

Choreografien psychiatrischer Praxis

Eine ethnografische Studie zum Alltag in der Psychiatrie

Bearbeitet von
Martina Klausner

1. Auflage 2015. Taschenbuch. 344 S. Paperback
ISBN 978 3 8376 3065 7
Format (B x L): 14,8 x 22,5 cm
Gewicht: 534 g

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Verkörperungen/MatteRealities
Perspektiven empirischer Wissenschaftsforschung

Martina Klausner

Choreografien psychiatrischer Praxis

Eine ethnografische Studie
zum Alltag in der Psychiatrie

[transcript]

Aus:

Martina Klausner

Choreografien psychiatrischer Praxis

Eine ethnografische Studie zum Alltag in der Psychiatrie

September 2015, 344 Seiten, kart., 37,99 €, ISBN 978-3-8376-3065-7

In einer psychiatrischen Klinik werden Menschen mit schweren psychischen Krisen behandelt. Doch wie wird Psychiatrie eigentlich praktiziert? Wie werden psychische Erkrankungen im Klinikalltag diagnostiziert und behandelt? Und nicht zuletzt: Was bedeutet es, längerfristig mit einer psychischen Erkrankung zu leben?

In ihrer ethnografischen Studie einer Berliner Sozialpsychiatrie geht Martina Klausner diesen Fragen nach und arbeitet heraus, mit welchen Vorstellungen von psychischer Erkrankung und Gesundheit die Behandelnden wie auch die Betroffenen im Alltag umgehen. Es entsteht ein ambivalentes Bild, das die vielfältigen Anstrengungen, gute Behandlung zu leisten, nachzeichnet.

Martina Klausner arbeitet am Institut für Europäische Ethnologie der Humboldt-Universität zu Berlin.

Weitere Informationen und Bestellung unter:

www.transcript-verlag.de/978-3-8376-3065-7

Inhalt

Danksagung | 9

Einleitung | 11

Einführung in Feld, Theorie und Methodologie | 21

Erste Einblicke in das Feld sozialpsychiatrischer

Versorgung in Berlin | 21

Psychiatrie als Alltagspraxis: Stabilisierung
von Menschen, Dingen und Wissen | 33

Feldforschung und Kollaboration | 43

Wissensanthropologie und Lernen durch Erfahrung | 51

**Diagnostizieren als Ko-Produktion
von Standards und Skills** | 65

Der Weg in die Klinik | 73

Auf der Station: Das Aufnahmegespräch | 76

Disziplinäre Affordanzen:

Psychiatrische Standards und Skills im Diagnostizieren | 81

Vom Stellen der richtigen Fragen | 83

Vom Interpretieren von Äußerungen | 90

Der psychiatrische Blick | 96

Diagnostizieren als Versammeln | 102

Stabiles Wissen | 110

Fazit: Diagnostizieren im epistemischen Milieu | 118

**Choreografien des Erfahrung-Machens:
Vom verrückten Erleben zu *einer* Erfahrung | 121**

Erfahrungen von Patienten
als Ressource in der Gesundheitsversorgung | 123
Erfahrung als Konzept in der (Medizin-)Anthropologie | 128
Das stationäre „Erfahrungssetting“ | 136
Vom Bett auf die Couch in den Stuhlkreis:
Behandlungsräume im Wandel | 138
Sprechen (und Zuhören) im Stuhlkreis | 141
Die Konfiguration von Erfahrung
als Technologie des Selbst | 152
Abweichende Erfahrungen | 163
Fazit: Die soziomaterielle Konfiguration *einer* Erfahrung | 177

**Leben mit und Arbeiten am Körper
in der psychiatrischen Behandlung | 181**

Abwesende Körper? | 181
Theoretische Perspektiven auf Körperlichkeit | 184
Wie sich psychische Erkrankungen körperlich anfühlen:
Drei Erzählungen | 195
Wie man sich dem Körper widmen muss | 210
Sozialpsychiatrische Konzeptualisierungen
des Biopsychosozialen | 214
Klinische Körperwidmungen | 222
Fazit: Komplianten Pfade | 244

