahrungen auch sexuelle Übergriffe auf ihn, sowohl durch einen älteren Jugendlichen als auch den Heimleiter selbst. Zu seiner Bildungsbiografie befragt erzählt Herr G von mehrwöchigen Phasen des Schulabsentismus. Er erreicht schließlich den Hauptschulabschluss, der indes schlecht ausfällt. Eine anschließende Berufsausbildung macht er nicht. Bis zum Alter von 19 Jahren lebt er von Sozialhilfe. Dann erfolgt die Wiederaufnahme organisierten Lernens. Herr G besucht die Abendschule und holt dort seine Mittlere Reife mit einem guten Notendurchschnitt nach. Offenbar ist dieser Bildungsabschluss Voraussetzung für den Eintritt in den Polizeidienst, der Herr G zu dieser Zeit vorschwebt. Dass es nicht dazu kommt liegt nach seiner Aussage an der Aktenlage, die verschiedene Konflikte mit der Justiz dokumentiert. Diese zweite Bildungsphase charakterisiert Herr G mit folgenden Worten: *„[Ich] bin voll aufgeblüht... Hab' durchgezogen ohne Ende“*. Z. 616-617 In der Folge ist er offenbar motiviert, auch noch das Abitur zu machen und danach ein

Studium zu beginnen. Zuvor wird Herr G allerdings zum Militärdienst eingezogen. Danach besucht er eine Hochschule, an der offenbar auch ohne Abitur auf Universitätsniveau studiert werden kann. Diese muss er privat finanzieren und bekommt darüber Geldprobleme. Schließlich wird ihm seine Wohnung wegen Mietrückständen gekündigt. Aus der Sicht von Herrn G stellen sich die Ereignisse so dar:

„Ich war... normal. Aber war dem Staat... eine Last. Weil ich Sozialhilfe bekommen hab' und nichts gelernt hab'. Und wollte mich verbessern... Und bin dadurch... unnormal geworden... Unnormal von der Lebenssituation her... Und das wirkt sich natürlich auch auf das Innere aus. Auf die Seele. Ist doch so.“ Z. 799-806

Die folgenden drei Jahre greift Herr G auf wechselnde informelle Unterstützungssysteme zurück. Er nächtigt zunächst bei verschiedenen Freunden und zieht dann in eine WG. Als sein Zimmer dort anderweitig gebraucht wird, kehrt er wieder zur Herkunftsfamilie zurück, bevor dort die Probleme erneut eskalieren und seine Mutter Herrn G wieder vor die Tür setzt. Eine Zeitlang schläft er daraufhin noch von der Mutter unbemerkt auf dem elterlichen Dachboden. Erst in dieser Situation als er *„nicht mehr weiß, wohin“*, Z. 273 sich *„am Ende“* Z. 274 wähnt und ein Leben auf der Straße unabwendbar scheint, sucht er Hilfe im institutionellen Bereich. Er wendet sich dazu an die Mitarbeiter einer Jugendhilfeeinrichtung, die sich in unmittelbarer Nachbarschaft zur elterlichen Wohnung befindet und zu denen er über seinen jüngeren Bruder bereits Kontakt hat. Dort wird eine Begleitung zur zuständigen Behörde organisiert, die eine Unterbringung in der Übergangseinrichtung einleitet, in der das Gespräch stattfindet. Hier leben zu müssen wird von Herrn G offenbar als große Kränkung erlebt, für den sich Normalität wie folgt darstellt: *„...ja, der Norm entsprechend. Und „der Norm entsprechend“ in Deutschland bedeutet, dass man sein Geld selber verdient, dass man 'ne Wohnung hat, die man selber bezahlen kann und so weiter und so fort...“* Z. 814-816

Entsprechend legt Herr G im Gespräch großen Wert darauf zu betonen, dass seine Schwierigkeiten erst *nach* dem Eintritt von Obdachlosigkeit entstanden seien. Er erzählt:

„Und das ist nicht so, dass ich ähm... meine Schwierigkeiten hatte und deswegen in diese Situation geraten bin, sondern... das war umgekehrt. Es war so, dass... die Schwierigkeiten damit gekommen sind. So früher... wenn ich jetzt... irgendeinen Behördengang hatte, dann bin ich da hingegangen: 'Schönen guten Tag... Ich hab'

das und das Anliegen... hier sind die Unterlagen... zack, zack, zack, zack, zack... Bitte erledigen. Heute... kann ich da nicht hingehen... Ich kann nicht zur Behörde hingehen! Das geht nicht. Ich bin blockiert. Ich... krieg' 'nen trockenen Mund... ich weiß nicht, was ich sabbeln soll... Ähm... Ich krieg' feuchte Hände... Ich trau' mich gar nicht, 'reinzugehen... Ich...ich steh' morgens um sieben auf und... hab' 'n einstündigen Fahrtweg zur Behörde hin... Und... stell' mich an... Zieh' meine Nummer, und eine Nummer bevor ich dran bin, hab' ich so Schiss, dass ich dann wieder alles abbreche und nach Hause geh'.“ Z. 99-112

Eine andere Erfahrung, die Herr G im Zusammenhang mit einem in der Übergangseinrichtung gefeierten Frühlingsfest schildert, erhellt ebenfalls sein psychisches Selbsterleben:

„Ich hab' immer Angst vor großen Menschenmassen und so was... Das... kann ich nicht ab. Ich geh' auch nicht auf'n Dom... Kino... ganz schwierig für mich... Weil viele Leute und so... Und ich dann, wie letztes Wochenende mich überwinde... wirklich überwinde, da 'runterzugehen... So. Und dann hol' ich mir mein Fleisch ab... Und dann geb' ich meine Essensmarke für... für Wurst und so was... Geb' ich dann ab da...“ Z. 692-698. *„Und da war auch eine Getränkemarke dabei... für ein Kaltgetränk.“* Z. 710-711 *„Und dann geh' ich hin zu dieser Dame, die da die Getränke verteilt und such' meine Marke... Und hab' noch die Bratwurstmarke... Und denk' ich: 'Verdammt, jetzt hast du deine Getränkemarke als Bratwurstmarke bei dem Typen am Grill abgegeben.' Erklär' ihr das und sag: 'Hier, ich hab' aus Versehen meine... meine Getränkemarke als Bratwurstmarke abgegeben. Kann ich Ihnen meine Bratwurstmarke geben?' Da kuckt die mich über die Schulter an... völlig arrogant und sagt: 'Tja, Pech gehabt...'* Z. 719-725 (Aufgebracht) *'Pech gehabt', sagt die zu mir wegen einem Becher Cola?!... Bin ich Dreck?'*“ Z. 746-750 *„Und dann gehen Sie nach oben und fangen an zu zittern und denken: 'Was ist los jetzt?'... Kriegen 'n trockenen Mund und wissen gar nicht, warum...“* Z. 757-762.

Herr G selbst belegt seinen Zustand mit dem einzigen Wort: *„Chaos“*. Z. 766; 770

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

In der Biografie von Herrn G lassen sich gleich mehrere Lebensereignisse mit potentiell traumatischem Charakter identifizieren: Nicht nur, dass er als Jugendlicher

fünf Jahre in einem *Heim* verbringt, er ist dort auch während des gesamten Zeitraums *massiver körperlicher und sexueller Gewalt* ausgesetzt. Ob bei ihm als Kind ausländischer Eltern auch *Entwurzelungserlebnisse* zum Tragen kommen, die traumatisch verarbeitet werden, bleibt unklar. Sicher ist jedenfalls, dass sein Status als Migrant der zweiten Generation konflikthaft erlebt wird. Er berichtet von kränkenden Diskriminierungserfahrungen, die nach seinen Angaben bis heute andauern. Herr G meint außerdem: „... *Ich hab's aufgegeben, meine Identität zu suchen. Bin ich Grieche? Bin ich Jugoslawe? Bin ich Deutscher...?*“ Z. 1532-1533.

Das Zitat legt nahe, dass er diesen Konflikt nicht positiv lösen kann, sondern vor der Aufgabe seiner Identitätsfindung kapituliert hat. Außerdem schildert Herr G im Gespräch eine Situation im Straßenverkehr, in der er sich in *Lebensgefahr* wähnte. Im Interview werden darüber hinaus für Traumatisierte typische Tendenzen zur Erwartung negativer Handlungsausgänge deutlich. Herr G glaubt zum Beispiel nicht daran, später beruflichen Erfolg zu haben. Die von ihm geschilderten *Verlusterfahrungen* sind hauptsächlich *materieller* und *zwischenmenschlicher Art*. So verliert er sowohl Wohnung und Auto als auch den vormals als gut beschriebenen Kontakt zu Familie und Freunden.

Subjektive Bearbeitung

Die subjektive Erfahrungsbearbeitung äußert sich *nach innen im Erleben* vor allem durch Gefühle des *Ausgeliefert-Seins* und der *Ohnmacht* sowie durch *Verwirrung* und *Orientierungslosigkeit*. Auch Zustände von Antriebslosigkeit und Unlust werden deutlich. Auf reale Frustrationserlebnisse reagiert der Informant mit vehement ausbuchstabilten *Gewaltphantasien*. Hinsichtlich seiner *Verhaltensstrategien nach außen* meint Herr G: „...*das menschliche Gehirn ist ein Meister im Verdrängen... Wenn das... das nicht so wäre, dann wär' ich nicht so lange schon hier...*“ Z. 664-666. Außer *Verdrängung* kommen bei ihm auch Strategien des *Bagatellisierens* und *Rechtfertigens* zum Tragen. Auch Tendenzen zur *Generalisierung* sind im Gespräch durchgängig, etwa wenn Herr G schon zu Anfang betont dass ihm „...*keiner hilft*“ Z. 38 oder in der Einrichtung, in der er zum Interviewzeitpunkt lebt, „...*nichts gemacht wird.*“ Z. 315; 357 Seine gegenwärtige Wohnsituation *verheimlicht* er zunächst vor nahe stehenden Bezugspersonen. Besonders die Anfangsphase in dieser Übergangseinrichtung ist für ihn außerdem eine Zeit des *Rückzugs* und der *Abschottung*. Ein weiteres Mittel, mit dem Herr G auf der Verhaltensebene versucht,

seine Lebenserfahrungen zu bearbeiten, sind *Ironie* und *Sarkasmus* als subtile Formen von Aggression. In der von ihm auch praktizierten massiven *Abwertung* anderer und der *völlig fehlenden Solidarität* mit Menschen in ähnlichen Lebenssituationen, seien sie nun psychisch krank, obdachlos oder nicht-deutscher Herkunft, werden solche aggressiven Potenziale ebenso offensichtlich. Tendenzen zur Abwertung von bzw. Entsolidarisierung mit anderen treten im Gespräch mehrfach unmittelbar nach der Beschreibung subjektiver Glückserfahrungen auf. Sie haben damit den Charakter eines Musters. *Gewalthandlungen* hat Herr G hingegen bisher offenbar nur an sich selbst vorgenommen. So gibt es biografisch mindestens einen Suizidversuch, den der ansonsten sehr wortgewaltige Informant interessanterweise nur nonverbal durch Nicken bestätigt. Aktuell bestehende selbstverletzende Verhaltensweisen wie sich mit den Fäusten auf den Kopf trommeln, kann Herr G wiederum in Worte kleiden.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Im Gespräch positioniert sich Herr G u. a. mit den Worten: „... *ich [fühl'] irgendwie mich total scheiße...*“ Z. 1550. Obwohl er in den folgenden Sätzen die Vielseitigkeit seiner Person betont, lässt diese Selbsteinführung den Schluss auf ein *negatives Selbstbild* zu. Als weiterer Widerstand gegen fachliche Hilfe kann auf der *personellen* Ebene die *Ablehnung von Medikamenten* gelten. Ferner tendiert Herr G stark zur *Delegation der Eigenverantwortlichkeit* wie dies in folgenden Interviewpassagen zum Ausdruck kommt:

„... *Es hieß einfach, drei bis sechs Monate Regelaufenthalt [in der Übergangseinrichtung] und danach kriegst du 'ne Wohnung und so, und dann geht alles wieder bergauf. Aber es wird ja gar nichts gemacht...*“ *Ich hab' fast das Gefühl, die wollen mich hier nicht loswerden...*“ Z. 313-316

Und weiter erzählt er:

„...*Am Sechszwanzigsten diesen Monats kommt 'n Gerichtsvollzieher zu mir und möchte... mein Zeugs oben pfänden... Von 1998... Von irgend 'ner Stromrechnung, die ich angeblich nicht bezahlt hab'... Da bin ich 'rausgeflogen bin aus der Wohnung... Da hat der dahinter... Also, die haben sich nicht um die Ummeldung von dem Strom gekümmert, und der hat monatelang auf meinen Namen Strom bezogen... Und jetzt kommt der... Im Jahr 2006 kommt der und will mich pfänden...*“ Z. 629-642.

In diesem letzten Zitat kommt auch die für den Personenkreis bezeichnende *Armut* zum Ausdruck. Inwieweit diese allerdings die Inanspruchnahme von Hilfe erschwert,

bleibt am Beispiel dieses Informanten unklar. Was hingegen klar zum Ausdruck kommt, ist das *Nicht-Verstehen der eigenen Erkrankung* bei dem gleichzeitig großen Wunsch, die Ursache seiner Probleme zu begreifen. So wie er die Gründe seines Zustands nicht benennen kann, so *kennt* er auch die *bestehenden Hilfsmöglichkeiten nicht*.

Auf der *institutionellen* Ebene steht ebenfalls eine ganze Anzahl von Faktoren der Inanspruchnahme von formeller Hilfe entgegen. Im Gespräch stellt Herr G die Nützlichkeit institutionalisierter Hilfe nicht nur in Frage, er entwertet sie auch stark. So unterstellt er professionellen Helferinnen und Helfern von wenigen Ausnahmen abgesehen *Inkompetenz*, *Faulheit* und *Profitstreben*. Er fühlt sich *nicht wahrgenommen* und bezeichnet die Hilfe entweder als *nicht existent* oder *nicht adäquat*. Der Informant beklagt auch eine *mangelnde Eindeutigkeit* bei Professionellen. Im Rahmen seiner derzeitigen Wohnsituation verweist er auf *unflexible Praktiken* der Übergangseinrichtung, wie sie auch im zweiten Exzerpt unter 1.1 anklingen.

Auf der *gesellschaftlichen Ebene* berichtet Herr G sowohl über Diskriminierungserfahrungen im Zusammenhang mit seiner psychischen Beeinträchtigung als auch mit der besonderen Lebenslage Obdachlosigkeit. Aus seiner Sicht stellen sich diese so dar:

„...Da kommt eine Frau, kuckt Sie zwei Minuten an und sagt: ‚Ja, Sie sind eindeutig dem Paragraph... sowieso zuzuordnen. So, zack. Stempel. Das war’s. Tschüss... So. Es ist nicht so, dass ich diesem Paragraphen entsprechend nicht ganz dicht im Kopf bin. Aber ich werde so abgestempelt. Und das macht mich dann im Kopf nicht ganz dicht...“ Z. 825-833.

„Kurzfristig hab’ ich sie [Herrn Gs Ex-Freundin] dann auch aufgeklärt... Ich hab’ dann gesagt: ‚Ja, ich hab’ mal studiert, meine Wohnung verloren und wohn’ da im... Hab’ da ’n Zimmer gemietet bei der Heilsarmee...“ Z. 1289-1291. *„Na ja, und irgendwie war’s dann halt so, dass sie im Streit gesagt hat: ‚Verpiss’ dich in dein dreckiges Asylantenheim!“* Z. 1293-1294

Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

Obwohl die Äußerungen von Herrn G überwiegend ein Verständnis von Opfer- anstelle von Täterschaft der eigenen Person kommunizieren und ein Grundklang von

Resignation unüberhörbar ist, lassen sich auch in seiner Biografie Stärken identifizieren, die für die Bewältigung seiner Schwierigkeiten funktional sind bzw. waren. Als *innere Ressourcen* können Phänomene des *Rationalisierens* gelten, mit denen die eigene Lebenssituation eher handhabbar gemacht werden soll. Die von ihm auch angewandte Strategie des *sozialen Vergleichs* erfüllt einen ähnlichen Zweck. Vereinzelt zeigt sich auch die Fähigkeit zum *Kontextualisieren*, d. h. eine bestimmte Situation aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu betrachten und entsprechend wiederzugeben. Hinsichtlich der *äußeren Ressourcen* ist seine *Kommunikationsstärke* zu nennen, die in die künftige Auseinandersetzung mit einbezogen werden kann. Es fällt außerdem auf, dass er bei dem Versuch, seine Erkrankung zu verstehen, sehr auf *Unterstützung durch andere Menschen* baut. Dieser Sachverhalt kontrastiert mit einer an anderer Stelle getätigten Äußerung, wonach er kein Mehr an sozialen Kontakten, sondern lediglich „'n Computer und 'ne Steckdose“ Z. 1314 benötige. Auch die Strategie des *Sammelns von Informationen* hat sich in der Vergangenheit bewährt, um sich bisher Unbekanntes vertrauter zu machen und weiterzukommen. Herr G ist ferner ein Mensch, dem (*Lern-*)*aufgaben zu lösen* große Freude und Befriedigung verschafft. So positioniert er sich als gefragten Computerexperten sowie als guten Autofahrer und exzellenten Koch. In eben jener Jugendhilfeeinrichtung, die für seine gegenwärtige institutionelle Unterbringung instrumentell war, erlebt er sich als mit all diesen Kompetenzen integriert und anerkannt. Entsprechend verbringt er einen Großteil seiner freien Zeit dort. Dieser praktizierte *Wechsel der Umgebung* kann ebenso als äußere Ressource betrachtet werden, um sich mit der gegenwärtigen Situation besser zu arrangieren.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel gemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Im Falle von Herrn G muss davon ausgegangen werden, dass die Grundbedürfnisse nach Stabilität, Kontinuität und Verlässlichkeit über die Kindheit und Jugend hinweg durch die erzieherische Umgebung nicht erfüllt wurden. Nicht nur, dass er im kritischen Alter von 11 Jahren institutionalisierter Erziehung überantwortet wird, er erfährt in dieser Einrichtung auch noch körperliche und sexuelle Gewalt. Der Informant stellt im Gespräch selbst einen Zusammenhang zwischen diesen früheren Erfahrungen und seinen heutigen Schwierigkeiten her. Erklären kann er sich diese

Zusammenhänge indes nicht, weder aus der damaligen Erlebens- noch aus der späteren Wissens- und Bewertungsperspektive. Genau hier sind Helferinnen und Helfer gefragt, die in der Lage sind, diese Zusammenhänge herzustellen. Dazu müssen sie sich intensiv mit der Biografie ihrer Gegenüber beschäftigen, um zu erkennen, wie eng Traumatisierung und psychische Erkrankung zusammengehören. Es geht darum, die (Lebens-)geschichtlichkeit und damit die Einzigartigkeit des Individuums zu würdigen, die es in die aktuelle Situation gebracht hat. Das Interview mit Herrn G ist ein beeindruckendes Beispiel dafür, was geschehen kann, wenn ein solches Verständnis fehlt. In diesem Fall müssten die in den beiden unter 1.1 in den Eingangsexzerpten beschriebenen (körperlichen) Reaktionen gemessen am Anlass als überzogen anmuten. Begreift man sie jedoch als Trigger für mögliche frühe Traumatisierungserfahrungen, bekommen sie ein völlig anderes Gewicht. Verschiedene Traumaforscher (Levine, van der Kolk u. a.) postulieren die Existenz eines *Trauma-Sogs*, der banal anmutende Alltagssituationen heute immer wieder so deutet, als handle es sich um die traumatisch verarbeitete Erfahrung von damals. Für Helfende, die um diese Zusammenhänge wissen, wird das Verhalten von Herrn G in den beiden skizzierten Situationen zu einer absolut nachvollziehbaren Reaktion des vegetativen Nervensystems, wie sie auch in der realen Traumatisierung zu beobachten ist. Durch ein Verständnis des Zusammenspiels von auf frühen Erfahrungen basierenden psychischen Vorgängen und körperlichen Reaktionen wird die zuvor mit psychischen Erkrankungen häufig assoziierte mystische Dimension auf eine körperliche Erfahrung heruntergebrochen. Sie werden dadurch eher erklärbar und verlieren an Bedrohlichkeit. Solchermaßen erklärte Störungen vermitteln den Eindruck der Beeinflussbarkeit und werden dadurch besser handhabbar. Darum ist es unerlässlich, dass Begleiterinnen und Begleiter der Zielgruppe - mit entsprechendem Fachwissen ausgestattet - solche Zusammenhänge kennen und vermitteln können. Mit dem Versuch, psychische Vorgänge körperlich zu deuten, soll wiederum keinem biologisch-mechanistischen Psychiatrieverständnis Vorschub geleistet werden. Die außer von Herrn G von zahlreichen Gesprächspartnerinnen und -partnern geäußerte Kritik an Medikamenten muss ernst genommen und im Sinne einer Kosten- Nutzen-Rechnung bilanziert werden. Sicher stellen sie eine Möglichkeit der Einflussnahme auf das Störungsbild psychiatrieerfahrener Menschen dar. Medikamente können die in der Akutsituation meist als überflutend erlebten und die Betroffenen massiv überfordernden Gefühle dämpfen. Dadurch können diese wieder ins Gleichgewicht

kommen, ihre Wahrnehmung neu ordnen und ggf. Handlungsalternativen wählen. Eine mindestens ebenso wichtige Rolle beim Wiedererlangen des eigenen Gleichgewichts spielen jedoch Gespräche. Erst im glückenden Dia- oder besser noch Dialog können innerpsychische Konflikte bewusst gemacht und Strategien erarbeitet werden, um sie in tatsächlich konstruktiver Weise zu lösen. Die Ergebnisse der hier zur Diskussion stehenden Studie zeigen, dass es für nahezu alle Gesprächspartnerinnen und -partner eine Kombination aus Medikamenten *und* Kommunikation ist, die sie am besten mit ihrer Erkrankung zurechtkommen lässt. Kenntnisse hinsichtlich der Wirkungsweise von Psychopharmaka reichen daher für haupt- und ehrenamtliche Begleiterinnen und Begleiter nicht aus. Sie müssen auch und vor allem die Selbstwahrnehmung in der persönlichen Begegnung mit ihren Gegenübern schärfen und mit verschiedenen Ansätzen der Beziehungsgestaltung vertraut sein.

Herr G erlebt seine inneren und äußeren Reize als chaotisch, willkürlich und unerklärlich und sich selbst als Opfer der Umstände bzw. anderer Menschen, die über sein Schicksal bestimmen. Er konstruiert seine Erlebnisse fast durchgängig als Widerfahrnisse, anstatt ihnen Handlungsmöglichkeiten einzuschreiben. Angesichts seiner gelebten, biografisch fundierten Erfahrung bewertet er seine Optionen als negativ und hat wenig Vertrauen in seine zukünftige Handlungsfähigkeit. Um von diesem Opferverständnis zu einem Verständnis von Täterschaft zu gelangen, die anderen aktiv ihre Aufgaben zuweist, ist es zunächst notwendig, Herrn G Interpretationshilfen von früher gemachten Erfahrungen zu geben. Ein solches Vorgehen würdigt die in bestimmte Symptome und Strategien investierte Kraft und macht sie zu einem unter den gegebenen Bedingungen schlüssigen Handeln. Sein Wunsch nach Eindeutigkeit ist auf dem Hintergrund eines offensichtlich gescheiterten Identitätsfindungsprozesses zu interpretieren, bei dem die Unterschiede verwischen. Das bedeutet nicht, dass Begleiterinnen und Begleiter monokausale Erklärungen und leicht verdauliche „Instant-Lösungen“ produzieren sollen. Die Realität zeichnet sich immer durch Facettenreichtum aus. Es meint vielmehr etwas viel Grundlegenderes, das Herr G so beschreibt:

„Sie [die Interviewerin] hören einem zu... Sie hören der Frage bis zum Ende zu... Wenn ich einen Satz anfangen zu sprechen, dann hören Sie mir aufmerksam bis zum Ende zu und versuchen, ihn zu verstehen...“ Z. 2094-2096. *„Da ist mir schon geholfen... Und nicht so wie... andere hier... Da können Sie anfangen zu reden und...“*

Die warten dann nur auf das Ende des Satzes so. Das ist schon mal das erste was anders ist... “ Z. 2100-2104.

Neben Eindeutigkeit hegt dieser Informant den großen Wunsch nach Normalität und setzt die Priorität klar auf eine Wohnung. Seine Aussagen sind ein Beleg für die in der Datenauswertung generierte These, dass das Vorhandensein eines privaten Schutzraumes für das seelische Wohlbefinden unerlässlich ist. Oft ist es auch die Voraussetzung dafür, dass institutionalisierte Hilfe überhaupt erst nachgefragt bzw. angefordert werden kann. Im Zusammenhang mit seinen Wohnenerfahrungen schildert Herr G interessanterweise auch eine Phase, in der er gemeinsam mit Freunden in einer Wohngemeinschaft gelebt hat. Diese Zeit wertet er im Rückblick als sehr positive Erfahrung. Damit ist eine Ressource benannt, auf die man bei der Entwicklung von Handlungsperspektiven *heute* aufbauen kann. In Ermangelung von erschwinglichem weil knappem Wohnraum für Alleinstehende könnte im vorliegenden Fall tatsächlich (vorerst) eine WG in Frage kommen, sofern sich Herr G dazu seine Mitbewohner selbst aussuchen kann. Das vorliegende Interview ist allerdings auch ein gutes Beispiel für sozialarbeiterisches Handeln, *nachdem* jemand „auffällig“ geworden ist. So müssen mit erhöhtem Aufwand Problemlagen bearbeitet werden, die in anderen Bereichen (z. B. Brüche in der Bildungsbiografie, Wohnungsnot) entstanden sind. An den vorfindbaren Aneignungsformen des Informanten anzusetzen heißt eben nicht nur, die personalen und sozialen, sondern auch die *materiellen* Ressourcen zu stärken. Helfende kommen daher an Themen wie Wohnraumsicherung und -akquise oder Schuldnerberatung nicht vorbei. Ein solches Hilfeverständnis tritt heraus aus den eingegrenzten Bereichen Psychiatrie und Wohnungslosenhilfe und bearbeitet nicht nur die Folgen gesellschaftlicher Fehlentwicklungen. Dazu müssen diejenigen, die in diesen Systemen agieren, ebenso aus der Enge ihrer Institutionen heraustreten können, um Situationen, die Menschen wie Herr G in ihren Aneignungsformen einschränken, auch tatsächlich zu verändern. So hätte mit einer frühzeitigen Intervention (etwa durch über einen Förderverein bereitgestellte finanzielle Mittel) das Scheitern der viel versprechend begonnenen zweiten Bildungsphase dieses Informanten evtl. verhindert und seine Existenz auf eine solide Grundlage gestellt werden können.

Frau H:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Die Forscherin lernt Frau H im Frauenzimmer kennen. Bereits im ersten Kontakt signalisiert die Bewohnerin die Bereitschaft, über ihre Erfahrungen zu sprechen. So kommt es rund 14 Tage später, im Januar 2006 in den frühen Abendstunden, tatsächlich zu einem Interview in der Einrichtung. Dazu hat die Leitung ihr Büro zur Verfügung gestellt, in dem sich Interviewerin und Informantin am Beistelltisch einer kleinen Sitzgruppe gegenüber sitzen, das Aufnahmegerät zwischen sich auf dem Tisch. Frau H ist zu diesem Zeitpunkt 36 Jahre alt. Sie ist relativ groß. Ihr stumpf und strähnig wirkendes langes Haar fällt ihr immer wieder ins Gesicht, ihre Haut weist Unreinheiten auf, der Teint ist fahl. Sie erzählt, dass sie seit rund vier Wochen in der Übergangseinrichtung lebe. Offenbar ist es ihre erste Erfahrung von Obdachlosigkeit und mithin auch mit dieser Art der institutionellen Unterbringung. Von Kindheit an ist die Welt der Informantin durch Brutalität, (sexuelle) Ausbeutung und sozialer Unterprivilegierung gekennzeichnet. Die Mutter wird als „*dreckige Schlampe*“ Z. 827-828 beschrieben, die sich mit zahlreichen zu Gewalt neigenden Männern „*herumgetrieben*“ Z. 832 habe. Von ihrem leiblichen Vater weiß Frau H nur, dass er ein Ausländer gewesen sein soll. Lediglich die Großeltern und möglicherweise auch der Ziehvater waren für sie eine Erfahrung positiver Bindung. Diese Personen sind inzwischen jedoch alle verstorben. Sie verlässt ihr Elternhaus schon früh, um fortan in Heimen bzw. später als Heranwachsende in Jugendwohngemeinschaften zu leben. Im Alter von 20 Jahren gerät sie offenbar ins Zuhälter- und Prostitutionsmilieu. Ihren Schilderungen nach wird sie dort unter dem Einsatz von Drogen zur Prostitution gezwungen und als sie Widerstand leistet, so schwer misshandelt, dass sie sich in Lebensgefahr wähnte. Um ihren „*Peinigern*“ zu entkommen, flüchtet sie schließlich erstmals in die Psychiatrie. Ihre Bildungs- und Berufsbiografie ist stark fragmentär. Den Schulbesuch bis zur Mittleren Reife bricht sie ab. Später beginnt Frau H drei verschiedene Berufsausbildungen, ohne eine davon zu beenden. Die Idee, auf dem zweiten Bildungsweg Betriebswirtschaft zu studieren, wird nie umgesetzt, und aus einer Weiterbildungsmaßnahme des Arbeitsamts wird sie schließlich ihres sozial auffälligen Verhaltens wegen ausgeschult. Gleichzeitig betont Frau H, sich in den Bereichen Naturwissenschaft und Körperkunde autodidaktisch weitergebildet zu haben und lässt durchblicken, dass sie ein Betriebswirtschaftsstudium möglicherweise unterfordert hätte. Zum Gesprächszeitpunkt lebt sie von Arbeitslosengeld II. Die

Informantin wünscht sich zwar auch in beruflicher Hinsicht einen Neuanfang, es wird allerdings deutlich, dass das Thema für sie derzeit keine Priorität hat und gegenüber dem Widererhalt einer eigenen Wohnung und ihrer Gesundheit zurücksteht. Was letztere betrifft, so wird ihr hier formulierter Unterstützungsbedarf ihrer Wahrnehmung nach damit beantwortet, dass man sie von einer Institution in die andere bzw. von einem Therapeuten an den nächsten verweise. Dies passt zu ihrer Selbstwahrnehmung als unangepasste Außenseiterin, die von anderen abgelehnt wird. Sie selbst drückt es so aus:

„Menschen reagieren meistens mit Ablehnung auf mich... Das kommt aber mehr, weil ich halb Ausländerin bin... Dass ich eben halt nicht so bin, wie sie... mich hier gerne hätten. Weil, ich lass' mich nicht anpassen. Und ich lass' mir nicht... keine Vorschriften machen... Ich bin ich, und ich bin für meine Sachen verantwortlich... Also... ich will mich nicht in 'ne Opferhaltung... das arme Opferlamm spielen, aber teilweise ist es immer so, dass ich Opfer geworden bin. Schon... Von Gewalt sowieso schon.“ Z. 960-986

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

Neben den auch im obigen Zitat angedeuteten *Gewalterfahrungen* sowohl sexueller wie auch physischer Natur, lassen sich im vorliegenden Beispiel eine Reihe weiterer Situationskonstellationen identifizieren, die mit hoher Wahrscheinlichkeit traumatisch verarbeitet wurden. Dazu gehören der *Verlust nahe stehender Bezugspersonen* sowie die *Lebensgefahr*, in der sich Frau H durch ihre Misshandler wähnte. Für die Möglichkeit, dass außerdem die *Heimanamnese* der Informantin traumatischen Charakter hat, finden sich im Interview indes keine Belege. Es ist eher zu vermuten, dass diese Institutionen Frau H einerseits zwar eingeschränkt, andererseits aber auch in ihrer Entwicklung gefördert haben. Die mit der Lebenslage der Informantin einhergehenden Verlusterfahrungen sind tief greifend. Neben *materiellen Ressourcen* sind ihr auch *kognitive Fähigkeiten* sowie *intra- und extrafamiliäre Bindungen* verloren gegangen. Die Informantin selbst sagt dazu:

„Also, ich hab' alles verloren. Schlimmer kann's nicht werden. Und das zieht einen noch mehr 'runter – psychisch...“ Z. 99-100.

Subjektive Bearbeitung

Das *innere Erleben* von Frau H ist durch Albträume und *Angstgefühle* gekennzeichnet, die u. a. auch ihren Schlafrhythmus erheblich stören. Außerdem räumt sie ein, phasenweise unter Wahnvorstellungen gelitten zu haben. Nach *außen im Verhalten* zieht sich die Informantin daraufhin von einer Welt *zurück*, die ihre Sichtweisen und Interpretationsmuster nicht (mehr) versteht. Auch Tendenzen zur *Generalisierung* sind im Gespräch häufig, wenn Frau H zum Beispiel fragt: „[Man wird] immer *abgelehnt...*“ Z. 767. *Warum erlebe ich immer so was?*“ Z. 995 Außerdem gelingt es der sich zwangsweise prostituierenden Frau H später, ihre „Peiniger“ zu *täuschen*, indem sie die ihr in diesem Zusammenhang verabreichten Substanzen heimlich wegschüttet. Ferner blitzen im Interview *Ironie* und *Sarkasmus* auf, wenn die Informantin etwa über Ärztinnen und Ärzte als „*Götter in Weiß*“ Z. 767-768 spottet. Des Weiteren charakterisiert sie das öffentliche Verwaltungs- und Gesundheitssystem mit folgenden Worten:

„*Also ich... man kann ja von Behörden oder beziehungsweise... Institutionen... Gesundheitsbehörden oder psychiatrischen Dienst... Die sind sehr unausgebildet... Sehr... also, überhaupt nicht geschult für so was.*“ Z. 432-434

Hier zeigt sich die Tendenz zur *Abwertung* von Menschen und Institutionen, obwohl sich die Beziehungen der Informantin im Alltag hauptsächlich über Institutionen zu realisieren scheinen. Schließlich liefert das Gespräch auch Belege für *Gewalthandlungen* im Sinne von verbaler Aggression.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Zu einem *negativen Selbstbild* wie es u. a. die von der Informantin vorgenommenen Abwertungen nahe legen, tritt auf der *personellen Ebene* ein klar artikuliertes *fehlendes Vertrauen in Professionelle* hinzu. Ferner ist die *Angst vor Medikamenten* in ihrem Beispiel offensichtlich. Frau H schreibt diesen Substanzen eine krankmachende, schädliche Wirkung zu, wie es u. a. das folgende Zitat belegt: „...*und dann teilweise von Ärzten, die sich Götter in Weiß nennen, äh... Tabletten verabreicht bekommt, damit man ja schön ruhig ist und ja nicht über seine Probleme sprechen kann*“. Z. 767-769 Inwieweit sich ihre *materielle Armut* negativ auf die Inanspruchnahme formeller Hilfe auswirkt, bleibt offen. Dagegen zeigt dieses Beispiel deutlich den Zusammenhang zwischen der *Delegation von Eigenverantwortlichkeit* und dem (Nicht-)erhalt effektiver Unterstützung. Neben der obigen Selbstaussage, in der sich

die Informantin explizit als „Opfer“ beschreibt, wird diese Wahrnehmung auch implizit an Sätzen wie diesen deutlich: „*Ich [bin auch]... operiert worden.*“ Z. 393 oder „*...Mensch, die haben mich schon in Kliniken geschickt, ne?*“ Z. 435 Im ersten Zitat scheint die Art der fungierenden Mächte eher anonymen Natur, während im zweiten Beispiel andere Menschen über das eigene Schicksal entscheiden. In beiden Fällen handelt es sich jedenfalls um Konstruktionen von *Opfer*- anstelle von Täterschaft der eigenen Person. Bestimmte Sachverhalte werden als Widerfahrnisse dargestellt, anstatt ihnen Handlungsmöglichkeiten zuzuschreiben. Aus den Misshandlungen der Informantin resultieren darüber hinaus *andere gesundheitliche Probleme*, die sich ebenfalls nachteilig auf die Inanspruchnahme fachpsychiatrischer Hilfe auswirken könnten.

Auf *institutioneller Ebene* zeigt sich eine tief sitzende Überzeugung von der *Inkompetenz Professioneller*, etwa wenn Frau H den Gesprächseinstieg bereits mit dem Hinweis markiert, dass ihr „*schon oft falsche Diagnosen gestellt*“ Z. 37 worden seien. Auch beklagt sie, im Kontakt mit psychiatrischen Institutionen weder *wahr- noch ernst genommen* worden zu sein. Sie berichtet außerdem von *subjektiv empfundener Nicht-Hilfe*, wenn Fachleute z. B. Überforderung signalisieren und sie wieder wegschicken, nachdem Frau H ihre Geschichte erzählt hat. Ein weiteres institutionelles Hindernis stellen für die Informantin die *mangelnden Platzkapazitäten* dar, die dazu führen, dass der Wunsch nach einer Therapie mit langen Wartezeiten verbunden ist. So dauert es ihrer Aussage nach rund 1,5 Jahre, bis sie eine ambulante Psychotherapie beginnen kann. Die Therapeutin soll Frau H jedoch als so verstört und psychisch auffällig erlebt haben, dass sie eine weitere Zusammenarbeit schon bald darauf ablehnt. Die Informantin wiederum bestätigt dieses Verhalten in ihrer Wahrnehmung von Professionellen als fachlich inkompetent.

Neben der oben skizzierten „Ruhigstellung“ durch Medikamente berichtet sie über weitere *Diskriminierungserfahrungen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung* (im weiteren Sinne), wenn sie erzählt: „*Ich hab’ sehr viel... also, als ich 20 Jahre alt war sexuelle Zwangsprostitution erlebt unter Drogen, wo ich unter... Drogen gesetzt worden bin... gefügig gemacht worden bin und hab’ hinterher auch den Stempel draufgedrückt bekommen: drogensüchtig.*“ Z. 38-41 Entsprechend erlebt sie die medizinischen Helferinnen und Helfer als sehr vorurteilsbeladen. Hier vermischt sich die personelle mit der institutionellen und *gesellschaftlichen Ebene*.

Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

„[Wenn ich wieder solche Angstzustände bekommen würde], würd' ich... was Positives machen... Nur, es gibt nicht viel.“ Z. 783-787 Trotz dieser Einschätzung der Informantin lassen sich auch in ihrer Biografie einige Ressourcen ausmachen. Zunächst fällt Frau H dadurch auf, dass sie heute versucht, jedes und jeden für tatsächlich oder vermeintlich erlittenes Unrecht strafrechtlich zu belangen. Traumalogisch kann dieses Verhalten als Strategie gedeutet werden, diesmal die Überlegene zu sein und damit eine andere Erfahrung als früher zu machen, als Frau H aufgrund handfester Machtverhältnisse tatsächlich Opfer war. Diese *Reinszenierung* justizieller Interventionen geschieht höchstwahrscheinlich aus dem Bedürfnis heraus, den vormals traumatischen Erfahrungen einen anderen Ausgang zu geben und darüber in ein inneres Gleichgewicht zu kommen. Darum ist diese Strategie als *innere Ressource* zu werten, selbst wenn sie, da sie unbewusst und unreflektiert angewandt wird, kaum dazu geeignet ist, das Trauma aufzulösen. Außerdem bedient sich Frau H im Interview des *sozialen Vergleichs* mit Mitbewohnerinnen in der Übergangseinrichtung. Auch wenn deren Leid sie eher belastet statt die eigene Psyche zu stabilisieren, deutet diese Strategie doch auf gewisse empathische Fähigkeiten hin. Ferner ist die Informantin wenigstens ansatzweise in der Lage zu *kontextualisieren*, wenn sie etwa einräumt, dass ihre Einschätzung der professionellen Helferinnen und Helfer sich nur auf jene bezieht bzw. beziehen kann, die sie selbst kennen gelernt hat. Hinsichtlich der *äußeren Ressourcen* beeindruckt die Informantin mit der Fähigkeit, sich in Krisenzeiten *Unterstützung durch andere Menschen* zu sichern, etwa wenn sie sich über einen Betreuungsverein eine professionelle Bezugsperson organisiert. Auch ihre hartnäckige Suche nach einer geeigneten Therapeutin bzw. einem Therapeuten gehört in diese Kategorie. Dass sich Frau H in dem Bemühen um körperliche und seelische Wiederherstellung eigeninitiativ in ein Krankenhaus begeben hat, ist ferner als Akt der *Selbstfürsorge* zu werten, der in Anbetracht der damaligen brutalen Abhängigkeitsverhältnisse von einer enormen Willensstärke zeugt. Sie berichtet außerdem davon, dass ihr heute *Kunst, Natur* und *Sport* Kraft geben, um mit ihren Belastungen zurechtzukommen. Im Engagement im Naturschutz sieht sie eine „*sinnvolle*“ *Aufgabe* und kann sich vorstellen, sich später dieser Aufgabe zu widmen. Dazu erwägt Frau H einen *Wechsel der Umgebung*. Ihre Vorstellungen hierzu haben jedoch anstelle von Zielen eher den Charakter vager Wunschträume.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel gemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Der Entwicklungsraum der Informantin war von Kindheit an massiv eingeschränkt. Die Erfahrungen, die sie z. B. mit der Mutter aber auch mit anderen äußeren Interaktionspartnerinnen und -partnern machen musste, wurden häufig als aversive Erlebnisse in das kindliche Gedächtnis aufgenommen und wieder erinnert. Man kann sich unschwer vorstellen, dass auf der Basis solcher Verinnerlichungsvorgänge kein Gefühl von Vertrauen und Sicherheit entstehen konnte. Frau H erlebte sich vielmehr als ohnmächtig und hilflos, anstatt die Erfahrung von der Urheberschaft ihrer Handlungen zu machen. Ohne Zweifel hat dies ihrer Lebensgeschichte eine Prägung gegeben. Und dennoch gibt es immer auch Chancen für kompensatorische Einflüsse, in ihrem Beispiel vielleicht in Gestalt der Großeltern und möglicherweise des Ziehvaters. Entsprechend ist auch die Opferposition, die Frau H über weite Strecken im Gespräch einnimmt, nicht durchgängig, wie das folgende Zitat belegt: *„Dann [bin ich] eben halt... wieder... zur Schutz 'reingegangen“* [ins Krankenhaus] Z. 752-753. Hier bleibt die Handlungsinitiative bei der Erzählerin, die andern aktiv ihre Aufgaben zuweist [sie zu beschützen]. Betreuerinnen und Betreuern kommt in der Begleitung von Menschen in solchermaßen desolaten Übergangskrisen die Aufgabe zu, Phasen oder doch Momente im Leben ihrer Gegenüber zu identifizieren, in denen sie Akteure ihres eigenen Lebens waren. Dies könnte Frau H helfen, sich von ihrer vital-intentionalen Seite zu erleben und sie zu „alternativen Zukünften“ (Pfeifer-Schaupp, 1997: 159) anregen. Solche positiven Zukunftsbilder wirken sich über ihre Hoffnung vermittelnde Wirkung auch und gerade in der Gegenwart aus. Zum Interviewzeitpunkt fällt allerdings die große Mühe auf, die es die Informantin kostet, einen Satz zu Ende zu denken und zu artikulieren. Manchmal bricht sie auch mitten im Wort ab. Vermutlich herrscht in ihrem Kopf ein so großer Wirrwarr an Gedanken, dass, während sie sich verzweifelt bemüht, einen davon zu ordnen, sie schon der nächste überrollt. Dabei kreisen die Denkinhalte fortwährend um die eigene traumatische Historie. Angesichts solch großer Not geht es auf einer noch viel basaleren Ebene zunächst um die solidarische Begleitung jenseits von Änderung, Therapieerfolg oder gar Heilung. Helferinnen und Helfer müssen auch das Ausbleiben von Veränderung geduldig akzeptieren, ohne sich selbst dabei abgewertet zu fühlen. Manchmal, und auch das ist wichtig zu wissen, sind Veränderungen nur deshalb nicht beobachtbar,

weil sie sich prozesshaft in so kleinen Schritten vollziehen, dass sie zunächst wie ein Stillstand aussehen.

Frau H erlebt sich in ihrem Wunsch „...wieder auf die Füße zu kommen... wieder im Leben zu stehen...“ Z. 138-139 als völlig auf sich selbst zurückgeworfen. Auf eigene soziale Unterstützung kann sie dabei nicht zurückgreifen und auch ihre Selbsthilfepotenziale scheinen erschöpft bzw. reichen nicht aus. So muss sie auf institutionalisierte Hilfen bauen und gerät damit in ein Dilemma: Einerseits erwartet sie Unterstützung bei konkret erlebten und erlittenen Problemen, eben weil zu deren Bewältigung kein anderer Hilfepartner vorhanden ist, andererseits hat sie das Bedürfnis nach Unabhängigkeit und möchte dem Status der fruchtlos sich abmühenden Bittstellerin entgehen. Das Gespräch mit dieser Informantin zeigt deutlich, dass es ihr nur unter der Voraussetzung möglich ist, Hilfe anzunehmen, dass sie selbst die Kontrolle behalten kann und sich der oder die Helfende ihren Wünschen entsprechend verhält. Begleiterinnen und Begleiter obdachloser psychisch kranker Menschen müssen verstehen, dass solche Ambivalenzen kein Einzelfall sind, sondern ein unter den gegebenen Bedingungen schlüssiges Handeln darstellen. Sie sind also nicht Äußerungen von Böswilligkeit oder Renitenz, auch wenn sie zugleich eindeutiger Reaktionen bedürfen. Dies heißt wiederum nicht, dass Helfende nun endlos zeitliche und emotionale Ressourcen zur Verfügung stellen sollen, um zu beweisen, dass sie bessere Beraterinnen und Berater als alle anderen sind, die vorher scheiterten. Eine bloße Vermehrung von Zeit und Zuwendung ist sogar meist kontraproduktiv, da die Gefahr wächst, dass Helferinnen und Helfer ebenso wie ihre Gegenüber in einen Traumastrudel geraten und darüber resignieren. Im vorliegenden Beispiel scheint es daher besser, Frau H zunächst in zeitlich befristeten Einzelkontakten kontinuierlich dabei zu unterstützen, einen Gedanken zu Ende zu denken und bei einem Thema zu bleiben. Für ein Fortbildungskonzept, das sozialpsychiatrische und gemeinwesenorientierte Kompetenzen zusammenbringt, heißt das auf der Seite der Adressaten, dass erstens der Blick für das Normale und Gesunde in ihrer lebensgeschichtlichen Entwicklung geschärft wird und dass zweitens nach ihren Stärken bzw. gelungenen Problemlösestrategien gefragt wird. Auf der anderen Seite des Gemeinwesens sind neben den Betroffenen auch ihre soziale Umwelt, also die Nachbarn, möglicherweise Arbeitskollegen, Angehörige, Vermieter sowie verschiedene soziale Einrichtungen in den Blick zu nehmen. Dabei ist es wichtig, zwischen Gefühls- und Interaktionsproblemen im Gegensatz zu Sachproblemen (wie

Armut oder Wohnungs- und Arbeitslosigkeit) zu differenzieren und sich mit dem Gegenüber darüber zu verständigen, welcher „Problemtyp“ gerade bearbeitet wird. Die Varianten können sich allerdings auch mischen, wie gerade das Beispiel von Frau H anschaulich zeigt. Sie erzählt:

„Also, praktisch wurd’ ich dann noch mal... richtig noch mal wieder... eine drauf. Wieder Opfer gewesen... von irgendwelchen Tyrannisierungen... Ich würde angeblich laute Musik hören und... dauernd Polizei... Polizisten haben mich auch schon angegriffen... Körperverletzung verübt... Amtsmissbrauch... Meine Wohnung einfach aufgebrochen... Das findt’ ich... hab’ ich angezeigt... Weil’s auch um ’ne Körperverletzung ging... Ich hab’ ’n... Bluterguss bekommen... Ne? Und äh... Mittelfinger... Hab’ ’n Arztbericht vorgezeigt... Die Polizeianzeige liegt jetzt bei der Generalstaatsanwaltschaft.“ Z. 291-298

Die Konflikte mit den Nachbarn tragen im vorliegenden Beispiel wesentlich zum Verlust der Wohnung bei, das Sachproblem gewinnt also interaktionelle Bedeutung. Obwohl es der erste Wohnungsverlust der Informantin ist, scheint absehbar, dass die materielle Problemlage bestimmten Mustern folgt, so dass sich auch nach Beseitigung der Wohnungslosigkeit Unstimmigkeiten mit den Nachbarn mit hoher Wahrscheinlichkeit wiederholen. Im wertschätzenden Dialog zwischen obdachlosen, psychisch kranken Menschen und ihren Begleiterinnen und Begleitern können solche Zusammenhänge behutsam thematisiert werden. Beide Seiten haben so die Chance, einen neuen Rahmen für die Betrachtung eines Problems zu gewinnen und dieses aus einem jeweils anderen Blickwinkel zu sehen. Deshalb beziehen die in Kapitel 5 dargestellten Lernsituationen Menschen, die obdachlos und psychisch krank sind, konsequent mit ein. Ihre subjektiven Sichtweisen haben einen zentralen Stellenwert, indem sie zu Lernanlässen werden. Möglicherweise gelingt es Frau H, die mit vier Wochen erst kurze Zeit wohnungslos ist, im Dialog mit Außenstehenden allmählich, individuelle Muster zu erkennen und zu verändern, bevor sich solche Handlungsabfolgen verfestigen und sie in der Folge womöglich gezwungen wäre, ihre Persönlichkeit um eine „wohnungslose Identität“ herum zu organisieren. (Kuhlman, 1994) Begleiterinnen und Begleitern kommt dabei die Aufgabe zu, psychische Störungen und sozial auffälliges Verhalten zu entmystifizieren bzw. zu entpathologisieren und Verantwortung zurückzugeben, ohne dabei die gesellschaftlichen, materiellen und sozialen Dimensionen von Leiden aus den Augen zu verlieren.

Herr I:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Herr I ist zum Interviewzeitpunkt 36 Jahre alt. Er ist deutscher Nationalität und kommt ursprünglich aus dem Ruhrgebiet. Das Interview mit ihm erfolgt im März 2006 in einem Büroraum des Jakob Junker Hauses. Die Forscherin sitzt dabei hinter einem Schreibtisch, Herr I hat auf einem Stuhl davor Platz genommen. Das Aufnahmegerät liegt zwischen beiden auf dem Tisch. Es ist nicht der erste Aufenthalt des Informanten in dieser Einrichtung, und auch das „Platte machen“, also auf der Straße schlafen, kennt er aus eigener Erfahrung. Im Kontrast dazu beginnt seine Bildungsbiografie seinen Schilderungen nach viel versprechend. Herr I erzählt, dass er in der Grundschule der „Klassenprimus“ Z. 1214 und ausgesprochen lernbegierig gewesen sei. Ab dem achten Schuljahr hätten sich seine Leistungen stark verschlechtert, was vermutlich mit der Scheidung seiner Eltern und dem damit verbundenen Auseinanderbrechen seiner Herkunftsfamilie zusammenhängt. In der Folge leidet nach seinen Angaben die Motivation zum Lernen und dem Schulbesuch so erheblich, dass er das Gymnasium nach der 10. Klasse mit der knapp bestandenen Mittleren Reife verlässt. Im Anschluss daran jobbt Herr I zwei Jahre und leistet dann seinen Zivildienst ab, der zur damaligen Zeit noch fast zwei Jahre dauerte. Unmittelbar danach, so der Informant, habe er eine Ausbildung zum Bau- und Möbeltischler begonnen, die er mit Auszeichnung abgeschlossen habe. Es folgen zwei Jahre der Selbständigkeit in diesem Beruf, bevor er für weitere zwei Jahre eine Verkaufstätigkeit im Außendienst aufnimmt.

Zum „Absturz“ wie Herr I es selbst bezeichnet, kommt es, als er 1999 nachts auf dem Nachhauseweg von einer Feier von Unbekannten überfallen wird. Seinen Angaben zufolge trägt er als Folge dieses Verbrechens eine Schädelfraktur davon. Es kommt zu einem Kuraufenthalt an der See und auch danach bleibt Herr I die nächsten 1,5 Jahre an der Küste wohnhaft. Mittlerweile bezieht er Arbeitslosenhilfe und versucht, sich mit Gelegenheitsarbeiten über Wasser zu halten. An seine Berufsbiografie kann er nach dem Überfall nicht wieder anknüpfen. Im Jahre 2001 zieht er schließlich nach Hamburg. Herr I sagt von sich: „...Also, ich hatte nie irgendwelche psychischen Probleme, bis dieser Überfall kam...“ Z. 1193-1194. Und fährt fort: „Und ganz... im Gegensatz dazu bin ich jetzt irgendwie zu einem... zu einem... Mitglied oder zu einem Nicht-Mitglied der Gesellschaft geworden, mit dem jedes Amt irgendwie umspringen kann, wie's grade selber will... Und das... setzt mir so unheimlich zu...“ Z. 376-379.

In das Jahr des Ortswechsels nach Hamburg fällt dann auch sein Erstkontakt mit der Psychiatrie. Er schildert es so, dass ihm Freunde geraten hätten, Hilfe zu suchen und er sich daraufhin freiwillig an die psychiatrische Abteilung eines Hamburger Krankenhauses gewandt habe. Die Umstände, die dazu geführt haben und sein psychisches Erleben in dieser Situation beschreibt Herr I folgendermaßen:

„...Als meine... Freundin... meine damalige Freundin schwanger wurde, hab' ich meinen Vater angerufen, um ihn davon in Kenntnis zu setzen, dass er Großvater wird, und da sagte er, dass ich jetzt alt genug wäre, die volle Wahrheit zu erfahren und eröffnete mir, dass mein... deutscher Großvater einer der fünfzehn wichtigsten Männer um Adolf Hitler war...“ Z. 47-51. An anderer Stelle erklärt Herr I genauer: *„...Mein Vater [ist] halt 'n sehr orthodoxer Jude, dessen Eltern auch selber im KZ waren... Und das war so 'ne grenzwertige Belastung...“* Z. 27-30. *„Und ich bin dann über mehrere Monate durch sämtliche Archive in Hamburg und Berlin getigert, um so viele Informationen wie möglich zu kriegen und bin dann einfach... Ich konnte das nicht verarbeiten und war damit völlig überlastet...“* Z. 56-59. *„Ich war total außer mir... Also... das... das... ging mir alles... Als wär' ich selber der Nazi gewesen... Und die ganzen Greueln mir zu nahe... So hab' ich das alles durchlebt...“* Z. 676-678.

Herr I verliert seine Wohnung und ist seitdem in diversen Formen institutionell untergebracht. So war er eigenen Angaben zufolge in den letzten 5 Jahren seit dem Erstkontakt fünf bis sechsmal in stationär-psychiatrischer Krankenhausbehandlung und lebte versuchsweise in mindestens zwei Rehabilitationseinrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, wovon sich eine der Behandlung der Doppeldiagnosen „Psychose und Sucht“ widmet. Seinen zum Interviewzeitpunkt dreieinhalbjährigen Sohn, mit dem seine Ex-Partnerin damals schwanger war, hat er über ein Jahr nicht mehr gesehen. Auch zur Mutter des Kindes bestehe aktuell kein Kontakt. Im Gespräch berichtet Herr I indes von einer guten Bekannten, die ihn sehr unterstütze. Nach einer Selbstbeschreibung gefragt antwortet er: *“...als ein...verfettetes Raubüberfallopfer. (Lacht) Verrentet und... ein wenig langsam... Die fette Schnecke...“* Z. 1267-1268.

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

In der Biografie von Herrn I zeigt sich eine Kette von sehr belastenden Lebensereignissen. Dabei kann der auf ihn verübte Raubüberfall als traumatisches Erlebnis gelten, in dessen Folge nach seinen Angaben erst die psychischen Probleme begannen. Später muss er sich mit einer Familienhistorie auseinandersetzen, bei der der Vater ein strenggläubiger Jude, der Großvater hingegen ein ranghoher Nazi gewesen sein soll. Der Informant ist mit alledem massiv überfordert, und sein Seelenleben rebelliert. In der Folge verkauft er, der im Gespräch seinen vormals guten finanziellen Status betont „...*alles was er hat...*“ Z. 197 und verliert darüber hinaus sämtliche sozialen Kontakte. Er trennt sich von seiner Partnerin, die den Kontakt zu seinem Sohn mit Geldforderungen verbunden haben soll. Zu diesen extremen *Verlusterfahrungen materieller und zwischenmenschlicher Art* treten auf der *kognitiven Ebene* Konzentrationsstörungen hinzu. Im weiteren Verlauf kommt es immer wieder zu psychotischen Krisen, die letzte dieser Art erlebte er nach seiner Wahrnehmung im Jahr 2005.

Subjektive Bearbeitung

Neben dem Eindruck *des Nicht-mehr-bei-sich-Seins* schildert Herr I auch Gefühle von Wut und Verzweiflung. Außerdem werden im Interview *Verfolgungsideen* deutlich, wenn Herr I erzählt, dass er sich von der französischen Fremdenlegion beobachtet gefühlt habe. Was er in diesen Psychosen erlebt, beschreibt der Informant wie folgt: „*Während dieser Psychosen fühl' ich mich dann wie äh... ein Generalmajor im Dritten Weltkrieg, der auf Psychologie beruht und... gegen Terrorismus geht. Und ich versuche da halt irgendwie... äh... zwischen all diesen äh... Leuten zu verhandeln und irgendwie mich zu bewegen... Und je gefährlicher da die Leute sind, mit denen ich äh... zu tun habe, umso entspannter bin ich...*“ Z. 312-317.

Auffällig ist der militärische Charakter dieser Erlebensweisen, der wahrscheinlich eng mit der Reflexion seiner Familienhistorie zusammenhängt. Welches *Verhalten* zeigt Herr I vor diesem Hintergrund? Seine Schilderungen deuten auf ein verändertes Selbst- und Realitätserleben hin. Das Ich-Selbst-Erleben bzw. Ich-Selbst-Gefühl zieht sich vom eigenen Körper und der Wirklichkeit überhaupt zurück. Einige dieser

Phänomene werden als Depersonalisation und Derealisation oder auch als *dissoziative Erlebensweisen* bezeichnet. Der Informant selbst drückt es so aus: „...*ich war total außer mir...*“ Z. 676. Auch an anderer Stelle im Interview bedient er sich der Dissoziation, als er sich mit der Tatsache konfrontiert sieht, dass er seine letzte Wohnung deshalb verlor, weil er dort randaliert hat. Diesen mit solchen *destruktiven Handlungen* einhergehenden Kontrollverlust spaltet er ab und sagt: „...*Ich war das überhaupt nicht...*“ Z. 984-985. Teilweise bekennt sich Herr I allerdings auch zu Sachbeschädigungen, resultierend aus Wut und Verzweiflung als Teilen seines psychischen Erlebens. Seine somatischen Beschwerden in Form von anhaltenden Kopfschmerzen „behandelt“ er mit Cannabis. Er *bagatellisiert* diesen Konsum und *leugnet* jeden Zusammenhang mit seinen psychischen Problemen. Außerdem zeigen sich im Gespräch die Tendenz zur *Generalisierung* wie sie in seiner Wahrnehmung zum Ausdruck kommt, dass ihm „...*keiner hilft...*“ Z. 416.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Mit dem letztgenannten Zitat ist ein Aspekt auf der *personellen Ebene* genannt, der es Herrn I vermutlich schwer macht, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Er neigt zur *Delegation von Eigenverantwortlichkeit* an andere Personen oder Institutionen. Dieses Vorgehen begünstigt ein Erleben von sich selbst als Opfer, infolgedessen Herr I mehrfach z. B. frühere Vorgesetzte oder seinen gesetzlichen Betreuer für eigene Misserfolge verantwortlich macht. Auch sein Selbstbild wird man eingedenk seiner unter 1.1. zitierten Aussage über sich selbst als negativ bezeichnen müssen, was nachteilig auf die Inanspruchnahme von Hilfe zurückwirken kann. Es ist zu vermuten, dass auch der Faktor *materielle Armut* diesen Effekt hat, da er das Fehlen finanzieller Ressourcen mit einer drastischen Reduzierung von Chancen assoziiert und als einen Stressfaktor bezeichnet. Auch sein *Gebrauch von Suchtmitteln* im Zusammenhang mit *anderen gesundheitlichen Problemen* könnte sich ungünstig auf die Effektivität psychiatrischer Hilfe auswirken.

Auf der *institutionellen Ebene* wird im Interview ebenfalls eine ganze Anzahl von Hürden offensichtlich. Herr I beschreibt es so:

“...*Die Leute [decken] alle nur 'n kleinen Teilbereich ihres Kuchens [ab]. Und keiner... also, die wenigsten haben den großen Überblick und sind dann in der Lage tatsächlich äh... weiterzuhelfen*“. Z. 535-537 An anderer Stelle ergänzt er:“... *Und die*

Diagnose, die wurde innerhalb immer von fünf bis... bis fünfzehn Minuten gestellt... Und ohne dass ich selber zu Wort kam... Man... fachsimpelte unter sich und verordnete diese Medikamente, und ich hatte keine Möglichkeit, diesen Medikamenten auszuweichen. Da ich ja zwangsmäßig eingewiesen war... “ Z. 97-101.

