

6 **Erweiterndes Reflektieren: ›Blinde Flecken‹ psychiatrischer Versorgung adressieren?**

Genesungsbegleiter sehen die einfachen Dinge, die wir nicht sehen. Und sie machen uns auf Dinge aufmerksam, wo wir merken, da haben wir ganz viele blinde Flecken. (El 11; 01.03.2017)

Die Verstärkung formal anerkannten Wissens ist gewiss nur eine Wirkdimension von Erfahrungsexpertise im (teil-)stationären psychiatrischen Alltag, die mit *Praktiken des Reflektierens* hervorgebracht wird. Spezifische Krisenerfahrungen von Genesungsbegleiterinnen werden als Expertise im (teil-)stationären Alltag ebenso effektiv, indem sie ›abstraktes‹ Wissen erweitern. Und dies sowohl im Sinne einer Opposition zu diesem als auch im Sinne einer – wie oben im Gespräch mit einer Pflegedienstleiterin bemerkten – Hinwendung zu (vermeintlichen und tatsächlichen) blinden Flecken zertifizierten Wissens. Um psychische Krisen erfolgreich zu bewältigen sind eben auch Kompetenzen gefordert, die »Yuppie-Schnösek, eilige ›Ärzte‹ oder ›Theoretiker‹ offenbar nicht vorweisen können«, wie Stefan Beck es polemisch ausdrückte (Beck 2009, 228). Dass es den gelernten Experten nicht (mehr) möglich sei, die Gesamtheit einer medizinischen Diagnose zu überblicken, ist eine bereits lange existierende Kritik an modern-medizinischen Versorgungssystemen, die unter anderem deren (Über-)Spezialisierung auf einzelne Kompetenzbereiche beanstandet (u.a. Rabeharisoa 2014).

Genau solche Kompetenzen, die diesen und andere Mängel der (teil-)stationären Versorgung adressieren, stehen bei Praktiken des *erweiternden Reflektierens* im Zentrum, dem zweiten Modus des Reflektierens, den ich in dieser Arbeit vorstelle. *Erweiterndes Reflektieren*, so das Argument dieses Kapitels, führt zu einer Erweiterung des Geltungsbereiches von formal anerkanntem Wissen in den (teil-)stationären Settings durch Genesungsbegleitung. Es geht hier unter anderem um Themen wie Partnerschaften, um Schlafmangel, um die Nebenwirkungen von Medikamenten, um die Auswirkungen von psychiatrischen Diagnosen auf alltägliche Situationen, um Stigma und Ausgeliefertsein. Zwar haben sich Nutzerinnen untereinander (ebenso wie viele Ärzte, Psychiater, Psychologen, Pfleger, Ergotherapeuten

und Sozialarbeiter usw.) sicherlich schon immer über solche Inhalte ausgetauscht. Gerade in sozialpsychiatrischen Milieus ist die Bedeutung dieser Aspekte für die Krankheitsbewältigung anerkannt (u.a. Dörner et al. 2017; Thoma 2018).

Allerdings erhalten solche »lebensweltlichen«¹ Themen mit Genesungsbegleitung eine andere Position im (teil-)stationären Alltag – wenn auch meist unter prekären Arbeitsbedingungen für Genesungsbegleiterinnen und mit vergleichsweise wenig Autorität ausgestattet – wie nachfolgend deutlich werden wird. In meinen empirischen Materialien wurde gerade vonseiten anderer Mitarbeiterinnen hervorgehoben, dass lebensweltliche Aspekte von Psychiatrieerfahrung die Domäne der Genesungsbegleiterinnen sei.

Erweiterndes Reflektieren ermöglicht, wie ich in dem vorliegenden Kapitel ausführen werde, einen ungewöhnlichen und ungewohnten »knowledge space« (Turnbull 2000) in der psychiatrischen (teil-)stationären Versorgung in Deutschland.

Damit will ich kein additives Wissensmodell vorschlagen, das behauptet man könne zum: »wahren Wissen der Medizin die Perspektive der Betroffenen [addieren, Anmerkung CS], dann könne die Performanz des medizinischen Systems im Interesse aller Beteiligten [...] deutlich gesteigert werden« (Beck 2015a, 229). Ich gehe also nicht per se davon aus, wie in Kapitel 4.1 (siehe S. 137ff.) umrissen, dass Reflektieren und Reflexivität positive Effekte haben. Vielmehr fokussiere ich, wie mit *erweiterndem Reflektieren* eine spezifische Trajektorie von psychischen Krisenerfahrungen zu Genesungsbegleitungsexpertise produziert wird, in der einerseits die »fleshy situatedness of our modes of being« (Mol und Law 2004, 43) und/oder andererseits systemische Nebenfolgen von psychiatrischer Versorgung in den Blick rücken.

Dabei wird – im Gegensatz zu *kanalisierendem Reflektieren* – nicht notwendigerweise ein Bezug zum individuellen Krisenerleben einer Genesungsbegleiterin hergestellt. Mit Praktiken des *erweiternden Reflektierens* stelle ich nicht die Transformation von Krisenerfahrungen in eine bedeutungsvolle Krisenerfahrung im Sinne von Dewey ins Zentrum, sondern wende mich Leerstellen und blinden Flecken von gegenwärtiger (teil-)stationärer psychiatrischer Versorgung zu, die durch Genesungsbegleitung adressiert werden. Der Gegenstand der Reflexion in Praktiken des *erweiternden Reflektierens*, um es kurz zu sagen, ist vor allem die relationale, gemeinsame Situation zwischen Patienten, Mitarbeitern und Umwelten im psychiatrischen (teil-)stationären Alltag, weniger ein dieser Situation vorgängiges Krisenerlebnis und dessen Transformation aufseiten der Genesungsbegleiterin.

1 Ich nutze den Begriff »lebensweltlich« in Ermangelung eines klareren Begriffs angelehnt an Alfred Schütz' soziologische Deutung (Schütz & Luckmann 1979, 25), da sich hiermit auf einen Kontrast zu formal anerkannter Expertise verweisen lässt und zugleich die soziale Bedingtheit von Erfahrungen betont wird.

Praktiken des *erweiternden Reflektieren* eröffneten innerhalb meiner Feldforschung im Besonderen einen Raum für körperliche Situiertheit: sowohl für Genesungsbegleiterinnen, als auch für Nutzerinnen und andere Mitarbeiterinnen. Hierauf gehe ich in Kapitel 6.1 »Raum für ›die ganze Person?‹« ein. Ich zeichne nach, wie ›die ganze Person‹ der Erfahrungsexpertin alltagspraktisch in ein klinisches Setting eingebracht wird oder werden soll. Die Offenlegung von psychischen Krisen erstens, und zweitens, der Umgang mit Medikation bieten ergiebige Themenbereiche aus meinen empirischen Feldforschungsmaterialien. Die *Erweiterung* besteht hier vor allem darin, dass Aspekte eingebracht werden, die Charakteristika widersprechen, welche klassischerweise Expertise zugeschrieben werden, wie bspw. Universalität und Verlässlichkeit (u.a. Daston 2007).

Die *Erweiterung* kann aber auch darin bestehen, dass es sich um eine Opposition zu systemischen – oder, genauer, infrastrukturellen (Star und Ruhleder 1996; Niewöhner 2015) – Dimensionen von gegenwärtiger (teil-)stationärer psychiatrischer Versorgung handelt. Eine solche durch Genesungsbegleitung bedingte *Erweiterung* wurde während meiner Feldforschung vor allem in Bezug auf Sprache und den Umgang mit Diagnose-Klassifikationen thematisiert, wie ich in Kapitel 6.2 »Raum für Sprache und Kritik?« erläutere.

Diese beiden Varianten des *erweiternden Reflektieren* sind nur zwei Ausschnitte aus einer Vielzahl an möglichen, im Rahmen von Genesungsbegleitung aufkommenden Aspekten, in denen eine Opposition zu und Kritik an Psychiatrie verhandelt wird – dies sei vorab noch bemerkt.

