

sozialpsychiatrische informationen

Sonderdruck

Familiensachen

Autor: Michael Konrad
Seite 6–12

Familiale Lebenswelt und psychische Krankheit

Das schwierige Verhältnis der Psychiatrie zu einer unverwüstlichen Lebensform

Zusammenfassung Die Familie als eigenständiges soziales Gebilde und zentrale Sozialisationsinstanz blieb der Psychiatrie stets fremd. Die Psychiatrie sah die Familie immer nur aus der Perspektive der Patienten – als Angehörige. Der Beitrag versucht herauszuarbeiten, wie die Theoriebildung hätte anders verlaufen können, wenn in der Diskussion um die »unheilbaren« Patienten die Psychiatrische Familienpflege in dem belgischen Ort Geel als Versorgungsmodell anstatt der Langzeitunterbringung in der Anstalt favorisiert worden wäre. Auf Grundlage der wiederaufkeimenden Ansätze einer anthropologischen Psychiatrie in Verbindung mit einer phänomenologischen und kulturwissenschaftlichen Soziologie wird ausgehend von den vielfältigen Erfahrungen der Familienpflege ein anderer Blick auf Familie und psychische Krankheit geworfen.

ISSN 0171 - 4538

Verlag: Psychiatrie Verlag GmbH, Ursulaplatz 1,
50668 Köln, Tel. 0221 167989-11, Fax 0221 167989-20
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

Erscheinungsweise: Januar, April, Juli, Oktober

Abonnement: Print für Privatkunden jährlich 43 Euro einschl. Porto, Ausland 43 Euro zzgl. 15 Euro Versandkostenpauschale. Das Abonnement gilt jeweils für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis zum 30.9. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wird. **Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.**

Redaktionsanschrift: beta89, Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover

Redaktionssekretariat: Peter Weber
Tel. 0511 1238282, Fax 0511 1238299
E-Mail: si@psychiatrie.de

Redaktion:

Peter Brieger, Kempten
Michael Eink, Hannover
Hermann Elgeti, Hannover
Eva-Maria Franck, Hannover
Uwe Gonther, Bremen

Silvia Krumm, Ulm
Klaus Nuißl, Regensburg
Thelke Scholz, Bremen
Annette Theißing, Hannover
Samuel Thoma, Berlin

Dyrk Zedlick, Glauchau

Familiale Lebenswelt und psychische Krankheit

Das schwierige Verhältnis der Psychiatrie zu einer unverwüstlichen Lebensform

Autor: Michael Konrad



Zusammenfassung Die Familie als eigenständiges soziales Gebilde und zentrale Sozialisationsinstanz blieb der Psychiatrie stets fremd. Die Psychiatrie sah die Familie immer nur aus der Perspektive der Patienten – als Angehörige. Der Beitrag versucht herauszuarbeiten, wie die Theoriebildung hätte anders verlaufen können, wenn in der Diskussion um die »unheilbaren« Patienten die Psychiatrische Familienpflege in dem belgischen Ort Geel als Versorgungsmodell anstatt der Langzeitunterbringung in der Anstalt favorisiert worden wäre. Auf Grundlage der wiederaufkeimenden Ansätze einer anthropologischen Psychiatrie in Verbindung mit einer phänomenologischen und kulturwissenschaftlichen Soziologie wird ausgehend von den vielfältigen Erfahrungen der Familienpflege ein anderer Blick auf Familie und psychische Krankheit geworfen.

Die Familie ist der Ort des Aufwachsens und der Vorbereitung auf die eigenständige Bewältigung des Lebens. Bereits bei Säugtieren ist die familiäre Sozialisation die Grundlage für den täglichen Kampf um die Existenz, in der menschlichen Familie kam neben der Vermittlung der instrumentellen Fähigkeiten, die Vermittlung kommunikativer und affektiver Fähigkeiten hinzu. Die Kernfamilie war stets eingebettet in Verwandtschaftsverhältnisse, die zunächst lokal begrenzt waren und sich im Laufe der gesellschaftlichen Differenzierung immer mehr ausweiteten. Mit der Industrialisierung löste sich die Verbindung von Wohnen und Arbeiten zunehmend auf und bedurfte spezialisierter Institutionen, die einen Teil der Bildung und Pflege der Familienmitglieder übernahmen.

Psychiatrie und Familie – die Anstaltsfamilie

Das Verhältnis zwischen Psychiatrie und Familie war von Anfang an ein schwieriges. Die sich formierende Anstaltspsychiatrie Anfang des 19. Jahrhunderts hatte ein zutiefst gespaltenes Verhältnis zur Familie. Einerseits stellten die in das Feld kommenden Ärzte im Rahmen des Übergangs von der philosophischen zur naturwissenschaftlichen Grundhaltung fest, dass die aus der Rationalität herausgefallenen Irren in ihrem

Familiensystem nicht mehr zurechtkamen. Andererseits hatten sie für die Behandlung der psychischen Verrückung kein anderes Mittel als das Modell der bürgerlichen Familie. Aus dieser Paradoxie entwickelte sich die institutionelle Versorgung psychisch kranker Menschen mit dem von dem Juristen Samuel Tuke (1784–1857) in England entwickelten Modell des Moral Treatment, in dessen Rahmen der Begriff Moral im Sinne von Emotionen und Selbstwert gebraucht wurde: In dem Schutzraum der therapeutischen Gemeinschaft sollten die »Fehlgeleiteten« auf dem Weg gemeinsamen Handelns den Weg zurück in die konflikthafte gesellschaftliche Realität finden.

In Deutschland vollzog sich der Prozess des Aufbaus der »Irrenversorgung« in besonderer Weise, den Alexander Veltin als Resümee seiner langen klinischen Tätigkeit in dem Landeskrankenhaus Gütersloh und der psychiatrischen Klinik am Allgemeinkrankenhaus in Mönchengladbach beschrieben hat. Als Bindeglied zwischen kleinen, von Familien geführten Einrichtungen, wie sie in Nachfolge von Tuke entstanden sind, zu ärztlich geleiteten psychiatrischen Anstalten setzt er den Terminus der »Anstaltsfamilie« (Veltin 2013). Ausgehend von dem Tuke'schen Vorbild, in denen der Leiter als »verständlich liebenswerter Patriarch« (ebd., S. 15) beschrieben wird, entwickelte sich das Konzept der »Irrenanstalt« nach

dem vorindustriellen Leitbild der bürgerlichen Intimfamilie. »Unter der väterlichen Autorität ihres ärztlichen Vorgesetzten war es Aufgabe der Mitarbeiterschaft, in einem verbindlich geregelten Zusammenleben den kranken Familienmitgliedern (...) mit menschlichem Mitgefühl und Mitleid zur Heilung zu verhelfen.« (Veltin 2013 S. 19) Auf diese Weise vollzog sich der von Klaus Dörner in seinem Werk »Bürger und Irre« beschriebene Wechsel von dem philosophischen zu dem naturwissenschaftlichen Modell der Geisteskrankheit (Dörner 1969) praktisch, obgleich beide Modelle theoretisch noch länger koexistierten (s. u.).