**Verschriebene Zeit und handlungsfähige Patienten:
Von der Klinik in den poststationären Alltag | 247**

Die Synchronisierung des Alltags | 254
Eine andere stationäre Zeitkultur | 266
Handlungsfähigkeit als Prozess | 270
Anleitung zur Eigenständigkeit | 278
Zwischenfazit: Choreografierte Handlungsfähigkeit | 285
Poststationäre Ökologien des Ver-Sorgens | 288
Fazit: Poststationäre Ko-Produktionen
von stabiler Handlungsfähigkeit | 304

Einleitung

An einem der ersten Tage meiner Feldforschung auf einer psychiatrischen Station ermöglicht mir eine Ärztin an einer Supervisionsgruppe für die jungen Assistenzärzte der psychiatrischen Klinik teilzunehmen.¹ In der Supervisionsgruppe ist sie an der Reihe, einen ihrer Patienten vorzustellen und diesen Fall mit der Klinikdirektorin und den anderen Stationsärztinnen zu diskutieren. Sie hatte sich kurzfristig für Herrn Friedrichs² entschieden, nicht weil er diagnostisch so interessant wäre, wie sie ihren Kollegen erläutert, sondern weil der Fall sie aktuell sehr belaste. Sie stellt den Fall vor: Herr Friedrichs sei seit circa zehn Jahren immer wieder auf der Station 29 in psychiatrischer Behandlung, Diagnose: manisch-depressiv. Zur aktuellen Vorgeschichte: Von Januar bis Mai diesen Jahres habe Herr Friedrichs eine massive manische Phase gehabt, seine Lebensgefährtin habe mehrmals versucht, ihn in die Klinik einweisen zu lassen. Da er aber nicht freiwillig bleiben wollte und keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung zeigte, wurde er nicht aufgenommen. Der manischen Phase folgte die aktuelle massive depressive Phase, woraufhin er schließlich aufgrund von Suizidgedanken in die Klinik eingeliefert und nach BGB³ untergebracht wurde. Als es ihm in den letzten Wochen schließlich wieder besser ging, wurden ihm zehn Minuten Ausgang von der Station in Begleitung auf dem Klinikgelände gewährt. Letzten Freitag sei er dann, so sieht die Ärztin es rückblickend, auffal-

-
- 1 In diesem Buch verwende ich die weibliche wie die männliche Funktionsbezeichnung gleichermaßen und in zufälliger Abfolge. Sofern nicht anders gekennzeichnet, meint dies alle Geschlechter.
 - 2 Alle Namen von Personen, mit denen ich im Laufe meiner Forschung zu tun hatte und die in dieser Arbeit erwähnt werden, wurden pseudonymisiert.
 - 3 BGB steht für Bürgerliches Gesetzbuch, in dem das Betreuungsrecht geregelt ist, nach dem in bestimmten Fällen Menschen gegen ihren Willen medizinisch behandelt werden können.