Ich spreche trotz dieses Fokus auf Kritik und Opposition von *erweiterndem Reflektieren*, statt etwa von kritischem oder oppositionellem, da es sich in Teilen um eine gewollte, im Versorgungssystem bereits angelegte Kritik handelt. Denn Genesungsbegleiter sollen zwar im (teil-)psychiatrischen Alltag kritisch sein. Doch dieses Kritisch-Sein vollzieht sich in einem spezifischen Kontext: Häufig werden bestimmte Einwände von Genesungsbegleitern erwartet und auch von anderen Mitarbeiterinnen geteilt. In anderen Fällen muss die Kritik an Radikalität einbüßen, um in einer psychiatrischen Klinik wirkmächtig werden zu können. Anna fasste eine solche Position der Genesungsbegleiterinnen mit den Worten: »Wir sollen zwar bellen, aber nicht beißen« (FN I; 22.02.2013) zusammen – also als eine gewissermaßen zahnlose und folgenlose Form. Zu anderen Zeitpunkten wiederum blieben Einwände vonseiten der Genesungsbegleiter nicht nur folgenlos, sondern kamen gar nicht erst zum Ausdruck, wie beispielsweise die nachkommend geschilderte Situation verdeutlicht:

Anna und ich befanden uns, wie so häufig, auf dem Weg zu einem Gesprächstermin und sie erzählte von einer Situation im Schwesternzimmer während einer Übergabe. Die »Übergabe« bezieht sich in diesem Fall auf den Informationsübergabeprozess zwischen verschiedenen Pflegeschichten (i.d.R. Frühdienst, Spätdienst und Nachtschicht). Auf der Station 20 wurden hier zumeist alle Patientin-

nen anhand einer ausgedruckten Liste durchgesehen und geprüft, Veränderungen in deren Verhalten (häufig mit einem einfachen Pfeil nach oben oder Pfeil nach unten) markiert, besondere Vorkommnisse, Medikation und Ausgangsregelungen usw. besprochen. Anna erklärte:

Und es wird zwar einerseits von mir erwartet, dass ich Kritik äußere. Und es gibt schon Momente, da sitzen drei Leute aus der Pflege bei der Übergabe und diagnostizieren wild herum zwischen F20 und F40. Und das stößt mir schon auf, aber in dem Moment sage ich es nicht. Es ist ja nicht mal so, dass ich mich das nicht traue. Sondern die Situation gibt es einfach nicht her. Die sind sowieso schon mit Übergabe total beschäftigt und dann, ja, dann sage ich nichts. (FN II; 18.05. 2015)

Anna nannte hier vor allem den Zeitdruck in der Übergabesituation, der Bemerkungen zum Umgang mit Diagnoseklassifikationen verhindere. Übergaben in klinischen Situationen, egal in welcher Variante (für eine medizinisch-psychiatrische Review der Effektivität verschiedener Übergaben siehe Smeulers et al. 2014; 2015) sie stattfinden, unterliegen meiner Ansicht nach immer relativ hohem Zeitdruck. Sie bündeln und versammeln viel Personal, dass dann nicht im direkten Kontakt mit den Nutzern steht. Auf der Station 20 wurde die Zimmertür des Schwesternzimmers für den Zeitraum der Übergabe geschlossen und es wurde versucht »Störungen« (FN I) von außerhalb des Raumes so lange wie möglich zu ignorieren – was selten gelang und fast immer zu Unterbrechungen führte. Diese Bedingungen im Gesamt Ablauf des stationären Alltags führten also dazu, dass Anna keine Kritik an einem sprachlichen Umgang mit Diagnosen übte.

Dennoch wurde vonseiten der Pfleger, der Ärzte, der Sozialarbeiter usw. regelmäßig der Wunsch an die Genesungsbegleiter formuliert, kritisch zu sein: »Also ich wünsche mir mehr Genesungsbegleiter aus dem Grund, dass man in der eigenen Kritik an der Psychiatrie noch mehr Rückendeckung bekommt« (FG 1, 16.01.2015) bemerkte beispielsweise ein Psychiater im Gespräch.

Obwohl also Kritik an Psychiatrie im Feld als maßgeblicher Beweggrund für Genesungsbegleitung formuliert wurde und ein Effekt von Erfahrungsexpertise in Aktion sein kann, besteht meiner Ansicht nach die Wirkmacht von *erweiterndem* Reflektieren im Stationsalltag nicht vorrangig darin, dass es sich um besonders kritisches Wissen handelt. Stattdessen wird – im besten Fall – ein »knowledge space« generiert, in dem Kritik möglich, aber nicht erforderlich ist.

6.1 Raum für die »ganze Person«? – Offenlegung von psychiatrischen Diagnosen und der Umgang mit »Nebenwirkungen«

Und das ist so: Das (Genesungsbegleitung, Anm. CS.) kann man nur erklären, wenn man die ganze Person gleich mit erklärt. Das muss keine andere Berufsgruppe machen. (FG 1; 16.01.2015)

In diesem Ausschnitt aus einem der Fokusgruppengespräche wurde das Bild »der ganzen Person« eingebracht, um die Differenz zwischen Genesungsbegleiterinnen und anderen Mitarbeiterinnen in psychiatrischen Kliniken zu erklären. Dieser Abschnitt und der Ausspruch von Anna, an sie werde herangetragen »als ganze Person sichtbar zu werden« (FN II; 05.05.2016) – der so und so ähnlich sehr häufig eingebracht wurde – ist eine Variante der übergreifenden Argumentationslinie, dass Genesungsbegleiter andere und im biomedizinischen Modell nicht anerkannte Aspekte und Kompetenzen einbringen. Zum Beispiel durch eine Überschreitung der Trennung in private und professionelle Person (in einer »ganzen Person«). Allein die Offenlegung einer psychiatrischen Diagnose, bzw. die eines Angehörigen, in einem professionellen Kontext, die Grundvoraussetzung für das Agieren als Genesungsbegleiterin ist, wirkt in diese Richtung. Es können dabei aber auch im engeren Sinne körperliche Aspekte in den Vordergrund gehoben werden. Ob dieses Einbringen von ungewöhnlichen Kompetenzen vor allem darin begründet liegt, dass Genesungsbegleiterinnen weniger alltäglichen Zwängen unterliegen (sie müssen keine Medikamente verschreiben; sie müssen vergleichsweise wenig Verantwortung für Entscheidungen übernehmen) oder ob ein genuin spezifisches Wissen als Grund für diese Argumentation herangezogen wird, unterscheidet sich in meinen empirischen Materialien stark. Mir geht es nicht darum, hierfür einen einzelnen und klaren kausalen Zusammenhang zu vertreten; vielmehr will ich ein Spannungsfeld um »die ganze Person« entfalten, in dem Genesungsbegleiter meiner Ansicht nach situiert werden und sich situieren.

Offenlegung von psychischen Krisen

Genesungsbegleiterinnen sollen ihr »privates Leben« in die alltägliche Stationsarbeit einbringen. Wie ich bereits in Kapitel 5.3 (siehe S. 161ff.) beschrieben habe, werden sie dazu angehalten, konkrete Ereignisse, Orte, Personen usw. zu benennen – wohingegen andere Mitarbeiterinnen im *psy-complex* in der Tendenz anonymere Bezüge zu ihren Biografien herstellen und in andere, abstraktere und weniger personengebundene Konzepte generalisieren sollen und können.