Die ersten Anstaltsmodelle in Deutschland, wie die Anstalt von Christian Roller in Ilten, formierten sich als »Anstaltsfamilie« mit dem ärztlichen Leiter als patriarchalen Mittelpunkt (Veltin 2010). Dem Anstaltsarzt war aufgrund seiner ärztlichen Kompetenz »gegeben«, wie mit der psychischen Erkrankung umzugehen ist und er entwickelte sich dadurch zu einer Profession im Sinne der Soziologie von Max Weber, obwohl diese Profession nicht über einen naturwissenschaftlich abgeleiteten Wissenskanon über das Wesen und die Behandlung psychischer Erkrankungen verfügte.

Wie Andrew T. Scull in seinem historisch-kritischen Werk »Museums of Madness« für die englische Psychiatriegeschichte ein-

drücklich herausgearbeitet hat, entwickelte sich mit der Bindung an das Modell der sich naturwissenschaftlich formierenden Medizin in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Monopolstellung der Ärzte. In diesem Zuge dehnte sich die medizinische Begriffswelt auf sämtliche Formen abweichenden Verhaltens aus (Scull 1979). Der therapeutische Optimismus des Moral Treatment verschwand nach Scull mit dem Anwachsen der Zahl psychisch Kranker und führte zwangsläufig zu der Aufteilung in heilbare und unheilbare »Kranke«. Die »Unheilbaren« waren und verblieben die eigentliche Herausforderung der psychiatrischen Profession, hatte sie doch mit Pinels Akt der »Befreiung der Irren von ihren Ketten« die Lösung eines zunehmenden gesellschaftlichen Problems »versprochen« (Konrad, Rosemann 2020). Doch für diese »unheilbaren Kranken« stand nur die langfristige Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt zur Verfügung (vgl. Scull 1979).

Familienpflege als Gefährdung der Anstalt

Die Legitimation der Versorgung »unheilbar Kranker« war in der Mitte des 19. Jahrhunderts das zentrale Problem für die psychiatrische Profession. Da staatlich finanzierte Irrenanstalten erst im Ansatz vorhanden waren – die von Heinrich Hoffmann geführte Irrenanstalt in Frankfurt wurde 1865 gegründet –, waren die Irrenärzte mit der Anstaltsunterbringung heftiger Kritik von Angehörigen und Publizisten ausgesetzt. Cornelia Brink hat diese Auseinandersetzung in ihrem psychiatriehistorischen Werk und den daran anschließenden Kampf der Anstaltsärzte um gesellschaftliche Anerkennung ausführlich beschrieben. Er sollte sich im Rahmen der Psychiatriereform in der Mitte des 20. Jahrhunderts in Auseinandersetzung mit der Antipsychiatrie wiederholen (Brink 2010). In den Jahren 1846 bis 1865 war eine Debatte um die Versorgungsstruktur psychiatrischer Patienten in der Sektion Psychiatrie der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte geführt worden, innerhalb derer sich eine heftige Kontroverse entwickelte, ob die Versorgung »unheilbarer Kranker« der Anstalt vorbehalten bleiben sollte, oder ob sie auch in familialen Versorgungssystemen erfolgen könnte (Schmidt 1982). Die Kontroverse entfachte sich an der Auseinandersetzung über die psychiatrische Familienpflege, die in der belgischen Kleinstadt Geel in der Provinz Antwerpen seit dem 13. Jahrhundert praktiziert und im 19. Jahrhundert von nahezu allen Irrenärz-

ten Deutschlands und dem restlichen Europa besucht wurde (Brink 2010; Kisch, S. 50).

Die Gemeinde Geel konnte im 19. Jahrhundert mit einer riesigen, offenen Anstalt verglichen werden, in der »unheilbare Kranke« aus der Region und ganz Europa in Familien der Gemeinde versorgt wurden und für schwere akute Phasen lediglich eine Infirmerie mit 30 Plätzen zur Verfügung stand. Der selbstverständliche Umgang mit psychisch erkrankten Menschen war in einer fünfhundertjährigen Tradition gewachsen (Roosens 1983; siehe den Beitrag von Kisch, S. 50). Die Gegner der familialen Versorgung gestehen den Gastfamilien in Geel einen romantisch-emotionalen Zugang zu den Geisteskranken zu: »Das familiäre Leben hat ursprünglich im wesentlichen dazu beigetragen, Geel als mustergültig in der Irrenpflege hinzustellen, (...) das gegenseitige familiäre Verhältnis der Verpflegten mit ihren Pflegern und ihren Familien und man ist geneigt, den dortigen Verhältnissen einen entscheidenden Vorzug einzuräumen.« (Köhler zit. nach Schmid 1982, S. 113)

Sie sprechen ihnen aber ein tieferes Eingehen auf deren Seelenzustand ab: »ein strenges, auf eine höhere Erkenntnis basiertes Individualisieren, ein Corrigieren und Normieren, ein Analysieren der krankhaften Kundgebungen, wie dies die Aufgabe (...) des von höheren Interessen getragenen, für Selbstverleugnung und Opferwilligkeit qualifizierten Leiters der Anstalt sein muss, ist in Geel nicht möglich« (Köhler, zit. nach Schmid 1982, S. 113). Mit dem notwendigen Korrektiv der Krankheit wird die philosophische Haltung in die naturwissenschaftliche Praxis überführt, die nur von der ärztlichen Profession geleistet werden kann (detaillierter in Konrad, Rosemann 2020). Das medizinische Krankheitsmodell wird angesichts eines nicht vorhandenen naturwissenschaftlichen Kanons philosophisch legitimiert.

