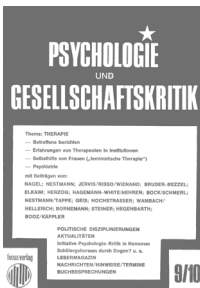


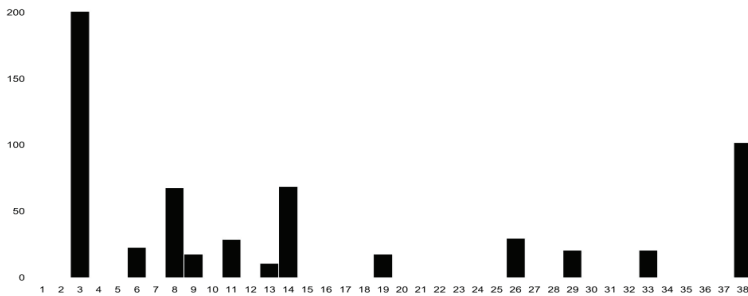
Editorial

Die vorliegende Ausgabe trägt die Heftnummer 150. Für die HerausgeberInnen von *Psychologie & Gesellschaftskritik* ist dies Anlass für ein – etwas anders angelegtes – Editorial, mit dem eine Rückschau vorgenommen und für das gegenwärtige psychotherapiekritische Schwerpunktthema nach früheren Bearbeitungen dieses Sujets gefragt wird.

Die Retrospektive zeigt, dass insbesondere die Themenhefte *Therapie* (1979: Nr. 9/10), *Therapeutische Arbeit* (1984: Nr. 22/23) und *Therapie und Praxis* (1990: Nr. 54/55) eine Reflektion psychotherapeutischer Praxis vornahmen:



Im Zeitraum von 38 Jahren wurden insgesamt 35 Artikel zu psychotherapie- und beratungsrelevanten Problemstellungen veröffentlicht, wobei sich folgende Verteilung der publizierten Gesamtzahl an Seiten (schwarze Balken) ergibt:



Anders als die sonstigen Editorials mit thematischem Input und Heftübersicht listet dieser Prolog für den Themenschwerpunkt ›Psychotherapie‹ und ihre Kritik – siehe unten – die bei *P&G* publizierten Beiträge der letzten 149 Hefte im Literaturanhang auf. Die Beiträge früherer *P&G*-Ausgaben stehen auf dem Volltextserver für Sozialwissenschaften *Social Science Open Access Repository* (SSOAR) des *Leibniz-Instituts für Sozialwissenschaften* (GESIS) online¹ für einen Download zur Verfügung.

Dass zwischen 1990 und 2014, d. h. über ein Vierteljahrhundert hinweg, lediglich vier Einzelbeiträge zu diesem Bereich angewandter psychologischer Wissenschaft erschienen, mag sehr unterschiedlichen – interagierenden – Bedingungen geschuldet sein. Zu erörtern bliebe aber, ob – und wenn ja, warum – ›Psychotherapie‹ so wenig hinterfragt wurde, PsychologInnen gesamtheitlich diese Praxis, auch angesichts der zwischenzeitlich in der BRD 1999 verabschiedeten Psychotherapeutengesetzes, derart selbstverständlich hin-/annehmen bzw. unkritisch mitmachen. Umso mehr ist es von Belang, in diesem Jahr nun mit den Themenheften 149 und 150 eine psychotherapiekritische Selbstbefragung praxisinhärenter Un-/Gewissheiten vorzunehmen (siehe die Beiträge von *Giovanni Maio*, *Jörg Hein*, *Silke Gableitner*, *Brigitte Schigl*, *Katherina Gerlich* & *Heidemarie Hinterwallner*, *Jean-Jacques Abrahams*, *Ulrich Kobbé* und *Allen Frances* im Literaturverzeichnis). Das aktuelle Themenheft ›PSYCHO.THERAPIE.KRITIK ②‹ setzt dieses Projekt fort:

Mit ihrem Beitrag über die institutionelle Psychotherapie in Frankreich skizzieren *Didier Drieu* & *Emmanuel Gratton* einen spezifischen Behandlungsansatz, der kollektive Organisations- und Beziehungsformen

und ein institutionelles Netz mehr oder weniger strukturierter Orte inner- und außerhalb der Klinik als flexible Rahmenbedingungen klinischer Beobachtung und Begegnung immer wieder neu konzipiert.

Die Auseinandersetzung mit den institutionellen Voraussetzungen von Psychotherapie wird von *Heinfried Duncker* anhand des – mehr oder weniger – deutlichen Einflusses des Rupturbegriffs der Psychosenlehre nicht nur auf die diagnostischen Paradigmen, sondern viel mehr noch auf versorgungspraktischer Aspekte symptomspezifischer Spezialisierung fortgesetzt: Was der Autor aufzeigt, sind die Konsequenzen dieses Konzepts für sozialpolitische Voraussetzungen der psychotherapeutischen wie sozialmedizinischen Behandlung jener Erkrankungen, die als sogenannte ›Varianten der Norm‹ moralisiert und diskriminiert wurden.

Maren Kellermann zeichnet in ihrem Beitrag die Entwicklung der Psychosomatik in Deutschland nach. In einer systematischen Analyse einer der wichtigsten deutschsprachigen psychosomatischen Zeitschriften zeigt sie, dass die meist mit psychoanalytischen Ansätzen verknüpfte gesellschaftskritische Perspektive, die in den Anfängen der deutschen Psychosomatik noch eine gewisse Rolle spielte, im Zuge der stärkeren Institutionalisierung und Professionalisierung des Fachs mittlerweile fast gänzlich aus dem psychosomatischen Diskurs verschwunden ist.

Mit einem Verständnis von Psychotherapie als hyperkomplexes Prozessgeschehen konfrontiert *Stephan Hau* die gängige Psychotherapieprozessforschung mit dem Dilemma ihrer Unwissenheit bzgl. veränderungsrelevanter kognitiv-affektiver Veränderungsprozesse in PatientInnen. Die Redefinition der Kriterien empirischer Evidenz in der Psychotherapieforschung mit einer Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden wird vom Autor in Richtung systematischer Untersuchungen der Erfahrung von Klinikern fortgeschrieben: Analog zum freudschen Junktim eines ›Heilens und Forschens‹ geht es ihm – quasi als Nebeneffekt – darum, auch bislang unterbeforschte Umsetzungsprozesse von Psychotherapie in der klinischen Praxis beforschbar zu machen.

PatientInnen mit ›anderen‹ bzw. ›fremden‹ kulturellen Bezügen scheinen vor dem Hintergrund kultureller Differenz spezifische Behandlungskonzepte und -methoden zu erfordern. Hier zeigt *Inga Oberzaucher*

Tölke auf, dass dieser Prozess einer Konstruktion und Herstellung der ›kulturell anderen‹ PatientInnen problematisiert und in eine (selbst-)kritische Auseinandersetzung mit Psychotherapie in der Migrationsgesellschaft überführt werden muss.

Rosmarie Weissensteiner & Thomas Slunecko nähern sich dem Phänomen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) aus kritisch-sozialwissenschaftlicher diskursanalytischer Perspektive: Indem die – Akzeptanz der – Diagnose eine gängige Pathologisierungs- und Behandlungspraxis darstelle, werde diskursstrategisch eine Dichotomie zwischen ›Normalität‹ und ›Andersheit‹, zwischen ›normalem‹ und ›problematischem‹ Verhalten hergestellt und implizit im Widerstand gegen die kindliche Verweigerung von Anpassung der Wunsch artikuliert, ein ›normales‹ Leben führen zu können. Die Diagnose entlaste, versprache Hilfe gegen Überforderung, entpolitisiere bestehende Verhältnisse und liefere ein Deutungsangebot mit Verortung des Problems beim Kind. Leidtragende am System blieben, so die Autoren, weiterhin die Eltern ... und ihre Kinder.

Auch für dieses Themenheft wurden die Abbildungen aus einer Photoserie des Herausgebers (UK) mit historischen Haustüren ausgekoppelt, die sich einer Sonntagsexkursion in die Innenstadt Lippstadts, dem ›Venedig Westfalens‹, verdankt.