In diesen Worten klingt eine *Professionellen unterstellte Inkompetenz* an, sowie der Eindruck, von diesen *nicht adäquat wahrgenommen* worden zu sein. Außerdem vertritt Herr I die Auffassung, verschiedene Vertreterinnen und Vertreter von Institutionen hätten sich an ihm *bereichert*. Dazu kommt, dass er seiner Meinung nach zu Beginn des Kontaktes mit der Psychiatrie falsch diagnostiziert worden sei und man ihm in der Folge Medikamente verabreicht habe, die sein Psychoseerleben verschlimmert hätten. Er empfindet also das *professionell-psychiatrische Handeln* zeitweise nicht nur als *nutzlos*, sondern sogar als schädlich. Auch weist das obige Zitat auf die in der geschilderten Situation *nicht gegebene Entscheidungsfreiheit zur Inanspruchnahme von Hilfe* hin sowie auf die im institutionellen Rahmen häufig *fehlenden Zeitkapazitäten*. Hinsichtlich *anderer unflexibler institutioneller Praktiken* eine weitere Äußerung von Herrn I:

„...hatt’ ich eine Bezugstherapeutin, deren Lieblingsspruch war: (klatscht in die Hände) (spricht mit hoher Kinderstimme) ’Ja, fein, Herr I. Sie haben sich eine Tageszeitung gekauft, damit Sie kucken können, ob eine Wohnung frei ist... Wie? Sie wollen telefonieren? Das geht nicht. Gehen Sie mal in die Telefonzelle... “ Z. 1301-1307.

Auf der *gesellschaftlichen Ebene* liefert das Gespräch Belege für eine Diskriminierung des Informanten aufgrund seiner psychischen Erkrankung, etwa dann, wenn dieser vom Verlust eigener Entscheidungskompetenz berichtet, da es einen gesetzlichen Betreuer gibt, oder wenn ihm aufgrund seiner psychischen Verfassung beim Familiengericht wenig Hoffnung auf das Erreichen eines Besuchsrechts für seinen Sohn gemacht wird.

Auf lebensgeschichtlich entwickelten Stärken basierende Bewältigung

Herr I verfügt, um es salutogenetisch auszudrücken, über viele gesunde Anteile. Hinsichtlich seiner *inneren Ressourcen* lassen sich folgende Stärken identifizieren, die er zur Bewältigung seiner Situation einsetzt: Er bedient sich beispielsweise der Strategie der *Um- und Neubewertung* von Ereignissen (reframe). Diese hängt für ihn

offenbar eng mit *Spiritualität* zusammen, wie es in folgendem Zitat zum Ausdruck kommt:

„...*Und es geht auch um die Verbindung mit Gott und der... die Spiritualität... Die ist mir doch in den letzten Jahren... während dieser ganzen Psychosen und auch dazwischen doch mehr und mehr ans Herz gewichen... Und auch... Seit dem Überfall seh' ich das Leben aus einem anderen... also, seh' ich das irgendwo wie ein Geschenk, das Leben, wo ich jetzt erst mal im Prinzip durch die Hölle muss, bis ich... (lacht) bis ich in meinem privaten Himmel ankomme...*“ Z. 1373-1378.

Ferner zieht Herr I *soziale Vergleiche* und ist in der Lage, zu *kontextualisieren*, d. h. er vermag komplexe Situationen aus unterschiedlichen Perspektiven zu erinnern und diese in einen Gesamtkontext einzuordnen. Außerdem beeindruckt er durch seinen *Humor*, der an vielen Stellen im Gespräch aufblitzt. So beantwortet er die Frage, was er tun würde, wenn er merken würde, dass es ihm wieder schlechter ginge, folgendermaßen:

„...*Ja, dann würd' ich mich schon sehr wundern bei der Dosis an Medikamenten, die ich jetzt zurzeit bekomme (lacht)...*“ Z. 830. „*Also, wenn das nicht hilft, (lacht lauter) dann...*“ Z. 835 „*dann muss ich in Zoo... Als wilder Mann...*“ Z. 854; 858.

Außer dem hier anklingenden Rückgriff auf *Medikamente* als *äußerer Ressource*, nennt Herr I die *Kommunikation* mit anderen Menschen bzw. die *Unterstützung durch Freunde* als eine wesentliche Stütze im Umgang mit seiner Erkrankung. Indem er beispielsweise viele *Informationen* über die für ihn relevanten Sachverhalte zusammenträgt, setzt sich der Informant eingehend mit seiner Krankheit auseinander. Ein weiteres Mittel, das ihm hilft, sich mit seinen Einschränkungen zu arrangieren, sind für ihn *Tiere* und *Natur*. Entsprechend verspricht er sich zum Interviewzeitpunkt von einem *Wechsel der Umgebung* aufs Land eine positive Veränderung seiner Situation. Diese Strategie hat Herr I in psychischen Belastungsphasen wiederholt angewendet.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel gemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Herr I ist in vieler Hinsicht ein willkommener Gesprächspartner. Er weiß interessant und lebendig zu berichten, kann charmant sein und verfügt über ausgesprochen gute rhetorische Fähigkeiten. Sein Humor kann als probates Mittel angesehen werden, sich

zu Traurigem und Schwierigem in seiner Biografie Abstand zu verschaffen. Nicht zuletzt sagen seine witzigen und teilweise bissigen Bemerkungen auch viel über seine ausgeprägten intellektuellen Kompetenzen und sein beachtliches Allgemeinwissen aus. Im Interview war er in der Lage, komplexe Sachverhalte zu erinnern und äußerst differenziert wiederzugeben. So unterscheidet er beispielsweise zwischen der Begleitung durch eine Psychologin, von der er sehr profitieren konnte, und der Einrichtung, in der diese Frau tätig war, die Herr I als Ganzes nicht als unterstützend erlebt hat. An diesem Beispiel lässt sich eine Vorgehensweise verdeutlichen, die die Lebensgeschichtlichkeit von Menschen, die psychisch krank und obdachlos sind, würdigt und sich nicht damit begnügt, psychische Auffälligkeiten als pathologisch abzutun. Die Schilderungen des Informanten legen nahe, dass diese Psychologin einen Zusammenhang herstellen konnte zwischen einem als Trauma gespeicherten Ereignis und den aktuell auftretenden psychischen Problemen. Mit anderen Worten, sie deutet seine psychischen Vorgänge nicht als unnormale oder verrückte, sondern als normale körperliche Reaktionen aufgrund einer früheren traumatischen Situationskonstellation. Herr I selbst meint dazu: „...*der einzige Lichtblick war die Psychologin, die dann... gesagt hat:*Z. 1337-1338 *’...Sie haben [ein] psychotisches Kapitel erlebt... Das könnte durchaus entstehen...’ Mit dem Überfall und dem Dauerstress würde die Chemie im Gehirn sich umstellen... Das hat mich einigermaßen beruhigt.“* Z. 1341-1344

Der hier verwendete Ausdruck des „psychotischen Kapitels“ ist im Gegensatz zum starren Psychosebegriff eine weiche Formulierung. Sie impliziert Lebendigkeit und Weite und betont den dynamischen Charakter psychischer Erkrankungen. Für Herrn I könnte dies zweierlei heißen: Jede psychische Krise hat auch einmal ein Ende und niemand ist als Randständiger unverrückbar am gefährdeten Tellerrand der Gesellschaft festgesetzt. Dass ihn solche Aussichten beruhigen und zu seiner Stabilität beitragen, scheint unbedingt nachvollziehbar. Herr I ist darüber hinaus eine Persönlichkeit, die die Fähigkeit besitzt, Dinge zu hinterfragen und zu überprüfen, anstatt medizinischen Anweisungen blindlings und autoritätshörig zu folgen. Entsprechend kritisiert er an anderer Stelle das psychiatrische Hilfesystem mit folgenden Worten:

„...*Was ich mit dem Glaubenshof verbinde, ist ’ne Zeit, wo ich... mit Leuten bin, die...“*Z. 1391-1393 *„, nicht irgendwie... scharf darauf sind, sich irgendwie zu profilieren oder sich selber in dieser ganzen Psychiatrie und äh... Bürokratie dann*

irgendwie weiter hochzuarbeiten... Und dann völlig frustriert sind, weil sie seit 20 oder zehn Jahren an einem Platz... auf ein und derselben Stelle treten und selber merken, dass sie da einfach nicht viel bewegen können, sondern das ganze System doch sehr dagegen ist, und dass dann ihre Motivation total hängt...“ Z. 1397-1406.

Die Wahrnehmung des Informanten, Menschen wie er könnten für die Selbstprofilierung Professioneller funktionalisiert werden, mag in Teilen als Projektion seiner Psyche gelten. Die Frustration darüber, so wenig bewirken zu können, ist für viele Praktikerinnen und Praktiker in pädagogischen Arbeitszusammenhängen hingegen Realität und als objektivierbare Tatsache von der subjektiven Wahrnehmungsebene der Gesprächspartner zu trennen. Umso entscheidender kommt es für Begleiterinnen und Begleiter von Menschen, die psychisch krank und obdachlos sind darauf an, an der eigenen Haltung zu arbeiten. Dieser Aspekt hat daher für die in Kapitel 5 entworfenen Lernsituationen einen übergeordneten Stellenwert.

Herr I artikuliert in der Interviewsituation deutlich ein Bedürfnis nach Gesprächen und das Anliegen, Dinge therapeutisch aufzuarbeiten und abzuschließen. Dabei zeigt sich der tiefe Wunsch nach Seelenfrieden. In diesem Zusammenhang stehen die spirituelle und die Sehnsucht nach materieller Entschädigung nebeneinander. Hier hofft Herr I auf rückwirkend zu gewährende Zahlungen nach dem Opferentschädigungsgesetz, das, wie er anerkennt, so nur in Deutschland existiert. Auch dieser Aspekt kann als Bedürfnis der Seele gedeutet werden, etwas aufzuarbeiten und abzuschließen. Dazu ein letztes Mal Herr I:

„...das ist für mich sternenklar... Wenn für mich endlich dieser Anspruch durch ist, dass ich meine monatliche Leistung... erhalte... und eine Rückzahlung... Ich also keine Schulden mehr habe... Äh... vernünftig Geld zur Verfügung hab'... meinen Sohn sehen kann... Dann bin ich völlig rehabilitiert und kann mich mit meinen Einschränkungen wesentlich besser arrangieren als jetzt...“ Z. 1379-1385.

Auch das Interview mit diesem Informanten ist ein Beispiel dafür, dass bestimmte in der Biografie aufgetretenen Konstellationen zu Einbrüchen im eigenen Lebenskonzept bzw. dem Scheitern von vormals anvisierten Lebensentwürfen geführt haben. In diesem Fall stellen sich die Einbrüche im Spannungsfeld von sehr guten Leistungen und Phasen, in denen kaum noch etwas geht, als besonders extrem dar. Solche

Extreme zu leben kann wiederum zu Spannungszuständen führen. Das von Herrn I gezeigte Durchhaltevermögen, mit dem er sich Herausforderungen stellt, ist hingegen beachtlich und zeugt von großer Energie. Dabei ist er sich seiner Fähigkeiten und dessen, was er bereits geleistet hat, bewusst. Allein diese Tatsache stellt eine enorme Ressource dar, die es bewusstzumachen gilt. Im Anschluss daran kann dann an einer konstruktiven Nutzung dieser Stärken und Fähigkeiten gearbeitet werden. Dazu gehört im Falle des Informanten auch das Aufmerksam-Machen auf Widersprüche, wie sie bei ihm im gesprochenen Wort und im Verhalten zum Ausdruck kommen. So betont er einerseits die Wichtigkeit von Psychopharmaka, lehnt diese andererseits aber stark ab. In ähnlicher Weise äußert er zwar den dringenden Wunsch nach therapeutischer Hilfe, sabotiert aber diese Anstrengungen durch den Konsum von Suchtmitteln. Ganz pragmatisch könnte eine Form der Unterstützung sein, ihm zu helfen, seinen Anspruch auf Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz zu prüfen und durchzusetzen. Davon unabhängig sollte gemeinsam mit ihm eine sinnvolle Tätigkeit gesucht werden, die ihn weder über- noch unterfordert. Hier wäre an eine Beschäftigung im handwerklichen Bereich zu denken, denn dort hat er sich beeindruckende Qualifikationen erworben, die es auszudrücken und aufrechtzuerhalten gilt. Im Idealfall wäre es Herrn I durch ein solches Vorgehen möglich, aus einer einengenden in eine zunehmend befähigende soziale Nische zu wechseln und damit beträchtlich an Selbstwertgefühl sowie Lebenszufriedenheit allgemein zu gewinnen.

Frau J:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Das Interview mit Frau J kommt im dritten Anlauf im „Frauenzimmer“ zustande, nachdem sie vorher anberaumte Treffen zweimal jeweils kurzfristig abgesagt hatte, da es ihr nicht gut gehe. Als die Interviewerin Frau J schließlich ein drittes Mal besucht, beschreibt diese sich als „ausgeglichen“ betont aber, dass sich ihre Befindlichkeit binnen Stunden, ja Minuten ändern könne. Das Gespräch findet in einem der Aufenthaltsräume der Einrichtung statt, wo sich Forscherin und Informantin gegenüber sitzen, das Aufnahmegerät zwischen sich auf dem Tisch. Frau J wirkt recht gepflegt, zugewandt und im Kontakt sehr kooperativ.

Offenbar war die Informantin zwar ein ungeplantes, aber zumindest von ihrer Mutter gewolltes Kind. Der Vater hingegen hatte Frau J zufolge ein starkes Interesse daran, dass seine Intimbeziehung zu einer Frau nicht in eine Vaterschaft mündet. Er soll der

Mutter sogar eine hohe Geldsumme geboten haben, um sie zu einer Abtreibung zu bewegen. Frau J schildert ihren Vater, von dem sie konsequent nur als „*Erzeuger*“ Z. 702 spricht, als „*strengen Katholiken*“. Z. 708 Möglicherweise meint sie damit einen katholischen Geistlichen, was eine Erklärung für die starke Ablehnung seiner Tochter sein könnte. Die Mutter erzieht in der Folge das Mädchen alleine, erst als sie 18 Jahre alt ist, nimmt sie mit ihrem Vater zunächst telefonischen Kontakt auf. Ein nachfolgendes Treffen verläuft aus der Sicht von Frau J höchst unbefriedigend und mittlerweile ist der Kontakt völlig abgebrochen. Auch die Mutter kostet die Entscheidung für das Kind offenbar die Beziehung zum Vater. Dass dies aus mütterlicher Sicht dem Scheitern eines vormals anvisierten Lebensentwurfs gleichkommt, nimmt Frau J später deutlich wahr, wenn sie sagt: „*Ich hab’ immer gedacht, ich steh’ meiner Mutter im Weg...*“ Z. 712. Trotz dieser Startbedingungen sind ihre Grundschuljahre durch überdurchschnittlich gute Schulleistungen gekennzeichnet. Die Informantin erhält daraufhin eine Gymnasialempfehlung. Ihre Teenagerjahre beschreibt Frau J als eine Zeit, in der ihr durch verschiedene Personen Gewalt angetan worden sei. Auf Nachfrage macht sie im Gespräch jedoch deutlich, darauf nicht näher eingehen zu wollen, wobei sie betont, dass die Verursacher nicht aus der eigenen Familie gekommen seien. Auf dem Gymnasium lassen die Motivation zu lernen und mithin ihre Schulleistungen rapide nach. Frau J zeigt sozial unangepasstes Verhalten und es treten Konzentrationsstörungen auf. Auch das Hinzuziehen eines Schulpsychologen kann keine Veränderung der Situation bewirken. Die Informantin muss zunächst eine Gymnasialklasse wiederholen, bevor sie auf die Realschule wechselt. Auch dort kommt es zu Konflikten mit den Lehrenden, die schließlich zu einem Verweis auf die Hauptschule führen. Im Anschluss daran wechselt Frau J in rascher Folge noch mindestens fünfmal die Schule. Ihre Rebellion drückt sich neben teilweise mehrmonatigen Phasen des Schulabsentismus auch im Konsum von illegalen Suchtmitteln aus. Zu diesem Zeitpunkt ist Frau J 14 oder 15 Jahre alt. Schließlich schafft sie in einem vom Arbeitsamt geförderten Schulabschlussprojekt doch noch ihren Hauptschulabschluss, eine Option, die sie deutlich als „*letzte Chance*“ Z. 628 wahrnimmt. Mittlerweile 18 Jahre alt, hat Frau J entsprechend ihrer eher unangepassten Art den Berufswunsch, Kfz-Mechanikerin zu werden. Ihr Engagement bei der Lehrstellensuche bleibt aber ohne Erfolg, was die Informantin auf ihr weibliches Geschlecht zurückführt. Sie bewirbt sich daraufhin ohne innere Überzeugung bei der Post und beginnt eine Lehre, die sie im zweiten

Lehrjahr abbricht. Eine zweite Ausbildung zu beginnen wird nicht in Betracht gezogen, stattdessen kommt es nur noch zu diversen meist kurzfristigen Arbeitseinsätzen bei Zeitarbeitsfirmen. Während Frau J die Einbrüche in ihrer Bildungs- und Berufsbiografie nicht mit den (Gewalt-)Erfahrungen aus ihrer Teenagerzeit in Verbindung bringen kann, ist sie aus der heutigen Erkenntnisperspektive durchaus in der Lage, diese mit ihrem zum damaligen Zeitpunkt prominenten Suchtmittelkonsum zu assoziieren. Im Erwachsenenalter beschränkt sich dieser offenbar auf die legalen Substanzen Tabletten und Alkohol, wohingegen der Gebrauch illegaler Suchtmittel wie Haschisch und LSD den Charakter des passageren postpubertären Experimentierens gehabt haben dürfte. Im Alter von 22 Jahren wird Frau J schwanger, worauf die Beziehung zu ihrem Partner zerbricht. Da sie in dessen Wohnung lebt, wird sie damit gleichzeitig zum ersten Mal obdachlos. Die Zeit der Schwangerschaft verbringt sie anschließend in einer Notunterkunft für Frauen, bevor sie mit ihrem Kind in eine eigene Wohnung zieht. Dort lebt sie immerhin 8 Jahre lang, bevor sie diese aufgibt, um mit einem neuen Partner zusammenzuziehen. Dieser Mann entpuppt sich als massiv gewalttätig, so dass Frau J schon nach kurzer Zeit ins Frauenhaus flieht. Von dort zieht sie noch einmal in eine eigene Wohnung, die sie schließlich selbst kündigt, als sie sich zu einer Suchttherapie mit anschließender Nachsorge in einem anderen Bundesland entschließt. Frau J möchte mit diesem Ortswechsel einen Neuanfang machen, bekommt aber Heimweh und kehrt schließlich nach Hamburg zurück. Seitdem ist es ihr nicht wieder gelungen, eine eigene Wohnung zu finden. Ihre mittlerweile dreizehn Jahre alte Tochter lebt im Einvernehmen mit allen Beteiligten beim Bruder und der Schwägerin der Informantin. Der Kontakt zu ihr ist Frau J zufolge unregelmäßig. Außer zu diesen wichtigen Bezugspersonen hat sie nur einen einzigen guten Freund. Frau J ist langzeitarbeitslos seit 1992 und lebt von Arbeitslosengeld II. Ihre Selbstwahrnehmung ist die einer „viel benutzten“ Z. 1373 unverständenen Außenseiterin.

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

Ob die *Lebensgefahr*, in der sich Frau J als Embryo durch die vom Vater geforderte Abtreibung befindet, bereits die Qualität eines Traumas hat, ist unklar. Dagegen sind ihre *Gewalterfahrungen* in der Jugend, obwohl von der Informantin nicht näher

spezifiziert, mit großer Wahrscheinlichkeit traumatisch verarbeitet worden. Dafür sprechen einerseits die von ihr geschilderten Gefühle des Benutztwerdens und des Ekels vor sich selbst, der sich bei ihr bis zum Selbsthass steigert. Andererseits ist die Tatsache, dass sie später als Jungerwachsene erneut eine Partnerschaft mit einem Mann eingeht, der sie massiv misshandelt, als ein Hinweis in diese Richtung zu werten. Hier manifestiert sich eine Neigung Betroffener, sich wiederholt Situationen „negativer Intimität“ auszusetzen, wie sie durch Vergewaltigung und tätliche Bedrohung entstehen, eine Neigung, die für solchermaßen Traumatisierte charakteristisch ist. Die Verlusterfahrungen betreffen bei Frau J alle drei der ermittelten Ebenen: *Materiell* zeigen sie sich durch den (wiederholten) Verlust von Wohnung und Arbeit. Die *kognitiv-emotionalen* Verluste äußern sich hier einerseits in Form von Konzentrationsstörungen und andererseits in der Beziehung zu ihrer Tochter. Frau J sagt dazu: „... *Da* [in der Obhut von Bruder und Schwägerin] *wird sie auch richtig geliebt und hat... diese Geborgenheit und alles... Was ich ihr nie hätte geben können...*“ Z. 109-110. Mit diesen emotionalen Defiziten gehen schließlich auch Verlusterfahrungen auf der *zwischenmenschlichen* Ebene einher. Frau J kann nicht nur nicht für ihr eigenes Kind sorgen, sie verliert auch den Kontakt zu Freunden und zu Menschen allgemein, da sie sich in psychischen Belastungsphasen auch nicht nach draußen traut. Sie selbst drückt es folgendermaßen aus:
„...*durch diese Angst- und Panikattacken ist viel eingebrochen... Eben, dass ich mich viel zurückziehe... Dass ich gar keinen... Freundeskreis richtig aufbauen kann.*“ Z. 327-328

Subjektive Bearbeitung

Neben eher *unspezifischen Angst- und Panikgefühlen* schildert die Informantin Gefühle von „*innerer Zerrissenheit*“ Z. 150 und „*totaler Leere*“. Z. 150-151 Außerdem erlebt sie sich *unter Druck. Nach außen im Verhalten* kann ihre Weigerung, die erlittene Gewalt näher zu spezifizieren, als eine Vermeidungsstrategie interpretiert werden, um den damals empfundenen Schmerz nicht erneut spüren zu müssen. Auch *verheimlicht* sie zunächst ihrem sozialen Nahfeld gegenüber ihren Zustand aus Angst vor Ablehnung. Als das Konglomerat an Belastungen resultierend aus psychischer Erkrankung, Verlust der Partnerbeziehung und Geldproblemen zu groß wird, *läuft* Frau J außerdem zunächst *weg*. Auch der einige Jahre zuvor praktizierte Schulabsentismus kann diesem Verhalten zugeordnet werden. Außerdem *zieht sie sich*

zurück und schottet sich ab. Sie sagt dazu: „...*Ich hab' abgeblockt...*“ Z. 437. „*Also, es kam keiner an mich 'ran.*“ Z. 442 Frau J gebraucht in diesem Zusammenhang das Bild vom Errichten einer Mauer. Darüber hinaus bearbeitet sie ihre psychischen Belastungen durch den *Gebrauch von Suchtmitteln* und *Gewalthandlungen* an sich selbst in Form von mehreren Suizidversuchen.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Einen in der eigenen Person liegenden Widerstand zur Inanspruchnahme formeller Hilfe benennt Frau J mit folgenden Worten: „*Ich habe mich selber gehasst... Und zwar... geballte Ladung.*“ Z. 677-678 Diese extremste Form eines *negativen Selbstbildes* besteht auch zum Interviewzeitpunkt fort. Ebenso geschilderte Phasen von Selbstakzeptanz waren ihr zufolge immer nur kurz und flüchtig. Ferner kann ihre *Suchtanamnese* als ein Faktor dafür gelten, fachpsychiatrische Hilfe erst im Sinne einer „ultima ratio“ nachzufragen. Im vorliegenden Beispiel geschieht dies erst, als Frau J schon so überfordert ist, dass sie daran denkt, sich das Leben zu nehmen und gleichzeitig drängende Entscheidungen zum Wohl ihres Kindes anstehen. Ob die darüber hinaus bestehende *materielle Armut* ebenfalls die Inanspruchnahme professioneller Hilfe verzögert, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Sicher ist aber, dass sie sich nachteilig auf die Bewältigungsmöglichkeiten der Informantin auswirkt. Als weiteren Faktor, der die Nachfrage nach fachpsychiatrischer Hilfe erschwert, nennt Frau J das *Nicht-Verstehen ihrer psychischen Erkrankung*. Außerdem schildert sie *andere gesundheitliche Probleme*, die mit chronischen Schmerzen verbunden sind, die ihrerseits negativ auf die Psyche zurückwirken.

Aus der heutigen Erkenntnisperspektive wertet Frau J die (stationär) psychiatrischen Aufenthalte als einen wesentlich stützenden Faktor bei dem Versuch, mit ihrer Erkrankung zurechtzukommen. Dennoch existieren auch in ihrem Beispiel eine ganze Reihe von Widerständen, die auf der *institutionellen Ebene* den Erhalt effektiver Hilfe zur Behandlung ihrer Störungen erschweren. So wehrt sie sich zunächst gegen die Diagnose der Behandler als Borderline-Patientin, die sie als Labelling und Ausdruck *professioneller Inkompetenz* empfindet. Sie beklagt außerdem die Erfahrung von *mangelnder Eindeutigkeit von Professionellen*, wenn etwa ihr niedergelassener Arzt Medikamente verbietet, die ihr im stationären Kontext verordnet worden sein sollen. Im Weiteren benennt Frau J die im institutionellen Rahmen häufig *fehlenden Platzkapazitäten*, die in ihrem Fall eine lange Wartezeit bedeuten, bis eine ambulante

Verhaltenstherapie begonnen werden kann. Auch auf *andere unflexible institutionelle Praktiken* liefert das Gespräch einen Hinweis, wenn die Informantin z. B. die in der Klinik gereichte Warmverpflegung zur Mittagszeit schildert, sie es aber außerhalb dieses Rahmens gewohnt ist, abends warm zu essen. In ihrem Fall *variiert* die *Entscheidungsfreiheit zur Inanspruchnahme von Hilfe* stark. Als junges Mädchen an einer Essstörung leidend holt sie sich aus eigenem Antrieb ärztliche Hilfe. In einem anderen Kontext wird später die Entscheidung hierzu von außen gesetzt, bzw. quasi vorgeschrieben und in einem dritten Fall von außen angeregt. Eine weitere Erfahrung, die es Frau J schwer macht, von professioneller Hilfe zu profitieren, schildert sie mit folgenden Worten:

„...Ich hatte mit meiner Ärztin 'n Termin... War viel los... jemand ist ausgefallen... Und... Sie hatte mich einfach vergessen. Und ich stand an der Tür und hab' immer den Schwestern Bescheid gesagt... Sie möchten ihr doch Bescheid sagen... Weil sie stand da mitten... drin im Raum...“ Z. 1313-1319. „Und ich stand da... geschlagene zwanzig Minuten schon... Und das kann nicht angehen... Grade wenn man so... psychisch erkrankt ist und wenig... Selbstwertgefühl hat... Nur so was dann... Und dann hat sie auch noch... Nach unserem nächsten Gespräch hat sie dann angefangen zu lachen... Es sei ja gar nicht so schlimm.“ Z. 1325-1332

Im Kontrast zu dieser *subjektiv empfundenen Nicht-Wahrnehmung durch Professionelle* darf Frau J in einem anderen institutionellen Kontext die Erfahrung machen, dass sich eine Mitarbeiterin jenseits einrichtungsbezogener Vorgaben weit über das normale Maß hinaus engagiert.

Gesellschaftlich sieht Frau J die Diskriminierung aufgrund psychischer Erkrankung als einen Hinderungsgrund zur Inanspruchnahme adäquater Hilfe, auch wenn es sich in ihrem Fall mehr um eine *vermutete* als um eine *real erlittene*

Diskriminierungserfahrung zu handeln scheint. Auch die *gesellschaftliche Anonymität und Kälte* spielt für sie eine Rolle, wobei dieser Faktor bei dieser Informantin gerade zur Inanspruchnahme fachpsychiatrischer Hilfe beiträgt, statt sie zu verhindern.

Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

Frau J *reinszeniert* als Teenager erlittene Gewalterfahrungen in späteren intimen Beziehungen. Obwohl die Auswirkungen eines solchen Verhaltens nicht als gedeihlich zu bezeichnen sind, kann man dieses dennoch als *innere Ressource* begreifen, wenn man davon ausgeht, dass ihm die (unbewusste) Hoffnung der Seele zugrunde liegt,

neue und andere Erfahrungen zu machen. Weiterhin zählen das *Rationalisieren* und der *soziale Vergleich* mit anderen, denen es in der Wahrnehmung der Informantin noch viel schlechter geht, zu ihren inneren Kraftquellen. Auch *Spiritualität* spielt im Beispiel von Frau J bei der Bewältigung ihrer Belastungen eine Rolle. Besonders auffällig ist ihre ausgezeichnete Fähigkeit zu *kontextualisieren*. Dadurch ist es ihr möglich, eigene und fremde Anteile, die zu bestimmten Situationen geführt haben, zuverlässig zu erkennen und zu artikulieren. So ist sie in der Lage, komplexe Sachverhalte zu erinnern und aus unterschiedlichen Perspektiven wiederzugeben. Zu den *äußeren Ressourcen* zählen in diesem Fall zum einen das *Sammeln von Informationen* zu ihrer Erkrankung und zum anderen ihre Fähigkeit zur *Kommunikation*, auch und gerade in Phasen, in denen es ihr schlecht geht. Zwischenzeitlich kann sie auch die regelmäßige *Einnahme von Medikamenten* als hilfreich begreifen. Zum Interviewzeitpunkt kann Frau J außerdem klar benennen, was sie braucht und scheint auch in der Lage, sich einen solchen Rahmen zu schaffen. Diese Art von *Selbstfürsorge* ist ebenso eine äußere Ressource. Bei der Analyse ihrer Bewältigungsstrategien fällt weiterhin auf, dass die Informantin wiederholt ihre *Umgebung gewechselt* hat. Zuletzt geschah dies durch den Umzug in ein anderes Bundesland, in dem Frau J im Kontext suchtherapeutischer Nachsorge einen Neuanfang machen wollte. Weitere zentrale äußere Ressourcen für eine erfolgreiche Bewältigung sind bei ihr das Lesen, *sportliche Betätigung*, ihre *Kunsthfertigkeiten*, sowie ihre *Liebe zu Tieren und der Natur*. Eine weitere Kraftquelle zeigt sich in folgender Äußerung:

„Ich bin damals mit... zweiundzwanzig... schwanger geworden und... Wir hatten 'ne gemeinsame Wohnung... Da bin ich , 'rausgeschmissen worden... Kurz vorher war ich arbeitslos geworden... Also, arbeitslos... kein Geld... obdach...los... und schwanger... Dann war ich eine Woche auf der Straße... Hab' mir 'n Kumpel geschnappt, wo ich wusste, dass der auch auf der Straße lebt... Dann haben wir im... Stadtpark eben übernachtet.“ Z. 1484-1490

Die hier geschilderte Strategie des Suchens von Verbündeten bzw. des *Networkings* belegt eindrucksvoll die Kreativität der Informantin, mit der sie sich in Situationen extremer Ungeschütztheit Unterstützung organisiert.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel gemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Die Bandbreite der von Frau J eingesetzten inneren und äußeren Ressourcen zur Bewältigung ihrer belastenden Lebenssituation ist beachtlich und zeugt von einem hohen Intelligenzniveau, ein Faktor der seinerseits eine instrumentelle innere Ressource darstellt. Trotzdem ist die Entwicklung des Selbst durch einen abwesenden Vater und eine Mutter, die als wenig emotional beschrieben wird, bei der Informantin eingeschränkt. Später führt dies bei Frau J zu Identitätsproblemen. Sie selbst drückt es folgendermaßen aus:

„Aber ich hab’... jetzt ’ne Maske... seitdem ich Kind bin schon aufgesetzt, und es kann niemand dahinter kucken... Es weiß nie... wirklich jemand, wie’s mir im Endeffekt geht.“ Z. 514-516

Frau J vollzieht hier eine Trennung von *sozialem* und *privatem* Selbst (Stern, 1992). Das soziale Selbst ist dabei das von außen sichtbare, das die Informantin in einer Weise präsentiert, die sie in den Augen ihrer Umwelt als freundlich, fröhlich, makellos und pflegeleicht erscheinen lässt. Im privaten Selbst als dem inneren Zustand existieren im Kontrast dazu Verletzungen und eine große Traurigkeit. Frau J passt sich so den Forderungen ihrer Umwelt an, vermutlich aus Angst, isoliert zu werden. Durch die Verleugnung bzw. Verdrängung vermeintlich negativer Selbstanteile werden diese bestenfalls ins private Selbst verlagert, wo sie dann ihre Existenzberechtigung haben, ohne allerdings mit anderen geteilt werden zu können. Die Aufrechterhaltung der Trennung zwischen sozialem und privatem Selbst ist für das Individuum indes mit einem enormen innerpsychischen Aufwand verbunden, der mit dem auch von Frau J geäußerten Wunsch nach Offenheit konkurriert und potentiell positive emotionale Erfahrungen verhindert. Sie sagt dazu:

„...Einfach versuchen, sich zu öffnen... Jemandem Vertrauen... entgegenzubringen oder aufzubauen... (Pause) Und sich einfach so zu geben... ja, wie er ist... Egal, ob die Leute ihn ablehnen oder nicht.“ Z. 559-565

In der Begleitung von Personen die obdachlos, psychisch krank oder anderweitig belastet sind, sollte es daher immer darum gehen, Offenheit zu unterstützen. Diese kann jedoch nur dort erreicht werden, wo es gelingt, einen Rahmen zu schaffen, der es Klientinnen und Klienten auch ermöglicht, sich ohne Angst vor Zurückweisung zu offenbaren. Dazu ist es grundlegend, sie in ihren Bedürfnissen **wahr- und ernst zu**

nehmen. Die Erfahrungen der Informantin belegen, dass dies wenigstens partiell nicht geschehen und ihre Befindlichkeit im Gegensatz dazu bagatellisiert worden ist. Ein solches Verhalten ist für Menschen wie Frau J, die die Grundverletzung in sich tragen, ungewollt und nichts wert zu sein, besonders dramatisch. Im hier geschilderten professionellen Behandlungskontext ist eine solche Missachtung menschlicher Grundbedürfnisse umso gravierender, da hier das Abhängigkeitsniveau extrem hoch ist und viele Betroffene zudem krankheitsbedingt vorwiegend professionelle Kontakte haben. Dennoch werden im psychiatrischen Behandlungsalltag gerade im Akutbereich Kränkung und Frustration nicht immer zu vermeiden sein, da die Belastbarkeit auch von Professionellen mit den besten Absichten begrenzt ist. Dann gilt es die Reaktionen der Patientinnen und Patienten aufzugreifen und als verständliches und berechtigtes Verhalten zu würdigen. Eventuell bietet ein solches Vorgehen im Anschluss gar den Raum, mit den entstandenen aversiven Gefühlen zu arbeiten.

Im Gespräch schildert Frau J jedoch auch sehr positive Erfahrungen, die sie schon als junger Mensch im Umgang mit Institutionen machen konnte. Die in diesem Kontext initiierte Form der Unterstützung hat offensichtlich dazu beigetragen, Stabilität und Kontinuität im Leben der Informantin zu etablieren und in einer eigenen Wohnung immerhin acht Jahre durchzuhalten. Dass diese positiven Erfahrungen bis heute in ihrer Erinnerung präsent sind, deutet darauf hin, dass sie diese Erlebnisse sehr intensiv in sich aufgenommen hat. Die Fähigkeit, komplexe formelle und informelle Situationen positiv zu erinnern, eröffnet der Informantin darüber hinaus ein ganzes Spektrum an Handlungsalternativen und schützt sie davor, eine leidende Opferrolle einzunehmen. Dieser hohe Differenzierungsgrad sowie ihre emotionale Sensibilität kommen auch in ihrer Selbstbeschreibung als Maskenträgerin zum Ausdruck, wenn sie sagt: „*[Hinter der Maske ist es] einfach nur traurig... verletzt... [Es] gibt natürlich auch 'n kleines Stück Fröhlichkeit.*“ Z. 541-545

In einer Fortbildungskonzeption für Begleiterinnen und Begleiter psychisch kranker obdachloser Menschen kommt es entsprechend darauf an, sie in die Lage zu versetzen, diese emotionale Sensibilität ihrer Gegenüber im Hinblick auf positive (Lebens-)erfahrungen zu identifizieren und zu stärken. Konkret bedeutet dies, sich auf jene Momente zu konzentrieren, in denen auch nur kleine Veränderungen in der Stabilität der von Betroffenen geschilderten Problemzustände aufgetreten sind. Diese Ausnahmen stellen den Schlüssel zu späteren Problemlösungen dar. (Berg 1992: 26) Es ist also standardmäßig danach zu fragen: Wo ist Ihnen etwas gelungen, anstatt nur

Misserfolgs-erlebnisse und Scheitern zu dokumentieren. Eine solche Ressourcenperspektive fördert auch die „Rückführung in die Normalität“ (Redlich, 2000: 8) einen Wunsch, der auch für Frau J zentral ist und in ihrer Wahrnehmung maßgeblich mit einer eigenen Wohnung und Struktur im Alltag zusammenhängt. Darauf aufbauend hofft sie, dass es ihr gelingt „*richtig leben zu können*.“ Z. 1075 Dabei geht es Frau J nicht nur darum, „*ihr eigenes Reich wieder bewohnen*“ Z. 752 zu können, sondern auch „*glücklich da drin*“ Z. 753 zu sein. Hier erkennt sie klar einen Unterstützungsbedarf von außen an. Ihre Worte machen erstens deutlich, dass „Haus“ und „Zuhause“ zwei verschiedene Dinge sind und Wohnarrangements, egal ob institutioneller oder privater Natur, allenfalls Hauscharakter haben. Ihre Aussage ist zweitens ein Hinweis darauf, dass erst die in den Wohnformen gelebten Beziehungen diese für Einzelne zu einem Zuhause werden lassen. Im angloamerikanischen Bereich wird dieser Unterscheidung durch die sprachliche Differenzierung zwischen „house“ und „home“ Rechnung getragen. Für Fortbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer kommt es entsprechend entscheidend darauf an, eine egalitäre, auf Partnerschaft angelegte Beziehung zu ihren Gegenübern aufzubauen und diesen auf Augenhöhe zu begegnen. Dazu gehört auch das Teilen von Wissen, um das Machtgefälle möglichst auszugleichen. Begleiterinnen und Begleiter müssen dabei allerdings auch die teilweise extremen emotionalen Verstrickungen und Konflikte Betroffener verstehen (nicht analysieren), die deren Wahrnehmung von Gefühlen massiv beeinträchtigen können. Vor diesem Hintergrund bekommt das künstlerisch-schöpferische Tun der Informantin sowie ihre Liebe zu Tieren und Natur einen besonderen Stellenwert und wird zu einer instrumentellen Ressource. Es ist davon auszugehen, dass es Frau J vermittelt durch eigenes künstlerisches Gestalten eher möglich ist, Gefühle zu erleben als im direkten zwischenmenschlichen Kontakt. Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, dass sie sich in ihrer Beziehung zur Kunst sowie zu Tieren und Natur sicherer und lebendiger fühlt als im Zusammensein mit anderen Menschen. Eine konsequente Orientierung an den Kraftquellen Betroffener darf jedoch nicht dazu führen, real vorhandene Probleme und deren Lösung aus den Augen zu verlieren, zumal auch dieses Beispiel belegt, wie psychische Störungen in Verbindung mit Suchtmittelkonsum zum Scheitern von Bildungs- und Berufsbiografien beitragen können. In ihrem Fall bedeutet dies einen Abstieg vom anvisierten Gymnasialabschluss zum Wechsel auf die Realschule, bevor die Erwartungen erneut nach unten korrigiert werden müssen und knapp noch ein Hauptschulabschluss

erreicht wird. Haupt- oder ehrenamtlich Helfende sollten hier als tertiäres Netzwerk und vermittelnde Instanz auch prüfen, inwieweit Frau J mit dem (Wieder-)erhalt eines Arbeits- oder Ausbildungsplatzes wieder an sekundäre Netzwerke gesellschaftlicher Institutionen angebunden werden kann. Davon unabhängig bewährt sich in der Praxis jedenfalls eine von Redlich (2000: 7) vorgeschlagene Gleichbewertung und -gewichtung von Problemlösungs- und Ressourcenorientierung. Damit ist auch eine größere Vollständigkeit des Wahrnehmens von Menschen, die psychisch krank und obdachlos sind, gewährleistet, wie auch Frau J sie zu Recht immer wieder einfordert.

3.2.4.2 Kategoriengestützte Auswertung von 10 Interviewtranskripten aus Columbus

Frau 1:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Frau 1 ist zum Interviewzeitpunkt 46 Jahre alt und hat afroamerikanische Wurzeln. Offenbar ist sie in Ohio aufgewachsen. Über ihren Vater ist nichts zu erfahren, aber das Verhältnis zur Mutter soll sehr eng gewesen sein. Offensichtlich hat die Informantin diese über mehrere Jahre gepflegt, ihren als langsam und qualvoll beschriebenen Sterbeprozess und schließlichen Tod erlebt sie als extrem belastend. Die Informantin ist selbst Mutter zweier Söhne, die zum Gesprächszeitpunkt 24 und 19 Jahre alt sind. Der älteste Sohn ist aktuell offenbar ebenso wohnungslos und selbst Vater zweier Kinder. Ihr jüngerer Sohn leidet an Multipler Sklerose und lebt zwischenzeitlich wieder bei seiner Mutter. Die chronische Krankheit des Sohnes steht vermutlich seiner Verselbständigung entgegen, was wohl auch bedeutet, dass er nicht selbst für seinen Lebensunterhalt aufkommen kann. Der Vater der Jungen war wenigstens zeitweise zwar präsent, wird aber als einfallslos und passiv und daher als wenig geeignet beschrieben, die Informantin bei der Alltagsbewältigung zu unterstützen. Ob die Eltern auch zum Interviewzeitpunkt noch Kontakt haben, bleibt offen. Rund acht Monate vor dem Interview zieht Frau 1 aus einer anderen Metropole in Ohio nach Columbus. Offenbar erhofft sie sich davon eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ihres jüngsten Sohnes, obwohl sie diesen im Gespräch nicht näher spezifiziert. Da in der neuen Stadt jedoch kein adäquater Wohnraum zur Verfügung steht, muss Frau 1 zunächst in eine Notunterkunft für obdachlose Frauen ziehen. Wo ihr Sohn in dieser Zeit unterkommt, bleibt unklar. Rückblickend bestehen ihre „*emotionalen Höhen und Tiefen*“ Z. 56-57 in der Wahrnehmung der Informantin

bereits seit 10 bis 15 Jahren, aber erst auf Anregung der Mitarbeiterinnen der Übergangseinrichtung in Columbus nimmt die Informantin deswegen erstmals fachpsychiatrische Hilfe in Anspruch. Aus heutiger Sicht ist sie der Meinung, dass sie sich viel früher zu diesem Schritt hätte entschließen sollen. Bei der ersten Begegnung zwischen Forscherin und Informantin lebt Frau 1 noch in dieser Notunterkunft, als das Interview dann allerdings stattfindet, hat sie schon wieder eine eigene Wohnung bezogen. Ihr jüngster Sohn konnte damit inzwischen zu ihr zurückkehren. Vermutlich waren die Einrichtungsmitarbeiterinnen bei der Realisierung dieses Schrittes instrumentell, Frau 1 jedenfalls besucht die Institution nach wie vor regelmäßig, um sich mit ehemaligen Mitbewohnerinnen und Professionellen auszutauschen. Ein solcher Anlass wird schließlich zur Befragung im Rahmen der vorliegenden Studie genutzt. Forscherin und Informantin müssen sich in Anbetracht der extrem beengten Verhältnisse in der Einrichtung an diesem Tag dazu in die Ecke eines Durchgangszimmers unweit des Telefons zurückziehen, das von Bewohnerinnen genutzt wird. Obwohl es ein schöner Sommertag ist, und sich viele Frauen daher im Freien aufhalten, geht es in diesem Raum lebhaft zu und es kommt immer wieder zu Störungen durch andere Personen. Frau 1 scheint die fehlende Ruhe nichts auszumachen, sie hat sich offenbar auf das anstehende Gespräch gefreut und möchte die Gelegenheit nutzen, um über ihre Erfahrungen zu sprechen. Über Eck sitzen sich Informantin und Interviewerin an einem langen Tisch gegenüber. Frau 1 ist relativ groß und stämmig. Ihre Kleidung ist eher praktisch als schick, aber sauber. Sie trägt Jeanslatzhosen und eine Schirmmütze. Trotz der zwischenzeitlichen Veränderung der Wohnsituation wird Frau 1 nach wie vor von dem Teilteam betreut, das bei Southeast Inc. für die Behandlung wohnungsloser Klientinnen und Klienten etabliert wurde. In mehreren Sitzungen mit dem in diesem Team tätigen Psychiater wurde der Informantin die Diagnose einer „schweren wiederkehrenden Depression“ gestellt und psychotische Symptome sowie eine bipolare Störung schließlich ausgeschlossen. Frau 1 teilt diese ärztliche Einschätzung offenbar vollständig. Zum Interviewzeitpunkt positioniert sich die Informantin als umgängliche und selbstbewusste Frau mit Sinn für Humor.

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

Der *Verlust* der Mutter als *nahe stehender Bezugsperson*, obschon er nicht plötzlich eintritt, stellt sich als ein Prozess dar, über den die Informantin keinerlei Kontrolle hat. Als solcher ist das Geschehen für Frau 1 mit Ohnmachts- und großen Hilflosigkeitsgefühlen verbunden, die möglicherweise traumatische Qualität haben. In der Folge sieht sie sich nicht mehr in der Lage, ihren Verpflichtungen als Arbeitnehmerin nachzukommen, was schließlich zu einem Verlust des Arbeitsplatzes führt. Sukzessiv hat sie damit zusätzlich *materielle Einbußen* zu bewältigen. Auf einer *zwischenmenschlichen Ebene* beklagt die Informantin ferner den *Verlust von Kontakt zu Menschen allgemein*.

Subjektive Bearbeitung

Hinsichtlich der Reaktion auf ihre als gravierend erlebten Verlusterfahrungen führt Frau 1 aus:

„I will go into depressive states a lot of times, my... depression will trigger, uh... my drug use.“ Z. 157-162 Und erzählt weiter: *“Psychologically my depression is not as bad as it was. Ahm, therefore I don’t have a need to... use... like I used to do. Obviously there’s still sometimes when, uh, like the cravings occur... I try to fight them as best as possible, but, ahm, sometimes I can control the beast, and sometimes the beast controls me. That’s kind of the best way I can put it.“* Z. 168-172 In der Wahrnehmung der Informantin bedingt die psychische Erkrankung also ihren Suchtmittelkonsum, mit dem sie auf einer *inneren Erlebensebene* die *Furcht* davor assoziiert, *die Kontrolle zu verlieren*. Auch weist das obige Zitat, in dem sie ihre Drogenabhängigkeit mit dem metaphorischen Ausdruck *„Bestie“* belegt, auf *Gewaltphantasien* im Erleben hin. Damit formuliert sie innerhalb ihres Persönlichkeitssystems außerdem die Existenz eines „besseren“ Selbst neben destruktiven Kräften, die zeitweilig anscheinend von ihr Besitz ergreifen. Auf der *äußeren Verhaltensebene* dominiert bei der Informantin wie erwähnt der *Gebrauch von Suchtmitteln*. Offenbar ist sie 16 Jahre alt, als sie erstmals Marihuana konsumiert. In den folgenden dreißig Jahren kommen andere Substanzen wie Kokain und Crack hinzu. Zum Gesprächszeitpunkt ist Frau 1 nach eigenen Angaben allerdings seit mehreren Monaten clean. Ihre Sucht- und psychischen Probleme hat die Informantin

vor ihrer Anbindung an das psychiatrische Hilfesystem in Columbus meist *verleugnet* bzw. vor anderen *verheimlicht*. Damit einher gingen Strategien des *Rückzugs* und der *Abschottung*.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Auf einer *personellen Ebene* kann wiederum die *Suchtanamnese* ein Grund dafür sein, warum Frau 1 nicht zu einem früheren Zeitpunkt fachpsychiatrische Hilfe nachfragt und sie erst durch entsprechende Impulse von außen anfordert. In ihrer Wahrnehmung spielt dabei ferner auch der Faktor *Armut* eine entscheidende Rolle, allerdings in dem Sinne, dass er als psychisch wesentlich destabilisierendes Moment die Inanspruchnahme entsprechender institutionalisierter Hilfe eher begünstigt denn verhindert. Zum Interviewzeitpunkt nutzt die Informantin Southeast Inc. seit rund sechs Monaten. Erfahrungen mit anderen in diesem Bereich tätigen Institutionen gibt es offenbar nicht. Frau 1 bewertet die Art der hier bislang erhaltenen Unterstützung als ausgesprochen positiv. Diese konkretisiert sich in ihrem Beispiel hauptsächlich an der Person des in der Einrichtung für wohnungslose Menschen zuständigen Psychiaters. Entsprechend richtet sich ihre auf einer *institutionellen Ebene* geäußerte Kritik nicht gegen psychiatrische, sondern gegen Einrichtungen des Strafvollzugs. Sie bemängelt in diesen Zusammenhängen eine Deliktzentrierung, gegenüber der die psychische Verfassung der Insassinnen und Insassen aus dem Blickfeld geriete. Diese würden lediglich in Einrichtungen der Justiz „entsorgt“, Z. 260 anstatt sie adäquat zu betreuen oder gar zu behandeln.

In Bezug auf die im Zusammenhang mit fachpsychiatrischer Hilfe wirksam werdenden *gesellschaftlichen Widerstände* führt die Informantin aus:

„If people [would] be able to equate mental health in the same way as they equate physical health or attach... a greater value on... mental health like to attach on physical health. I think that's something that needs to happen before people feel more comfortable in dealing with mental health issues.“ Z. 246-251 Neben der hier zum Ausdruck kommenden *fehlenden Gleichstellung psychischer und somatischer Erkrankungen* sieht sich Frau 1 auch durch eine Gesellschaft *diskriminiert*, die Menschen, die ihren *psychiatrischen Unterstützungsbedarf* öffentlich machen, marginalisiert und ausgrenzt.

Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

Die Palette der Ressourcen, die die Informantin zur Bewältigung ihrer Belastungen mobilisieren kann, ist beeindruckend. Bei den *inneren Kraftquellen* ist es neben ihrem *Humor*, den sie sich auch angesichts extrem ungeschützter Lebensumstände bewahren kann, auch die Fähigkeit zu *kontextualisieren*. Letztere wirkt sich sowohl auf die Informationsverarbeitungs- wie auch -vermittlungskompetenz positiv aus und erlaubt es ihr damit, Menschen in all ihrer Verschiedenartigkeit nicht nur wahrzunehmen, sondern auch treffend zu charakterisieren. So beurteilt sie die Situation in US-amerikanischen Gefängnissen beispielsweise wie folgt: „*There were a lot of people in there that were, uh, illiterate. Ahm, a lot of people that had... a lot of psychological issues and a lot of people that were basically, uh, criminals or crime, that... was their way of life. So... you could call it a... hotchpotch of all kinds of personalities...*“ Z. 464-468. Ferner hilft der Informantin die Strategie des *sozialen Vergleichs* dabei, sich von anderen psychisch Kranken positiv abzuheben, etwa wenn sie auf die Vielzahl der Erscheinungsformen psychischer Erkrankungen hinweist, oder darauf, dass viele psychisch kranke Menschen, die aus Einrichtungen auf die Straße entlassen wurden, besser in betreuten Wohnformen untergebracht wären. Die zentrale innere Ressource der Informantin ist indes ihre Fähigkeit zur *Um- und Neubewertung* bestimmter Sachverhalte wie es etwa in folgendem Zitat zum Ausdruck kommt: „*There are a lot of ... people with mental health issues and personally you could be one of those people. You know?*“ Z. 543-545 Sie fährt fort: „*People have illnesses every day, and they cope with those illnesses and they deal with those illnesses and it... enhances their, uh, ability to... do more and to have a more positive and objective life rather than wanting to do negative things...*“ Z. 548-551. Die Art und Weise, mit der in dieser Textpassage auf den ersten Blick negative Erfahrungen als persönlicher Gewinn konstruiert werden, weist als „*Construal of Positive Benefits*“ (Taylor, 1989) weit über eine Umdeutung hinaus.

Hinsichtlich *äußerer Ressourcen* ist es vor allem die *kommunikative Unterstützung durch andere Menschen*, in diesem Beispiel psychiatrisch Tätiger, die Frau 1 bei der Problembewältigung hilft. Diese Interaktionen regen neben eigeninitiativen Introspektionen die Informantin wiederum zu mehr Achtsamkeit und verbesserter *Selbstfürsorge* an. Auch *Medikamente* haben in dem Bestreben, eine innere Balance zu finden und zu halten, eine große Bedeutung. Ferner beschreibt Frau 1 den *Aufenthalt in der Natur* als eine beruhigende äußere Kraftquelle. Außerdem ist für sie offenbar

die Tatsache, *eine Aufgabe bzw. ein Ziel vor Augen zu haben*, ein stark motivierender Faktor, angesichts ihrer Lebenssituation nicht aufzugeben. In der Vergangenheit konkretisierte sich eine solche Aufgabe offenbar vor allem an der Erziehung ihrer Söhne. Auch über mehrmalige *Wechsel der Umgebung* hat die Informantin versucht, ihre Situation positiv zu verändern.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel angemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Das Gespräch mit Frau 1 ist ein ausgezeichnetes Beispiel dafür, dass die Verfügbarkeit von eigenem Wohnraum die Grundlage für alle weiteren Stabilisierungs- und Teilhabeprozesse darstellt. Die Informantin geht aber noch einen Schritt weiter, wenn sie darauf hinweist, dass das Fehlen eines solchen privaten Schutzraumes Gefühle von Hoffnungs- und Hilflosigkeit hervorrufen kann. Solche Emotionen sind dann wiederum ein guter Nährboden für die Entstehung psychischer Erkrankungen. Frau 1 drückt es folgendermaßen aus:

„For me... I believe you have to have a base. Somewhere where you can go and... it's yours, even if you're renting it. You know it's still yours. So it's a sense of security, a sense of being able to, uh, close the world out or just be comfortable. And I think when you have people who can't get comfortable if you will, they are not in a setting where they can, uh... feed themselves or wash their clothes or... communicate with others... if they want to, I think that adds to the sense of being hopeless and helpless...” Z. 217-225. *„I think that homelessness fuels the sense of helplessness and hopelessness.”* Z. 216-217

Zu den von der Informantin als basal benannten Bedürfnissen nach Nahrung und (sauberer) Kleidung kommt an dritter Stelle die Möglichkeit zum Austausch mit anderen Menschen. Man kann annehmen, dass, wenigstens in westlichen Industrienationen wie den USA und Deutschland, auch obdachlosen Menschen mit einer psychischen Erkrankung ausreichend Nahrung und Kleidung zur Verfügung stehen. Anders sieht es dagegen gerade in solchen Gesellschaften mit der Kommunikation untereinander aus. Seit Jahren beklagen Kommunikationswissenschaftler generell einen immer massiveren Rückgang an verbalem Austausch, auch innerhalb der eigenen sozialen Gruppe, wie z. B. der Primärfamilie oder der Clique (z.B. Schieb, 2009; Gottschlich, 2007). Solche Trends

treffen Menschen, die als Obdachlose und psychisch Kranke ohnehin marginalisiert sind, mit nicht zu unterschätzender Härte. Ihre Äußerungen werden häufig nicht mehr ernst genommen oder ignoriert, bzw. es wird unterstellt, dass der oder die Betreffende normale Kommunikation nicht versteht. Nach Mücke (2001: 55) ist die Zuschreibung des Etiketts „psychisch krank“ die im gesellschaftlichen, psychiatrischen und juristischen Kontext gängige Form der Exkommunikation. Der Autor weist darauf hin, dass damit neben dem Ausschluss aus der „vernünftigen Kommunikation“ gleichzeitig auch der Ausschluss aus dem „sozialen System der Vernünftigen“ einhergeht, was zu einem immensen Einbruch der eigenen Identität führt, da die soziale Identität von der Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Systemen abhängig ist. In der Begleitung solcher als psychisch krank definierter Menschen ist es deshalb entscheidend, die Betreffenden wieder in die intentionale Kommunikation einzuführen. Kommunikation ist auch bei Frau 1 eine zentrale Bewältigungsstrategie. Dazu verlässt sie sich ihren Schilderungen nach wohl hauptsächlich auf ihren für sie in der Einrichtung zuständigen Psychiater. Andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Studie haben vielfach ähnliche Aussagen getroffen. Dies ist ein Hinweis auf die häufig gegebene Unverzichtbarkeit professioneller Bezugspersonen im Bewältigungsgeschehen. In der Begleitung von psychisch kranken obdachlosen Menschen geht es aber auch und vor allem um die parallele Erschließung von vor- und nichtpsychiatrischen Ressourcen in Form informeller Kontakte. Ein Fortbildungskonzept, das sich explizit auch an bürgerschaftlich engagierte Menschen wendet und das die Zielgruppe möglichst interaktiv mit einbezieht, schafft einen Rahmen, in dem solche informellen Austauschprozesse angeregt und begleitet werden können. Dies erfordert eine bei beiden Seiten vorhandene Neugierde auf die jeweilige Welt des anderen sowie die Fähigkeit, die Perspektive wechseln zu können (Kapitel 5). Fortbildnerinnen und Fortbildner haben in dieser Situation über diese Prozesse zu wachen und darauf zu achten, dass alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausreichend Gehör und Beachtung finden. Nahezu alle Interviews, die im Rahmen der vorliegenden Studie analysiert wurden, zeugen davon, dass viele Gesprächspartner genau diese Erfahrung in der Vergangenheit wenigstens phasenweise nicht machen konnten. Insofern ist die *Begegnung* im Rahmen dieser Fortbildungsveranstaltungen entscheidend und dem letztendlichen Ergebnis übergeordnet. Selbstverständlich können innerhalb der hoffentlich entstehenden Beziehungen auch praktische Belange angegangen werden. Bei Frau 1 wäre es beispielsweise die Prüfung ihrer Wiederanschlussfähigkeit an die

sekundären Netzwerke gesellschaftlicher Institutionen wie eines Arbeitsplatzes oder einer Bildungs- oder Qualifizierungseinrichtung. Obwohl sie die konkreten Einschränkungen ihres jüngsten Sohnes nicht näher beschreibt, wäre in ihrem Fall auch zu erörtern, in welcher Form hier möglicherweise professionelle Dienste herangezogen werden könnten. Eine diesbezügliche praktische Entlastung und das Teilen von Verantwortung könnten bei der Informantin Energien freisetzen, die ehemals in der Versorgung ihres Kindes gebunden, dann beispielsweise für eine berufliche Neuorientierung zur Verfügung stünden. Wenn es der Informantin außerdem gelingt, ihren seit einigen Monaten praktizierten drogenfreien Lebensstil beizubehalten, stehen darüber hinaus weitere Ressourcen zur Verwirklichung neuer Lebensaspekte zur Verfügung. Begleiterinnen und Begleiter haben in diesem Zusammenhang die Aufgabe, einerseits gemeinsam mit ihren Gegenübern Determinanten zu identifizieren, die deren Lebensqualität so beeinträchtigt haben, dass Drogen zum zugegebenermaßen risikobehafteten Surrogat geworden sind. Im vorliegenden Beispiel sind dies neben persönlichen Faktoren wie fehlende soziale Kontakte auch sozialpolitisch desintegrierende Aspekte wie Armut und möglicherweise mangelnde Berufs- und Arbeitschancen. Wichtiger noch ist es andererseits, im Begleitungsprozess sinnstiftende Äquivalente zum Drogenkonsum zu entwickeln, die für Menschen wie Frau 1 mit Glück und nachhaltiger Freude verbunden sein könnten. Hierzu ist eine biografische Ressourcensuche und Bildungsarbeit äußerst hilfreich. Als jemand, der durch eine eigene Wohnung inzwischen wieder eine Grundstabilität erreicht hat, geht es bei dieser Informantin nun darum solche positiven Aneignungsprozesse weiter voranzutreiben, um sie dabei zu unterstützen, sich weiterhin stabil und dauerhaft in Richtung erwünschter und selbst gesteckter Ziele zu verhalten. Das vorliegende Beispiel zeugt von einem beeindruckenden Lebenswillen, ja einer Lebensfreude, trotz der psychischen Leidenssymptome, die die Informantin aushalten muss. Die Fähigkeit, auch Negativerlebnissen noch etwas Positives abzugewinnen, ist vielleicht ihre wichtigste Ressource.