Folgende Situation auf der Station 20 verdeutlicht, wie ein Einbringen von privaten Aspekten in einer Gesprächssituation zwischen einer Patientin und einer Genesungsbegleiterin verhandelt werden kann. Zum Zeitpunkt der Beobachtungs-

sequenz war ich mit Frau Laak, der Nutzerin, schon bekannt und hatte bereits mehrere Male als ›Schatten‹ an ihren wöchentlichen Einzelgesprächen teilgenommen (wodurch die etwas absurde Konstellation des ›Einzelgesprächs zu dritt‹ entstand). Es blieb trotzdem in manchen Hinsichten ein Einzelgespräch, da ich mich in keine dieser Situationen aktiv als Gesprächspartnerin eingebracht habe – im Gegensatz zu anderen Gesprächsmomenten. Auch die Sitzkonstellation verstärkte die Bindung zwischen Anna und der Patientin, da sie sich gegenüber auf Stühlen saßen, während ich – zunächst aus Mangel an Stühlen, dann aus Gewohnheit – etwas abseits meist auf einem Sitzsack lümmelte. Dennoch war sich Frau Laak sehr wohl meiner Anwesenheit bewusst und war in jeder Woche erneut damit einverstanden, dass ich an den Gesprächen teilnahm. Diese Gespräche fanden aus Platzmangel nicht in einem abgeschlossenen Raum statt, sondern in einer Ecke eines Wintergartens. Anna achtete jedoch darauf, dass niemand in Hörweite war. Sie nutzte in diesen Gesprächen den sogenannten Maastrichter Fragebogen² als Gesprächsleitfaden, der auf Personen ausgerichtet ist, die Stimmen hören. Unvermittelt unterbrach Frau Laak die Beschreibung ihrer aktuellen Stimmenlage und fragte:

Frau Laak: »Und sie haben ja gesagt, Sie haben Familie? Wie war das bei Ihnen und Ihrem Mann? Also, es interessiert mich einfach, wie Männer oder Partner darauf reagieren, wenn man das sagt.«

Anna: »Ja also bei mir: Bei mir kommt irgendwann, wenn man mich näher kennt – ich binde das nicht jedem auf die Nase – der Punkt, an dem ich es sagen muss. Weil, wenn man dann anfängt vom Beruf zu erzählen, dann sage ich, was ich mache, und dann kommt direkt die Frage: Wie bist du denn dazu gekommen? Und dann kann ich entweder eine Riesenlüge aufbauen oder ich erzähle es. Und seine Reaktion war in dem Moment eigentlich vor allem interessiert.« (FN II; 21.04.2015)

Anna berichtete von ihrem Umgang mit der Offenlegung³ ihrer psychiatrischen Diagnose innerhalb einer Partnerschaft. Diese Frage nach der Thematisierung einer psychischen Krisenerfahrung ist zwar privat, in dem Sinne, dass sie sich auf Aspekte bezieht, die über die Klinik bis in eine Liebesbeziehung hinein reichen. Allein die Tatsache, dass Frau Laak in einer Gesprächssituation eine solche Frage

2 Der Maastrichter Fragebogen wurde von Marius Romme und Sandra Escher entwickelt und einleitend wird darin erklärt: »Dieser Fragebogen wurde entworfen für Menschen, die Stimmen hören. Er beabsichtigt, Ihnen zu helfen, eine größere Einsicht in Ihre Erfahrung des Stimmehörens zu erlangen.« (Romme und Escher 2013, Anlage 1)

3 In Konzepten zu therapeutischer Arbeit gibt es spätestens seit den 70er Jahren ausführliche Diskussionen darüber, wie Patienten mit der Offenlegung ihrer Diagnose umgehen sollen, auf die ich hier nicht weiter eingehen werde (in der medizinisch-psychiatrischen Literatur findet sich vor allem der englische Terminus *disclosure*) (u.a. Jourar 1964, Knight 2009).

stellen konnte, deutet darauf hin, dass hier die tradierte Grenzziehung zwischen Behandler und Behandelten ausgesetzt wurde.

Die Sequenz verdeutlicht meiner Ansicht jedoch zugleich, dass die Offenlegung eines Umgangs mit einer psychiatrischen Diagnose im Kontext von Genesungsbegleitung nicht mit einer Diskussion persönlicher Befindlichkeiten zu verwechseln ist. Anna betonte ihr Recht darauf, Informationen und Geschichte der Diagnose für sich zu behalten. Dann spezifizierte sie ihre eigene Situation, in der die Krankheitserfahrung untrennbar mit dem Beruf Genesungsbegleitung verbunden ist und daher einen prominenten und expliziten Platz im Alltag einnimmt. Die Beschreibung des abwägenden Entscheidungsprozesses nahm mehr Raum ein, als die der eigentlichen Reaktion, die vergleichsweise kurz und unerwartet unauffällig ausfiel. Anna eröffnete mehrere Möglichkeiten für einen Umgang mit der Offenlegung der eigenen psychischen Krankheit oder Diagnose und verdeutlichte die Konsequenzen, die diesen Entscheidungen in ihrem Fall folgen würden. Der professionellen Genesungsbegleiterische Umgang mit solchen Fragen besteht, so denke ich, gerade auch darin, sie so zu beantworten, dass die privaten Informationen trotzdem selektiv eingebracht werden. In einem anderen Gespräch erklärte mir Anna:

Aber ich würde sagen, der Anteil dessen, was ich von mir an privaten Erfahrungen preisgebe, ist im Rahmen der Gesprächsführung, die ich mache, relativ gering. (El 13; 07.08.2017)

Auch wenn also vertrauliche Informationen geteilt werden, handelte es sich nur selten um eine Offenlegung des persönlichen Krisenerlebens der Genesungsbegleiter. Vielmehr zeichnet sich, meiner Ansicht nach, ein taktischer Einsatz ab, bestimmte Aspekte zu betonen und andere nicht. Es entsteht ein Spannungsfeld von Gesichtspunkten, die von Genesungsbegleiterinnen transparent gemacht werden, und anderen, die nicht einfließen (und auch nicht einfließen sollen, wie das nachfolgende Beispiel noch stärker verdeutlichen wird). Der selektive Umgang mit Informationen als notwendiger Teil der reflektierenden Praxis wird umgekehrt auch deutlich, wenn die Zusammenarbeit als nicht funktionierend bewertet wurde, beispielsweise wenn die Genesungsbegleiter »immer wieder auf das gleiche Thema und sich selbst zurück gekommen sind« (FG 1, 16.01.2015). Diese Spannungssituation, in der Genesungsbegleiterinnen agieren müssen – ohne narzisstisch auf sich Bezug zu nehmen und dabei dennoch den Rückbezug auf die individuelle Biografie zu explizieren – zeigte sich in dem folgenden Ausschnitt aus einem *Ad-hoc*-Interview besonders deutlich⁴:

4 Eine solche selektive Mobilisierung von Erfahrung erinnert an Bourdieus Ausführungen zu methodologischer Reflexivität in Bezug auf anthropologisches Arbeiten. Er betonte, dass die Reflexivität des Ethnologen nicht zur narzisstischen Selbstbeschau werden dürfe, sondern immer der Gegenstand im Blick bleiben müsse (Bourdieu und Wacquant 1992).

Ich bin hier über die Erfahrung als Angehörige, das ist quasi meine Qualifikation hier [...] und dann bin ich in der komischen Situation, dass ich gleichzeitig genau das repräsentieren soll, aber doch meine akute Not damit doch mal zurückhalte. [...] Ich bin ja nicht hier, um mich zu erleichtern. (FN I; 14.02.2013)

Diese Genesungsbegleiterin, eine Angehörige eines Psychiatrieerfahrenen jungen Mannes, befand sich zum Zeitpunkt dieses Gesprächs in der Situation, einerseits nach der Arbeit zu Hause mit einer Personen zusammen zu wohnen, die nicht schläft, für sie unverständliche Dinge spricht und seine Medikamente nicht nimmt. Sie berichtete mir von den schwierigen Entscheidungen und verzweifelten Versuchen ihn dazu zu überreden Medikamente zu nehmen. Zugleich, im Klinikalltag, als Genesungsbegleiterin, berichtete sie nicht von diesen aktuellen Situationen. Sie scheute sich aus der Befürchtung heraus, dann vor allem ihre »akute Not« (ebd.) weiterzugeben und nicht im Sinne der Nutzer zu handeln. Es ist also im Alltag von Genesungsbegleitern schwierig und anstrengend *Erfahrungen* im richtigen Ausmaß weiterzugeben. Die Informationen, die weitergegeben werden, sind in der Regel von der Existenzialität des Erlebens bereinigt. Sie sind darauf ausgerichtet, die Stabilisierung der Patientinnen zu unterstützen und ihre Ressourcen zu stärken.