Ulrich Kobbé

► Anmerkungen

- 1 Website: <http://www.ssoar.info/home.html>.

► Literatur

- Abrahams, Jean-Jacques (2014). Der Mann mit dem Tonband. *P&G*, 38 (1), 69-98.
- Bock, Ulla & Schmerl, Christiane (1979). Zum Verständnis ›feministischer‹ Therapiegruppen. *P&G*, 3 (1/2), 128-152.
- Booz, Christine & Käppler, Andreas (1979). Erfahrungen in der Therapieausbildung – Geschichte eines ›Kritischen Protokolls‹. *P&G*, 3 (1/2), 258-271.

- Bornemann, Ernest (1979). Psychotherapie und Sozialpsychologie. Zum Therapiekonzept des Wiener Sozialpsychologischen Manifests. *P&G*, 3 (1/2), 229-240.
- Brunner, Karl-Michael (1984). Recht auf Abweichung. Maud Mannonis Konzept einer ›gesprengten Institution‹. *P&G*, 8 (4), 8-23.
- Cash-Twardawa, Paul (2009). Die Bedeutung von Wissen und Glauben in der Psychotherapie. *P&G*, 33 (1/2), 145-165.
- Conrad, Annegret (2005). Bedeutungswandel und Therapieerfolg. Was kontrollierten Effektivitätsstudien entgeht. *P&G*, 29 (2), 69-89.
- Dammann, Burkhard & Scheerer, Sebastian (1985). Menschenwürde in der Drogen-therapie. *P&G*, 9 (3), 77-94.
- Davisdon, Virginia (1989). Das namenlose Problem der Psychotherapie – Sexualität zwischen Therapeuten und Patientinnen. *P&G*, 13 (1/2), 83-93.
- Elkaim, Mony (1979). Die Erweiterung der Perspektive der Familientherapie oder Vom familien- zum sozio-politischen Ansatz. *P&G*, 3 (1/2), 82-101.
- Frances, Allen (2014). Lehren, die aus den Fehlern im DSM 5 zu ziehen sind. *P&G*, 38 (1), 111-126.
- Gahleitner, Silke B.; Schigl, Brigitte; Gerlich, Katherina & Hinterwallner, Heidemarie (2014). Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie vermeiden: Was TherapeutInnen von PatientInnen lernen können. *P&G*, 38 (1), 7-29.
- Geib, Norbert W.R. (1979). Janusköpfige Psychotherapie / Beratung: Wer integriert wen? *P&G*, 3 (1/2), 171-189.
- Geib, Norbert W.R. (1987). Intervenieren? Zur Machtproblematik in Beratung und Therapie. *P&G*, 11 (2/3), 5-20.
- Groetschel, Rose (1990). An den Grenzen klientenzentrierten Handelns in der Prävention. Das Beispiel eines Herz-Kreislauf-Projekts. *P&G*, 14 (2/3), 49-73.
- Grubitzsch, Siegfried (1987). Psychotherapie zwischen Anpassung und Verelendung. *P&G*, 11 (2/3), 53-66.
- Hantke, Lydia (2002). Zur Überwindung der Hilflosigkeit. Traumatherapie aus hypno-systemischer Sicht. *P&G*, 26 (1), 101-111.
- Happel, Hans-Volker (1990). ›Therapie ist doch brotlose Kunst‹. Was das ehemals drogenabhängige Subjekt hindert, sich zum Objekt der professionellen Begierde zu machen (bzw. machen zu lassen). *P&G*, 14 (2/3), 93-108.
- Hein, Jörg (2014). Streitgegenstand Psychotherapie – Save Our Modern Souls. *P&G*, 38 (1), 49-67.
- Herzog, Gunther (1979). Verhaltenstherapie schlecht? Kliniken schlecht? *P&G*, 3 (1/2), 102-127.

- Jervis, Giovanni & Risso, Michele & Wienand, Ulrich (1979). Gespräch über Psychotherapie. *P&G*, 3 (1/2), 56-67.
- Kobbé, Ulrich (1995). »ágrafos nómos« oder das Gesetz des Handelns. Behandlungsethik zwischen palaverndem Anspruch und zynischer Wirklichkeit. *P&G*, 21 (2), 103-120.
- Kobbé, Ulrich (2014). Jean-Paul Sartre und der Mann mit dem Tonband. Ein psychotherapeutisches Lehrstück. *P&G*, 38 (1), 99-109.
- Maio, Giovanni (2014). Psychotherapie als Managementaufgabe. Gefährdung des therapeutischen Selbstverständnisses durch die ökonomische Rationalität. *P&G*, 28 (1), 31-48.
- M.S. & Nestmann, Frank (1979). Gespräch mit einer »Psychiatriebetroffenen«. *P&G*, 3 (1/2), 32-55.
- Nagel, Herbert (1979). Psychologie als Ende der Politik? – Oder: ich der letzte Mensch. *P&G*, 3 (1/2), 9-31.
- Nestmann, Frank (1984). Psychologen in der Erziehungsberatung – an den Grenzen der Institutionalisierung und Professionalisierung? *P&G*, 8 (4), 24-59.
- Nestmann, Frank & Tappe, U. (1979). Thesen zu einem besseren Verständnis von Beratung. *P&G*, 3 (1/2), 153-170.
- Schiedeck, Jürgen & Schäfer, Thomas (1990). Therapie – eine Pädagogik höherer Ordnung. Zur wachsenden Bedeutung therapeutischer Techniken und Betrachtungsweisen in pädagogischen Kontexten. *P&G*, 14 (2/3), 27-46.
- Stehl, Carmen (1982). Familientherapie: die kopernikanische Wende in der Psychotherapie? *P&G*, 6 (2/3), 109-122.
- Stöhr, Peter (1982). Odyssee im Therapiegeschäft – oder die suche nach dem Sinn der Weisen. *P&G*, 6 (2/3), 41-50.
- Veiel, Andres (1990). Der totale Therapeut: institutionelle Widersprüche und Arrangementsstrategien am Beispiel einer Strafanstalt. *P&G*, 14 (2/3), 111-121.
- Wambach, Max & Hellerich, Gert (1979). Therapie-Reform als Versorgungsreform? Positionen der Psychiatrie-Enquête. *P&G*, 3 (1/2), 211-228.
- Weber, Ralf (2002). Psychotherapie nach Man-Made-Desastern. Belastungen und Ressourcen therapeutischer Beziehungen für Traumatherapeutinnen. *P&G*, 26 (1), 113-152.
- Zaler, Sylwia (1984). Arbeitsfeld: Externe Therapeutin in einer Strafanstalt. Beobachtungen und Erfahrungen. *P&G*, 8 (4), 88-101.
- Zurek, Adam (1984). Institutionelle Therapie – Therapie der Institution? *P&G*, 8 (4), 83-87.

Didier Drieu & Emmanuel Gratton

Nachrichten aus Frankreich:

Institutionelle Psychotherapie zwischen Kreativität und Entbindung

Die institutionelle Psychotherapie entstand als politisch engagierte Aktion des Kampfes gegen die psychiatrische Asylpraxis. Sie stützt sich auf Grundkenntnisse der Psychoanalyse, der therapeutischen Gruppenarbeit und der interaktiven Erziehung. Nachdem sie in den 1960er Jahren zur Sektorisierung beitrug, erfuhr sie eine Spaltung in eine Gruppe psychoanalytischer Psychiater und Vertreter mit institutioneller Ausrichtung. Letztere entwickelten einen spezifischen Aufnahmeformat, eine kollektive Organisationsform, eine Vielfalt von Aktivitäten und Alternativen zur Unterbringung. Wesentlich ist die Schaffung eines Beziehungsnetzes mit direktem Bezug zum Alltag. Institutionelle Psychotherapie versucht, einen persönlichen und institutionellen Zugang jenseits der gezeigten Symptome entlang der Übertragungsbeziehungen zu entwickeln. Das Unorganisierte, die institutionellen Lücken, sind dabei ebenso behandlungsrelevant wie durchstrukturierte Zeiten und Orte. Diese integrative Behandlungsform ist durch psychiatriepolitische Maßnahmen (Bettenreduzierung, Steuerung der Verweildauer, gesundheitspolitische und nosographische Konzepte psychischer Gesundheit, Risikovermeidung, Trennung zwischen Behandlung und Beratung) störrisch bzw. gefährdet, sodass der Interventionsrahmen immer wieder neu überdacht und angepasst werden muss.