Die Verantwortlichen in Geel hatten keineswegs eine naiv-romantische Vorstellung über den Umgang mit psychischer Abweichung. Sie setzten dem medizinischen Krankheitsmodell in der Praxis ein – aus heutiger Sicht – bio-psycho-soziales Modell entgegen. Sie leugneten die Krankheit keineswegs, was sich bereits mit der Einführung der Infirmerie zeigt, sie hatten jedoch großes Vertrauen in die psychosoziale Kompetenz ihrer Pflegefamilien. In dieser Hinsicht kann eine Übereinstimmung mit den Vorstellungen von Wilhelm Griesinger

festgestellt werden, der trotz seiner streng biologischen Ausrichtung ein Verfechter der psychiatrischen Familienpflege war. In der Verursachung der Erkrankung geht er zwar unmissverständlich von einer hirnganischen Störung aus, in dem langfristigen Umgang mit den »unheilbar Kranken« steht für ihn jedoch die positive Wirkung des nicht-institutionellen sozialen Lebens außer Frage: »Die familiäre Kranksinnigenpflege gewährt den Kranken das, was die prachtvollste und bestgeleitete Anstalt der Welt niemals gewähren kann, die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches, soziales Medium, die Wohltat des Familienlebens.« (Griesinger 1865)

Griesingers Theorie der Wohltat des Familienlebens

Griesinger muss nicht auf die biologische Psychiatrie reduziert werden, sondern kann auch als Vorreiter der UN-Behindertenrechtskonvention und dem Gedanken der Inklusion *avant la lettre* bezeichnet werden (Konrad, Rosemann 2020). Besonders interessant ist dabei sein Rückgriff auf die Hegel'sche Philosophie, die seit einiger Zeit stärkere Beachtung findet und von Dörner in seiner Dichotomisierung von philosophischem und naturwissenschaftlichem Ansatz übersehen wurde. Wie Kai Sammet herausarbeitet, definiert Griesinger den Begriff der Freiheit als Entfaltungsraum eines Individuums: »Freiheit ist nicht Anarchie, Freiheit ist Selbstbestimmung nach Vernunftgründen.« (Sammet 2000, S. 149) Griesinger habe sein Modell der Langzeitversorgung als »Extramuralisierung« und »damit gleichzeitig als Anbindung an das Gesunde und die Gesunden – wenn auch in einer Familie, die (...) unter ärztlicher Kontrolle und Beobachtung stehen sollte« verstanden (Sammet 2000, S. 198). Wenn der Aspekt der »ärztlichen Kontrolle und Beobachtung« durch psychosoziale fachliche Beratung ersetzt wird, beschreibt die Aussage Griesingers das Konzept der »modernen Familienpflege«, die als Betreutes Wohnen in Gastfamilien oder Leben in Gastfamilien zwischenzeitlich in den meisten Bundesländern Deutschlands praktiziert wird (Konrad et al. 2012).

Das psychiatrische Krankheitsmodell entwickelte sich auf der Grundlage muraler Versorgung von Akut- und Langzeitpatienten, das mit dem Modell der Dementia praecox von einer zunehmenden Affektverflachung der später als schizopren bezeichneten

Menschen ausgeht. Zunehmend trat die Theorie der degenerativen Entwicklung psychischer Erkrankung in den Vordergrund, die eine langfristige Verwahrung in der Anstalt erforderlich mache. Der Beitrag der Psychoanalyse, die die Verursachung psychischer Erkrankungen in ungelösten Konfliktsituationen der familiären Entwicklung sieht, wurde von der deutschen Psychiatrie weitgehend ignoriert. Anders in der Schweiz, in der ausgehend von einer gewissen Akzeptanz Bleulers, die psychoanalytische Theorie in die psychiatrische Diskussion einging und zumindest für produktive Kontroversen sorgte (Fischer 2013).

Ein Produkt der Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse ist der daseinsanalytische Ansatz, der von Ludwig Binswanger in der Klinik Bellevue praktiziert und von Alexander Veltin als positives Modell der »Anstaltsfamilie« beschrieben wurde (Veltin 2010, S. 23). In der Klinik Binswangers wurde das gesamte Personal in die milieuthapeutische Behandlung einbezogen und das Pflegepersonal übernahm eine – aus heutiger Sicht – recoveryorientierte Genesungsbegleitung, wie man das in Bezug auf ein aktuelles Konzept benennen könnte (Zuaboni u. a. 2019). Aber auch die Anstaltsfamilie Binswangers blieb eine künstliche Großfamilie, die sich mit Ausnahme der Binswangerschen Familienmitglieder aus professionellen Mitarbeitern zusammensetzte, deren Familienleben außerhalb der Einrichtung stattfand. Im Rahmen der reformpsychiatrischen Ansätze wurden diese Modelle wieder aufgegriffen und als therapeutische Gemeinschaft neben den konventionellen Stationen der psychiatrischen Anstalt geführt – bei Cooper (1967) mit der Villa 21 gar als »anti-psychiatrisches Experiment«.

Gesellschaftliche Krise als Krise der Familie

Daseinsanalytische und phänomenologische Ansätze spielten in der deutschen Nachkriegspsychiatrie eine nicht unbedeutende Rolle. In Westdeutschland wurden die psychiatriekritisch verstandenen Modelle der therapeutischen Gemeinschaft auf der Grundlage der phänomenologischen Psychiatrie aufgebaut (z.B. Wulff 1970a). Im Gegensatz zu den anderen Industrienationen erfolgte die Implementation solcher psychiatriekritischer Ansätze zeitgleich mit der Etablierung gesellschaftskritischer und vor allem familienkritischer Ansätze. Das Sozialistische Patientenkollektiv wurde als

antipsychiatrisches Modell von einem Arzt charismatisch geführt, der mit seinem kritischen Ansatz innerlich die Auseinandersetzung mit seinem in das nationalsozialistische System verstrickten Vater führte (Pross u. a. 2016, S. 54 ff.). Aber auch bei den Verfechtern demokratischer Ansätze der therapeutischen Gemeinschaft wurde die Familie vor allem im Lichte der von der Double-bind-Theorie (Bateson u. a. 1969) vertretenen »pathologischen Interaktionsformen in der Familie« (Wulff 1970 b, S. 211) betrachtet. Als Programm der Sozialpsychiatrie wurde postuliert, »Typen der Entfremdung der Öffentlichkeit, insbesondere der Arbeit, und Typen der familiären Glücksillusion empirisch herauszuarbeiten« (ebd., S. 212) und daraus individual- und gruppen-therapeutische Ansätze zu entwickeln.

Als Ort der *familiären Glücksillusion* galt die bürgerliche Kleinfamilie, die nach dem Zweiten Weltkrieg eine kurze Blüte erlebte und mit der patriarchalischen Ausrichtung der Anstaltsfamilie als Modell diente. Im Rahmen des gesellschaftskritischen Ansatzes wurde die patriarchalisch organisierte Familie mit dem anthropologischen Modell der Familie gleichgesetzt. Dabei hatte der Sozialanthropologe Claude Lévi-Strauss mit seiner strukturalistischen Herangehensweise bereits direkt nach dem Zweiten Weltkrieg herausgearbeitet, dass die Familie zwar eine universelle Form der Menschheitsgeschichte darstellt, ihre kulturelle Ausgestaltung jedoch unzähligen Änderungen unterworfen und eine Linearität im Sinne einer dialektischen Höherentwicklung empirisch nicht nachzuweisen ist (Lévi-Strauss 1984, 2008). Auch in Gesellschaften, die auf einem rudimentären Niveau stehen geblieben sind, sei »die Art von Familie, die in den zeitgenössischen Gesellschaften durch monogame Heirat, unabhängigen Wohnsitz der Jungvermählten, affektive Beziehungen zwischen Eltern und Kindern usw. charakterisiert wird« bekannt (ebd., S. 74). Allerdings tritt das Fehlen von ehelichen Familien nicht in rudimentär entwickelten Gesellschaften in Erscheinung, sondern im Allgemeinen in sehr entwickelten Gesellschaften (ebd., S. 79), ein Umstand, der durch die abnehmende ökonomische Abhängigkeit zu erklären sei.