lend ruhig gewesen. Er habe sie nach der Gruppensuche gefragt, ob er Ausgang bekäme. Sie habe eingewilligt, sich aber kurz gewundert, warum er sie nach Ausgang fragte, da dieser bereits abgestimmt worden war. Er sei daraufhin am späten Nachmittag in Begleitung einer Bekannten in das Klinik-Café gegangen. Von einem Toilettengang dort kam er jedoch nicht mehr zurück und blieb verschwunden. Es sei sofort eine Fahndung eingeleitet worden, aber erst am Samstagabend sei er nach einem schweren Suizidversuch in letzter Sekunde aufgefunden worden. Mittlerweile sei er von der Intensivstation wieder auf die Station verlegt worden. Sie habe das ganze Wochenende versucht, sich abzulenken, doch es sei ihr nicht wirklich gelungen. Sie fände es momentan schwierig, mit ihm weiter zu arbeiten. Zunächst sei sie unglaublich wütend auf ihn gewesen; mittlerweile, das betont sie in der Sitzung mehrmals, habe sie eine andere Sicht darauf und könne durchaus sehen, dass der Suizidversuch ein verzweifelter Hilferuf war. Dennoch: sie fühle sich schuldig, habe das Gefühl, einen großen Fehler gemacht zu haben. Er habe sie am Freitag quasi um Erlaubnis für den Suizid gefragt und sie habe es nicht richtig eingeschätzt. Im weiteren Verlauf der Sitzung wird ihr von verschiedenen Seiten versichert, dass sie keinen Fehler gemacht habe. Ihre Schuldgefühle seien eine typische Reaktion auf ein solch traumatisches Ereignis. Es sei trotz alledem wichtig, dass sie dem Patienten wieder vertraue. Man dürfe sich durch diese Unsicherheit nicht in der therapeutischen Beziehung mit dem Patienten beeinträchtigen lassen. Ein Ereignis wie dieses könne man nicht vorhersehen.

In einem psychiatrischen Krankenhaus werden Menschen behandelt, die wie Herr Friedrichs in eine massive akute psychische Krise geraten sind. Diese Krisen werden von den Betroffenen selbst, von ihren Angehörigen, Betreuern oder niedergelassenen Behandlerinnen als so schwerwiegend eingeschätzt, dass eine ambulante Versorgung oder andere Hilfsangebote keine ausreichende Alternative mehr bieten. Was jeweils als eine schwere psychische Krise verstanden wird, ist vielfältig und – das zeigt die Einstiegssequenz – oftmals nicht eindeutig und in seinem Verlauf nicht vorhersehbar. In der Regel bedeutet es, dass ein Mensch in seinem gewohnten sozialen Umfeld, sei es in seiner eigenen Wohnung, in seiner Familie, in seinem Wohnheim, nicht mehr wie bisher weitermachen kann oder will. Auf der psychiatrischen Station in einem Berliner Bezirkskrankenhaus, auf der ich über einen Zeitraum von vier Jahren mehrere mehrmonatige Feldforschungen durchgeführt habe, hatten diese Krisenzustände sehr unterschiedliche Vorgeschichten, die von existenziellen Zweifeln am Leben zu wiederkehrenden Phasen der Unsicherheit reichten, in denen ein Mensch den Alltag nicht mehr alleine bewältigt. Stefanie Büchner beispielsweise, eine junge

Patientin, die ich im Laufe meiner Forschung mehrmals auf der Station traf, kam nach einem Suizidversuch und einer kurzen Behandlung auf der Intensivstation auf die psychiatrische Station. Es war nicht ihr erster Versuch, wieder hatte sie nicht mehr gewusst, wie es in ihrem Leben weitergehen sollte. Liselotte Fischer, eine Patientin Mitte siebzig, wurde von ihrem Hausarzt in die Klinik überwiesen. Sie hatte sich an ihn gewandt, weil sie sich verfolgt und in ihrer eigenen Wohnung nicht mehr sicher fühlte. Auch war sie überzeugt davon, todkrank zu sein. Olaf Mattes, ein Mann Mitte vierzig mit jahrelanger Psychiatrie-Erfahrung, wurde von seinem Wohnbetreuer in die Klinik gebracht, nachdem er über Wochen die Wohnung und das Bett nicht mehr verlassen und angedeutet hatte, sterben zu wollen. Bei Martin Lehmann war es der behandelnde Psychiater der Psychiatrischen Institutsambulanz, der den Eindruck hatte, bei dem jungen Mann bahne sich ein Rückfall an und eine stationäre Behandlung wäre angebracht. Angelika Siebert wiederum, Anfang vierzig und seit einigen Jahren in einem Wohnheim für chronisch psychisch Kranke lebend, wurde von einem guten Freund in die Klinik begleitet, der nicht mehr mitansehen konnte, wie sie sich in ihrem Zimmer verkroch und keinen Schritt mehr alleine machen konnte. Gemein ist diesen Menschen, dass sie selbst oder ihre sozialen wie professionellen Bezugspersonen die Psychiatrie als notwendige institutionelle Ressource ansehen, die ein spezifisches Wissen bereithält, um mit diesen Krisen umzugehen. Wie die Eingangssequenz andeutet und ich im Laufe dieser Arbeit ausführlich herausarbeiten werde, ist dieses professionelle Wissen selbst keineswegs „robust“ und eindeutig, sondern Ergebnis komplexer Aushandlungs- und Interpretationsprozesse. In meiner Arbeit gehe ich der Frage nach, wie versucht wird, Menschen, die tief in die Krise geraten sind, durch die in der Klinik eingesetzten Praktiken der Behandlung so weit zu stabilisieren, dass sie wieder in ihre Lebenswelt außerhalb der Institution zurückkehren können. Was wird als psychische Krise interpretiert und welche Behandlungspraktiken gelten als legitim?