Schlüsselbegriffe: Institutionelle Psychotherapie, Übertragungsbeziehung, Enthespialisierung, institutionelle Umbrüche, Psychiatrie

Einführung

Die institutionelle Bewegung, die in Frankreich über den Ansatz der institutionellen Psychotherapie hinausreicht, entstand im besonderen Kontext des Zweiten Weltkrieges. Sie hat die Beratungstätigkeit wie die psychische Behandlung verändert, indem sie Begleitung und Behandlung auf den Menschen in seiner Umwelt rezentriert hat.

Im Rahmen dieses Beitrags werden die Ursprünge der institutionellen Klinik vorgestellt und deren Praxis – ihre prinzipielle Reichweite und ihre Grenzen – angesichts bedeutsamer, die übergeordneten Rahmenbedingungen der Institutionen grundlegend verändernder Umbrüche diskutiert.



Ursprünge der institutionellen Behandlung: Schnittstellen von Politik, Psychiatrie und Psychoanalyse

Bis auf Pinel zurückreichend, entstand die institutionelle Bewegung innerhalb der französischen Psychiatrie unmittelbar in der Nachkriegszeit als Antwort auf die negativen Auswirkungen der damaligen Anstaltswelt mit ihrem sanitären Behandlungsansatz. Ein wesentlicher Impuls ging dabei von der Psychoanalyse und bereits Mitte der 1940er Jahre von der klinischen Psychiatrie des katalanischen Psychiaters Tosquelles in Saint Alban aus. Dieser hat die Bewegung der institutionellen Psychotherapie initiiert, indem er sich sowohl auf seine politische Erfahrung, auf ein zwar militantes, doch eher kooperierendes denn marxistisch-leninistisches Engagement stützte; als auch durch die Überlegungen von Simon zur Bedeutung verbesserter klinischer Rahmenbedingungen für die Behandlung und durch die Doktorarbeit Lacans über die paranoide Persönlichkeit und die Psychosenbehandlung inspiriert wurde. Ebenfalls zu erwähnen ist der Beitrag von Daumézon, der mit anderen in der Vereinigung CEMÉA¹, dann in der Experimentalschule von Sèvres eine Auseinandersetzung der Behandler mit der Logik des Irrenwesens, seinen Hierarchien und seinen Ausgrenzungsmodalitäten, der Chronifizierung, gewissen Formen extremer Abhängigkeit und perversen Bindungen zwischen den verschiedenen Akteuren der Anstalt anstieß. Schließlich nutzen diese Pioniere – wie Barus-Michel (1987) aufzeigt – noch weitere Quellen, so die Beiträge angelsächsischer Autoren (Sullivan, Lewin, Moreno) hinsichtlich gruppendynamischer Phänomene und Techniken aktiver Erziehung der institutionellen Pädagogik (Freinet, Oury, Neill, Delignya).

Die engagierte Haltung und Erfahrung der Nachkriegszeit ging in den 1960er Jahren Verbindungen mit politischen Vorhaben der Regierungen der IV. Republik ein, mit denen erste bedeutsame Veränderung der psychiatrischen Krankenhauswelt verabschiedet wurden. Dieses Reforminteresse verband sich mit ›organo-dynamischen‹ Vorstellungen² von Ey, dem Gründer der gleichnamigen Zeitschrift und Gesellschaft *Évolution psychiatrique* [Psychiatrische Entwicklung], sodass ein Brückenschlag zwischen psychoanalytischen Kreisen und der bis dahin den psychoanalyti-

schen Zugängen wenig aufgeschlossenen Psychiatrie möglich wurde. Diese Verbindungen veranlassten eine Gruppe von Pionieren, in Sèvre Tagungen zu organisieren, auf denen 2 Jahre lang sowohl über die Politik der Sektorisierung (Weiterentwicklung des psychiatrischen Krankenhauses, Ausbildung der Assistenzärzte, Schaffung von Tagesklinik, Hauspflege, Arzt-Patient-Beziehungen...) als auch über die Teilhabe von Pflegepersonal an der Psychotherapie debattiert wurde. Die hierdurch in Gang gebrachten Auseinandersetzungen über eine Sektorisierung provozierten allerdings eine Spaltung zwischen den ›psychoanalytischen Psychiatern‹, die eine institutionelle Psychotherapie zu entwickeln trachteten, und jenen wie Paumelle, Kestenberg und Diatkine, die davon überzeugt waren, dass der Platz der Psychoanalyse im Sinne einer Differenzierung institutioneller Funktionen, Rahmungen und Freiräume bestimmt werden müsse.

Darüber hinaus entstand ein erster Zugang zur institutionellen Behandlung im Umfeld von Tosquelles institutioneller Psychotherapie und ihren Weiterführungen in Form »einer Pädagogik wie des Experiments der offenen Schule von Célestin Freinet bis hin zur Philosophie (Jean Paul Sartre, Cornelius Castoriadis), zur soziologischen und psychosozialistischen Interventionen nach Vorstellungen von Georges Lapassade, René Lourau«, weiter Max Pagès, Vincent de Gaulejac (Drieu, 2013, S. 4). Die zwischen den verschiedenen Richtungen der klinischen Sozialpsychiatrie herzustellenden Verbindungen hat u. a. Barus-Michel (1987) herausgearbeitet. Auf Teamebene waren die Akteure der Behandlung darauf bedacht, das nicht unmittelbar verständliche Agieren als Ausdruck der Chronizität psychotischer Patienten *in praxi* aufzugreifen, als Besonderheit einzubeziehen, um kongruent zu ihren psychischen Funktionen zu handeln (vgl. Oury, 1986). Dabei soll die Institution in ihren Alltagsabläufen *per se* therapeutisch, die klinische Arbeit um die unbewussten institutionellen Vorgaben zentriert sein. Die programmatische Entwicklung stützt sich auf eine ›Begrüßungsarbeit‹, die sich nicht auf eine Beobachtung des Menschen bei der Aufnahme beschränkt, sondern sich bis hin zur Ebene des durch ein Netz aus Versammlungen organisierten Kollektivs erstreckt: Es handelt sich um jene kollektive »phorische Funk-

tion«³ bei Delion (1999), die eine Reflexion der Übertragungsbedingung, in welche Behandler und Patienten eingebunden sind, ermöglicht. Besondere Achtsamkeit gilt den Widersprüchen sozialer Aktivitäten, der Teilnahme der Kranken oder Klienten am Patientenclub, an kulturellen Veranstaltungen als auf die Wiedergewinnung einer sozialen Gemeinschaft abzielenden, Öffnung herstellenden Maßnahmen. Die sich durch eine ›semaphorische‹ und ›metaphorische‹ Aktivität hindurchziehende therapeutische Funktion kann durch alle Akteure der Institution unter der Bedingung geteilt werden, dass dabei ein »diakritisches Funktionieren des Kollektivs« erfolgt (ebd.). »Indem sich diese Praxis in der Psychiatrie und in bestimmten sozialmedizinischen Diensten bis in die 1980er Jahre verbreitete, ist ihr Selbstverwaltungsideal sehr rasch mit den Grenzziehungen der Sektorisierung und den tiefgreifenden Umbrüchen der psychiatrischen Behandlungseinrichtungen kollidiert« (Drieu, 2013, S. 4).