Herr 2:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Bei Herrn 2 handelt es sich um einen 48-jährigen Afroamerikaner. Als die Interviewerin ihm zum ersten Mal begegnet, lebt er noch in einer Notunterkunft für obdachlose Männer in Columbus. Von Anfang an signalisiert der Informant ein großes Interesse daran, über seine Erfahrungen zu sprechen, betont aber, dass wegen begleitend bestehender orthopädischer Probleme ein Krankenhausaufenthalt unmittelbar bevorstehe. Nach erfolgter Operation findet das Interview dann tatsächlich statt. Inzwischen ist Herr 2 aus dem Obdachlosenasyll in ein eigenes kleines Apartment gezogen. Bei dem Vermieter handelt es sich um eine gemeinnützige Organisation, die Menschen in schwierigen Lebenslagen, wie z. B. obdachlos und suchtkrank (gewesen) zu sein, im Rahmen diverser Wohnprojekte dauerhaft Wohnraum anbietet. Dort besucht die Interviewerin den Informanten. Im Gemeinschaftsraum des Apartmentkomplexes sitzen sich beide gegenüber, das Aufnahmegerät daneben auf einem Beistelltisch. Verglichen mit dem regen Interesse an einem Gespräch, das Herr 2 bei verschiedenen Begegnungen mit der Forscherin im Vorfeld kundtat, wirkt er zum Interviewzeitpunkt einsilbig und gereizt. Immerhin erzählt er, dass er geschieden sei und zwei Kinder im (beinahe) schulpflichtigen Alter von verschiedenen Frauen habe. Offenbar lebt die ältere Tochter bei seiner Mutter, während der jüngere Sohn von dessen leiblicher Mutter, der Ex-Frau des Informanten, erzogen wird. Zu ihm besteht zum Gesprächszeitpunkt kein Kontakt und auch die Kinder wissen nichts von der Existenz des jeweils anderen (Halb-)geschwisters. Die eigene Kindheit des Informanten, seine Jugend und Schulzeit bleiben im Dunkeln. Es ist lediglich zu erfahren, dass er seit seinem 16. Lebensjahr durchgehend gearbeitet hat. Allerdings erscheint es aufgrund seiner psychischen und körperlichen Einschränkungen mittlerweile unrealistisch, an seine Berufsbiografie anzuknüpfen, Herr 2 bemüht sich daher zum Interviewzeitpunkt um staatliche Transferleistungen. Bis zur abschließenden Bearbeitung seines Antrags ist er indes ohne eigenes Einkommen. Als psychische Grunderkrankung nennt er eine Depression sowie einen damit eng zusammenhängenden Substanzmissbrauch, der sich sowohl auf legale Suchtmittel wie Alkohol als auch auf illegale Stoffe wie Heroin und Kokain bezieht. Allerdings betont er im Interview, seit drei Jahren clean zu sein. Dennoch haben in der Wahrnehmung des Informanten eben jene suchtspezifischen Verhaltensmuster das Vertrauen seiner

Familie in ihn nachhaltig erodiert. Er vergleicht sich in diesem Zusammenhang mit einem eine Spur der Verwüstung hinterlassenden Tornado. Außerdem charakterisiert er sich selbst als leicht erregbaren Besserwisser. Zwar scheint im vorliegenden Beispiel eine Handlungs- gegenüber einer Lageorientierung zu dominieren, doch bleiben die daraus resultierenden Handlungsabsichten auf die eigenen Familienmitglieder beschränkt. Zu ihnen die gekappten Beziehungen wieder aufzunehmen artikuliert Herr 2 als seinen größten Wunsch, andere Systeme und gesellschaftliche Zusammenhänge lässt er unberücksichtigt.

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

Die Schilderungen des Informanten liefern keine Hinweise auf traumatisch verarbeitete Situationskonstellationen in seiner Biografie. Gleichwohl hat er eine Reihe gravierender Verlusterfahrungen zu bewältigen: Da sind zunächst *materielle Verluste*, wenn er sich nach dem Wegfall seines Erwerbseinkommens noch bevor staatliche Transferleistungen einsetzen, zum Gesprächszeitpunkt völlig außerhalb (ohnehin brüchiger) amerikanischer sozialer Sicherungssysteme bewegt. Die mit seiner psychischen Erkrankung einhergehende Reizbarkeit deutet zudem auf der *emotionalen Ebene* auf einen Verlust seiner Schwingungsfähigkeit hin. Als besonders schwerwiegend werden die Verluste *zwischenmenschlicher Art* erlebt. Herr 2 leidet sehr darunter, dass familiäre Bindungen und Kontakte abgerissen sind und er nicht in der Lage ist, als Vater adäquat für seine Kinder da zu sein und für diese zu sorgen. Das Interview liefert auch Belege dafür, dass ihm krankheitsbedingt Kontakte zu Menschen allgemein verloren gegangen sind.

Subjektive Bearbeitung

Neben seiner leichten Erregbarkeit erlebt sich Herr 2 als auch und gerade den psychiatrischen Institutionen gegenüber *ausgeliefert*, z. B. wenn es um die Realisierung seiner Leistungsansprüche geht. In der Wahrnehmung des Informanten tragen diese Einrichtungen, die als sekundäre Netzwerke eigentlich zur individuellen Entlastung gedacht sind, sogar zu einer Verschlechterung seiner psychischen Befindlichkeit bei. In diesem Zusammenhang ist auch das folgende Zitat aufschlussreich:

„You don't know how... bad I might need to talk to somebody. But I got to call some crisis line... That's bull... You know, you don't call somebody up that you don't... I don't work like that... I'm not gonna talk to somebody... and then first thing... some old crazy stuff or whatever they say. They may put you on hold. You don't know what they may do... But you got a crisis...“ Z. 431-445.

Hier offenbart sich die *Furcht vor Kontrollverlust* in neuen, dem Informanten unbekanntem Situationen. Außerdem schildert er sich als jemanden, der um eine sozial akzeptable Lebensweise bemüht etwas zur Gemeinschaft beitragen möchte, betont auf der anderen Seite allerdings auch: „I know I get short, mean and evil.“ Z. 492 Mit dieser Aussage zu seiner Person erkennt er neben einem „besseren“ auch die Existenz eines „destruktiven Selbst“ in sich an. Obwohl Herr 2 die Art dieser destruktiven Kräfte nicht näher spezifiziert, kann man sie anhand seiner Wortwahl zumindest mit *Gewaltphantasien* in Verbindung bringen. *Nach außen im Verhalten* zeigen sich im Interview Tendenzen, die nicht verordnungsgemäße Einnahme von Medikamenten vor seinem Behandler zu *verheimlichen*. In depressiven Phasen neigt Herr 2 ferner dazu, sich vor Menschen allgemein *zurückzuziehen*. Auch der *Gebrauch von Suchtmitteln* schien ihm in der Vergangenheit ein probates Mittel, um mit seinen psychischen Belastungen zurechtzukommen. Neben punktuell aufscheinendem *Sarkasmus* greift der Informant ferner auf die Strategie der *Abwertung* psychiatrisch Tätiger zurück, entweder indirekt, wenn er sagt: „...if you got all this school and this stuff like...“ Z. 180 „you [should know]... medication ain't always the answer“, Z. 182-183 oder explizit wie im folgenden Zitat: „A lot of these people down there [bei Southeast Inc.] are not professional. They don't handle their business.“ Z. 419-420 Ob Herr 2 auch *Gewalthandlungen* gegen Personen oder Sachen vorgenommen hat, bleibt offen.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Die Vorbehalte, die es dem Informanten schwer machen, effektive psychiatrische Hilfe zu erhalten, konzentrieren sich bei ihm auf die *personelle* und die *institutionelle* Ebene. Dort allerdings sind sie mannigfaltig. Zu seiner Wirkung auf andere Menschen befragt antwortet Herr 2: „...What the next person thinks about S 2? I don't give a hoot what they think about me. As long as what I think about myself, and that's all that's important. What I think about me...“ Z. 789-791. Diese Aussage lässt indes nicht automatisch auf ein positives Selbstwertgefühl schließen. Im Gesamtkontext des Interviews ist sie eher als ein Ringen um ein positives Selbstbild zu deuten, bei einer

untergründig negativen Haltung sich selbst gegenüber. Dies könnte sich dann wiederum nachteilig auf die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen auswirken. Ein eindeutiges Hindernis auf der personellen Ebene ist dagegen sein *fehlendes Vertrauen* zu anderen Menschen und hier besonders zu Professionellen. Offenkundig sind ferner auch bestehende *Vorbehalte gegen Medikamente*, die sich beim Informanten bis zur *Angst* steigern. Herr 2 selbst sagt dazu:

„Anything that you take... put a chemical in your mind and... it's supposed to last a whole month, it got to be poison. It got to be wearing you down mentally, more so than helping you mentally, you know?“ Z. 185-187

Der Informant berichtet außerdem von Zeiten, in denen sein ganzes Sinnen und Trachten ausschließlich dem mit dem Substanzenkonsum einhergehenden Hochgefühl galt. So kann auch die eigene *Suchtanamnese* als Hindernis dafür gelten, sich um den Erhalt fachpsychiatrischer Hilfe zu bemühen. Auch *Armut* stellt einen solchen Faktor dar, wenn Herr 2 z. B. davon berichtet, sich zeitweise keinen Busfahrerschein leisten zu können, um zum ambulant-psychiatrischen Versorgungszentrum zu kommen. Ferner zeigen sich auch bei ihm Tendenzen zur *Delegation von Eigenverantwortlichkeit*, wie die folgenden Zitate belegen:

„They put me on some crazy stuff“ Z. 214 oder „Mental depression. That's what they say it was. That's what they say it was.“ Z. 571 Hier werden Ereignisse als

Widerfahrnisse konstruiert, die von anderen Menschen gesetzt sind und sich einer Beeinflussung durch den Informanten entziehen. Damit wird auch die Übernahme der Verantwortung dafür obsolet. Im vorliegenden Beispiel existieren auf individueller Ebene schließlich auch *andere gesundheitliche Probleme* orthopädischer Art.

Abgesehen davon, dass diese Herrn 2 in seiner Mobilität einschränken, waren sie in der Vergangenheit Anlass für mindestens einen mehrwöchigen

Krankenhausaufenthalt, währenddessen der Kontakt zu seiner Bezugsperson bei Southeast Inc. unterbrochen war. So wird auch dieser Aspekt zur Barriere bei der Inanspruchnahme fachpsychiatrischer Unterstützung.

Auf der *institutionellen Ebene* ist die *Professionellen unterstellte Inkompetenz* ein durchgängiges Argumentationsmuster beim Informanten. Er ist ferner davon überzeugt, dass die Motivation zu helfen sich überwiegend aus *institutionellem Profitstreben* speist. Folgerichtig fühlt er sich durch die Einrichtung *weder wahr- noch ernst genommen*. In seinen eigenen Worten klingt es folgendermaßen: „...get to learn to feel me. Instead of me learning to feel them, because, see...“ Z. 40-41. „You just

can't jump over me.“ Z. 599 Obwohl er der ihm verordneten Medikation auch einen positiven Effekt zuschreibt, bewertet Herr 2 diese Form der Unterstützung dennoch als *inadäquat*. Seiner Meinung nach haben Gespräche mit einer Person seines Vertrauens viel eher eine heilende Wirkung als Psychopharmaka. Medikamente, so mutmaßt er gar, fungieren bei Professionellen lediglich als Ersatz für den Aufbau persönlicher Beziehungen. Desweiteren beklagt der Informant (personelle) Diskontinuitäten, wie er sie speziell bei Southeast Inc. als der von ihm genutzten psychiatrischen Versorgungseinrichtung erlebt. Dort werden einzelne Lebenslagen der Klientinnen und Klienten in je darauf spezialisierten Teams bearbeitet (z. B. gibt es eigene Teams für wohnungslose und suchtkranke Menschen, während wieder andere Haftentlassenen vorbehalten sind). Für Herrn 2 bedeutete dies, dass mit dem Umzug in eine eigene Wohnung auch die Teamzuständigkeit wechselte. *Weitere unflexible institutionelle Praktiken* stellen für ihn zum einen die mangelnde persönliche Erreichbarkeit seiner Bezugspersonen dar, die seiner Einschätzung nach am besten rund um die Uhr gegeben sein sollte. Zum anderen beklagt er eine institutionstypische Unsensibilität hinsichtlich geschlechtsspezifischer Fragestellungen. Auch weist er in diesem Zusammenhang auf *fehlende Zeitkapazitäten* hin, durch die Ratsuchende in der Einrichtung lange Wartezeiten einkalkulieren müssen. Initial wurde die Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste im vorliegenden Beispiel *von außen angestoßen*. Heute stellt es Herr 2 im Gespräch indes so dar, als sei ihm die Entscheidungsfreiheit hierzu inzwischen komplett verloren gegangen. Er erzählt: *„I guess I'm dependent on them now. I mean, I don't have any other choice. I'm like locked in and I'm fucked up.“* Z. 286-287

Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

Diesen individuell-institutionellen Faktoren, die den Erhalt fachpsychiatrischer Unterstützung verkomplizieren, steht wiederum ein ganzes Spektrum an Ressourcen gegenüber, die der Informant zur Bewältigung seiner Belastungen einsetzt. An *inneren Kraftquellen* gibt es zunächst die Tendenz zur *Rationalisierung*, auch wenn diese im Interview nur flüchtig aufscheint. Ungleich häufiger wird zur subjektiven Entlastung dagegen die Strategie des *Sozialen Vergleichs* eingesetzt, etwa wenn Herr 2 erzählt: *„I see a lot of people heavy, heavy, heavy medicated...“* Z. 105. *“I mean, they... walk around probably really dangerous to themselves or others. And they're just walking*

the streets of Columbus, Ohio...” Z. 107-109. *“I’m not gonna be walking around like some of these people I see down at Southeast.”* 183-184 Und weiter führt er aus: *“I got a 1-800 [number]... I got to call this woman... to find out what my status is [in bezug auf den Antrag auf staatliche Transferleistungen für Behinderte] ‘cause I don’t have anyone down in there [bei Southeast Inc.] working with me... That’s absurd. That’s ludicrous... But I am crazy. Maybe they are.”* Z. 557-567 Durch eine solche entwaffnend-pointierte *Um- und Neubewertung* ist es Herrn 2 einerseits möglich, sich Abstand zu seinen drängenden Nöten zu verschaffen und andererseits seiner Frustration Luft zu machen. Das Interview liefert auch Belege dafür, dass *Spiritualität* dem Informanten bei der Bewältigung seiner schwierigen Lebenslage hilft.

Im Bereich der *äußeren Kraftquellen* beeindruckt Herr 2 mit der Fähigkeit, sich in seiner desolaten Übergangssituation, die von Armut und Krankheit und von damit einhergehendem Wohnungs- und Arbeitsplatzverlust geprägt ist, *Unterstützung durch andere Menschen* zu organisieren. Dazu greift er eigeninitiativ auf politische *Netzwerkkontakte* zurück und kann so tatsächlich zumindest seine Obdachlosigkeit beseitigen. Der Aufbau und die Pflege solcher persönlicher Beziehungen sowie die Kompetenz, diese in Krisenzeiten für sich nutzbar zu machen, stellt eine enorme Ressource dar. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang auch seine Fähigkeit zur *Kommunikation*, die er immer wieder einfordert und der er gegenüber einer biologisch orientierten Psychiatrie eindeutig den Vorzug einräumt. Außerdem ist es Herrn 2 gelungen, sich aus der Drogenszene zu lösen, indem er sich von alten Freunden und den Orten, an denen diese sich bewegen, distanziert hat. Ein solcher *Wechsel der (sozialen) Umgebung* ist ebenso eine Ressource, wenn es darum geht, an Körper und Seele zu gesunden.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel angemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Zum Interviewzeitpunkt währte die Einbindung des Informanten in das psychiatrische Hilfesystem im engeren Sinne lediglich sechs Monate. Zuvor war er psychiatrisch unversorgt. Entsprechend beziehen sich seine Erfahrungswerte auf eine einzige Institution und verdichten sich dort wiederum auf einen bestimmten Helfer hin. Die elementare Bedeutung dieser Bezugsperson, auf deren Hintergrund die Institution nahezu zur Bedeutungslosigkeit verblasst, veranschaulicht das folgende Zitat:

„It’s, uh, you know, gettin’ like... not like glue, but you know: Here I am, if I see Southeast, all I see is you. This is who I come and see...“ Z. 621-623. “But if you move to... North Central or whatever they is, you go down there, you know, I would feel like: ‘Whoa, T., [die Interviewerin] she is down there. This is where I need to be.’ And I think that’s okay.” Z. 638-640

Die Art der Beziehung zu seiner ehemals in der Einrichtung für ihn zuständigen Bezugsperson beschreibt Herr 2 folgendermaßen:

„Like I said, I found someone that I look up to, and I’ve seen all these little degrees he did... A recovering addict counselor...“ Z. 867-869. “I’ve seen that hanging there...” Z. 879. “So I can go through this thing, and as a better future, if my mind clears my thinking, so that it’s coming back... And I can go ahead and... get a degree or two... whatever I wanted to do. It’s never too late.” Z. 880-883

Im vorliegenden Beispiel wird der professionelle Mitarbeiter zu einer positiven Identifikationsfigur. Er informiert und berät, motiviert und baut auf. Die auf diese Weise erfahrene Hilfe wird zwar sehr geschätzt, beschränkt sich bei näherem Hinsehen aber auf einen Bereich. Andere Kategorien, wie z. B. praktische Hilfe oder sozio-kulturelle Aktivitäten werden nicht abgedeckt. Dabei sind auch und gerade bestimmte gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen notwendig, wenn es darum geht, die einmal erkannten eigenen Stärken in soziale Handlungen umzusetzen. Andernfalls können Menschen wie Herr 2 ihre Potenziale zur Lebensbewältigung kaum voll entwickeln und wieder mehr Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen erlangen. Wo ferner die Adressaten von professionellen Helferinnen und Helfern abhängig gemacht und abhängig gehalten werden, wird es ihnen nicht gelingen, ihre Erfahrungskomplexe der Hilflosigkeit und Demoralisierung dauerhaft zu überwinden. Im vorliegenden Beispiel deutet sich ein solches Abhängigkeitsverhältnis bereits an. Um dem entgegenzuwirken, wären Prozesse zu unterstützen, die Herrn 2 helfen, von individuell-professionellen Unterstützungsleistungen unabhängiger zu werden und sich auf seine eigenen Ressourcen verlassen zu können. Dennoch lohnt es sich, die Art der Interaktion zwischen ihm und seiner bisher zuständigen Bezugsperson genauer zu untersuchen. Dieser Helfer regt den Informanten durch sein eigenes persönliches Beispiel zum Entwurf „alternativer Zukünfte“ (Pfeifer-Schaupp, 1997: 159) an. Diese Zukunftsbilder vermitteln Hoffnung und lassen das Gefühl aufkommen, sich auf etwas realistisch Erreichbares freuen zu können, ein Faktor, der in der Arbeit mit der

Zielgruppe nicht hoch genug einzuschätzen ist. Selbstverständlich realisieren sich solche Anregungs- und Aktivierungsprozesse ganz überwiegend im Kontakt zu einzelnen Menschen. Im vorliegenden Beispiel geht es lediglich darum, solche Beziehungen auch in anderen Lebensbereichen zu entwickeln und den Kreis der Unterstützer darüber auszubauen. Wo das sekundäre Netzwerk gesellschaftlicher Institutionen durch den Wegfall des Arbeitsplatzes eingeschränkt ist, gewinnen primäre (Familie, Verwandte, Freunde, Nachbarschaft) und tertiäre Netzwerke (z. B. Selbsthilfegruppen oder intermediäre professionelle Dienstleister) umso stärker an Bedeutung. Begleiterinnen und Begleitern kommt die Aufgabe zu, die Zielgruppe dabei zu unterstützen, förderliche brüchige Netzwerke wieder zu stärken und neue zu erschließen. Im Falle von Herrn 2 ist das *primäre Netzwerk* aufgrund des Verlusts familialer Bindungen durch verloren gegangenes Vertrauen brüchig geworden. Hier wäre die Intensivierung nachbarschaftlicher Kontakte eine Möglichkeit, einen Ausgleich zu schaffen. Über Mitgliedschaften in einem Verein oder einer Selbsthilfegruppe könnten sich auf *tertiärer Ebene* weitere Netzwerkbeziehungen entwickeln. Auch das Engagement in einer Bürgerinitiative fällt in diese Kategorie, das sich gerade in US-Metropolen anbietet, wo obschon solche Aktivitäten dort eine lange Tradition haben, schwarz und arm nach wie vor Synonyme geblieben sind. Das *sekundäre Netzwerk* gesellschaftlicher Institutionen könnte durch den Besuch von Bildungseinrichtungen eine Stärkung erfahren. Während bürgerschaftliches Engagement möglicherweise einen (noch) zu hohen Anspruch an den Informanten stellt, ist diese Ebene evtl. Erfolg versprechender, zumal sich im obigen Zitat offenbart, wie eng Bildung und Selbstwertgefühl für den Informanten miteinander verknüpft sind. Folgt man der Definition des Bildungsbegriffs von Lazarus und Bosshard (2005: 25) wonach „Bildung... eine selbst gewählte von Freude, Interesse und anderen guten Gefühlen geprägte Beziehung zu einem Objekt, zu einer Aufgabe, zu einem Thema, zu einem ‚Stück Welt‘ ist“, dann lassen sich sicher auch in der Biografie von Herrn 2 solche „Bildungsressourcen“ aufspüren. Ein erstes Mittel dabei ist die Lenkung der Aufmerksamkeit auf diejenigen Person-Umweltbezüge, die mit Erfahrungen von interessierter Zuwendung, positivem Austausch sowie von Bestätigung und Akzeptanz verbunden waren oder sind. Eingedenk der im Interview dominierenden unflexiblen Denkmuster sowie subjektiv fehlender Entscheidungsfreiheit könnte gemeinsam mit Herrn 2 z. B. nach Situationen gesucht werden, in denen er tatsächlich die Wahl gehabt hat. Abweichend von der Auffassung

des Informanten müssen obdachlose, psychisch kranke Menschen und ihre Begleiterinnen und Begleiter dazu nicht unbedingt exakt identische Lebenserfahrungen gemacht haben. Es ist aber notwendig, dass die Helfenden eine reflexive Sensibilität sowie eine differenzierte Wahrnehmungs- und Empathiefähigkeit für unterschiedliche Lebenswelten und -zusammenhänge ihrer Klientel entwickeln, in die sie sich hineinbegeben und sich ohne Scheu darin bewegen müssen. Schicht- und milieuspezifische Sprach- und Handlungsmuster müssen „dechiffriert“ und die eigenen Intentionen in didaktisch angemessener Form in die Sprache von Betroffenen „übersetzt“ werden. Um jedoch in einer offenen und dialogischen Form, d. h. in enger Kooperation mit den Betroffenen bestehende Netzwerke zu erkunden und neue zu erschließen, reicht Feldkompetenz allein nicht aus. Helferinnen und Helfer müssen darüber hinaus auch über ein wissenschaftlich fundiertes Wissen (z. B. zu soziologischen oder rechtlichen Grundlagen) verfügen. Auch ethnische Kompetenz gehört unbedingt dazu, wie gerade das vorliegende Beispiel zeigt, bei dem der Informant sein psychisches Selbsterleben vielfach mit Reizbarkeit beschreibt. Im ethnischen Sinne versierte Begleiterinnen und Begleiter wissen, dass die Diagnose einer „Major Depression“ sich kulturabhängig in unterschiedlichen Symptomen äußern kann. Statt tiefer Traurigkeit oder Schuld können z. B. in bestimmten Kulturen des Mittleren Ostens oder Lateinamerikas somatische Beschwerden wie Herz- oder Kopfschmerzen dominieren. In die vierte Ausgabe des Diagnostisch-Statistischen Manuals der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft von 1994 haben einige dieser kulturellen Besonderheiten erstmals Eingang gefunden, ausgerechnet die Bevölkerungsgruppe der Afroamerikaner blieb dabei allerdings unberücksichtigt. Dennoch herrscht in amerikanischen klinischen Behandlungskontexten mittlerweile ein breiter Konsens darüber, dass Depressionen bei Afroamerikanern häufig mit Gefühlen von Gereiztheit und Anspannung anstatt mit Trauer und Niedergeschlagenheit einhergehen.

Frau 3:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Die Informantin ist zum Interviewzeitpunkt 27 Jahre alt und mit ihrer weißen Hautfarbe eine Amerikanerin europäischer Abstammung. Offenbar besucht sie das ambulant-psychiatrische Versorgungszentrum nahezu täglich, denn sie und die Interviewerin sind sich im Vorfeld der Erhebung mehrfach begegnet, wobei bereits

deutlich wurde, dass Frau 3 nicht nur psychisch sondern auch suchtkrank und obdachlos (gewesen) ist. Ihr Teint wirkt jedes Mal fahl, die blassblauen Augen blicken ausdruckslos. Mit ihrer dünnen Figur, der zu weiten schmutzigen Kleidung und der Schirmmütze mit Paulchen-Panther-Motiv, die sie offenbar nie abnimmt, wirkt sie eher wie ein pubertierender Junge denn wie eine Frau Ende 20. Tatsächlich hat Frau 3 bereits selbst zwei Töchter und einen Sohn. Eine Tochter ist zum Gesprächszeitpunkt drei Jahre alt, das Alter der anderen Kinder bleibt unklar. Die Informantin erzählt aber, dass zwei ihrer Kinder von ihrer Mutter und ihrem Stiefvater erzogen werden, während die Jüngste von einer Cousine adoptiert wurde. Zu diesem Mädchen besteht seither offenbar kein Kontakt mehr, und auch die anderen Kinder sieht Frau 3 unregelmäßig. Ihre psychischen Probleme, die sie mit „Panikattacken“, „Manische Depression“ sowie „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ angibt, begleiten die Informantin ihrer Schilderung nach schon ein ganzes Leben lang. „*Richtig bergab gegangen*“ Z. 169 sei es in ihrer Wahrnehmung allerdings erst vor knapp zwei Jahren, als sie das Sorgerecht für ihre beiden älteren Kinder ihrer eigenen Mutter überträgt. Bis zu diesem Zeitpunkt war sie, wenn auch möglicherweise nur sporadisch, noch in Arbeitszusammenhänge integriert, die sie allerdings nicht näher spezifiziert. Das Gefühl, als Mutter gescheitert zu sein, ist für Frau 3 offenbar so fundamental, dass sie versucht, sich das Leben zu nehmen. Dieser, obwohl nicht ihr erster Suizidversuch, führt vermutlich dazu, dass sie über NetCare Access, einer Krisenevaluations- und Koordinierungsstelle und gleichsam „Eintrittskarte“ für weiterführende psychiatrische Hilfen in der Region Franklin County, an Southeast Inc. vermittelt wird. Unterstützt von der dort für sie zuständigen Bezugsperson ist Frau 3 inzwischen aus der Obdachlosigkeit heraus in eine Form des Betreuten Wohnens gezogen, in der sucht- und psychisch kranke Menschen für einen befristeten Zeitraum zusammenleben. Auch im schulisch-beruflichen Bereich wird die Informantin unterstützt, indem versucht wird, bei Southeast Inc. einen Rahmen zu schaffen, der es ihr ermöglicht, sich auf ihr GED (= General Education Development) vorzubereiten. Damit hätte Frau 3 einen dem amerikanischen und kanadischen High-School Zertifikat gleichwertigen Abschluss. Die Informantin hat große Schwierigkeiten, Erlebtes zu erinnern und es in Worte zu kleiden. Entsprechend ist die Erzählstruktur ungeordnet, und es kommt zu häufigen Satzabbrüchen mit grammatisch unkorrektem Satzaufbau. Außer Reformulierungen, Pausen und Auslassungen treten auch überproportional häufig Unsicherheit markierende Füllpartikel in der Textoberfläche auf. Diese Formen

sprachlicher Suchbewegungen passen zum extrem negativen Selbstbild der Informantin als dem einer „*Versagerin*“ Z. 181 und eines „*erbärmlichen Abklatsches eines Menschen*“. Z. 189-190

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

Ob es biografisch Situationen gegeben hat, die von der Informantin traumatisch gespeichert worden sind, lässt sich nicht mit Sicherheit beantworten. Dafür sind gravierende Verlusterfahrungen auf allen drei ermittelten Ebenen evident: Zwar betont Frau 3, dass sie nie auf der Straße geschlafen, sondern stets „*mal hier, mal da*“ Z. 264-265 untergekommen sei, dennoch zeugt das nachstehende Zitat von zurückliegenden *materiellen Verlusten*, wenn sie erzählt, wie ihr Leben in der Obdachlosigkeit, das sie noch bis vor kurzem führte, aussah: „*Wear the same clothes, bumming money, bumming cigarettes, it's ridiculous. Eating out of trash cans... it's hard. I did not enjoy it*“. Z. 259-260 Auf der *kognitiv-emotionalen Ebene* berichtet die Informantin über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie über den Verlust ihrer Kommunikationsfähigkeit. Damit sind tief greifende Verlusterfahrungen zwischenmenschlicher Art verbunden, wie der Verlust von Kontakten zu Menschen allgemein oder der fehlende regelmäßige Kontakt zu den eigenen Kindern. Ihr Unvermögen nicht für diese sorgen zu können, ist für Frau 3 besonders schmerzvoll, die von sich sagt: „*My kids are my life.*“ Z. 296

Subjektive Bearbeitung

Auf der *inneren Erlebensebene* konstruiert Frau 3 ihre psychischen Probleme, als etwas, das sich ihrer *Kontrolle entzieht*. Auch die zeitweisen akustischen Halluzinationen in Form von imperativen Stimmen, über die sie neben optischen Trugwahrnehmungen berichtet, erlebt sie als über sie hereinbrechende Phänomene, die sie trotz aller Anstrengung nicht zu beeinflussen vermag. Diese akustischen Halluzinationen befördern ihrerseits *Gewaltphantasien*, in dem sie Frau 3 ihren Schilderungen nach zu selbstverletzendem Verhalten auffordern. Außerdem beschreibt sie im Krisenfall Gefühle der *Erstarrung*.

Nach *außen im Verhalten* hat die Informantin bisher hauptsächlich durch den *Gebrauch von Suchtmitteln* versucht, wieder mehr Kontrolle über das eigene Leben zu

erlangen. Ferner bedient sie sich der Strategie des *Rückzugs und der Abschottung*. Inwiefern die von ihr beschriebenen großen Erinnerungslücken *dissoziative* Qualität haben und damit doch auf erlebte Traumata in der Vorgeschichte hindeuten könnten, bleibt unklar. Eindeutig am Interviewprotokoll ausweisen lassen sich dagegen *Gewalthandlungen* an sich selbst in Form mehrerer geschilderter Suizidversuche.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Unterstützung durch psychiatrische Institutionen erfährt die Informantin erst knapp zwei Jahre vor dem Interviewzeitpunkt, nachdem ein weiterer (und bis dato letzter) Suizidversuch erneut fehlschlägt. Die Gründe, warum psychiatrische Hilfe erst sehr spät und im Sinne einer ultima ratio angefordert wird, sind vielfältig. Auf der *personellen Ebene* spricht vieles dafür, dass das *extrem negative Selbstbild* der Informantin zu dieser Entwicklung beigetragen hat. Auch berichtet die Informantin von nicht eingehaltenen Versprechungen, die ihr die vormals bei Southeast Inc. für sie zuständige Bezugsperson gegeben haben soll. Diese Erfahrung dürfte ihr *Vertrauen in Professionelle erodiert* haben. Ebenso hat das *Nicht-Verstehen der eigenen Erkrankung* ihre Behandlungsmotivation mit hoher Wahrscheinlichkeit negativ beeinflusst. Ob der Faktor *Armut* hierbei explizit eine Rolle gespielt hat, lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Sicher ist allerdings, dass ihre Mittellosigkeit verbunden mit der extrem ungeschützten Lebenslage ohne eigenen Wohnraum zu sein, bei Frau 3 Abhängigkeitsverhältnisse befördert, die wiederum ihre körperliche Unversehrtheit gefährden. So ist der ihr von einem Freund der Mutter gewährte Unterschlupf seinerseits an die Erwartung sexueller Gefälligkeiten gekoppelt. Frau 3 drückt es so aus:

„*The guy that I was staying with... was trying to get me to sleep with him and... go out and everything and I just... the dude is too old.*“ Z. 345-346

Die eigene *Suchtananamnese*, die in der Wahrnehmung der Informantin die imperativen Stimmen zum Schweigen bringt sowie „*dem Schmerz die Spitze nimmt*“, Z. 446 kann ebenso als Erschwernis dafür gelten, fachpsychiatrische Hilfe rechtzeitig nachzufragen. Inwieweit die mit dem Drogengebrauch zusammenhängenden Gedächtnisverluste als *andere gesundheitlichen Probleme* auch das Inanspruchnahmeverhalten fachpsychiatrischer Dienste beeinflussen, bleibt offen. Frau 3 wendet sich zur Behandlung ihrer psychischen Störungen zunächst an ihren Hausarzt, der ihr diverse Medikamente verordnet, die aus der Sicht der Informantin aber keine Wirkung zeigen. Damit erlebt sie die ihr in einem *institutionellen Kontext*

dargebotene Hilfe zunächst als *nicht existent*. Die Informantin berichtet jedoch auch davon, wie sie sich aufgrund der negativen Erfahrungen mit der initial bei Southeast Inc. zuständigen Bezugsperson mit Erfolg für einen Betreuungswechsel eingesetzt und daraufhin eine andere Ansprechpartnerin erhalten habe. Von dieser fühlt sie sich offenbar verstanden und ernst genommen. Das Gespräch mit Frau 3 weist ferner eine *variierende Entscheidungsfreiheit zur Inanspruchnahme von Hilfe* aus. Erfolgte diese anfangs im Rahmen eines Suizidversuchs unter Zwang, so besucht die Informantin das Versorgungszentrum inzwischen aus eigenem Antrieb und ist davon überzeugt, derzeit nicht ohne die dort geleistete Unterstützung zurechtzukommen. Den über die eigene Person bzw. die Herkunftsfamilie hinausweisenden *Kontext einer gesellschaftlichen Betrachtung* ihrer Situation spart Frau 3 aus.

Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

„Hard“ ist ein Schlüsselwort in den Äußerungen von Frau 3. Sie konstruiert ihr Dasein als ständigen Überlebenskampf, dem sich täglich zu stellen sie fast übermenschliche Anstrengung kostet. Auf der Ebene *innerer Kraftquellen*, die ihr helfen können, in diesem Kampf zu bestehen, fällt ihre Fähigkeit zur *Kontextualisierung* auf, mit der sie jedenfalls partiell in der Lage ist, Situationen aus verschiedenen Perspektiven wahrzunehmen und wiederzugeben. Unter den *äußeren Ressourcen* ist die Tatsache, *eine Aufgabe zu haben*, nämlich perspektivisch wieder für ihre Kinder da sein zu können, existenziell wichtig. Auch kann sie auf *Unterstützung durch andere Menschen* zurückgreifen, selbst wenn es sich dabei vorerst ausschließlich um psychiatrisch Tätige handelt, da andere Netzwerke zum Gesprächszeitpunkt brüchig sind und daher kaum genutzt werden können. Beeindruckend ist ferner, wie die Informantin ihre als unbefriedigend empfundene Betreuungssituation löst, indem sie von ihrem Recht Gebrauch macht, ihr Missfallen zu äußern und als Akt der *Selbstfürsorge* eine personelle Veränderung einfordert.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel angemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Der größte Wunsch von Frau 3 ist, die aktuell gekappten Familienbeziehungen besonders zu ihren Kindern wieder aufzunehmen und ein intaktes Familienleben zu führen. Dabei ist im Gespräch nichts darüber zu erfahren, ob und wie lange sie ein solches kennen gelernt hat. Die Informantin macht auch keine Angaben dazu, was

genau zur Trennung von ihren Kindern geführt hat. Obwohl Frau 3 sich selbst sehr niedergeschlagen präsentiert, können Außenstehende bezüglich ihrer Lebenssituation doch einige Lichtblicke ausmachen: Ihre Kinder sind alle im sozialen Nahfeld bei Verwandten statt bei völlig fremden Personen untergebracht. Dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass ein späteres Zusammenleben mit ihren Kindern wieder möglich wird. Diese Perspektive ist für die Informantin vermutlich die größte denkbare Motivation beim Aufbau einer drogenfreien, sozial integrierten Lebensperspektive. Natürlich darf ihre Realisierung nicht auf Kosten der kindlichen Entwicklung gehen. Helfende, die in diesem Prozess unterstützend tätig sein wollen, lassen sich auf eine Gratwanderung zwischen Kindeswohl und Elternrechten ein, die eine hohe Fachlichkeit in theoretischem Wissen und praktischem Handeln erfordert. Theoretisch versierte Begleiterinnen und Begleiter wissen beispielsweise um Forschungsergebnisse, die wenigstens für den deutschsprachigen Raum bei Kindern psychisch kranker Eltern bezogen auf die Gesamtbevölkerung von einem erhöhten eigenen Erkrankungsrisiko von 13 gegenüber 1 Prozent ausgehen. Dabei zeigen gerade jene Kinder von Eltern mit Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen den ungünstigsten Entwicklungsverlauf (Schwegmann, 2007: 4). Dass damit Kinder psychisch kranker Eltern heute bereits einen großen Teil der kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen und Patienten stellen, überrascht vor diesem Hintergrund nicht. Gleichzeitig existieren keine Forschungsergebnisse, die belegen, dass der Wunsch, eine gute Mutter oder ein guter Vater zu sein bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung weniger stark ausgeprägt sein sollte, als bei gesunden Eltern. Auch Frau 3 hegt diesen großen Wunsch, der bei ihr alle anderen Lebensbereiche überlagert. Die Tatsache, dass sie ihre Mutterrolle (derzeit) nicht bzw. nicht adäquat ausfüllen kann, führt bei ihr zu massiven Schuldgefühlen, die wiederum ihren eigenen Gesundungsprozess beeinträchtigen. Es darf in diesem Zusammenhang nicht vernachlässigt werden, dass Kinder von Eltern mit psychischen Störungen ebenso wie die Kinder gesunder Eltern Mutter und Vater brauchen. Auch wenn die Erziehungsfähigkeit in der ersten Gruppe möglicherweise deutlich eingeschränkt sein sollte, so können Eltern durch institutionell-öffentliche Erziehung bzw. professionelle Betreuungsangebote nicht einfach ersetzt werden. Mütter wie Frau 3 benötigen in dieser Situation ergänzende Hilfen in den Bereichen, in denen sie ihrer Elternrolle nicht gerecht werden können. Begleiterinnen und Begleiter von psychisch kranken Müttern können eine solche Form der Unterstützung sein, zumal gesunde

Bezugspersonen von enormer Bedeutung sind, wenn es darum geht, Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen und psychosomatischen Störungen der Kinder vorzubeugen. Schwegmann, 2007: 6; Welter-Enderlin & Hildenbrandt, 2006). Auf dieser Einsicht beruhen Patenschaftsprojekte wie z. B. PFIFF in Hamburg, in denen Familien mit erkrankten Elternteilen Paten zur Seite gestellt werden, die als Ansprechpartnerinnen und -partner und Vertrauenspersonen vor allem für das Kind fungieren, dieses aber auch in Zeiten der stationären Versorgung der psychisch kranken Eltern versorgen oder bei sich aufnehmen. In einem professionellen Rahmen wurde beim Ambulanten Sozialpädagogischen Dienst der Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll, einem Hamburger Träger der Eingliederungshilfe, im Mai 2007 das Projekt „Ambulante Hilfen für Familien mit psychisch erkrankten Eltern“ etabliert. Dabei handelt es sich um eine integrierte Betreuung von Familien unter zwei Leistungsvereinbarungen für den jugendhilferechtlichen ebenso wie für den sozialpsychiatrischen Bereich. Die Arbeit der professionell Helfenden erfolgt in gemischtgeschlechtlichen Tandems. Von Fall zu Fall wird entschieden und im Team reflektiert, welche der beiden Fachkräfte welches Familienmitglied betreut bzw. wer auf der Eltern- und auf der Kinderebene arbeitet. Die Zuordnung wird auf der Grundlage der Psychodynamik der innerfamiliären Beziehungen vorgenommen und geht dabei nach Möglichkeit auf die Wünsche der Familienmitglieder ein. Sie kann während der Dauer der Hilfemaßnahme verändert werden. Bei Bedarf kann eine dritte Person mit eingebunden werden, wobei grundsätzlich nicht mehr als drei Helfende in einer Familie tätig werden sollten. Ein Ziel dieser Betreuungsform ist es, für jene Familien einen Halt gebenden Rahmen zu schaffen, in denen die eigene Familienstruktur verschoben bzw. zerfallen ist. In solchen Familien fehlen feste Abläufe und Rituale zur Tages- und Wochengestaltung. Geburtstage werden nicht gefeiert. Es gibt kaum gemeinsame Mahlzeiten oder positive gemeinsame Unternehmungen wie Ausflüge, spielen, kuscheln oder vorlesen, weil psychisch erkrankte Eltern solche Aktivitäten nicht aushalten oder organisieren können. Stattdessen sind die Familienmitglieder sich selbst überlassen, und häufig kommt es zur Rollenumkehr oder Parentifizierung, d. h. die Übernahme von (Teilen der) Elternrolle durch die Kinder. Die professionellen Begleiterinnen und Begleiter fungieren in diesen Familien als Rollenvorbilder in der Kommunikation untereinander, ohne sich von regressiven Beziehungswünschen aller ihrer Mitglieder besonders aber der psychisch erkrankten Elternteile vereinnahmen zu lassen. Allerdings stellen sie

sich als Gegenstand für die Erwartungen und Projektionen aller Beteiligten zur Verfügung. Im Beziehungsgeschehen kommunizieren sie offen, bei Konflikten auch grenzsetzend, idealerweise ohne Freundlichkeit und Verständnis aufzugeben. Dazu ist eine innere Haltung einzunehmen, in der sich Empathie und Distanz, ein „in der Familie sein“ und „außerhalb der Familie stehen“ verbindet. (Schwegmann, 2007: 21f.) Damit machen die professionellen Begleiterinnen und Begleiter solchen Familien das Angebot einer korrigierenden Beziehungserfahrung. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass Begleiterinnen und Begleiter aus einer (unbewusst) anmaßenden Haltung heraus für sich in Anspruch nehmen, die Bedürfnisse der Erwachsenen und Kinder objektiv beurteilen zu können und die beste Lösung zu kennen. Mütter wie Frau 3 besitzen trotz aller Einschränkungen im Umgang mit ihren Kindern auch Fähigkeiten. Diese aufzudecken und zu fördern ist eine in der Begleitung wesentliche Aufgabe. Am günstigsten wäre es, in diesen Prozess gesunde Erwachsene aus ihrem Familiensystem einzubeziehen, um auf diese Weise auch vorhandene familiäre Ressourcen zu nutzen. Ein ebenso wichtiges Ziel könnte sein, die außerfamiliären Beziehungen zu stärken, um sowohl ihren Kindern Erfahrungen vor allem mit Gleichaltrigen zu ermöglichen, als auch der Informantin selbst zu helfen, eigene Sozialkontakte für sich aufzubauen. So könnte Frau 3, die ohne adäquate Behandlung offenbar jahrelang am äußersten Rand der Gesellschaft gelebt hat, sich allmählich weiter stabilisieren und an Selbstvertrauen und Kompetenz auch im Umgang mit der eigenen Erkrankung gewinnen. Neben der Restaurierung der Familienbeziehungen formuliert sie diesen Aspekt als weiteren großen Wunsch. Im Zusammenhang mit mehr Stabilität wäre mittelfristig auch an eine alternative Wohnung zu denken, da sie die betreute Wohneinrichtung, in der sie zum Interviewzeitpunkt lebt, als einen wenig sicherheitsstiftenden Ort schildert, an dem Diebstähle an der Tagesordnung seien. Auch sollte die begonnene Bildungsarbeit trotz aller Schwierigkeiten fortgesetzt und versucht werden, einen Abschluss zu erreichen. Im Erfolgsfall wäre die Existenz dieser Informantin nicht nur auf eine solidere Grundlage gestellt, sie hätte außerdem die Erfahrung gemacht, dass sich eigene Anstrengung auszahlt und sich darüber als Urheberin ihres eigenen Handelns erlebt. Die Bedeutung dieser Ressource ist in der weiteren Begleitung nicht hoch genug einzuschätzen, besonders da gerade Bildung eng mit dem Selbstwertgefühl von Frau 3 verknüpft zu sein scheint. Im Idealfall wäre solchermaßen gebündelte Unterstützung geeignet, dieser Informantin Perspektiven

aufzuzeigen und sie zum Schmieden von Zukunftsplänen anzuregen, eine Fähigkeit, die ihr zum Interviewzeitpunkt noch völlig fehlt.

Herr 4:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Bei Herrn 4 handelt es sich um einen weißen, zum Interviewzeitpunkt 56 Jahre alten Amerikaner. Er erinnert sich, schon als Kind im Alter von acht oder neun Jahren depressiv gewesen zu sein. Die Erkrankung begleitet ihn durch die gesamte High School-Zeit. Mit dem Eintritt ins College intensiviert sich die Symptomatik seinen Schilderungen nach so massiv, dass er sein Stipendium verliert und daraufhin seine akademische Laufbahn abbrechen muss. Neben psychischen Problemen mögen, wie er einräumt, auch Gefühle von Heimweh und eine alterstypische rebellische Haltung Autoritäten gegenüber zu diesem Schritt beigetragen haben. Herr 4 ist zu diesem Zeitpunkt 19 Jahre alt. Antidepressiva sollen damals, im Jahre 1967, noch nicht verfügbar gewesen sein. Der Informant erhält stattdessen ein anderes Medikament und absolviert einige therapeutische Sitzungen beim niedergelassenen Psychiater, Behandlungsversuche, die in seiner Wahrnehmung aber keinerlei Wirkung zeigen. Herr 4 versucht daraufhin, an seinem Heimatort wieder zur Schule zu gehen bzw. eine Arbeit aufzunehmen und sein Leben so gut es geht wie gehabt weiterzuführen. In den folgenden Jahren soll er mehrfach versucht haben, wieder Anschluss an das psychiatrische Hilfesystem in Ohio zu finden, aber erst in den 1990er Jahren kommt es zu einer erneuten Behandlung durch dasselbe Versorgungszentrum, in dessen Kontext auch die vorliegende Studie realisiert wurde. Dort erhält Herr 4 Antidepressiva, ohne dass es allerdings gelingt, im Rahmen einer Anschlussbehandlung flankierende Maßnahmen wie Beratung oder Therapie zu etablieren. Durch einen Umzug nun außerhalb des Einzugsbereichs besagter Versorgungseinrichtung, versucht er es bei einem anderen psychiatrischen Leistungsanbieter. Der Informant stellt es so dar, als habe man dort das Vorliegen einer depressiven Störung in Abrede gestellt. Er bricht daraufhin den Kontakt zu diesem Zentrum ab und lässt sich fortan nur noch über seinen Hausarzt Antidepressiva verschreiben. Die Berufsbiografie des Informanten scheint vielfältig. Unter anderem berichtet er sowohl von Erfahrungen im psychosozialen Bereich als auch von einer Tätigkeit als Antiquitätenhändler. Seine Beschäftigungsverhältnisse sind allerdings eher sporadisch als dauerhaft. Der vor dem

Interview letzte Arbeitsplatz geht im Januar 2004, also rund 8 Monate vor der Befragung verloren. Da dieser mit der Verfügbarkeit von eigenem Wohnraum gekoppelt war, wird Herr 4 zeitgleich arbeits- und wohnungslos und muss in eine der Notunterkünfte für allein stehende obdachlose Männer umziehen. Verzweifelt und mit dem Gefühl, die Kontrolle über sein Leben verloren zu haben, versucht er dort ein weiteres Mal die Anbindung an eine psychiatrische Institution. Man empfiehlt ihm mit Southeast Inc. eben jenes Versorgungszentrum, das er aus den 1990er Jahren bereits kennt. In dieser Notunterkunft begegnen sich Interviewerin und Informant zum ersten Mal. Herr 4 signalisiert bei dieser Gelegenheit bereits sein großes Interesse zur Teilnahme an der Studie, die zunächst allerdings nicht zustande kommt, da sich beide aus den Augen verlieren. Erst Monate später kommt es in der Stadt wieder zu einer Zufallsbegegnung. Das äußere Erscheinungsbild des Informanten wirkt ungepflegter, als es die Forscherin in Erinnerung hat. Die vormals sorgfältiger frisierten langen Haare wirken fettig, das Gesicht seit Tagen unrasiert. Offenbar hat Herr 4 die letzten Tage im Gefängnis verbracht. Er freut sich jedoch sichtlich, die Interviewerin wiederzusehen und besteht auf der ehemals getroffenen Vereinbarung zur Teilnahme an der Befragung. Beide suchen deshalb sofort eine zentral in Fußnähe gelegene Tagesaufenthaltsstätte für Wohnungslose auf. Die Interviewerin und ihr Gesprächspartner setzen sich mit dem Einverständnis der dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Eingangsbereich an einen Plastiktisch einander gegenüber, den sie vorher an die Wand in die Nähe einer Steckdose geschoben haben. An diesem frühen Augustnachmittag ist die Tagesstätte von Besuchern kaum frequentiert. Herr 4 erzählt, dass er mittlerweile wieder Wohnung und Arbeit gefunden habe. Außerdem sei es ihm zwischenzeitlich möglich gewesen, mit seinem adoleszenten Sohn wieder Kontakt aufzunehmen. Vorausgegangen war offenbar ein Anruf seiner Ex-Partnerin, die ihn um Unterstützung bittet, als sie den Sohn beim Drogenkonsum ertappt. Herr 4 hat ebenfalls Erfahrung mit illegalen Drogen, gibt aber an, seit rund 5 Monaten clean zu sein. Lediglich Bier trinke er täglich, obschon sich sein Konsumverhalten von acht auf vier Biere pro Tag reduziert hätte. Auch die Tatsache, wieder in Arbeit und Wohnung zu sein, wertet er als eigenen Verdienst, der ihn sichtlich stolz und zufrieden macht. Überhaupt scheint Herr 4 zum Gesprächszeitpunkt über ein positives Selbstbild zu verfügen. Er positioniert sich als „*exzentrischen Charmeur*.“ Z. 566; 627

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

Im Gespräch erzählt Herr 4 von verschiedenen Lebenskrisen, die mit viel emotionalem Schmerz einhergegangen seien. Ob diese schwierigen Übergangssituationen teilweise traumatisch verarbeitet wurden, dafür liefert das Interview keine Hinweise, obschon zu bedenken ist, dass eine solche aus wissenschaftlichem Interesse herbeigeführte und methodisch restringierte Kommunikation immer nur einen winzigen Ausschnitt aus der erzählerischen Selbstdarstellung der Informantinnen und Informanten darstellt. *Verlusterfahrungen* lassen sich dagegen auf allen drei ermittelten Ebenen am Interviewprotokoll ausweisen: Mit der Kündigung durch den Arbeitgeber und der damit zusammenhängenden Zwangsäumung der Wohnung sind erstens *materielle Verluste* verbunden. Zweitens kommt es auf einer *kognitiv-emotionalen* Ebene zu Einbrüchen, etwa wenn der Informant einige biografisch bedeutsame Ereignisse zeitlich nur sehr ungenau einordnen kann oder wenn er äußert: „I [am] just not interested. In anything or anybody.“ Z. 106 Damit zusammenhängend beklagt er drittens ebenso Verlusterfahrungen *zwischenmenschlicher Art* aufgrund seines geschilderten jahrelangen Unvermögens, weder mit anderen Menschen allgemein noch mit seinem Sohn Kontakt aufzunehmen.

Subjektive Bearbeitung

Sein psychisches Selbsterleben beschreibt Herr 4 folgendermaßen: „It’s a... lack of motivation, uh, a feeling of being either under a dark cloud or deep in a dark hole. It’s a progressive... feeling of blackness... and helplessness“. Z. 78-80 Zu den Gefühlen von völliger Schwärze, Hilflosigkeit und *Apathie* kommen Schlafstörungen hinzu. Das Unvermögen des Informanten diese inneren Zustände einzuordnen, ruft zusätzlich *Verwirrung und Orientierungslosigkeit* hervor. Seine letzte Episode von Wohnungslosigkeit charakterisiert Herr 4 mit folgenden Worten: „... homeless... it’s yeah... it’s dark...“ Z. 134. “Uh, it’s... no place to go... and no place to cook, no place to go back to, no place to sleep, no place to sit down. Uh, no center... no center.“ Z. 131-133 Hier manifestieren sich im Kontext mit parallel erfahrener Obdachlosigkeit außerdem Gefühle des *Nicht-mehr-bei sich-Seins*. An anderer Stelle im Interview äußert der Informant auch den Eindruck *erlebten Kontrollverlusts*, der sich sowohl auf die eigene Person als auch auf seine Umgebung

bezieht. In dieser Situation berichtet er ferner von *Gewaltphantasien* in Form gelegentlich auftretender Suizidgedanken.

Nach *außen im Verhalten* versucht Herr 4 nach dem Abbruch des Studiums sich an seinem Heimatort wieder in Schul- und Arbeitszusammenhänge zu integrieren und seinem Leben so möglichst den *Anschein von Normalität* zu geben. Außerdem hat der Informant nach eigenen Angaben zur Bewältigung seiner psychischen Gruenerkrankung *Suchtmittel konsumiert*, eine Verhaltensstrategie, die er indes zu *bagatellisieren* geneigt ist. Weiter erzählt er:

„Eventually... when... this depression gets worse, you shut off more and more people and shut yourself in more and more and there seems to be less and less option and less and less reason to try anything or do anything...“ Z. 418-421. Dieses Zitat weist darüber hinaus klar auf Tendenzen zum *Rückzug* und zur *Abschottung* hin. Ferner bedient er sich des Kommunikationsstils der *Ironie* bzw. des *Sarkasmus*, etwa wenn er sagt: „...then I was diagnosed as not being depressed... by a truly brilliant psychiatrist. So... [flüstert] moron.“ Z. 247-248 Dieser letzte Satz zeugt zudem von einer *Abwertung* professionell psychiatrisch Tätiger. Dagegen entwickelt Herr 4, vermittelt durch die Erfahrung, als Teenager von anderen seiner langen Haare wegen ebenso abgelehnt worden zu sein, aus heutiger Sicht durchaus so etwas wie Solidarität anderen Randgruppen gegenüber, wie etwa Farbigen oder Strafgefangenen.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Es ist davon auszugehen, dass auf einer *personellen Ebene* die *Suchtanamnese* des Informanten dazu beigetragen hat, psychiatrische Hilfe erst sehr spät im Sinne einer *ultima ratio* nachzufragen bzw. anzufordern. Auch der Faktor *Armut* mag eine adäquate Form der Hilfe zunächst verunmöglicht haben, da Herr 4 angibt, er habe sich keinen privat praktizierenden Arzt leisten können. Bei der Beschreibung seiner Erfahrungen mit unterschiedlichen psychiatrischen Leistungsanbietern scheinen außerdem Tendenzen zur *Delegation der Eigenverantwortlichkeit* auf. Ferner kann das *Nicht-Verstehen der eigenen Erkrankung* im vorliegenden Beispiel als Hindernis dafür gelten, sich rechtzeitig um entsprechende Hilfe zu bemühen.

Auf einer *institutionellen Ebene* unterstellt Herr 4 *Professionellen Inkompetenz*, wie es etwa in obiger Textpassage zum Ausdruck kommt. Damit einhergeht der Eindruck, als Person in seinem Leiden *nicht wahr- und ernst genommen* zu werden. Die frühen

Behandlungsversuche seiner psychischen Störungen wertet er zudem als *Nicht-Hilfe*, und auch später bilanziert er seine Erfahrungen mit den Institutionen psychiatrischer Versorgung überwiegend negativ. So beklagt er beispielsweise *fehlende Platz- und Zeitkapazitäten* in Einrichtungen, die zu langen Wartezeiten bei Menschen führten, die psychiatrische Behandlung anfordern. In der Suchthilfe weist er damit zusammenhängend außerdem auf *andere unflexible institutionelle Praktiken* hin, mit denen ausstiegswilligen Drogenabhängigen seiner Meinung nach unnötige Steine in den Weg gelegt würden. Auch die Erfahrung, dass die von Herrn 4 bisher eingenommenen Antidepressiva im Gefängnis nicht zur Verfügung standen, fällt in diese Kategorie. Sein Beispiel macht ferner deutlich, dass die *Entscheidungsfreiheit zur Inanspruchnahme fachpsychiatrischer Hilfe* im Einzelfall stark *variieren* kann. Sein Inanspruchnahmeverhalten wechselt zwischen „aus eigenem Antrieb“ „von außen angestoßen“ und „gesetzlich vorgeschrieben“ hin und her.

Die vom Informanten auf einer *gesellschaftlichen Ebene* geschilderten Widerstände konzentrieren sich auf *Diskriminierungserfahrungen aufgrund der besonderen Lebenslage Obdachlosigkeit*. In seiner Wahrnehmung reagiert die Gesellschaft als Ganzes Obdachlosen gegenüber mit Feindseligkeit. Zu den Gründen führt Herr 4 aus: „*Because they look funny...*” Z. 568 *“Let’s say, uh, poverty is a stigma in America. ‘Cause... ‘cause I couldn’t make more. And homeless equates being poor, or worse actually than poor. Homeless... can’t keep a roof over your head, meaning you must not be worth anything...”* Z. 571-574 *“And, uh, I don’t want you around here, ‘cause you gonna steal from me, because I know you are poor. And I don’t wanna be bothered giving you anything.”* Z. 579-580

Auf Nachfrage bemerkt der Informant allerdings, dass die selbst erlebte Diskriminierung aufgrund seiner äußeren Erscheinung als jemand, der wenig Geld hat, nicht so massiv-offen sondern eher subtil-oberflächlicher Art gewesen sei. Einen solchen Anlass beschreibt er wie folgt:

„I’ve always looked a little funny. Had long hair and a beard and when my mother died my brother came in town and made me get a haircut, bought me a new suit and, uh...he took me to the bank, I had to cash a check, and they were so much nicer, the people in the bank were so much nicer, because I looked normal, you know, a young gentleman with a shave and a haircut and a new tie and a new suit and clean shoes. And, uh, something that I never really... paid much attention to. But there... there

wasn't anything there for them to be afraid of... 'Cause I was a known quantity." Z. 586-597

Auch andere der vom Informanten geschilderten Formen von Diskriminierung in diesem Bereich vollzogen sich überwiegend non-verbal und betrafen angewiderte Blicke oder das mindestens um einen Sitz Weiterrücken, um im Bus Abstand zu halten. Im Gegensatz zum obigen Zitat stammen diese letzten Beispiele allerdings aus seinen Teenagerjahren. Herr 4 glaubt, dass sich im Vergleich von damals und heute in Bezug auf Ausgrenzung einiges zum Positiven verändert hat.

Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

Auf der Ebene der *inneren Ressourcen* fällt zunächst seine Fähigkeit zur *Kontextualisierung* auf, d. h. Herr 4 ist jedenfalls partiell in der Lage, unterschiedliche Situationen aus mehreren Perspektiven wahrzunehmen und wiederzugeben. In der Art, wie er die Wirkungsweise von Medikamenten in seinem Fall beschreibt, scheint außerdem *Humor* auf. So kann er objektiv vielleicht ungut anmutenden Sachverhalten (z. B. unter Umständen ein Leben lang auf Medikamente angewiesen zu sein) noch etwas Komisches abgewinnen und sich dadurch entlasten. Die Art, wie er sich z. B. sozial arrivierte Bankangestellten gegenüber als verwegener Exzentriker mit eigenem Stil positioniert und darüber eine lokale Überlegenheit konstruiert, deutet zudem auf die Fähigkeit zur *Um- und Neubewertung* bestimmter Interaktionen hin, die wiederum identitätsstabilisierend wirkt.