Diese Erkenntnis wurde von der Reformpsychiatrie vollkommen ignoriert, obgleich soziologische Ansätze im Vorfeld der Psychiatrieenquete durchaus Beachtung fanden (Söhner 2019, S. 126–138). Die antipsychiatrisch sich verstehenden Ansätze

orientierten sich vielmehr an poststrukturalistischen Theorien, die im Anschluss an die Analyse über »Wahnsinn und Gesellschaft« (Foucault 1969) entstanden sind und die Genese der Schizophrenie aus kapitalismuskritischen und psychoanalytischen Versatzstücken zu erklären versuchen (Deleuze, Guattari 1974). Willkürlich herausgegriffen klingt das dann z. B. so: »Im Endkomplex gibt es letztlich nur noch Papa-Mama-Ich, das auf den Papa übergegangene despotische Zeichen, die von Mama übernommene Territorialität und das abgespaltene kastrierte Ich.« (ebd., S. 342) Angesichts solcher Ergüsse muss es nicht wundernehmen, dass Lévi-Strauss mit seinen vermeintlichen Schülern nicht glücklich war (Loyer 2017).

»Zu Hause bei Mutti war ich nicht richtig dabei«

Wie Samuel Thoma herausgearbeitet hat, boten die Konzepte der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie ausreichend Ansatzpunkte, um die Psychiatriereform personenorientiert zu gestalten: Subjektorientierung, Lebensweltorientierung und soziale Entstehung psychischer Erkrankungen (Thoma 2019, S. 217). Der Lebensweltansatz bot eine gute Ausgangsposition für die Einbeziehung der Familie, gründet doch auch das psychopathologische Erleben in den Erfahrungen der familialen Sozialisation. In der Theorie des Verlusts der natürlichen Selbstverständlichkeit stellt Wolfgang Blankenburg die Aussage seiner Patientin Anne Rau zu ihrer Familie in den Vordergrund: »Was fehlt mir eigentlich? So etwas Kleines, so komisch, etwas Wichtiges, ohne das man aber nicht leben kann. Zu Hause bei Mutti war ich menschlich nicht dabei. Ich war nicht gewachsen.« (Blankenburg 1971, zit. nach 2013 S. 59) In der phänomenologischen Interpretation wird auf das Problem der intersubjektiven Konstitution der natürlichen Selbstverständlichkeit und der Frage, was zu ihrer Erlangung erforderlich ist, nachgegangen. Die Patientin macht hierzu eine glasklare Aussage: »Das kann mir nur die Mutti wiedergeben. Oder es muss eine Familie sein, die dieses Natürliche wiedergibt.« (ebd., S. 146). Mutti steht nach Blankenburg nicht für die eigene Mutter, von ihr habe sie ein negativ instrumentelles Verhältnis erlebt. Familie steht somit für die Sozialisationsfunktion von Familie.

Ogleich der anthropologische Ansatz »die Denkstrukturen reformorientierter Fachvertreter nachhaltig geprägt hat« (Söhner 2019,

S. 126), blieb die Lebensweltorientierung auf die Erforschung des psychisch erkrankten Individuums beschränkt. Die Lebenswelt Familie blieb einerseits im Hinblick auf ihre schädliche Wirkung im Fokus (s.o.), andererseits als entlastender Faktor im Rahmen der Theorie der Basisstörungen (Süllwold, Huber 1986), die den schizophren erkrankten Menschen ganz im Rahmen der Reizabschirmung betrachtete. Im Anschluss an die Psychiatrienquete entstanden Einrichtungen im Sinne der Anstaltsfamilie: Therapeutische Gemeinschaft, »familienähnliche« Übergangseinrichtungen und therapeutische Wohngemeinschaften. Besonders strapaziert wurde dabei der Begriff der Milieuthérapie, bei dessen Verwendung ignoriert wurde, dass im lebensweltlichen Ansatz die Milieuwelt als »das Insgesamt der Alltagsphären, in denen Menschen fraglos, undistanziert und unreflektiert handeln, die sie unmittelbar und langfristig beleben« verstanden wird (Hitzler, Honer 1984, S. 62).

Das alte Konzept der Familienpflege wurde im Rahmen der Reformpsychiatrie zunächst übersehen, obgleich es ein milieutherapeutisches Angebot sui generis ist. Selbst Klaus Dörner war ihr in seiner aktiven Zeit der Familienpflege stets »kritisch und skeptisch« begegnet, wie er später eingestand (Dörner 2012, S. 9). Als Begründung führt er auf, dass die Betroffenen bei einem Leben in einer Gastfamilie eine zu große Abhängigkeit und Fremdbestimmung befürchtet hätten.

Die Fragen nach Unabhängigkeit und Selbstbestimmung hatten mit dem Ende der Anstalt – und das war mit der Umwandlung der psychiatrischen Landeskrankenhäuser in moderne Fachkrankenhäuser in den 1990er-Jahren besiegelt – auch für sogenannte chronisch psychisch kranke Menschen einen wichtigen Stellenwert eingenommen. In Gastfamilien ist der Grad der Selbstbestimmung für psychisch erkrankte Personen höher, wie bereits das Beispiel Geel gezeigt hat (siehe auch Kisch i. d. H.). Gleichwohl waren die Vorurteile gegenüber der Familienpflege auch nach zwanzig Jahren praktischer Bewährung unverändert. Die Aussagen in einer Delphi-Studie bezeugen dies: »Eine verbreitete Annahme unter psychosozialen Fachkräften ohne Familienpflegepraxis ist die Entwicklung einer Abhängigkeitsbeziehung zwischen Klient und Pflegefamilie, die aufgrund mangelnder Qualifikation im Umgang mit psychisch kranken Menschen für den Klienten nachteilige Folgen zeitigt.« (Ingenleuf 2004, S. 41)

Phänomenologische Psychiatrie trifft phänomenologische Soziologie

Die Überlegenheit professioneller Hilfen wird wie in der Diskussion im 19. Jahrhundert als feststehende Tatsache in den Raum gestellt – entgegen der emotionalen Qualität des Familienlebens, die von Anne Rau zur Kompensation ihres Verlustes der natürlichen Selbstverständlichkeit eingefordert wurde. Die sozialpsychiatrische sowie die anthropologisch-psychiatrische Theoriebildung hat sich nie dafür interessiert, was Griesinger mit der *Wohltat des Familienlebens* angedeutet hat. Eine Ausnahme machte Blankenburg, indem er bei der Übernahme der Universitätsklinik in Marburg 1980 einen Soziologen einstellte, der sowohl klinisch als auch wissenschaftlich arbeitete. Bruno Hildenbrand hatte in Konstanz in dem unter anderem von Thomas Luckmann geleiteten Projekt »Soziale Relevanz und biografische Struktur« gearbeitet, in dem die Theorie der gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit (Berger, Luckmann 1969) auch auf den Bereich der Psychiatrie angewandt wurde und die Dissertation »Alltag und Krankheit: Ethnographie einer Familie« entstand (Hildenbrand 1983). Blankenburg hatte bereits in *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit* Berger und Luckmann zitiert, allerdings nicht als gesellschaftliche Konstruktion, sondern als gesellschaftliche Struktur der Wirklichkeit. Offensichtlich konnte sich der phänomenologische Psychiater nicht vorstellen, dass sich die Soziologie ernsthaft mit Sinnkonstruktionen auseinandersetzt.