Ein anderer Zugang psychischer Behandlung bildete sich um jene Psychoanalytiker heraus, die komplementäre Formen der therapeutischen Begleitung, der psychotherapeutischen Dimension medizinischer Behandlung, Beratung oder psychosozialer Rehabilitation suchten. In diesem Kontext integriert die institutionelle Klinik mehrere wesentliche Funktionen i. S. einer aktiven Präsenz der Pflegenden und anderer Behandler (insb. bei der Aufnahme und der Orientierung in verschiedene(n) Behandlungsbereichen), sodass Sinnzusammenhänge und Kontinuität über verschiedene Phasen hinweg gewährleistet werden. »Es handelt sich dabei also darum, mit der Institution, so wie sie sich präsentiert, zu denken, ohne den Anspruch ihrer Veränderung zu haben. Der Behandler interessiert sich als sozial Intervenierender mehr für die Wirklichkeit, die der Patient durchlebt; der Psychotherapeut oder Psychoanalytiker verortet sich sozusagen in einer psychodynamischen Klinik (mit Psychotherapien und anderen therapeutischen Vermittlungen)« (ebd., S. 4). In Bezug auf psychotische Patienten zögert z. B. Racamier nicht, von den Behandlern in der Institution als Botschafter der Wirklichkeit zu sprechen. Diese nehmen, indem sie sich auf die konkrete Lebenspraxis beziehen, Funktionen des Contains projizierter psychotischer Ängste ein und – indem sie eine symbolisierende Aktivität unterstützen – einen Modus wahr,

durch den Hirngespinnste miteinander geteilt werden. Ausgehend von seiner Erfahrung in der psychotherapeutischen Einrichtung *Velotte* in Besançon begründete er ein Arbeiten auf mehreren institutionellen Feldern. Ein gleiches Vorgehen findet sich bei Paumelle und Diatkine, deren Betonung des Nähe- und Beziehungsprinzips, insb. der weiterführenden Betreuung, der Sektorisierungsbewegung den Weg bereitete. So wie die analytische Erfahrung der Übertragung aus dem klassischen psychoanalytischen Setting herrührt, muss eine psychotherapeutische Arbeit in und mit der Institution – z. B. mit Maßnahmen der ambulanten Behandlung oder Beratung, der Betreuung und/oder der stationären Unterbringung – ›bifokal‹ oder ›plurifokal‹, d. h. mit zwei oder mehreren Foki angelegt werden. Die Autoren bestehen sehr darauf, die Bezugsräume zu differenzieren, dies auch auf die Gefahr hin, Behandlungsteams durch Konfrontationen mit unbewussten Inhalten ohne verlässlichen Interpretationsrahmen auf die Probe zu stellen: »Mithin betrifft das Übertragungs geschehen nach Ansicht der sich an der Bewegung der institutionellen Psychotherapie orientierenden Psychiater und Psychoanalytiker jedermann und muss daher in verschiedenen Bereichen instituierten Sprechens weitergeführt werden« (Diatkine, 1970, S. 5).

Unabhängig vom gewählten Behandlungsansatz haben sich die involvierten Kollegen für das Funktionen von Gruppen interessieren müssen, woher ein Interesse an Arbeiten der Psychosozialogie und heute der durch Winnicott und Bion eingeführten Intersubjektivität rührt. In Frankreich wurde die Reflektion über ›die Gruppe und das Unbewusste‹ von Anzieu (1975) konzeptualisiert und von Kaës (1988) als Reflexion über ›die Effekte des Unbewussten in den Institutionen‹ sowohl für Pflegende und Erzieher als auch in den psychoanalytischen Wissenschaften eingeführt. Die Vorstellung war, »sich der die Institution bestimmenden gegenläufigen Kräfte bewusst zu werden«: Die einen bemühen sich darum, im Kontext einer Idealentwicklung »einheitliche Vorstellungen von Kausalität, des Zusammenwirkens libidinöser Einträge« zu entwickeln; »andere arbeiten auf sowohl die Differenzierung als auch die Integration unterschiedlicher Elemente in immer größer werdender Einheiten hin, noch andere auf Zerstörung und Angriff« (Kaës, 1988, S. 16f.). Mithin

geht es auch um die ›Frage der Verknüpfung negativer Allianzen‹, wie sie an Krisen, an eskalierenden Teamstörungen, an institutionellen Umbrüchen (Leitungswechsel, Veränderung der Zielgruppe, Wandel von Normen), an der Schaffung von Mythen zur Aufrechterhaltung narzisstischer Kontrakte (aber auch des Schweigens über die mitarbeiter- wie klienten-bezogene Vergangenheit) teilhaben.

Die Prinzipien der institutionellen Behandlung: Befreiung und kontinuierliche sowie intermittierende Intervention

Ganz gleich, welcher Fachrichtung sie auch immer zugehörten, waren die Betreffenden in ein politisches Ideal (der *Enthospitalisierung* oder vielmehr der *Befreiung*, wie sie der in den 1960er Jahren entstehenden Sektorspsychiatriebewegung eigen war) in der Arbeit mit an *Symbolisierungsstörungen* leidenden Kranken und mit Erkrankungen (nämlich *Verrücktheit*, *Psychosen*, heute *Borderlinestörungen* und ›*Syndrom der Selbstausschließung*‹) involviert (vgl. Furtos, 2002, S. 15). Diese Behandlung könne »nur in Institutionen, die zwischen den Behandlern und den aufgenommenen Menschen geschaffen werden« erfolgen (Delion, 2006, S. 13), d. h. dort, wo Räume der Begegnung, Wiederentdeckung, Entwicklung, aber auch Orte der Projektion von zunächst erlebten, unterdrückten, dann in den Zusammenkünften dargestellten Konflikten existieren. Dieses Netz innerhalb einer Institution muss alltäglich jenen Wiederentdeckungen Raum geben, die eine Veränderung beobachteter Ereignisse (semaphorische Dimension bei Delion) in darstellbare psychische Schauplätze (phorische Dimension) als Übergangsstufen auf dem Weg zur Symbolisierung erlauben. Nach Hochmann (1982, S. 990) »besteht die kollektive Behandlung darin, einen aktiven Container, einen Transformator noch unreifer Emotionen in Gefühle, einen psychischen Ort zur Verfügung zu stellen, an dem die körperlichen oder geistigen Erfahrungen des Patienten durch die Interventionen, deren Objekt er von Seiten der Behandler ist, einen Sinn erfahren«. Jedoch besteht vor dem Hintergrund einer Zentrierung auf die Entlassung der Kranken aus den An-

staltsmauern (*Enthospitalisierung*) ein wesentliches Ziel darin, das soziale Netz, die Beziehung zur Umwelt herzustellen.

Sektorisierung als gemeindenähe Behandlung

Die Erweiterung institutioneller Psychotherapie auf eine psychiatrische Sektorisierung erfolgte dies organisatorisch in Form gemeindenäher Behandlungsdispositive, durch in der Gemeinde leicht erreichbare offene Orte. Wenngleich weniger radikal als in Italien, sollte die Anstalt dadurch verlassen werden, dass »Fähigkeiten gemeinschaftlicher Kreativität und gegenseitiger Hilfe« mobilisiert werden, »um das – wo oder wie auch immer ausgedrückte – Leiden oder die psychische Not von vornherein und bedingungslos anzunehmen« (Oury & Orange, 2013, S. 155). Wenn man mit der Umwelt, mit Familienmitgliedern nach einer manchmal langen Zeitdauer der Chronifizierung oder nach Gewalttätigkeiten im Rahmen einer Krise wieder Kontakt aufnimmt, muss man sich die notwendige Zeit nehmen, um ein gegenseitiges Vertrauensband des kranken Menschen mit seinem Umfeld wieder zu knüpfen. Dementsprechend geht es in der Erwachsenenpsychiatrie bereits ab Aufnahme in der Einrichtung darum, die Wiedereingliederung, später dann die Rehabilitation mitzudenken, um »die Auswirkungen des Ausschlusses von öffentlichen und bürgerlichen Rechten vulnerabelster Personen zu begrenzen« (ebd., S. 155). Wenngleich die wesentlichen Prinzipien der Sektorisierung (Gemeindenähe, Niedrigschwelligkeit, Austausch) in der Erwachsenenpsychiatrie nach wie vor aktuell sind, werden sie durch Krankenhauslogiken der Mittelbeschränkung und der Hyperspezialisierung konterkariert: Die Folge ist eine Art Sprengung solchermaßen orientierungsloser Behandlungsteams, die von allzu oft in Expertenfunktionen gefangenen Psychiatern alleingelassen werden. Anstöße kommen daher zunehmend über den Umweg von Betroffeneninitiativen, »durch Träger von Selbsthilfegruppen, von Übergangswohnheimen, von innovativen Patientenclubs mit professionell begleiteter Übergangshilfe, von Diensten der Wiedereingliederung ins soziale Leben. [...] Psychiater und Teams sehen sich derzeit auf Betreiben der Kunden veranlasst, ihren Platz zu überdenken, das

Wesen der Vulnerabilität anders in Betracht zu ziehen, die ›Aufnahme zur Behandlung‹ als etwas zur hinterfragen, das über die medizinisch-technische Vorstellungen von Behandlung hinausgeht« (ebd., S. 155).