Im Hinblick auf *äußere Ressourcen* formuliert Herr 4 explizit *Medikation* als das für ihn wirksamste Hilfsmittel zur Bewältigung von psychischen Belastungen. Er bezeichnet die ihm verordneten Substanzen als „Wundermittel“, denen er damit fast magische Kräfte zuschreibt. Die für ihn zweitwichtigste äußere Kraftquelle ist es, aktiv zu werden, bzw. *eine Aufgabe zu haben*. Das Gespräch mit Herrn 4 ist indes auch ein gutes Beispiel dafür, wie entscheidend die *Unterstützung einzelner anderer Menschen* sein kann, wenn es darum geht, schwierige Lebenssituationen zu meistern. Einerseits werden die im Zuge einer diagnostischen Abklärung gegebenen *Informationen* als hilfreich empfunden, zu einem späteren Zeitpunkt beschleunigen andererseits psychiatrisch Tätige als Mittler die Wiederaufnahme psychiatrischer Behandlung. Auch der durch einen Umzug des Informanten erreichte *Wechsel der Umgebung*, kann, obschon innerhalb des Stadtgebiets, ein Versuch gewesen sein, mit den eigenen psychischen Beeinträchtigungen besser zurechtzukommen. Eine zentrale

Funktion bei der Bewältigung vor allem sekundärer Belastungen, wie sie durch Ausgrenzungsprozesse aufgrund Andersartigkeit entstehen, schreibt Herr 4 der *Kommunikation* von Menschen untereinander zu. Durch sie können sich Horizonte erweitern und alternative Sichtweisen erschlossen werden.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel angemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Kommunikation setzt jedoch die Bereitschaft aller Interaktionspartnerinnen und -partner voraus, einander zu begegnen, um mehr voneinander zu erfahren. Entgegen der optimistischen Wahrnehmung des Informanten lassen die in Kapitel 2 dargestellten Forschungsergebnisse vermuten, dass stigmatisierende Einstellungen randständigen Menschen gegenüber in der Allgemeinbevölkerung sowohl in Deutschland als auch in den USA eher zu- als abgenommen haben (vgl. Amering & Schmolke, 2007: 75). Wie negativ obdachlose Menschen im öffentlichen Raum gerade in Columbus wahrgenommen werden, zeigt das Panphlet einer Bürgerinitiative aus dem Jahre 2004, mit dem die Initiatorinnen und Initiatoren um Unterstützung für den Erhalt von Fahrradpatrouillen durch die Polizei in der Innenstadt werben. Darin heißt es unter anderem: *„Reasons why bicycle officers are an effective law enforcement component: Bicycle officers can address quality of life crimes such as public intoxication, urination and panhandling since they are in close proximity to these offenders and often can approach them without being seen or heard. **These crimes are proven to be the precursor to larger crimes such as sexual offenses, drug trafficking, aggravated assault, robbery and vandalism.**“* [Hervorhebung durch die Verfasserin]. Hier werden skandalöse Vereinfachungen als wissenschaftliche Erkenntnisse deklariert, die Angst- und Distanzwünsche schüren, in dem sie obdachlose Menschen als “zu allem fähig, aber zu nichts zu gebrauchen” brandmarken. Dass auch an Herrn 4 solche Stigmatisierungsprozesse nicht spurlos vorübergegangen sein können, zeigt das folgende Zitat: *„I’m really pretty proud of myself actually... got a job, got a place to live, I’m feeling almost human...“* Z. 97-99. Es scheint, als habe er sich in der Vergangenheit hauptsächlich durch Protest und gegen Ausgrenzung zu wehren versucht. Eine alternative Strategie wäre das Sich-Zeigen als Experte und „Lebenslehrer“. Dieses Vorgehen, schon bei seinem Sohn praktiziert und im Ansatz bewährt, könnte über das soziale Nahfeld auch in einer breiteren Öffentlichkeit

angewandt werden und so bei Uneingeweihten sowohl zu einer Wissensvermehrung als auch zu einem Abbau sozialer Distanz beitragen. Diesen Ansatz verfolgt in Hamburg z. B. die Initiative Ex-In. Ebenfalls in Hamburg bieten sog. Psychoseseminare, bei denen sich Psychiatrieerfahrene, Angehörige und andere am Thema Interessierte treffen, außerdem eine Plattform zu einem solchen Erfahrungsaustausch. Auch die Teilnahme an der vorliegenden Studie hat obdachlosen Nutzerinnen und Nutzern psychiatrischer Hilfesysteme die Möglichkeit gegeben, ihre Geschichten zu erzählen. Durch die weitere Bearbeitung in Form schriftlichen Festhaltens und systematischen Ordners durch die Forscherin sind ihre kostbaren Erfahrungen und Erkenntnisse nun allgemein zugänglich. Ein Fortbildungskonzept, wie es in Kapitel 5 dieser Arbeit durch den Entwurf dreier Lernsituationen skizziert wird, soll ebenfalls Vielfalt fördern, indem die Perspektiven jeder Teilnehmerin und jedes Teilnehmers gehört und gewürdigt werden können. Solche Entwicklungen sind Ausdruck einer neuen Rollenverteilung zwischen Menschen, die obdachlos und psychisch krank sind und solchen, die diese Erfahrungen nicht gemacht haben. Aus vom gesellschaftlichen Wohlwollen abhängigen Bittstellern werden aktive Experten in eigener Sache. Damit kann auch das Bewusstsein einhergehen, wieder mehr Kontrolle über das eigene Leben zu haben, eine Vorstellung, die Herrn 4 jedenfalls zeitweise abhanden gekommen war. Auch zeigt das Gespräch mit ihm deutlich die Wichtigkeit eigener Arbeitstätigkeit. Neben bedrohlichen Auswirkungen auf die existenzielle Situation in Phasen der Arbeitslosigkeit, litten sein Selbstwert und vermutlich auch das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten erheblich. Es scheint in diesem Zusammenhang für eine Begleitung günstig, auch danach zu fragen, wie der Informant dabei unterstützt werden könnte, mehr Kontinuität in Arbeitskontexten zu entwickeln. Hierbei ist allerdings eine „geteilte Entscheidungsfindung“ einem paternalistisch motivierten Compliance-Modell unbedingt vorzuziehen. Davon unabhängig stellt sich generell die Frage nach der Effizienz zweier unterschiedlicher Zugänge: „train and place“ versus „place and train“. Die Schilderungen des Informanten belegen die Wichtigkeit produktiven Tätigseins zur Unterstützung erfolgreicher Bewältigung. Diese Auffassung steht im Einklang mit anderen Forschungsergebnissen (Kunze et al., 2003, Amering & Schmolke, 2007) wonach es günstiger ist, Arbeitsplätze zu finden bzw. zu erhalten und die Menschen mit spezifischen Schwierigkeiten dort gezielt zu fördern, anstatt sie vorher in Einrichtungen zu trainieren und dann zu vermitteln. Im Beispiel dieses Informanten waren jedenfalls zum Interviewzeitpunkt die

sicherheitsstiftenden ökonomischen Grundlagen durch Wohnung und Arbeit wieder gegeben. Nun hat er die Möglichkeit, sowohl seine familialen Bindungen als auch seine allgemeinen Sozialkontakte wieder zu restaurieren und damit auch die Kräfte, die für seine psychische Gesundheit arbeiten, weiter zu stärken.

Frau 5:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Bei Frau 5 handelt es sich um eine 54jährige Frau mit afroamerikanischem Hintergrund. Zum Interviewzeitpunkt lebt sie schon „*geraume Zeit*“ Z. 84-85 in einer Übernachtungsstätte für Frauen in Columbus. Nach wochenlangem dortiger Präsenz der Forscherin und zahlreichen Kurzkontakten im Vorfeld, äußert Frau 5 schließlich den Wunsch, an der vorliegenden Erhebung teilnehmen zu wollen. Man trifft sich dazu in einem Büroraum der Einrichtung, der offenbar auch als Abstellkammer dient. Die Informantin setzt sich, das Aufnahmegerät neben sich, auf einen Schreibtisch, die Interviewerin auf einen Stuhl davor. Frau 5 wirkt zugewandt und kooperativ. Offenbar beeindruckt sie die Tatsache, dass ihre Erfahrungen im Rahmen des Forschungsdesigns als Zwei-Länderstudie dazu dienen können, sogar Menschen außerhalb der Vereinigten Staaten zu helfen.

Als Expertin dessen, was erzählwürdig sein soll, vernachlässigt Frau 5 in ihren Schilderungen bestimmte biografische Aspekte wie Kindheit, Schulzeit und Herkunftsfamilie. Während sie von mindestens einer gescheiterten Partnerbeziehung berichtet, ist über mögliche eigene Kinder wiederum nichts zu erfahren. Dagegen hebt sie andere subjektiv einschneidende Erfahrungen (z. B. gesundheitliche Probleme und Behinderung) und spezifische Lebenskrisen (z. B. Arbeitslosigkeit) hervor. Ebenso beschreibt sie ausführlich ihre Teilhabe an bestimmten Subkulturen bzw. Milieus (z. B. früher als delinquente Jugendliche oder aktuell als sozial randständige Obdachlose). Sie berichtet über drei Episoden von Obdachlosigkeit, sowohl in Columbus als auch außerhalb in einem anderen US-Bundesstaat. Für die Informantin besteht ein klarer Zusammenhang zwischen dieser besonders ungeschützten Lebenslage und ihrer psychischen Erkrankung, die sie mit „*Depression*“ u. a. Z. 24; 43; 149 angibt. Frau 5 schildert in diesem Kontext heftige Wut- und Ärgergefühle, die bei ihr, noch psychiatrisch unversorgt, in der Vergangenheit in konkret fremdschädigendes

Verhalten mündeten. Offenbar sind frühere Behandlungsversuche mehrfach fehlgeschlagen, teilweise weil die Informantin ihrer Aussage nach von Professionellen persönlich enttäuscht wurde, teilweise aber auch, weil es ihr lange Zeit schwer fiel, einen tatsächlichen Handlungsbedarf zu erkennen und zuzugeben. Erst als die Brüche in ihrem Lebenskonzept so massiv werden, dass alle eigenen Bewältigungsmöglichkeiten scheitern, sucht sie psychiatrische Hilfe. Sie sagt dazu: „*I chose Southeast...*“ Z. 168. Damit bleibt die Handlungsinitiative bei der Erzählerin, die anderen aktiv deren Aufgaben zuweist. Ihr größter Wunsch ist es, „*wieder auf die Beine zu kommen*“ Z. 439; 493 und ein „*normales*“ Z. 74-75 Leben zu führen. Dazu gehören für die Informantin zuvorderst der Wiedererhalt einer eigenen Wohnung und eines Arbeitsplatzes, gefolgt der Wiederherstellung ihrer Gesundheit. Ihre diesbezüglichen Erfolgsaussichten bewertet sie, obschon sie sich als handelnde Person im Zentrum der Geschehnisse ihres Lebens positioniert, allerdings als marginal, wenn sie sagt: „*It just seems like it's such a far cry that you just feel like just giving up.*“ Z. 89-90 Entsprechend ist die Selbstwahrnehmung der Informantin die einer „*verlorenen, lebensunfähigen Einzelgängerin*“. Z. 67 und Z. 130

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

Das Interview liefert keine Hinweise auf Situationskonstellationen, die Frau 5 traumatisch verarbeitet haben könnte. Ihre geschilderten Verlusterfahrungen sind dagegen gravierend. Sie betreffen sämtliche der drei ermittelten Ebenen des Materiellen, des Emotionalen sowie des Zwischenmenschlichen, wie es die folgenden Zitate belegen:

„*I'm tired of being down in poverty. I don't have money like I used to, you know, to try to do the things I like to do and all... I mean, I would like a fixed income... I'm on unemployment right now, and this is driving me nuts...*“ Z. 449-453

“*I just feel like, you know... I don't want to be bothered with nobody. Just in my own shell.*“ Z. 154-155

Die aus solchem Verhalten resultierende soziale Isolation kommentiert Frau 5 mit den Worten: “*...You are here along with other people and it just feels like, you know, you're just here on this earth by yourself*”. Z. 86-87 Diese erhält für Frau 5 damit die Dimension kosmischer Einsamkeit.

Subjektive Bearbeitung

Das innere Erleben der Informantin ist durch einen *inneren Druck* charakterisiert. Sie gebraucht in diesem Zusammenhang die Metapher des „*Dampf Ablassens*“. Z. 269 Ferner werden Tendenzen *emotionaler Abstumpfung* und tiefer *Verwirrung* deutlich, wie sie im folgenden Zitat zum Ausdruck kommen: „*I don't have no desire for nothing, really... I'm just at a stage where, you know, just... I don't know... what I'm in*“. Z. 377-379 Auch besteht offensichtlich eine große *Furcht vor Kontrollverlust* mit für diesen Fall antizipierten lebensbedrohlichen Konsequenzen. Damit einhergehend hegt die Informantin ebenso *Gewaltphantasien*.

Nach außen im Verhalten fällt bei Frau 5 zunächst eine jahrelang praktizierte Strategie des *Verleugnens* und *Verdrängens* auf. Auch tendiert sie phasenweise zur *Bagatellisierung* bestimmter Sachverhalte, etwa wenn sie ihren eigenen Gesundheitszustand oder zurückliegende justizielle Konflikte beschreibt. Ferner neigt sie zu *Abschottung und Rückzug* sowie zu einer undifferenzierten *Generalisierung*, was die Bewertung der eigenen Lebenssituation angeht, die sich für Frau 5 folgendermaßen darstellt: „*I'm just stressed out to the situation I'm in, you know. Being homeless and not, you know, nothing going good for me. The whole world just seems like it's upside down.*“ Z. 142-144 Darüber hinaus liefert das Interview Hinweise darauf, dass im Umgang mit Belastungen gelegentlich auch heute noch auf den *Gebrauch von Alkohol* zurückgegriffen wird. Schließlich ist offensichtlich, dass sich das Aggressionspotenzial der Informantin auch in konkreten *Gewalthandlungen* gegen andere Personen manifestiert hat.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Auf der *personellen Ebene* dominiert zunächst ein überwiegend *negatives Selbstbild*, welches sich allerdings in der Dynamik des Erzählprozesses wenigstens graduell zu ändern scheint. Obwohl von der Informantin nicht ausdrücklich expliziert, liegt doch die Vermutung nahe, dass dieser Faktor die Inanspruchnahme fachpsychiatrischer Hilfe zu einem früheren Zeitpunkt erschwert hat. Gleiches gilt für die bestehende *Suchtanamnese*. Ferner berichtet Frau 5 von wiederholt gebrochenen Versprechen seitens professioneller Helferinnen und Helfer, ein Umstand, welcher ihr *Vertrauen* in diese Menschen nachhaltig *erodiert* haben dürfte. Ob ihre *materielle Armut* ebenso ein Hindernis auf dem Weg zum Erhalt effektiver psychiatrischer Hilfe darstellte, bleibt offen, dass selbige umgekehrt allerdings wesentlich zur Verstärkung psychischer

Probleme beitragen kann, zeigt das vorliegende Beispiel sehr deutlich. Offensichtlich ist auch, dass das *Nicht-Verstehen der eigenen Erkrankung* für die Informantin ein Grund war, entsprechende professionelle Unterstützung erst spät im Sinne einer ultima ratio anzufordern. Ebenso mögen die begleitend bestehenden *anderen gesundheitlichen Probleme* hierzu beigetragen haben.

Auf *institutioneller Ebene* sind es für die Informantin vor allem zwei Aspekte, die dem Erhalt effektiver Hilfe entgegenstehen. Einerseits beklagt sie mehrfach *unflexible institutionelle Praktiken*, wodurch sich Frau 5 vom mündigen Subjekt zu einer beliebig „wie ein Ball hin- und her gestoßenen Nummer“ Z. 164; 167 degradiert fühlt. Andererseits und damit zusammenhängend empfindet sie sich als *von anderen nicht wahrgenommen*, bei einem gleichzeitig deutlich artikulierten Bedürfnis danach, gesehen zu werden. Offenbar kann sie in dem Behandlungskontext, in dem die vorliegende Studie realisiert wurde, in dieser Hinsicht erstmals andere, positive Erfahrungen machen, die für sie den Charakter eines „*Lichtblicks*“ erhalten und sie explizit feststellen lassen: „*I feel recognized...*“ Z. 252-253

Auf der *gesellschaftlichen Ebene* konzentrieren sich die Widerstände, mit denen sich Frau 5 konfrontiert sieht, klar auf *Diskriminierungserfahrungen aufgrund der besonderen Lebenslage Obdachlosigkeit*. Die beiden folgenden Textpassagen belegen die unterschiedlichen Erscheinungsformen solcher Erlebnisse:

„*Most people look down at you, you know, just like you’ve been in a shelter...*“ Z. 499-500
“*I used to pay taxes, I used to donate... But now – down and out, that’s pretty depressing...*“ Z. 504-506

“*I’ve tried to give my all to the job... world, they just turned me down and, and really, you know, that’s a big, big, big depression right there, because I can help this world out a whole lot, but just like... person in jail. They don’t want to give you a chance. Once you made a mistake... you get this label... on you, you’re a bad person, been in jail, it sticks to you all your life... and it’s not true, everybody changes, you know?*“ Z. 325-331

Die im letzten Beispiel geschilderten Erfahrungen weisen über die individuell-persönliche Ebene hinaus und auf eine institutionalisierte Form von Diskriminierung hin. Diese erhält damit eine besondere Brisanz zumal sie, wie die Auswertung zeigte,

mit ethnischer Zugehörigkeit korreliert. Dieser Aspekt wird nachstehend noch ausführlich erläutert.

Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

Den oben skizzierten mannigfaltigen Hindernissen setzt Frau 5 eine ganze Anzahl von Ressourcen entgegen. Auf einer inneren Ebene beeindruckt sie z. B. mit der Fähigkeit zur *Umdeutung bzw. Neubewertung*, die es ihr ermöglichen, bestimmte Sachverhalte in ein anderes Licht zu rücken, etwa wenn sie feststellt: „*Really, people make mistakes, the president makes mistakes, everybody makes mistakes.*“ Z. 318-319 Der innere Vorgang des *Kontextualisierens* erlaubt ihr außerdem phasenweise eine differenzierte Betrachtung sowohl ihrer Umwelt als auch ihrer eigenen Person wie es das folgende Zitat anschaulich belegt:

„...*People think I'm the nicest person, which I am and I'm fine...*“ Z. 389. „*I have a lot of people who look up to me. You know? They look up to me, but they just don't know the inward, you know?*“ Z. 390-392. „*If somebody really, really picks my nerves real good... then I change to that other person which I don't like, you know...*“ Z. 393-395.

Ferner bedient sie sich im Gespräch des *sozialen Vergleichs*, wenngleich diese Strategie im vorliegenden Beispiel eher destabilisierend wirken könnte, da sie annimmt, dass ihr gegenwärtiger Zustand sich negativ von dem anderer Menschen abhebt, denen sie kollektiv ein glückliches Leben unterstellt. Auch *Spiritualität* scheint für Frau 5 eine bedeutende Ressource zu sein, um ihrem Leben eine positive Wendung zu geben.

Hinsichtlich äußerer Ressourcen ist die Anstrengung der Informantin hervorzuheben, sich nach dem Wegfall privater Netzwerke durch das Einlassen auf die fachpsychiatrische Behandlung *Unterstützung durch andere Menschen*, d. h. professionelle Helferinnen und Helfer zu sichern. Den hier praktizierten *kommunikativen Austausch*, besonders in Form des Gehört-Werdens erlebt Frau 5 als besonders entlastend. Eine große Bedeutung hat für sie in diesem Zusammenhang auch die ihr im Zuge der ärztlichen Behandlung verordnete *Medikation*. Dieser schreibt sie eine instrumentelle Wirkung in dem Bestreben zu, wieder Kontrollmöglichkeiten über das eigene Leben zu gewinnen. So wird beides, sowohl der persönliche Kontakt mit den in der psychiatrischen Versorgungseinrichtung

Tätigen als auch die ordnungsgemäße Einnahme von Medikamenten für Frau 5 zu einem Akt der *Selbstfürsorge*.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel angemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Die autobiografische Erzählleistung der Informantin hat möglicherweise die Art und Bedeutung des Erlebten verändert und zu neuen Erkenntnissen geführt. Es scheint, als sei es durch diese Erinnerungsarbeit mit ihrer Dynamik zunehmender Bewusstwerdung und Wiedergewinnung von Details gelungen, ihr Selbstverständnis positiv zu beeinflussen. Entsprechend geht es in der Begleitung dieser Zielgruppe darum, Entwicklungsräume zu schaffen, in denen die Lebensgeschichten sowohl psychisch kranker Menschen als auch die ihrer Begleiterinnen und Begleiter erzählt werden können. Beide Seiten müssen dazu die Bereitschaft mitbringen, sich auf die Perspektiven anderer im Stadtteil lebender Menschen einzulassen und die eigene Haltung wenigstens zu überdenken. Dies ist einer der Gründe, weshalb in den in Kapitel 5 dargestellten Lernsituationen der Einzelfall im Zentrum steht. Menschen wie Frau 5 haben ihren sozial integrierten Gegenübern das Wissen um die Schwierigkeiten voraus, die eine psychische Erkrankung bzw. die besondere Lebenslage Obdachlosigkeit mit sich bringen.

Auf einer anderen Ebene weist das Beispiel von Frau 5 auf einen bestehenden Zusammenhang zwischen der Erfahrung fehlender Selbstwirksamkeit und Gewaltbereitschaft hin. Je weniger Menschen das Gefühl der Kontrolle über ihr eigenes Leben haben, z. B. weil ihnen finanzielle Sicherheiten verloren gehen, umso wahrscheinlicher wird es, dass sie Aggression und Gewalt für die einzig verbleibende Handlungsoption halten. Hier kommt es für Begleiterinnen und Begleiter der Zielgruppe darauf an, Alternativen aufzuzeigen, damit subjektive Handlungsspielräume größer und daraus resultierende Verhaltensweisen entscheidungsoffener werden. Obwohl in den beiden Subgruppen weißer und schwarzer Amerikanerinnen und Amerikaner mit gleicher Häufigkeit von Konflikten mit der Justiz berichtet wurde, waren jene, die diese Tatsache als Hinderungsgrund für den Erhalt von Wohnung und Arbeit angaben, ausschließlich afroamerikanischer Herkunft. Hier manifestiert sich gelebter und von Generation zu Generation tradiertes Rassismus. Für Frau 5 wiegt dieser Aspekt doppelt schwer: Sie wünscht sich einerseits

sehr, wieder produktiv etwas zur Gemeinschaft beizutragen, muss aber andererseits die Erfahrung machen, dass eben jene Gesellschaft, die so offenkundig Strafe über Rehabilitation stellt, sie gnadenlos ausgrenzt. Ihre tiefen Entfremdungs- und Frustrationsgefühle sind vor diesem Hintergrund fast zwangsläufig. Umso wichtiger ist es für Begleiterinnen und Begleiter der Zielgruppe, die man in ihrer Funktion, ähnlich wie Selbsthilfegruppen, Nichtregierungsorganisationen und intermediäre professionelle Dienstleister einem tertiären Netzwerk zuordnen könnte, zwischen der Lebenswelt des einzelnen und der komplexen Systemwelt gesellschaftlicher Institutionen zu vermitteln. (vgl. Bullinger & Nowak, 1998) Frau 5 könnte so beispielsweise konkret dabei unterstützt werden, eine erforderliche Armoperation durchführen zu lassen, damit, ist die Arbeitskraft erst wieder gegeben, ihre Existenz auch materiell wieder auf eine solidere Grundlage gestellt werden kann. Solche Formen der Unterstützung sind in den USA mit seinen desaströsen Verhältnissen im Gesundheitswesen besonders wichtig, aber auch in Deutschland wächst die Zahl derer, die als Migrantinnen und Migranten von sozialen Sicherungssystemen teilweise ausgeschlossen, institutionalisierter Hilfe bedürfen. Zum Interviewzeitpunkt liegt die letzte Arbeitstätigkeit der Informantin erst wenige Monate zurück. Es kann also davon ausgegangen werden, dass sie ihre tatsächliche diesbezügliche Belastbarkeit noch sehr realistisch einzuschätzen in der Lage ist. Nach erfolgter gesundheitlicher Wiederherstellung wieder einen Arbeitsplatz zu haben, würde im vorliegenden Fall sehr dazu beitragen, der Klientin ein subjektives Gefühl von Kontrolle zurückzugeben. Zum Gesprächszeitpunkt ist dieses Gefühl bedroht. Vor diesem Hintergrund ist folgende Eigentheoretisierung der Informantin erhellend:

„I feel better, because I knew I wasn't going crazy, but it's not a crazy thing, it's a thing where your body takes change, the mood changes and all, and what the doctor explained to me...” Z. 247-249 “ I found out that it's just, uh, imbalance in my body... certain people have 'em...” Z. 251-252 “and I feel a lot better to know that hey, you know... I'm not going crazy, I know I can get help and I have medication to help me cope with things.” Z. 253-255

Indem Frau 5 ihre Erkrankung in einen biologisch-chemischen Erklärungszusammenhang stellt, wird sie für sie handhabbarer und verliert an Bedrohlichkeit. Mindestens ebenso große Bedeutung bei der Bewältigung ihrer Belastungen haben für Frau 5 neben Medikamenten die soziale Unterstützung. Dass sie, der erkrankungsbedingt diesbezügliche Fähigkeiten verloren gegangen sind, es

schließlich geschafft hat, sich zu öffnen und auf andere Menschen (vorläufig Professionelle) zuzugehen, verdient große Anerkennung. In der Begleitung von Menschen in ähnlichen Lebenssituationen geht es darum, Entwicklungsräume zu schaffen, die solche Sozialbeziehungen erlauben. Dabei sind allerdings informelle, nichtpsychiatrische Kontakte eindeutig institutionalisierten Arrangements vorzuziehen. Denn bei aller Wichtigkeit von professioneller Unterstützung müssen sich diejenigen, die sie leisten, über folgende Dynamik im Klaren sein: Die Zuschreibung des Etiketts „psychisch krank“ ist im psychosozialen, psychiatrischen und juristischen Kontext vielfach eine gängige Form der Exkommunikation. Dabei bedeutet Exkommunikation nicht nur den Ausschluss aus der vernünftigen Kommunikation, sondern sie beinhaltet auch den Ausschluss aus dem sozialen System der Vernünftigen (Mücke, 2001). Dies führt zu einem immensen Einbruch der eigenen Identität, da die soziale Identität von der Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Systemen abhängig ist. In dem Ringen um die Aufrechterhaltung einer stabilen Identität streben als psychisch beeinträchtigt definierte Menschen dann häufig die Zugehörigkeit zu sozialen Systemen an, die sich über Krankheitsdiagnosen definieren: Patientenclubs, Kontakt- und Beratungsstellen, Therapeutische Wohngemeinschaften und dergleichen. Damit haben sie die ihnen zugeschriebene Rolle übernommen. Solche Rollenzuschreibungen sind kontraproduktiv, weil sie Lebensräume einengen und Vielfalt ausschließen. Für eine gelingende Begleitung des Personenkreises ist es deshalb entscheidend, dafür Sorge zu tragen, dass parallel zum Austausch innerhalb psychiatrischer Versorgungsstrukturen die Kommunikation in „natürlichen“ Kontexten erhalten bleibt bzw. dass dort, wo bereits Ausgrenzungsprozesse stattgefunden haben, die „Exkommunizierten“ wieder in die Kommunikation mit ihren als „gesund“ definierten Gegenübern eingeführt werden. Bei Frau 5 könnte ein solches natürliches Interaktionsfeld z. B. eine Kirchengemeinde sein, wohin sie anfänglich begleitet werden könnte, bevor sie sich selbst sicher genug fühlt, sich dort mit ihren Kompetenzen einzubringen und im Gegenzug das Wissen anderer für sich nutzbar zu machen. So könnte es z. B. über Gemeindegkontakte auch gelingen, mittelfristig wieder einen Arbeitsplatz zu finden. Das Beispiel dieser Informantin illustriert jedenfalls besonders deutlich, wie wichtig es ist, die konkrete Praxis mit fundiertem Theoriewissen zu untermauern und in einer Fortbildungskonzeption beides verständlich und gut strukturiert miteinander zu verbinden.

Herr 6:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Bei Herrn 6 handelt es sich um einen 51jährigen Mann afroamerikanischer Herkunft. Die erste Begegnung mit ihm findet in einer der Notunterkünfte für obdachlose Männer in Columbus statt, die die Forscherin zur Realisierung ihrer Studie regelmäßig aufsuchte. Dieser Erstkontakt ist allerdings nur flüchtig, ohne dass dabei bereits Einzelheiten zur Lebenssituation des Informanten bekannt würden. Erst durch ein Wiedersehen in der Lobby von Southeast Inc., dem ambulanz-psychiatrischen Versorgungszentrum, in dem die Forscherin im Zuge ihrer Erhebung ebenfalls viele Stunden verbracht hat, stellt sich heraus, dass Herr 6 dort betreut wird und damit nicht nur wohnungslos sondern auch psychisch krank ist. Er freut sich sichtlich, die Interviewerin wieder zu sehen, und ist sofort zu einem Gespräch bereit, das dann allerdings erst einige Tage später stattfindet. Dieses Verfahren wurde bis auf wenige Ausnahmen generell angewendet, um den Partizipanten Gelegenheit zu geben, die Angelegenheit zu überdenken und einen andernfalls evtl. aufkommenden Entscheidungsdruck auszuschließen. Auch zu diesem zweiten Termin verabredet man sich in der Lobby des Versorgungszentrums. Herr 6 erscheint pünktlich und man zieht sich in einen kleinen fensterlosen Büroraum zurück, der der Forscherin eigens für ihre Interviews zur Verfügung gestellt wurde. Ein Tisch an der Wand und zwei Stühle, die vor und seitlich des Tisches platziert sind, bilden das einzige Mobiliar. Herr 6 wählt den seitlichen Stuhl, die Interviewerin nimmt auf dem anderen Platz und legt das Aufnahmegerät auf den Tisch. Herr 6 ist auffallend groß, hat eine gepflegte Erscheinung und eine kultivierte leise, aber gut verständliche Stimme. Der Informant wird in Ohio geboren und wächst dort auf. Als naiver 18-Jähriger zieht er in den Vietnamkrieg. Von dort kehrt er als veränderter Mann wieder in die USA, zunächst in einen anderen Bundesstaat zurück. Herr 6 selbst charakterisiert sein Selbsterleben folgendermaßen:

„I lost all my coping skills... I came back... I married... uh, when I wasn't really ready. The pressure of marriage, I had children... I couldn't let go of the past... I would wake up in the morning and, uh...” Z. 75-77 *“I always felt like I had to be armed like I was in Southeast Asia...”* Z. 50 *“I would feel like... I didn't... feel like I fit in any place.”* Z. 80

Und ergänzt „...*I was extremely hostile, I stayed to myself, I was paranoid, I was homicidal and suicidal*“. Z. 43-44 Im Zuge solchen unerlaubten Waffenbesitzes gerät Herr 6 dann erstmals mit der Justiz in Konflikt und damit einhergehend auch ins psychiatrische Hilfesystem, als ihm alternativ zu einer Gefängnisstrafe eine psychiatrische Behandlung quasi verordnet wird. Als seine mit dem Verhalten ihres Mannes völlig überforderte Frau ihn später verlässt, unternimmt Herr 6 einen Suizidversuch und kommt daraufhin erstmals in stationär-psychiatrische Behandlung. Zu diesem Zeitpunkt ist er 26 Jahre alt. Obwohl er in diesem Kontext positive Erfahrungen im Sinne eines subjektzentrierten Umgangs mit ihm schildert und er nach der Entlassung hoffnungsvoll in die Zukunft sieht, „*treibt er die nächsten Jahre planlos durch's Leben*“ Z. 116 und heiratet noch zwei weitere Male. Während er in seiner Militärzeit überwiegend Alkohol trank, kommt nun der Konsum illegaler Drogen hinzu. Bildungs- und berufsbiografisch besucht Herr 6 eine Schule mit technischer Ausrichtung und macht danach eine therapeutische Ausbildung, die er auch abschließt. Sein massiver Suchtmittelkonsum führt aber bereits nach neun Monaten zur Beendigung eines ersten Arbeitsverhältnisses in diesem Bereich. Als er schließlich für drei Jahre ins Gefängnis muss, ist Herr 6 bereits Mitte Vierzig. Nach dem Haftaufenthalt muss er irgendwann wieder nach Ohio zurückgekehrt sein. In Columbus wird er vermutlich seit anderthalb Jahren durch Southeast Inc. betreut. Er lebt von einer Rente, die das amerikanische Militär seinen Kriegsversehrten zahlt. Nach einer dem Interview unmittelbar vorausgegangenen Suchttherapie ist es Herrn 6 wiederum über ein armeefinanziertes Projekt gelungen, eine auf drei Jahre befristete Wohnmöglichkeit zu erhalten. Der Umzug dorthin ist in Kürze geplant. Die Selbstaussagen des Informanten markieren eine Wandlung vom gewaltbereiten Soziopathen hin zu einem empathisch-fürsorglichen Menschen, der gerne als Gesprächspartner genutzt wird.

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

Bei den Kriegshandlungen, denen der Informant im Zuge seines Einsatzes in Vietnam ausgesetzt war, handelt es sich um länger andauernde Lebensumstände mit traumatischer Wirkung. Es wirken mehrere Situationsfaktoren zusammen: Obwohl Intensität und Häufigkeit der Kampfhandlungen, in die Herr 6 involviert war, nicht

näher spezifiziert werden, drohte mit Sicherheit wiederholt *Lebensgefahr*, bzw. schwerer körperlicher Schaden oder Verletzung. Wahrscheinlich ist auch, dass der Informant mit verstümmelten menschlichen Körpern konfrontiert war („exposal to the grotesque“). Schließlich trägt der Aspekt des Schuld-habens am Tod oder der schweren Verletzung anderer im vorliegenden Beispiel zu einer schweren traumatischen Verlaufsgestalt bei und hinterlässt tiefe Spuren im Persönlichkeitssystem des Informanten z. B. in Form von *Entwurzelungserlebnissen* nach seiner Rückkehr aus dem Kriegsgebiet. Zusätzlich sind gravierende Verlust Erfahrungen *materieller, emotionaler und zwischenmenschlicher Art* zu bewältigen. Beim letzten Aspekt sind der Verlust familialer Bindungen, der (früher) fehlende Kontakt zu den eigenen Kindern sowie das Abhandenkommen von Kontakten zu Menschen allgemein hervorzuheben.

Subjektive Bearbeitung

Die Situationen der Todesnähe, denen sich Herr 6 in Vietnam ausgesetzt sah, haben bei ihm zu *unspezifischen* mächtigen *Angst- und Bedrohungsgefühlen* geführt, die sich auch dann noch fortsetzen, als er das Kriegsgebiet längst wieder verlassen hat. Außerdem schildert er auf der *inneren Erlebensebene* über mehrere Jahre andauernde Phasen der *Orientierungslosigkeit* und *Verwirrung*. Ferner beschreibt Herr 6 ein subjektives Gefühl von *Kontrollverlust*, bei dem für ihn und seinesgleichen eigene Handlungsoptionen als bedeutungslos eingestuft bzw. so reduziert wahrgenommen werden, dass Destruktivität die einzige Reaktionsmöglichkeit zu sein scheint. Der Informant drückt es so aus:

„...some people... that I have a opportunity to speak with... has told me: 'What the use?' They feel like nothing they do make a difference... What's the use? And... that brings on a lot of other things that, uh, that makes you do detrimental things...“ Z. 350-354 . “*Hurtful things.*“ Z. 362 Darüber hinaus schildert Herr 6 ausgeprägte *Verfolgungsideen* sowie *Gewaltphantasien* wie in dem folgenden Zitat: “*Something inside of me turns on myself...*“ Z. 270 “...like something in me wants to kill me”. Z. 278

Auf der äußeren Verhaltensebene sind vor allem die Strategien des *Rückzugs* und der *Abschottung* hervorzuheben, mit denen eine Bewältigung der Belastungen gelingen soll. Zudem wird der *Gebrauch von Suchtmitteln* dazu eingesetzt, um Verfolgungsideen und akustische Halluzinationen zu unterdrücken. Auch

Gewalthandlungen an sich selbst sind zu verzeichnen, da der Informant von etwa sechs bis sieben Suizidversuchen berichtet. Die Tötung anderer als Soldat in Vietnam wird hier nicht unter diese Kategorie subsumiert, da Kriege Extremsituationen darstellen, in denen die andernfalls geltenden Verhaltensnormen außer Kraft gesetzt sind.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Zumindest zu einem früheren Zeitpunkt kann man beim Informanten auf einer *personellen Ebene* von einem sehr negativen Selbstbild ausgehen. Auch wenn er im folgenden Zitat in der dritten Person spricht, liegt nahe, dass er damit auch sein eigenes Erleben beschreibt:

„*You know, nobody pays attention to 'em, they're the drags of society... What's the use?*“ Z. 352-353 Mit großer Wahrscheinlichkeit verhindert eine solche Haltung auch die rechtzeitige Inanspruchnahme fachpsychiatrischer Hilfe. Ebenso kann die *Suchtanamnese* von Herrn 6 hierfür ein Indiz sein, insofern er diese Substanzen ersatzweise dazu einsetzt, um u. a. seine psychotischen Produktivsymptome unter Kontrolle zu bringen. Der Drogenkonsum beeinträchtigt indes nicht nur das Gesundheitsverhalten, er vereitelt auch die Verwirklichung einer gelungenen Berufsbiografie des Partizipenten. Ein darauf folgender Eintrag im polizeilichen Führungszeugnis erschwert die spätere Arbeitssuche erheblich. Dieser Aspekt wird als gesellschaftlich-strukturelles Hemmnis nachstehend näher erläutert.

Zuvor sind auf der *institutionellen Ebene* noch eine ganze Reihe weiterer Faktoren zu nennen, die sich nachteilig auf den Erhalt effektiver psychiatrischer Hilfe auswirken: Zunächst unterstellt der Informant *Professionellen Inkompetenz* wenn er z. B. fordert: „*It seem like, that's what they did... Chapter six says: Treat us this way, because you're exhibiting these symptoms. Listen to us! You know? (lacht) Listen to us talking what we feel. Even our mannerisms... And you get a better understanding, because half the book things don't work.*“ Z. 152-156 Das Zitat ist ebenso ein Beleg dafür, dass sich Herr 6 als Mensch überwiegend *nicht wahr- und ernst genommen* fühlt.

Außerdem bezeichnet er die Hilfe, die er im Moment erhält, ausdrücklich als *inadäquat* und weist im Rahmen unflexibler institutioneller Praktiken vor allem auf *fehlende Zeitkapazitäten* hin. Herr 6 erzählt:

„*Ahm... every time I came, uh, there were so many people that they were dealing with, that it surely became like an assembly line. You got so much time, you got so much...*“

just... and I never got to... completely tell him what the problem was or really get it all out of my system, because it was the next person's turn.” Z. 137-141

Schließlich variiert seine Entscheidungsfreiheit zur Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe: Ursprünglich juristisch/ärztlich gesetzt, wird sie später von außen lediglich angestoßen bzw. eigeninitiativ gesucht.

Auf der *gesellschaftlichen Ebene* werden vom Informanten

Diskriminierungserfahrungen aufgrund seiner psychischen Erkrankung geschildert. Er spricht in diesem Zusammenhang vor allem von Professionellen, die seiner

Wahrnehmung nach auf ihre Klientel deren psychischer Probleme wegen

„herabsehen.“ Z. 827; 836 Und weiter führt er aus: *“And they naturally assumed, because I was here and maybe they're used to see a lot of clients that... ahm... don't dress right or don't talk right or really, you know, really, really having some obvious mental problems... They grouped us together and made me feel that way also. Like, you know, they, uh, treated me like I didn't have an education, uh... like a child.”* Z. 142-147

Doch nicht nur das Vorliegen einer psychischen Erkrankung ist für Herrn 6 mit Diskriminierung verbunden, auch sein Eintrag im polizeilichen Führungszeugnis, der später seine Arbeitssuche massiv erschwert, geht in diese Richtung. Denn obwohl die Mehrheit der Befragten in der Gesamtstichprobe über Konflikte mit der Justiz berichtete, waren diejenigen, die diesen Faktor als Hindernis bei der Arbeits- und Wohnungssuche anführten, ausschließlich afroamerikanischer Herkunft.

Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

Zu den *inneren Ressourcen*, auf die Herr 6 bei der Bewältigung seiner Belastungen zurückgreifen kann, gehört wesentlich die Fähigkeit des *Kontextualisierens*. Diese erleichtert ihm einerseits die Verarbeitung von Informationen und versetzt ihn andererseits in die Lage, diese Informationen auch anschaulich vermitteln zu können. *Spiritualität* stellt für den Informanten ebenso eine innere Kraftquelle dar. Ferner bedient sich Herr 6 der Strategie der *Umdeutung*, wenn er psychisch kranken Menschen verglichen mit ihren „gesunden“ Gegenübern eine gewisse emotionale Überlegenheit attestiert. Der Informant drückt es so aus:

„The key is treating someone like a person. Don't rush us through like cattle. We feel that stuff. You know, we are probably more perceptive than the average person.“ Z.

489-491 Auch der *soziale Vergleich* gehört zu seinen inneren Ressourcen, wie die obige Textpassage belegt.

Als *äußere Ressource* kann z. B. die vom Informanten praktizierte *Selbstfürsorge* gelten, wenn er schildert, wie er bestimmte Symptome als Warnzeichen für einen möglichen neuen Drogenrückfall deutet und sich daraufhin selbst in stationäre Behandlung begibt. Mehr noch, im Gespräch richtet er an Menschen, die wie er obdachlos und psychisch krank sind, einen geradezu flammenden Appell der Selbstliebe. Zwar schätzt Herr 6 *Medikamente* nicht besonders, vor allem dann nicht, wenn sich die Behandlung in deren Verordnung erschöpft, er erkennt aber die Wichtigkeit dieser Substanzen zweifellos an, wenn es darum geht, die destruktiven Kräfte in sich, „*the demon inside of me*“ Z. 327 zu bezwingen. Psychopharmaka sind für ihn besonders in jenen Phasen seines Lebens im Wortsinn existenziell wichtig gewesen, da ihm alle anderen Bewältigungsmöglichkeiten (vorübergehend) nicht mehr zur Verfügung standen. Die wichtigsten beiden äußeren Ressourcen sind für Herrn 6 allerdings die *Kommunikation mit anderen Menschen* sowie die *Vernetzung mit ihnen*. Das persönliche Gespräch schärft einerseits seine Wahrnehmung hinsichtlich selbstschädigender Einflüsse und trägt andererseits dazu bei, sich davor zu schützen. Der Informant beeindruckt mit der Fähigkeit, sich (wieder) ein soziales Netzwerk zu schaffen, das er in guten wie in Krisenzeiten für sich nutzbar zu machen versteht. Dieses Geflecht hilfreicher Beziehungen speist sich bei ihm aus mehreren Lebensbereichen. Primär konstruiert es sich vor allem durch seine Herkunftsfamilie sowie einen gut befreundeten Geistlichen. Die Beziehungen innerhalb einer Selbsthilfegruppe sowie zu einem Sozialarbeiter und einem Arzt, die ihn zumindest in der Anfangszeit beim jetzigen psychiatrischen Hilfeanbieter begleitet haben, stärken sein Netzwerk sozialer Unterstützung auf einer anderen (tertiären) Ebene.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel angemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Das Beispiel von Herrn 6 belegt eindrucksvoll, dass Beziehungen zu einzelnen als hilfreich empfundenen Menschen die Grundlage für den Aufbau tragfähiger soziale Netze sind. Sie bilden die Schnittstelle und Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender Unterstützung. Durch den Sozialarbeiter findet der Informant beispielsweise Anschluss an das psychiatrische Versorgungszentrum, das ihn aktuell

betreut. Und durch die empathisch-zugewandte Art des dort tätigen erfahrenen Arztes, der sich überdies ausführlich mit der Lebensgeschichte seines Patienten befasst, wird es Herrn 6 möglich, Medikamente als Ressource im Kampf gegen seine Belastungen zu sehen und fortan regelmäßig für sich zu nutzen. Wie wird eine bloße Begegnung zu einer tragfähigen *Beziehung*? Herr 6 selbst gibt die Antwort: „*Treat us like people!*“ Z. 934-935 „*Treat us like your equals. It helps... a lot for us to accept what you're trying to do for us*“. Z. 940-941 Wo eine solche vertrauensvolle Beziehung (noch) fehlt, wird auch die durch Helferinnen und Helfer versuchte Unterstützung aller Voraussicht nach wenig fruchten. Glückt allerdings die Allianz zwischen Menschen, die psychisch krank und obdachlos sind und ihren sozial integrierten Gegenübern, dann können letztere als Vermittlungsinstanz zwischen privater Lebens- und institutionalisierter Systemwelt die Auswirkungen schwieriger Lebensumstände mildern. In dieser Funktion wären diese Begleiterinnen und Begleiter als Bestandteil tertiärer Netzwerke Selbsthilfegruppen und intermediären Dienstleistern gleichgestellt. Die Stärkung solcher tertiärer Netzwerke ist überall dort instrumentell, wo die dominante Systemwelt öffentlicher Bürokratien anderen, weniger leistungsfähigen Personen und Gruppen Macht vorenthält und damit weite Teile der Bevölkerung von einer Teilhabe am Leben der Gesamtgemeinschaft ausschließt. Diese Ausgrenzungsprozesse sind in den USA besonders bei farbigen Menschen frappierend, betreffen aber natürlich auch andere Randgruppen und finden davon abgesehen weltweit statt. Die Folgen sind in jedem Fall u. a. Armut, Obdachlosigkeit oder Rassismus, wie im Falle von Herrn 6. Ihm wird höchstwahrscheinlich aufgrund personeller und ethnischer Merkmale (Hafterfahrung verbunden mit schwarzer Hautfarbe) der Anschluss auf dem Arbeitsmarkt vorenthalten und damit die Möglichkeit genommen, seine Existenz wieder auf eine solidere Grundlage zu stellen. Davon abgesehen gehen die amerikanischen juristischen Instanzen nachweislich bei der Strafverfolgung unter Farbigen anders (d. h. akribischer und härter) vor als bei Weißen, was dazu führt, dass in US-Gefängnissen nicht-weiße Gefangene deutlich überrepräsentiert sind. Gleiches gilt im Übrigen für die Bewohner von Obdachlosenunterkünften. Germain und Gitterman (1996: 19) bezeichnen solche Phänomene als „soziale Umweltverschmutzung.“ Doch nicht nur im Justiz- sondern auch im Gesundheitssystem ist Rassismus ein Thema, wie auch das Interview mit Herrn 6 belegt. Dem Informanten wird seiner Aussage nach neben einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer bipolaren Störung auch eine paranoide

Schizophrenie bescheinigt. Zahlreiche Fachleute weisen immer wieder darauf hin, dass bei Menschen afroamerikanischer Herkunft beunruhigend häufig und oft fälschlicherweise „Schizophrenie“ diagnostiziert wird. Stellt die Zuschreibung des Etiketts „psychisch krank“ an sich vielfach schon eine gängige Form der Exkommunikation, d. h. den Ausschluss aus dem sozialen System der Vernünftigen dar, so ist die Lage für Menschen mit einer attestierten Schizophrenie ungleich problematischer. Nach Einschätzung Stephen Strakowskis, Psychiatrieprofessor an der Universität von Cincinnati, Ohio, senkt sie unter Klinikern die Erwartung auf eine gute Prognose und führt häufig zu einer medikamentösen Überdosierung sowie anderen unangebrachten Behandlungsentscheidungen. Nach Ansicht Strakowskis fehlt es solchen Ärzten einerseits am Verständnis, wie sich psychiatrische Symptome bei Angehörigen ethnischer Minderheiten äußern können, und andererseits pflegen diese in Bezug auf Verhaltensweisen ihrer farbigen Patientinnen und Patienten auch mehr oder weniger offene Vorurteile, denen die empirische Basis fehlt. Außer den kulturell unterschiedlichen Ausdrucksformen von Verhalten, das als „psychisch krank“ wahrgenommen wird, kommt ein gerade bei Afroamerikanern zu beobachtendes starkes Misstrauen hinzu, bis hin zu kaum verhohlener Feindseligkeit. Psychiatrisch Tätige interpretieren solche Tendenzen dann gern als Paranoia und mithin als Hinweis auf eine psychische Erkrankung. Bedenkt man allerdings, wie prominent Rassismus mit all seinen leidvollen Auswirkungen auf die schwarze Bevölkerung Amerikas bis weit ins 20. Jahrhundert hinein war, dann erscheinen Misstrauen und Ablehnung in einem anderen Licht. Mehr noch, auch die vorliegende Studie zeigt, wie hartnäckig sich solche Tendenzen und die damit verbundenen Ausgrenzungsprozesse auch heute noch im gesellschaftlichen amerikanischen Bewusstsein halten. Vor diesem Hintergrund ist die große Skepsis, die Afroamerikanerinnen und –amerikaner den Hilfsangeboten, die ihnen von ihren weißen Landsleuten gemacht werden vielleicht kein Zeichen von Paranoia, sondern Ausdruck ihrer kulturellen und individuellen Lebenserfahrungen und damit eine geradezu gesunde Reaktion (vgl. Hausman, 2001). Jedenfalls sind dort, wo sich die Lebenswelt und Systemwelt so voneinander entfremdet haben, andere Netzwerke umso entscheidender, mit deren Hilfe die (Wieder-)Anschlussfähigkeit einzelner Betroffener an gesellschaftliche Institutionen und Bürokratien geprüft werden kann.

Im Falle von Herrn 6 könnte sich eine solche Prüfung z. B. rund um das Thema Arbeit realisieren, da er - obschon gut ausgebildet und körperlich wieder belastbar - aktuell keinen Arbeitsplatz hat. Gleichzeitig hegt er den starken Wunsch, sich positiv in das Gemeinwesen einzubringen. Dazu wäre auch die Ausübung eines Ehrenamts denkbar oder der Besuch von Bildungseinrichtungen, da Bildung das Selbstverständnis des Informanten zweifelsfrei positiv beeinflusst und ihm subjektiv die Möglichkeit gibt, sich von anderen, ebenfalls psychisch erkrankten Menschen, abzusetzen. Ein enorm großes Lernfeld täte sich überdies auf, wenn es gelänge, die hohe Informationsvermittlungs- und -verarbeitungs-kompetenz des Informanten als Mitgestalter von Fortbildungen zu nutzen. Denn niemand kann anschaulicher von der Bedeutung berichten, die es haben kann, obdachlos und psychisch krank zu sein, als die Menschen, die es selbst erlebt haben. Ein solcher Austauschprozess zwischen Herrn 6 und seinesgleichen mit neugierigen Interessierten aus anderen gesellschaftlichen Bezügen könnte bei allen Beteiligten zu persönlichem Wachstum beitragen. Sein Beispiel zeigt aber auch, dass solche Überlegungen nur sinnvoll sind, wenn andere Primärbedürfnisse nach Stabilität und Zugehörigkeit in Form von eigenem Wohnraum zuvor befriedigt wurden. Der Informant sagt dazu:

„I think the biggest thing is hopelessness. Ahm... feeling like they... don't have any place to go... anybody to talk to, nobody cares... and you get caught up in that. And you go deeper and deeper into the abyss.” Z. 347-350

Mit seiner Wohnung hat Herr 6 einen solchen privaten Schutzraum, aus dem heraus er agieren und sich anderen Menschen und Aufgaben zuwenden kann. Auf dieser Basis könnte er sich auch dafür entscheiden, seine traumatischen Kriegserlebnisse weiter zu bearbeiten, damit er diese irgendwann in seine Biografie integrieren und den inneren Frieden finden kann, wie es sein Herzenswunsch ist.

Frau 7:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Bei Frau 7 handelt es sich um eine Afroamerikanerin, die zum Interviewzeitpunkt 36 Jahre alt ist. Forscherin und Informantin lernen sich in einer der Notunterkünfte für allein stehende obdachlose Männer in Columbus kennen. Offenbar hat Frau 7 die Interviewerin schon eine ganze Zeit lang beobachtet, bevor sie dort schließlich an diese mit dem Anliegen herantritt, ebenfalls an der hier vorgestellten Studie

teilnehmen zu wollen. Frau 7 wird im New Yorker Stadtteil Queens geboren und wächst gemeinsam mit einem Bruder in der Bronx auf. Die Mutter wird als freundliche, jedoch intellektuell eingeschränkte Person beschrieben, die nicht die Kraft hat, sich und ihre Kinder vor dem als äußerst gewalttätig charakterisierten Vater zu schützen. Schon im Alter von 2 Jahren kommt Frau 7 erstmals über den Vater mit Alkohol in Berührung. Die Informantin und ihre Mutter werden von diesem häufig brutal verprügelt, und als Frau 7 sechs Jahre alt ist, beginnt ein Bruder des Vaters zudem, sie regelmäßig zu vergewaltigen. Die Informantin absolviert ihre Grundschuljahre in New York. Auch dort soll sie von einem Lehrer aus der Nachbarschaft sexuell missbraucht worden sein. Als die Informantin 10 Jahre alt ist, beginnt sie, sich eigenständig Sexualpartner zu suchen. Ungefähr drei Jahre später zieht die Familie um nach Columbus, ohne dass sich allerdings das häusliche Klima dadurch entspannt. Im Gegenteil: Der Vater malträtiert Frau und Tochter schlimmer denn je. Auch die Vergewaltigungen durch den Onkel sollen erst aufgehört haben, als Frau 7 15 Jahre alt ist. Irgendwann verlässt der Vater die Familie ohne Vorankündigung. Es ist nicht klar, ob die Informantin über die ersten Grundschuljahre hinaus eine Schulbildung genossen hat. Kaum in Columbus angekommen, wird sie mit dem Einverständnis ihrer Mutter erstmals geschlossen untergebracht. Es folgt eine Vielzahl weiterer Unterbringungen in geschlossenen Einrichtungen, Krankenhausstationen und Kinderheimen. Frau 7 entzieht sich diesen Situationen immer wieder durch Weglaufen, auch im Gefängnis ist sie in dieser Zeit mehrere Male. Sie trägt insgesamt sechs Kinder aus, die sofort in Pflegefamilien untergebracht werden. Auch zwei Enkelkinder soll sie inzwischen haben. Die Informantin hat nach eigenen Angaben 20 Jahre, also mehr als die Hälfte ihres Lebens in der Obdachlosigkeit verbracht. Sie ist auch die zum Interviewzeitpunkt einzige Gesprächspartnerin, die, gemeinsam mit ihrem derzeitigen Partner, tatsächlich auf der Straße lebt und übernachtet. Bis heute trinkt sie regelmäßig Alkohol, konsumiert Crack und andere Drogensubstanzen. Und obwohl sie nicht ohne Stolz davon berichtet, kein Heroin zu spritzen und sich nie an andere Männer verkauft zu haben, soll Frau 7 zudem an AIDS und an Epilepsie leiden. Für diese somatischen Erkrankungen nimmt sie Medikamente ein, ihre psychiatrischen Störungen sind zum Interviewzeitpunkt unbehandelt. Der einzige Kontakt zum psychiatrischen Hilfesystem besteht darin, dass ein Mitarbeiter des Versorgungszentrums, in dessen Kontext die vorliegende Studie realisiert wurde, Frau 7 in größeren Abständen an einem

bestimmten Treffpunkt in der Stadt aufsucht. Die Informantin äußert im Gespräch das Gefühl, dass alle Verantwortung für sich und ihren Partner auf ihren Schultern lastet. Offenbar war sie kurz vor dem Interview noch in einer Einrichtung der Suchthilfe, ist aber bereits rückfällig geworden. In dem dringenden Wunsch nach Entlastung denkt sie im Gespräch laut darüber nach, sich eine Zeitlang freiwillig in einem Krankenhaus aufnehmen zu lassen. Sie lebt von einer staatlichen Transferleistung in Höhe von 554 US Dollar im Monat, die Menschen mit einer attestierten Behinderung zusteht, auch wenn sie, wie möglicherweise in diesem Fall, nie gearbeitet haben. Die Frage nach ihren Symptomen beantwortet Frau 7 folgendermaßen:

„I have 253 personalities... I am suicidal and homicidal... I am bipolar. One minute I'm up and the next minute I'm down, I stay depressed all the time... Sometimes I think of killing myself, sometimes I think of playing with fires...“ Z. 91-94. *“I used to like breaking windows, I used to like chasing people down the street with knives. I used to like shootin' at stuff. I used to like hurt myself and OD [overdosing] and now I think about it. I haven't done it in a couple of years, but now I think about it.”* Z. 95-98

Für Frau 7 besteht ein klarer Zusammenhang zwischen dem erstmaligen Auftreten der von ihr geschilderten multiplen Persönlichkeitsorganisation und den beginnenden Vergewaltigungen durch den Onkel. Ihre fremdaggressiven Handlungen werden in der Wahrnehmung der Informantin von eben jenen Persönlichkeiten jedes Mal dann verübt, wenn sie sich bedroht fühlt, ohne dass sie die Kontrolle darüber hätte. Aus diesem Grund hält sie es auch für sicherer im Freien zu schlafen als existierende Notunterkünfte für Frauen zu nutzen. Ihre Selbstwahrnehmung ist die eines *„großen Kindes, das anderen zur Last fällt.“* Z. 154-155; 304-306

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

Im vorliegenden Beispiel wirken verschiedene extrem traumatische Ereignisse bzw. Lebensumstände simultan zusammen und vervielfältigen so ihre Auswirkungen auf die Informantin: Schläge, Misshandlungen und *sexueller Missbrauch* setzen früh ein und werden so lange fortgeführt, dass diese Formen *häuslicher Gewalt* in den Folgejahren fast zum Alltag werden. Auch in den späteren Partnerschaften der Informantin ist Gewalt, sowohl erlebt als auch ausgeübt, ein interaktionsbestimmender

Faktor. Wie unspektakulär sich diese Tatsache in der Wahrnehmung der Informantin präsentiert, zeigt das folgende Zitat:

„...*this guy rearranged my face with a baseball bat, trying to kill him with a with a Jason's knife, somebody else beatin' on me, bust him in the head with a 40 ounce bottle... I got a bunch of DV's [domestic violence] with assaults with attempt to kill...*“ Z. 553-556. *“They dropped some of my other DV charges, because I was defending myself at the time they charged me.”* Z. 557-559 Der Tod einer dieser, obschon gewalttätigen Expartner, sowie der Tod einer Stieftochter werden außerdem als einschneidende *Verluste nahe stehender Bezugspersonen* erlebt, die die psychische Symptomatik verschlimmern. Auch die vielfache institutionelle *Fremderziehung* dürfte zur Verfestigung der traumatischen Verlaufsgestalt beigetragen haben. Ferner ist zu vermuten, dass die geschilderte Vernachlässigung teilweise die Dimension der *Lebensgefahr* für die Informantin gehabt haben dürfte. Sie selbst berichtet davon, auch heute noch *„ständig Unfälle zu haben.“* Z. 210

Wenigstens in ihren Kinderjahren in New York scheint Frau 7 ein Dach über dem Kopf gehabt zu haben. Als sie dieses im Alter von etwa 16 Jahren verliert, bedeutet dies zunächst einen *Verlust auf materieller Ebene*. Hinzu treten im weiteren Verlauf *Einbußen kognitiv-emotionaler Art*, wie sie sich bei Frau 7 beispielsweise durch Gedächtnisstörungen oder in der Gleichgültigkeit zeigen, die auch im obigen Zitat zum Ausdruck kommt. Auf einer *zwischenmenschlichen Ebene* werden vor allem *Verlusterfahrungen hinsichtlich familialer Bindungen* sowie der *fehlende Kontakt zu den eigenen Kindern*, bzw. das *Unvermögen für diese sorgen zu können* benannt.

Subjektive Bearbeitung

Das innere Erleben der Informantin ist durch *unspezifische Angst-* und *Bedrohungsgefühle* gekennzeichnet. Ferner dominieren Gefühle der *Orientierungslosigkeit* und *Verwirrung* hinsichtlich dessen, was mit ihr geschieht. Die Art der Schilderung der Interaktionen im häuslichen Milieu lässt zudem auf eine *emotionale Abstumpfung* schließen. Frau 7 wünscht sich, ihre Affekte besser regulieren zu können, hat aber offenbar schon so oft die Erfahrung *erlebten Kontrollverlusts* machen müssen, dass sie für sich zu dem Schluss kommt: *“That's just how I've been all my life, so it's nothing I can do about it.”* Z. 474-475 Im Gespräch thematisiert die Informantin ferner *Gewaltphantasien* in Form von bis in die Gegenwart hinein andauernden Suizidgedanken.

