

Außerstationäre Lebensbedingungen psychiatrischer Patienten

Röhrle, Bernd

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Röhrle, B. (1988). Außerstationäre Lebensbedingungen psychiatrischer Patienten. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 12(4), 19-39. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-249189>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

AUSSERSTATIONÄRE LEBENSBEDINGUNGEN PSYCHIATRISCHER PATIENTEN

BERND RÖHRLE

Angesichts der sich zuspitzenden sozio-ökonomischen und ökologischen Krise wird das Interesse an der Lebensqualität und an weiteren Belastbarkeiten des Bürgers immer größer. Die Lebenssituation¹ von benachteiligten Gruppen (z.B. alte Menschen) zu untersuchen, ist - bei der sich dabei ergebenden Breite von Fragestellungen - nur eine unter vielen. Die Lebenssituation psychiatrischer Patienten wird dabei, zumindest in bundesrepublikanischen "Wohlfahrtssurveys", überhaupt nicht erwähnt. Das liegt natürlich auch an der vergleichsweise geringen Zahl dieser Menschen. Der eigentliche Grund für diese Vernachlässigung aber hat damit zu tun, daß die Lebenssituation dieser immer noch ausgegrenzten Mitbürger, wenn überhaupt, in anderen Zusammenhängen untersucht wird.

In früheren Jahren wurde die Lebenssituation psychiatrischer Patienten vor allem in Kontext einer sozialwissenschaftlich fundierten Kritik am totalitär-institutionellen Charakter von psychiatrischen Krankenhäusern thematisiert (vgl. z.B. GOFFMAN 1961). Mit der auch dadurch beeinflussten Deinstitutionalisierung psychiatrischer Patienten und dem darauffolgenden Aufbau einer gemeindenahen Versorgung erwachte dann auch das Interesse an der außerstationären Lebenssituation psychiatrischer Patienten. Man geht allerdings fehl in der Annahme, daß dieses Interesse auf dem gleichen sozialwissenschaftlichen Hintergrund früherer institutioneller Analysen aufgebaut wäre.

Zunächst geht es schlicht darum, die Lebensbedingungen psychiatrischer Patienten als Kriterien zur Überprüfung der Effektivität gemeindenaher Dienste zu nutzen. Anfangs wurden hierfür nur die Wiedererkrankungs- und Wiedereinweisungsraten erhoben (vgl. ANTHONY, BUELL, SHARAT & ALTHOFF 1972). Später erkannte man, daß diese Kriterien der Wirkungsbreite verschiedener gemeindenaher Dienste und

¹ Der Begriff der "Lebenssituation" ist hier wegen seines eher neutralen Bedeutungsgehaltes gewählt. Begriffe wie "Lebenswelten", "Alltag", "Milieu", "Soziale Lagen" fassen relativ vorgefertigte konzeptionelle und methodische Zugänge zur Umwelt, die für die Lebensbereiche psychiatrischer Patienten m.E. bislang noch kaum genutzt wurden (zur begrifflichen Abklärung vgl. z.B. BUCHHOLZ 1984; GRATHOFF 1978; HITZLER & HOHNER 1978).

ihren jeweils spezifischen Zielsetzungen (z.B. soziale Integration) nicht gerecht wurden (vgl. hierzu BACHRACH 1982).