Dieser Weg ist von der Praxis der pädopsychiatrischen Versorgung verschiedener Trägern der Behandlung von Kindern und lange Zeit stigmatisierter Jugendlicher recht verschieden. Hier gibt es Grundsatzbeiträge, u. a. von Misès, Diatkine oder Mannoni, die scharfe Debatten über dieses Prinzip der Gemeindennähe widerspiegeln. Für sie ging es insb. darum, gegen den psychiatrischen Ansatz zu kämpfen, Kinder mit schweren psychischen Krisen oder Jugendliche mit gravierenden Selbstwertproblemen auf das Image geistig Retardierter oder aber psychisch Behinderter zu reduzieren. Es ging ihnen um die Organisation einer die edukativen wie psychologischen Bedarfe des Kindes berücksichtigenden Behandlung. Hierbei muss die Behandlung für Misès und Diatkine »multidimensional« sein, sich auf ein Netz »psychotherapeutischer Mediatoren«, auf »Außenbezüge«, auf eine Arbeit mit Erziehern, Schulen, Familien stützen und das Ziel verfolgen, »ausgehend von konkretem Erleben in einem Vorstellungsraum das Imaginäre und die vorbewussten Funktionen wieder in Gang zu bringen« (Chagnon, 2013, S. 102). Für Mannoni orientiert sich der Zugang zum Kind – nach den Vorstellungen einer ›gesprengten‹, um multiple Bezugspunkte organisierten Institution – mehr an der Subversion jenes erzieherischen oder resozialisierenden Modells, das sich allzu sehr am ›Bild eines idealen Kindes‹ orientiert, welches das Unvorhergesehene untersagt und das Kind zur Passivität verdammt (vgl. Jonquière, 2013). Indessen erweisen sich beide Ansätze, so Delion, heute angesichts einer Synthese »beider Richtungen der institutionellen Psychotherapie, die Gesamtinstitution als einen potenziell psychotherapeutischen Raum zu konstruieren und eine Therapie der Institution vorzunehmen«, als wesentlich weniger gegensätzlich, »da die eine untrennbar mit der anderen verschränkt ist« (Robin, 2013, S. 163f.). Zunehmend öffnete sich die Behandlung zum Umfeld und einer Zusammenarbeit mit schulischen Hilfenetzen (RASED), insbesondere aber einer Integration der Eltern, der Familien in den psychotherapeutischen Prozess. Anfangs wurden diese Behandlungsprinzipien erarbeitet, um den Ein- und Abbrü-

chen der Behandlungsdynamik zu begegnen und in der Folge tatsächlich therapeutische Räume zu gestalten, die sich da erweitern, wo die therapeutische Arbeit mit einem Kind um eine Arbeit mit der Familie, bspw. in vielfältigen Unterbringungen, in Eltern-Kind-Gruppen, ergänzt werden muss.

Aufnahme: Raum eines Austauschs mit hochsymbolischer Reichweite

In der psychiatrischen Anstaltswelt, selbst in der allgemeinmedizinischen Krankenhauswelt bleibt die Aufnahme allzu oft auf die Untersuchung und Bewertung der Störungen konzentriert, wobei der Mensch als ein ›Objekt des Wissens‹ wahrgenommen wird, das Symptome aufweist, die man bewerten können muss, um sie behandeln zu können. Selbst wenn diese Praktiken mit neuen Patientenrechten weiterentwickelt wurden, verbleibt der Patient in dieser Logik des medizinischen Wissens. Selbst bei einer Öffnung hin zu komplementären Zugängen der Anthropologie, des Rechts, der Psychoanalyse riskiert der Behandler, den Begegnungsmoment zu verpassen, der zur Herstellung eines für den Kranken sinnhaften Universums günstig wäre.

Die ›kulturelle Revolution‹, welche die Bewegung der institutionellen Psychotherapie zu unternehmen wagte, besteht in der Überzeugung, den Kranken nicht nur ins Zentrum der Behandlungsmaßnahmen, sondern auch seiner Gesundung zu rücken (vgl. Delion, 2006). Hiermit ging die Oury (2001) zu verdankende Vorstellung einher, das Krankenhaus müsse als ›Hospital‹ gastlich, solle ein ›Hospiz‹ i. S. eines Gasthauses sein. Die psychiatrische Gastfreundschaft bestehe dabei darin, jeden Patienten – selbst wenn er sich in außergewöhnlichen Zuständen befindet – auf eine nicht-traumatisierende Art und Weise in Empfang zu nehmen, indem man mit ihm möglichst authentische Beziehungen herstellt. Man muss also mit dem Pflgeteam eine Form des Empfangs entwickeln, die es erlaubt, dem anderen in dessen psychopathologischer Selbstvergessenheit unter förderlichen Rahmenbedingungen zu begegnen, Sorgfalt auf seine Aufnahme zu verwenden. Dies bedeutet, dass das Dispositiv, dass der

institutionelle Rahmen der Aufnahme zum Gegenstand von Diskussionen, Aushandlungsprozessen werden sollte, um einerseits eine Beziehungsaufnahme zu unterstützen, vor allem aber die Mitarbeitsbereitschaft des Betreffenden als Voraussetzung therapeutischer Beziehung einzubeziehen. Die Aufnahme, ist folglich eine Öffnung zum anderen in der Überzeugung, dem Verlangen des Patienten einen Platz zu verschaffen, ihn als ein anderes menschliches Wesen zu empfangen, das trotz aller mit seiner Erkrankung verbundener Vorurteile an- und aufgenommen zu werden erwartet. So wird in der Klinik *Laborde* der zukünftig Aufzunehmende eingeladen, die Klinik mit Unterstützung von ›Lotsen‹ zu besichtigen, Bewohnern also, die ihn – während sie ihm die Örtlichkeiten vertraut machen – über das Leben in der Klinik, so wie sie es (er-)leben, informieren (vgl. Oury, 1990).

Das Bemühen um ein Gelingen der Aufnahme bleibt also nicht auf der Eingangsschwelle stehen, sondern wird fortwährend bis in die Gemeinschaft weitergetragen. In diesem Sinne hinterfragen Oury und Tosquelles »die Institution, in der sich die Behandlungen (stationäre Klinik, teil-/ambulante Dienste, Heim...) zusammenlaufen. Wie kann sie ein durch spezifische Instrumente hinreichend ›gemeinschaftlich erarbeitetes‹ Milieu werden, mit dem eine integrierte Empfangs- als auch Behandlungsfunktion geschaffen werden?« (Crête, 2013, S. 138). Hinzu kommt, dass die Aufnahme in diesem Verständnis kein individuelles Handeln, z. B. keine vereinzelte Arzt-Patient-Besprechung ist, sondern – obschon in der Psychiatrie (oder der psychischen Gesundheitsversorgung) die Stellung des Arztes einen hohen Stellwert hat – ein kollektives Handeln. Ebenso beschränkt sich die Aufnahme nicht auf die Eingangsschleuse, sondern verlängert sich in allen den aufzunehmenden Menschen betreffenden Beziehungen in die Institution hinein. Hierfür ist es erforderlich, dass die Behandler (oder andere Beteiligte) im Falle einer Rückfalldynamik, bei Wiederauftreten von Erlebtem in der Aufnahmesituation zur Verfügung stehen, um diese aufgreifen und ihr ein einfühlsames Verständnis entgegenbringen, um »ihre Übertragungskonstellation« (Delion, 2006, S. 14) verstehen zu können. Andernorts spricht Hochmann in einem wesentlich differenzierteren Ansatz institutioneller Klinik – wie bspw. Überschnei-

dungsbereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie – von einer auf den Patienten zentrierten Institution, die von der Vorstellung ausgeht, um ihn herum »einen Rahmen« zu schaffen, »der für ein Zusammentreffen aller Gesprächspartner des Patienten (Psychiater, Pflegepersonal, Sozialarbeiterin, Arbeitgeber etc.), welches auch immer ihr Zuständigkeitsbereich sein mag, anpassungsfähig genug ist, sodass diese ein gemeinsames Projekt verfolgen können« (Chagnon, 2013, S. 102). Es geht also darum, zwischen dem Kind, seiner Familie, der Schule, der Gemeinde, den Behandlern eine gemeinsame Historie zu (re-)konstruieren, die durch Zeitlichkeit, durch Differenzierung von Örtlichkeiten skandiert und durch diestituierende Einflussnahme der institutionellen Gemeinschaft organisiert wird.