Auf der Verhaltensebene neigt Frau 7 dazu, ihre Gewaltbereitschaft mit dem Hinweis auf die verschiedenen Persönlichkeiten in ihr zu *rechtfertigen*. Unabhängig davon inwieweit man der Argumentation der Informantin folgt, bildet die multiple Persönlichkeitsorganisation, die sie als Eigentheorie anbietet, eine Extremvariante der *Dissoziation*, die als äußeres Merkmal zu ihrem Traumaspektrum gerechnet werden muss. Auch bedient sich Frau 7 der Strategie des *Rückzugs* und der *Abschottung*, wobei sie als Motiv hier eher Fremd- als Eigenschutz anführt. Außerdem zeichnet sich ihr Verhalten dadurch aus, dass sie belastende Situationen immer wieder durch *Weglaufen* zu beeinflussen versucht. Darüber hinaus wird der *Gebrauch von Suchtmitteln*, der in frühester Kindheit begann, bis heute aufrechterhalten. Die im Interview thematisierten *Gewalthandlungen* vollziehen sich auf mindestens drei Ebenen: Gewalt gegen Sachen in Form von Pyromanie und Vandalismus, Gewalt gegen die eigene Person mittels bewusst herbeigeführter Drogenüberdosierungen und anderer Varianten selbstverletzenden Verhaltens und schließlich Gewalt gegen andere Personen durch tätliche Angriffe auf Dritte.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen hat für Frau 7 den Charakter einer ultima ratio wenn subjektiv nur noch die Alternative der Selbstvernichtung zur Verfügung steht. Sie selbst drückt es folgendermaßen aus: „*If you really don't wanna die, you go for help. But when people don't wanna help you, then you go to your next best thing. You kill yourself. You give up.*“ Z. 261-263 Auf einer *personellen Ebene* ist möglicherweise das *negative Selbstbild* der Informantin ein Grund für ein derart verzögertes Inanspruchnahmeverhalten. Die Brüchigkeit ihres Selbstwertgefühls offenbart wiederum das folgende Zitat, mit dem sie beschreibt, was sie sich unter dem „normalen Leben“, das sie sich sehnlichst wünscht, vorstellt: „*feelin' more... happier for yourself. Feelin'... that you can say you love yourself more than once in a blue moon.*“ Z. 532-533 Auch hat sie sich mittlerweile so daran gewöhnt, zur Bewältigung von Krisen und Frustration *Suchtmittel einzusetzen*, dass auch diese Strategie als Hemmnis bei der Inanspruchnahme fachpsychiatrischer Hilfe gewertet werden kann. Das Frau 7 aufgrund negativer Vorerfahrungen völlig *abhanden gekommene Vertrauen* in Menschen allgemein trägt ein Übriges hierzu bei. Eine Rolle spielt auch die Tendenz zur *Delegation von Eigenverantwortlichkeit*, mit der sie ihren Suchtmittelkonsum als etwas darstellt, das zwangsläufig auf sie frustrierende

Erfahrungen mit (professionellen) Helferinnen und Helfern folgen *muss*. Sie macht außerdem sehr deutlich, dass sie sowohl die *eigene psychische Erkrankung* wie auch die unzähligen anderen biografisch leidvollen Erfahrungen erstens bis heute *nicht versteht* und zweitens auch *nicht über Hilfsmöglichkeiten Bescheid wusste*. Des Weiteren hindern drängende *andere gesundheitliche Probleme* Frau 7 vermutlich bis heute daran, sich rechtzeitig um adäquate fachpsychiatrische Unterstützung zu bemühen. Wie sehr ihre körperlichen Erkrankungen (vor allem AIDS und Epilepsie) in ihrer Wahrnehmung präsent und als den psychischen Störungen mindestens ebenbürtig eingestuft werden, zeigt auch ihre Gegenfrage, die sie darauf angesprochen, ob es einen Namen für ihren [psychischen] Zustand gibt, stellt: „*Which one? My mental problems or...? Z. 164*

Auf einer *institutionellen Ebene* beschreibt die Informantin die subjektive Erfahrung völliger *Nicht-Wahrnehmung durch Professionelle* vor allem in Zwangskontexten. In ihren eigenen Worten klingt es folgendermaßen: „*[Mental health services] locked me up, put me on drugs, threw me to the side.*“ Z. 33 Den mit ihr befassten psychiatrischen Diensten unterstellt Frau 7 anstelle echten Interesses an ihrer Person lediglich *institutionelles Profitstreben*. Entsprechend erlebt sie auch die in diesen Einrichtungen geleistete Hilfe zum Großteil als entweder *nicht existent* oder *nicht adäquat*, eine Tatsache, die sie klar mit weiteren negativen Auswirkungen auf ihr Selbstbild in Zusammenhang bringt. Ferner fällt die Vielfalt der psychiatrischen Zustandsbilder auf, mit denen die Informantin auf Nachfrage aufwartet. Demnach soll eine Schizophrenie neben einer affektiven bipolaren Störung sowie einer multiplen Persönlichkeitsstörung stehen. Diese verwirrende Fülle von Diagnosen kann unter einem medizinisch-analytischen Blickwinkel ein Hinweis auf *mangelnde Eindeutigkeit von Professionellen* sein. *Gesellschaftliche Faktoren*, die die Inanspruchnahme fachpsychiatrischer Dienste evtl. erschweren könnten, spart die Informantin bei ihren Schilderungen aus.

Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

Auch in einem von Extremtraumatisierung gekennzeichneten Leben wie dem von Frau 7 sind Ressourcen zur Bewältigung, und seien sie auch nur bruchstückhaft, auszumachen. Zu den *inneren Kraftquellen* gehört die Fähigkeit der Informantin zu *kontextualisieren* und dadurch beispielsweise die erhaltene professionelle Hilfe zu

differenzieren. Dies deutet wiederum auf ein gewisses Intelligenzniveau hin. Im Gespräch mit Frau 7 scheinen außerdem Momente von *Galgenhumor* auf, mit dem sie sich offenbar emotional Entlastung verschaffen kann. Auch beeindruckt sie mit der Fähigkeit zur *Um- und Neubewertung* bestimmter Sachverhalte, wie beispielsweise das folgende Zitat zeigt: „*I know my personalities. They come out all the time...*” Z. 178. “*It’s like, you know, you [die Interviewerin] got a family you can go home to, my family is with me at all times.*” Z. 181-182 Eine weitere Strategie ist das *Reinszenieren*, mit der Frau 7 in späteren Partnerschaften mehrfach die Gewalterfahrungen wiederholt, die sie bereits als Kind gemacht hat. Ungeachtet der maladaptiven Ergebnisse, die solches (unbewusstes) Verhalten mit sich bringt, kann es doch als *innere Ressource* in dem Sinne gewertet werden, dass dahinter ein Selbstheilungsversuch der Psyche steht verbunden mit dem dringenden Wunsch zur Neuerfahrung. Hinsichtlich der *äußeren Kraftquellen* liefert das Gespräch mit Frau 7 einige Beispiele von versuchter *Selbstfürsorge*, auch wenn diese scheiterten oder wenn die Erfolge wie beim letzten Aufenthalt in einer suchttherapeutischen Einrichtung nicht von Dauer sind. Beeindruckend ist ferner die Energie, mit der es der Informantin gelingt, sich in ihrer extrem ungeschützten Lebenssituation von Straßenobdachlosigkeit die *Unterstützung anderer Menschen*, z. B. von Stiefbrüdern oder anderen männlichen Freunden zu sichern, die sie beschützen. Die von ihr beschriebenen Versuche, mit diesen Personen zu *kommunizieren* ist eine weitere Ressource im Bemühen darum, mit ihren Belastungen zurechtzukommen. Auch der von Frau 7 angesprochene mögliche *Wechsel der Umgebung* durch eine intendierte eigeninitiierte Aufnahme in die Klinik stellt eine Möglichkeit der Problembewältigung dar. Außerdem wünscht sich die Informantin sehr, *eine Aufgabe zu haben*, sowohl im Rahmen der eigenen Rehabilitation als auch über das Engagement für andere Menschen.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel angemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Das Weltverständnis der Informantin ist durch die erfahrene Polytraumatisierung fundamental erschüttert. Ihre Einstellung zu Menschen, zum Leben und zur Zukunft ist fortan negativ geprägt. Dass sie trotzdem die Hoffnung auf eine Veränderung zum Positiven noch nicht völlig aufgegeben hat, zeigt das folgende Zitat:

„I don't think there... I don't know if there is a change, there can ever be a change. If it is, I hope somebody find it real soon, but... right now it doesn't look very promising.“ Z. 479-481 Die in diesen Worten zum Ausdruck kommende fehlende Erfahrung von Urheberschaft, die zu der Vorstellung führt, dass es ausschließlich anonyme Mächte oder andere Menschen sind, die über ihr Schicksal entscheiden, zieht sich durch das gesamte Interview: „Jemand“ soll etwas finden, das Veränderung bewirken kann, „das System“ hat ihr die Kinder weggenommen, „Bevollmächtigte“ haben ihre Kreditwürdigkeit ruiniert, weshalb sie es nun auf dem Wohnungsmarkt sehr schwer hat. Die Veränderung dieser Wahrnehmungen und Kausalattributionen hat hier allerdings angesichts der Schwere der Problemlage keine Priorität. Stattdessen geht es primär um Überlebenshilfe im Alltag, um Fragen wie: „Wo und wie schränken Frau 7 ihre massiven körperlichen Erkrankungen momentan ein? Hat sie Schmerzen und welche palliativen Maßnahmen können in diesem Fall ergriffen werden?“ Da nicht davon auszugehen ist, dass Frau 7 jede auch noch so gut gemeinte Form der Unterstützung unmittelbar positiv aufnehmen wird, brauchen Helfende die Bereitschaft, sich testen zu lassen. Frau 7 und ihresgleichen haben oft jedes Vertrauen in zwischenmenschliche Hilfe und Zuverlässigkeit verloren. Bevor sie sich einem neuen Menschen anvertrauen, unterziehen sie diesen einer Reihe von Tests. Das lange Beobachten der Interviewerin, bevor sich Frau 7 als kompetente Expertin in Bezug auf die Untersuchungsfrage zu erkennen gibt und die Bereitschaft zur Weitergabe ihrer Erfahrungen signalisiert, ist ein solcher Test. Begleiterinnen und Begleiter müssen offen und in der Lage sein, ihre Gedanken und Gefühle in ehrlicher und situativ angemessener Weise mitzuteilen. Sie müssen ferner die Bereitschaft zeigen, sich auf die Lebens- und Traumageschichten der Zielgruppe einzulassen und signalisieren, dass sie bereit sind, diese zu hören, wenn ihre Gegenüber darüber sprechen möchten. Im günstigsten Fall kommen Menschen wie Frau 7 so zu der Entscheidung, dass Begleiterinnen und Begleiter das Vertrauen für die Hilfe, die sie anbieten, verdienen. Nur dann ist die Basis für die weitere (Beziehungs-)arbeit geschaffen. Eine effektive Form der Unterstützung beschreibt die Informantin anhand einer vormals für sie zuständigen professionellen Bezugsperson mit folgenden Worten:

„... I had one case worker, he came to my house... he was there. He came made sure I would have my appointment...“ Z. 74-75. *“ He helped me go through a lot of stuff, he moved me, helped me get to other apartments and when my... significant other... that used to beat on me, he died, he came, got me dressed and took me to the funeral, and*

he stayed there with me... He stayed with me through the whole thing. Through the goods and the bads, he was there with me no matter what.” Z. 77-82

Frau 7 und ihresgleichen müssen über solche Formen kontinuierlicher, nachgehender Begleitung vor allem die Möglichkeit zur Stabilisierung erhalten. Es ist gut möglich, dass die Zusammenarbeit mit der Zielgruppe tatsächlich nie über diese Phase hinauskommt. Dennoch sollte Frau 7 ermutigt werden, eine Sprache für das unfassbare traumatische Geschehen zu finden. Nach dem Prinzip der Normalität, die sie sich so sehr wünscht, sollten Begleiterinnen und Begleiter Erklärungsmodelle anbieten, in denen die psychiatrische Symptomatik als normale Folgeerscheinung in anomalen Situationen vermittelt wird. Vielleicht tritt so an die Stelle von großer Rat- und Orientierungslosigkeit bei der Informantin allmählich ein Verstehen der Symptome als Reaktionen auf Situationen, die keine adäquate Bewältigung zuließen. Dies setzt voraus, dass sich Begleiterinnen und Begleiter eingehend mit dieser Thematik beschäftigt haben, um dann entscheiden zu können, wie viel Information über die Natur und Dynamik von traumatischen Reaktionen im Einzelfall hilfreich und sinnvoll ist. Damit zusammenhängend sollten Begleiterinnen und Begleiter die in ebendiese Symptome investierte Kraft als ein unter den gegebenen Bedingungen schlüssiges Handeln würdigen und für die individuell gewählten Bewältigungsstrategien Verständnis haben. So ist es durchaus nachvollziehbar, dass Menschen wie Frau 7 die extreme Belastung durch Alkohol und andere Drogen zu mildern suchen, um den extremen Erregungszustand, in dem sie sich häufig befinden, in erträglichen Grenzen zu halten. Frau 7 wird sich über eine solche Betrachtungsweise vermutlich als Person gestärkt und besser in der Lage fühlen, alternative, sozial verträglichere Verhaltensweisen auszuprobieren. Hinsichtlich der Lebensumstände der Informantin fällt, bedingt durch das Leben auf der Straße, zuvorderst der fehlende eigene Privat- und Schutzraum auf. Ein Ergebnis der vorliegenden Studie belegt die Wichtigkeit eines solchen Ortes für die psychische Stabilität der Zielgruppe. Obwohl auch Frau 7 selbst diesen Zustand von Straßenobdachlosigkeit beklagt, sollten Veränderungen in dieser Richtung ganz behutsam und nur in unbedingter Kooperation mit der Informantin initiiert werden. Mit über der Hälfte gelebten Lebens auf der Straße hat sie ihre Persönlichkeit vermutlich längst um eine „wohnungslose Identität“ (Kuhlman, 1994) herum organisiert und es besteht die Gefahr, dass die intendierte Abhilfe, womöglich noch über den Kopf der Informantin hinweg zügig Wohnraum zu organisieren, ins Leere läuft. Zunächst braucht Frau 7 verlässlich verfügbare Kontakte,

die sie auch in anderen alltagspraktischen Belangen wie Nahrung, Kleidung und ärztliche Versorgung aufsuchend im Hier und Jetzt unterstützen. Ist schließlich geeigneter Wohnraum für Frau 7 und möglicherweise ihren Partner gefunden, sollte diese Begleitung auch unter diesen Bedingungen aufrechterhalten werden. Im vorliegenden Fall wird eine erfolgreiche Transformation der traumatischen Erfahrung im Sinne einer sich daraus ergebenden Entstehung positiver Charakterzüge wie Redlichkeit und Integrität vermutlich nie gelingen. Es kann allerdings hilfreich sein, eine solche Entwicklungsmöglichkeit wenigstens anzudeuten. Die Informantin artikuliert im Gespräch zudem ihren Wunsch, sich für andere Menschen zu engagieren. Auch wenn dies zum Interviewzeitpunkt illusorisch anmutet, so ist doch anzuerkennen, dass soziales Engagement von Traumatisierten hilfreich und heilsam für den Erholungsprozess sein kann. Entsprechend sind jedwede Bestrebungen in diese Richtung zu gegebener Zeit förderungswürdig. Dass Frau 7 überhaupt noch am Leben ist und die Erzählleistung ihrer Geschichte vollbracht hat, zeugt von immenser Energie und schierem Überlebenswillen, demselben Überlebenswillen, mit dem die Informantin ihre Situation zusammenfasst: „*I've been through the wringer and I'm... still going through wringers. I'm going through hell and still having hell. [But it's] like you can't... win for loosing.*“ Z. 298-300

Herr 8:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Als die Interviewerin Herrn 8 zum ersten Mal begegnet, ist sie eigentlich mit einem anderen Informanten verabredet, der sich mit ihr in der Lobby der ambulanten Versorgungseinrichtung hatte treffen wollen. Minuten werden zu Stunden geduldigen Wartens und Beobachtens für die Forscherin. Im Hintergrund tönt leise der Fernseher, ohne dass jemand dem Programm große Beachtung schenkt. Die Besucher scheinen alle ihren eigenen Gedanken nachzuhängen, Lust auf ein Gespräch hat offenbar niemand. Die Forscherin ist schon geneigt zu gehen, als ihr Blick auf einen weißen Mann fällt, der nur zwei Stühle entfernt sitzt. Er erwidert ihren Blick mit einem kleinen aber aufrichtig wirkenden Lächeln, ein Signal, das die Interviewerin zum Anlass nimmt, sich vorzustellen und ihrerseits nach seinem Namen zu fragen. Im weiteren Gesprächsverlauf stellt sich heraus, dass er als Mann ohne eigene Wohnung dafür aber mit einer psychischen Erkrankung für die Teilnahme an der vorliegenden

Studie in Frage kommt. Die Erläuterung des Forschungsvorhabens und der Vorschlag zur Mitwirkung daran greift der Informant so vorbehaltlos und begeistert auf, dass er entgegen sonstiger Gepflogenheiten noch am selben Tag befragt wird. Nach dieser ersten Begegnung treffen sich Herr 8 und die Interviewerin noch viele Male spontan im Versorgungszentrum, was den Informanten jedes Mal zu freuen scheint. Obwohl er nie um einen derartigen Gefallen gebeten wurde, legt er in der Folge auch anderen Besuchern nahe, der Forscherin ebenfalls ihre Geschichte zu erzählen. Mindestens eine weitere Interviewpartnerin kann auf diese Weise gewonnen werden. Herr 8 ist zum Gesprächszeitpunkt 41 Jahre alt und ledig. Seine Eltern sind inzwischen Mitte sechzig und leben ebenfalls in Columbus. Außerdem gehören mindestens ein Bruder und eine Schwester zur Herkunftsfamilie. Herr 8 beschreibt seine Kindheit als kommunikationslos und einsam. Bereits mit 13 Jahren ist er drogenabhängig. Im Rückblick macht er seinen Suchtmittelkonsum für das Scheitern seiner Berufskarriere verantwortlich, die, obwohl er nicht näher auf den erreichten Schulabschluss oder die geleisteten Berufsjahre eingeht, zunächst recht viel versprechend ausgesehen haben soll. Herr 8 berichtet davon, u. a. sowohl in der Textilbranche als auch in der Gastronomie eine leitende Stellung gehabt zu haben, einschließlich einer damit verbundenen soliden ökonomischen Grundlage. In diesem Zusammenhang betont er auch seine überdurchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten. Zum Interviewzeitpunkt bilanziert er seine Entwicklung dagegen folgendermaßen: „*I’ve just torn my life down. You know, just... I never really had a life...*“ Z. 193-194. „... *being 41 ... lost so many years... I get so depressed. I just feel like it’s dying.*“ Z. 278 Außer der Suchterkrankung soll bei Herrn 8 als psychiatrische Erkrankung im engeren Sinne sowohl eine bipolare Störung als auch eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert worden sein. Den Schilderungen des Informanten nach beschränken sich seine Erfahrungen mit dem psychiatrischen Hilfesystem auf ambulante Kontexte innerhalb Ohios. Das Versorgungszentrum in Columbus nutzt er seit rund vier Jahren. Zum Interviewzeitpunkt lebt er mit seinem Bruder in dessen Wohnung zusammen. In der vorliegenden Studie werden Menschen in solchen Wohnarrangements ohne mietrechtliche Absicherung ebenso als obdachlos betrachtet. Diesen Bruder beschreibt der Informant neben den anderen Familienmitgliedern als ebenso psychisch auffällig. Er möchte schnellstmöglich dort ausziehen. Sein psychisches Selbsterleben bezeichnet Herr 8 als „*Kriegszustand im Kopf*“ Z. 477-478, sowie als „*Kampf den er [dort]*

gegen Dämonen führt.“ Z. 486 An solchen Tagen hat er keine Kraft aufzustehen und fühlt sich niedergeschlagen wie ein „geprügelter, rüudiger Hund.“ Z. 476-477

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

Das Gespräch mit Herrn 8 liefert keine expliziten Hinweise darauf, dass belastende Lebensereignisse traumatisch gespeichert worden wären. Die erlittenen Verlusterfahrungen erlebt er dagegen als existenziell. Sie betreffen neben den Bindungen zur Herkunftsfamilie auch den Kontakt zu Freunden, denn als Obdachloser, so Herr 8, „hat man allenfalls noch Bekannte.“ Z. 72 Auch beklagt er auf einer *kognitiv-emotionalen Ebene* verpasste Lernerfahrungen, sowie *materielle Einbußen*. Wie weit diese Verlusterlebnisse in der Summe über Einzelaspekte hinausweisen, verdeutlicht sein Resümee: „*All my possessions, I lost all them... You know? But a person even loses his dignity, like I have. Uh, it's... hard to get it back.*“ Z. 197-202

Subjektive Bearbeitung

Das *innere Selbsterleben* des Informanten kennzeichnet *Gefühle von Orientierungslosigkeit und Verwirrung* ebenso wie *Erstarrung*. Dazu kommen *Verfolgungsideen und Gewaltphantasien*, wie sie die folgende Textpassage belegen: „*I hear voices. Uh, I also hear like trains, uh, bells ringing, horns honking, you know... And I think... these are outside. And I... think people getting out to harm me*“. Z. 306-308 Zu solchen Bedrohungsgefühlen durch andere Menschen treten häufig wiederkehrende Suizidgedanken. Auch Befürchtungen, für die eigene Familie zur Gefahr werden zu können, gehören dazu.

In der Wahrnehmung von Herrn 8 haben ihn seine psychische Erkrankung und sein Suchtmittelkonsum charakterlich grundlegend verändert und „zu einem *Monster gemacht*“. Z. 111-112 Zum Umgang mit seinen Belastungen ist auf der *äußeren Verhaltensebene* zunächst der *Gebrauch von Suchtmitteln* evident, auch wenn Herr 8 partiell dazu neigt, diesen zu *bagatellisieren* und hervorhebt, seit rund einem Monat abstinent zu sein. Seinen Schilderungen nach helfe ihm der Substanzenmissbrauch dabei, „zu *vergessen*“. Z. 113 Neben solchen Tendenzen zur *Verdrängung* sind Strategien des *Rückzugs* und der *Abschottung* auffällig, wenn Herr 8 z. B. aus Angst

vor Bedrohung außerhalb anderthalb Monate lang das Haus nicht verlässt. Er betont allerdings ausdrücklich, dass seine Gewaltphantasien bisher keine entsprechenden *Handlungen* nach sich gezogen hätten.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Für Herrn 8 trägt ein *negatives Selbstbild* auf der *personellen Ebene* dazu bei, formelle Unterstützung nicht bzw. verspätet nachzufragen oder anzufordern. Er drückt es so aus:

„*But a lot of people think... I think their self-esteem is so low, that... they feel like they're just dirt...*“ Z. 439-440. „*You gotta have enough, how do I say it? Enough... ahm... of self-worth... to come and ask for help.*“ Z. 389-390 Außerdem kann das von ihm benannte *fehlende Vertrauen* zu Menschen allgemein ein Grund hierfür sein, da davon auszugehen ist, dass dies psychiatrisch Tätige mit einschließt. Wie die eigene *Suchtanamnese* alle anderen Lebensbereiche so dominieren kann, dass darüber gesundheitsfördernde Lebens- und Handlungsweisen nicht mehr praktiziert werden (können), belegt beispielsweise auch folgende Textpassage:

“*...living on the street... you know. Looking all dirty and stuff like that... I used to be like that out there. You know, uh, didn't take care of my hygiene and... nothing cares but I wanted that drugs and alcohol.*“ Z. 365-368 Schließlich mag auch das *Nicht-Verstehen der eigenen Erkrankung* Herrn 8 daran hindern, sich rechtzeitig um psychiatrische Unterstützung bemüht zu haben. In seinem Fall betrifft dieses Unverständnis außer ihm selbst auch seine Familie.

Auf *institutioneller Ebene* schildert der Informant keine negativen Erfahrungen. Im Gegenteil. Das ambulante Versorgungszentrum, in dessen Kontext die Befragung in Columbus durchgeführt wurde, erlebt er als „*sicheren Ort*“ Z. 94; 373, an dem er, unabhängig davon, ob er sich selbst aktiv in das Geschehen einbringt, die Erfahrung ungefährlicher Zugehörigkeit machen kann. Die dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bezeichnet er als „*good-quality people*“ Z. 255, die ihn „*enorm unterstützt*“ Z. 259 hätten. Wie sehr der Informant auf diese Art der Unterstützung angewiesen ist, zeigt sich auch an seiner Rat- und Hilflosigkeit für den Fall, dass es die Versorgungseinrichtung nicht gäbe. Vom analytischen Standpunkt der Forscherin aus betrachtet, fällt lediglich auf, dass Herr 8 mit „*Bipolarer Störung*“ und „*Paranoider Schizophrenie*“ parallel zwei Diagnosen gegeben wurden, die sich normalerweise

ausschließen. Dies könnte auch hier auf eine *mangelnde Eindeutigkeit von Professionellen* hindeuten, bei einem Klienten, der besonders stark um Klarheit und Orientierung ringt.

Auf einer komplexeren *gesellschaftlichen Ebene* glaubt Herr 8, dass die Tatsache, eine psychische Erkrankung zu haben, Betroffene zur Ausnutzung durch Menschen exponiert, die diese Schwierigkeiten nicht haben. Als andere Formen *gesellschaftlicher Diskriminierung* benennt er lediglich die Ablehnung seiner Person durch die eigene Familie. Diese, und nicht der Informant selbst, ist es seinen Schilderungen nach, die Professionelle *abwertet* und ihnen *Profitstreben unterstellt*. Herrn 8 machen solche Erfahrungen vor allem traurig und lassen ihn frustriert ausrufen: „*But how could he say that when he ain't been in my shoes?*“ Z. 937

Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

Der Informant verfügt über ein breites Spektrum von Kraftquellen, auf die er bei der Bewältigung seiner Belastungen zurückgreifen kann. Zunächst versucht er sich als informierten Menschen zu positionieren, der tatsächlich Hilfe in Anspruch nehmen möchte, um sich damit im *sozialen Vergleich* von anderen Besucherinnen und Besuchern des Versorgungszentrums positiv abzuheben, die seiner Meinung nach nur „*zum Rauchen und Kaffee trinken*“ Z. 405-406 kommen. Eine weitere *innere Ressource* ist seine Fähigkeit zur *Um- und Neubewertung* bestimmter Sachverhalte, etwa wenn Herr 8 vielen alkohol- und drogenabhängigen Menschen überdurchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten attestiert. In eine ähnliche Richtung weist auch die folgende Aussage des Informanten: „*I suppose my parents could... use, uh, a dose of Southeast [das ambulant-psychiatrische Versorgungszentrum] you know?*“ (*lacht*) Z. 153-154. Hier scheint ferner der *Humor* des Informanten kurz auf, auch ein probates Mittel, um sich beim Auftreten aversiver Gefühle Erleichterung zu verschaffen. Außerdem fällt auf, dass Herr 8 zur *Kontextualisierung* in der Lage ist, etwa wenn einräumt, dass manche Medikamente helfen, andere wiederum nicht. Auch sein selektives Mitteilungsverhalten, mit dem er darüber entscheidet, wen er zu seiner psychischen Verfassung informieren möchte und wen nicht, fällt in diese Kategorie. Ferner sind ihm Meditation und Gebet, also *Spiritualität* im weiteren Sinne eine innere Kraftquelle.

In Bezug auf *äußere Ressourcen* entlasten den Informanten *Medikamente* von seinen als quälend erlebten inneren Zuständen. Außerdem baut er dazu auf die *Informationen*,

die er durch den Besuch diverser psychoedukativer Gruppen in der Einrichtung erhält. Dazu passt, dass er sich seine Erkrankung mit einem biochemischen Erklärungsmodell plausibel und damit handhabbar zu machen versucht. So erzählt er: „... *I know that drugs and alcohol is not the answer. It's, uh, it's try to program your own mind to... do what is right.*“ Z. 118-119 Die in diesem Zitat zum Ausdruck kommende *Selbstfürsorge* wie sie der Informant durch positive Eigeninstruktionen praktiziert, ist beachtlich. Ferner erlebt Herr 8 die *Unterstützung durch andere Menschen* als fundamental. Dies können beständige Professionelle, die gut zuhören können ebenso wie andere Personen sein. Der Informant nennt es: „*hang with good people*“. Z. 217-218 Um dies zu erreichen, meidet er offenbar Orte, an denen er sich noch wenige Wochen vor dem Interview bevorzugt aufhielt, hat also einen *Wechsel der Umgebung* vorgenommen. Als wichtigsten Faktor nennt Herr 8 die Fähigkeit zur *Kommunikation*, die ihm vorübergehend abhanden gekommen war.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel angemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Kommunikation hilft dem Informanten nicht nur bei der Bewältigung innerer Spannungszustände. Durch ihre klärend-strukturierende Wirkung unterstützt sie Herrn 8 auch bei hochbedeutsamen Identitätssuchprozessen, die bis heute andauern ebenso wie bei praktischen Problemlösungen. Obwohl der Informant vor dem Hintergrund ungelebter Möglichkeiten seine bisherige Lebensgeschichte eher negativ bilanziert, kann das Interview mit ihm als Beispiel dafür gelten, wie sich durch die sprachliche Strukturierung auch sein Selbstverständnis wenigstens ansatzweise wandelt. Es hat den Anschein, als führe die Dynamik des Erzählprozesses bei Herrn 8 zu neuen Erkenntnissen über Art und Bedeutung des Erlebten, die positiv auf sein Selbstwertgefühl zurückwirken. So positioniert er sich als lokal überlegener Experte, was das Leben in der Obdachlosigkeit angeht. Der Informant drückt es so aus: „*I've been in halfway houses, I've... uh, lived with other people, I've lived in the woods, I've... lived on the streets...*“ Z. 270-271. „*I've lived in shelters - all of that. I mean, I know what it's like.*“ Z. 274 Auch zum Interviewzeitpunkt ist der Informant lediglich Mitbewohner im Apartment des Bruders. Seinen Schilderungen nach praktiziert dieser Bruder ein exkommunikatives, sozial unangemessenes Verhalten, das Herrn 8, der zur Bewältigung seiner Schwierigkeiten maßgeblich auf zwischenmenschlichen Kontakt

setzt, stark belastet. Entsprechend hat der eigene Privatraum für ihn Priorität. Sein Beispiel belegt ferner eindrucksvoll, welche instrumentelle Rolle professionell-psychiatrische Dienstleistungsanbieter erhalten können, wo primäre Netzwerke wie Familie, Freunde und Nachbarschaft versagen, bzw. wo ein sicherer Ort zum Leben anderweitig fehlt. Begleiterinnen und Begleiter, die Menschen wie Herrn 8 wirksam unterstützen möchten, müssen sich demnach auf einer strukturell-politischen Ebene unbedingt auch mit der Beschaffung von erschwinglichem Wohnraum befassen. Darüber hinaus sollten sie gemeinsam mit dem Informanten kreative Lösungen erarbeiten, wie neue Netzwerke etabliert bzw. vorhandene gestärkt werden können. Dabei können sie sich die hohe Informationsverarbeitungskompetenz und Lernbereitschaft von Herrn 8 zunutze machen, etwa wenn es darum geht, ihn bei der Einbindung in eine Selbsthilfegruppe zu unterstützen. Damit würde sein tertiäres Netzwerk eine Stärkung erfahren. Professionell Tätige sollten in jedem Falle auch versuchen, die Angehörigen in ihre Arbeit einzubeziehen. Eingedenk der in diesem Beispiel geschilderten extrem großen familiären Vorbehalte gegen psychiatrische Interventionen wird dies allerdings kaum gelingen, wenn Helfende in ebendiesem Kontext agieren. Erfolgversprechender scheint initial ein Aufsuchen der Familie in ihrem Wohnquartier, bei dem nicht psychiatrische Zusammenhänge betont, sondern gemeinsame Erlebnisaspekte in den Vordergrund gerückt werden. Zu denken wäre etwa an Ausflüge oder die gemeinsame Realisierung von (Stadtteil-)festen. Damit wird die Familie als normal aufgewertet, und es fällt ihnen, die sie als sehr ungeübt in zwischenmenschlicher Kommunikation beschrieben werden, vielleicht leichter, sich genau darauf einzulassen. Kommunikation ist auch für Herrn 8 der Schlüssel zur kognitiven wie praktischen Bewältigung einer komplizierten Innen- und Umwelt. Die Möglichkeit, durch Sprache (wieder) Kontakt herzustellen und aufrechtzuerhalten, mindert sein individuelles Leiden erheblich, nachdem er ehemals auf die Erfahrung, in seinen Sichtweisen von anderen nicht verstanden zu werden, mit Rückzug reagierte. Der Preis dieser Verhaltensstrategie war jedoch eine als nahezu kosmisch empfundene Einsamkeit. Geduldige Begleiterinnen und Begleiter können ihren psychiatriee erfahrenen Gegenübern helfen, aus unflexiblen Denk- und Verhaltensmustern herauszukommen und darüber ihr Kontaktverhalten wieder offener zu gestalten. Bei Herrn 8 erfüllt z. B. seine Psychiaterin in ihrer Berufsrolle diese Aufgabe. Die Treffen mit ihr sind für ihn offenbar mit Freude verbunden. Wo, wie im vorliegenden Fall, eigene primär-informelle Netzwerke zur Problembewältigung nicht

bzw. unzureichend zur Verfügung stehen, ist es nahe liegend, dazu stärker psychiatrisch Tätige als tertiäres Netzwerk heranzuziehen. Auch Begleiterinnen und Begleiter, die außerhalb psychiatrischer Hilfesysteme agieren, fallen in diese Netzwerkkategorie, sind inhaltlich, zeitlich und örtlich aber flexibler. Ihre Parallelpräsenz vergrößert den Kreis der Personen, die psychisch kranken Menschen in schwierigen Lebenssituationen Unterstützung anbieten können. Dies kann wiederum zur Entlastung von Therapeutinnen und Therapeuten dienen, die sich mit der psychischen Störung eines Menschen im engeren Sinne befassen und außerdem die Entstehung von Abhängigkeitsverhältnissen verhindern. Begleiterinnen und Begleiter können sich eben wegen ihrer im Vergleich zu Psychiatern und Therapeuten größeren Flexibilität ferner gemeinsam mit den Menschen, die sie unterstützen konsequent auf Ressourcensuche begeben und der Zielgruppe dabei helfen, vor- und nichtpsychiatrische Hilfen für sich nutzbar zu machen. Die Freude, die Herr 8 bei den Interaktionen mit seiner Psychiaterin empfindet ist eine solche Ressource, die kontextübergreifend wirken kann. Entsprechend geht es in seinem Fall in der Begleitung darum, Anlässe aufzuspüren, die ihm auch früher bereits Freude bereitet haben. So wird es ihm im Idealfall allmählich möglich, wieder Anschluss an die mannigfaltige Objektwelt und soziokulturelle Umwelt zu finden. Er könnte zu einem neuen biografischen Bewusstsein gelangen, das es ihm erlaubt, sich seiner eigenen Entscheidungen und Selbstgestaltungskräfte bewusster zu werden. Dieses Wissen könnte sich wiederum positiv auf die Erwartung zukünftiger Handlungsausgänge auswirken und die Lebenszufriedenheit des Informanten, der seine Entwicklung bisher eher schicksalhaft-statisch begreift, erheblich steigern.

Frau 9:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Bei Frau 9 handelt es sich um eine Amerikanerin europäischer Abstammung. Mit ihren zum Interviewzeitpunkt 22 Jahren ist sie die jüngste Person im gesamten Sample. Die Forscherin besucht die Notunterkunft für Frauen in Columbus schon mehrere Wochen, ehe die Informantin aufgenommen wird und sich beide dort zum ersten Mal begegnen. Als klar ist, dass auch Frau 9 Psychiatrieerfahrung hat und mittlerweile Klientin des kooperierenden Versorgungszentrums ist, wird bald nach dem Erstkontakt ein Interviewtermin vereinbart, da Frau 9 sehr offen dafür scheint,

ihre Geschichte zu erzählen. An dem Tag, an dem das Gespräch stattfinden soll, kann die Forscherin die Informantin allerdings zunächst nirgendwo in der Einrichtung entdecken. Erst gegen Mittag, als die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des aufsuchend tätigen Teams ihre Arbeit beendet haben und schon fast wieder losfahren wollen, taucht sie doch noch auf. Offenbar ist sie früh aufgestanden und war in der Stadt unterwegs, ohne noch an die Terminabsprache zu denken. Da sich an ihrem Entschluss zur Teilnahme an der Studie aber nichts geändert hat, wird das Interview wie geplant an Ort und Stelle durchgeführt und die Forscherin kehrt später allein zum Versorgungszentrum zurück. Um diese Tageszeit ist es in der Notunterkunft ruhiger geworden, sodass sich Frau 9 mit der Forscherin in das Zimmer zurückzieht, in dem sie mit vier anderen Frauen übergangsweise lebt. Sie setzt sich auf „ihr“ Metallbett, das ebenso wie die Betten ihrer Mitbewohnerinnen ungemacht ist, während die Interviewerin auf einem Stuhl daneben Platz nimmt. Das Aufnahmegerät hält sie in Ermangelung einer Ablagefläche in der Hand. Frau 9 erzählt, dass sie im Alter von 20 Jahren erstmals mit dem psychiatrischen Hilfesystem in Berührung gekommen sei. Vorausgegangen war der Verlust beider Elternteile, die im Abstand von nur 19 Tagen gestorben sein sollen, woraufhin Frau 9 offenbar psychologische Betreuung erhält und damit zusammenhängend als an einer Depression erkrankt diagnostiziert wird. Außer ihr verlieren noch ein Bruder und zwei Schwestern Mutter und Vater. Die Informantin zieht daraufhin vermutlich zunächst für etwa anderthalb Jahre zu ihrem Bruder, bevor sie mit Freunden und später mit ihrem damaligen Partner zusammenwohnt. Als dieser sich von ihr trennt, geht auch diese Wohnmöglichkeit verloren und Frau 9 kommt kurzfristig bei ihrer Schwester unter. Nachdem sie dort einen Suizidversuch unternommen hat, gibt diese Schwester die Wohnung offenbar auf und verlässt mit ihrem Verlobten die Stadt. In dieser Situation ist es wiederum der Bruder der Informantin, der diese in die Notunterkunft für Frauen vermittelt, in der das Interview stattfindet. Offenbar ist diese Form institutioneller Unterbringung die erste ihrer Art für Frau 9. Dagegen scheint selbstverletzendes Verhalten inzwischen zu einer gängigen Verhaltensstrategie geworden zu sein. In Bezug auf die diesbezüglichen Anfänge erinnert sich Frau 9: *„It was December of last year... uh, my ex-boyfriend tried to kill himself. So I decided to kill myself. And I used a razor on my arms, sliced them all up, and that's when it started. It was like a trigger and after that any time I felt any pain, I would just inflict pain to myself.“* Z. 275-278

Ihre psychiatrischen Auffälligkeiten führen außerdem zu mindestens einem berichteten stationären Klinikaufenthalt im Juli 2004, rund anderthalb Monate vor dem Interview. Dort soll begleitend zur depressiven Erkrankung eine Borderline-Persönlichkeitsstörung festgestellt worden sein. Wegen jüngst aufgetretener atypischer expressiver Gefühlsäußerungen wird im aktuellen Behandlungskontext außerdem das Vorliegen einer bipolaren Störung untersucht.

Offenbar liegt die letzte Selbstverletzung zum Gesprächszeitpunkt länger als einen Monat zurück, etwas, das die Informantin sichtlich stolz macht und sie hoffen lässt, auch in Zukunft darauf verzichten zu können. Nicht aufgeben möchte Frau 9 dagegen den Konsum von Marihuana, den sie seit ihrem 18. Lebensjahr betreibt. Der Einstieg in den Suchtmittelgebrauch fiel offenbar mit dem Wechsel auf das College zusammen, das die Informantin mit der Absicht besuchte, Medizinassistentin zu werden. Drei Monate vor dem Abschluss bricht sie diese Laufbahn ab, ohne allerdings bildungsbiografisches Scheitern und Suchtmittelkonsum im Erzählkontext miteinander in Verbindung zu bringen. Im Rückblick bedauert sie diese Entwicklung und würde gerne wieder an die Universität zurückkehren, ist aber hinsichtlich der Realisierbarkeit dieses Vorhabens unsicher. Ebenso räumt Frau 9 im Kontakt mit dem anderen Geschlecht eine massive eigene Unsicherheit ein. In ihrer Wahrnehmung ist ihr hier die Natürlichkeit des Umgangs verloren gegangen, wobei sie betont, dass ihr soziales Engagement für andere sehr wichtig sei. Ihre kommunizierte Unsicherheit passt zu ihrem von der Forscherin als kindlich-unreif wahrgenommenen Habitus.

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

Der sukzessive Tod beider Elternteile im Jahr 2002 hat, obschon zu den näheren Umständen nichts weiter bekannt ist, die Informantin höchst wahrscheinlich überraschend und unvorbereitet getroffen und kann als traumatisches Ereignis katastrophalen Ausmaßes gelten. Als sie ein Jahr später ihren damaligen Freund durch dessen Suizidversuch zu verlieren droht, entsteht eine Situation, die einerseits an das vorausgegangene Trauma des *Verlustes nahe stehender Bezugspersonen* erinnert und andererseits ein neues potentiell traumatisches Ereignis darstellt. Frau 9 berichtet außerdem von einem Beinahe-Frontalzusammenstoß, der sich zeitlich wenige Monate vor dem Tod der Eltern ereignet haben soll. Man kann davon ausgehen, dass die

Informantin, die angibt, den Wagen selbst gefahren zu haben, sich in diesem Zusammenhang in *Lebensgefahr* wähnte. Dass sie es seitdem konsequent vermieden hat, sich wieder ans Steuer zu setzen, ist ein weiteres Indiz für eine traumatische Erlebnisverarbeitung. Ob die Trennung von ihrem letzten Freund, die von diesem initiiert zum Gesprächszeitpunkt etwa zwei Monate zurückliegt, ebenso traumatische Qualität hat, kann nicht mit Bestimmtheit gesagt werden. Das Gefühl abgrundtiefer *Verlassenheit*, das die Informantin angesichts solcher Schockerlebnisse, die kaum Raum für Phasen der Erholung ließen, empfunden haben muss, ist indes leicht nachvollziehbar und kann als eigener traumatogener Faktor betrachtet werden. Mit dem Verlust der Eltern gekoppelt sind *materielle Einbußen*, da Frau 9 in der Folge ihr Zuhause verliert und fortan zunächst bei Geschwistern oder mit Freunden zusammenwohnt, bevor auch diese informell-primären Netzwerke nicht mehr tragen und sie obdachlos wird. Auch auf der *kognitiv-emotionalen Ebene* sind Verluste zu verzeichnen, etwa wenn die Informantin von Tagen depressiver Verstimmung erzählt, an denen ihr alles „*wie in einem Nebel*“ Z. 222 vorgekommen sei. Auch die berichteten Funktions- und Konzentrationsstörungen und das plötzlich aus einer Tätigkeit heraus geschilderte „*Wegdämmern*“ Z. 423-424 fällt in diese Kategorie. Verlufterfahrungen *zwischenmenschlicher Art* betreffen bei Frau 9 hauptsächlich die *familialen Bindungen* sowie den *Verlust von (Intim-)freunden*.

Subjektive Bearbeitung

Im *inneren Erleben* dominieren bei der Informantin Gefühle von *Verwirrung* und *Orientierungslosigkeit*. Ferner artikuliert sie allerdings spezifische *Angstgefühle* rund um das Thema Autofahren, sowie Phasen der *Apathie* und *Erstarrung*. Letzteres Phänomen schildert sie allerdings nur im Kontext des Kontakts zu Jungen. In diesem Zusammenhang beklagt Frau 9 auf der *äußeren Verhaltensebene* ihre Unfähigkeit, ihr Verhalten dem anderen Geschlecht gegenüber zu steuern, während sie „*allen anderen Frauen*“ Z. 611-612 unterstellt, dieses Problem nicht zu haben. Hier wird die Tendenz zum *Generalisieren* deutlich. Auch neigt die Informantin zur *Bagatellisierung* ihres *Suchtmittelkonsums*, der eine weitere Verhaltensstrategie im Umgang mit ihrem psychischen Selbsterleben darstellt. Um Konflikten aus dem Weg zu gehen, *zieht sie sich* im aktuellen Wohnumfeld außerdem vor ihren Mitbewohnerinnen *zurück* und *schottet sich ab*. Schließlich haben die von Frau 9

vorgenommenen *Gewalthandlungen* in Form suizidaler Gesten einen stark demonstrativen Charakter.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

In der Wahrnehmung der Informantin begleiten sie Depressionen schon „*ein ganzes Leben lang*“ Z. 53. Aber erst im Alter von 20 Jahren, als durch den Verlust beider Elternteile andere normalbiografisch nicht erwartbare Ereignisse hinzukommen, erhält Frau 9 schließlich psychiatrische Hilfe. Gründe für eine solche Inanspruchnahmelatenz entsprechender Unterstützung können auf einer *personellen Ebene* darin liegen, dass Frau 9 ihr Verhalten und damit verbunden ihre *psychische Erkrankung nicht versteht*. Möglicherweise ist auch die eigene *Suchtanamnese* hierfür ein Hinderungsgrund. Außerdem muss die *Armut* der Informantin konstatiert werden, die zum Gesprächszeitpunkt über keinerlei eigenes Einkommen verfügt, sondern lediglich punktuell von ihrem Bruder alimentiert wird. Inwieweit dieser Faktor allerdings auch die Inanspruchnahme fachpsychiatrischer Hilfe negativ beeinflusst, bleibt offen. Gleiches gilt für die berichteten *anderen gesundheitlichen Probleme*, die sich bei Frau 9 in Form von, ihrer Aussage nach erblich bedingten, Schwindelgefühlen äußern. Im *institutionellen Kontext* kann das folgende Zitat als Beispiel dafür gelten, dass die Informantin die dort geleistete fachpsychiatrische Unterstützung wenigstens partiell als *nicht existent bzw. inadäquat* empfunden hat: „*I did not feel ready to leave the hospital... And they told me I had to and I was like: 'No I'm not ready'. They were like: 'Well, you are going home anyways.'* And not even two weeks later I tried to kill myself. And... *I'm just thinking that if they would have listened to me and kept me longer, no, I wouldn't have tried that. But they didn't listen.*“ Z. 779-787 Die Textpassage drückt außerdem deutlich eine *subjektiv empfundene Nicht-Wahrnehmung durch Professionelle* aus. Ihre Schilderung, wonach die geäußerten Zweifel am alleinigen Vorliegen einer Depression zunächst negiert werden, geht in eine ähnliche Richtung. Dass sich ihre Vorbehalte später als berechtigt herausstellen und die Diagnose entsprechend modifiziert wird, kann weiterhin einerseits als Indiz für *mangelnde Eindeutigkeit von Professionellen* gelten, welche andererseits auch dazu führt, dass die Informantin dem medizinischen Fachpersonal *Inkompetenz unterstellt*. Die hier anklingenden üblicherweise kurzen Verweildauern in Kliniken sind schließlich ein Beispiel für *fehlende Platzkapazitäten*. Die von der Informantin geschilderte Erfahrung, dass Frauen, die ohne vorherige Absprache der Notunterkunft

länger als 24 Stunden fernbleiben, ihr Bett verlieren und danach regelhaft drei Wochen auf eine Wiederaufnahme warten müssen, fällt in die Kategorie *anderer unflexibler institutioneller Praktiken*. Den größeren Rahmen *gesellschaftlicher Widerstände* beim Erhalt effektiver fachpsychiatrischer Hilfe spart Frau 9 im Erzählkontext aus.

Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

Ihren gravierenden Belastungen stehen eine beeindruckende Vielfalt von Ressourcen gegenüber, die Frau 9 zur Bewältigung einsetzt: Hinsichtlich *innerer Kraftquellen* fällt zunächst die Fähigkeit zu *Rationalisieren* auf, mit der die Informantin versucht, sich zu einer gesünderen Form der Lebensbewältigung und -gestaltung anzuhalten. Auch dass sie zur *Kontextualisierung* ihres Verhaltens in der Lage ist, je nachdem ob sie sich unter Mädchen oder Jungen bewegt, ist eine solche Ressource. Den Verlust der Eltern und ihre eigene diesbezügliche Betroffenheit kommentiert Frau 9 wie folgt: „... *with my parents I know I will never see them again. And even though I know they're in a better place, it still hurts.*“ Z. 477-478 Die Art, wie hier trotz eingestandener großer eigener Not eine Situation als für Dritte gewinnbringend konstruiert wird, weist als *Construal of Positive Benefits* (Taylor, 1989) weit über die Strategie der *Um- und Neubewertung* hinaus und stellt als solche eine immense seelische Anpassungsleistung der Informantin dar.

Frau 9 hat in der Vergangenheit offenbar mehrfach ihren Wohnort verändert. Ressourcenorientiert kann dieses Verhalten als ein Versuch gewertet werden, durch einen *Wechsel der Umgebung* ihre Situation zu beeinflussen und positiv zu verändern. Eine weitere *äußere Kraftquelle* bildet offenbar die *durch andere Menschen erfahrene Unterstützung*, die sowohl professionelle Helferinnen und Helfer als auch die Herkunftsfamilie umfasst. Während im informell-familiären Kontext hauptsächlich Unterstützung im materiellen und Erlebnisbereich geschildert wird, vollzieht sich die Hilfe im formell-institutionellen Bereich vor allem über *Kommunikation*. Die in diesem Kontext durch den aktuell behandelnden Arzt gegebenen *Informationen* hinsichtlich möglicherweise parallel existierender psychischer Störungen stellen weitere Ressourcen dar, die Frau 9 entlasten und in ihrem Bemühen um Bewältigung unterstützen. Den Stellenwert, den *Medikamente* als äußere Ressource im vorliegenden Beispiel einnehmen, ist zwar offen, da die Informantin die pharmakologische Behandlung erst am Tag des Interviews wieder aufgenommen hat,

jedoch knüpft sich für sie daran die Hoffnung, dass sich ihr Zustand dadurch verbessern möge. Ferner versucht Frau 9 sich durch Selbstinstruktionen dazu zu bringen, statt sich selbst zu verletzen, mit ihrem Schmerz in gesünderer Weise umzugehen. Auch legt sie nach eigenen Angaben inzwischen mehr Wert auf eine ausgewogene Ernährung. Beide Aspekte können als Akte der *Selbstfürsorge* gelten, die wiederum positive Auswirkungen auf das Selbstbild der Informantin haben. Außerdem haben offenbar der Aufenthalt in der *Natur* sowie bestimmte Formen der *Kunst*, speziell Musikstile wie Rock und Rap für Frau 9 eine die Seele belebende Wirkung.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel angemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Zum Interviewzeitpunkt ist Frau 9 seit zwei Jahren in das psychiatrische Hilfesystem involviert. Trotz mancher geschilderter Negativerlebnisse wertet sie die erfahrene Unterstützung insgesamt als positiv. Dabei hat sie diese nicht eigeninitiativ gesucht, sondern wurde von außen dazu angeregt und an die entsprechenden Stellen verwiesen. Auch ihre Lebenslage (Straßen-)Obdachlosigkeit wurde aufgrund des Engagements ihres Bruders abgewendet. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass auch das Verhalten von Angehörigen und die Akzeptanz, die institutionelle Hilfsangebote in deren Augen erfahren, für das Inanspruchnahmeverhalten der eigentlichen Nutzerinnen und Nutzer entscheidend sein kann. Den Aufenthalt in der Notunterkunft für Frauen bewertet Frau 9 folgendermaßen:

“It’s awful. I hate it... It’s... it’s not the place. I mean, this place is okay, you know? They feed us and stuff. We have a roof over our head and we got a bed at night, but it’s like... 50 women can’t always get along. And trust me, we don’t” (lacht) Z. 163-169.

Auf ihrer Prioritätenliste steht ein eigenes Zuhause offenbar an erster Stelle. Gleichzeitig macht sie mit obiger Aussage auch deutlich, dass ein solcher Ort weit mehr ist, als nur ein Dach über dem Kopf und ausreichend zu Essen zu haben. Am zweitwichtigsten ist für die Informantin offenbar die Klärung ihres zum Gesprächszeitpunkt völlig ungesicherten materiellen Status. Darauf aufbauend führt sie im Erzählverlauf als dritten Aspekt das Thema soziale Beziehungen ein. So ist einer ihrer großen Wünsche die Restaurierung der Beziehung zu ihrem letzten Ex-Freund. Begleiterinnen und Begleiter sollten analog zur hier dargebotenen Rangreihe

persönlicher Bedürfnisse zunächst alle Anstrengungen auf die Versorgung mit adäquatem Wohnraum richten, in dem Frau 9 unbefristet leben kann. Der eigene Privatraum verbunden mit der Konsolidierung der ökonomischen Situation durch Begleitung zu Ämtern und Behörden einschließlich des Stellens erforderlicher Anträge z. B. auf Sozialhilfe oder Waisenrente schafft hier die Basis für weiterführende Interventionen. Ausgehend von den tiefen Spuren, die belastende Lebensereignisse und teilweise auch die angewandten Bewältigungsstrategien im Persönlichkeitssystem der Informantin hinterlassen haben, wodurch wichtige Lebensvollzüge auf der Strecke geblieben sind, ist ein Unterstützungsbedarf auch in den eigenen vier Wänden absehbar. Der andernfalls drohende erneute Wohnraumverlust könnte sonst dazu führen, dass sich Frau 9 als Obdachlose am sozialen Rand der Gesellschaft „einrichtet“ und ihre Persönlichkeit um eine „*wohnungslose Identität*“ (Kuhlman, 1994) herum organisiert. Ähnlich wie im Wohnungslosenmilieu hat sich Frau 9 offenbar auch im Rahmen sozialpsychiatrischer Hilfsangebote noch nicht fest verortet. Bei aller positiver Unterstützung die diese Institutionen leisten, die von der Informantin auch durchaus anerkannt wird, gilt es hier, Chronifizierung zu vermeiden, indem mit der Informantin gemeinsam vor- und nichtpsychiatrische Hilfen eruiert und nutzbar gemacht werden. In diesem Zusammenhang kommt Begleiterinnen und Begleitern als „gesunden“ Bezugspersonen ein wichtiges Korrektiv zu. Sie können als Rollenvorbilder Frau 9 dazu anregen, bisher nicht gemachte Lebens- und Lernerfahrungen nachzuholen. Dabei ist zentral, dass Helfende Optimismus und Hoffnung ausstrahlen, restitutive Kräfte, die nur dann wirksam werden können, wenn die Betroffenen auch an die in ihren Gegenübern liegenden Potenziale glauben. Das Beispiel von Frau 9 macht das Ausmaß der psychischen Leidenssymptome deutlich, das sie und ihresgleichen oft aushalten müssen. Deshalb kann eine effektive Unterstützung nicht mit der Erwartung beginnen, dass es diesen Menschen von sich aus gelingen müsste, Akte der Selbstverletzung oder den Gebrauch von Drogen einfach „sein zu lassen“. Begleiterinnen und Begleiter müssen auch die Dynamiken verstehen, die solchem Verhalten zugrunde liegen. Dazu gehören Selbstverletzung als Ventil zum Spannungsabbau vor dem Hintergrund eines traumabedingt erhöhten Arousal sowie die Wirkungskomponenten bewusstseinsverändernder Substanzen wie Marihuana. Natürlich sollen die Risiken eines solchen kompensatorischen Verhaltens nicht aus dem Blickfeld geraten, jedoch ist die bedeutsame psychosoziale Funktion anzuerkennen, die Suchtmittel in dem Bemühen, eine gewisse Balance zwischen

seelischem Leiden und Lebensfreude herzustellen, haben können. In diesem Sinne wäre die Begleitung der Informantin als ein Entwicklungsprozess zu verstehen, der ihr die Verwirklichung weiterer und neuer Lebensaspekte ermöglicht und ihr damit hilft, funktionale Äquivalente zu Drogenkonsum und Selbstverletzung zu entfalten. Dahinter steht die Prämisse, wonach je mehr ein Mensch in der Lage ist, ein erfülltes Leben zu leben, desto weniger selbstschädigende Verhaltensweisen eine Rolle spielen werden. So könnte eine Möglichkeit zur Intervention im vorliegenden Beispiel darin bestehen, den Wunsch der Informantin, sich sozial zu engagieren, ernst zu nehmen und langfristig gemeinsam nach entsprechenden Ausbildungs- oder Beschäftigungsmöglichkeiten zu suchen, die ihrem tatsächlichen Leistungsvermögen entsprechen. Auch im Leben von extrem belasteten Menschen wie Frau 9 finden Entwicklungsprozesse statt und es gibt immer Chancen für kompensatorische Einflüsse. Um diese Prozesse weiterhin zu fördern, so dass Menschen wie Frau 9 der Verwirklichung ihrer persönlichen Ziele näher kommen, ist es unerlässlich, die Statusunterschiede in der Begegnung möglichst zu minimieren. Dazu müssen alte, auch von der Informantin berichtete Wege der Beziehungsgestaltung aufgegeben und durch neue ersetzt werden: Während professionelle Helferinnen und Helfer tatsächlich Fachwissen und therapeutisches Know-how in die Beziehung einbringen (sollten), bezieht ihre Klientel ihre Expertise nämlich aus der eigenen Erfahrung, die unabhängig vom Lebensalter von großem Wert ist. So ist auch Frau 9 keineswegs eine passiv-unwissende Erdulderin sondern im Gegenteil eine lokal überlegene Expertin ihrer eigenen Lebenssituation.

Herr 10:

a. Kurzdarstellung mittels demografischer Daten und Selbstaussagen

Herr 10 ist zum Interviewzeitpunkt gerade 43 Jahre alt geworden. Er ist afroamerikanischer Abstammung und Vater von vier Töchtern, die zum Interviewzeitpunkt 22, 21, 12 und 10 Jahre alt sind. Der Kontakt zu ihnen wird als gut beschrieben. Es scheint, als würden die beiden älteren Töchter ihren Vater sogar finanziell unterstützen, indem sie wiederholt für seine im Rahmen von Verkehrsdelikten verhängten Geldstrafen aufkommen. Über die Mutter oder die Mütter seiner Töchter ist nichts zu erfahren. Herr 10 erzählt aber, dass er aktuell eine neue Partnerin habe, die wiederum ein Kind von ihm erwarten soll. Die erste

Begegnung zwischen Informant und Forscherin findet in einem Wohnprojekt statt. Ein gemeinnütziger Vermieter bietet dort Menschen aus ehemals instabilen Lebensverhältnissen zeitlich unbefristeten Wohnraum in kleinen Einzelapartments an. Das erste Mal wird die Forscherin noch vom Suchttherapeuten des kooperierenden Versorgungszentrums begleitet, der dort mehrere Klienten betreut. Später besucht sie die Einrichtung noch einige Male eigenständig und gewinnt so neben Herrn 10 noch einen anderen Mieter zur Teilnahme an der hier vorgestellten Studie. Offenbar hat die gemeinnützige Organisation diesen Standort im Dezember 2003 erst wenige Monate vor dem Interviewzeitpunkt eröffnet. Herr 10 berichtet, schon kurz darauf eingezogen zu sein. Zuvor lebte er offenbar 5 Jahre lang in der Obdachlosigkeit und übernachtete überwiegend im Freien oder in Notunterkünften. Unterstützt durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer solchen Unterkunft erfolgte schließlich auch der Umzug in jenes Wohnprojekt. Herr 10 beschreibt sich als hyperaktives, immer schon sozial auffälliges Kind. Bereits im Grundschulalter besucht er über einen längeren Zeitraum eine Förderklasse. Schon damals sei ihm klar gewesen: „*There is something wrong upstairs here*“ Z. 858-859. 1981 erlangt er immerhin den High-School Abschluss. Auf seine weitere Berufsbiografie geht er nicht ein, erzählt aber, dass er schon früh angefangen habe, Alkohol und illegale Suchtsubstanzen zu konsumieren. Auch habe er Hafterfahrung, allerdings nur wegen „*kleinerem Mist*“ Z. 570 wie Intoxikation in der Öffentlichkeit oder eben Verkehrsdelikte. Herr 10 berichtet außerdem von einer Hirnschädigung, die schon vor dem Suchtmittelkonsum bestanden haben soll. Tatsächlich wirkt er im Kontakt altersunangemessen kindlich mit kognitiven Defiziten hinsichtlich der zeitlichen Orientierungsfähigkeit und des Merkvermögens. In seiner Erinnerung hat er jedenfalls erst vor ca. 10 Jahren erstmals professionell-psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen. Diese soll damals an seinem massiven Drogenkonsum gescheitert sein. Im zweiten Anlauf wird er nun seit Anfang 2004, also unmittelbar nach seinem Umzug in das Wohnprojekt, durch das ambulant-psychiatrische Versorgungszentrum unterstützt, in dessen Kontext die vorliegende Studie realisiert wurde. Der Informant nimmt dies als letzte Chance wahr. Seine psychische Erkrankung bezeichnet er mit „*Bipolarer Störung*“ Z. 368. Nachdem sich Herr 10 und die Forscherin in dessen Wohnumfeld kennen gelernt haben, treffen sie sich noch einige Male zufällig im Versorgungszentrum und verabreden schließlich einen Termin zum Interview, zu dem die Forscherin den Informanten wiederum in seinem Apartment besuchen möchte. Als sie zum vereinbarten Termin dort erscheint,

ist Herr 10 nicht da. Als er auch nach einer Stunde nicht auftaucht, die die Forscherin im Gemeinschaftsraum der Einrichtung wartend verbringt, kehrt sie notgedrungen wieder zum Versorgungszentrum in die Innenstadt zurück. Dort stößt sie unvermittelt auf Herrn 10, der offenbar im Vorfeld von seiner Bezugsperson im Versorgungszentrum an einen wichtigen Arzttermin dort erinnert worden war, an den er, als er sich mit der Forscherin verabredete, nicht mehr gedacht hatte. Die Arztkonsultation ist offenbar gerade beendet, und Herr 10 zeigt sich gerne bereit, das Interview nun direkt im Anschluss im Zentrum nachzuholen. Man zieht sich dazu in einen der winzigen Multifunktionsräume im Erdgeschoss zurück. Eine Liege und ein Plastikstuhl bilden das einzige Mobiliar. In Ermangelung einer weiteren Sitzgelegenheit schwingt sich Herr 10 auf die Liege, während die Interviewerin den Stuhl ihm gegenüber platziert und darauf Platz nimmt. Das Aufnahmegerät legen sie ebenfalls auf die Liege. Nach den Schilderungen des Informanten lebt er seit rund 2,5 Jahren vollkommen drogenabstinent. Seitdem ist es ihm offenbar gelungen, mit seinen Töchtern wieder Kontakt aufzunehmen, was ihn überdies sichtlich stolz und zufrieden macht. Über seine Familie hinaus berichtet er über keinerlei tiefer gehende soziale Beziehungen. Auch seine Kontakte im Wohnprojekt kommen offenbar über den Austausch alltäglicher Höflichkeiten nicht hinaus. Herrn 10 scheint dies nicht besonders zu stören. Seine Selbstwahrnehmung ist die eines ehemals aufbrausenden Einzelgängers, von dem er vermutet, dass ihn andere für eingebildet halten.

b. Kategoriengestützte Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Traumatische Situationskonstellationen und Verlusterfahrungen in der Biografie

Im Interview beschreibt der Informant zwar kein konkret belastendes Ereignis von traumatischer Qualität, er schildert jedoch das Vorhandensein von Alpträumen, die ihn auch heute noch im Zusammenhang mit dem plagen, was er als Drogensüchtiger anderen Menschen angetan hat. Auch beschreibt er, dass er noch bis vor kurzem zu Gereiztheit neigte und leicht wütend wurde. Die damit angedeutete Übererregung gepaart mit Wiedererleben in belastenden Träumen sind zwei Aspekte einer Symptomtriade, die bei aller gebotenen Vorsicht den Verdacht auf eine traumatische Erlebnisverarbeitung nahe legen, auch wenn Herr 10 dies nicht in Worte kleiden kann oder möchte. *Verlusterfahrungen* lassen sich anhand seiner Äußerungen dagegen eindeutiger belegen. Diese betreffen alle drei ermittelten Ebenen. Das Ausmaß der

materiellen Verluste wird in nachfolgendem Zitat deutlich, mit dem Herr 10 seine fünf Jahre währende Obdachlosigkeit beschreibt, in denen er sich mit hoher Wahrscheinlichkeit völlig außerhalb staatlicher Sicherungssysteme bewegte: „...like being homeless, uh, sleeping in dumpsters, sleeping underneath railroad tracks, sleeping in shelters and got kicked out of ‘em, because I wouldn’t cooperate with ‘em. I wanted to be my way.” Z. 46-49

Die Hirnschädigung des Informanten bedingt außerdem Einbußen *kognitiv-emotionaler Art*, auch wenn offen bleibt, ob diese angeboren ist oder erworben wurde. Auf der *zwischenmenschlichen Ebene* wird der (vormals) *fehlende Kontakt zu den eigenen Kindern* sowie *zu Menschen allgemein* benannt. Anders als bei den eigenen Kindern artikuliert Herr 10 was die sehr reduzierte Interaktion mit seiner Umwelt betrifft allerdings keinen Veränderungswunsch.