Die Zusammenarbeit zwischen phänomenologischem Psychiater und phänomenologischem Soziologen greift die Problematik von Schizophrenie und Familie in einer Weise auf, die sich von den damals herrschenden Ansätzen deutlich unterscheidet. In den Vordergrund wurde die Familiensituation und die Ablösung aus dieser gestellt und in zwei Projekten zur Familiensituation und alltagsweltlichen Orientierung Schizophrener und zu therapeutisch induzierten Ablöseprozessen Schizophrener aus ihren Familien untersucht. Als zentrales Strukturproblem bei Familien Schizophrener wurde die Innen-Außen-Vermittlung identifiziert und es wurden über die Methode der Grounded Theory – Fallrekonstruktion, Fallkontrastierung und Typenbildung – drei Familienmilieus gefunden (Hildenbrand 1991):

– Das nach außen abgegrenzte und nach innen zentrierte Familienmilieu (S. 63 ff.)

- Das nach außen orientierte und nach innen veröffentlichte Familienmilieu (S. 71 ff.)
- Das Familienmilieu mit einer widersprüchlichen Innen-Außenorientierung (S. 77 ff.)

Entsprechend den unterschiedlichen Familienmilieus werden unterschiedliche Schwierigkeiten der Ablösung identifiziert. Bevor therapeutisch induzierte Ablöseprozesse untersucht werden konnten, bedurfte es entsprechend der Logik der Grounded Theory des Vergleichs mit Familien, bei denen die Ablösung ohne schizophrene Krise erfolgte. Diese Untersuchung erfolgte in zwei weiteren Projekten, die von Bruno Hildenbrand und Ulrich Oevermann geleitet wurden: »Prozesse der Wirklichkeitskonstruktion im familiengeschichtlichen Erzählen« und »Bauernfamilie sowie landwirtschaftliche Betriebe und die widersprüchliche Einheit von Tradition und Moderne«. Bauernfamilien eigneten sich besonders gut, da sie sich zu dieser Zeit in einem schwierigen gesellschaftlichen Wandlungsprozess befanden, der in Westdeutschland ein gewaltiges Hofsterben zur Folge hatte. Die Analyse des therapeutisch induzierten Ablöseprozesses erfolgte daher am Fall des Sohnes einer Bauernfamilie (Hildenbrand 1991, S. 84 ff.).

Die zentrale Frage im Hinblick auf die therapeutisch induzierte Ablösung aus dem Elternhaus in Übergangseinrichtungen lautete: »Wie wird (...) der Widerspruch bewältigt, dass in einer Einrichtung, in der die Sozialbeziehungen rollenförmig organisiert sind, stellvertretend Leistungen erbracht werden, die dem Strukturtyp nach nur in Familien, also in diffusen Sozialbeziehungen, erbracht werden können.« (ebd., S. 46) Im Vergleich von drei Einrichtungen erschien dies in dem untersuchten Familien-Heim am ehesten möglich, das von Hildenbrand mit dem Begriff »inszenierte Familie« gekennzeichnet wurde. Das Paradox der »Familie auf Zeit« erzwingt »dauernde Aushandlungsprozesse zwischen Leiterin, Heimbewohnern und den Angehörigen der Leiterin« in dem Schutzbereich der Familie, der »Gelegenheit zu mannigfaltigen Grenzüberschreitungen« bietet (ebd., S. 290). Familien-Heime sind Kleininrichtungen, in denen bis zu ca. zehn psychisch kranke Menschen in dem Haus einer Familie versorgt werden und die von der als Krankenschwester ausgebildeten Frau geleitet werden. In der Schweiz sind sie nach dem Zweiten Weltkrieg häufig aus der Familienpflege entstanden (Uchtenhagen 1984).

Die »moderne« Familienpflege

Das Familien-Heim bleibt trotz der Einbindung in eine Familie eine Institution, die von den Familienmitgliedern ein quasi-professionelles Handeln erfordert. Hildenbrand spricht daher von der »inszenierten Familie«. Eine amerikanische Untersuchung in familiengestützten Einrichtungen hatte eine statistisch signifikante Verbesserung der sozialen Fertigkeiten und der sozialen Anpassung bei den Klienten festgestellt, die allein oder mit höchstens einem weiteren psychisch Kranken in einer Familie lebten (Linn u.a. 1980). Damit wurde die Praxis der Familienpflege in Geel bestätigt und der strukturelle Unterschied zwischen Gastfamilie und Familien-Heim nachgewiesen. Gleichzeitig geht die auf Hegel basierende kritische Sozialphilosophie von einem Wandel im Anerkennungsverhältnis zwischen Eltern und Kindern als wesentlichem Unterschied zwischen traditioneller und moderner Familie aus: Das Selbstverständnis der Eltern habe sich in Richtung »gemeinsamer Verantwortung für die Entfaltung der kindlichen Autonomie verschoben« (Honneth 2011, S. 290).

In der »verantwortungsbewußten Elternschaft als moralischer Kern der Familienbeziehung« (ebd., S. 294) und damit stärkeren »Solidargemeinschaft« ist das normative Prinzip der modernen Familie und damit auch der Gastfamilie zu verorten (siehe auch Keupp 2012). Die Familienpflege ist damit zu ihrem eigentlichen Wesen aus der Tradition Geels zurückgekehrt: Die Integration verletzlicher Menschen auf der Grundlage eines funktionierenden Sozialsystems gegen ein Entgelt, ein Modell das trotz eines berühmten Einzelfalls in Deutschland (s. u.) nicht praktiziert wurde. In der Blütephase der Familienpflege während der Weimarer Zeit wurden die Gastfamilien als beschützter Arbeitsplatz genutzt. Das »Aussterben« der Familienpflege während der nationalsozialistischen Herrschaft war darin begründet, dass die psychiatrischen Anstalten nach der massenhaften Ermordung die arbeitsfähigen psychisch Kranken in die Anstalt zurückholten (Schmidt-Michel 1993). Bei der Restaurierung der Familienpflege in Ravensburg und Bonn wurden daher gezielt Gastfamilien gesucht, die für eine finanzielle Entschädigung bereit sind, psychisch kranke Menschen aus der psychiatrischen Klinik zu integrieren (Schmidt-Michel, Konrad 1988). In Baden-Württemberg wurden sie mit Aufnahme in die Gastfamilie aus der Klinik entlassen, der Landschaftsverband Rheinland

vollzog diesen Schritt bei der Einführung des SGB XII, mit dem das Bundessozialhilfegesetz abgelöst wurde.