Mitgetragen von einer humanitär gefärbten Philosophie, daß gemeindenaher Versorgung besser sei, und mitbeeinflußt von Mythen, wie ein glückliches und gesundes Leben "draußen" auszusehen hat, werden alte psychiatrische Annahmen zur ätiologischen Bedeutung von Umweltbedingungen weitgehend bruchlos auf die Analyse und Pflege außerstationären Lebens psychiatrischer Patienten übertragen. Auf diese Weise entsteht bei der Analyse und Pflege der Lebenssituation psychiatrischer Patienten eine eigenartige "Landschaft". Sie besteht aus Bruchstücken von Lebensbedingungen, die für die soziale Integration als relevant bezeichnet werden. Sie wird zum anstrengenswerten Ideal allgemein soziokulturell anerkannter, meist aber schichtspezifischer Lebensweisen. Vor allem aber wird die Lebenssituation zum Risikofaktor oder aber auch zu einer Welt voll von zu bewältigenden Aufgaben und hierfür notwendigen therapeutischen und pädagogischen Angeboten von Schutzräumen u.a.m. Durch diese Funktionalisierung der Lebenssituation psychiatrischer Patienten erklärt sich, warum man eigentlich recht wenig darüber weiß, wie psychiatrische Patienten "draußen" leben und welche ökonomische, soziale, kulturelle und psychologische Bedeutung einzelne Merkmale ihrer Lebenssituation besitzen. Es stellt sich die Frage, ob sich unter einer sozialwissenschaftlichen Perspektive und verbunden mit einem emanzipatorischen Interesse die Lebenssituation psychiatrischer Patienten mit größerer Realitätsnähe analysieren läßt. Gemeindepsychologische bzw. umweltpsychologische Betrachtungsweisen und zugehörige empirische Befunde geben Anlaß zur Hoffnung, daß diese sozialwissenschaftliche Perspektive für die psychiatrischen Patienten "wiederentdeckt" werden könnte.

1. Die Lebenssituation psychiatrischer Patienten als arrangierte Versorgung

Wer glaubt, daß mit der Deinstitutionalisierung psychiatrischer Patienten und dem Aufbau einer gemeindenahen Versorgung zugleich neue Qualitäten psychosozialer Dienstleistungen zu erwarten gewesen wären, mußte eines Besseren belehrt werden.

In den USA gab es die traurige Entwicklung einer Deinstitutionalisierungskampagne gegen psychisch Kranke. Sie wurde von Psychiatern mitgetragen, die im Freudentaumel neuer pharmakotherapeutischer und soziotherapeutischer Strategien auch neue Arbeitsfelder sahen. Doch die Deinstitutionalisierten verkamen zunächst im Elend der "gemeindenahen Ghettos" oder der privaten Versorgungseinrichtungen. Um dieser Fehler Herr zu werden, entwickelte man eine Vielzahl von psychosozial-

ten Diensten, die zum Teil mit den unterschiedlichsten Zielen, Zuständigkeiten und Konzepten nebeneinander arbeiteten.² Um diesem Wirrwarr ein Ende zu bereiten, entwarf das National Institute of Mental Health (NIMH) das sogenannte "Community Support Program" (vgl. hierzu auch LOVE 1984; MORRISSEY 1982; NAPARSTEK & BIEGEL 1982; SCHULBERG & KILLILEA 1982; WAMBACH & HELLERICH 1980). Dieses Programm sollte 800.000 bis 1,5 Millionen chronisch psychisch Kranken zugute kommen. Es umriß eine Versorgungskonzeption, die auch den neugeschaffenen Patientenrechten auf die geringstmögliche restriktive Behandlung entsprechen sollte. Vor allem aber wollte man durch diese Konzeption gewährleisten, daß die gemeindenahen psychosozialen Dienste und die Lebenssituation der psychiatrischen Patienten jene Funktionen übernehmen, die zuvor die psychiatrischen Krankenhäuser zu erfüllen hatten. Zu diesen Funktionen gehört nach BACHRACH (1983) u.a.: Der Schutz des Patienten vor negativen Umwelteinflüssen, die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse (Essen, Kleidung, Wohnen, Beschäftigung), die Entlastung der Angehörigen und dauerhafte Interventionsmöglichkeiten.