Anna beschrieb die explizite Verknüpfung der eigenen Biografie an die Profession immer wieder als mühsamen Prozess, der die eigene Verletzlichkeit, wie sie es nannte, – und damit auch Stigma, Scheitern der Genesungsbegleiterin – in den Fokus rücke:

Aber es ist auch so mühsam. Es ist auch mühsam immer die eigene Verletzlichkeit so nach vorne in die Linse zu hängen. Es ist auch schön, sich mal so abzuschotten und zu sagen: Du bist derjenige mit dem Problem und ich stell dir Fragen und ich gucke, was dir vielleicht helfen könnte und ich halte mich zurück. Und vielleicht gebe ich mal ein klitzekleines bisschen was preis, vielleicht lasse ich es aber auch. (El 13; 07.08.2017)

Es besteht also zwar die Erwartung an Genesungsbegleiter Transparenz in Bezug auf psychiatrische Diagnosen, das Erleben von psychischen Krisenerfahrungen und den alltäglichen Umgang mit ihnen zu zeigen, doch handelt es sich dabei um eine praktizierte bedingte Offenheit, bei der einerseits das Ziel – ein therapeutischen Prozess – nicht aus dem Blick geraten sollte. Und bei der Genesungsbegleiter andererseits selbst *nicht* ins Zentrum der therapeutischen Aufmerksamkeit rücken sollten.

Dies unterscheidet sich nicht grundsätzlich von anderen Professionen in der psychiatrischen Versorgung – man stelle sich eine Psychiaterin vor, die im therapeutischen Gespräch nur von sich erzählt. Es handelt sich wohl eher um eine thematische und inhaltliche Betonung: Genesungsbegleiterinnen wirken (im Kontrast zu andere Mitarbeiter_innen) hier im Besonderen als Expertinnen für alltägliche

Lebenswelten, die sich in- und außerhalb der Institution Psychiatrie abspielen – als Expertinnen im Menschlichen und Generalist_innen, um in den Worten von Asad und Chraim diese unspezifische Unterstützung bei der Symptom- und Alltagsbewältigung zu fassen (Asad und Chraim 2016). Sie machen die Grenzen der klassischerweise impermeablen Institution Psychiatrie (Goffman 1961) dabei sichtbar und verschieben sie möglicherweise auch.

Auch folgender Bericht über eine Situation auf der Station 20 beinhaltet mehrere Variationen des bedingten Offenlegens der ›ganzen Person‹ durch Genesungsbegleitung bei denen jedoch deutlichere Bezüge zum spezifischen Klinikkontext auftraten.

Herr Arram wurde von einer Psychologin an Anna weiter verwiesen, nachdem jene den Eindruck hatte, dessen *compliance*⁵, also seine Mitarbeit an den therapeutischen Zielen, lasse zu wünschen übrig – ob die Entscheidung für ein Gespräch gemeinsam oder einseitig festgelegt wurden, vermag ich nicht zu beurteilen. Die Psychologin, die Herrn Arram zu Anna geschickt hatte, nutzte jedoch gezielt die Zwischenposition der Genesungsbegleiterin – als Mitarbeiterin und Patientin –, um die Bedenken des Patienten gegenüber anderen Mitarbeiterinnen auszuhebeln:

Wir sitzen zu dritt in einem kleinen Raum, in dem eine Sitzgruppe, ein Tisch mit Plastiktischdecke und ein paar Spinde stehen. Es ist stickig. Die Fenster können nur mit einem Schlüssel geöffnet werden, den Anna nicht hat.

Sie stellt sich vor: »Also meinen Namen kennen sie ja schon. Ich höre selbst seit 25 Jahren Stimmen. Ich höre bis zu acht Stimmen. Und ich höre sie auch immer noch. Ich war viele Jahre in der Psychiatrie, Medikamente haben nicht geholfen. Und irgendwann hat mir dann jemand geholfen. Und zwar auch relativ schnell geholfen, der mit der Psychiatrie gar nichts zu tun hatte.«

Herr Arram sitzt ihr gegenüber am Tisch; die Ellenbogen auf einen Tisch aufgestützt und fragt mit heiserer Stimme: »Und glauben Sie, dass, dass das was Sie durchlebt haben, Ihre Erfahrungen, dass das Anderen hilft?«

Anna: »Ich weiß es nicht. Ich kann es Ihnen nicht versprechen. Das was ich Ihnen anbieten kann und was wir hier machen, ist dass wir die Stimmen anschauen. Und das wir sie uns gemeinsam ohne Skrupel anschauen. Vielleicht finden wir ja etwas, womit die Stimmen in Zusammenhang stehen.«

Herr Arram: »Ja, und die Ärzte und Psychologen hier, die sagen mir immer wieder das Gleiche. Und die können mir nicht helfen. Die sagen, das ist psychologisch.

5 Im Deutschen wird dieser Begriff häufig als »Therapietreue« übersetzt. Es gibt zahlreiche Diskussionen – auf die ich hier nicht weiter eingehe – darüber, ob, oder wie dieser Begriff in einer paternalistischen Arzt-Patienten Beziehung verankert ist (u.a. Epstein, R. 2007). Alternativ wird vermehrt der Begriff *adherence* für eine Betonung des Dialogs in dieser Beziehung vorgeschlagen, um die gemeinsame Entscheidungsfindung ins Zentrum zu rücken. (u.a. Schulz 2016)

Aber wenn ich wüsste, dass es psychologisch wäre, dann wäre ja alles gut. Aber ich weiß, dass es nicht so ist.«

Anna: »Das würde ja bedeuten, dass Ihnen da draußen (sie deutet auf den Flur) von den ganzen Leuten, die hier rumrennen niemand helfen kann.«

Herr A: »Ja, das denke ich. Und ich habe mir geschworen, auf die ein oder andere Art und Weise, dass ich es zu Ende bringe. Und wenn ich eine Frau hätte, dann würde ich das auf jeden Fall noch viel schneller machen. Schaffen sie das als Mutter die Stimmen hört?«

Anna: »Ja, ich schaffe das sehr gut.«

In der Fortführung des Gesprächs ging Anna weder auf die Frage nach dem Muttersein noch auf die Abgrenzung von Herr Arram von allen anderen Mitarbeitern ausführlicher ein. Sie formulierte jedoch mögliche Konsequenzen dieser Abgrenzung mit der Feststellung, dass ihm dann ja hier niemand helfen könne. Anna berichtete zwar von ihrer eigenen psychiatrischen Diagnose zu Beginn des Gesprächs (jedoch nicht in den Termini von offiziellen Diagnoseklassifikationen, worauf ich in Kapitel 6.2. noch genauer eingehen werde). Dennoch war die Zusammenfassung ihrer eigenen Psychiatriebioografie sehr kursorisch und diente wohl vor allem als *ice breaker*, um dann auf Herr Arram einzuschwenken. Auf die von Herrn Arram explizit eingebrachte Frage nach der Nützlichkeit von Annas Erfahrungsexpertise hin verwies sie auf ein gemeinsames Agieren und Anschauen. Anna verschob den Fokus des Gesprächs wiederholt zurück auf Herr Arram, beziehungsweise auf einen gemeinsamen Zwischenraum.

Ich denke, dass sich in diesem Beispiel *Praktiken des Reflektierens* vor allem dadurch auszeichnen, dass die sozialen Bedingungen des Krisenerlebens der Genesungsbegleiter und der Nutzer im spezifischen (teil-)stationären Setting in den Blick geraten: Die Rolle der Genesungsbegleiter zwischen Nutzer und Mitarbeiter; die angedeutet Belastung einer psychischen Krise für nahe Angehörige – wie einen Sohn oder eine Frau –; Herr Arrams Eindruck, dass ihm niemand helfen könne von den anderen Mitarbeiterinnen; Annas Erzählung, dass ihr schlussendlich jemand ganz anderes geholfen habe außerhalb der Psychiatrie. Der Gegenstand der Reflektion ist in dieser Vignette nicht nur – beziehungsweise nachrangig – das individuell-subjektive Krisenerleben und die Extrapolation bestimmter Handlungsmöglichkeiten und -vorschläge aufseiten der Genesungsbegleiterinnen. Vielmehr steht ein gemeinsames Reflektieren einer Situation im Zentrum, in der das psychische Krisenerlebnis vor allem als Index relevant wird und nicht – wie bei *kanalisierendem Reflektieren* – die Transformation eines Erlebens zu einer Erfahrung im Dewey'schen Sinne, die dann in den klinischen Alltag eingebracht werden soll.