Gleichwohl galt die Familienpflege zunächst nur als Modell für die Entospitalisierung von Langzeitpatienten der psychiatrischen Kliniken. Tilo Held, der als psychoanalytisch orientierter Psychiater auf Grundlage seiner Erfahrungen in Paris die Familienpflege an der Rheinischen Landesklinik Bonn aufbaute, riet nach Auswertung der Ergebnisse seiner Langzeitstudie von der Vermittlung sogenannter »neuer chronischer« Patienten ab: »Entscheidend für das Scheitern so vieler junger Menschen in der Familienpflege sind also nicht psychotische Symptome im engeren Sinne, sondern Verhaltensmuster, die zu einer Überforderung der Pflegefamilie durch eine protahierte und kaum lösbare Adoleszenzproblematik der Patienten führen.« (Held 1989, S. 134) Um diese Patientengruppe dennoch erfolgreich zu platzieren, empfahl er »spezifische häusliche Behandlungshilfen« (ebd., S. 164). Damit ignorierte er einen Befund aus seiner eigenen Studie, wonach er einen Familientyp gefunden hatte, der bei allen Patientengruppen erfolgreich war: Einwandererfamilien nordafrikanisch-jüdischer Herkunft mit starkem Familienzusammenhalt und dominanten Müttern (ebd., S. 61). Dieser Hinweis auf die Qualität unkonventioneller Familien wurde jedoch in der gemeindepsychiatrischen Diskussion nicht aufgegriffen (Konrad, Schmidt-Michel 2004).

Traditionelle und unkonventionelle Gastfamilien

Konrad (1992) hatte in einer qualitativen Studie herausgefunden, dass keineswegs der Idealtyp der stabilen Familienstruktur (Held 1989, S. 126) als Gastfamilie geeignet ist, sondern vielmehr Familien, die angesichts biografischer Brüche »durch die Aufnahme eines psychisch Kranken die Stabilität der Familienstruktur« herstellen (Konrad 1993, S. 162). In einer Re-Analyse der Daten konnte herausgearbeitet werden, dass der moderne Familientypus, in dem die familiale Solidargemeinschaft im Sinne Honneths erst hergestellt werden musste, für Sozialisationsprozesse junger psychisch kranker Menschen besser geeignet ist als der Typus der traditionellen (bäuerlichen) Familie (Konrad 2017). In der Praxis der Arbeit mit Gastfamilien wird diese Erkenntnis teilweise umgesetzt, insbesondere in dem Angebot »Junge Menschen in Gastfamilien«, in

dem seelisch behinderte Jugendliche mit nachweisbarem Erfolg von der Adoleszenz in ein selbstbestimmtes Erwachsenenleben begleitet werden (Nordmann u.a. 2013; Nuber in diesem Heft). JuMeGa hat im Gegensatz zum Jugendamt keine pädagogisch festgelegten Kriterien für die Auswahl von Gastfamilien und schult sie auch nicht, sondern achtet auf eine passende Zuordnung und begleitet den Integrationsprozess mit einem psychosozialen Fachdienst nach dem Prinzip »intensiv, kontinuierlich und umfassend« (Roth, Viehoff 2017).

Das Betreute Wohnen in Familien, in dem vor allem Menschen mit einer schizophrenen oder affektiven Psychose in Gastfamilien vermittelt werden, tut sich mit der Beurteilung geeigneter Familien traditionell schwer (Konrad u.a. 1993). Auch zwanzig Jahre später scheint diese Problematik virulent zu sein. So wird in einem Beitrag zur Auswahl von Gastfamilien angemerkt, »dass die von den Teams angewandten Kriterien für die Auswahl der Gastfamilien dazu führen könnten, sehr geeignete und erfolgreiche Gastfamilien auszuschließen« (Neuenfeldt-Spickermann 2012, S. 154). Im Anschluss wird eine Patchworkfamilie vorgestellt, die als Hauptberuf Musiker und Produzenten mit eigenem Tonstudio angeeignet hatte und von dem BWF-Team als »spezielle Spezialfamilie« klassifiziert wurde, womit die Unsicherheit zum Ausdruck gebracht wurde, »ob eine derart kreative Dynamik ein geeignetes Setting für einen an einer Psychose erkrankten Menschen darstellen kann« (ebd., S. 155). Die erfolgreiche, weitgehend selbstbestimmte Integration eines als Systemsprenger bezeichneten psychoseerkrankten Mannes bestätigte jedoch die Eignung unkonventioneller Gastfamilien (vgl. auch Konrad 2017).

(Gast)familien und ihre Lebenswelt

Unkonventionelle Familien haben einen eigenen lebensweltlichen Hintergrund. Diese Aussage ist jedoch nur dann relevant, wenn der Lebensweltbegriff im Rahmen gesellschaftlich erzeugter Sinnstrukturen im Sinne von Berger und Luckmann (1969) verwendet wird und spezifische Lebenswelten bzw. Milieus erforscht werden. Bisher wird der Lebensweltbegriff in der Sozialpsychiatrie in erster Linie zum therapeutischen Verständnis der Verrücktheit gebraucht (Thoma 2018) und die Untersuchung therapeutischer oder teilhabeorientierter Lebenswelten vernachlässigt.

Ein aktuelles Beispiel ist der Versuch, die zweite Hälfte des Lebens des berühmtesten Familienpfleglings Friedrich Hölderlin aus dem Klischee vom umnachteten Genie zu befreien, indem die hermeneutische Methode angewandt wird, »den Menschen und seine Lebenswelt weitgehend zu verstehen« (Gonthier, Schlimme 2020, S. 28). Zur Lebenswelt der Familie des Schreinermeisters und Innungsobermeisters Zimmer findet sich dann ein einziger Satz: »Die Haltung der Familie Hölderlin gegenüber ist geprägt von Wärme und Festigkeit, von Autorität und von einem weltanschaulichen Standpunkt, der dem im Klinikum vorherrschenden entspricht: bemüht, das ›Böse, die Beschütze in ihm‹ zu unterdrücken.« (ebd., S. 58) Dementsprechend wird die klassische Zweiteilung vorgenommen: den Grenzen setzenden Vater, der »dem Wütenden tüchtig mit Schlägen« habe imponieren müssen (ebd., S. 59) und der verständigen Tochter Lotte, in deren Verhältnis zu Hölderlin eine »Seelenverwandtschaft« (ebd., S. 58) unterstellt wird. Kein Versuch, die Lebenswelt der Familie Zimmer in ihrem Kontext einer gesellschaftlichen Umbruchsituation zu rekonstruieren sowie ihr Angebot, einen von der Medizin aufgegebenen Verrückten aufzunehmen.