Subjektive Bearbeitung

Außer Alpträumen, die ihn regelmäßig schweißgebadet aufwachen lassen, schildert Herr 10 auf der *inneren Erlebensebene Verfolgungsideen* und akustische Wahrnehmungen in Form von Stimmen. Diese dauern, obwohl sie in der Quantität offenbar abgenommen haben, bis in die Gegenwart hinein an. Die Art und Beschaffenheit dieser Stimmen oder möglicher anderer Erscheinungsformen seiner psychischen Erkrankung kann der Informant auch nach mehreren Anläufen sprachlicher Suchbewegungen nicht in Worte fassen. So bleibt ihm nur allgemein festzustellen: „It’s a lot of things. Just... I don’t know. It’s just... I don’t know.” Z. 355-356 Aus diesen Worten spricht überdies *Orientierungslosigkeit und Verwirrung* hinsichtlich der eigenen innerpsychischen Vorgänge.

Auf die Frage, was Herr 10 täte, wenn sich seine Symptomatik verschlimmern würde antwortet er: „I would just... say: ‘No, this is not happening to me. I am not hearing this. This is not happening to me.’” Z. 560-562 Hier kommt klar die Tendenz zur *Verdrängung* bzw. *Verleugnung* des eigenen Erlebens zum Ausdruck. Als weitere *Verhaltensstrategie nach außen* praktiziert der Informant konsequenten *Rückzug und schottet sich* von seiner Umwelt ab. Offenbar scheut er das in sozialen Interaktionen liegende Konfliktpotenzial, das er unbedingt umgehen möchte. Deshalb gab es in der Vergangenheit offensichtlich auch Phasen, in denen er über einen längeren Zeitraum

sein Zimmer nicht mehr verlassen hat. Seine durch Obdachlosigkeit charakterisierten Lebensumstände hat Herr 10 außerdem Familie und Dritten gegenüber *verheimlicht*.

Widerstände, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Auf einer *personellen Ebene* ist das *fehlende Vertrauen* des Informanten evident, das vorstehend bereits anklingt. Interessanterweise schildert er nur im Bereich seiner privaten Kontakte eine Neigung zu Misstrauen, Argwohn und die Furcht, ausgenutzt werden zu können, die professionellen Helferinnen und Helfer spart er aus. Dennoch liegt nahe, dass diese überdauernde Persönlichkeitsdisposition auch den Erhalt fachpsychiatrischer Unterstützung verkomplizieren durfte. Dass die *Suchtanamnese* das Inanspruchnahmeverhalten psychiatrischer Hilfen negativ beeinflusst hat, liegt indes auf der Hand. Herr 10 selbst sagt dazu: „*At first, they was giving me the meds and I was... still using. And they... Dr. F. just told me, he said: ‘Man, you’re not gonna see anything, if you drinking, uh, I mean, what do you expect?’*” Z. 179-182 Das durch die begleitend bestehende (frühkindliche) Hirnschädigung eingeschränkte Merk- und Denkvermögen könnte als *anderes gesundheitliches Problem* ebenso hierzu beigetragen haben.

Im Umgang mit Institutionen der Obdachlosenhilfe resümiert Herr 10 angeregt durch Dritte schließlich: „*...there is a better way to live than sleeping in dumpsters and sleeping underneath bridges and sleeping in shelters and just, you know, waiting in line to just get anything. And... I just... I was always better than that. I didn’t have to stand in no line for no food...*” Z. 70-73. Während ihn solchermaßen *unflexible institutionelle Praktiken* in der Position des Obdachlosen in der Vergangenheit dazu veranlasst haben, solche Einrichtungen eher zu meiden, ist er als Psychatriepatient mittlerweile kooperativer. So stellt er das von ihm berichtete Arrangement, wonach Klientinnen und Klienten, die einen Termin beim einrichtungseigenen Psychiater verpassen, drei Monate warten müssen, bevor sie einen neuen erhalten können, nicht infrage, sondern bemüht sich sehr um Einhaltung.

Auf einer *gesellschaftlichen Ebene* konzentrieren sich die benannten Hindernisse für den Informanten auf *Diskriminierung aufgrund der Lebenslage Obdachlosigkeit*. Das zum Erhalt des Lebensnotwendigen Schlange-steinen-Müssen ist ein Ausdruck solchen Diskriminierungserlebens. Ein anderes Beispiel liefert der Informant indirekt, wenn er

darauf hinweist, dass öffentlich geförderter Wohnraum häufig außerhalb in Gegenden mit schlechter Infrastruktur gelegen ist. Auch wenn dieses Faktum ihn selbst, da er Abgeschiedenheit sucht, nicht besonders stört, so sind für Menschen wie ihn, die nach unterschiedlich langen Phasen der Obdachlosigkeit wieder eigenen Wohnraum haben, lange Anfahrtswege sicher ein großes Hindernis beim Erhalt fachpsychiatrischer Hilfe.

Gelebte, biografisch entwickelte Stärken zur Bewältigung

Hinsichtlich seiner *inneren Kraftquellen* zur Belastungsbewältigung versucht der Informant mehrfach, sich über den *sozialen Vergleich* positiv von anderen Mitbewohnern und -patienten abzuheben, wenn er beispielsweise äußert:

„I give all of this sobriety or whatever to Parsons Appart[ments], you know? ‘Cause... it’ll make you stop. Just from seeing, you know, everybody.” Z. 297-299 Auch die

Tendenz zu *rationalisieren* scheint im Gespräch auf, etwa wenn es im Zusammenhang mit der Wohnungssuche darum geht, einmal verpasste Gelegenheiten dennoch lebbar erscheinen zu lassen oder den eigenen Drogenausstieg zu begründen. Ferner hilft dem Informanten sein punktuell aufblitzender *Humor* offenbar dabei, sich mit

Unabänderlichem zu arrangieren. Eine seiner in diesem Zusammenhang getroffene Aussage hat dabei auch den Charakter von Situationskomik aufgrund eines Missverständnisses, wie die folgende Gesprächssequenz zeigt, bei der es um seine wiederholten Verstöße gegen die Straßenverkehrsordnung geht:

I: So what’s your legal standing now? Z. 674

Herr 10: “Just ride the bus.” Z. 676

Ein beeindruckendes Beispiel wie sich der Informant mittels der Strategie der *Um- und Neubewertung* Abstand zu Traurigem und Schwierigem verschafft, liefert folgendes Zitat: „You know, I lived in a dumpster... But it was a brand new one.“ Z. 451-452

In Bezug auf äußere Ressourcen bezeichnet Herr 10 die vertrauensvolle

Kommunikation (mit Professionellen) als die für ihn effektivste Form der Hilfe.

Dahinter folgen in seiner Bewertung die *Medikamente*, mit denen die Behandlung seiner psychischen Störung unterstützt wird. Offenbar erhält Herr 10 vier verschiedene Präparate, die er mehrmals täglich einnimmt. Außerdem erzählt er lebhaft davon, dass er schon immer gut mit *Tieren* umgehen konnte. Generell wünscht sich der Informant, *eine sinnvolle Aufgabe zu haben*, mit der er dem Gemeinwesen einen Wert zufügen und sich so für die erhaltene Unterstützung gewissermaßen revanchieren möchte.

c. Bewertung dieser Ergebnisse im Hinblick darauf, wo BegleiterInnen ansetzen können, um ihre Klientel angemessen wahrzunehmen und zu unterstützen

Im vorliegenden Beispiel zeigt sich hinsichtlich seiner grundlegenden persönlichen Motive eine gewisse Dialektik beim Informanten: Einerseits hat er ein starkes Autonomiebedürfnis, wie es in seiner Weigerung, Übernachtungsstätten für Obdachlose zu nutzen zum Ausdruck kommt, da diese als nicht kompatibel mit den eigenen Vorstellungen zur Lebensgestaltung wahrgenommen werden. Andererseits betont er die Wichtigkeit professioneller Unterstützung, wie er sie hauptsächlich durch den persönlichen Kontakt mit seinem bei Southeast Inc. tätigen Arzt und Sozialarbeiter erfährt. Herr 10 konstruiert in der Erzählsituation einen eindeutigen Zusammenhang dahingehend, dass ein Leben auf der Straße dazu führen kann, „den Verstand zu verlieren“ Z. 46, dass also Obdachlosigkeit das Auftreten psychischer Störungen begünstigt. Ferner fällt sein Bedürfnis nach sozialer Abgrenzung und Distanz auf, bei einem begleitend bestehenden Wunsch, etwas zur Gemeinschaft beizutragen und darüber Zugehörigkeit zu realisieren. Im vorliegenden Beispiel zeigt sich deutlich, dass verschiedene Identitätsziele wie Sicherheit, Schutz und Selbstbehauptung neben dem Wunsch, mehr zu können und sich im Sinne eigener Zielsetzungen persönlich weiterzuentwickeln, bestehen können. Allein einen solchen Wunsch und damit die Hoffnung zu haben, das eigene Leben wieder sinnvoller gestalten zu können, ist eine enorme Ressource, die in der Begleitung von Menschen wie Herrn 10 unbedingt aufzugreifen ist. Gleichzeitig äußert sich der Informant im Gespräch auch offen zu überdauernden eher negativ bestimmten Ausweich- und Widerstandsneigungen, mit denen er sich bisher häufig gegen die eigenen Interessen verhalten hat. Begleiterinnen und Begleitern muss es gelingen, Herrn 10 und seinesgleichen grundsätzliche Akzeptanz zu vermitteln, unabhängig davon, welches momentan für sie wichtige Ziel sie gerade verfolgen. Wie wichtig es für haupt- und ehrenamtlich Helfende ist, auf Beziehungs- und Motivationsprobleme nicht mit Abwendung oder gar ärgerlichem Rückzug zu reagieren, verdeutlicht auch das folgende Zitat, mit dem Herr 10 beschreibt, wie es zu einer Anbindung an den aktuellen psychiatrischen Dienstleister kam:

„I found them myself. I'd seen a lot of other mental case people out here in the front. Because... they' re here every morning. And I... want to investigate it more and just came into the lobby... But, I mean, don't get me wrong, 'cause when I was out there,

you know, at the shelters, with some of them: 'Well, B., are you seeking any help for your issues?' And I was telling: 'No, I'm dealing with it myself.' Z. 91-96

Warum sollte ein durch frühere Lebens- und Beziehungserfahrungen misstrauisch gewordener Mensch wie Herr 10 sich sofort auf Hilfsangebote einlassen, die explizit oder implizit Besserung versprechen? Scheint vor diesem Hintergrund die zunächst an den Tag gelegte Reaktanz des Informanten nicht geradezu logisch? Dass es später offenbar doch gelingt, Herrn 10 zur Zusammenarbeit zu gewinnen, ist der Beharrlichkeit der im Versorgungszentrum tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verdanken, mit der sie die „Kontaktfenster“ zu ihm offen gehalten haben. Auf diese Weise war es dem Informanten tatsächlich möglich, vormals praktizierte Verhaltensstrategien wie Drogenkonsum und Rückzug allmählich aufzugeben und durch neue zu ersetzen. Immerhin lebt er nach eigenen Angaben seit rund zweieinhalb Jahren drogenfrei. Diese Tatsache hat viel zur Stabilisierung seiner ehemals desolaten Lebenssituation beigetragen. Neben Verbesserung der materiellen Situation konnten auch gekappte familiäre Bindungen zu den Töchtern wieder restauriert werden. Hätten die professionellen Helferinnen und Helfer dagegen vorzeitig aufgegeben und sich zurückgezogen, hätte Herr 10 das erlebt, was er in seinem Leben immer wieder erfahren hat, einen Abbruch der Beziehung. Wie gravierend letztere Konstellation für ihn wäre wird deutlich, wenn man sich die aus heutiger Sicht instrumentelle Rolle der Professionellen im Leben des Informanten vergegenwärtigt, dessen einzige Form primär-privater Unterstützung die eigene Kernfamilie darstellt. Auch zu seiner Ausbildungs- und Berufsbiografie erzählt der Informant nichts. Es ist davon auszugehen, dass seine Suchtanamnese hier Erfolg und Kontinuität vereitelt hat und dass es ihm bis dato nicht gelungen ist, über Arbeitstätigkeit wieder Anschluss an sekundäre Netzwerke zu finden. Umso wichtiger ist es für Begleiterinnen und Begleiter Herrn 10 weiter darin zu unterstützen, die neu gewonnene Stabilität und Lebensqualität zu erhalten. Als Personen, die glaub- und vertrauenswürdig echtes Interesse an ihm und seinesgleichen signalisieren und die seine Anliegen verstehen und fördern, werden Begleiterinnen und Begleiter selbst zu wichtigen Ressourcen in einem tertiären Netzwerk. Auch Selbsthilfegruppen sind Bestandteil solcher tertiärer Netzwerke, die im vorliegenden Beispiel eingedenk nur rudimentär oder nicht vorhandener primärer und sekundärer Netzwerke unbedingt gestärkt werden sollten, zumal Herr 10 schon Erfahrungen in solchen Gruppen gesammelt hat. Begleiterinnen und Begleiter könnten ihn dabei unterstützen, wieder Anschluss an eine solche Gruppe

zu finden, wobei darauf zu achten ist, Rückfälle und Misserfolge einzukalkulieren und den Informanten nicht mit einer fremdinduzierten allzu positiven Erwartungshaltung zu überfordern. Menschen wie Herr 10 sollen jederzeit „Herr ihrer selbst“ sein und bleiben und sich Themen, Dingen und Vorgängen zuwenden können, die sie gerne wissen oder tun möchten. Dabei geht es nicht in erster Linie um Arbeitsrehabilitation, denn obschon man auch diesen Bereich nicht von vornherein ausklammern sollte, so muss man sich angesichts der offenkundigen Einschränkungen des Informanten auch die Frage nach sinnvoller Betätigung abseits von Erwerbsarbeit stellen. Im Dialog mit Begleiterinnen und Begleitern können sich Menschen, die psychisch krank und obdachlos sind, als lernende Subjekte wahrnehmen und sich ihres Verhaltens in der Welt gewahr werden. Eine biografisch bedeutsame Bildungsquelle war für Herrn 10 beispielsweise die Beschäftigung mit Tieren. Der Wunsch, etwas für andere tun zu wollen, scheint dagegen erst in jüngerer Vergangenheit entstanden zu sein. Nachdem geklärt ist, womit sich der Informant befassen und beschäftigen möchte, gilt es zu überlegen, wie - unterstützt durch die Begleiterinnen und Begleiter und andere Ressourcenquellen - die zur Interessenverfolgung erforderlichen motivationalen, planenden, konzentrativen, motorischen und bewertenden Strategien in Gang gesetzt und aufrecht erhalten werden können. Dann können gemeinsam eine überschaubare Zahl realistischer größerer Leit- sowie etliche Unterziele formuliert werden. Auf dieser Basis wird schließlich die Fähigkeit geübt und kultiviert, sich auf kleine, zielführende Einzelheiten in der Umgebung zu konzentrieren und die darin verborgenen Möglichkeiten zur Realisierung von (Bildungs-)wünschen zu entdecken und zu erschließen. Entscheidend ist, dass Herr 10 die Erfahrung machen kann, dass auch anfänglich ungünstige Voraussetzungen zu seiner Entfaltung sich *über eigenes Zutun und ambitioniertes Engagement* schließlich in subjektiv kontrollierbare und erfreuliche Bedingungen verwandeln können.

3.2.5 Interpretation der wichtigsten Ergebnisse

Die Auswertung der insgesamt 20 Interviews belegte durchgängig die mannigfaltigen Widrigkeiten, Irritationen und Belastungen mit denen Menschen, die obdachlos und psychisch krank sind, zurecht kommen müssen. Eine der frappierendsten Erkenntnisse war das Ausmaß an traumatisch verarbeiteten Erlebnissen in der Vorgeschichte der Informantinnen und Informanten. Im deutschen Sample berichteten *alle* befragten Personen über solche

Erfahrungen, während dies im amerikanischen Teil der Stichprobe immerhin noch auf fünf, also die Hälfte zutraf. Unter den traumatisch erlebten Situationskonstellationen nehmen *sexueller Missbrauch* zusammen mit *anderen Gewalterfahrungen* den breitesten Raum ein. Es scheint, als sei die Erfahrung sexuellen Missbrauchs wenn auch nicht ausschließlich so doch hauptsächlich weiblich. Dasselbe gilt zumindest für das amerikanische Sample auch für andere Gewalterfahrungen, während sich im deutschen Teil der Stichprobe keine diesbezüglich signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigten. Bemerkenswert ist weiterhin der hohe Anteil derer, die nahe stehende Bezugspersonen verloren hatten. Im deutschen Teil der Stichprobe waren dies vier und im amerikanischen Teil drei Personen, wiederum bis auf eine Ausnahme weiblichen Geschlechts. Damit einhergehend waren im deutschen Sample vier Befragte wenigstens zeitweilig der Fremderziehung überantwortet, während dies im amerikanischen Teil der Stichprobe auf eine Informantin zutraf. Dass sich im deutschen Sample sechs Befragte im Zusammenhang mit den biografischen Traumata in Lebensgefahr bzw. Todesnähe wähnten, während dies im amerikanischen Teil der Stichprobe immerhin drei Informantinnen und Informanten taten, ist ein weiterer Hinweis auf die Qualität der traumatischen Erlebnisverarbeitung.

Vor dem Hintergrund des wissenschaftlichen Erkenntnisinteresses, das *obdachlose* psychisch kranke Menschen in den Blick nahm, verwundert es nicht, dass nahezu alle Befragten in beiden Stichproben *materielle Verluste* beklagten. Im deutschen Teil der Stichprobe berichteten außerdem sieben Informantinnen und Informanten über Verlusterfahrungen kognitiv-emotionaler Art, unter den amerikanischen Befragten waren es neun Personen. Auf der Ebene der Verlusterfahrungen im Bereich des Zwischenmenschlichen war der Anteil mit jeweils neun Partizipanten sogar noch höher. Hier wird zum Einen besonders häufig der Verlust von Kontakten zu Menschen allgemein thematisiert (vier Befragte im deutschen versus sieben im amerikanischen Teil des Samples). Zum Anderen berichten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Eltern sind, bis auf eine Ausnahme davon, wie sehr sie unter dem wenigstens zeitweise fehlenden Kontakt zu den eigenen Kindern bzw. ihrem Unvermögen für diese sorgen zu können, leiden. Solche Ergebnisse deuten einerseits auf die beträchtlichen Irritationen in Interaktionsverhältnissen hin, die bis zum Verlust der Sozialbeziehungen der Informantinnen und Informanten reichen können. Andererseits belegen sie auch einen gravierenden Verlust von Fähig- und Möglichkeiten: Die Betroffenen vermögen nicht mehr das zu tun, was sie früher einmal konnten und sind vielfach gezwungen, ihre Lebenssituation radikal neu zu definieren. Schütze (1996: 126) spricht in diesem Zusammenhang von spezifischen Diskontinuitäten zur bisherigen Identitäts- und Lebenslinie,

die von den Betroffenen in hohem Maße verstörend erlebt werden. Eingebettet sind die Überlegungen Schützes in das Konzept der Verlaufskurve, welches nachstehend kurz erläutert wird. Zu diesen Ergebnissen passt der hohe Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die auf ihrer inneren Erlebensebene Zustände von Orientierungslosigkeit und Verwirrung schildern. Im deutschen Sample sind dies drei, im amerikanischen Teil der Stichprobe äußern sich mit sieben Personen mehr als doppelt so viele in diese Richtung, ohne dass hier signifikante geschlechtstypische Unterschiede offensichtlich geworden wären. Ferner schilderten im deutschen Sample sechs der Befragten Gefühle von Angst und Panik. Hiervon schienen Frauen etwas häufiger betroffen zu sein als Männer. Obwohl im amerikanischen Teil der Stichprobe nur drei Informantinnen und Informanten solche Aussagen treffen, weisen die Ergebnisse dennoch auf die enge Verknüpfung zwischen psychischer Erkrankung und Ängsten hin, die durch die besondere Lebenslage Obdachlosigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit noch potenziert werden. Erstaunlich war weiterhin die Erkenntnis, dass im amerikanischen Teil der Stichprobe acht von zehn Befragten davor fürchteten, die Kontrolle zu verlieren. Ein gleich hoher Anteil von Befragten aus diesem Sample schilderte außerdem Gewaltphantasien. Unter den deutschen Teilnehmerinnen und Teilnehmern äußern sich für beide Kategorien nur knapp halb so viele in diese Richtung. Dagegen berichten im deutschen Sample sechs Befragte auch von tatsächlich erfolgten fremdaggressiven Gewalthandlungen, während dies im amerikanischen Teil der Stichprobe nur zwei Personen tun. Dazu kommen im deutschen Teil der Stichprobe zwei und im amerikanischen drei Nennungen von autoaggressivem Gewaltpotenzial. Die Verfasserin hätte erwartet, dass der Anteil derer, die fremdaggressives Verhalten zugaben, in den USA, wo Schusswaffen in jedem Supermarkt erhältlich sind, höher liegen würde als in Deutschland und dass diese Form von Gewalt ein hauptsächlich männliches Phänomen sei. Beides erwies sich als unzutreffend. Auch der Anteil derer, die Gewalt gegen sich selbst anwendeten, war unter Männern und Frauen etwa gleich hoch. In diesem Zusammenhang war allerdings eine weitere Entdeckung interessant: Unter den acht Befragten, die im amerikanischen Sample über Gewaltphantasien berichteten, taten dies fünf indem sie ihre Persönlichkeit in ein nebeneinander existierendes „besseres“ und ein „destruktives“ Selbst aufteilten, welches sie mit Bezeichnungen wie „Monster“ oder „Bestie“ begrifflich zu fassen suchten. Möglicherweise deuten solche Unterscheidungen, wie sie übrigens nur von den amerikanischen Befragten getroffen wurden, auf identitätsverändernde Transformationen hin, die ein Fremdwerden der eigenen Identität nach sich ziehen können, wie es auch von Schütze (1996: 126 ff.) als Wirkmechanismus des Verlaufskurvenpotenzials beschrieben wurde. Als weitere auf der Verhaltensebene sichtbare

Formen des Umgangs mit Belastungen wird neben Gewalthandlungen der Gebrauch von Suchtmitteln überproportional häufig genannt. Im amerikanischen Teil der Stichprobe bedienen sich neun der zehn Informantinnen und Informanten dieser Verhaltensstrategie. Im deutschen Sample war der Anteil mit fünf Personen indes nur knapp halb so hoch. Obwohl dies für den deutschen Teil der Befragten umgekehrt bedeutet, dass sich immerhin knapp die Hälfte zum Interviewzeitpunkt vom Suchtmittelgebrauch distanzieren, zeigen die Ergebnisse doch ein unbestritten hohes Abhängigkeitspotenzial innerhalb der Zielgruppe. Auch hier ergaben sich keine signifikant geschlechtstypischen Unterschiede. Andere Formen der Ausblendung, die in beiden Gruppen etwa gleich häufig genannt wurden, sind Mittel der Verdrängung und Verleugnung sowie soziale Arrangements des Verheimlichens und Täuschens. Die Umgehung mittels Dissoziation konnte dagegen im deutschen Sample bei vier Personen, im amerikanischen Sample aber nur bei einer Teilnehmerin nachgewiesen werden. Als beunruhigend wurde ferner die Tatsache wahrgenommen, dass auf die Gesamtstichprobe gesehen immerhin fünf, also ein Viertel der Befragten, mit Entsolidarisierung und Abwertung ihrer psychisch kranken Mitmenschen aber auch anderen Minoritäten gegenüber reagierte. Am auffälligsten in Bezug auf die Verhaltensebene war allerdings die Erkenntnis, dass im deutschen Sample sieben von zehn Informantinnen und Informanten ihre Erfahrungen mit Rückzug und Abschottung von ihrer Umwelt bearbeiten, während im amerikanischen Teil der Stichprobe sogar *alle* Befragten darauf zurückgreifen. Innerhalb der deutschen Stichprobe ringt mit fünf Personen die Hälfte der Befragten um die Aufrechterhaltung von Normalität, bzw. gibt sich große Mühe, den Anschein davon zu wahren. Obwohl sich im amerikanischen Sample lediglich eine Informantin in dieser Richtung geäußert hat, kann dieses Ergebnis als Indiz dafür betrachtet werden, dass selbst wenn die Probleme und Defizite in den Schilderungen der Befragten einen breiten Raum einnehmen, sie doch überwiegend als in Ordnung gelten und nicht als problematische Versager wahrgenommen werden möchten. Untersucht man die Widerstände, die die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer am Erhalt effektiver fachpsychiatrischer Hilfe hindert genauer, so fällt zunächst das negative Selbstbild auf, das diese vielfach von sich haben. Unter den deutschen Partizipanten trifft dies auf acht, unter den amerikanischen auf immerhin sechs Personen zu. Vor diesem Hintergrund ist eine ausschließliche Problemlösungsorientierung bzw. die damit einhergehende Fokussierung auf Defizite besonders fatal, da sie die ohnehin überwiegend negativ gefärbten Selbstbilder der Partizipanten und ihresgleichen weiter verstärkt und sie dadurch noch schwerer veränderbar macht. Für Redlich (2000: 9f.) hat diese Veränderungsresistenz im Wesentlichen vier Ursachen:

1. Etikettierendes Fremdbild: Die Befragten und ihresgleichen müssen sich oft doppelt bemühen, damit andere positive Veränderungen überhaupt wahrnehmen und würdigen, da die Umwelt spontan danach trachtet, ein einmal entwickeltes Fremdbild zu bestätigen.
2. Anstrengungsvermeidung: Ein einmal etabliertes negatives Selbstbild besitzt die Eigenschaft, dass sich die Trägerin bzw. der Träger nicht anzustrengen braucht, um sich zu verändern frei nach dem Motto: Ist der Ruf erst ruiniert, lebt sich's gänzlich ungeniert.
3. Faktischer Trainingsrückstand: Betroffene neigen dazu, Situationen zu vermeiden, in denen negative Aspekte des Selbstbildes gefördert werden könnten. Dadurch gerät man tatsächlich in einen Trainingsrückstand, weil man nicht mehr ausprobiert, wie Situationen bewältigt werden können.
4. Problematische Kausalattribution: Schließlich tendieren Trägerinnen und Träger negativer Selbstbilder dazu, positive, nicht ins negative Selbstkonzept passende Erlebnisse statt dem eigenen aktiven Zutun eher dem Zufall zuzuschreiben.

Auch für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der hier vorgestellten Studie mit negativem Selbstbild waren diese von Redlich identifizierten Wirkmechanismen mehrheitlich bezeichnend. Dennoch, und dies ist im Hinblick auf die in Kapitel 5 dargestellten Lernsituationen besonders hervorzuheben, gibt es Anzeichen dafür, dass das negative Selbstkonzept einiger Partizipanten durch die Dynamik ihres Erzählprozesses wenigstens ansatzweise eine positive Veränderung erfuhr.

Weiterhin berichten auf der personellen Ebene im deutschen Sample vier und im amerikanischen Teil der Stichprobe sogar sechs Befragte von fehlendem Vertrauen. Dieses kann als Folge der bereits erwähnten großen Irritationen in Interaktionsverhältnissen gedeutet werden und erscheint als solches als generalisiertes, nicht nur auf professionelle Kontexte beschränktes Phänomen. Im deutschen Sample verleihen immerhin vier von zehn Personen ihrer Angst vor Medikamenten Ausdruck, die sie folgerichtig zur Behandlung ihrer Störungen kategorisch ablehnen. Im amerikanischen Teil der Stichprobe sind die Bedenken in dieser Hinsicht wesentlich geringer ausgeprägt. Nur ein Teilnehmer lehnt hier Psychopharmaka grundsätzlich ab. Dazu passt evtl. auch, dass im amerikanischen Sample *alle* Befragten über Drogenerfahrung verfügen, während dies im deutschen Teil der Stichprobe nur auf sieben Personen zutrifft. Hier könnten sich kulturell bedingte Unterschiede im Bewältigungsverhalten andeuten. Unter den deutschen Partizipanten machen sieben ihre

materielle Armut explizit, im amerikanischen Teil der Stichprobe tun dies sechs Personen. Dabei ist in beiden Stichproben der Anteil der Frauen, die sich in dieser Richtung äußerten, leicht erhöht, was ein Indiz dafür sein könnte, dass materielle Deprivation diese Untergruppe besonders häufig trifft. Jedenfalls kann als gesichert gelten, dass Armut und Krankheit häufig Synonyme sind. Und hier geht es nicht nur um psychische Erkrankungen. Im deutschen Sample schildern 7-8 Informantinnen und Informanten, dass sie neben psychischen auch somatische gesundheitliche Probleme hätten, während dies für die amerikanischen Partizipanten auf sechs Personen zutrifft. Diese Resultate weisen auf eine hohe Ko-Morbidität innerhalb der Zielgruppe hin. Umso schwerer wiegt die Tatsache, dass im amerikanischen Sample mit sechs Nennungen über die Hälfte der Befragten angibt, ihre (psychische) Erkrankung nicht zu verstehen, während dies für den deutschen Teil der Stichprobe auf immerhin noch drei Teilnehmerinnen und Teilnehmer zutrifft. Das eklatanteste Ergebnis auf der personellen Ebene war indes der ermittelte Zusammenhang zwischen dem (Nicht-)erhalt fachpsychiatrischer Hilfe und der Delegation von Eigenverantwortung. Im deutschen Teil der Stichprobe bedienten sich mit 6 Personen mehr als die Hälfte der Befragten dieser Strategie, während dies im amerikanischen Sample nur auf drei Individuen zutraf. Hier deuten sich kulturelle Unterschiede im Bewältigungsverhalten an. Jedenfalls lässt sich eindeutig an den Interviewprotokollen ausweisen, dass diejenigen Befragten, die ihre Eigenverantwortung delegierten, dazu neigen, lebensgeschichtliche Veränderungen als nicht als aktiv herbeigeführte Vorgänge, sondern als Widerfahrnisse zu konstruieren. Damit einher geht auch der Verzicht auf eigenständige biografische Arbeit zugunsten übermächtiger fremder Deutungspotenziale ohne eigene Handlungsmöglichkeiten. Schütze (1996: 126ff.) hat dieses Phänomen als für Verlaufskurvenbetroffene charakteristisch beschrieben.

Betrachtet man die Widerstände zur Inanspruchnahme fachpsychiatrischer Hilfe auf der institutionellen Ebene, so ziehen die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer eine recht ernüchternde Bilanz: Im deutschen Sample halten sechs von ihnen, also mehr als die Hälfte, Professionelle für inkompetent. Für den amerikanischen Teil der Stichprobe trifft dies immerhin noch auf vier Personen zu. Dass im deutschen Sample die Hälfte der Befragten die erfahrene Hilfe als nicht existent bzw. inadäquat bewerten, während es im amerikanischen Teil der Stichprobe sogar sechs von zehn Partizipanten sind, verwundert vor diesem Hintergrund nicht. Diese Tatsache wiegt umso schwerer, wenn man bedenkt, dass unter den in Deutschland befragten Personen drei psychiatrische Hilfe erst im Sinne einer ultima ratio angefordert hatten, während es im amerikanischen Sample sogar die Hälfte waren. Mit jeweils vier Nennungen in beiden Stichproben werden fehlende Platz- und Zeitkapazitäten moniert.

Unter den deutschen Partizipanten beklagen darüber hinaus nicht weniger als sieben Personen andere unflexible institutionelle Praktiken, im amerikanischen Sample ist der Anteil mit sechs Nennungen ähnlich hoch. „Institution“ meint hier nicht ausschließlich psychiatrische Kontexte, sondern schließt auch Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sowie des Strafvollzuges mit ein. Noch gravierender erscheinen die Ergebnisse, wenn man den Blick von strukturellen Rahmenbedingungen weg hin zu den Interaktionsverhältnissen der Partizipanten und ihrer professionellen Gegenüber richtet. Hier berichten im deutschen Teil der Stichprobe sage und schreibe acht von zehn Personen davon, sich als Person nicht wahr- und ernst genommen zu fühlen. Im amerikanischen Sample ist der Anteil mit sechs Nennungen zwar geringer, trifft aber immer noch auf mehr als die Hälfte der Befragten zu. Dieses Ergebnis war eine Schlüsselerkenntnis im Auswertungsprozess der Studie. Es verlangt, die Beziehungsdimension zwischen Helferinnen und Helfern und solchen, denen die Hilfe gelten soll, genau in den Blick zu nehmen. Warum stellt sie sich für die Mehrheit der Befragten so asymmetrisch dar? Die Interviews belegen eindeutig, dass sich diese Menschen vielfach zum „Fall“ oder zur „Nummer“ gemacht fühlten, und die Gesprächssituation dazu nutzten, um sich zu wehren und eine stärkere Beachtung ihrer Perspektiven einforderten. Für ein Fortbildungskonzept wie es in Kapitel 5 skizziert wird, greift daher, so die Erkenntnis, eine bloße Subjektorientierung zu kurz. Es muss darüber hinaus ein Erfahrungsraum eröffnet werden, in dem Helfende ebenso wie die Adressaten der Hilfe die Möglichkeit zu *interaktivem* Austausch haben. Nach Stiller (1997: 81) tragen dabei die thematische Perspektive und der thematische Rahmen zur Objektivierung und die wechselseitige kommunikative Verarbeitung zur Intersubjektivierung der individuellen Erfahrung auf beiden Seiten bei. Konkret geht es darum, das Fremde der biografischen Erfahrungen des jeweils Anderen kommunizierbar zu machen. In den abschließend dargestellten Lernsituationen sollen Wege aufgezeigt werden, wie dies gelingen kann. Idealerweise können damit Dimensionen des pädagogischen Verhältnisses wie Erwartungen/Motive Wahrnehmung/Bedeutungszuschreibung, Hoffnungen und Befürchtungen, Aktivität/Passivität oder Macht und Ohnmacht bewusst gemacht und anders, d. h. reflektierter damit umgegangen werden. Kösel (2002: 217 f.) geht in seiner subjektiven Didaktik davon aus, dass alles menschliche Handeln von verinnerlichten Konstrukten und daraus resultierenden Alltagstheorien gesteuert wird. Für das Verhalten in schulischen Kontexten schreibt er: *„Wir Pädagogen und Didaktiker können es uns nicht mehr erlauben, dieses versteckte Gesicht unserer Person einfach zu ignorieren. Wir haben eine Verpflichtung uns selbst gegenüber, die eigene Realitätstheorie aufzuklären, um unangemessene Verhaltensweisen und Reaktionen*

auf andere, von uns abhängige Menschen zu vermeiden oder sie zu erkennen und besser, d. h. distanzierter damit umzugehen.“ Wie zentral gerade die Dimension von Macht und Ohnmacht von den Partizipanten erlebt wird, zeigt sich u. a. an der im Einzelfall stark variierenden Entscheidungsfreiheit zur Inanspruchnahme von Hilfe. Juristisch gesetztes existiert neben von außen angestoßenem bzw. eigeninitiativ gesuchtem Inanspruchnahmeverhalten. In diesen Zusammenhang haben im deutschen Teil der Stichprobe nicht weniger als acht von zehn Partizipanten Erfahrungen mit Zwangseinweisungen gemacht. Im amerikanischen Sample war der Anteil mit vier Personen nur halb so hoch. Dies könnte auf eine kulturell unterschiedliche Einweisungspraxis hindeuten, in einem Land, in dem der Individualitäts- gegenüber dem Solidaritätsaspekt ungleich stärker betont wird. Dennoch ist für beide Teilgruppen die Intensität festzuhalten, mit der sich solche Erfahrungen dem einzelnen einprägen. In solchen Situationen, in denen Abhängigkeit und Ohnmacht am größten sind, gilt es umso stärker darauf zu achten, die Würde der Patientinnen und Patienten zu schützen. Die Interviews belegen indes, dass in zahlreichen Fällen die Würde nicht nur ungeschützt blieb, sondern darüber hinaus das Leiden der Befragten z. B. durch Stigmatisierungsprozesse noch transformiert wurde. Auch hierauf hat Schütze (1996: 150) mit seinem Verlaufskurvenkonzept hingewiesen. Im deutschen Teil der Stichprobe berichten nicht weniger als sieben von zehn Personen über Diskriminierungserlebnisse aufgrund ihrer psychischen Erkrankung gegenüber drei Nennungen in der amerikanischen Subgruppe. Im deutschen Sample schildern außerdem zwei Partizipanten Begebenheiten von erfahrener Diskriminierung aufgrund ihrer besonderen Lebenslage Obdachlosigkeit, während es im amerikanischen Teil der Stichprobe drei Befragte sind. Trotz dieses numerischen Übergewichts fällt auf, dass die besondere Lebenslage Obdachlosigkeit im Erzählkontext der Mehrheit der Partizipanten einen ungleich breiteren Raum einnimmt, als ihre psychische Erkrankung. So setzt im deutschen Sample mit fünf Personen die Hälfte der Befragten klar die Priorität auf den Wiedererhalt ihres eigenen Privattraums. In der amerikanischen Subgruppe sind es sogar sechs Befragte. Dazu passt, dass im deutschen Sample immerhin drei von zehn Informantinnen und Informanten einen Zusammenhang zwischen Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung in dem Sinne herstellen, dass erstes letzteres begünstigt. Im amerikanischen Teil der Stichprobe folgt sogar die Hälfte der Partizipanten dieser Argumentationslinie. Bemerkenswert ist außerdem die Tatsache, dass innerhalb der deutschen Untergruppe nicht weniger als die Hälfte der Befragten die Eigentheorie vertritt, dass Einsamkeit psychisch auffälliges Verhalten hervorbringt, bzw. in der extremeren Variante davon spricht, gar nicht krank, sondern nur einsam zu sein. Für das amerikanische Sample

ließen sich solche Eigentheoretisierungen nicht identifizieren. Dennoch, und dies ist neben der subjektiv empfundenen Nichtwahrnehmung durch Professionelle und der Kernkategorie Obdachlosigkeit eine dritte Schlüsselerkenntnis, zeigte sich für die amerikanischen Befragten die Rolle der Kommunikation sogar als noch zentraler als für die deutschen Partizipenten. Während diese im deutschen Sample für sieben von zehn Personen instrumentell ist, trifft dies in der amerikanischen Subgruppe sogar auf neun Befragte zu. Damit ist das Bedürfnis nach kommunikativem Austausch in beiden Teilgruppen ähnlich hoch und bildet zu der tatsächlichen Bewältigungsrealität durch Rückzug und Abschottung, wie er für das amerikanische Sample durchgängig und für die deutsche Subgruppe immerhin noch für mehr als zwei Drittel nachgewiesen werden konnte, einen schmerzlichen Kontrast. Geht man der Frage nach, was außer Kommunikation die zumeist entstabilisierten Lebenssituationen zu festigen und zu bewältigen hilft, so fällt auf der Ebene der inneren Kraftquellen vor allem die Fähigkeit zur Um- und Neubewertung bestimmter biografisch relevanter Sachverhalte auf. Im deutschen Sample bedienen sich drei Personen solcher Interpretationsleistungen, während dies für die amerikanische Subgruppe auf nicht weniger als neun Partizipenten zutrifft. In insgesamt drei Fällen ging dies soweit, dass Schicksalsschläge im Rückblick als persönlicher Gewinn konstruiert wurden, analog zu dem von Taylor (1989) formulierten Prinzip des „Construal of Positive Benefits“. Interessanterweise konnte eine solche radikale Form des Perspektivenwechsels nur bei weiblichen Teilnehmerinnen identifiziert werden. Außerdem wurde die Strategie, über das Anstellen Sozialer Vergleiche die Umwelt strategisch zu interpretieren, mit jeweils sechs Personen in beiden Subgruppen gleich häufig genutzt. Beeindruckend war ferner der Humor, den im deutschen vier und im amerikanischen Sample sogar fünf der Befragten selbst im Angesicht widrigster Umstände an den Tag legten. Hervorzuheben ist darüber hinaus die Bedeutung der Spiritualität zur Belastungsbewältigung. Im deutschen Teil der Stichprobe greifen fünf Personen, also immerhin die Hälfte darauf zurück, während es im amerikanischen Sample vier sind. Damit einher geht die Frage nach Versuchen einer individuell-persönlichen Sinnstiftung, nach Beck (1986, 1993) eine der knappsten Ressourcen der reflexiven Moderne. Weitere Sinn- und Kraftquellen stellen auf einer äußeren Ebene Tiere und Natur ebenso wie sportliche Betätigung und Künste dar. Obwohl sie im deutschen mit acht gegenüber drei Nennungen im amerikanischen Sample mehr als doppelt so häufig genutzt werden, stellen diese Ressourcen ein wichtiges Mittel zur Bewältigung von Belastungen dar. Neben den obigen Ausführungen zur Kategorie Kommunikation weisen auf dem Gebiet der äußeren Kraftquellen weitere Ergebnisse auf die Wichtigkeit der intersubjektiven Beziehungsdimension hin: Im deutschen Teil der Stichprobe

war für acht Befragte die Unterstützung durch andere Menschen instrumentell, in der amerikanischen Subgruppe traf dies sogar auf neun Personen zu. Der Sachaspekt der reinen Informationsvermittlung nimmt mit jeweils drei Nennungen gegenüber dem interaktionellen Aspekt eine deutlich untergeordnete Rolle ein. Auffällig ist außerdem, wie oben bereits angedeutet, wie unterschiedlich beide Subgruppen das Unterstützungspotenzial von Medikamenten bewerten: Im deutschen Sample halten lediglich drei Personen die ihnen verabreichten Substanzen für hilfreich, unter den in Amerika Befragten sind es dagegen sieben. Hier deuten sich kulturelle Unterschiede an, die u. a. vielleicht auf dem theoretischen Hintergrund amerikanischer Handlungsorientierung erklärt werden können. Wo Tätigkeiten oder Produkte gegenüber kognitiven Akten dominieren, erscheint auch die Bedeutungszuschreibung pharmakologischer Ominipotenz leichter nachvollziehbar, die entsprechend dazu führen könnte, dass Medikamente in Amerika weit bereitwilliger eingenommen werden. Die Interviews belegen ferner eindrucksvoll, wie es der Mehrheit der Befragten beider Subgruppen immer wieder gelingt, für sich selbst zu sorgen. Der Anteil derer, die diesbezügliche Aussagen treffen, ist mit sechs im deutschen bzw. sieben Nennungen im amerikanischen Sample ähnlich hoch. Dazu passt, dass im deutschen Teil der Stichprobe nicht weniger als acht Informantinnen und Informanten versucht haben, durch einen Wechsel der Umgebung ihr Leiden unter Kontrolle zu bringen bzw. zu eliminieren. Unter den in Amerika Befragten nutzten immerhin noch sechs Personen diese Ressource. Auch der Wunsch, eine Aufgabe zu haben, wurde mit sieben Nennungen in der amerikanischen und vier in der deutschen Subgruppe mehrheitlich geäußert. Dabei forderten interessanterweise vor allem diejenigen Befragten diesen Aspekt ein, deren Biografien besonders deutlich durch frühe Beeinträchtigung und Chancenreduzierung gekennzeichnet waren.

Die Interviews dienten nicht dazu, individuelle Lebensgeschichten darzustellen. Dennoch wurde den Erfahrungshintergründen der Befragten viel Raum gelassen, da nach Ansicht der Verfasserin die Einschätzung des Hilfesystems nicht von den konkreten Lebensumständen einer Person zu trennen ist. Um die empirischen Ergebnisse besser zu verstehen, erscheint es dennoch sinnvoll an dieser Stelle genauer auf den Begriff „Biografie“ als theoretisches Konzept einzugehen. Probandinnen und Probanden sind ebenso wie Forscherinnen und Forscher biografische Subjekte, die ihre Biografien als Leben leben (vgl. Schulze, 1996: 14f.) Sie produzieren gewollt oder ungewollt autobiografisches Material. Werden, wie in der in Kapitel drei explizierten Studie geschehen, die in lebensgeschichtlichen Äußerungen zum

Ausdruck kommenden individuellen und subjektiven Erfahrungen zur Basis wissenschaftlicher Analysen gemacht, so schließt dies immer auch gesellschaftliche Lebenszusammenhänge mit ein. Biografien sind also nicht allein individuelle Lebensbeschreibungen, sondern transportieren auch gesellschaftliche und historische Normen. Schulze (1996: 14ff) spricht in diesem Zusammenhang von einer *äußeren* und einer *inneren* Seite der Biografie. Die äußere Seite ist angesprochen, sofern sich das Individuum in gesellschaftlichen Kontexten und standardisierten Laufbahnen bewegt. Diese existiert neben einer sehr individuellen Lebensgeschichte, die dieser Autor als *innere* Seite der Biografie bezeichnet. Auch diese Begriffskartierungen nehmen die Doppelperspektive von Vergesellschaftung und Individualität auf.

Alheit (2002: 222) setzt einen ähnlichen Akzent wenn er darauf aufmerksam macht, dass Biografien immer beides beinhalten: *Emergenz* und *Struktur*. Biografisches Handeln und biografische Sinnkonstruktionen als subjektive Leistungen sind gerade in ihrem Charakter der historischen Einmaligkeit und relativen Offenheit gegenüber der Zukunft seiner Auffassung nach angewiesen auf gesellschaftliche Strukturen, auf „geronnene interaktive Formen und Regeln“ institutionalisierter Prozeduren, die als Gerüststrukturen „hinter dem Rücken“ je konkreter biografischer Prozesse wirksam werden. Hier hat Alheits Konzept der *Biografizität* seinen Ort. Für das Verständnis und die Interpretation der empirischen Ergebnisse ist dieses Konzept von großer Bedeutung, daher soll es hier kurz rezipiert werden. Für Alheit (2006: 4) sind vor allem zwei Aspekte in diesem Kontext zentral:

- a. Alle Erfahrungen, die ein Mensch macht- alles was er lernt, muss sozusagen „durch ihn hindurch“, muss mit einer inneren Logik verbunden werden, die nur für diesen einen Menschen gilt. Es sind die Erfahrungen, die diese konkrete Person macht, sie ist es, die einen Lernprozess durchläuft. Stellvertretende Lernprozesse gibt es nicht.
- b. Und doch ist die eigene Lebensgeschichte nichts ausschließlich Privates. Moderne Menschen sind beinahe gesellschaftlich gezwungen, individuell und einzigartig zu sein. Die äußeren historischen und sozialen Bedingungen nötigen sie zu biografischer Reflexivität. Sie unterliegen, pointiert formuliert, der Chance wie dem Zwang, ihr Leben permanent selbst zu gestalten

„Biografizität“ – dieser Graeco-Latinismus aus „*bios*“ = Leben, „*graphein*“ = beschreiben und „*facere*“ = machen meint für Alheit und seine Forschergruppe nichts anderes als den persönlichen Code, mit dem sich jeder Mensch neue Erfahrungen erschließt. Biografizität ist

anders formuliert die Fähigkeit, Denken und Handeln, die „Konstruktion“ von Wirklichkeit aus dem gewachsenen sich verändernden biografischen Wissen und den aufgeschichteten Erfahrungen zu generieren. Nimmt man Alheits Konzept ernst, so bedeutet dies, dass nicht die „Inputs“ interessant sind, die zu erwarteten „Outputs“ führen, obwohl sie zum Lernen unbedingt dazugehören, sondern vielmehr die *Art der Intakes*, deren Besonderheit nur durch die innere Logik unserer bereits gemachten Erfahrungen verstanden werden kann. Eine Sequenz aus dem Interview mit Frau B illustriert diesen Sachverhalt auf eindrucksvolle Weise. Die vierfache Mutter Frau B beschreibt hier die Erfahrung des Abbruchs ihrer fünften Schwangerschaft:

„Vor... fünfzehn Jahren hab‘ ich abgetrieben, ne? Ich wusste gar nicht, dass ich schwanger war... Z. 995-996. „Meine rechte Seite, sagt mir meine Ärztin... würd‘ ich kein fünftes Kind überleben... Hat sie mir später gesagt... nicht vorher... später... Da hab‘ ich gedacht: ‘Mann, dann... hab‘ ich ja Glück gehabt, dass das Kind ich abgetrieben hab‘. Sonst wär‘ ich tot... “ Z. 1005-1019 .

Frau B deutet diese Erfahrung nicht, wie es auch denkbar gewesen wäre, als soziales und biografisches Desaster, das zunächst jede Aktivität blockiert, sondern als subjektiven „Glücksfall“, der sie zu tief greifenden biografischen Reflexionen anregt. Im Erzählen leistet Frau B Erfahrungsverarbeitung und es werden Lern- und Bildungsprozesse angeregt.

Der vorstehend bereits zitierte Schütze (1981; 1984) begreift Gestalt und Verlauf des biografischen Gesamtprozesses als „Prozessstrukturen des Lebenslaufs. Andere Autoren (z. B. Havinghurst, 1974, Loch 1979 oder Erikson 1971) sprechen von „Entwicklungsaufgaben“ und „Wachstumskrisen“ und wieder andere (Filipp 2010, Hoernig, 1987) von „Lebensereignissen“. „Entwicklungsaufgaben“ markieren ebenso wie „Wachstumskrisen“ und „Lebensereignisse“ Gegebenheiten, auf die sich Menschen in der Gestaltung ihres Lebens einlassen müssen. Im Ansatz Fritz Schützes rückt dagegen die Haltung in den Fokus, die die Biografieträger und Erzähler gegenüber diesen Gegebenheiten und Ereignissen einnehmen und in ihren biografischen Thematisierungen zum Ausdruck bringen. Die Relevanz des letztgenannten Zugangs Fritz Schützes ist anhand des in Kapitel 3 vorgestellten empirischen Materials evident und wird deshalb abschließend näher erläutert: Schütze unterscheidet vier verschiedene Haltungen, die das biografische Subjekt seinen Erlebnissen gegenüber einnehmen kann. Es kann sie entweder im Sinne eines „biografischen Handlungsschemas“ auffassen, d. h. als gewollt, geplant und angestrebt, oder als „institutionelles Ablaufmuster“. In diesem Fall stellen sich die Ereignisse als vorgegeben, hingenommen oder absolviert dar. Eine dritte Möglichkeit bildet das Schema der „Verlaufskurve“. Betroffene konstruieren

lebensgeschichtlich relevante Ereignisse als überwältigend erlebte Widerfahrnisse, die es ihnen nicht mehr erlauben, aktiv zu handeln, bzw. die sie zu rein reaktiven Verhaltensweisen zwingen. Schließlich können Ereignisse auch als „Wandlungsprozess“ mit überraschender, herausfordernder und befreiender Wirkung begriffen werden. Schulze (2002: 36) weist darauf hin, dass diese vier Haltungen auch wechseln oder gar nebeneinander bestehen können, je nachdem in welcher Situation sich das biografische Subjekt befindet und aus welchem Blickwinkel es seine Lage betrachtet. Im Rahmen der Arbeit mit Fallgeschichten wäre es interessant zu sehen, ob sich noch andere als die von Schütze thematisierten Haltungen identifizieren lassen. Häufig ist es allerdings auch so, dass eine dieser Haltungen das dargestellte Geschehen vollständig zu beherrschen scheint und damit einen größeren Abschnitt oder sogar die gesamte Lebensgeschichte charakterisiert. Für diesen Fall spricht Schütze (1984: 93) von „Prozessstrukturen des Lebenslaufs“. Seine Aufmerksamkeit gilt dabei insbesondere der Prozessstruktur der Verlaufskurve, deren Kennzeichen, Bedingungen und Entwicklungsstadien er in unterschiedlichen Zusammenhängen (z. B. im Krieg, bei Berufskrisen oder Alkoholismus) eingehender untersucht hat. Der soziale und biografische Prozess der Verlaufskurve ist nach den Ergebnissen Schützes (1996: 126) durch Erfahrungen immer schmerzhafter und auswegloser werdenden Erleidens gekennzeichnet: Der Eindruck, durch als überwältigend erlebte Ereignisse und deren Rahmenbedingungen getrieben zu werden, kann im Weiteren zur Entstabilisierung der Lebenssituation führen und bis zum völligen Orientierungszusammenbruch reichen. In diesem Stadium befindet sich das biografische Subjekt in einem Zustand absoluter Handlungsunfähigkeit und Fremdheit sich selbst gegenüber und wird zu einer radikal neuen Definition seiner Lebenssituation gezwungen. Zu solchen theoretischen Formen treten praktische Versuche der Verarbeitung und Kontrolle der Verlaufskurve. Hier sind Flucht aus der verlaufskurvenförmigen Lebenssituation, die systematische Organisation des Lebens mit der Verlaufskurve (in Fällen, in denen das Verlaufskurvenpotenzial nicht mehr rückgängig zu machen ist, wie etwa bei einer chronischen Krankheit) sowie der Versuch der systematischen Eliminierung des Verlaufskurvenpotenzials unterscheidbar. Allerdings muss sich, auch darauf weist Schütze hin, die Verlaufskurvenentfaltung nicht zwangsläufig in der Reihenfolge der von ihm identifizierten Stadien vollziehen. Auch Potenziale der Entstabilisierung und des Zusammenbruchs sind nicht zwingend, ebenso wie die Stadien der theoretischen Verarbeitung und der praktischen Kontrolle wegfallen können. Darüber hinaus benennt der Autor spezifische Mechanismen der Abweichung vom elementaren Verlaufskurvenskript. Hierzu gehören einerseits Bremsmechanismen, wie sie z. B. in der Vermeidung von Anlässen mit

lähmendem Verlaufskurvenpotenzial wirksam werden. Andererseits fallen auch unerwartete Erweiterungen der Verlaufskurve darunter, wie sie vor allem von Goffman (1967) detailliert beschrieben wurden (vgl. Kapitel 2). Schließlich, so führt Schütze (1996: 150) weiter aus, führt das aussichtslose Gefangensein in einer Verlaufskurvenfalle zu Transformationen des Leidens in andere Problembereiche, wo es die Energie und den Lebensmut der Betroffenen bezüglich ihrer biografischen Arbeit weiter aufreißt. Für den Autor bezeichnet dieser Aspekt die quasi-metaphysische Transformationsebene, von der er eine interaktive und identitätsverändernde Ebene unterscheidet. Der Zusammenbruch der alltäglichen Erwartungsfahrpläne ruft auch große Irritationen in den Interaktionsverhältnissen hervor, da sich die unerwartet verhaltenden Interaktionspartner wechselseitig als Regelbrecher betrachten. In der Folge stellt sich meist ein generalisiertes Misstrauen bei allen am Interaktionsprozess Beteiligten ein. Die Interviews aus Kapitel 3 liefern zahlreiche empirische Belege für diese These. Eine Folge kann nach Schütze nun sein, dass die Verpflichtung zur systematischen Übernahme der Standpunkte und Perspektiven der Interaktionspartner aufgegeben und stattdessen die persönlichen Aktivitäten in Termini des eigenen mental-grundlegenden Weltmodells rücksichtslos voluntaristisch ausgelegt werden. Dies mag bis zur Konstruktion von Wahnwelten für das eigene Weiterhandeln führen. Ein Beispiel sind die Schilderungen von Herrn C:

„...Zwei Jahre im Zelt, oder ‘n Jahr im Zelt [gelebt]. Z. 342 „[Das war]die schönste Zeit meines Lebens...“ Z. 354. „Also, würd‘ ich sofort wieder machen...“ Z. 358. „Ich würde lieber im Zelt leben, als in diesem Zimmer hier...“ Z. 362.

Und an anderer Stelle im Interview heißt es:

„Ich könnte mich ja ändern – ich könnte mich ja anpassen. Aber ich hab‘ gar keine Lust dazu. Ich hab‘ ja ein tolles Leben gehabt. Mein Leben ist jetzt erst mal hier zu Ende, ist die Mitte meines Lebens und äh... im Moment träum‘ ich halt einfach. Liege da und träume und das ist das, was ich grad mache – nicht viel, aber... nerve niemanden... und es gibt Schlimmeres für mich als mal ‘ne Zeit lang ein paar Wochen oder Monate mal nur zu schlafen oder zu träumen...“ Z. 440-446.

Auf der Ebene der identitätsverändernden Transformationen konstatiert Schütze das Fremdwerden der eigenen Identität als grundsätzliche Einwirkung des Verlaufskurvenleidens. Wie bereits betont, konnte dieser Aspekt mit 5 Personen im amerikanischen Sample bei immerhin einem Viertel der Befragten nachgewiesen werden. Auch der Verlust von Fähigkeiten und wichtiger Sozialbeziehungen traf auf die überwältigende Mehrheit der Partizipanten zu. Die solchermaßen kreierte Fallensituation erzwingt Schütze zufolge

spezifische Diskontinuitäten zur bisherigen Identitäts- und Lebenslinie: den Verzicht auf den eigenen Anspruch, die innere Befindlichkeit und Lebenssituation für sich selbst zu deuten (und damit den Verzicht auf eigenständige biografische Arbeit zugunsten übermächtiger fremder Deutungspotenziale). Verlaufskurvenbetroffene konstruieren lebensgeschichtliche Veränderungen auf diese Weise nicht als selbst aktiv herbeigeführte Vorgänge, sondern als Widerfahrnisse ohne diesen Handlungsmöglichkeiten einzuschreiben. Allerdings können auch diese Konstruktionen im Verlauf der lebensgeschichtlichen Darstellung wechseln. Ein eindrucksvolles Beispiel ist die ganz unterschiedliche sprachliche Präsentation stationärer Krankenhausaufnahmen bei Frau H:

- a. „*Ich [bin auch]... operiert worden.*“ Z. 393
- b. „*...Mensch, die haben mich schon in Kliniken geschickt, ne?*“ Z. 435
- c. „*Dann [bin ich] eben halt... wieder... zur Schutz 'reingegangen.*“ Z. 752-753

Im ersten Zitat scheint die Art der fungierenden Mächte eher anonymer Natur, während in der zweiten Sequenz andere Menschen über das eigene Schicksal bestimmen. Bei beiden Varianten handelt es sich um Konstruktionen von Opfer- anstelle von Täterschaft der eigenen Person. Im dritten Fall dagegen bleibt die Handlungsinitiative bei der Erzählerin, die anderen aktiv ihre Aufgaben zuweist. Die in Kapitel 3 dargestellten Interviews belegen, dass die geschilderten verlaufskurventypischen Formen der Bearbeitung für die Mehrzahl der Befragten charakteristisch sind. Ebenso wie sie sich vielfacher Arten der Ausblendung bedienen, deren Mittel von lückenloser Ideologisierung über passende soziale Arrangements der Vermeidung sowie persönlich ausgeklügelte Selbstverschleierungstheorien bis hin zum zunächst heimlichen und dann offensichtlichen Gebrauch von Drogensubstanzen reichen. All diese spezifischen Diskontinuitäten haben nach Schütze die Funktion, den Alltag in den Fängen der Verlaufskurve erträglicher zu machen, obwohl sie gerade dadurch neuartige, transformative Fallmechanismen aktivieren. Solche sprachlich figurierten Prozesse zu identifizieren und zu deuten ist für die Fallarbeit ergiebig. Für das vorliegende Konzept noch viel interessanter ist allerdings die Prozessstruktur der Wandlungsprozesse, die eng mit Bildungsprozessen zusammenhängen. Beide zeichnen sich dadurch aus, dass nicht nur Einzelheiten, bestimmte Kenntnisse und Fähigkeiten im Rahmen eines etablierten Bezugsrahmens der Welt- und Selbstreferenz gelernt werden, sondern dass dieser Rahmen selbst transformiert und neu geordnet wird (vgl. Kapitel 4). Die Mehrheit der Partizipanten an der eigenen hier vorgestellten Studie stand zum Interviewzeitpunkt noch unter vielfach traumatisch vorfigurierten Belastungssituationen mit enormem Problem- und Leidensdruck.