An die Stelle eines (ko-produzierten) Rückbezugs auf eine subjektiv-individuelle, dem Stationsalltag vorgängige Erfahrung, tritt der Rückbezug auf eine situierte, relationale Krisenerfahrung im Klinikalltag. In *Praktiken des erweiternden Kanali-*

sierens, um es pointiert zu sagen, wird vor allem gemeinsam eine (teil-)stationäre Situation reflektiert. Hier wird Erfahrungsexpertise gerade nicht als etwas verhandelt, dass der Situation, in der sie mobilisiert wird, vorgängig ist, sondern erst durch die Kliniksituation entsteht.

Mit »Leib und Körper«⁶ professionell tätig sein

Als ›ganze Person‹ in einer psychiatrischen Klinik sichtbar zu werden, beziehe ich auch auf empirische Beispiele, in denen im engeren Sinne körperliche⁷ Aspekte in den Vordergrund getreten sind. So berichtete mir eine Genesungsbegleiterin, die Angehörige eines Psychiatrieerfahrenen ist, Folgendes:

Wenn eine Klientin vor mir sitzt und sagt: ›Dann passiert das und das und dann ist die so und so.‹ (Sie hält ihren Arm hoch und zeigt eine Gänsehaut) Ich weiß einfach, ja, ich spüre was sie spürt. (GI I; 16.01.2015)

Hier wurde also die Vorstellung eingebracht, dass es sich bei Genesungsbegleitung durchaus um ein körperliches Reflektieren im Sinne eines Nachfühlens handle – im Kontrast zu dem im Kapitel 5 beschriebenen *kanalisierenden Reflektieren*, das kognitiv-mentale Aspekte des Reflektierens betont. Doch wie wird im (teil-)stationären psychiatrischen Alltag eine solche Form des körperlichen Reflektierens *enacted*?

Ein Beispiel für ein ›Sich in körperliche Relation Setzen‹ zu dem stationären Setting, ist in der folgenden Vignette aus meinem Forschungstagebuch zu finden:

Der Flur ist heute Morgen weitgehend leer. Nur eine Nutzerin hockt, angelehnt an die Wand, auf dem Flur. Ärzte und Pfleger sprechen mit ihr – stehend. Sie bleibt weiterhin auf dem Boden hocken. Manchmal bewegt sie sich auch auf andere Mitarbeiter zu, bleibt aber weiterhin in der Hocke dabei. Sie steht also nicht auf und entfernt sich nicht vom Boden. Anna geht hin, sagt »Hallo« und hockt sich zu ihr. (FN II; 10.05.2016)

Es mag Zufall sein, dass in dieser Situation allein die Genesungsbegleiterin die Körperhaltung der Nutzerin imitierte und keine der anderen Mitarbeiterinnen. Allerdings möchte ich mit diesem Beispiel einleiten, dass Genesungsbegleiterinnen im (teil-)stationären Geschehen besonders als »wissende Körper« (Hirschauer

6 In meinen Beispielen spielen sowohl ›Leib sein‹ als auch ›Körper haben‹, um die Trennung von Maurice Merleau-Ponty zu bemühen, eine Rolle (Merleau-Ponty 2012).

7 Es geht sicherlich auch im engeren Sinne um einzelne sinnliche Aspekte (häufig in der Trennung von Sehen, Hören, Schmecken, Fühlen und Riechen), wie es sowohl in der Anthropologie der Sinne (Classen u. a. 1997) als auch in einer »sensory anthropology« (u. a. Pink 2010) diskutiert wird (für eine kritische Auseinandersetzung mit dieser Linie siehe auch Ingold 2011). Sie stehen jedoch nicht im Fokus dieser Auseinandersetzung und bilden unweigerlich ein loses Ende.

2008b) verhandelt werden. Genesungsbegleiter stehen gewissermaßen für den verkörperten subjektiven Leib im (teil-)stationären Setting, in dem Manifestationen von (Krisen-)Erfahrungen, die keiner expliziten Transformation unterliegen, personifiziert sind.

Mit »wissenden Körpern« spiele ich hier nicht auf ein praxistheoretisches Verständnis an, in dem zwar auch die Wissensträgerschaft des Körpers betont wird, jedoch Wissen in Praktiken – und nicht allein im Körper oder im Geist – lokalisiert werden (u. a. Sørensen 2011). Ich verstehe diesen Ausdruck hier mehr im Sinne einer Phänomenologie des Leibes (Merleau-Ponty 2012), die »den Körper« als Apriori, als einzigen Ausgangspunkt für die die Erfahrung von Welt und Erkenntnis nimmt.

Ein weiteres empirisches Beispiel dafür, wie eine Genesungsbegleiterin als solch ein »wissender Körper« hervortrat, entstammt einer Gesprächssituation mit einer jungen Frau auf der Station 20, die Stimmen hörte. Anna bat Frau Weiß darum, die Stimmen, die sie hört, auch für andere Personen im Raum hörbar zu machen. Sie sollte nachsprechen, was diese sagen und deren Tonfall nachahmen:

Was sagen die denn? Hören die sich eher so an? (Anna spricht sehr laut und eindringlich): »Du dumme Kuh!!!!«

Oder hören die sich eher leise an? Haben die Stimmen einen Namen? Versuchen Sie mal. Ich will hören, was Sie hören. (FN II; 07.05.2017)

Es wurde eine Weile hin- und her gespielt und gesprochen bis beide Gesprächsparteien einig waren, dass das Nachahmen der Stimmen gelungen sei. Es geht mir an dieser Stelle nicht um das Phänomen Stimmenhören oder verschiedene Verständnisse von diesem (u. a. von Peter und Mewes 2013), sondern vor allem darum, wie leibliche Situiertheit als Teil von Erfahrungsexpertise auftaucht. Zum einen scheint mir das Besondere an dieser Vignette zu sein, dass Anna die Stimmen, die Frau Weiß hörte, mit ihr zusammen in einen gemeinsamen Raum übersetzte, in dem diese expliziert und inszeniert, aber auch körperlich vernehmbar wurden. Lautstärke, Tonfall, Tonlage und andere Merkmale der Stimmen wurden auch für mich hörbar. Bezeichnend an diesem Intermezzo – und für die Diskussion rund um den »wissenden Körper« im oben angedachten Sinne – war jedoch vor allem, dass ich als Teilnehmerin an der Situation immer wieder in Verwirrung darüber geriet, ob wir über eine Stimme sprachen oder über eine – aus meiner Perspektive – reale Person mit Stimme. Ich konnte in dieser Situation zwar durchaus – auf diskursives Wissen über Stimmenhören als »Wissen vom Körper« (Hirschauer 2008b) – zurückgreifen. Allerdings entging mir zugleich ein Teil des »Wissens im Körper« – als Wissen davon, wie es ist Stimmen zu hören.