In der Kultur- und Sozialanthropologie gibt es eine lange Tradition, sich mit Menschen in Krisen oder Situationen grundlegender Unsicherheit auseinanderzusetzen, von den frühen Arbeiten wie Evans-Pritchards Studie zu Unglück und Verantwortlichkeit bei den Azande (Evans-Pritchard 1937) oder Victor Turners Untersuchungen zum sozialen Drama und Liminalität (Turner 1969, 1974) hin zu neueren Arbeiten wie Veena Das' Forschungen zu Gewalterfahrung im gegenwärtigen Indien (Das 2007) oder Susan Whytes Ethnografie über den Umgang mit Schicksalsschlägen und Unsicherheiten im ländlichen Uganda (Whyte 1997). Diese ethnografischen Arbeiten zeigen, wie Menschen und Gemeinschaften in unsicheren Zeiten und Krisen Taktiken und Strategien anwen-

den, um ein gewisses Maß an Kontrolle und Stabilität zu erreichen.⁴ Sie machen deutlich, dass in verschiedenen Gesellschaften und Gemeinschaften unterschiedliche soziale Institutionen zur Bewältigung von Krisen autorisiert sind. Bei Krisen aufgrund körperlicher oder seelischer Erkrankung wird in den meisten Gesellschaften die Medizin als eine zentrale Autorität im Krisen-Management angesehen. Medizinanthropologische Untersuchungen haben sich in den letzten Jahrzehnten ausführlich den Betroffenen, ihren Krankheitserfahrungen und ihrer Nutzung des Gesundheitssystems gewidmet. (Biehl 2005; Good et al. 1994; Jenkins und Barrett 2004; Martin 2007; Scheper-Hughes 1979) Dabei wurde insbesondere für das Feld der Psychiatrie herausgearbeitet, dass psychiatrische Krankheitsverständnisse sowohl der Patienten wie der Heilerinnen in unterschiedlichen soziokulturellen Kontexten teilweise gravierend variieren. (Cohen 2000; Good und Subandi 2004; Kleinman 1980; Zaumseil et al. 1998) Was als psychische Krise verstanden wird und wer auf welche Weise in deren Bewältigung eingreifen soll, ist also immer in einem konkreten Kontext herauszuarbeiten. Gleichzeitig wurde Medizin, ihre Institutionen wie ihre epistemischen Grundlagen, in den letzten Jahrzehnten einer sozial- und kulturwissenschaftlichen Analyse zugänglich gemacht. Zum einen wurden die sozialen und kulturellen Implikationen westlicher Medizin in den Vordergrund gerückt und die Konsequenzen medizinischer Intervention in der Gesellschaft kritisch reflektiert. (Kleinman 1980, 1995; Lupton 2003; Young 1982a) Zum anderen, und die Übergänge sind hier fließend, wurde „die westliche Medizin“ selbst als kulturelle Praxis und insbesondere als medizinische Kulturen differenziert. (Beck 2007; Burri und Dumit 2007; Lock et al. 2000; Lock und Gordon 1988; Mol und Berg 1998) Medizin, so eine Erkenntnis aus diesen Diskussionen, muss kontinuierlich daran arbeiten, stabiles, sicheres Wissen zu produzieren, und ist in ihren Alltagspraktiken eher als lokale, soziomaterielle Aushandlung zu verstehen.⁵