Sie waren in den Worten Schützes (1996: 128) noch stark im „Erleidens- und Chaosaspekt sozialer Realität“ verhaftet, wie er für verlaufskurvenförmige Prozesse kennzeichnend ist. Dennoch, und dies haben die empirischen Ergebnisse vor allem gezeigt, reagieren auch obdachlose Menschen mit einer psychischen Erkrankung keineswegs nur auf Vorgaben und entscheiden nicht nur zwischen Laufbahnen. Sie passen sich nicht ausschließlich an veränderte Bedingungen an und bearbeiten nicht nur kritische Lebensereignisse. Psychisch kranke obdachlose Menschen entwickeln auch selbst Interessen, nutzen Gelegenheiten, entwerfen Pläne und Perspektiven und setzen sich mit eigenen Entwürfen auseinander. Sie hoffen, träumen, erfinden Auswege und verleihen dem eigenen Leben Sinn – unabhängig von Funktion und Erfolg. Einen beeindruckenden Beleg hierfür liefert ein Zitat der zum Interviewzeitpunkt 22jährigen Frau F, die ihr Leben bis dato nahezu durchgängig in Institutionen verbracht hat. Es soll zum Abschluss dieses Kapitels wiedergegeben werden:

„...Man darf's also nicht so ahm... alles auf einmal, sondern Schritt für Schritt und so... In einem Monat sieht es ganz anders aus... in ein paar Wochen... einen Monat... in einem Jahr... Und wenn... wenn dieser Wille da ist und so... und... und... man möchte... Also, viele Menschen sind ja auch... also, Kämpfernaturen im Leben... Und... die haben sehr viel durchgemacht... So wie ich auch und... man steht ja dann morgens auch auf, um diesen Alltag auch zu bewältigen... Und überhaupt zu kucken, was tut einem gut...“ Z. 884-891.

4. Fremdheit als Lernanlass - Bildung und Lernen im Spannungsfeld von Individualität und Gesellschaft

4.1 Bildung und Lernen in gesellschafts- und bildungstheoretischer Perspektive

Lernen ist eine anthropologische Grundkonstante, die nicht erst seit der Wissensgesellschaft global für jeden Menschen gilt. Allerdings hat der rasante technologische Fortschritt verbunden mit bislang ungekannten Möglichkeiten in der Produktion u. a. die Organisation von Arbeit und die Formen gesellschaftlicher Beziehungen radikal verändert. Heydorn, einem der bedeutendsten Bildungstheoretiker des 20. Jahrhunderts zufolge, bleibt das gesellschaftliche Bewusstsein jedoch hinter der materiellen Produktion immer weiter zurück, bis die Diskrepanz schließlich „tödlich“ wird (vgl. Heydorn 1980). Entsprechend stellt für ihn die Herstellung menschlicher Handlungsfähigkeit gegenüber der technologischen Revolution das zentrale Problem der Bildung dar. Die Situation der Gegenwart sei, so Heydorn an anderer Stelle, primär durch eine Verallgemeinerung von Bildung in Form von Qualifikation und herrschaftlichen Interessen, die sich mit Hilfe einer Paralyse von Bewusstsein

durchzusetzen suchten, gekennzeichnet (Heydorn, 1979: 73). Lefebvre fasst den Inhalt dieser die Vergesellschaftungsproblematik begleitenden Entwicklungen im Spätkapitalismus, den er als „bürokratische Gesellschaft des gelenkten Konsums“ definiert, kategorial mit dem Begriff der Alltäglichkeit – als qualitative Differenz zu „Alltagsleben“ (Lefebvre, 1972, zit. in: Sünker, 1999: 336). Alltäglichkeit bestimmt er als verallgemeinerte Lebensweise, die mit einem Prozess der inneren Kolonisierung einhergeht, der seine Basis einerseits in – heute wesentlich technologisch vermittelten – Zugriffen auf Raum und Zeit und andererseits in Prozessen der Parzellierung und Zerschneidung von Lebenszusammenhängen findet (Lefebvre, 1975, zit. in: Sünker 1999: 337). Bezüglich der Subjektentwicklung beinhaltet eine solche Lebensweise Lefebvre zufolge Formen extremer Individualisierung und Partikularisierung mit der Tendenz zu Passivität und Nicht-Partizipation (vgl. Sünker, 1989: 111-132). Der der Alltäglichkeit entgegengesetzte Pol wäre Emanzipation, wäre die Selbstbemächtigung des Menschen im Sinne der Überwindung von Herrschaft, dem klassischen Leitmotiv von Bildungstheorie (vgl. Sünker, 1999: 329 ff.)

Eine konsequent an der Sicherung von Fortschritt und Entwicklung sowie der individuellen Beschäftigungsfähigkeit („employability“) orientierten Konzeptualisierung des Bildungsbegriffs ist nicht nur von Kritischen Theoretikern wie Heydorn oder Lefebvre kritisiert worden. In der OECD-Prognose zum Thema „Lebenslanges Lernen“ heißt es: *„For those who have successful experience of education, and who see themselves as capable learners, continuing learning is an enriching experience, which increases their sense of control over their own lives and their society. For those who are excluded from this process, however, or who chose not to participate, the generalization of lifelong learning may only have the effect of increasing their isolation from the world of the ‘knowledge-rich’. The consequences are economic, in under-used human capacity and increased welfare expenditure, and social in terms of alienation and decaying social infrastructure“* (OECD, 1997:1).

Allerdings gibt es auch kritische Stimmen solchen Situationsbeschreibungen gegenüber. So betont Giroux (1983: 282, zit. in Sünker, 1999: 334 f.) dass Reproduktionstheoretiker häufig das Problem, wie strukturelle Determinanten ökonomische und kulturelle Ungleichheit befördern, überbetonen und das Problem, in welcher Weise menschliche Handlungsfähigkeit sich der Logik des Kapitals und den darin eingebundenen herrschaftlichen gesellschaftlichen Praktiken anpasst oder widersetzt, unterschätzen. Und obwohl Lefebvre vor den Gefahren einer dem Kapitalverhältnis inhärenten Totalisierungsbewegung als Zugriff auf die

Subjekthaftigkeit des Menschen warnt, so ist für ihn ebenso offensichtlich, dass sich diese Totalität nie zur Gänze vollziehen können. Dies liegt Lefebvre zufolge an sog. „Residuen“, also unreduzierbaren Elementen, die sich dem Totalen, zur Abgeschlossenheit treibenden Zugriff auf die Alltäglichkeit widersetzen (vgl. Lefebvre, 1975: 18-20; zit. in: Sünker, 1994: 213). Die Entwicklungen in Osteuropa und in der ehemaligen DDR geben Anlass, diesen vorsichtigen Optimismus zu teilen. Es scheint, als sei dem Niedergang des Individuums doch eine bestimmte Alternative entgegenzusetzen (vgl. Heydorn, 1980: 286, 1980a: 102; zit. in Sünker, 1992: 67). Dennoch bleibt die „Aufwertung der Subjektivität“ (Lefebvre, 1978: 7) und damit einhergehend die „Aufhebung der Herrschaft des Abstrakten über das Konkrete“ (Sünker, 1994: 217) eine vordringliche Aufgabe, nicht nur von Bildung.

Zur Begründung sind die folgenden Abschnitte folgenden beiden Fragen gewidmet: (vgl. Sünker, 1999: 334)

1. Welche Faktoren sind für die Aufrechterhaltung der herrschenden gesellschaftlichen Ordnung verantwortlich?
2. Was können sinnvolle Gründe dafür sein, um für die Chance einer realen Änderung im Sinne einer emanzipatorischen Perspektive zu argumentieren?

Eine gesellschafts- und bildungstheoretische Perspektive mit ihrem emanzipatorischen Interesse ist zur Beantwortung dieser Fragen am besten geeignet, weil sie anders als geisteswissenschaftlich-hermeneutische oder empirisch-analytisch erklärende Verfahren ein Konzept zur Kritik latenter struktureller Gewalt bietet. Dieser gesellschaftskritische Ansatz in marxistischer Tradition mit seinem methodischen Vorgehen der Ideologiekritik ist auch dafür prädestiniert, die Spannungslinien einer fachlich organisierten Hilfe für Menschen mit psychosozialen Problemen aufzufinden und die inneren Widersprüche zu enträtseln, die sich hinter scheinbar eindeutigen Sachverhalten verbergen. Daher gründen sich die Ausführungen dieses Kapitels auf dieses Modell. Selbstverständlich sollen sowohl die in Kapitel 1 und 2 theoretisch reflektieren als auch die empirisch ermittelten Ansprüche aus Kapitel 3 aufgenommen und auf die regionale Praxis bezogen werden. Die Handlungsorientierung ist analog zum Verständnis Heydorns auch ein unverzichtbarer Bestandteil der didaktischen Reflexion, wie sie durch die drei Module, die im Schlusskapitel 5 vorgestellt werden, geleistet werden soll. Eine ausschließliche Praxisorientierung, unreflektiert vollzogen, birgt allerdings die Gefahr, dass sie zu einer bloßen Beschreibung von Tatsachen werden könnte, ohne die dahinter stehenden Zwecke zu ergründen, die doch stets mit handfesten politischen,

ökonomischen und ideologischen Interessen verbunden sind (vgl. Adorno, 1970; Gesammelte Schriften Band 3: 39).

Auch die Wissenschaft ist übrigens keineswegs kontextunabhängig, sondern selbst Teil eines allumfassenden Bezugssystems. Darauf weisen insbesondere Herwig Blankertz, Klaus Mollenhauer und Wolfgang Klafki hin, die als Begründer des Ursprungsprogramms einer kritischen Erziehungswissenschaft gelten können. Vor diesem Hintergrund kritisieren diese Autoren auch die „*Ideologie der Wertefreiheit*“. Aus ihrer Sicht prägen gesellschaftliche Formen der Herrschaft die objektive Welt und die Welt der Sprache, und innerhalb dieses Bezugssystems ist jede Erfahrung und jede Erkenntnis immer schon *sozial vermittelt*. Eine gesellschafts- und bildungstheoretische Perspektive garantiert, dass diese Zusammenhänge im Blick bleiben, in dem z. B. sowohl die Verwendung der Ergebnisse theoretischer Entwürfe als auch die gesellschaftlichen Strukturen, in die die Subjekte eingebunden sind, kontinuierlich reflektiert werden. In Untersuchungen wie der vorliegenden sind solche an sich schon keineswegs trivialen Prämissen besonders brisant. Die Frage nämlich, wer noch als gesund oder schon als psychisch krank zu gelten hat, obliegt explizit der Definitionsmacht einzelner Gesellschaften, die ihren Mitgliedern damit Lebenschancen gewährt oder nimmt.

4.2 Bildung als pädagogischer Maßstab

Wie zeigt sich nun, um zunächst die erste Frage zu beantworten, die Crux des modernen Individuums? Durch die zunehmende Globalisierung, darauf weist z. B. der französische Soziologe Pierre Bourdieu (1997) hin, sind atypische Arbeitsverhältnisse die Regel geworden. Diese Prekarisierung trifft indes nicht nur marginalisierte Gesellschaftsgruppen, sondern zunehmend auch solche mit noch gesichertem Einkommen. Die Folge ist das organisierte Gegeneinander der Lohnabhängigen, die „strukturelle Gewalt der Konkurrenz“, für Bourdieu Bestandteil der neoliberalen Hegemonie.

In der *Dialektik der Aufklärung* führen Horkheimer und Adorno (1969) aus, dass die Beherrschung der Natur durch Arbeit im Zuge des wissenschaftlich-technischen Fortschritts dem Menschen mit der Freiheit in der Gesellschaft auch unabwendbar neue Formen latenter struktureller Gewalt beschert habe. Dabei würden die menschlichen Subjekte auf die Funktion ihrer „disziplinierten Selbsterhaltung“ ebenso reduziert wie die Welt auf das in der wissenschaftlichen Erkenntnis begriffene „Ding.“ Mit dem Qualifikationsbegriff (vgl. Heid,

1990) wird, darauf weist Sünker (1992: 61) hin, die Kapitalperspektive sozusagen gleich mitgeliefert, indem *Verwertung* die Bezugsgröße bildet. Daraus entsteht ein Spannungsverhältnis zwischen Identität und Heterogenität der Anforderungen, eine Dialektik von Bildung und Herrschaft, wie Heydorn im Anschluss an Horkheimer und Adorno sie aufgedeckt hat. Solche gesellschaftlichen Entwicklungen bedrohen die Subjektpotenziale massiv. Der gerade in hochtechnisierten Gesellschaften wie Deutschland oder den USA immer stärker werdende Repressionsdruck macht es den Menschen jedoch schwer, diese Gefährdungen zu erkennen, geschweige denn, sie zu verändern. Dies hat mehrere Gründe: Die Tendenz zur Totalisierung und zur Integration kaschiert nicht nur die Zerschneidung von Lebenszusammenhängen, sie führt auch zu einer Unifizierung von oben und zur Unterdrückung ursprünglicher Differenzen (vgl. Lefebvre, 1978: 146). Auf der Ebene der individuellen Existenz und damit der Subjektivität, so Lefebvre weiter, korrespondieren diesen Prozessen der Vereinheitlichung und Unterdrückung eine Steigerung des *Entfremdungsgrades*. Seit der Entdeckung der Marxschen ökonomisch-philosophischen Manuskripte von 1844 (Pariser Manuskripte) im Jahre 1932 gilt der Entfremdungsbegriff als eine wesentliche grundlagentheoretische Kategorie zur Analyse gesellschaftlicher Prozesse in ihren Konsequenzen für die Lebensformen der Mitglieder der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaftsformation (Meszaros, 1973, zit. in: Sünker, 1999: 331). Hatte der Entfremdungsbegriff von jeher eine umfassende Bedeutung für alle Bereiche des individuellen und sozialen Lebens, so spricht Lefebvre lange vor den Beckschen Individualisierungsdiagnosen (vgl. Beck, 1986: 205-219) inzwischen schon von einer „Entfremdung zweiten Grades“, die durch das Verschwinden des Bewusstseins von der Entfremdung überhaupt gekennzeichnet sei (vgl. Lefebvre, 1975: 347). Das Schwinden der Potenziale von Subjektwerdung korreliert Lefebvre zufolge mit dem Aufstieg eines Individualismus, der nicht mit der Verwirklichung des Individuums, also der Subjekthaftigkeit zu verwechseln sei, sondern im Privatismus bürgerlicher Existenz ende (Lefebvre, 1972: 60; 1977: 53-57; zit. in: Sünker, 1994: 212).

„Das moderne Individuum“, konstatiert Freud unter Rückbezug auf Adorno, „vermag sich unter dem Zwang existenziell unsicherer Verhältnisse nur noch durch eine *übermäßige narzisstische Besetzung der eigenen Person* zu retten. Zugunsten der Selbsterhaltung muss das fremde Leid ausgeblendet werden. Adorno spricht von einem so entstehenden Klima der sozialen Kälte, die zur *unabdingbaren Voraussetzung für das Leben des Einzelnen*“ geworden sei (Adorno, Gesammelte Schriften Bd. 6: 356). Innerhalb der Kritischen Theorie

interpretierte Konzepte gehen also nicht von einem leistungsstarken, selbstgesteuerten und autonomen und flexiblen Individuum aus, sondern von schwachen, narzisstisch beschädigten Subjekten, die eine kapitalistisch-globalinvasive Produktionsweise aufgerieben hat. Die freiheitsverbürgenden Potenziale menschlicher Entwicklung sind auf diese Weise einer „Kultur“ anheimgegeben worden, die für das Individuum den Charakter des „Verhängtseins“ (Heydorn, 1979: 31) hat.

Die Auswirkungen solcher Entwicklungen, um zur zweiten Frage zu kommen, sind tiefgreifend: Nicht nur die dem Prozess der Selbsterhaltung geopfert Originalität und Identität des Individuums stellt ein ernstes Problem dar, in einem von sozialer Kälte geprägten Klima steht auch die menschliche Sensibilität und mithin die Fähigkeit, überhaupt Erfahrungen zu machen *grundsätzlich* in Frage. Besonders fatal aber ist folgendes: Das entfremdete Bewusstsein mit seiner Beziehung zu den Kategorien „Verdinglichung“ und „Fetischismus“ (vgl. u. a. Marx, 1973; Rosner, 1975, Lefebvre, 1987: 462-472) bezeichnet einen Weg misslungener Erfahrung. Es löscht die wahrnehmende und erkennende Differenziertheit im Subjekt, so dass ihm das *Fremde nicht mehr als Fremdes in den Blick kommt*. Damit wird eine differenzierte Reflexion eingeebnet und findet womöglich nicht mehr statt. Dazu kommt, dass dieser Erfahrungsverlust gewissermaßen simultan durch gesellschaftliche Stereotypen ersetzt wird. Selbstverständlich helfen solche Stereotypen ihren Trägern, die Realität zu bewältigen und die Angst vor dem Unbegriffenen zu minimieren. Es ist aber fraglich, ob diese Ängste dadurch tatsächlich kompensiert und bewältigt werden, oder ob sie nicht fortbestehen, dem Einzelnen lediglich durch die Schranken des Unbewussten verborgen. Ganz abgesehen von der Potenzierung der Leiderfahrung, die solche Stereotypen für diejenigen, denen sie gelten, bedeuten können (vgl. Kapitel 2 und 3).

„Welchen Bildungsgrad, fragt Heydorn (1980: 288) in seinem Überlebensaufsatz, muss eine Gesellschaft besitzen, um mit einer Überlebenaussicht in das kommende Jahrtausend zu treten?“ Inzwischen, da diese Schwelle überschritten ist, geht es mehr denn je darum, den Umriss eines Bildungsbegriffs zu bestimmen, den die Gegenwart erfordert.

Sünker (1992: 64) schreibt dazu: „*Die Entstehung der Bildung in der griechischen Antike verweist darauf, dass ihr von Anfang an zweierlei inhärent ist: zum einen eine gesellschaftliche Verzweckung, die einer eingegrenzten Aufgabe von Wissensproduktion entspricht, auf eine bloß partielle Begabung von Menschen abzielt, zum anderen aber eine in*

der Bildung selbst enthaltene Qualität, die zur Umkehrung dieses gesellschaftlichen Verhältnisses führt.“ Innerhalb praxisphilosophischer Konstellationen, in denen sich Kritische Theoretiker bewegen, ist die Möglichkeit der Subjektkonstitution generell an Bewusstseinsbildung gebunden, die auch wesentlich Geschichtsbewusstsein ist (vgl. Adorno 1966; Heydorn, 1980; Bourdieu, 1987). Solche Erkenntnisleistungen sind es auch, die den Ansatz zum Kampf gegen dominante Herrschaftsverhältnisse bilden. „Das neue revolutionäre Subjekt, um das es alleine geht“, schreibt Heydorn (1979: 334/337; zit. in: Sünker, 1994: 217) „ist ein wissendes Subjekt“. Und in einer neueren Veröffentlichung konstatiert der Wiener Sozialphilosoph Konrad Paul Liessmann (2006: 52f.): „Gebildete wären alles andere als jene reibungslos funktionierenden, flexiblen, mobilen und teamfähigen Klons, die manche gerne als Resultat von Bildung sähen.“

Im Verständnis dieses Autors soll Bildung im Kontrast dazu

1. Zur Charakterbildung befähigen und
2. Von den Diktaten des Zeitgeistes frei machen (Liessmann, 2006: 52 f.)

Der von Adorno konstatierte Funktionswandel von Bildung unter den Imperativen des Marktes ist unübersehbar. Bildung gilt heute mehr denn je vor allem dann als Bildung, wenn sie unmittelbar verwertet werden kann und den beruflichen und gesellschaftlichen Aufstieg sichert (vgl. Alheit, 2008: 24) Das Legitimationsproblem einer Bildung, die einerseits zum Widerspruch befähigen soll, sich andererseits aber Existenzängsten und flexiblen Anpassungsforderungen zu stellen hat, scheint unausweichlich. Dennoch bleibt Bildung der Schlüsselbegriff, wenn für die Möglichkeiten sozialen Wandels argumentiert wird (Sünker, 1999: 340). Selbstverständlich gehört auch die Teilhabe an der Arbeitswelt zu Bildung. Qualifikationslernen im Rahmen von (beruflicher) Fort- und Weiterbildung macht nicht nur durchaus Sinn, sondern ist zur Grundvoraussetzung für die Existenzsicherung geworden. Der Hinweis auf das Missverhältnis zwischen ursprünglicher Bildungsidee und ihrer Verwirklichung bzw. Institutionalisierung soll auch nicht dazu verleiten, den Bildungsgedanken, wie er sich einmal durch Begriffe wie „Spontaneität“, „Reflexivität“, „Differenz“, „Kritik“ und „Autonomie“ konstituierte, ad acta legen zu wollen. Entscheidend ist vielmehr, die gegenwärtige Bildungspraxis im Spiegel ihres unerfüllten Anspruchs zu betrachten, ohne die „Leerstelle“ mit scheinbar messbaren Ersatzkriterien ausfüllen zu wollen. Ein Beispiel für solche Ersatzkriterien stellt für Liessmann die Umstellung sogenannter Bildungsziele auf Fähigkeiten und Kompetenzen („*skills*“) wie Teamfähigkeit, Flexibilität und Kooperationsbereitschaft dar. Im Verständnis dieses Autors wird dadurch „jene

Individualität suspendiert, die einmal Adressat und Akteur von Bildung gewesen war“ (Liessmann, 2006: 71). Und Lefebvre (1975: 243) zufolge sind Apathie und Konformismus die Folge einer Situation, in der an die Stelle von autonomen Tätigkeiten „Haltungen“ getreten sind.

Und dennoch weist derselbe Autor auch darauf hin, dass es durchaus ein Gegenkonzept gibt, das im Widerspruch zu den skizzierten destruktiven Formen der Entfremdung steht – die Alterität. Lefebvre schreibt dazu: „Wenn die Alterität oder der Bezug zum anderen sich realisiert, nimmt die Entfremdung ab und verliert sich“ (Lefebvre, 1975: 69). Diese Einschätzung passt zu einer der Schlüsselerkenntnisse aus der eigenen Studie, wonach für Personen, die obdachlos und psychisch krank sind, Kommunikation bzw. die Unterstützung durch andere Menschen für die Bewältigung ihrer Belastungen essentiell sind (vgl. Kapitel 3). Eine an der sokratischen Mäeutik orientierten Dialogik bildet Sünker zufolge die Basis für eine Subjektwerdung, die sich im Handeln in und an der Welt verwirklicht. Für diesen Autor intendiert Bildung „die umfassende empirische Verwirklichung des Menschen als Gattung, deren Möglichkeit sie im Gegenüber erfährt“ (Sünker, 1994: 219). Durch die emphatische Betonung des „Gegenüber“ streicht Sünker den wesentlich dialogischen Charakter von Bildungsprozessen heraus. Ziel ist die „Entbindung“ der dem Gegenüber innewohnenden „Vernunft“. Es geht, wie Heydorn (1980: 284 f.) schreibt, darum, den Menschen als *Täter* und damit Subjekt seiner Geschichte in sein Recht zu setzen, etwas, das der eigenen Studie zufolge, nahezu die Hälfte der Befragten wieder lernen müssen. Solche demokratisch-dialogischen Bildungsprozesse bergen Sünker zufolge zwar Konfliktpotenzial, sind aber Voraussetzung sowohl für das Erkennen als auch das Verändern von Alltäglichkeit (vgl. Lefebvre, 1975: 122). Die Basis für die Ausbildung von Widerständigem ist wiederum sowohl das Leben in der Alltäglichkeit, als auch die Fähigkeit, eine kritische Distanz dazu zu entwickeln.

„Bildungspolitisch, bildungspraktisch und bildungstheoretisch, schreibt Sünker (1999: 344) „bedeutet dies, an der Vorstellung der Bildung aller nicht nur festzuhalten, sondern dieses einzufordern. Und weiter führt dieser Autor aus: „Um zur Überwindung bisheriger Teilemanzipationen zu gelangen [ist] Emanzipation qualitativ neu zu fassen“, da „Mündigkeit nur noch gemeinsam mit allen oder überhaupt nicht zu erreichen ist“ (Heydorn, 1980; Sünker u. a. 1994).

4.3 Die bildungstheoretische Didaktik nach Klafki

4.3.1 Die Neubestimmung des Bildungsbegriffs

Die obigen Ausführungen zu einem gesellschaftskritischen Bildungsverständnis sind an Wolfgang Klafkis Theorie der kategorialen Bildung unmittelbar anschlussfähig. Dabei hat Klafki selbst seine Konzeption bildungstheoretischer Didaktik von einer „*Didaktik im engeren Sinne*“ hin zu einer „*kritisch konstruktiven Didaktik*“ radikal verändert und 1985 zum ersten Mal präsentiert. Das Veränderungspotenzial bezieht sich auf mindestens drei Ebenen:

- Die metatheoretischen Grundlegungen zur Erziehungswissenschaft
- Die Revision Klafkis „Didaktischer Analyse“ als Planungsmodell der früheren Didaktik im engeren Sinne
- Die grundsätzliche Neubestimmung des Bildungsbegriffs

Der ursprünglich der geisteswissenschaftlichen Tradition entstammende Klafki sah den künftigen Weg der Erziehungswissenschaft in einer Integration aller drei unterscheidbaren Ansätze in der Theoriebildung – des geisteswissenschaftlichen, des empirisch-analytischen und des kritischen Ansatzes. Für dieses Unterfangen prägte er dann die Bezeichnung „*kritisch-konstruktive Theorie*“. Die Integration der drei Ansätze bedeutet nicht nur eine Zusammenfassung der drei methodologischen Strategien Hermeneutik, Empirie und Ideologiekritik, sondern auch die Integration dreier bisher in scharfem Gegensatz zueinander stehenden Grundauffassungen über Wissenschaft schlechthin (vgl. Peterßen, 2001: 72).

Die Konzeption bildungstheoretischer Didaktik wie sie aktuell gehandelt wird, ist keine ausschließlich geisteswissenschaftlich orientierte Didaktik mehr, sondern sieht sich, wie bereits betont, allen drei von Habermas nach dem Prinzip der *erkenntnisleitenden Interessen* unterschiedenen Wissenschaftsauffassungen verpflichtet. Dies kann als Hauptunterscheidungsmerkmal zum früheren Entwurf gelten. Peterßen (2001: 90) spricht von einer Mischtheorie, auch wenn die geisteswissenschaftliche Position darin nach wie vor überrepräsentiert scheint. Die von Klafki vorgenommene Neufassung seiner didaktischen Konzeption an sich ist für Peterßen (2001: 73) dabei ein Ausdruck der geisteswissenschaftlichen Grundhaltung Klafkis: Die eigene Theorie historisch wertend, muss er sie verändern, sobald die Umstände sich ändern. Dass am Mitte der 50er Jahre des letzten Jahrhunderts neben der bis dahin allein ausschlaggebenden geisteswissenschaftlichen

Pädagogik zunehmend die beiden übrigen Wissenschaftsauffassungen für die Erforschung pädagogischer Wirklichkeit an Bedeutung gewonnen ist eine solch einschneidende Veränderung.

Auch die kritisch-konstruktive Theorie bleibt im Verständnis Klafkis der bildungstheoretischen Didaktik zugeordnet. Zentraler und zentrierender Begriff bleibt der Bildungsbegriff, wenngleich er diesen erweitert: Hatte Klafki in der alten Fassung noch den Bildungsvorgang als „*Begegnung des Zöglings mit der Wirklichkeit*“ konzeptualisiert, so greift er in der Neufassung auf die Bezeichnung „*Interaktion*“ zurück. Mit der Forderung, „der Lernende soll sich mit Unterstützung von Lehrenden zunehmend selbständiger Erkenntnisformen, Urteils-... und Handlungsmöglichkeiten zur reflexiven und aktiven Auseinandersetzung mit seiner historisch-gesellschaftlichen Wirklichkeit aneignen“ (Klafki, 1985: 32; zit. in: Peterßen, 2001: 77) verschiebt sich unter dem Einfluss der Kritischen Didaktik der Aspekt: Wo bisher die Auseinandersetzung der Lernenden mit *Inhalten* im Vordergrund stand, ist jetzt vor allem der *Beziehungsaspekt* von Bedeutung. Auch die historische und soziale Dimension des Lernens erhält einen besonderen Stellenwert. Neu und ebenfalls der Integration des kritischen Wissenschaftsverständnisses geschuldet ist außerdem das Bildungsziel. Anstelle des *gebildeten Laien* übernimmt Klafki als Bildungsideal die Vorstellung der *Emanzipation*, umschrieben als *Fähigkeiten zur Selbst- und Mitbestimmung* sowie zur *Solidarität*.

Diese drei Grundfähigkeiten gelten Klafki als integrierende Bestandteile von Bildung. Peterßen (2001: 82) macht jedoch darauf aufmerksam, dass diese nicht summenhaft verstanden werden können, wohl aber jeder Mensch einen Anspruch darauf hat, dass alle drei so optimal ausgebildet werden, wie seine besonderen Verhältnisse es zulassen. Die drei Kompetenzkategorien, mit denen Klafki Bildung bestimmt, bezeichnen Peterßen (2001: 81) zufolge keinen Wert, sondern eine Aufgabe. Didaktische Theorie hat dabei dafür zu sorgen, dass gesellschaftliche Bildungseinrichtungen so beschaffen sind und wirken, dass der Anspruch aller Heranwachsenden auf Bildung bestmöglich eingelöst werden kann. Das Bildungsprofil wird je individuell sein und entzieht sich einer vergleichenden Wertung. Davon abgesehen verzichtet Klafki darauf, eine präzise-inhaltliche Zeichnung des Gebildeten vorzunehmen. Auch bestimmte Inhalte, über die dieser zu verfügen hat, um als gebildet zu gelten, werden nicht benannt.

Mit einem solchen Blick auf das Individuum bestimmt Klafki Bildung analog zum Verständnis der Kritischen Theorie nicht nur als *Individual-* sondern auch als *Allgemeinbildung*, die für ihn durch drei Bestimmungsstücke charakterisiert ist (vgl. Peterßen, 2001: 82):

- Bildung ist allgemein im Sinne von „für alle“
Sie kann nicht auf wenige Menschen beschränkt bleiben, da jeder denselben Anspruch darauf hat.
- Bildung ist allgemein im Sinne von „allseitig“
Allgemeinbildung bezieht sich auf den ganzen Menschen und nicht nur auf seinen Intellekt.
- Bildung ist allgemein im Sinne von „Bildung durch das Allgemeine“
Hier ist eines der zentralen Axiome Klafkis angesprochen, wonach nicht alles erworbene Wissen bildungswirksam ist, sondern nur das, was über seine je besondere Eigenart hinaus auch etwas Allgemeines aufweist.

Mit diesem dritten Bestimmungsstück von Allgemeinbildung übernimmt Klafki gedankliche Ansätze aus seiner alten Konzeption. Dort hatte er Bildung als „*kategoriale Bildung*“ in Verbindung mit dem „*Prinzip des Elementaren*“ gebracht. Voraussetzung für Bildung war stets die *allgemeine Einsicht*, der Gewinn des *Allgemeinen*, der sich konkret am je Besonderen vollzog. Erst ein Vorgang, bei dem neben besonderen Lernergebnissen auch solche allgemeinen erworben werden konnten, erwies sich als Bildungsvorgang. Der Wert dieses Bildungsvollzugs liegt nach Klafki darin, dass der Lernende das Allgemeine ergreift und dadurch eine Kategorie erwirbt, mit der er sich in Zukunft ähnlich strukturierte Inhalte selbständig aufschließen kann. Alle Inhalte, die diese spezielle Struktur besitzen, nennt Klafki *Elementaria*: „Ein Elementares ist ein Inhalt, der im Besonderen ein Allgemeines enthält“ (Klafki, 1963: 321 ff.) Heute schlägt Klafki *Schlüsselprobleme* als elementar strukturierte Inhalte zur Behandlung vor, um durch sie Allgemeinbildung zu fördern. Während die individuelle Bestimmung von Bildung jedem seine eigene inhaltliche Ausgestaltung und Ausprägung gestattet, ja auferlegt, meint diese Auffassung von Allgemeinbildung, dass alle Menschen sich mit denselben Schlüsselproblemen auseinandergesetzt haben müssen. Im Grunde hat Klafki damit das alte Kanon-Problem für die Allgemeinbildung aufgegriffen und auf seine Weise beantwortet: Statt einen Kanon für alle verbindlichen Inhalte aufzustellen, verlangt er einen Kanon von Problemen, mit denen alle Heranwachsenden konfrontiert werden müssen. (vgl. Peterßen, 2001).

4.3.2 Der Begriff der Kategorialen Bildung

Bevor jedoch auf das Strukturpostulat von Schlüsselproblemen näher eingegangen wird, erscheint es hilfreich und notwendig, den zentralen und zentrierenden Begriff der „kategorialen Bildung“ aus der alten Konzeption näher zu bestimmen. Nicht nur, dass die alte Konzeption ihre Bedeutung für die Praxis behalten hat (vgl. Peterßen, 2001: 158), auch die neue Fassung wird verständlicher, wenn sie aus ihren Ursprüngen heraus erörtert wird.

Klafkis Studien zum Bildungsbegriff lag ursprünglich die *Metapher der Begegnung* zugrunde. Bildungstheorien, die den Vorgang der bildenden Begegnung erhellen sollen, werden in zwei Gruppen nach *materiellen* und *formalen* Bildungstheorien unterschieden. Um im Bild der Begegnung zu bleiben, lassen sich diese beiden Stränge vor allem danach differenzieren, welcher *Seite* der Begegnung sie größere Bedeutung für den Bildungsvorgang zumessen. Die materialen Bildungstheorien sind vorwiegend an der *Objektseite*, die formalen vorwiegend an der *Subjektseite* des Bildungsgeschehens orientiert. In den materialen Bildungstheorien wird der Standpunkt vertreten, dass die Lernenden sich die sie konfrontierenden Inhalte im Bildungsvorgang aneignen. Das Bildungsergebnis besteht entsprechend im Besitz eines möglichst umfangreichen Wissens. In den formalen Theorien herrscht hingegen die Ansicht vor, dass den Lernenden die Konfrontation mit den Inhalten nur zur Ausformung und Übung von Kräften und Funktionen dient. Von dieser Warte aus betrachtet erscheint das Bildungsergebnis als möglichst virtuoses Können im Umgang mit der Wirklichkeit (vgl. Klafki, 1964: 25ff). Entgegen der seit dem Ausgang des 18. Jahrhunderts herrschenden Vorstellung des isolierten Nebeneinanders beider Bildungstheorien, vertritt Klafki die Auffassung, dass Bildung ein einheitlicher Prozess sei. Die "Aufnahme und Aneignung von Inhalten [ist] stets verbunden mit der Formung, Entwicklung und Reifung von körperlichen, seelischen und geistigen Kräften (Klafki, 1964: 33). Für diese Bildungsvorstellung prägt Klafki den Begriff der *kategorialen Bildung*. Den Bildungsvorgang umschreibt er mit der Formel der *doppelseitigen Erschließung*. Damit meint er, dass „sich dem Menschen seine Wirklichkeit kategorial erschlossen hat und dass damit er selbst... für diese Wirklichkeit erschlossen worden ist“ (Klafki, 1963: 298). Die erschlossene Wirklichkeit stellt dabei den *materialen* und der erschlossene Mensch den *formalen* Aspekt des einheitlichen Bildungsergebnisses dar.

Im Anschluss an die kategoriale Bildungstheorie fragt die didaktische Theorie also danach, wodurch kategoriale Bildung ermöglicht wird, oder anders formuliert, was diese doppelte Erschließung auslöst. Klafki beantwortet die Frage wie folgt: Sie kann nur durch die Inhalte von Bildungsprozessen bewirkt werden. Denn die Inhalte sind das Medium, in dem die Wirklichkeit dem Menschen im Bildungsprozess gegenübertritt. Daraus ergibt sich die Kernfrage, was jene Inhalte charakterisiert, die eine doppelseitige Erschließung auslösen. Pointiert formuliert lautet der Auftrag der Didaktik entsprechend danach zu fragen, unter welchen Bedingungen und Voraussetzungen Inhalte zu *Bildungsinhalten* werden. Durch die von Klafki getroffenen bildungstheoretischen Vorentscheidungen sind auch bestimmte Betrachtungsgesichtspunkte bereits vorgegeben. So ist seine Theorie durch diese Bestimmung nicht nur auf das Inhaltsproblem festgelegt, auch die Wahl der Inhalte ist von vornherein auf das Problem der Bildungsinhalte eingegrenzt. Der primäre Gesichtspunkt für die Bedingungsanalyse ist die Forderung, dass Bildungsinhalte wie bereits betont die doppelseitige Erschließung bewirken müssen. Und nur Inhalte mit einer spezifischen Gegenstandsstruktur eignen sich Klafki zufolge überhaupt für eine doppelseitige Erschließung: Sie müssen als Besonderes ein Allgemeines enthalten. *Elementaria* nennt Klafki alle Inhalte, die diese spezifische Struktur besitzen. Es gelingt ihm, sieben Grundformen zu beschreiben, in denen das Elementare auftreten kann. Diese Formen sind:

- Das *Fundamentale*
- Das *Exemplarische*
- Das *Typische*
- Das *Klassische*
- Das *Repräsentative*
- Die *einfachen Zweckformen*
- Die *einfachen ästhetischen Formen*

In allen Formen ist dem Besonderen ein Allgemeines gegeben, unterschiedlich ist jedoch die Art des Zusammenhangs zwischen dem Besonderen und dem Allgemeinen (vgl. Klafki, 1963: 442 ff.).

In tabellarischer Form stellen sich Klafkis Formen des Elementaren wie folgt dar:

Elementarformen	Beschreibung	Beispiel(e)
Fundamentales	Nur als Erlebnis existent und erfahrbar	z.B. in einer Grenzsituation sich selbst erfahren
Exemplarisches	Das Allgemeine zeigt sich abstrahiert vom Besonderen	an einem fallenden Stein das Fallgesetz
Typisches	Das Allgemeine zeigt sich im Besonderen durch das Exempel	im Ulmer Münster der gotische Baustil
Klassisches (werthafte Bildungskategorie)	Das Allgemeine transportiert die Normen- oder Wertfrage; zielt auf die Ermittlung einer vorbildlichen Lösung	an der Geschichte vom barmherzigen Samariter die Nächstenliebe
Repräsentatives	Das Allgemeine wird in der historischen Wirklichkeit auf und durch die vermittelt wird erfahrbar	an der Stadtmauer wird Vergangenheit lebendig
Einfache Zweckform (einschl. kognitiver Strukturen)	Allgemeines und Besonderes fallen zusammen	lernen durch Vollzug; durch lesen das Lesen lernen
Einfache ästhetische Form	Allgemeines und Besonderes fallen zusammen	am Bild der „goldene Schnitt“

Peterßen (2001: 163) charakterisiert Klafkis System insbesondere hinsichtlich der einfachen Formen als ergänzungsbedürftig, hält es aber dennoch für das weitaus differenzierteste Kategoriensystem inhaltlicher Elementarformen, das tief in das didaktische Inhaltsproblem eindringt.

Als erstes strukturelles Moment des Bildungsinhalts hat sich die Relation eines Besonderen zum Allgemeinen herausgestellt. Aber dieses ausschließlich gegenständlich-stoffliche Kriterium reicht für eine tatsächliche doppelseitige Erschließung nicht aus. Dieses versuchen zu wollen hieße, hieße die Bedingungen eines Bildungsinhaltes nur auf der Objektseite der bildenden Begegnung zu sehen, was Klafki zufolge einem Rückfall in den bildungstheoretischen Objektivismus gleichkäme. Der Autor hat in seiner bildungstheoretischen Klärung im Kontrast dazu gerade nachgewiesen, dass beide Seiten der bildenden Begegnung - Inhalt und Lernender, Bildungsobjekt und Bildungssubjekt – nicht isoliert voneinander betrachtet werden können. Bildungsinhalte sind nicht aufgrund ihrer gegenständlich-stofflichen Beschaffenheit ein für allemal zu bestimmen und auszuwählen, da sie nicht zeitlos gültig, sondern durch eine „doppelte Relativität“ gekennzeichnet sind.

„Was ein Bildungsinhalt sei“, schreibt Klafki, „... das kann erstens nur im Blick auf bestimmte Kinder und Jugendliche [oder bürgerschaftlich Engagierte Anm. d. Verf.] gesagt werden, die gebildet werden sollen, und zweitens nur im Blick auf eine bestimmte geschichtlich-geistige Situation“ (Klafki, 1964: 132) „Doppelte Relativität“ in diesem Sinne bedeutet also, dass es von zwei weiteren Bedingungskomplexen abhängt, ob ein Elementares die doppelseitige Erschließung auslösen kann und sich dadurch als Bildungsinhalt erweist:

- Einerseits muss es so beschaffen sein, dass der Lernende auch in der Lage ist, die Relation Besonderes-Allgemeines zu durchschauen. Er muss das Allgemeine ergreifen können, so dass es für ihn zu einer Schlüsselkategorie seines zukünftigen Lebens wird. Mithin resultieren wesentliche Bedingungen für das Zustandekommen eines Bildungsinhaltes aus der *persönlichen Situation* des Lernenden. Im Einzelnen hängt es von dessen psychischen und physischen Konstitution, von seiner sozialen Herkunft sowie von seinem Wissens- und Könnensstand ab, ob er einen elementaren Inhalt zu durchdringen vermag. Aus diesem Grunde ist die *Adressatenanalyse* bei Aus- und Fortbildungsbemühungen jeglicher Art von zentraler Bedeutung (vgl. Peterßen, 2000: 443 ff.). In Klafkis neuer Form didaktischer Analyse, die er 1985 als *Perspektivenschema für die Unterrichtsplanung* vorgelegt hat, erscheint die Adressatenanalyse als Teil einer Bedingungsanalyse als umfassender Erörterung aller Voraussetzungen, unter denen der Lehr- und Lernprozess stattfinden soll.
- Andererseits ist es von der spezifischen geschichtlichen Situation abhängig, welche Inhalte zu Bildungsinhalten werden. Denn nur in einer konkreten Situation kann

entschieden werden, welche Schlüsselkategorien ein Mensch besitzen muss, um die geschichtliche Wirklichkeit bewältigen zu können.

Kritik an Klafkis Konzeption

Selbstverständlich hat es in der didaktischen Diskussion auch einige Kritik an Klafkis ursprünglichen wie überarbeiteten Entwürfen gegeben. So wurde ihm häufig entgegengehalten, seine Didaktik sei zu ausschließlich an Gegenständen orientiert und vernachlässige darüber den prozessualen Charakter des Lernens (Skowronek, 1972). In einer psychologisch begründeten Studie versucht dieser Autor nachzuweisen, dass anstelle von Gegenständen vor allem Lernprozesse selbst zum Inhalt des (schulischen) Unterrichts gemacht werden müssten. Allerdings ist in Klafkis System der inhaltlichen Elementarformen das Problem des *Lernenlernens* durchaus enthalten. Zu den Bildungsinhalten, die als *einfache Zweckform* auftreten gehören gerade die „kognitiven“ Strukturen, die nach Skowronek als konkrete Lernweisen zu Unterrichtsinhalten werden sollten. Diese von Klafki beschriebenen *einfachen Formen* werden nach der Ansicht Peterßens (2001: 162) im Vergleich zu den fünf anderen Formen nur kaum beachtet.

Auch gegenüber einer anders argumentierenden Kritik erweist sich Klafkis Kategoriensystem als relativ vollständig. Von Seiten der bildungstheoretischen Didaktik selbst wirft Derbolav (1960) ihm vor, der Begriff des Elementaren verharre zu sehr im „Gegenstandsbewusstsein“ und trage deshalb nicht zur Lösung des Erziehungsproblems bei. Dieser Autor sieht den Vorgang des Bildungsgeschehens vor allem darin, dass alles *Wissen in Gewissen* umschlägt. Didaktik dürfe aufgrund dieser dialektischen Struktur des Bildungsprozesses nicht nur auf Inhalte bezogen sein, die am besonderen Gegenstand einen weiteren Gegenstand erschließen. Sie muss nach Derbolavs Ansicht vielmehr nach „*Bildungskategorien*“ suchen, in denen eine Gewissensnorm beschlossen liegt, die sich dem Lernenden im Bildungsprozess erschließt und zur Norm seines Handelns wird. In Klafkis System scheinen aber mit der Elementarform des Klassischen durchaus auch solche werthaften „*Bildungskategorien*“ erfasst.

Was Bildung als didaktische Kategorie betrifft, so muss man Klafki das Verdienst bescheinigen, den Begriff überaus geschärft, mit aktuellen Inhalten gefüllt und für die Praxis handhabbar gemacht zu haben (vgl. Peterßen, 2001: 93). Die Ausweitung der Didaktik im engeren Sinne zu einer kritisch-konstruktiven Didaktik hat dazu geführt, dass einerseits im theoretischen Aussagebereich maßgebliche Implikationen und Sätze seinerzeit konkurrierender Theorien übernommen wurden. Andererseits ist es auch in der

metatheoretischen Fundierung zu einer Integration unterschiedlicher Ansätze gekommen. Dennoch stellen sich diese Integrationsbemühungen nicht völlig frei von Problemen dar. Zum einen haben gewisse Zweifel ihre Berechtigung, ob es überhaupt möglich ist, wissenschaftliche Positionen derart zusammenzufassen, ohne dass die vorhandenen Spannungen zwischen ihnen schlicht negiert und „Unterschiede ihrer Originalität beraubt werden“ (Matthes, 1992: 154). Und um wieder auf die oben bereits eingeführten Schlüsselprobleme zurückzukommen, so ist hier eine Kritik von durchaus nicht marginaler Bedeutung anzubringen: Klafki hat Schlüsselprobleme als Probleme definiert, die alle Menschen angehen, auch wenn sie unterschiedlich an diese herantreten können. Zwar betont er, dass die Entscheidung darüber, was als Schlüsselproblem gelten soll, nicht der Beliebigkeit von Lehrenden anheim fallen dürfe. Ihre Bestimmung solle vielmehr über einen diskursiv herbeigeführten Konsens erfolgen. Allerdings hat Klafki seine Feststellung, Schlüsselprobleme seien nicht beliebig bestimmbar, selbst unterlaufen. Hatte er ursprünglich fünf solcher Themen formuliert, so hat er später ihre Zahl eigenständig um gleich drei erweitert und die übrigen umformuliert. Es ist Peterßen (2001: 84) Recht zu geben, der durch eine solchermaßen selbstherrliche Vorgehensweise die Bedeutung von Schlüsselproblemen für die gegenwärtige Didaktik stark entwertet sieht. Wer entscheidet tatsächlich darüber, was als Schlüsselprobleme in Fortbildung und Unterricht behandelt werden soll? Wie stellt sich die pädagogisch-didaktische Einflussnahme von Lehrenden dar? Und gibt es nicht doch so etwas wie Beliebigkeit bildnerischer Maßnahmen in der alltäglichen pädagogischen Praxis? Wissenschaftler und Praktiker müssen diese Fragen ganz im Sinne der Ideologiekritik immer wieder neu stellen und ihre zufriedenstellende Beantwortung einfordern. Solche Diskurse müssen ferner auf breiter Basis geführt werden, statt in Expertenzirkeln zu verschwinden. Die vorliegende Arbeit soll ein Beitrag zur Einlösung dieser Forderungen sein. Greift man die eingangs dargelegte gesellschafts- und identitätskritisch hinterlegte Bildungsvorstellung wieder auf, so ergeben sich zur Einlösung dieser hohen Ziele mehrere Voraussetzungen:

1. Das Individuum muss über die Aufgeschlossenheit und die Fähigkeit verfügen, überhaupt etwas Geistiges an sich herankommen zu lassen (vgl. Adorno, 1977, Gesammelte Schriften Bd. 10.2: 485)
2. Bildungsprozesse sind geradezu darauf angewiesen, dass berufliche Routinen überschritten werden. Andernfalls entstehen schwerlich Sachverhalte, die, und dies ist das Entscheidende, als „neu“ wahrgenommen werden.

3. Aus diesem Grund ist Humboldt Recht zu geben, der in seinem Konzept von Bildung neben der Freiheit des Individuums vor allem *Mannigfaltigkeit der Situationen* gefordert hat.

„Dem Lernenden“, schreibt Klafki (1985: 91) [soll] zur Selbständigkeit, zu kritischer Erkenntnis-, Urteils- und Handlungsfähigkeit [verholfen werden] und damit auch zur Fähigkeit, aus eigener Initiative weiterzulernen. Eben deshalb wird der Prozess des Lehrens nicht als Übermittlung vorgegebenen Wissens und fixierter Fertigkeiten betrachtet, sondern als pädagogische Hilfe zum aktiven Lernen...“ Dabei ist Klafki das *exemplarische Lernen* das Mittel der Wahl. Allgemeine Gesetzmäßigkeiten und Zielsetzungen zeigen sich bei ihm stets durch das Exempel hindurch. Didaktisch gewendet und auf die Fortbildung von bürgerschaftlich Engagierten bezogen bedeutet dies ein ausschließliches Unterrichten vom Anlass her. Ein Bildungsinhalt wird nicht per se, sondern nur dann behandelt, wenn er vom Handlungsfeld her in den Blick gerät. In einer Art spiralförmiger Bewegung sollen die analysierten Phänomene von innen nach außen in ihren divergenten Facetten prismatisch ausgeleuchtet werden, statt sie linear-deduktiv „abzuarbeiten“. Entscheidend und für die nachfolgende didaktische Übersetzung grundlegend ist, dass diese Begriffe nicht von außen an die Sache herangetragen, sondern aus ihr, d. h. dem Exempel selbst gewonnen werden.

5. Didaktische Reflexion und Gestaltung dreier Lernsituationen auf der Grundlage der Narrative der Informantinnen und Informanten

Den in Kapitel 2 dargestellten theoretischen Orientierungen und Modellen ist die *Anerkennung des Subjektstatusses* gemein, der im Verständnis Thierschs (1995) die Voraussetzung jeglichen sozialpädagogischen Handelns darstellt. Im Winklerschen Theorieverständnis erfährt das Subjekt noch eine stärkere Betonung wenn er fordert, nicht nur die gesellschaftlichen Bedingungsbeziehungen zu erfassen, sondern auch „...*die subjektive Situation als solche zu begreifen und zugleich sich dem zu stellen, dessen Subjektivität zerstört wird.*“ (Winkler, 1988:151f.). Schon bei Pestalozzi und Nohl (1929) erscheint das Prinzip der Subjektbezogenheit als für sozialpädagogisches Handeln konstitutiv. In seinem Modell des „Pädagogischen Bezugs“ hat Nohl die „*personalen Dimensionen*“ in der Beziehungsarbeit beschrieben, die später vor allem von Colla (1999) aufgegriffen und auf den Jugendhilfebereich übertragen wurden. Selbstverständlich ging es auch in den in Kapitel 3 dargestellten Interviews darum, obdachlosen Menschen mit Psychiatrieerfahrung eine

Stimme zu geben und ihre je eigenen Artikulationsweisen herauszuarbeiten und zu verstehen. So entstand ein Bild vielfältiger Bedürfnisse, die sich häufig an tatsächlichen Versorgungsrealitäten brechen. Im Sinne der Entdeckungslogik der Grounded Theory wurde „*thorough knowledge*“ (Corbin, 2009) generiert. In diesem Kapitel 5 soll zum Abschluss nun versucht werden, die Erkenntnisse und Narrative unter Berücksichtigung theoretischer Gesamtzusammenhänge zu Fortbildungsmodulen zusammenzuführen. In drei Lernsituationen werden die Gegenstandsfelder psychische Erkrankung und Obdachlosigkeit auf einer *erlebnisbezogenen* Ebene reflektiert. Ziel ist es, Sachverhalte sichtbar zu machen, Widersprüche, die die Soziale Arbeit charakterisieren aufzuzeigen, und zunächst bürgerschaftlich Engagierte zu ihrer konstruktiven Überwindung anzuregen. Eine inhaltlich-didaktische Ausgestaltung der Lernsituationen wird Gegenstand künftiger Forschungstätigkeit der Verfasserin sein.

Die Grundlage für die nachfolgend skizzierten Lernsituationen bildet das Narrative der Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer (vgl. Kapitel 3). Die Lernaufgaben werden durch ihre Erzählungen aufgegeben, gelernt wird von den Befragten als Personen. Exemplarisches Lernen garantiert Lebensnähe und Lebendigkeit und eignet sich daher nach Auffassung der Verfasserin zum einen hervorragend dazu, die Freude an Fortbildung und Lernen zu erhalten oder zu restaurieren. Zum anderen werden nur durch eine solche Vorgehensweise die Perspektiven der Zielgruppe angemessen berücksichtigt und die in bestimmte Handlungen und Symptome investierte Kraft gewürdigt. Daher strukturieren die Narrative die 3 Lernsituationen, wie sie in diesem Schlusskapitel entworfen werden, auch wenn damit das Prinzip der Vollständigkeit verlassen wird. Ausgangspunkt der drei Lernsituationen ist die Frage: „Wie erleben die Befragten ihre psychische Erkrankung und Obdachlosigkeit?“ Allerdings wird jede Lernsituation unter einer anderen Perspektive beleuchtet, um möglichst viele am Interaktionsprozess beteiligte Akteurinnen und Akteure mit einzubeziehen. Die eigene Studie identifiziert folgende Beteiligte an solchen Interaktionsprozessen (vgl. Kapitel 2):

- Das Individuum selbst und seine *leibgebundene Betroffenenperspektive* (Greb, 2009)
- Das Individuum im Austausch mit anderen (Interaktionsperspektive)
- Das Individuum im Aufeinandertreffen mit Institutionen (institutionelle Perspektive)

Die Einnahme dieser verschiedenen Perspektiven setzt bereits eine veränderte Denkstruktur voraus. Die bürgerschaftlich Engagierten, an die sich die nachfolgend dargestellten

Fortbildungsmodule richten, sollen lernen, sich im Denken souverän in dialektischen (d. h. widersprüchlichen Anm. d. Verf.), psychologischen, soziologischen oder kausallogisch in naturwissenschaftlichen Strukturen zu bewegen. Die Fähigkeiten, die sie dazu benötigen werden nachstehend skizziert, bevor endlich die didaktische Übersetzung anhand der drei Lernsituationen einschließlich ihrer theoretischen Grundlegungen geleistet wird.

Hermeneutische Fallkompetenz

In psychosozialen Arbeitsfeldern genügt es nicht, wissenschaftliches Problembearbeitungswissen abrufen zu können. Vielmehr ist entscheidend, dieses generalisierte und damit zeitenthobene Wissen auf stetig wechselnde Situationen personenbezogen anwenden zu können. Warum diese Fähigkeit in der personalen Dienstleistungsarbeit zur zentralen Kernkompetenz avanciert, begründet Ursula Rabe-Kleberg (1993: 106) wie folgt: *„Personale Dienstleistungsarbeit ist in mehrfacher Hinsicht von Ungewissheit gekennzeichnet. Als Arbeit von geringer Standardisierung und unstetiger Belastung, als eine Arbeit, für die ein Überschuss an Qualifikationen in Reserve gehalten werden muss, für die ständig neue Kompetenzen generiert werden müssen, ist sie angemessen nur unter den Bedingungen professioneller Arbeit zu leisten...“* Auch das bürgerschaftliche Engagement ist als professionelles Handeln zu bezeichnen. Der Garant hierfür ist eine regelmäßig stattfindende Supervision, wie sie als Standard vom Fortbildungsträger einzufordern ist. Mit der Hermeneutischen Einzelfallkompetenz ist in jedem Falle der Anspruch verbunden, die Subjektbezogenheit eines jeden Wahrnehmens und Wahrhabens methodisch zu beachten, weil, wie die Narrative aus Kapitel 3 eindrücklich zeigen, die Realität des Wahrgenommenen ganz Unterschiedliches bedeuten kann. Gerade in der Begleitung von psychisch kranken Menschen ist in besonderem Maße von der Existenz gewisser *Nebenrealitäten* auszugehen. Gleiches gilt im Übrigen für die Arbeit mit Kindern oder mit Menschen aus anderen Kulturen. Wenn es aber gerade in psychosozialen Arbeitsfeldern zum Alltag gehört, mit Ungeregeltem und Unstrukturiertem zu rechnen, dann hat das allgemeingültige Regelwissen der Praktiker auch lediglich den Status von Vor-Kenntnissen. Daraus erwächst eine strukturelle Ambivalenz: Auf der einen Seite stehen die Geltungsbedingungen wissenschaftlichen Wissens, auf der anderen Seite die Verpflichtung zum Verstehen des Einzelfalls in seiner eigenen Sprache und Logik (vgl. Greb, 2008: 89). Diese strukturelle Ambivalenz ist das zentrale Problem hermeneutischer Einzelfallkompetenz. Sie kann zwar nicht aufgelöst, aber dennoch konstruktiv bewältigt werden. Voraussetzung dafür ist eine Form eingeübter Praxis, die sich neben wissenschaftlicher Analysefähigkeit vor

allem durch Intuition, Empathie und Erfahrungswissen ausgezeichnet (vgl. Dewe/Ferchhoff 1987: 150f.). Didaktisch gewendet und auf die Fortbildung bürgerschaftlich Engagierter bezogen bedeutet dies die Einbettung der Bildungsinhalte in umfassende praktische Aufgabenstellungen (z. B. die Begleitung zu Ämtern und Behörden), eine exemplarische Arbeitsweise oder die Arbeit mit den Biografien der Ehrenamtlichen wie der Lehrenden.

Perspektivenbeweglichkeit

Der auf Herwig Blankertz zurückgehende und von Greb weiterentwickelte und pflegedidaktisch gewendete Strukturgitteransatz interpretiert die Realität aus drei belangvollen Perspektiven und versucht damit, der Subjektbezogenheit des Wahrnehmens methodisch gerecht zu werden. Der Aufbau der drei Lernsituationen ist außer dem Perspektivenschema Klafkis maßgeblich an Grebs didaktischem Modell orientiert. Diese Autorin (2009: 23) benennt die drei soziologischen Perspektiven Individuum, Interaktion und Institution, die als Kanäle gesellschaftlicher Vermittlungsprozesse erfahrungsbildend wirken. Gesellschaftliche Institutionen (z. B. Kirche, Bildungs- und Gesundheitssystem), in welchen sich historische Strukturen und Postulate in typischen Interaktionsprozessen manifestieren, formen die pädagogische Praxis und sozialisieren die beteiligten Einzelnen zu Individuen. Die Analyse, die Greb für die Pflege formuliert, gilt im Detail auch für andere soziale Arbeitsfelder: So konkretisieren sich die gesellschaftlichen Strukturen auch im Erleben von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern als Sachzwänge des Sozial- und Gesundheitswesens, als strukturelle Paradoxien, als berufliche Spannungsfelder und Probleme bis hin zu persönlichen Konflikten. Zu dauerhafter Enttäuschung, einer Hauptursache von Burn-out, kommt es in helfenden Berufen häufig dann, wenn versucht wird, solche Sachzwänge und strukturellen Paradoxien in der eigenen Person aufzulösen. Vor diesem Hintergrund ist Weidert (2008) Recht zu geben, die auf die Betreuung von demenzkranken Menschen bezogen, eine gleichrangige Behandlung der Aufarbeitung von Interaktionsfacetten mit sozialmedizinischem Know-How einfordert.

Greb (2009: 23) benennt die drei vorstehend eingeführten soziologischen Perspektiven mit Bezug auf das pflegeberufliche Handeln fachdidaktisch: Die Perspektive des Individuums erscheint bei dieser Autorin mit Blick auf das „Krankheitserleben“ unter Berücksichtigung von Genderaspekten als *leibgebundene Betroffenenperspektive*.