In einem anderen empirischen Ausschnitt aus einem Gespräch in der Krankenhauskantine wurden dem »Wissen im Körper« der Genesungsbegleiter gerade vonseiten der anderen Mitarbeiter umfassende Legitimität zugesprochen:

In der Krankenhauskantine sitzen einige Mitarbeiter von der Station beim Mittagessen. Einer der beiden Ärzte, Herr Sauer, fragt die Genesungsbegleiterin neben mir nach ihrem Erleben von Medikation: »Was ist denn der Unterschied zwischen Haldol und Diazepam? Wie waren denn die Nebenwirkungen?«

Anna antwortet: »Also ich kann mich noch erinnern, dass ich Haldol bekommen habe und gekrampft habe. (Sie fasst sich an die Schultern.) Der Arzt hat mir die Schultern massiert und mir währenddessen davon erzählt, dass ich keine Krämpfe haben könnte, da diese und diese amerikanische Studie besage, dass Krämpfe keine Nebenwirkung von Haldol sein könnten. Ich war damals die Erste auf Station, die auf Haldol eingestellt wurde. Tja, und heute ist es eine anerkannte Nebenwirkung. Also Valium war schon besser.« (FN I; 29.04.2015)

Diazepam ist vor allem unter dem Handelsnamen Valium bekannt. Sowohl Valium als auch Haldol werden zur Lösung von Angstzuständen verschrieben. Das oben dokumentierte Gespräch entwickelte sich weiter, indem der fragende Arzt darauf verwies, dass er es schwierig finde Medikamente zu verschreiben, ohne zu »wissen wie es sich anfühlt« und er daher mit dem Gedanken spiele sie selbst zu testen:

Anna fragt ihn zurück: »Und würdest du das wirklich ausprobieren oder ist das jetzt nur so daher gesagt?«

Herr Sauer nickt: »Ich würde das schon machen. Und die Hemmschwelle finde ich auch niedriger als bei Drogen. Bei Medikamenten weiß ich, was drin ist, und unter Aufsicht würde ich das schon mal machen.« (FN I; 29.04.2015)

Die Genesungsbegleiterin kontrastierte in diesem kurzen Dialog ihr eigenes Körpererleben mit Expertise aus medizinischen Studien. In der Erzählung der Genesungsbegleiterin wird deutlich, wie unpassend dieses Studien für den Einzelnen, in seiner »fleshy situatedness« (Mol und Law 2004, 43) werden können. Es wirkt skurril, dass Anna die Evidenz der Muskelkrämpfe in diesem Moment abgesprochen wurde. Erst retrospektiv wurde ihrer Perspektive das Potential zugesprochen, die beschränkte Expertise von »Profis« erweitern zu können und als Korrektiv zu wirken. Zugleich bleibt es lediglich ein freiwilliges Korrektiv ohne notwendige Handlungskonsequenz (Schmid 2016).

Ohne dass ich in dieser Arbeit genauer darauf eingehen kann, wie die verschiedensten kulturalanthropologischen Ansätze »Körper« als Träger von Wissenspraktiken konzipieren (u. a. durch Marcel Mauss´ Körpertechniken, Michael Polanys *tacit knowing*, Harold Garfinkels *skills*, Tim Ingolds relationale Ansätzen usw.), reifiziere ich mit diesen empirischen Beispielen aus Kapitel 6.1.2 eine (umstrittene) Zweiteilung in »Wissen vom Körper« und »Wissen im Körper«, ebenso wie in implizites und explizites Wissen. Genesungsbegleiterinnen wurden in den dargestellten Si-

tuationen vor allem als Repräsentantinnen von implizitem Wissen im Körper gehandelt.⁸

Das Kantinengespräch verdeutlicht meiner Ansicht jedoch auch, wie im Zusammenspiel zwischen Ärzten und Genesungsbegleitern ein Raum für gemeinsames Reflektieren entstehen kann, in dem die jeweiligen Bedingungen von Wissen in den Blick geraten: Der Arzt der üblicherweise selbst noch keine Psychopharmaka genommen hat, die Nutzerin, die diese bereits genommen hat. Eine Diskussion von gefühlten Muskelkrämpfen in Kontrast zu klinischen Studien über Muskelkrämpfe. Hier entstand meiner Ansicht nach auch eine Situation, um erneut Stefan Beck zu bemühen, in der dem interaktiven und ökologische Charakter von Erfahrungen Rechnung getragen werden konnte: »*interactive, ecological nature of experiences that are the outcome of a mutual, self-amplifying adaptations of actors and their natural, social and cultural environments*« (Beck 2015a, 12)

Ich will damit nicht verschleiern, dass ein sehr großer Unterschied darin besteht, freiwillig ein Medikament auszuprobieren, davon abhängig zu sein oder es (aus unterschiedlichen Gründen) nehmen zu müssen. Sue Estroff hat für ihre Ethnografie *Making it Crazy* (Estroff 1981) mehr als sechs Wochen lang Psychopharmaka eingenommen, um ein Gefühl für ihre Informantinnen zu bekommen – und wurde für ihren Selbstversuch von *Survivor*-Forscherinnen kritisiert (Russo und Beresford 2015). Die Schmerzen, notorisch hängen Mundwinkel, das Gefühl nicht mehr zu wissen, ob »man ohne Medikamente eine andere Person sei« (GI II; 26.05.2016) usw., unterscheidet sich demnach maßgeblich, wenn man entscheiden könne, ob und wie lang diese zu nehmen seien.

Genesungsbegleiter sollen, so die empirischen Beispiele aus Kapitel 6.1, reflektieren – aber im Unterschied zu *kanalisierendem Reflektieren* steht nicht die Transformation der (Krisen-)Erfahrungen in *eine* Erfahrung und eine Form des *situiereten Generalisierens* im Zentrum. Vielmehr rückt ein gemeinsames Reflektieren einer Situation in den Vordergrund, in der das psychische Krisenerlebnis vor allem als Index relevant wird. An die Stelle eines ko-produzierten Rückbezugs auf eine subjektiv-individuelle, dem Stationsalltag vorgängige Erfahrung, tritt der Rückbezug auf eine situierte, relationale Krisenerfahrung im Klinikalltag. Dabei wurde in den genannten Beispielen ein Kontrast zwischen einem Wissen vom Körper und einem Wissen im Körper, zwischen sinnlichen Erfahrungen und abstraktem und explizierbarem Wissen reproduziert, sodass Erfahrungsexpertise in Opposition zu formal anerkannter Expertise gerückt wurde. Die Argumentation erinnert hier an ein Vermögen des Erfahrungsbegriffs, Differenzen zu betonen, wie ich es bereits

8 Dass diese Aufteilung so klar nicht ist, schien auch der Urvater von implizitem Wissen Michael Polanyi so zu deuten, der als Gegenteil von implizitem nicht explizites sondern eher explizierbares Wissen diskutierte (Ingold 2018).

in Kapitel 3.2 (u.a. S. 116) diskutiert habe. Auf diese Weise wird Erfahrung als Expertise in einer Variante eingebracht, die ›das Andere‹ in die Psychiatrie hineinholt und die Nebeneffekte von Psychiatrie thematisiert, eingebracht.

6.2 Raum für Sprache und Kritik? »Nicht klassifizierendes Zuhören«

»Ein sensibler Umgang mit Sprache« (FG 1, 16.01.2015) ist ein weiterer Themenbereich bei dem Genesungsbegleitung durch *erweiterndes Reflektieren* in meiner Feldforschung alltäglich wirksam wurde. Eine Psychologin merkte hierzu an:

Das ist die Sprache: Und das ist, glaube ich etwas, was wir nicht immer merken. Einmal, weil diese Sprache durch Studium oder so sehr geläufig geworden ist. Trotzdem kann es manchmal kränkend sein oder einschränkend sein etc., ohne dass einem das vielleicht bewusst ist. Und da fand ich die Peerberater immer sehr hilfreich, dass zu reflektieren. Weil da passiert, glaube ich, auch Stigmatisierung. (FG 1; 16.01.2015)

Auch in vielen anderen empirischen Ausschnitten wurde ein sensibler Umgang mit Sprache – vor allem mit psychiatrischen Diagnosen –, der durch Genesungsbegleitung befördert werde, betont (u.a. FN II, aber auch FN I). Dies bezog sich sowohl auf Interaktionen zwischen Genesungsbegleiterinnen und Nutzerinnen als auch auf diejenigen zwischen Genesungsbegleiterinnen und Mitarbeiterinnen.

Im Zuge von Mitarbeitertreffen wie beispielsweise dem *jour fixe* in der TK 5 wurde darauf zum Beispiel mit dem Begriff »Klientenohr« (FN I; 02.02.2013) verwiesen. Darunter wurde die Aufgabe verstanden, dass eine Person (nicht unbedingt nur die Genesungsbegleiter selbst) innerhalb von Treffen allein unter Mitarbeitern sich darauf konzentriert, wie über die Patienten, Klienten und Nutzer gesprochen wird und ob dies stigmatisierende, diskriminierende oder abfällige Züge annimmt.