Medizinische Praxis betreibt damit Krisenmanagement im doppelten Sinn: sowohl des eigenen instabilen Wissens wie auch der instabilen Patienten. Dabei wirkt nicht einseitig Medizin in Kultur oder in Gesellschaft in lokale Krankheitsverständnisse ein, sondern steht mit ihren sozialen und kulturellen Kon-

4 Wie die Europäischen Ethnologen Stefan Beck und Michi Knecht herausarbeiten, waren Krisen-Phänomene zentrales Thema in der Fachgeschichte der ethnologischen Fächer, wurden aber als theoretisches Problem und Begriff kaum dezidiert ausgearbeitet. (Beck und Knecht 2012)

5 Diese konstruktivistische Sicht auf wissenschaftliches Wissen ist dabei nicht auf das Feld der Medizin begrenzt, sondern wird im Feld der *Science and Technology Studies* als zentrale Perspektive auf die Herstellung wissenschaftlichen Wissens verstanden.

texten in einem dynamischen „Looping-Verhältnis“. (Beck 2009b; Kontopodis et al. 2011; Martin 1998) Diesen dynamischen Prozess hat der kanadische Wissenschaftsphilosoph Ian Hacking in seiner historischen Tiefe herausgearbeitet, indem er zeigte, dass die Wissenschaften vom Menschen, und dazu zählt er insbesondere auch die Psychiatrie, es mit instabilen und sich verändernden wissenschaftlichen Objekten, mit *moving targets* zu tun haben: Durch die Interaktion mit den Untersuchungsobjekten verändern sich diese und konstituieren dadurch auch neues wissenschaftliches Wissen und andere Problematisierungen. (Hacking 1995, 1998, 2007) Die Geschichte der Psychiatrie kann gewissermaßen als ein kontinuierlicher Versuch beschrieben werden, das Wissen um psychische Erkrankungen und deren Ursachen und Behandlungen zu stabilisieren. Nach wie vor sind die Antworten vielfältig. Einig scheint man sich zumindest darüber zu sein, dass es (noch) keine allgemein gültigen und eindeutigen Antworten bezüglich der Ursachen psychischer Erkrankungen gibt; und auch die Behandlungsansätze werden kontrovers diskutiert und verweisen auf grundlegend verschiedene Paradigmen innerhalb „der Psychiatrie“.

Diese Uneindeutigkeit und Ambivalenz psychiatrischen Wissens nehme ich als Ausgangspunkt, um in meiner Arbeit zu fragen, wie in einem klinischen Setting psychiatrische Expertise praktiziert wird. Welches Wissen wird hier als legitim herangezogen, und wie wird Psychiatrie alltäglich praktiziert? Woher (und wie) speisen sich die lokalen Verständnisse von psychischer Erkrankung und die implementierten therapeutischen Angebote in dieser Einrichtung? Wie wird „Psychiatrie-Machen“ in der Klinik gelehrt und gelernt, und welche Konzeptionen von medizinisch-psychiatrischem Wissen lassen sich herausarbeiten? In meiner Forschung bewege ich mich in einer psychiatrischen Versorgungseinrichtung, die sich selbst als „sozialpsychiatrisch“ definiert. Diese Ausrichtung psychiatrischer Expertise steht in einer Tradition, die sich seit der Psychiatrie-Enquête 1975 und den damit verbundenen Umstrukturierungen des deutschen psychiatrischen Versorgungssystems nicht mehr als vorrangig medizinisch definiert, sondern sich als Komplex gemeindeintegrierter, stationärer wie ambulanter, rehabilitativer wie psychiatrisch-therapeutischer Angebote versteht. Im Fokus sozialpsychiatrischer Expertise steht der „Mensch mit seinen Beziehungen in seinem Lebensumfeld, in seinen Interaktionen mit der Umwelt“⁶. Dabei positioniert sich dieses lokale sozialpsychiatrische epistemische Milieu dezidiert in Opposition zu einer als Mainstream verstandenen Psychiatrie, die zunehmend biologisch argumentiert. Ziel der sozialpsychiatrischen Behandlung und Versor-