Diese Vorstellung der Aufnahme umfasst die Notwendigkeit eines Umfeldes, das differenzierte, nicht auf einander reduzierbare Räume ermöglicht, welche dem Patienten tatsächliche Wahlmöglichkeiten und Chancen, sich einzubringen, eröffnen und insofern positive Ergebnisse zeitigen, als sie seine Psychologie zum Erscheinen bringen. Der Patient kann damit alle Mitglieder der Institution (Behandler und Behandelte) treffen, beteiligen, ihnen eine Rolle zuschreiben, mit ihnen Beziehungen eingehen und sich in das Leben der Einrichtung integrieren.

Übergangsräume: besetzbare, differenzierte, kontinuierlich verfügbare Orte

Hermann Simon, einst Psychiater in der damaligen Provinzialheilanstalt Gütersloh, forderte bereits zu seiner Zeit, es sei erforderlich, sich bei jedem Patienten für die oft durch Psychiater vernachlässigten »gesunden Anteile« zu interessieren (Simon, 1933). Indem er die Anstalt als einen kranken Organismus ansah, wandte er sich gegen die Inaktivität, das ungünstige Umfeld der Abteilungen und gegen die Projektionen der Pflegenden, insb. gegen das Vorurteil der Unzurechnungsfähigkeit. Er insistierte, der Patient müsse im Krankenhausmilieu die Grundlagen einer Aktivierung finden können, seien es Gruppenaktivitäten oder psychotherapeutischen Ansätze zur Aktivierung des durch das Anstaltsklima beein-

trächtigten Subjekts. Diese Vorstellung bezieht sich speziell auf jene Beziehungen zwischen der Organisation (der Einrichtung) und der Institution (der Gemeinschaft, dem Kollektiv), die eine institutionelle Kultur mit antagonistischen, zugleich aber komplementären Logiken stiften können. Der Begriff des Milieus verweist auf Übertragungsphänomene und berührt grundlegend die, um ihre Chronifizierung zu verhindern und damit zusammenhängende Projektionen erkennen zu können, fortwährend zu analysierenden Übertragungsfiguren in Gruppen. Im Geiste psychiatrischer Sektorisierung darum, Verbindungen zwischen Krankenhäusern und -außen zu schaffen, um nicht nur eine Entlassung in extramurale Lebensbedingungen, sondern ein viel weiter reichendes ›Mosaik‹ zu schaffen, das – je nach Bedarf (*à la carte*) – vielfältige Lebenswege, pulsierende Umwege (des Triebgeschehens) erlaubt (Chaperot & Celacu, 2008).

Über die Differenzierung von Behandlungsorten (vollstationäre Unterbringung, Tageskliniken, medizinisch-psychologische Zentren, teilstationäre Behandlungseinrichtungen) hinaus wurde also ein Konzept entwickelt, an und mit der Atmosphäre der psychiatrischen Behandlung zu arbeiten. Die Logik der Sektorisierung bestand darin, Strukturen zu schaffen, die sich einerseits persönlichen Freiräumen, einem Kommen und Gehen öffnen, andererseits Haltepunkte bieten, an denen sich Beziehungen gründen können. Begegnungsräume dieser Art bieten zunächst von Vereinen getragene therapeutische Angebote (Teestube o. ä.) und andere Gruppenangebote, die inner- und außerhalb der Anstaltsmauern auf den Weg gebracht werden. Ihre Einrichtung wurde Gegenstand von Diskussionen, da dieser Gemeinschaft bereits eine besondere Behandlungsfunktion, die ›phorische‹ Funktion eines Holding, zukam. Ebenso wurde in den medizinisch-sozialen Einrichtungen die bisherige Unterbringungsphilosophie infrage gestellt, indem man sich dabei auf eine Differenzierung in Ort der kindbezogenen Intervention (Schule, Atelier, Werkstatt), der Psychoedukation und Behandlung (externe Psychotherapien), verschiedener Projekt- und Lebensbereiche (Pflegefamilien, Ambulatorien) stützte.

Die Ateliers wurden zu therapeutisch unterstützenden Orten, an denen sich sowohl die Bedürfnisse und Fantasmen als auch Konflikte fokussierten, indem dort die Beziehungen zum anderen als auch zu sich selbst aufleben (vgl. Azoulay, 2004, S. 10). Diese zunächst auf Prinzipien der körperbezogenen Behandlung, der Beschäftigung in der Anstalt beruhenden Aktivitäten wurden zunehmend zu einer therapeutischen Projektidee mit Freiheiten, sich in diese Aktivitäten einzubringen, in ihnen hin- und herzuwechseln, weiterentwickelt. Diese Wechseldynamik zwischen Innen und Außen, zwischen verschiedenen Werkstattangeboten ermöglicht den Patienten, sich einen Zeithorizont, Wahlmöglichkeiten und Orientierungspunkte – wieder – zu verschaffen und so die paradoxe Entstehung eintöniger Chronizität zu verhindern. Es gibt daher nicht mehr eine durch einen einzigen Behandlungsvertrag (den der psychiatrischen Unterbringung) markierte Erkrankungszeit, sondern einen Zeitraum, der sowohl durch verschiedene Unterstützungsformen diskontinuierlich gehalten als auch durch die Beendigung bestimmter und die Fortsetzung anderer Beziehungen im Kontext einer viel umfassenderen Übernahme von Behandlungsverantwortung gestaltet wird. Darüber hinaus kann jeder Teilnehmer sich – in seinen Selbstbefragungen durch die anderen begleitet – mit seinem Wunsch auseinandersetzen, sich in diese oder jene Örtlichkeit oder Aktivität einzubringen, in diese zurückzukommen oder eben auch nicht. Selbst wenn einige Ateliers (offene Gruppen) keine therapeutische Funktion oder Leitung haben, erlauben die Wechsel (von An- und Abwesenheit, von Integration und Abschied) Erfahrungen des Mangels und Zustände der Leere zu erarbeiten, was langfristig nicht ohne therapeutische Wirkung bleibt. Das Begehren, das Engagement der Behandler trägt viel dazu bei, symbolische Wirkung zu entfalten, da sie in ihren persönlichen und rollenhaften Identitäten ein Übertragungsangebot machen, das – unterstützt durch ein therapeutisches Milieu – unentwegt erneuerte Ausdrucks- mit zugleich konstanten Beziehungsformen zur Verfügung stellt. Winnicott situiert die Kreativität in diesem Feld der Übergangserfahrungen, zwischen der inneren und der Wirklichkeit einer äußeren Welt. Die darin mögliche (Wieder-)Entdeckung des Selbst, später ergänzt durch die Erfahrung von Vertrauen in

Kontinuität, in Beziehungen, in spielerische, kreative Fähigkeiten, unterstreicht er als ihre Hauptfunktion. Indessen riskiert diese Kontinuität angesichts ihrer Vulnerabilität unentwegt infrage gestellt zu werden. Deshalb handelt es sich von der Zielsetzung her darum, Dispositive einzurichten, die sowohl eine Kontinuität als auch Diskontinuität der klinischen Arbeit aufrecht halten und damit Vermittlungsinstanzen zur Verfügung stellen, die es erlauben, die Abhängigkeit von den Helfern zu behandeln (vgl. Winnicott, 1989).