Umgekehrt wurde als Erwartung vonseiten anderer Mitarbeiterinnen gegenüber den Genesungsbegleiterinnen formuliert, dass sie sich, keiner stigmatisierenden Sprechweisen bedienen sollten, ja gar bereits beim Zuhören auf Diagnose Klassifikationen verzichteten, wie es ein Psychologe im nachfolgenden Beispiel beschrieb. Seiner Ansicht nach sollten sie – im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen – im Kontakt mit Patientinnen sogar keine Diagnose-Klassifikationen mitdenken:

»[Ich wünsche mir, dass ein Genesungsbegleiter, Anm. C.S.] nicht klassifizierend zuhört und tatsächlich von einer Erfahrung berichtet [...]. Die Metaperspektive läuft ja immer mit [...] Und alleine die Möglichkeit, dass es da jemanden gibt, der diese Erlebenswelt erzählt, wie es sich anfühlt. Das ist die spezifische Bereicherung.« (FG 1; 16.01.2015)

Er berichtete davon, dass seine »Metaperspektive« (ebd.), wie er sie nannte, im Gespräch mit Patienten dagegen parallel fortbesteht, auch fortbestehen muss, damit Entscheidungen bezüglich Aufenthaltsdauer, Betreuung, Behandlung etc. getroffen werden können, die sich vor allem nach den vergebenen Diagnosen richten. Diese psychiatrisch-psychologische Metaebene und die einhergehenden Diagnoseklassifikationen erschienen ihm jedoch häufig als Einschränkung – als Perspektive, die blinde Flecken vor allem in Bezug auf die »Erlebniswelt« (ebd.) produziere und daher auch der Ergänzung bedürfe.

In der Soziologie ist das hier angerissene Thema einer durch professionelle Ausbildung hervorgebrachten spezifischen (einschränkenden) Perspektive bereits lange Thema und häufig untersucht – zum Beispiel unter den Termini *trained incapacity* (Veblen), *deformation professionelle* (Warnotte) oder *occupational psychosis* (Dewey). Robert Merton fasste zusammen, dass all diese Konzepte im Kern darauf verweisen, dass Verhaltensweisen und Handlungen, die auf Training und Ausbildung basieren, dazu führen, bestimmte dort nicht behandelte Aspekte auszuklammern. Dies könne wiederum zu unpassendem Verhalten unter neuen Bedingungen führen (Merton 1968, 197). Abgesehen von den Differenzen zwischen den Konzepten würde dabei als grundlegende Ambivalenz deutlich werden, dass *etwas* zu sehen immer dazu führt, *etwas anderes* nicht zu sehen (ebd.).

Exkurs: Diagnoseklassifikationen in der psychiatrischen Versorgung

Dass gerade auch Systeme und Klassifikationen medizinischer Diagnosen auf der grundlegenden Ambivalenz zwischen In-den-Fokus- und Aus-dem-Fokus-Rücken aufbauen und welche Effekte das mit sich bringt, arbeiteten die amerikanische Soziologin Susan Leigh Star und der Informatiker und Wissenschaftsphilosoph Geoffrey Bowker in ihrer breit rezipierten Monografie *Sorting things out* (Bowker und Star 2000) bereits vor mehr als 15 Jahren aus. Anhand einer großen Bandbreite empirischer Beispiele von Apartheid in Südafrika bis hin zu Arbeitspraktiken von Krankenschwestern führten sie aus, wie bestimmte Perspektiven durch Klassifikationspraktiken festgeschrieben und sichtbar – und damit auch kontrollierbar – gemacht werden. Umgekehrt verschleiern Klassifikationssysteme und -praktiken gleichsam in der Betonung einer bestimmten Perspektive andere Standpunkte.

Eines ihrer empirischen Beispiele ist der ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), das von der WHO (*World Health Organisation*) erstellte Handbuch zur Klassifizierung von Krankheiten, das sich aktuell in der 10. Auflage befindet. In dieser Auflistung somatischer wie psychiatrischer Diagnosen ist dann beispielsweise eine »Zwangsstörung« unter dem Code F42 beschrieben; entsprechend Bowkers und Stars Analyse ist damit eine Perspektive auf die Krankheit festgeschrieben.

Der ICD-10 (Stand 2019) ist zurzeit das weltweit wichtigste Manual für Krankheiten und wird in fast allen Ländern außerhalb der USA in dem von den Krankenkassen anerkannten vertragspsychotherapeutischen und vertragsärztlichen Bereich angewendet (Bowker und Star 1999; Schöpf et al. 2003).⁹ Das heißt, Psychologen und Psychiater, die mit Genesungsbegleitern in (teil-)stationären Kontexten zusammenarbeiten, sind – unabhängig von ihrer persönlichen Bewertung dieser Klassifikationen – verpflichtet, Diagnosen nach dem ICD-10 (in Deutschland nach der nationalstaatlich abgewandelten Variante ICD-10-GM) zu vergeben.¹⁰

Bowker und Star verwiesen darauf, dass Klassifizieren eine ubiquitäre menschliche Aktivität ist, deren schwerwiegende und weitreichende Konsequenzen zu wenig Aufmerksamkeit finden – und dieser Befund bleibt aktuell. Deutlich wird dies im Kontext von psychiatrischen Diagnosen und Klassifikation zum Beispiel jüngst an der heftigen Kritik, die an der neuesten Revision des parallel existierenden amerikanischen und ausschließlich für psychiatrische Klassifikationen genutzten Diagnosemanuals, dem DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (Goldberg 2015). Die Neuauflage des DSM-5 wurde und wird von Diskussionen um deren Klassifikationen und Kriterien umrankt. So wird beispielsweise der dauerhafte Anstieg der Anzahl generell möglicher Diagnosen kritisiert: Das DSM-5 befördere eine diagnostische Inflation, wie es Allen Frances¹¹ nennt (Frances 2013a; Frances 2013b).

In den Worten von Wissenschaftsphilosoph Ian Hacking, der in einer Serie von Aufsätzen den Zusammenhang zwischen Klassifikationen und Klassifizierten untersuchte (u.a. Hacking 2007), wird hier nicht nur über abstrakte Klassifikationen diskutiert, sondern darüber, wie diese Klassifikationen in einem *looping effect* Realität produzieren. Klassifikationen beschreiben Realität nicht nur, sondern generie-

9 »Die ICD-10-GM ist eine an die Erfordernisse des deutschen Gesundheitswesens angepasste Fassung der ICD-10-WHO. Die Aktualisierung erfolgt zurzeit jährlich auf der Basis eines unter Federführung des DIMDI durchgeführten nationalen Vorschlagsverfahrens und unter Berücksichtigung der Updates der ICD-10 der WHO. Das Alphabetische Verzeichnis zur ICD-10-GM ist aus dem ICD-Diagnosenthesaurus des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) hervorgegangen. Es wird jeweils entsprechend den Änderungen der Systematik angepasst.« (DIMDI – ICD-10-GM – Historie und Ausblick n.d.)

10 Wie Goldberg ausführt, verzweigt sich die scheinbar so eindeutige ICD-10 jedoch neben den verschiedenen nationalstaatlichen Varianten noch weiter und existiert in drei verschiedenen Versionen: zu Forschungszwecken, zu klinischen Zwecken und für generelle medizinische Settings (Goldberg 2015, 2).

11 Der amerikanische Psychotherapeut war selbst Teil der Arbeitsgemeinschaft, die die Vorgängerversion, das DSM-4, erarbeitet hat und urteilte, mittlerweile sei ein historischer Zeitpunkt erreicht, an dem zu viele Menschen mit DSM-5 und ICD-10 als psychiatrisch behandlungsbedürftig diagnostiziert werden würden, was unter anderem einen maßlosen Einsatz von Psychopharmaka in den USA zur Folge habe (ebd.).

ren sie mit. Indem Menschen sich selbst und andere mithilfe von Konzepten und Labeln anerkennen, werden diese erst als solche *kinds of persons* hervorgebracht.