6 Dieses Zitat entstammt einer Selbstdarstellung der Klinik. Siehe auch Fußnote 1 im folgenden Kapitel.

gung ist die Stabilisierung der Patientin in ihrem sozialen Umfeld. In meiner Arbeit geht es also zum einen um die Frage, welche diagnostischen wie therapeutischen Ansätze lokal als legitim gelten und wie hier trotz und mit der Instabilität von Patienten und Behandlungskonzepten gearbeitet wird. Gleichzeitig frage ich nach den beabsichtigten wie unbeabsichtigten Effekten, die sich hier beobachten lassen. Wie werden aus „Menschen in Krisen“ Menschen, die (wieder) stabil in ihren Alltags agieren? Und was bedeutet es in diesem Zusammenhang, wenn Krisen sich nicht einfach als akut und dann bewältigt, sondern als dauerhaftes oder zumindest wiederkehrendes Erleben zeigen?

Der analytische Fokus liegt damit auf den alltäglichen Praktiken von Betroffenen und Professionellen innerhalb psychiatrischer Institutionen sowie auf den „poststationären Pfaden“ von einigen Patienten und Patientinnen, die ich nach ihrer stationären Behandlung in ihren privaten Alltags über einen längeren Zeitraum getroffen habe. Ein Großteil dieser Menschen war auch nach der Entlassung aus der Klinik in Institutionen des psychiatrischen Versorgungssystems eingebunden. Das psychiatrische Versorgungssystem stellt für mich dabei ein Beispiel dar, wie in unserer Gesellschaft – in Deutschland, in einem westlichen, modernen Staat – Institutionen, die autorisiert sind, soziale Phänomene zu bearbeiten, mit ihrem Wissen auf Menschen einwirken und diese verändern. Gleichzeitig stellt sich die Frage, wie Menschen in diesen Prozessen lernen, wie sie durch dieses Wissen positioniert werden und sich selbst positionieren. Wie wirkt also Expertise auf Menschen in ihren alltäglichen Praktiken ein, wie positioniert, mobilisiert, transformiert, limitiert dieses Wissen? Der Alltag in einer psychiatrischen Klinik ist dabei kein Feld, in dem man primär neue Wissensproduktion oder neuartige Phänomene untersuchen kann, wie es oftmals im Feld der empirischen Wissenschaftsforschung im Vordergrund steht. In diesem „banalen“ Alltag wird vielmehr tagtäglich daran gearbeitet, Praktiken stabil zu halten. „Stabilisierung“ ist ein zentraler Begriff in der alltäglichen Arbeit auf der Station – sowohl für die Mitarbeitenden wie auch für die Patientinnen. Der Alltag auf einer psychiatrischen Station ist durchzogen von menschlichen Dramen und von absurden und außergewöhnlichen Ereignissen. Damit eine gewisse Routine beibehalten werden kann, müssen Praktiken ein hohes Maß an Flexibilität aufweisen. Eine Frage dieser Arbeit wird sein, wie Praktiken in diesem Alltag stabil gehalten werden können und welche Praktiken dabei überhaupt als legitim verstanden werden.