Die Perspektive der (pflegeberuflichen) Interaktion konkretisiert Greb (2009: 23) mit Bezug auf Rabe-Kleberg am pflegerischen Handlungstypus „Helfen“ als eine *humanitär-moralische*

Perspektive, da das (Pflege-)ethos die professionelle Interaktion leitet und sich nur handelnd in ihr realisieren kann. Auch die institutionelle Interpretation des Gegenstandes „Soziale Arbeit“ erfordert im Bedingungsgefüge des Gesundheits- ebenso wie des Sozialwesens den Nachvollzug einer *gesundheits- (und sozial)politisch-ökonomischen Perspektive*. Die innere Vernetzung des Strukturgitters entsteht durch eine didaktische Verknüpfung von Subjekt- und Systembezug. Sie wird einerseits durch den Systemzusammenhang pflegerischen Handelns festgelegt (horizontal) und andererseits durch die subjektbezogene pädagogische Betrachtungsweise (vertikal), genauer durch ein Bildungs- und Erkenntnisinteresse bestimmt, das sich als gesellschaftlich vermitteltes weiß. Darüber hinaus können im curricularen Prozess themenspezifisch weitere Perspektiven einbezogen werden, z. B. die Perspektive von Angehörigen oder der Berufsgruppen im multiprofessionellen Team. Entscheidend ist, dass im Ausprobieren möglichst vieler Sichtweisen die Widerständigkeit der Sache erfahrbar wird, was wiederum zur Relativierung des Verfügungsanspruchs beiträgt und borniertes Selbstverständnis hemmt (Greb, 2009: 23f.)

In dieser Intention bedeutet Perspektivenübernahme den Vollzug zweier gegenläufiger Bewegungen: Einerseits setzt sie ein *Abstandnehmen von sich selbst* voraus und eine Verlagerung des Bezugszentrums in das Begegnende hinein. Eine ausschließliche Subjektzentrierung wird zugunsten einer Objektzentrierung aufgegeben. Adorno spricht in diesem Zusammenhang vom „*Seinlassen des Seienden*“ Andererseits gehört zur Perspektivenübernahme auch die Bereitschaft, *fremde Sichtweisen* in die eigene Wahrnehmungs- und Erfahrungsorganisation *hineinspielen zu lassen*.

Perspektivenbeweglichkeit und damit eine gewisse Selbstaufgabe ist wiederum Bedingung für Reflexion und Selbsterfahrung und kann daher ebenso wie hermeneutische Fallkompetenz als übergeordnetes Bildungsziel angesehen werden. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion ist wiederum als didaktische Voraussetzung für das Denken in Konstellationen zu betrachten, das ebenfalls zu den Grundfertigkeiten gehört, die sich bürgerschaftlich Engagierte aneignen und in denen sie sich kontinuierlich üben müssen.

Denken in Konstellationen

„*Eine Sache selbst zu begreifen*“, heißt es in Adornos *Negativer Dialektik* „*ist nichts anderes als das Einzelmoment in seinem immanenten Zusammenhang mit anderen zu gewahren*“ (Adorno, 1997: 36). Er wendet sich damit gegen das Identitätsprinzip und dessen klassifikatorischer Logik, bei dem im Verständnis Adornos starre Begriffe in ein vorgefertigtes Bezugssystem eingepasst werden sollen. Ihm geht es dagegen vor allem um die

Aufdeckung gesellschaftlicher Phänomene, bzw. darum dass sich die Sache selbst zur Sprache bringen kann. Dabei öffnet die Konstellation methodisch einen dritten Weg, der sich weder der positivistischen noch der idealistischen Tradition zuordnen lässt. Durch die *bestimmte Negation* (d. h. der Erkenntnis dessen, worin die Sache ihrem eigenen Begriff widerspricht) soll sich eben jene Sache selbst als Figur zeigen können. Nur so könne Adorno zufolge „*das Spezifische des Gegenstands belichtet [werden], das dem klassifikatorischen Verfahren gleichgültig ist oder zur Last...*“ (Adorno, 1997: 164). Dahinter steht die Grundüberzeugung Adornos, auf die er sie in seiner Philosophie, die er *Negative Dialektik* nennt, gründet, dass nämlich Sein und Denken nicht identisch sind, sondern Begriff (Denken) und Sache (Sein) im Gegenteil auseinanderweisen, ja unversöhnlich nebeneinanderstehen. Der Begriff, so Adorno, gerät immer in Widerspruch zu der gemeinten Sache, insofern er stets hinter der Sache, die er bezeichnet zurückbleibt, aber als Begriff (Theorie) über sie hinausweist (vgl. Adorno, 2003: 17-23). Was Adorno damit meint, lässt sich wiederum am Exempel sehr gut darstellen: Die Erlebensweisen der Informantinnen und Informanten sind so vielschichtig und komplex, dass ihnen z. B. der Begriff „Psychose“ kaum gerecht wird. Gleichzeitig bezeichnet der Begriff „Psychose“ als Theorie eine solche Fülle von Symptomen und Erscheinungsformen, dass sie ein einzelner Mensch unmöglich alle aufweisen können. In der Denkfigur der Konstellation soll nun die innere Verflochtenheit des „Seienden“ in seiner Vielgestalt und Widersprüchlichkeit hervortreten. Ziel dieses Erkenntnisprozesses ist weder die Gewinnung positiven Wissens noch die Verständigung darüber, was z. B. als „gute“ soziale Arbeit (oder jede andere Form gesellschaftlicher Praxis) gelten soll. Intendiert ist vielmehr eine Reflexion der Vergesellschaftung sozialen Handelns als Voraussetzung dafür, überhaupt erkennen zu können, worin z. B. die soziale Arbeit ihrem eigenen Begriff einer humanen, an den Bedürfnissen der Adressatinnen und Adressaten orientierten Unterstützung widerspricht. Dilemmata und Konflikte aus der täglichen Praxis werden inhaltlich verdichtet und können, begrifflich zugespitzt, zum Ausgangspunkt von Bildungsprozessen werden. Marotzki (1990: 41) versteht unter Bildungsprozessen Lernprozesse, die sich auf die Veränderung von Interpunktionsprinzipien von Erfahrung beziehen. Sie beeinflussen diesem Autor zufolge auch die „Konstruktionsprinzipien der Weltaufforderung“ (Marotzki, 1990: 41), die eine Veränderung der Orientierungsgewohnheiten nach sich zieht. Der sich in dieser Weise verändernde *Weltbezug* verändert auch den *Selbstbezug*. Indem sich das Subjekt zur Welt anders verhalten kann, kann es sich auch zu sich selbst anders verhalten und umgekehrt. Welt- und Selbstbezug bilden Marotzki (1990: 43) zufolge gewissermaßen das dialektische Zentrum von

Bildungsprozessen. Die Dynamik scheint dabei unabhängig vom erziehungswissenschaftlichen Standpunkt identisch: Stets geraten verinnerlichte Erfahrungen, psychische Strukturierungen und Beziehungsmuster in Bewegung und verflüssigen sich gewissermaßen erneut, so dass neue Lösungen und Entwürfe daraus entstehen können (vgl. Koller, 2006, Kokemohr, 2007). Die Grenzen einer gegebenen Ordnung werden nicht einfach bestätigt sondern verschoben, so dass das die bisherige Ordnung störende Fremde darin einen Platz finden kann. Bildungsprozesse gehen im Unterschied zu Lernprozessen über die bloße Aufnahme von Informationen hinaus, in dem auch die Art und Weise, wie solche Informationen verarbeitet und mithin mit Wissen umgegangen wird eine Veränderung erfährt.

Beispiele solcher Denküben finden sich in allen drei Lernsituationen. Das gesuchte Korrektiv zu einer wissenschaftlich ordnenden Haltung soll dabei nach Adorno (1997: 164) eine „*kontemplativ-passive*“ Haltung des Subjekts „*im verweilenden Blick des Gedankens*“ sein. Gemeint ist eine wache Aufmerksamkeit im ausreichend langen und geduldig „*Auf-sich-einwirken-Lassen* der Sache selbst. Vorwissen und Erfahrungsbestände sollten sich der Sache nicht aufdrängen, stattdessen ist eine „*angstlose Passivität*“ dem fremden Gegenstand gegenüber angezeigt, die Adorno „*denkende Insistenz*“ nennt. Greb hat mit ihrem Basisstrukturgitter für die Pflege ein heuristisches Instrument geschaffen, das für die Dynamik pflegeberuflichen Handelns ausdrücklich offen bleibt. Aus den drei horizontalen Sachebenen „Krankheitserleben“, „Helfen“ und „Gesundheitswesen“ entstehen in der Verknüpfung mit den drei vertikal angeordneten soziologischen Perspektiven „Individuum“, „Interaktion“ und „Institution“ in neun Feldern paarig angeordnete Kategorien zur themenbezogenen dialektischen Reflexion objektiver Widersprüche. Auch dieser methodische Ansatz gründet, von Adornos *Negativer Dialektik* maßgeblich beeinflusst, auf dem Anliegen, Pflege als Konstellation darzustellen und diesen Akt der Konstruktion mit Hilfe des Strukturgitters als grundlegende Form für die Hochschuldidaktik zu durchdenken. (Greb, 2008: 93). Methodologisch entscheidend bleibt der Bezug zur „gesellschaftlichen Gesamtstruktur“ der dem Gegenstand seinen Sinn verleiht. „Es handelt sich“, schreibt Blankertz, auf den dieses Modell zurückgeht, „um Kriterienkomplexe, mit deren Hilfe vorgegebene, inhaltlich bestimmte Zumutungen zu Lerngegenständen, zu Unterrichtsinhalten strukturiert und qualifiziert werden, weiterhin auch vorliegende komplexe Unterrichtsinhalte (Unterricht, Lehrbücher, Richtlinien usw.) beurteilt und mit Bestimmtheit kritisiert werden können“ (Blankertz, 1974: 19). Didaktische Strukturgitter sind also keine Lerninhalte oder Lernziele, sondern Instrumente zu deren konstruktiver Beurteilung. Als Grafik bildet das pflegepädagogische Strukturgitter Grebs ein erziehungswissenschaftliches Theoriegebäude

ab. In dieser Funktion weist es eine paradigmatische, eine legitimatorische und eine pragmatische Strukturebene aus. Es ist also keineswegs als ein zweidimensionales Raster zu sehen, in das auftretende (Pflege-)probleme lediglich einsortiert werden müssten, um dann ihrer Bearbeitung zu harren. Mit seinen theoretischen Wurzeln in ihrer Verflechtung von Bildungstheorie, Sozialphilosophie und Fachwissenschaft und den pädagogisch-didaktischen Folgerungen für den Verwendungszusammenhang stellt das pflegepädagogische Strukturgitter eine *Transformationsgrammatik* dar, in deren Lesart sich das Thema abhängig von der Betrachtungsperspektive verändert. Nicht *Inhalte* werden *einsortiert*, sondern aus den Kategorien werden (Bildungs-)gehalte *herausgearbeitet*.

Lernsituation 1: Leibgebundene Betroffenenperspektive

Konkretes Problem, Individuelle Erfahrung (aus den Interviews)	Situationsunabhängiges Muster über den Einzelfall hinaus (Gesellschaftlicher Zusammenhang)	Bedeutung der Bildungsgehalte fuer Emanzipation (was gelernt werden kann)
<p>„...Als mein Bruder gestorben ist, da bin ich irgendwie auch gestorben...“ Herr E, Z. 215-216</p> <p>„...Seitdem diese Worte so in'n Darm gingen, [hab' ich] immer... Probleme mit Leuten, die hinter mir gehen, ne? Als ob... ich dann da... in denen verschwinde oder so was wenn die näher kommen.“ Herr E, Z. 875-881</p> <p>„Ich kann an meinem Blut 'rumrühren.“ Z. 387</p> <p>„...Dann lass' ich die ganze Wut an meine Arme aus...“ Z. 405 „...In dem Moment [spür' ich] keinen Schmerz. Weil ich meinen Körper abstell'.“ Z. 409 Frau D zu ihrem selbstverletzenden Verhalten</p>	<p>Auswirkungen der seelischen Leiderfahrung auf die Identität</p> <p>Zentrales Bildungsproblem: Das Fremdwerden der eigenen Identität im „Wahnsinn“ als anderer Daseinsform</p>	<p>Die Begleiter</p> <ul style="list-style-type: none"> - würdigen die Lebensgeschichtlichkeit der Adressaten - setzen sich aus der Perspektive der Adressaten mit deren Krankheitserleben auseinander - lernen, Unstrukturiertes zu strukturieren - lassen sich vom fremden Leid berühren ohne darin aufzugehen - erwerben Grundlagenwissen zum Zusammenhang von Traumata und psychischen Störungen - erkennen die Funktionalität veränderten Selbst- und Realitätserlebens im Sinne von Lösungsversuchen und

<p>„... Während dieser Psychosen fühl’ ich mich dann wie ein Generalmajor im Dritten Weltkrieg, der auf Psychologie beruht und gegen Terrorismus geht... Und je gefährlicher die Leute sind, mit denen ich... zu tun habe, umso entspannter bin ich...“ Herr I, Z. 312-317</p> <p>“...Also, ich hatte nie irgendwelche psychischen Probleme, bis dieser Überfall kam...“ [Jetzt bin ich] ein... verfettetes Raubüberfallopfer. (Lacht). Verrentet und... ein wenig langsam... Die fette Schmecke...“ Herr I, Z. 1193-1194 + Z. 1267-1268</p> <p>“...I want to be... human...” “...[but]it just seems like it’s such a far cry that you just feel like just giving up.” Frau 5, Z. 75-76 + Z. 89-90</p> <p>“Something inside of me turns on myself...” “...like something in me wants to kill me.” Herr 6, Z. 270 + Z. 278</p> <p>“But... some days... I just can’t get out of bed... I’m just so depressed, so down... beat down like a dirty dog... Like a war going on in my head, you know, playing... chess...” Herr 8, Z. 475-478</p> <p>“Trying to battle... the demons... battle the devil through in your head, you know?” Herr 8, Z. 486 + Z. 490</p>		<p>machen sich vor diesem Hintergrund außer mit Krankheitsmodellen auch mit Modellen seelischer Gesundheit vertraut (Salutogenese, Resilienz, Recovery)</p> <ul style="list-style-type: none"> - lernen, Hoffnung zu vermitteln
--	--	--

Lernsituation 2: Interaktionsperspektive

Konkretes Problem, Individuelle Erfahrung (aus den Interviews)	Situationsunabhängiges Muster über den Einzelfall hinaus (Gesellschaftlicher Zusammenhang)	Bedeutung der Bildungsgehalte für Emanzipation (was gelernt werden kann)
<p>„Der muss nicht alles dreimal sagen... oder, die kommen rein ohne anzuklopfen... die fassen einen an... einfach so... oder piekst mir einen in 'n Rücken... wenn man irgendwas machen soll... ich hab' auch'n Namen, ne?“ Herr E, Z. 567-569</p> <p>„... Da kommt eine Frau, kuckt Sie zwei Minuten an und sagt: 'Ja, Sie sind eindeutig dem Paragraph sowieso zuzuordnen. So, zack. Stempel. Das war's. Tschüß... So. Es ist nicht so, dass ich diesem Paragraphen entsprechend nicht ganz dicht im Kopf bin. Aber ich werde so abgestempelt. Und das macht mich dann im Kopf nicht ganz dicht...“ Herr G, Z. 825-833</p> <p>“... Und die Diagnose, die wurde immer innerhalb von fünf bis... fünfzehn Minuten gestellt... Und ohne dass ich selber zu Wort kam... Man... fachsimpelte unter sich und verordnete diese Medikamente...“ Herr I, Z. 97-99</p>	<p>Selbst- und Fremdwahrnehmung in der persönlichen Begegnung</p> <p>Die anspruchsvolle Interaktion und Beziehungsarbeit im Kontext brüchig gewordener Biografien in einer auf Kontinuität ausgerichteten Leistungsgesellschaft</p> <p>Zentrales Bildungsproblem: Vorgang der Entpersönlichung, Herabwürdigung; dadurch Verhinderung wechselseitiger Anerkennung</p>	<p>Begleiter erwerben <i>Interaktionskompetenz</i>. D. h. sie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Üben sich darin, eigene Erfahrungen im Gegenüber aufzufinden - Reflektieren die Eigenattribuierungen in solchen Situationen (Selbstkritik vs. Selbstakzeptanz) - Sind darüber in der Lage, sich in fremdes Leid einzufühlen und reflektiert damit umzugehen - Erwerben (tiefen-) psychologische und soziologische Kenntnisse zu Formen der Abwehr oder sozialen und medizinischen Zuschreibungen und deren Einfluss auf die Wahrnehmung - Werden sensibel für Interaktionsstörungen und sprechen diese offen an - Erkennen, dass das Anerkennungsproblem ein wechselseitiges ist und lernen, eigene Kränkungen und Scham offen anzusprechen und reflektiert damit umzugehen - Erkennen Abwertungen seitens der Adressaten als ein meist

<p><i>„...the housing, it seems like I'm being bounced like a ball, nobody to help me...”</i> <i>“...just, you know, uh... a number...”</i> Frau 5, Z. 165-166 + Z. 42</p> <p><i>“And they naturally assumed, because I was here and maybe they're used to see a lot of clients that... ahm... don't dress right or don't talk right... They grouped us together and made me feel that way also. Like, you know, they... treated me like I didn't have an education, uh... like a child.”</i> Herr 6, Z. 142-147</p> <p><i>“[Mental health services] locked me up, put me on drugs, threw me to the side...”</i> Frau 7, Z. 33</p> <p><i>“...then I was diagnosed as not being depressed... by a truly brilliant psychiatrist. So... (flüstert) moron.”</i> Herr 4, Z. 247-248</p> <p><i>“...Dass man immer abgelehnt wird, und dann teilweise von Ärzten, die sich Götter in Weiß nennen, äh... Tabletten verabreicht bekommt, damit man ja schön ruhig ist und ja nicht über seine Probleme sprechen kann...”</i> Frau H, Z.767-769</p>		<p>unzureichendes Mittel der eigenen Statussicherung</p>
--	--	--

Lernsituation 3: Institutionelle Intervention

Konkretes Problem, Individuelle Erfahrung (aus den Interviews)	Situationsunabhängiges Muster über den Einzelfall hinaus (Gesellschaftlicher Zusammenhang)	Bedeutung der Bildungsgehalte fuer Emanzipation (was gelernt werden kann)
<p>„Und dann war mir auch so danach, mal wieder selber was zu kochen und so. Und dann... ging das nicht... Ich saß da auf meinem Bett [und] hätte Lust gehabt, Kartoffeln zu schälen und es ging nicht, ne?“ [da in der Einrichtung, in der Herr E. lebt, Essen vorgehalten und keine Selbstverpflegung angeboten wird] Herr E, Z. 554-556</p> <p>„There is a better way to live than sleeping in dumpsters... and sleeping in shelters and just, you know, waiting in line to just get anything... I was always better than that. I didn't have to stand in no line for no food“ Herr 10, Z. 70-73</p> <p>“...hatt ich eine Bezugstherapeutin [in einer Einrichtung für psychisch kranke Suchtgefährdete], deren Lieblingspruch war: (klatscht in die Hände) (spricht mit hoher Kinderstimme) „Ja fein, Herr I.“... “Sie haben sich eine Zeitung gekauft, damit Sie kucken können, ob eine Wohnung frei ist... Wie? Sie wollen telefonieren? Das geht nicht. Gehen Sie mal in die Telefonzelle...“ Herr I, Z. 1301-1307</p>	<p>Individuelle Erfahrung von Wohnungslosigkeit und Formen ihrer Standardisierung</p> <p>Zentrales Bildungsproblem: Einschränkung der Souveränität der Adressaten durch institutionelle Praktiken</p>	<p>Begleiter erwerben <i>Institutionskompetenz</i>. D. h. sie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Können solche Einschränkungen bei sich selbst benennen - Entwickeln eine Sensibilität fuer die Auswirkungen solcher Einschränkungen - Können Einschränkungen der Souveränität im diskursiven Prozess offen legen und argumentativ vertreten - Können Strategien für ihre Rückgängigmachung erarbeiten

<p><i>“And then I lost my bed for three weeks, because I went back to N-town”</i> Frau 9, Z. 130</p>		
--	--	--

Literatur

Adorno, Th. W. (1966): *Negative Dialektik*. Frankfurt a. M. Suhrkamp Verlag

Adorno, Th. W. (1970): *Gesammelte Schriften in 20 Bänden*. Frankfurt a. M. Suhrkamp Verlag.

Adorno, Th. W. (1977): *Gesammelte Schriften Band 10. Kulturkritik und Gesellschaft*. Teil 2. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.

Adorno, Th. W. (1997): *Negative Dialektik*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag. 9. Auflage.

Adorno, W. (2003): *Vorlesung über Negative Dialektik*. Nachgelassene Schriften, Abteilung IV: Vorlesungen. Band 16. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.

Albrecht, G. L., Walker, V. G. & Levy, J. A. (1982): Social distance from the stigmatized. A test of two theories. In: *Social Science and Medicine* 16, 1319-1327.

Alheit, P. (2008): Lebenslanges Lernen und soziales Kapital. In: Herzberg, H. (Hg): *Lebenslanges Lernen. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde im Kontext der Erwachsenenbildung*. Frankfurt a. M.: Peter Lang Verlag: 13-30.

Alheit, P. (2006): „Biografizität“ als Schlüsselkompetenz in der Moderne. Schriftliche Fassung eines Vortrags an der Universität Flensburg aus Anlass der Fachtagung „*Das Leben gestalten. Biografisch lernen – biografisch lehren*“ vom 06. Oktober 2006.

Alheit, P. (2002): Biografieforschung und Erwachsenenbildung. In: Kraul, M. & Marotzki, W. (Hg.): *Biografische Arbeit. Perspektiven erziehungswissenschaftlicher Biografieforschung*. Opladen: Leske und Budrich Verlag.

Allport G. W. (1971): *Die Natur des Vorurteils*. Köln: Kiepenheuer & Witsch. (Orig.: The nature of prejudice. Cambridge, Massachusetts: Addison-Wesley 1954).

American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. APA: Washington DC.

Amering, M. & Schmolke, M. (2007): *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Ancis, J. R. (Hg.) (2004): *Culturally Responsive Interventions – Innovative Approaches to Working with Diverse Populations*. New York and Hove: Brunner-Rutledge.

Angermeyer, M. C. & Siara, C. S. (1994): Auswirkungen der Attentate auf Lafontaine und Schäuble auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. Die Entwicklung im Jahre 1990 und 1991. In: *Der Nervenarzt* 65: 41-56.

Anthony, W. A. (1972): Societal rehabilitation: Changing society's attitudes toward the physically and the mentally disabled. In: *Rehabilitation Psychology*, 19, 117-126.

Antonovsky, A. (1979): *Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Deutsche Übersetzung von Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the mystery of health*. Herausgegeben von A. Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.

Antonovsky, A.; Sagy, Sh.; Adler, I.; Visel, R. (1990): Attitudes toward retirement in an Israeli cohort. In: *International Journal of Aging and Human Development*, 31(1), 57-77.

Bauer, J. (2006): *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. München: Piper Verlag. 6. Auflage.

Bauman, Z. (2000): *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Books.

Beck, U. (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.

Beck, U. (1993): *Die Erfindung des Politischen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.

Beck, U. (2004): *Was ist Globalisierung. Irrtümer des Globalismus und Antworten auf Globalisierung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag. 9. Auflage.

Berg, I. K. (1992): *Familien-Zusammenhalt(en)*. Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch. Systemische Studien, Band 8. Dortmund.

Bergler, R. (1976): *Vorurteile – erkennen, verstehen, korrigieren*. Köln: Deutscher Institutsverlag. 1. Auflage. Reprint 1988 Goldmann Verlag.

Bitzan, M.; Bolay, E. & Thiersch, H. (2006): *Die Stimme der Adressaten. Empirische Forschung über Erfahrungen von Mädchen und Jungen mit der Jugendhilfe*. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Blankertz, H. (1974): *Fachdidaktische Curriculumforschung – Strukturansätze für Geschichte, Deutsch, Biologie*. Essen: Neue Deutsche Schule Verlagsgesellschaft mbH.

Blumer, H. (2001): Symbolic Interactionism. Perspective and Mehtod. In: Oesterdiekhoff, G.W. (Hg.): *Lexikon der Soziologischen Werte*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. 1. Auflage.

Bourdieu, P. (1987). *Sozialer Sinn*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag

Bourdieu, P. (1997): *.Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft*: Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft. 2. Auflage.

Bullinger, H. & Nowak, J. (1998): *Soziale Netzwerkarbeit: Eine Einführung für soziale Berufe*. Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag.

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2009): Jahresbericht: http://www.bagw.de/bag/BAGW_Jahresbericht.pdf, Datum der Abfrage: 01.03.2013.

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2008): *Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen und Männern. Darstellung der Problemlagen und Handlungsbedarfe*. Positionspapier:

www.bagw.de/gesundheits/08_Psychische_Erkrankungen_bei_wohnungslosen_Frauen_und_Maennern_mit_Praxisbeispielen.pdf, Datum der Abfrage: 01.03.2013.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009): *Mit neuem Mut. Nationale Strategie für Deutschland zur Umsetzung des Europäischen Jahres 2010 gegen Armut und soziale Ausgrenzung*. <http://ec.europa.eu/social/ajax/BlobServlet?docId=3715&langId=de>, Datum der Abfrage: 27.02.2013.

Burt, M., Aron, L. Y., Lee, E. & Valente, J. (2001): *Helping America's Homeless*. Washington, D. C.: The Urban Institute Press.

Charmaz, K. (2009): Shifting the grounds: Constructivist grounded theory methods. In: Morse, J. M.; Stern, P. N.; Corbin, J.; Bowers, B. & Clarke, A. E. (Eds.): *Developing grounded theory: The second generation*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.

Charmaz, K. (2006): *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage Publications.

Cloerkes, G. (1980): Sozio-kulturelle Bedingungen für die Entstehung von Einstellungen gegenüber Behinderten. In: *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 49, 259-273.

Clore, G. L. & Jeffery, K. M. (1972): Emotional role playing, attitude change and attraction toward a disabled person. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 23, 105-111.

Cole-Dai, P. & Murray, J. (2004): *The emptiness of our hands: A lent lived on the streets*. Bloomington, IN: Author House, Second edition.

Colla, H. E. (1999): Personale Dimension des (sozial-)pädagogischen Könnens – der pädagogische Bezug. In: Colla, H. E.; Gabriel, T.; Millham, S.; Müller-Teusler, S. & Winkler, M. (Hg.): *Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa*. Neuwied: Luchterhand Verlag, 341-362.

Corbin, J. (2009): Taking an analytic journey. In: Morse, J. M.; Stern, P. N.; Corbin, J.; Bowers, B. & Clarke, A. E. (Eds.): *Developing Grounded Theory: The second generation*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.

Dangoor, N. & Florian, V. (1994): Women with chronic physical disabilities: correlates of their long-term psychosocial adaptation. In: *International Journal of Rehabilitation Research*, 17, 159-168.

DeBruyn, J. C. & Wagenfeld, M. O. (1994): Salutogenesis: A New Perspective in Rural Mental Health Research. In: *Human Services in the Rural Environment*, 18(1), 20-26.

Derbolav, J. (1960): Versuch einer wissenschaftlichen Grundlegung der Didaktik. In: *Didaktik in der Lehrerbildung*. Zeitschrift für Pädagogik, 2. Beiheft. Weinheim: 17-45.

Dewe, B. & Ferchhoff, W. (1987): Abschied von den Professionen oder die Entzauberung der Experten? Zur Situation der helfenden Berufe in den 80er Jahren. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 23 (3): 147-182.

Dörner, K. (2007): *Vom Ich zum Wir. Chancen und Risiken von Gemeinschaft*. Impulsvortrag. Hamburg: Evangelische Akademie.

Egle, U. T., Hoffmann, S. O. & Steffens, M. (1997): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. In: *Der Nervenarzt* 68: 683-695.

Eikermann, E., Reker, T. & Zacharias, B. (2002): Wohnungslose psychisch Kranke – Zahlen und Fakten. In: Nouvertné, K., Wessel, T. & Zechert, C. (Hg.): *Obdachlos und psychisch krank*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Eikelman, B., Inhester, M. L. & Reker, T. (1992): Psychische Störungen bei nichtsesshaften Männern. Defizite in der psychiatrischen Versorgung? In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 2: 29-32.

Enders-Drägässer, U. & Sellach, B. (2005): *Frauen in dunklen Zeiten. Persönliche Berichte vom Wohnungsnotfall: Ursachen – Handlungsspielräume – Bewältigung. Eine qualitative Untersuchung zu Deutungsmustern und Lebenslagen bei Wohnungsnotfällen von Frauen.* Frankfurt a. M. : Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauen- und Genderforschung e. V.

Erikson, E. H. (1971): Wachstum und Krisen der gesunden Persönlichkeit In: Erikson, E. H. (Hg.): *Identität und Lebenszyklus.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.

Estroff, S., Zimmer, C., Lachicotte, W. S. & Benoit, J. (1994): The Influence of Social Networks and Social Support on Violence by Persons With Serious Mental Illness. In: *Hosp Community Psychiatry* 45: 669-679.

Faltermaier, T. (1991): Subjektive Theorien von Gesundheit: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis. In: U. Flick (Hg.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen* Heidelberg: Asanger: 45-58.

Fichtner, M. M., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., Koegel, P., Quadflieg, N., Wittechen, H. U., & Wölz, J. (1996): Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. In: *European Archives of Psychiatric and Clinical Neurosciences*, 246: 185-196.

Filipp, S. H. (2010) (Hg.): *Kritische Lebensereignisse.* Weinheim: Beltz Verlag. 3. Auflage.

Finzen, A. (2001): *Psychose und Stigma.* Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2. Auflage.

Fischer, G. & Riedesser, P. (1999): *Lehrbuch der Psychotraumatologie.* München: Ernst Reinhardt Verlag.

Fischer, P. J., Shapiro, S., Breakey, W. R., Anthony, J. C. & Kramer, M. K. (1986): Mental health and social characteristics of the homeless. A survey of mission users. In: *American Journal of Public Health*, 76: 519-524.

- Flick, U.; Kardorff, E.; Steinke, I; (Hg.)** (2004): *Qualitative Forschung – Ein Handbuch*. Reinbek. Rohwohlt Verlag, 3. Auflage.
- Franke, A., Elsesser, K., Algermissen, G. & Sitzler, F.** (1997): *Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen*. Eine Salutogenetische Verlaufsstudie. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Freidson, E.** (1966): Disability as social deviance. In: M. B. Sussman (Ed.) (1965): *Sociology and rehabilitation*. Washington D. C.: American Sociological Association, 71-99.
- Fuchs, P. & Halfar, B.** (2000): Soziale Arbeit als System. Zur verzögerten Ankunft des Systembegriffs in der Sozialen Arbeit. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege* 147(3).
- Gallagher, T. J., Wagenfeld, M. O., Baro, F., Haespers, K.**: (1994): Sense of Coherence, coping and caregiver role overload. In: *Social Science in Medicine*, 39(12), 1615-1622.
- Gillich, S.** (2004): Sozialraumorientierung – ein Thema für die Wohnungslosenhilfe. In: Gillich, S. (Hg.): *Gemeinwesenarbeit: Die Saat geht auf. Grundlagen und neue sozialraumorientierte Handlungsfelder*. Gelnhausen: 85-100.
- Giroux, H. A.** (1983): Theories of Reproduction and Resistance in the New Sociology of Education: A Critical Analysis. In: *Harvard Educational Review* 53 (3).
- Glaser, B. & Strauss, A.** (1967): *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago, IL: Aldine.
- Glazzard, P.** (1979): Simulation of handicaps as a teaching strategy for preservice and inservice training. In: *Teaching Exceptional Children*, 11, 101-104.
- Goffman, E.** (1973): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag.
- Goffman, E.** (1967): *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag

Goffman, E. (1963): *Stigma: Notes of the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Goodman, L., Saxe, L. & Harvey, M. (1991): Homelessness as psychological trauma: broadening perspectives. In: *American Psychology*, 46: 1219-1225.

Goodman, P. (1956): *Growing up absurd. Problems of Youth in the Organized Society*. New York: Vintage Books.

Gore, M. S. (1969): Social Work and its Human Rights Aspects. In: International Council on Social Welfare (Ed.): *Social Welfare and Human Rights. Proceedings of the XIVth International Conference on Social Welfare*. Helsinki/Finland, August 1968. New York: Columbia University Press: 56-68.

Gottschlich, M. (2007): *Medizin und Mitgefühl. Die heilsame Kraft empathischer Kommunikation*. Wien: Böhlau Verlag. 2. Auflage.

Greb, U. (2009): Die pflegedidaktische Kategorialanalyse. Bildungstheoretische Aspekte der Curriculumentwicklung. In: Ertl-Schmuck, R. & Fichter, F. (Hg.): *Pflegedidaktik als forschende und lehrende Disziplin*. Bd. 2, Weinheim, München: Juventa Verlag.

Greb, U. (2008): Das Strukturgitter für die Fachrichtung Pflege- Entstehungsgeschichte und Begründungszusammenhang. In: Greb, U. & Hoops, W. (Hg.): „Demenz“- jenseits der Diagnose. *Pflegedidaktische Interpretation und Unterrichtsetting*. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag: 31-102.

Greifenhagen, A. & Fichtner, M. (1997): Mental illness in homeless women. An epidemiologic study in Munich, Germany. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 247: 162-172.

Grillon, G., Southwick, S.M. & Charney, D. S. (1996): The psychobiological basis of posttraumatic stress disorder. In: *Molecular Psychiatry* 1: 278-297.

- Grunwald, K.** (2001): *Neugestaltung der freien Wohlfahrtspflege. Management organisationalen Wandels und die Ziele der Sozialen Arbeit*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Grunwald, K. & Steinbacher, E.** (2007): *Organisationsgestaltung und Personalführung in den Erziehungshilfen. Grundlagen und Praxismethoden*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S.** (1989): *Fourth Generation Evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Haack, U.** (2007): <http://www.readers-edition.de/2007/01/05/ganz-unten-obdachlose-ohne-lobby>, Datum der Abfrage 09.03.2013
- Haber, L. D. & Smith R. T.** (1971): Disability and deviance: Normative adaptations of role behavior. In: *American Sociological Review* 36, 87-97.
- Hausman, K.** (2001): Cultural Factors Affect Success of African Americans' Mental Health Care. In: *Psychiatric News* 36 (10): 17.
- Havighurst, R. J.** (1974): *Developmental Tasks and Education*. Harlow: Longman Group. 3. Auflage.
- Heid, H.** (1990): Über Zwecke, Inhalte und Subjekte von Qualifizierungsprozessen. In: *Grundlagen der Weiterbildung* 1 (3): 136-140.
- Heim, C. & Nemeroff, C.** (2000): Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. In: *Journal of the American Medical Association JAMA* 284: 592-597
- Hinte, W.** zit. von: Wüllenweber W. (2011): *Das Geschäft mit der Hilfe*. In: STERN Nr. 8: 97.

Hellhammer, D. M. & Buske-Kirschbaum, A. (1994): Psychologische Aspekte von Schutz- und Reparaturmechanismen. In: Lamprecht, F., Johnen, R. (Hg.): *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* Frankfurt: Verlag für akademische Schriften. 95-108.

Henke, M. & Rohrman, E. (1981): Als Stadtstreicher unterwegs. In: *Gefährdetenhilfe*, 2: 18-23.

Heydorn, H. J. (1979): *Über den Widerspruch von Bildung und Herrschaft*. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt

Heydorn, H. J. (1980): Zu einer Neufassung des Bildungsbegriffs. In: Heydorn, H. J. *Ungleichheit für alle*. Bildungstheoretische Schriften Band 3. Frankfurt a. M.

Heydorn, H. J. (1980a): Überleben durch Bildung. In: Heydorn, H. J. *Ungleichheit für alle*. Bildungstheoretische Schriften Band 3. Frankfurt a. M.

Hoerning, E. (1987): Lebensereignisse: Übergänge im Lebenslauf. In: Voges, W. (Hg.): *Methoden der Biografie- und Lebenslaufforschung*. Opladen: Leske und Budrich Verlag.

Hoffmann-Richter, U. (2000): *Psychiatrie in der Zeitung. Urteile und Vorurteile*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Hollstein, W. & Meinhold, M. (Hg.): 1973. *Sozialarbeit unter kapitalistischen Produktionsbedingungen*. Frankfurt a. M.: Fischer-Taschenbuch-Verlag.

Hood, J. C. (1983): *Orthodoxy vs. Power: The Defining Traits of Grounded Theory*. London: Sage Publications.

Horkheimer, M. & Adorno, Th. W. (1969): *Dialektik der Aufklärung*. Frankfurt: S. Fischer Verlag. Nachdruck als Taschenbuch 1988.

Houghton, T. (2001): *The New York/New York Agreement Cost Study: The Impact of Supportive Housing on Service Use for Homeless Mentally Ill Individuals*. A Summary of Culhane, D. P., Metraux, S. & Hadley, T., The Impact of Supportive Housing for Homeless

Persons with Severe Mental Illness on the Utilization of the Public Health, Corrections and Emergency Shelter Systems: The New York/New York Initiative. New York, NY: Corporation for Supportive Housing.

Huber, M. (2005): *Trauma und die Folgen – Trauma und Traumabehandlung*. Paderborn: Junfermann-Verlag, 2. Auflage.

Institut für kommunale Psychiatrie (Hg.) (1996): *Auf die Straße entlassen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Institute of Governmental Studies. University of California Berkeley:
<http://brr.berkeley.edu/>, Datum der Abfrage: 09.03.2013

Ishorst-Witte, F. Völm, B., Becker H. & Kunstmann, W. (2001): Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehenden wohnungslosen Männern: eine Querschnittuntersuchung. In: *Sozial- und Präventivmedizin* 49 (1), 42-50.

Jatzko, A.; Schmitt, A.; Kordon, A.; Braus, D. F. (2005): Bildgebende Befunde bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Literaturübersicht. In: *Fortschr Neurol Psychiatr.*, 73, S. 377-391.

Katz, D. (1960): The functional approach to the study of attitudes. In: *Public Opinion Quarterly*, 24, 163-204.

Klafki, W. (1963): *Das pädagogische Problem des Elementaren und die Theorie der kategorialen Bildung*. Weinheim: Beltz Verlag. 2. Auflage.

Klafki, W. (1964): *Studien zur Bildungstheorie und Didaktik*. Weinheim: Beltz Verlag. 4. Auflage.

Klafki, W. (1985): *Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Kösel, E. (2002): *Die Modellierung von Lernwelten. Ein Handbuch zur subjektiven Didaktik.* Band 1. Bahlingen: Verlag für subjektive Didaktik. 4. Aufl.

Kokemohr, R. (2007): Bildung als Welt- und Selbstentwurf im Anspruch des Fremden. Eine theoretisch-empirische Annäherung an eine Bildungsprozessstheorie. In: Koller et al.: *Bildungsprozesse und Fremdheitserfahrung. Beiträge zu einer Theorie transformatorischer Bildungsprozesse.* Bielefeld: transcript Verlag, 13-68.

Koller, H.-C. (2006): Doppelter Abschied. Zur Verschränkung adoleszenz- und migrationsspezifischer Bildungsprozesse am Beispiel von Lena Goreliks Roman: „Meine weißen Nächte“. In: King, V. & Koller, H.-C.: *Adoleszenz – Migration – Bildung. Bildungsprozesse jugendlicher und junger Erwachsener mit Migrationshintergrund.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 1. Auflage, 177-193.

Kraak, B. (1974): Entstehung, Auswirkungen und Änderungen von Einstellungen. In: A. Schick (Hg.): *Aktuelle Themen der Psychologie.* Stuttgart, 45-65.

Kraus, B. (2010): Erkenntnistheoretisch-konstruktivistische Perspektiven auf die Soziale Arbeit. In: Krieger, W. (Hg.): *Systemische Impulse – Theorieansätze, neue Konzepte und Anwendungsfelder systemischer Sozialer Arbeit.* Stuttgart: ibidem-Verlag.

Kuhlman, T. L. (1994): *Psychology on the Streets. Mental Health Practice with Homeless Persons.* New York, NY: John Wiley & Sons.

Kuhlmann, C. (2012): Der Begriff der Inklusion im Armuts- und Menschenrechtsdiskurs der Theorien Sozialer Arbeit – eine historisch-kritische Annäherung. In: Balz, H. J.; Benz, B. & Kuhlmann, C. (Hg.): *Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit.* Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften: 38-41.

Kuhlmann, C. (2007): *Geschichte Sozialer Arbeit I.* Schwalbach/Ts.: Wochenschau Verlag.

Kunze, H. & Schmidt-Zadel, R. (2003): Aktion psychisch Kranke. *Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven.* Bonn: Psychiatrie Verlag.

- Lazarus, H. & Bosshard M.** (2005): *Bildung als Chance. Ressourcenorientierte Biografiearbeit mit chronisch psychisch kranken und drogenabhängigen Menschen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1. Auflage.
- Lefebvre, H.** (1972): *Das Alltagsleben in der modernen Welt*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Lefebvre, H.** (1975): *Metaphilosophie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Lefebvre, H.** (1977): *De L'État III: Le Mode De Production Étatique*. Paris:
- Lefebvre, H.** (1978): *Einführung in die Modernität*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Lefebvre, H.** (1987): *Kritik des Alltagslebens*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Levine, P. A.** (1998): *Trauma-Heilung*. Essen: Synthesis Verlag.
- Levy, J. S.** (2004): Pathway to a Common Language: a Homeless Outreach Perspective. In: *Families in Society*. 85(3): 371-378.
- Liessmann, K. P.** (2006): *Theorie der Unbildung. Die Irrtümer der Wissensgesellschaft*. Wien: Paul Zsolnay.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G.** (1985): *Naturalistic Enquiry*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Loch, W.** (1979). *Lebenslauf und Erziehung*. Essen: Neue deutsche Schule Verlagsgesellschaft.
- Lukesch, R., Payer, H. & Winkler-Rieder, W. (ÖAR Regionalberatung GmbH)** (2010): *Wie gehen Regionen mit Krisen um? Eine explorative Studie über die Resilienz von Regionen*. Im Auftrag des Bundeskanzleramts Sektion IV, Abteilung 4. Raumplanung und Regionalpolitik. Wien.

- Maoz, B.** (1998): Salutogenese – Geschichte und Wirkung einer Idee. In: Schüffel, W. et al. (Hg.): *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical. S. 21.
- Marotzki, W.** (1990): *Entwurf einer strukturalen Bildungstheorie. Biografiethoretische Auslegung von Bildungsprozessen in hochkomplexen Gesellschaften*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Marx, K.** (1973): Ökonomisch-philosophische Manuskripte aus dem Jahre 1844. In: Marx, K. & Engels, F. *Werke*. Ergänzungsband. 1. Teil. Berlin: Dietz Verlag.
- Matthes, E.** (1992): *Von der geisteswissenschaftlichen zur kritisch-konstruktiven Pädagogik und Didaktik*. Bad Heilbrunn: [Dissertation].
- Maturana, H. R. & Varela, F. J.** (1980): *Autopoiesis and Cognition. The Realization of Living*. Dordrecht, NL: Kluwer Academic Publishers Group.
- McFarlane, A. C.** (1984): Life events, disasters and psychological distress. In: *Mental health in Australia*, 1 (13), 4-6.
- McSherry, W. C. & Holm, J. E.** (1994): Sense of coherence: its effects on psychological and physiological processes prior to, during and after a stressful situation. In: *Journal of Clinical Psychology*, 50(4), 476-487.
- Meichenbaum, D. & Jaremko, M. E.** (Hg.) (1983): *Stress Reduction and Prevention*. New York: Plenum Press.
- Mennicke, C.** (1930): Soziale Berufe. In: Gablentz, O. v. d. & Mennicke, C. (Hg.): *Deutsche Berufskunde*. Leipzig: Bibliographisches Institut, 311-330.
- Meszaros, I.** (1973): *Der Entfremdungsbegriff bei Marx*. München:
- Möllering, A. & Herpertz, S.** (2006): Die Posttraumatische Belastungsstörung: Modeerscheinung oder für den Alltag hilfreiche Diagnose? www.uni-essen.de/psychosomatik/assets/applets/PTSD.pdf, Datum der Abfrage: 12.04.2007

- Mollenhauer, K.** (1977): *Erziehung und Emanzipation. Polemische Skizzen*. München: Juventa Verlag.
- Morgan, C. A., Grillon, C., Southwick, S. M. Davis, M. & Charney, D. S.** (1996): Exaggerated acoustic startle reflex in Gulf War Veterans with posttraumatic stress disorder. In: *American Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69: 409-418.
- Mücke, K.** (2001): *Die psychotische Krise. Ein systemisches und entwicklungs-psychologisches Erklärungsmodell. Ursachen, Verlauf und psychotherapeutische Interventionen*. Potsdam: Ökosysteme Verlag und Institut.
- Nijenhuis, E. R. S.** (2003): Somatoforme Dissoziation. In: Sven Olaf Hoffmann & Annette Eckart-Henn (Hg.): *Dissoziative Störungen des Bewusstseins*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Nohl, H.** (1929): *Pädagogische Aufsätze*. Langensalza: Beltz Verlag, 2. vermehrte Auflage.
- Nouvertné, K.** (1996): Wer sind die psychisch kranken Obdachlosen? In: Institut für kommunale Psychiatrie (Hg.): *Auf die Straße entlassen – obdachlos und psychisch krank*. Bonn: Psychiatrie Verlag: 30-38.
- Nouvertné, K; Wessel, T. & Zechert, C. (Hg.)** (2002): *Obdachlos und psychisch krank*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ochberg, F. M.** (1988): *Post-traumatic therapy and victims of violence*. Brunner & Mazel: New York.
- Peterßen, W. H.** (2000): *Handbuch Unterrichtsplanung. Grundfragen, Modelle, Stufen, Dimensionen*. München, Düsseldorf, Stuttgart: Oldenbourg Schulbuchverlag. 9. Auflage.
- Peterßen, W. H.** (2001): *Lehrbuch Allgemeine Didaktik*. München, Düsseldorf, Stuttgart: Oldenbourg Schulbuchverlag. 6. Auflage.
- Pfeifer-Schaupp, H.-U.** (1997): *Jenseits der Familientherapie – Systemische Konzepte in der Sozialen Arbeit*. Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag. 2. Auflage.

Rabe-Kleeberg, U. (1993): *Verantwortlichkeit und Macht - Ein Beitrag zum Verhältnis von Geschlecht und Beruf angesichts der Krise traditioneller Frauenberufe*. Bielefeld: Kleine Verlag.

Redlich, A. (Hg.) (2000): *Die Erkundung von Kraftquellen im Leben der Menschen*. Materialien aus der Arbeitsgruppe Beratung und Training. FB Psychologie der Universität Hamburg, Heft 26. Hamburg.

Rivera, L. (2003): Changing Women. An Ethnographic Study of Homeless Mothers and Popular Education. In: *Journal of Sociology and Social Welfare* 30(2): 31-51.

Rössler, W.; Salize, H. J. & Biechele, U. (1994): Psychisch kranke Wohnsitzlose – Die vergessene Minderheit. In: *Psychiatrische Praxis* 21, 173-178.

Rosner, M. (1975): Entfremdung, Fetischismus, Anomie. In: Schrey, H. H.(Hg.): *Entfremdung*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Rossi, P. H. (1989): *Down and Out in America*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.

Rothbart, M. & John, O. P. (1985): Social categorization and behavioural episodes: A cognitive analysis of the effects of intergroup contact. In: *Journal of Social Issues*, 41,81-104.

Rothbart, M. & Park, B. (1986): On the confirmability and disconfirmability of trait concepts. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 50, 131-142..

Salize, H. J., Dillmann-Lange, C. & Kentner-Figura, B. (2002): Versorgungsbedarf psychisch kranker Wohnungsloser – Sind wir in der Lage, ihn zu erkennen? In: Nouvertné, K., Wessel, T. & Zechert, C. Hg.): *Obdachlos und Psychisch Krank*. Bonn: Psychiatrie Verlag: 28-40.

Schaak, T. (2002): *Obdachlose, „auf der Straße“ lebende Menschen in Hamburg 2002. Eine empirische Untersuchung über die soziale Lage „auf der Straße“ lebender Menschen in*

Hamburg: Freie und Hansestadt Hamburg, vertreten durch die Behörde für Soziales und Familie in Kooperation mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege.

Schaak, T. (2009): *Obdachlose „auf der Straße“ lebende Menschen in Hamburg 2009. Eine empirische Untersuchung über die soziale Lage „auf der Straße“ lebender Menschen in Hamburg*: Freie und Hansestadt Hamburg vertreten durch die Behörde für Soziales und Familie in Kooperation mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege.

Schaak, T. (2009a): Ergebnisse der empirischen Untersuchung über obdachlose, auf der Straße lebenden Menschen in Hamburg 2009. In: *Wege aus der Obdachlosigkeit - Konsequenzen aus der Obdachlosenuntersuchung 2009. Dokumentation der Fachtagung vom 14. April 2010*. Hamburg: Freie und Hansestadt Hamburg. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz

Schieb, J. (2009): *Jugendliche: Moderne Kommunikation statt persönlicher Gespräche*. Düsseldorf: Global Press.

Schmidt, H. D., Brunner, E. J. & Schmidt-Mummendey, A. (1975): *Soziale Einstellungen*. München: Juventa Verlag.

Schüffel, W., Brucks, U., Johnen, R., Köllner, V., Lamprecht, F., Schnyder, U. (Hg.) (1998): *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Schütze, F. (1981): Prozeßstrukturen des Lebenslaufs. In: Matthes, J., Pfeifenberger, A. & Stosberg, M. (Hg.): *Biografie in handlungswissenschaftlicher Perspektive*. Nürnberg: 67-156.

Schütze, F. (1984): Kognitive Figuren des autobiografischen Stegreiferzählens. In: Kohli, M. & Robert, G. (Hg.): *Biografie und soziale Wirklichkeit*. Stuttgart: Klett Cotta: 78-117

Schütze, F. (1996): Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In: Krüger, H.-H. & Marotzki, W. (Hg.): *Erziehungswissenschaftliche Biografieforschung*. Opladen: Leske und Budrich Verlag, 2. Auflage, 116-157.

Schulze, T. (2002): Biografieforschung und Allgemeine Erziehungswissenschaft. In: Kraul, M. & Marotzki, W. (Hg.): *Biografische Arbeit. Perspektiven erziehungswissenschaftlicher Biografieforschung*. Opladen: Leske und Budrich Verlag: 22-48.

Schulze, T. (1996): Erziehungswissenschaftliche Biografieforschung. Anfänge, Fortschritte, Ausblicke. In: Krüger, H.-H. & Marotzki, W. (Hg.): *Erziehungswissenschaftliche Biografieforschung*. Opladen: Leske + Budrich Verlag, 2. Auflage, 10-31.

Schwegmann, R. (2007): *Ambulante Hilfen für Familien mit psychisch erkrankten Eltern*. Hamburg: Stiftung Freudeskreis Ochsenzoll. Pflegen und Betreuen GmbH.

Seale, C. (1999): *Qualitative Inquiry*. London: Sage Publications.

Shalev, A. Y. (2000): Belastung versus traumatische Belastung Von homöostatischen Akutreaktionen zur chronischen Psychopathologie. In: B. A. Van der Kolk, A. C. Farlane & Weisaeth, L. (Hg.) (2000): *Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie*. 97-116. Paderborn. Junfermann-Verlag.

Shears, L. M. & Jensema, C. J. (1969): Social acceptability of anomalous persons. In: *Exceptional Children* 36, 91-96.

Six, B. (1975): Die Relation von Einstellungen und Verhalten. In: *Zeitschrift für Sozialpsychologie* 6, 270-296.

Six, B. & Schäfer, B. (1985): *Einstellungsänderung*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Skowronek, H. (1972): *Lernen und Lernfähigkeit*. München: Juventa Verlag, 4. Auflage.

Soltauer Initiative: www.culturebase.org/home/soltauer-impulse/Stellungnahme-UN-Konvention.pdf, Datum der Abfrage: 25.02.2013.

Sontag, S. (1981): *Krankheit als Metapher*. München, Wien: Hanser Verlag.

Spiegel, D., Keith-Spiegel, P., Zirgulis J. & Wine D. B. (1971): Effects of student visits on social behaviour of regressed schizophrenic patients. In: *Journal of Clinical Psychology*, 27, 396-400.

Stapf, K. H. (1982): Einstellungsmessung und Verhaltensprognose. Kritische Erörterung einer aktuellen sozial-wissenschaftlichen Thematik. In: H. Stachowiak, T. Ellwein, T. Herrmann & K. Stapf (Hg.) *Bedürfnisse, Werte und Normen im Wandel*. Band 2. Paderborn: Fink.

Staub-Bernasconi, S. (2008): Kurzvortrag. Zentrum für Postgraduate Studien Sozialer Arbeit: Berlin, zit. in: [http://www.culturebase.org/home/soltauer-impulse/Stellungnahme UN-Konvention.pdf](http://www.culturebase.org/home/soltauer-impulse/Stellungnahme_UN-Konvention.pdf), Datum der Abfrage: 25.02.2013.

Staub-Bernasconi, S. (2007): Soziale Arbeit: Dienstleistung oder Menschenrechtsprofession? Zum Selbstverständnis Sozialer Arbeit in Deutschland mit einem Seitenblick auf die internationale Diskussionslandschaft. In: Lob-Hüdepohl, A. & Lesch, W. (Hg.): *Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch: Einführung in die Ethik der Sozialen Arbeit*. Paderborn: UTB/Schöningh Verlag: 20-54.

Staub-Bernasconi, S. (2006): Der Beitrag einer systemischen Ethik zur Bestimmung von Menschenwürde und Menschenrechten in der Sozialen Arbeit. In: Dungs, S.; Gerber, U.; Schmidt, H. & Zitt, R. (Hg.): *Soziale Arbeit und Ethik im 21. Jahrhundert*. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt: 267-289.

Staub-Bernasconi, S. (1995): Das fachliche Selbstverständnis Sozialer Arbeit – Wege aus der Bescheidenheit. Soziale Arbeit als „Human Rights Profession“. In: Wendt, W. R. (Hg.): *Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses*. Freiburg: Lambertus Verlag.

Staub-Bernasconi, S. (1995a): Dimensionen Sozialer Arbeit – Annäherung an ihren Gegenstand. In: Staub-Bernasconi, S. (Hg.): *Systemtheorie sozialer Probleme und Sozialer Arbeit: lokal, national, international. Oder: Vom Ende der Bescheidenheit*. Bern: Paul Haupt Verlag.

Steinke, I. (2000): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., v. Kardorff, E. & Steinke, I. (Hg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt Verlag: 319-331.

Stern, D. N. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett Cotta.

Stiller, E. (1997): *Dialogische Fachdidaktik Pädagogik*. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.

Strübing, J. (2004): *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): (2011): *Leading Change: A Plan for SAMHSA's Roles and Actions 2011-2014 Executive Summary and Introduction*. HHS Publication No. (SMA) 11-4629 Summary. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Datum der Abfrage: 27.02.2013.

Sue, D. W. (Hg.) (1998): *Multicultural Counseling Competencies: Individual and Organizational Development*: Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Suesser, E. S., Valencia, E. & Conover, S. (1993): Prevalence of HIV Infection among psychiatric patients in a New York City men's shelter. In: *American Journal of Public Health* 83, 568-570.

Sünker, H. (1992): Bildungstheorie als pädagogisch-politisches Paradigma. Zur Bedeutung von Heydorns „Überleben durch Bildung heute. In: Marotzki, W. & Sünker, H. (Hg.): *Kritische Erziehungswissenschaft – Moderne Postmoderne* Bd. 1. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 59-74.

Sünker, H. (1994): Politische Kultur, politische Sozialisation und Bildungstheorie. In: Claußen, B. (Hg.): *Vernachlässigte Themen der Politischen Wissenschaft und der politischen Bildung*. Hamburg: Krämer, 207-223.

Sünker, H. (1999): Kritische Bildungstheorie und Gesellschaftsanalyse: Bildung, Arbeit und Emanzipation. In: Sünker, H. & Krüger, H. H. (Hg.): *Kritische Erziehungswissenschaft am Neubeginn ?!* Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag, 1. Auflage, 327-348.

Taylor, J. (1997): Niches and practice. Extending the ecological perspective. In: Saleebey, D. (ed.): *The Strength Perspective in Social Work Practice*. NY: Longman: 217-239.

Taylor, S.E. (1989). *Positive illusion – Creative self-deception and the healthy mind*. New York, NY: Basic Books Inc.

Taylor, P. J. & Gunn, J. (1999): Homocides by people with mental illness: myth and reality. In: *International Journal of Social Psychiatry* 45(3): 159-161.

Tetzer, M. (2012): Sozialpädagogische Theorieperspektiven und der Capabilities Approach. In: Schmid, M.; Tetzer, M.; Rensch, K. & Schlüter-Müller, S. (Hg.): *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik*. Göttingen, Bristol: Vandenhoeck & Ruprecht, 58-78.

Thiersch, H. (2009): *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. Weinheim, München: Juventa Verlag, 7. Auflage.

Thiersch, H. (2006): *Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik*. Weinheim, München: Juventa Verlag, 2. Auflage.

Thiersch, H. (1995): *Lebenswelt und Moral. Beiträge zur moralischen Orientierung Sozialer Arbeit*. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Thiersch, H.; Grunwald, K. & Königeter, S. (2011): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole, W.: *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Tiefel, S. (2005): Kodierung nach der Grounded Theory lern- und bildungstheoretisch modifiziert. Kodierungsleitlinien für die Analyse biografischen Lernens. In: *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (ZBBS)* 1.

Toomey, B., First, R. J., Rife, J. C. & Belcher, J. R. (1989): Evaluating community care for homeless mentally ill people. In: *Social Work Research and Abstracts*. 25(4): 21-26.

Tringo, J. L. (1970): The hierarchy of preference toward disability groups. In: *Journal of Special Education* 4, 295-306.

Tröster, H. (1990): *Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten: Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung*. Bern: Huber Verlag, 1. Auflage.

Van der Kolk, B., McFarlane, A. & Weisaeth, L. (Hg.) (2002): *Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis, Forschung zu posttraumatischem Stress und Traumatherapie*. Paderborn: Junfermann Verlag. 1. Auflage.

Vasquez, C., Munoz, M. & Sanz, J. (1997): Lifetime and 12- months prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. In: *Acta Psychiatrica Scand*, 95: 523-530.

Walsh, F. (2006): Ein Modell familialer Resilienz und seine klinische Bedeutung. In: Welter-Enderlin, R. & Hildenbrandt, B. (Hg.). (2006): *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag, 1. Auflage. S.43-80.

Weidert, S. (2008): *Leiblichkeit in der Pflege von Menschen mit Demenz*. Frankfurt a. M. : Mabuse Verlag.

Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hg.) (2006): *Resilienz- Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag, 1. Auflage.

Wenzler-Cremer, (2007): *Die Grounded Theory*.

www.ph-freiburg.de/projekte/quasus/einstiegstexte-in-methoden-der-qualitativen-sozial-unterrichts-und-schulforschung/grundfragen-und-basiskonzepte/grounded-theory.html, Datum der Abfrage: 02.03.2013.

Wilson, E. D. & Alcorn, D. (1969): Disability simulation and development of attitudes toward exceptional. In: *Journal of Special Education*, 3, 303-307.

Wilson, J. (2006): *Resisting professional solutions to depression: Women creating meaningful lives with chocolate, belly-dancing and the company of wise women*: Vortrag anlässlich der Qualitative Research on Mental Health Conference. 29.06. – 01.07.2006: Tampere, Finland.

Winkler, M. (2012): *Emanzipatorisches Potenzial? Der Blick auf „das Soziale“ macht blind*. Impulsreferat auf dem Bundeskongress Soziale Arbeit. Hamburg: www.schattenblick.de/infopool/sozial/report/sorboo16.html, Datum der Abfrage 23.02.2013

Winkler, M. (1999): Ortshandeln – Die Pädagogik in der Heimerziehung. In: Colla, H. E.; Gabriel, T.; Millham, S.; Müller-Teusler, S. & Winkler, M. (Hg.) *Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa*. Neuwied: Luchterhand Verlag: 307-323.

Winkler, M. (1991): Eine pädagogische Betrachtung der Heimerziehung. In: Peters, F. (Hg.): *Jenseits von Familie und Anstalt. Entwicklungsperspektiven in der Heimerziehung*. Bielefeld: Luchterhand Verlag, 2. Auflage: 67-93.

Winkler, M. (1988): *Eine Theorie der Sozialpädagogik*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Yehuda, R. (2001): Biology of posttraumatic stress disorder. In: *Journal of Clinical Psychiatry* 62 (17): 41-46.

Zobel, M. (Hg.) (2006): *Traumatherapie*. Eine Einführung. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1. Auflage.