Die Lebenswelt der Familie Zimmer – und das bedeutet die Sinnstruktur einer schwäbischen Handwerkerfamilie – kann durchaus als unkonventionell bezeichnet werden. Im Gegensatz zur üblichen Praxis der Familienpflege wurde die Familie Zimmer nicht von der Klinik gesucht, sondern der Schreinermeister, der in einem Lesezirkel den Hyperion gelesen hatte, bot sich an, weil er sehr bedauerte, dass »ein so schöner herrlicher Geist zugrund gehen soll« (Keller 1993, S. 84). Mit den Worten einer aktuellen soziologischen Studie machte Zimmer das Angebot eines »strukturbildenden Ortes« (Jung 2019), der mit der Lebenswelt der Herkunftsfamilie Hölderlins deutlich kontrastierte. Die asketisch-theologische Ausrichtung der Witwe Hölderlin wurde durch eine handwerklich praktische, gleichzeitig aber reflexiv orientierte Einstellung ersetzt. Erstmals in seinem Leben war Hölderlin Teil der Triade einer Familie, in der Marie Zimmer die Rolle der sorgenden Mutter und Ernst Zimmer die Rolle des fördernden, gleichzeitig aber auch Grenzen setzenden Vaters einnimmt. Lotte Zimmer übernimmt die Verantwortung erst fünf Jahre vor Hölderlins Tod.

Klinische Soziologie

In dieser Konstellation gelingt Hölderlin unabhängig von der Frage einer psychischen Krankheit das »Heimischwerden« in der Welt (Thoma 2018), das zur Enttäuschung seiner romantischen Verehrer nicht mehr zu Höhenflügen führte, sondern zu einem durchaus geselligen Zusammenleben mit der Familie und den studentischen Untermietern. Aus dieser Warte der Genesung kann ein Blick auf die Entwicklung der Krise zurückgeworfen werden. Wolfgang Blankenburg tat dies in einem Vortrag an der Kumamoto Universität in Japan in dem Jahr, als der Forschungsbericht zur alltagsweltlichen Orientierung und Lebenswelt Schizophrener erschien. Dabei kommt er zu der Schlussfolgerung, »dass die Krankheit nicht etwas gewesen ist, was nun im späteren Leben ganz überraschend ohne Vorbote wie ein Blitz aus heiterem Himmel kam, sondern dass das innere Maßhalten für Hölderlin sein ganzes Leben – auch gerade schon in der Frühzeit – ein großes Problem gewesen ist« (Blankenburg 1983, S. 158). Der Kampf um Anerkennung als dichtender Philosoph oder als philosophierender Dichter war gescheitert. Für die Banalität eines eigenständigen Lebens hatte ihm offensichtlich das Rüstzeug gefehlt, das sich in der familialen Sozialisation entwickelt und das von der Rollentheorie als »Ambiguitätstoleranz« bezeichnet wird. Die Biografie von Rüdiger Safranski bietet ausreichend Material für diese These (Safranski 2019).

Für das Verhältnis der Psychiatrie zur Familie eröffnet der Blick auf die prägende Lebenswelt bis zur Erkrankung eine Perspektive, die nicht weiter vernachlässigt werden sollte. Während der Blick auf das Biologische durch die Psychoanalyse um den Blick auf das Psychische erweitert wurde, muss nun der in den 1990er-Jahren verloren gegangene Blick auf das Soziale wiederaufgenommen werden. Nicht als Anhängsel, sondern in seiner Form der substanziellen Prägung des Menschen. Stefan Weinmann hat die Beschränkungen einer biologischen Psychiatrie und der Differenzierung der diagnostischen Systeme aufgezeigt (Weinmann 2019). Überzeugend hat er dargelegt, dass es einer »im sozialen Umfeld arbeitenden Psychiatrie« bedarf, die über ihre pseudoobjektivierende Selbsttäuschung nur durch »Lebensweltorientierung« (ebd., S. 251) hinwegkommt. Die positiven wissenschaftlichen Ansätze zur Erforschung der Lebenswelt werden jedoch weder in der Medizin noch in der Psychologie zu finden sein.

Vielmehr ist es erforderlich, die Soziologie mit ihrer lebensweltlichen und kultursoziologischen Perspektive sowohl praktisch als auch mit ihren eigenständigen Forschungsansätzen gleichberechtigt einzubeziehen. Bruno Hildenbrand hat im Rückblick auf seine verschiedenen beruflichen Stationen mit dem Lehrbuch »Klinische Soziologie« einen Vorschlag gemacht, wie die wiederaufkeimenden Ansätze einer anthropologischen Psychiatrie zum Sozialen finden und damit zu einer sozialanthropologischen Psychiatrie werden können (Hildenbrand 2019).

Literatur

- BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J., WEAKLAND, J.H. (1969): Auf dem Weg zu einer Schizophrenie-Theorie. In: Schizophrenie und Familie. Frankfurt: Suhrkamp
- BERGER, P., LUCKMANN, T. (1969): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt: Fischer
- BLANKENBURG, W. (2012): Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien. Berlin: Parodos
- BLANKENBURG, W. (1983): Friedrich Hölderlin. Bull. Inst. Const. Med. Kumamoto Univ., 33 (2), 149–161.
- BRINK, C. (2010): Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980. Göttingen: Wallstein
- COOPER, D. (1971): Psychiatrie und Anti-Psychiatrie. Frankfurt: Suhrkamp
- DELEUZE, G., GUATTARI, F. (1974): Anti-Ödipus. Kapitalismus und Schizophrenie. Frankfurt: Suhrkamp
- DÖRNER, K. (1969): Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt a.M.: Europäische Verlagsanstalt
- DÖRNER, K. (2012): Vorwort. In: Konrad, M., Becker, J., Eisenhut, R. (Hg.) Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung. Freiburg: Lambertus, 9–12
- FOUCAULT, M. (1969): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- GONTHIER, U., SCHLIMME, J.E. (2020): Hölderlin. Das Klischee vom umnachteten Genie im Turm. Köln: Psychiatrie Verlag
- HILDENBRAND, B. (1983): Alltag und Krankheit. Ethnographie einer Familie. Stuttgart: Klett-Cotta
- HILDENBRAND, B. (1991): Alltag als Therapie. Ablösprozesse Schizophrener in der psychiatrischen Übergangseinrichtung. Bern: Huber
- HILDENBRAND, B. (2019): Klinische Soziologie. Ein Ansatz für absurde Helden und Helden des Absurden. Zweite völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS

- HITZLER, R., HONER, A. (1984): Lebenswelt – Milieu – Situation. Terminologische Vorschläge zur theoretischen Verständigung. In: KZfSS, 36, 56–73
- HONNETH, A. (2011): Das Recht der Freiheit. Grundriss einer demokratischen Sittlichkeit. Berlin: Suhrkamp
- INGENLEUF, H.J. (2004): Das Ende des Orakelns: Antworten auf die Kritik an der psychiatrischen Familienpflege. Sozialpsychiatrische Informationen, 34: 39–45
- JUNG, P. (2019): Die »verführerische Banalität« strukturbildender Orte. Soziologische Perspektiven auf die Gemeindepsychiatrie in Deutschland. Weinheim: Beltz
- KEUPP, H. (2012): Familie ist auch nicht das, was sie einmal war. Von der selbstverständlichen Matrix zum Balanceakt. In: Konrad, M., Becker, J., Eisenhut, R. (Hg.) Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung. Freiburg: Lambertus; 47–58
- KONRAD, M. (1992): Die Familiengeschichte der Gastfamilie als milieuthérapeutischer Faktor in der psychiatrischen Familienpflege. Universität Ulm: unveröff. Diss.
- KONRAD, M. (1993): Sind therapeutische Prozesse bei chronisch Schizophrenen in Psychiatrischer Familienpflege denkbar? In: Konrad, M., Schmidt-Michel, P.-O. (Hg.) Die zweite Familie. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- KONRAD, M. (2017): Objektive Hermeneutik als qualitative Methode der Evidenzbasierung sozialpsychiatrischer Praxis – am Beispiel der Familienpflege. Sozialpsychiatrische Informationen, 47 (2), 26–30
- KONRAD, M., BECKER, J., EISENHUT, R. (2012): Betreutes Wohnen in Familien – Die Umsetzung des Inklusionsanspruchs für Menschen mit schweren Behinderungen. In: Konrad, M., Becker, J., Eisenhut, R. (Hg.) Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung. Freiburg: Lambertus, 13–35
- KONRAD, M., MILLER-CLESLE, M., ROTH, B. (1993) Gute Familien – Schlechte Familien. Urteile des Familienpflegeteams und ihre Evidenz für den Verlauf einer Pflege-Episode. In: Konrad, M., Schmidt-Michel, P.-O. (Hg.): Die zweite Familie. Bonn: Psychiatrie Verlag, 165–180
- KONRAD, M., ROSEMAN, M. (2020): Wohnen mit seelischen Einschränkungen. In: Eckardt, F., Maier, S. (Hg.) Handbuch Wohnsoziologie. Wiesbaden: Springer VS
- KONRAD, M., SCHMIDT-MICHEL, P.-O. (2004): Rückfall in die Steinzeit? Eine Zwischenbilanz 20 Jahre nach Wiederentdeckung der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland. Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (4), 2–6
- LINN, M.W., KLETT, C.J., CAFFEY E.M. (1980): Foster home characteristics and psychiatric patient outcome. The wisdom of Gheel confirmed. Arch. Gen. Psychiatry, 37: 129–132
- LÉVI-STRAUSS, C. (1984/1949): Die elementaren Strukturen der Verwandtschaft. Frankfurt: Suhrkamp
- LÉVI-STRAUSS, C. (2008/1956): Die Familie. In: ders.: Der Blick aus der Ferne. Frankfurt: Suhrkamp
- NEUFELD, T., SPICKERMANN, R. (2012). Die gute Familie. Aspekte zur Auswahl geeigneter Gastfamilien. In Konrad, M., Becker, J., Eisenhut, R. (Hg.) Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung. Freiburg: Lambertus, 148–158
- PROSS, C. (2016): Wir wollten ins Verderben rennen. Die Geschichte des Sozialistischen Patientenkollektivs Heidelberg. Köln: Psychiatrie Verlag.
- ROOSENS, E. (1983): Psychisch Kranke unter uns. Stuttgart: Hippokrates
- SAFRANSKI, R. (2019): Hölderlin. Komm! Ins Offene, Freund! Biographie. München: Hanser
- SAMMET, K. (2000): Über Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland: Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865–1868. Münster: Aschendorf
- SCHMIDT, P.-O. (1982): Asylisierung oder familiäre Versorgung. Die Vorträge auf der Sektion Psychiatrie der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte bis 1885. Husum: Matthiesen
- SCHMIDT-MICHEL, P.-O. (1993): Geschichte der psychiatrischen Familienpflege in Deutschland. In: Konrad, M., Schmidt-Michel, P.-O. (Hg.) Die zweite Familie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 41–76.
- SCHMIDT-MICHEL, P.-O., KONRAD, M. (1988): Why are foster-care programs not a part of everyday routine in psychiatric treatment, Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 23, 163–165
- SCULL, A.T. (1979): Museum of Madness: The Social Organization of Insanity in Nineteenth Century England. London: Routledge & Keegan Paul
- SÖHNER, F. (2019): Psychiatrie-Enquete mit Zeitzeugen verstehen. Eine Oral History der Psychiatriereform in der BRD. Köln: Psychiatrie Verlag
- SÜLLWOLD, L., HUBER, G. (1986): Schizophrene Basisstörungen. Springer, Berlin
- THOMA, S. (2018): Common Sense und Verrücktheit im sozialen Raum. Entwurf einer phänomenologischen Sozialpsychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag
- THOMA, S. (2019): »Der Mensch ist dazu gemacht, das Menschliche zu ergründen«. Zur konzeptionellen Bedeutung der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie im Vorfeld der westdeutschen Psychiatriereform. Medizinhistorisches Journal, 54 (3), 209–240
- UCHTENHAGEN, A. (1984): Wohnheimstrukturen als therapeutische Instrumente. In: Psychiatr. Prax., 11, 163–167.
- WULFF, E. (1970 a): Über den Aufbau einer therapeutischen Gemeinschaft. In Wulff, E.: Psychiatrie und Klassengesellschaft. Frankfurt: Fischer Athenäum, 214–226.
- WULFF, E. (1970 b): Kritische Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik. In: Wulff, E.: Psychiatrie und Klassengesellschaft. Frankfurt: Fischer, 205–213
- VELTIN, A. (2013): Die Anstaltsfamilie. Köln: Psychiatrie Verlag
- WEINMANN, S. (2019): Die Vermessung der Psychiatrie. Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets. Köln: Psychiatrie Verlag
- ZUABONI, G., BURR, C., WINTER, A., SCHULZ, M. (Hg.) (2019): Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. Köln: Psychiatrie Verlag

Der Autor

Dr. Michael Konrad

Diplom-Psychologe. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, Referat Psychiatrie, Sucht