Institutionelle klinische Arbeit: Von der Beobachtung im Zwischenraum zur Teilhabe an der therapeutischen Gemeinschaft

Neben den bereits genannten Einrichtungen besteht das Erfordernis, auf das sich in den Räumen entwickelnde Ungeplant-Zufällige zu achten, auf »jene *atypischen* (atopischen, utopischen?) – abgespaltenen – institutionellen Abläufe, in denen sich das verortet, was sich andernorts nicht einschreiben kann. [...] Derartige Gruppenprozesse können strukturierte Prozesse *verstärken*, indem sie auf die gleich- oder gegensinnig einwirken oder aber in die institutionell vorstrukturierten Zeiträume schieben« (Roussillon, 1988, S. 159). Welchen Zugang zu Institutionen, zur Gruppenpsychoanalyse, zur Rahmenanalyse, zur institutionellen Psychotherapie man auch wählen mag, die Überlegungen betreffen immer Fragen der Zwischenräume, der Korridore (vgl. Fustier, 2008; 2012), sprich, des Unorganisierten, das sich in die Abläufe der Aufnahme, der Begleitung bei psychischen Behandlungen einschreibt (vgl. Delion, 2001). In diesem Zusammenhang verbindet eine ›informelle Klinik‹, d. h. alles, was an Beobachtung vorliegt, die Eingeweihten in diesen Korridoren und Fluren. Folglich hat dieses Informelle / Unorganisierte große Bedeutung für die sich unterschiedlich einbringenden Akteure, für die Art und Weise, wie die Institution ihre Reichweite steuert. Damit stellen sich Fragen, wie: »Ist der Zwischenraum ein Arbeitsbereich oder ein privater Raum? Immerhin hängt der regulative Stellenwert des institutionellen Zwischenraums von der Unentscheidbarkeit dieser Frage ab« (Roussillon, 1988, S.

169). In welchem Moment wird ein ursprünglich formloser, informeller Raum des Austauschs formalisiert? Hier geht es um Debatten, wie sie therapeutische Mahlzeiten, therapeutische Freizeiten usw. betreffen. Die Widersprüchlichkeit des Zwischenraums erlaube, so Roussillon, die subjektive Distanz zum Anderen zu regulieren, indem in ihm die Möglichkeit besteht, das ein bestimmtes Problem betreffende Terrain ›abzutasten‹. Mithin werden narzisstische Beschädigungen realer wie phantasierter Art vermieden, wie sie angesichts eines Sprechens entstünden, das das Risiko auf sich nähme, gehört zu werden und Zurückweisung zu erleiden. Als Orte der u. U. vorläufigen Aufbewahrung des Informellen können diese Objekte oder Räume einer Projektion in Bezug auf das institutionelle Leben insoweit eine organisierende Wirkung entfalten, als sie Entwicklungsprozesse verstärkt.

Roussillon betont, dass die gemeinschaftliche klinische Arbeit darin besteht, das sich in den Zwischenräumen Abspielende zu kennen, anzuerkennen, um darüber hinausgehend das zu entwickeln, was für die anderen Bereiche relevant sein kann. In einem von Roussillon, Kaës und Fustier etwas verschiedenen Ansatz findet sich dieselbe Sichtweise bei Delion, der hervorhebt, es gehe darum, in den Aktivitäten und ihren Zwischenbereichen eine ›semaphorische‹ Haltung (als Beobachter psychischer Veränderungen, die dem Formlosen, dem Unorganisierten entstammen), diese Wahrnehmungen auf der institutionellen Bühne (mit) zu teilen und darzustellen (zu metaphorisieren), bevor sie in der Symbolisierung aufgehen. Diese mehrere Behandler integrierende Konstruktion stellt in gewisser Weise die ›assertive Folie‹, den ›semaphorischen‹ Ort des zu Interpretierenden dar, das im Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen zutage tritt (vgl. Delion, 2001). Diese ›assertive Folie‹ entspricht einer *anpassungsfähigen Substanz*, die sich verändert, um so nah wie möglich an dem zu sein, was vom zur Aufnahme gelangenden Menschen kommt, ohne jedoch sich diesem überzustülpen oder ihn auf der Ebene des Kollektivs abzukapseln. Gerade deshalb muss das institutionelle Dispositiv (die Gesamtorganisation) den Zwiespalt des Zwischenraums ertragen, nämlich das Experimentieren, das Spiel des Austauschs, innerhalb und außerhalb der Gruppen zulassen und unterstützen. Mit

dem Zwischenraum, dem Unorganisierten und Informellen zu arbeiten, impliziert die Notwendigkeit einer Abstützung im Erleben der Gruppe, einer Analyse ihrer Wirkungen, eines Rückgriffs auf Psychodramaelemente (imaginatives, metaphorisches Denken). Roussillon betont die Notwendigkeit von Aktionen, die – mit einem definierten Abbruchkriterium – dazu gedacht und dafür geeignet sind, bei sich in Gruppen und Behandlungsteams entwickelnden Teufelskreisen (›Verweigerungsgemeinschaften‹) eine Zäsur vorzunehmen, da der Wiederauftakt manchmal erst im Nachhinein dieser gemeinschaftlichen Erfahrung möglich und erst in und durch diesen (Ab-)Bruch problematisiert werden kann.

Umbrüche in der medizinischen Versorgungslandschaft

Gezwungenermaßen muss anerkannt werden, dass diese Klinik des Zwischenraums, des Informellen gefährdet ist. In kritischen Situationen kann die Entlastungsfunktion einer Gruppe, einer therapeutischen Gestalt, jederzeit – wie bekannt ist – neutralisiert oder disqualifiziert werden, womit ein gemeinschaftliches Arbeiten, ein Gruppenkonsens bezüglich dessen, was sich in der Institution abspielt, verhindert wird. Oft genug geschieht dies, wenn die institutionellen Dispositive durch veränderungsbedingte Störungen (Wechsel von Ärzten, der Leitung, der Aufnahmebestimmungen...) überlastet sind. Derzeit erlebt man in Frankreich eine effektive Krise der institutionellen Klinik aufgrund tiefgreifender Umbrüche der übergeordneten Rahmenbedingungen innerhalb der öffentlichen Gesundheits- und Sozialversorgung (vgl. Pinel, 2008). »Alles in Allem fand ein Wechsel von Einrichtungen mit einer Organisation vom charismatischen Typ zu einem Management durch Geschäftsführer, von Institutionen mit hierarchischer, aber komplementärer Organisationsform (als von der patriarchalen Gesellschaft geerbten Strukturen) zu immer mehr nach Logiken der Serviceleistungen modellierten Diensten statt, die unter Wettbewerbsbedingungen organisatorisch miteinander vernetzt sind« (Drieu, 2013, S. 6). Im Kontext des Bruchs mit den Basisbedingungen der Behandlung und Edukation wird dem für die Projektentwicklung in Institutionen unerlässlichen Prozess ihrer Historisierung der Boden

entzogen, sodass die Teams zunehmend mit Rückzug, Angst, Argwohn reagieren (vgl. Kaës, 2012). Damit existieren mehrere – über Fragen der Abschaffung einiger tausend Psychiatriebetten hinausgehende – Formen eines tiefgreifenden Umbruchs. Hinsichtlich der Vorstellungen von psychischer Behandlung nehmen wir an einer Revolution teil, die mit dem radikalen Wechsel vom Kampf gegen die Gründe und Auswirkungen psychischer Erkrankung hin zu einem eher sanitären Konzept psychischer Gesundheit einhergeht und hierbei die Interventionen unterschiedlicher Beteiligter in Verhaltensmuster der Risikovermeidung transformiert. Mit ihrer Sprengung sind die Grenzen zwischen den Bereichen der Behandlung und der Erziehung durchlässig geworden. Wenngleich eine gewisse ›Durchlässigkeit‹ zwischen den verschiedenen Bereichen durchaus wünschenswert sein kann, nimmt sie dann einen verwirrenden Zug an, wenn sie – bspw. im Falle psychischer Behinderungen – eine indizierte Komplementarität von Edukation und Behandlung verhindert. Diese Situation wird durch Orientierungsverluste in den Teams, durch neue Nosographien (des DSM) und die Reduzierung des Störungswissens bzw. -verständnisses auf objektivierbare Eigenschaften, durch andere zur Aufnahme kommende Personenkreise, i. S. vielfältiger Ungewissheiten verstärkt. Oftmals kommen Probleme von Direktoren oder Ärzten hinzu, die weniger jene Autorität – und damit die Fähigkeit einer Richtungsbestimmung – verkörpern, wie sie für die Auswahl institutionelle Praxen erforderlich ist, sondern vielmehr ein auf ökonomische Betriebsabläufe ausgerichtetes Management vornehmen. Bleibt noch hinzuzufügen, dass eine schwerwiegende Krise der Professionalisierung der klinischen Praktiker in den Behandlungskollektiven mit einem Verlust an psychiatrischer Spezialisierung beim Pflegepersonal, einer Verringerung der Psychiater, einer generationsübergreifenden Krise (als Praxisgefälle zwischen den Generationen) und einem Verlust an Weitergabe von Handlungswissen einhergeht. Das Gesamt dieser Fakten trägt dazu bei, Abgrenzung zu schaffen, das Unorganisierte erstarren zu lassen, Verbindungen zwischen den Teams auf Spaltungs- und Konkurrenzniveau zu stören, das Klinische durch das Organisatorische beherrschen zu lassen (vgl. Kaës).