Um dies herauszuarbeiten, verbinde ich neben Ansätzen aus der Medizinanthropologie praxistheoretische Ansätze aus der empirischen Wissenschaftsforschung (*Science and Technology Studies, Social Anthropology of Science and Technology*) mit anthropologischen Konzepten von Wissen und Lernen.

Praxistheoretische Ansätze ermöglichen mir, Prozesse der Stabilisierung als Zusammenspiel sozialer, disziplinärer wie materieller Dimensionen in der Analyse zu diskutieren. Durch die psychiatrischen „stabilisierenden“ Choreografien sollen Menschen nicht nur lernen, ihren Alltag aktiv zu gestalten, sondern auch eine Zukunft zu imaginieren, um Schritt für Schritt an einer Weiterentwicklung zu arbeiten. In meiner Arbeit spielt daher Zeitlichkeit sowohl als Diachronisieren als auch als Synchronisieren eine Rolle. Neben der Frage, wie Praktiken stabil gehalten werden, geht es in meiner Arbeit gleichzeitig auch um die Frage, wie Menschen angesichts psychischer Krisen lernen, stabil zu werden. Stabilität meint hier, dass sie die besondere Ressource Klinik für die Bewältigung ihres alltäglichen Lebens nicht mehr in Anspruch nehmen müssen. Zumindest bis zur nächsten Krise.

Im folgenden *ersten Kapitel* werde ich einige generelle Aspekte der Institution und des Alltags auf der Station beschreiben und daran anschließend in die relevanten historischen Prozesse einführen, die als Kontext für das Verständnis der Alltagspraktiken relevant sind. Im Anschluss werde ich meine theoretische Bricolage aus praxistheoretischen wie wissensanthropologischen Ansätzen herausarbeiten. Diese Theoretisierung ist aus meiner analytischen Arbeit heraus entstanden, also nicht als vorgängig zu meinen empirischen Analysen zu verstehen. Diesem ersten Kapitel folgen insgesamt vier empirische Kapitel:

Im *zweiten Kapitel* steht die Frage im Zentrum, wie die Professionellen im stationären Alltag psychische Störungen diagnostizieren. Im sozialpsychiatrischen Arbeiten in der Klinik, in der ich meine Feldforschung gemacht habe, wird professionelles Wissen vor allem als Erfahrungswissen verstanden und sich gegenüber standardisiertem Wissen kritisch positioniert. Am Beispiel eines Aufnahmegesprächs und der daraus produzierten Dokumentationen arbeite ich heraus, wie diagnostische Standards *und* diagnostische Skills, die in einer „community of practice“ (Lave und Wenger 1991) gelernt werden, das alltägliche Diagnostizieren ko-produzieren. Problematisieren (medizin-)anthropologische Arbeiten insbesondere die Stabilisierung von Fällen anhand universeller, als reduktionistisch verstandener Klassifikationen, wird an meinem Beispiel deutlich, dass das psychiatrische Team als „community of practice“ Informationen über einen Patienten nicht nur „versammelt“, sondern auch auf spezifische Weise kontinuierlich reproduziert und stabilisiert. Während dieses erste empirische Kapitel vornehmlich Praktiken des Diagnostizierens beschreibt, diskutieren die anderen empirischen Kapitel verschiedene Aspekte psychiatrischen Behandeln, wobei ich immer wieder zeigen werde, dass sich im statio-

nären Alltag zwischen Diagnostizieren und Therapieren nicht scharf trennen lässt.