Die Forderung an Genesungsbegleiterinnen, dass Klassifikationen – also eben auch Diagnose-Klassifikationen – vor allem im Verhältnis zur Patientin reflektiert werden sollten, ist auch ein Aufruf dazu, sich von der in der Nomenklatur der ICD-10 festgeschriebenen Perspektive auf psychische Krisen zu lösen beziehungsweise sie gar nicht erst anzuwenden. Das verweist in der Folge ebenso auf die Loslösung von den Effekten von Diagnose-Klassifikationsarbeit – allen voran das durch eine psychiatrische Diagnose ausgelöste Stigma im alltäglichen Leben (u.a. Beresford 2003; Pescosolido 2013; Bock et al. 2015) – wie auf eine Loslösung von Überwachung und Kontrolle einer bestimmten Perspektive.

Wie eine Genesungsbegleiterin im Gespräch mit Nutzerinnen eine Alternative zu biomedizinischen Diagnoseklassifikationen anbot, kann u.a. im folgenden Ausschnitt aus den Notizen zu meinen Teilnehmenden Beobachtungen in der TK5 illustriert werden. In der großen Wohnküche der TK5 saßen viele Patientinnen, eine Genesungsbegleiterin und ich am Tisch und tranken Tee. Parallel fanden verschiedene Gespräche statt. Eine Patientin strickte. Manche schwiegen. Anna ging auf einen Patienten zu und stellte sich vor:

Anna: »Wir haben uns auch noch nicht kennen gelernt?«

Der Patient stellt sich vor und sie beschreibt ihren Beruf als Genesungsbegleiterin. Daraufhin antwortet er: »Auch depressiv oder was?«

Anna antwortet: »Na ja. Also ich habe die Diagnose bipolare Störung bekommen, würde mich aber selbst als emotionale Achterbahnfahrerin oder so etwas bezeichnen.«

Herr Zeier: schaut schon wieder auf sein iPad, aber Frau Tamm steigt in das Gespräch ein. Sie habe letzstens beim Arzt einfach die Diagnose Schizophrenie bekommen, aber da habe sie dann gesagt: »Das können sie mal gleich wegstreichen. Ich habe ja so eine lange Liste an Diagnosen. Manisch-depressiv, bipolar usw.«

Anna: »War Borderline auch dabei?«

Frau Tamm: »Ja, Borderline war auch dabei. Und das nur, weil auf dem Fragebogen stand: Hören sie manchmal Stimmen, auch wenn Menschen nicht anwesend sind? Und ich habe ja angekreuzt, ja, ich höre manchmal Stimmen am Telefon oder aus dem Fernseher.«

Anna lächelt: »Ja, ganz oft denkt man gar nicht, dass das auch so verstanden werden kann.«

Frau Tamm: »Ja, aber dann habe ich gesagt, streichen Sie das mal schön durch.«

Anna: »Ja, das kann ich mir auch gut vorstellen, dass Sie sich dann wehren. Und man bekommt ja dann das ganze Programm, wenn da steht: schizophren.« (FN I; 10.01.2015)

Einerseits wurde hier auf mögliche Missverständnisse in der Klassifikationspraxis verwiesen. Auch wenn der Hinweis auf nicht anwesende Personen und deren Stimmen, zum Beispiel am Telefon, im Kontext eines Arztgesprächs vielleicht naiv anmutet, wird dadurch doch die spezielle kontextuelle Engführung bei der Vergabe von Diagnosen deutlich. Diese sind weniger auf die ›Lebenswelt‹ der Nutzer ausgerichtet, sondern als Arbeitserleichterung für die psychosoziale Praxis gedacht, unter anderem um die Kommunikation verschiedener Akteure untereinander zu erleichtern und internationale Standards zu etablieren (Bowker und Star 1999; Goldberg 2015).

Die Reaktion der Genesungsbegleiterin, der Fremdzuschreibung »depressiv bzw. bipolar« (FN I; 10.01.2015) eine Selbstzuschreibung mit der Metapher »emotionale Achterbahnfahrerin« (ebd.) entgegenzusetzen, ist eine mögliche Alternative, die sich dem »Programm« (ebd.) entzieht, das auf die Diagnose »bipolare Störung« (ebd.) folgt oder zu folgen hätte. Es gibt keine Diagnose »emotionale Achterbahnfahrerin«, dementsprechend auch keine Beschreibung dieser Klassifikation, keine therapeutischen Richtlinien, medikamentösen Handlungsempfehlungen usw.

Zugleich wird aber auch deutlich, dass diese Alternativen nicht für alle Patientinnen relevant werden – im Gegensatz zu den in der ICD-10 festgeschriebenen Diagnoseklassifikationen, die für alle Patientinnen in der (teil-)stationären Versorgung mehr oder weniger relevant werden, da alle von ihnen mindestens einer Diagnose zugeordnet sind. Herr Zeier etwa war nicht daran interessiert, ob oder wie andere Begriffe jenseits der biomedizinischen Klassifikationen lauten könnten. Die alternative Perspektive einer »emotionalen Achterbahnfahrerin« blieb für ihn folgenlos, und auch für alle anderen Beteiligten sind die Folgen dieses *erweiternden Reflektierens* unklar. Reflexivität wird zwar als Potenzial hervorgebracht aus einer Opposition zur Psychiatrie und dem damit zusammenhängenden Versorgungssystem heraus, und Reflektieren wird als legitimes Korrektiv verstanden. Durch Genesungsbegleitung entsteht also ein erweiterter *knowledge space*, der Aspekte mit einbezieht, die durch Praktiken des Klassifizierens unsichtbar werden. Das sagt jedoch noch nichts darüber aus, ob es zu einer konsensfähigen Handlungslösung kommt – in anderen Worten darüber, wie viel von dieser Reflexivität ankommt.

Wie auch bereits eingangs des Kapitels ausgeführt, wird zwar der sensible und »kritische« Umgang als zentrale Kompetenz innerhalb von Genesungsbegleitung formuliert, es bleibt jedoch ein freiwilliges Korrektiv. Anna sprach hier einerseits von der »Freiheit in einer Hierarchie kopfüber zu sein« (FG 1, 16.01.2015), die es zwar ermögele, beispielsweise keine Diagnosen zu verwenden. Es ist jedoch eine prekäre Situation in dieser Opposition innerhalb der psychiatrischen Versorgung, was besonders deutlich wird, wenn sie von anderen Professionen nicht gewünscht wird.

Reflektieren taucht in diesen Beispielen zum Umgang mit Sprache und Diagnoseklassifikationen in Kapitel 6.2. als Moment auf, der sich auf systemische Nebenfolgen psychiatrischer Versorgung richtet kann und deren blinde Flecken adressiert. Auch in Kapitel 6.1 wurden – durch das Motiv ›einer ganzen Person‹, die in die psychiatrische Versorgung eingebracht wird (und die sowohl sinnlich-körperliche Aspekte mit einbringt, als auch die Trennung in private und professionelle Person überschreitet), Differenzen zwischen Erfahrungsexpertise und formal anerkannter medizinisch-psychiatrischer Expertise betont und aktualisiert.

Im Unterschied zum im Kapitel 5 umkreisten *kanalisierenden Reflektieren*, das den Umgang der Genesungsbegleiter und anderer Mitarbeiter mit *einer* Krisenerfahrung ins Zentrum rückt, wird hier auch auf eine infrastrukturelle Reflexivität verwiesen, die sich auf den Umgang von Genesungsbegleiterinnen im Zusammenspiel mit anderen Mitarbeiterinnen und Patientinnen mit der Gesundheitsversorgung richtet. Erfahrung und Erfahrungsexpertise werden in Kontrast zu Praktiken des *kanalisierenden Reflektierens* nicht als etwas der (teil-)stationären Situation Vorgängiges verstanden, sondern als Index relevant. *Erweiterndes Reflektieren* führt nicht zu einer doppelten Annäherung von Formen sozialpsychiatrischen Wissens und Erfahrungsexpertise, sondern unter Umständen zu einem Wissensraum, in dem neue und andere Aspekte eingebracht werden können.

Allerdings wird vor allem in den beschriebenen Beispielen um Diagnose-Klassifikationen deutlich, dass es sich zugleich bisher um ein prekäres und nicht notwendigerweise veränderndes Moment handelt, das Genesungsbegleiter mit in die (teil-)stationäre Versorgung einbringen können.