Diese Institutionsdynamik trifft auf zur Aufnahme kommenden Menschen, die in ihren Subjektivierungsprozessen oft verstört sind, die sowohl an ihrer narzisstischen als auch ihrer gesellschaftlich-sozialen Wurzel leiden, die durch Begleitsymptome einer Bindungsstörung und erfahrener traumatischer Gewalt gezeichnet sind. Angesichts einer traumatischen Überforderungsdynamik, wenn bspw. die Kunden oder Patienten die Mitarbeiter mit einem – ihre kollektiven Bewältigungsfähigkeiten überflutenden – Übermaß an Angst in Beschlag nehmen, in Situationen der Spannungsüberladung als »Kollaps der institutionellen Topik« (Pinel, 2007), können Zwischenräume jene »Krypten« zur Verfügung stellen, können also Spaltungen ein paradoxes Vorgehen begünstigen und »einen einerseits öffentlichen Teil, andererseits verborgenen Teil innerhalb der Institution« herstellen (Roussillon, 1988, S. 170). Unter derartigen Bedingungen stellt sich das Problem der Steuerung noch mehr als heute, wo die Bereiche des sog. psychischen Gesundheitswesens (der Erwachsenenpsychiatrie) zahlreiche Umbrüche erfahren. Angesichts dieser Krisensituation ist es erforderlich, den Interventionsrahmen von solchen Steuerungssystemen her zu denken, indem man sowohl den Gemeinschaftsgedanken (Gesprächs-, Steuerungsgruppe) als auch eine Ebene der gemeinschaftlichen Konstruktion des Interventionsrahmens und -prozesses mobilisiert.

Indessen bestehen institutionelle Gemeinschaften angesichts dieser grundlegenden Veränderungen weiter: Sie transformieren sich, indem sie – wie in den Experimenten institutioneller Psychotherapie in den Kliniken *Laborde* und *La Chesnaie*, in den therapeutischen Alternativen der Tageskliniken von Delion in Lille – ein die Übertragung begünstigender Bereich der Klinik bleiben. In ganz anderem Zusammenhang psychiatrischer Ex-Patienten und Selbsthilfegruppen (*Groupe d'Entraide Mutuelle*) geht es darum, dass diese Klienten das Wort ergreifen, was ihnen die Umkehrung ihrer negativen Sichtweise der sozialen Welt erlauben und Dynamiken einer psychosozialen Rehabilitation in eine langfristige Inklusion verwandeln könnte. Der Beirat des psychischen Gesundheitswesens (*Conseil de Santé Mentale*) könnte Teil eines solchen Projekts sein, wie die Entwicklung des Bereichs der Erwachsenenpsychiatrie in Lille durch Roelland zeigt, der stationäre Krankenhausdienste in mobile

Teams transformiert hat, welche innerhalb des innerstädtischen Netzes interagieren, um Krisen mit Krankenhausunterbringung von zu Hause, als Vor-Ort-Praxis der Intervention in Zwischenräumen, ganz nah zu begleiten. Andere Dispositive institutioneller Behandlung wie die Klinik *Montsouris* oder das Zentrum *Etienne Marcel* entstanden durch Schaffung von Netzwerken einer Handlungsforschung, in der die neuen diagnostischen Terminologien bei gleichzeitiger Dekonstruktion ihrer verobjektivierenden Dimension zur Anwendung kamen.

Schluss

Die institutionelle Psychotherapie hat einen Paradigmenwechsel mit sich gebracht, der den auf Symptomen, Diagnostik und Behandlung fußenden medizinischen Ansatz in einen das Konzept seelischer Gesundheit ganz allgemein durchstappenden verändert, der den Menschen in seinen Beziehungs- und Umweltbedingungen berücksichtigt. Entsprechend antwortet sie auf die Internierung, die eine Isolierung des Patienten nach sich zieht, mit der Auslagerung, dem Wechsel oder der gegenseitigen Ergänzung von Behandlungen, indem ›interne‹ und ›externe‹ Mittel, Ateliers, Klubs, Gesprächsgruppen als für Austausch und Beziehung mit anderen geeignete Gelegenheiten zur Verfügung gestellt werden. Die im engeren Sinne psychologischen Behandlungen werden in einen Kontext eingebettet, bei dem insb. dafür Sorge getragen wird, dass der Mensch an seiner Gesundung teilhat und in die Institution integriert wird, sodass die integrative Behandlung mit gewöhnlich dem sozialmedizinischen Bereich zugewiesenen Fragestellungen verbunden ist. Die Grenzen zwischen therapeutischen und sozial-educativen Bereichen werden im institutionellen Behandlungsansatz als unterschiedliche Ansätze aufrechterhalten. Im Gegensatz dazu können diese heutzutage angesichts der derzeitigen Krankenhauspolitik und -realität insofern ›durchlässig‹ erscheinen, als es dabei nicht um einen ganzheitlichen Ansatz, sondern um das Vorherrschen eines Leistungsmodells geht, das – nach dem Vorbild geschäftlicher Unternehmungen – immer unterschiedener Bewertungsnormen ins Zentrum des Handelns stellt. Die institutionelle Psychotherapie mag darin von

ihrem ganzheitlichen Hauptanliegen entfremdet wirken, und es bedarf in der Tat all ihres kreativen Einfallsreichtums, einer Aktivierung ihrer Vertreter / Teams, um dieser entmenslichenden Praxis Widerstand zu leisten.

Für die Behandlungsteams im Feld seelischer Gesundheit handelt es sich folglich darum, sich der am Horizont des derzeitigen Unbehagens wahrzunehmenden Skepsis entgegenzustellen, die ursprüngliche Kreativität wieder aufzugreifen, dabei gerade mit der ihre Entwicklung in Gang setzenden Anstaltslogik nicht zu brechen, sondern im Gegenteil einer Leistungslogik zu widerstehen, die eine Berücksichtigung unterschiedlicher Bereiche der Behandlung verhindert oder diese mit einer wirtschaftlichen Verwertung amalgamiert. Gestern wie heute handelt es sich darum, eine an der Geschichte des Subjekts orientierte Kontinuität der Behandlung aufrecht zu halten, indem sich diese auf ein zunehmend dichteres und offeneres Netzwerk stützt. Es handelt sich daher nicht nur um eine Herausforderung für die Zukunft der institutionellen Psychotherapie, sondern für neue Formen der Professionalisierung als Antworten auf Fragen von Verelendung (Prekarisierung) und Gewalterfahrung, die immer öfter die Herausforderungen der seelischen Gesundheitssorge bestimmen.

(Übertragung aus dem Französischen von Ulrich Kobbé)

► Anmerkungen des Übersetzers

- 1 *Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active* (CEMÉA): Es handelt sich um 1937 gegründete Fort- und Weiterbildungszentren, in denen Praktiker mit subjekt- und wertorientierten interdisziplinären Behandlungsansätzen und mit dem Ziel einer Veränderung des Milieus in psychiatrischen und pädagogischen Einrichtungen tätig sind.
- 2 Die von Henri Ey 1936 entwickelte ›organo-dynamische‹ Theorie diene insb. dem Verständnis komplexer psychischer, z. B. halluzinatorischer Störungen; vgl. Wikipedia-Eintrag http://de.wikipedia.org/wiki/Organo-dynamische_Theorie.