Das *dritte Kapitel* widmet sich den Choreografien des „Erfahrung-Machens“ im stationären Alltag. Mit dem Konzept der Choreografie arbeite ich heraus, wie psychiatrische Expertise Patienten im Rahmen eines spezifischen Sets von Praktiken behandelt und versorgt. Sozialpsychiatrisches Choreografieren zielt darauf ab, durch einen gesteuerten Lernprozess Menschen aus der Krise auf stabile Pfade zu bringen. Durch diesen Lernprozess soll den Patientinnen zunehmend Handlungsfähigkeit und ein selbständiges Selbst-Management gerade auch außerhalb der Klinik ermöglicht werden. Wie ich in diesem Kapitel zeigen werde, werden Patienten im stationären Alltag kontinuierlich aufgefordert, ihre Erlebnisse und Wahrnehmungen zu artikulieren und in der Gruppe mit anderen Patienten und Therapeuten zu interpretieren. Aus verrückten Erlebnissen sollen Bedeutungen herausgearbeitet und diese zu *einer* Erfahrung verarbeitet werden. Hier zeigt sich ein wichtiges Merkmal sozialpsychiatrischen Choreografierens: Menschen werden nicht primär instruiert, sondern kontinuierlich aufgefordert, sich zu reflektieren und zu lernen, einen eigenen Umgang mit ihrem Krankheitserleben zu finden. Eine kritische Auseinandersetzung mit anthropologischen Konzeptualisierungen von Erfahrung macht deutlich, dass dabei Erfahrung immer als Ergebnis eines Herstellungsprozesses zu verstehen ist. Gerade anhand von Beispielen, in denen das kollektive Herstellen *einer* Erfahrung scheitert, wird zudem die Normativität sozialpsychiatrischen Choreografierens sichtbar.

Das *vierte Kapitel* setzt sich mit dem Thema Körperlichkeit in psychiatrischer Behandlung auseinander. Körperlichkeit ist einerseits in gesellschaftlichen wie auch gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen mit psychischen Erkrankungen auffallend abwesend, andererseits in den Erzählungen der Betroffenen und im klinischen Behandeln ebenso auffallend präsent. Ich nutze diese merkwürdige An-/Abwesenheit des Körpers, um danach zu fragen, wie psychische Erkrankungen körperlich wahrnehmbar sind und wie der Patient durch pharmakotherapeutische Interventionen lernen muss, den eigenen Körper neu wahrzunehmen und kontinuierlich zu managen. Während im sozialpsychiatrischen Verständnis Medikamente psychosoziale Interventionen ermöglichen sollen, insbesondere indem sie die Symptome reduzieren, produzieren sie in vielen Fällen Effekte, die gerade das „Selbstverständlich-Werden“ von Körperlichkeit verhindern. Sozialpsychiatrisches Choreografieren zielt dabei auf eine kontinuierliche „education of attention“ (Ingold 2000: 37), die von gemeinsamem Aushandeln bis hin zu Zwangsbehandlung reicht.

Im letzten empirischen Kapitel, dem *fünften Kapitel*, gehe ich einem zentralen sozialpsychiatrischen Anspruch nach: den Menschen als soziales

Wesen in den Mittelpunkt zu stellen und ihn zu befähigen, möglichst eigenständig in sein soziales Umfeld zurückzukehren. Im sozialpsychiatrischen Verständnis ist die psychiatrische Station eine Art „Übergangs-Raum“, in dem Alltagskompetenzen eingeübt werden, die dem Patienten ermöglichen, wieder in die Gemeinde (re-) integriert zu werden. Zum einen soll der Patient sich wieder in einen strukturierten Alltag und übliche Routinen eingliedern, zum anderen wird er im Behandlungsalltag kontinuierlich aufgefordert, eigene Ziele zu artikulieren und an deren Umsetzung aktiv mitzuarbeiten. Mit Blick auf die Entlassung und den poststationären Verlauf wird an einer kollektiven Herstellung von Handlungsfähigkeit gearbeitet, die dem Betroffenen die Teilhabe an der Gemeinde ermöglichen soll. Wie ich zeigen werde, reproduziert gerade diese Fokussierung auf „das Soziale“ Standards von (sozialer) Normalität, an denen viele Betroffene scheitern. Im *Schlusskapitel* werde ich zentrale Argumentationsstränge meiner Arbeit zu Choreografien und Pfade sozialpsychiatrischer Versorgung zusammenführen und abschließend diskutieren.