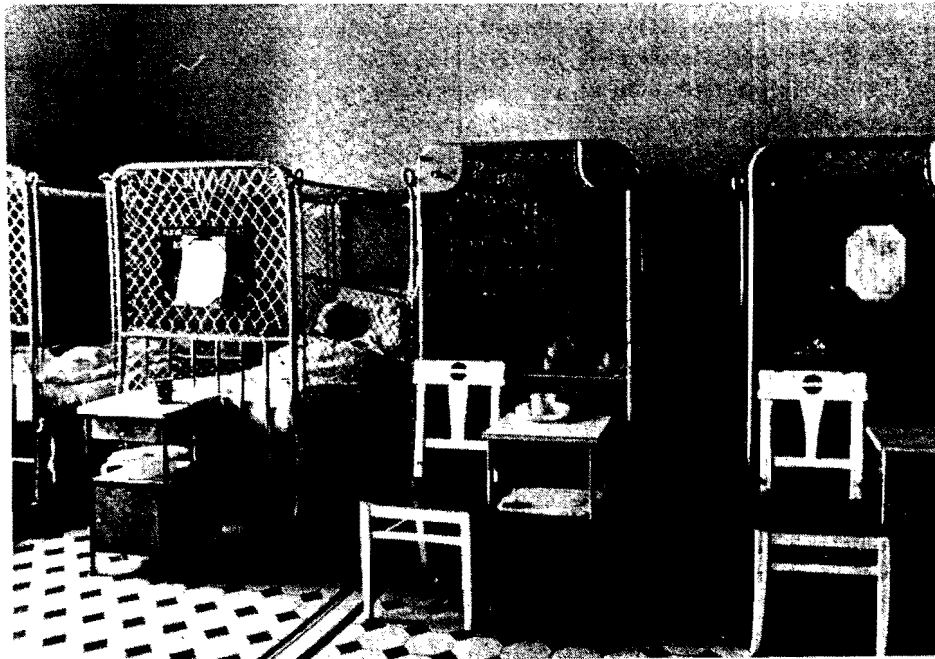
Eine Versorgungsstruktur verdient nach TURNER & TENHOOR (1978) dann den Namen eines "Community Support System", wenn sie folgende Kriterien erfüllt:

- (1) Sie muß sensibel ihr Klientel erkennen und Behandlungen jenen anbieten, die eine wollen.
- (2) Sie muß dem Einzelnen zu seinen Rechten verhelfen.
- (3) Sie muß Dienste anbieten, welche wenig restriktive Formen von Kriseninterventionen möglich machen und stationäre Aufenthalte als letzten Ausweg ansehen.
- (4) Sie muß rehabilitative Dienste zur Verfügung stellen, die u.a. anzubieten haben: Training von Lebensfertigkeiten, Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten etc.
- (5) Sie soll künstliche Wohn- und Arbeitsangebote möglichst zeitlich unbegrenzt zur Verfügung stellen.
- (6) Sie muß klassische medizinische und psychiatrische Behandlungen anbieten können.
- (7) Sie soll Familien, Freunde und Gemeindemitglieder unterstützen.
- (8) Sie soll Mitglieder der Gemeinde bei der Planung und beim Angebot von Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten beteiligen.

2 In dieser Situation befindet sich die psychiatrische Versorgung der BRD trotz aller Planungsvorhaben und Instrumente, wie z.B. psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, m.E. heute noch. Die Planlosigkeit gemeindenaher Versorgung wird in der BRD möglicherweise deshalb besser ertragen, weil der Bettenabbau mit ca. 25% weit hinter dem in den USA liegt (bis zu 65%). Andererseits findet man aber auch schon erste Konzepte, die den außerstationären Bereich im Sinne von "Community Support Systems" zu ordnen versuchen (vgl. BICK, NOUVERTNÉ & WESSEL 1985).

- (9) Sie soll die Rechte der Klienten während und auch außerhalb stationärer Aufenthalte wahren helfen.
- (10) Sie muß individuelle Fallarbeit umfassen, damit dauerhafte und angemessene Formen der Unterstützung möglich sind.

Man erkennt, daß durch eine solche Versorgungskonzeption die Lebenssituation psychiatrischer Patienten von einem Netz an Diensten, Rechtsvorgaben und beschützenden therapeutischen und erziehenden Angeboten **f o r m e l l** durchdrungen wird. Allerdings erfüllen die wenigsten gemeindenahen Versorgungseinrichtungen alle Kriterien eines "Community Support System". Meist handelt es sich um kleinere Projekte, die vor allem günstige Wohn- bzw. Arbeitsbedingungen und therapeutische bzw. pädagogische Maßnahmen anbieten. Trotz dieser Einschränkung handelt es sich aber beim Aufbau solcher "Community Support Systems" um den weitgehenden Versuch, die Lebenssituation psychiatrischer Patienten zu einer Geographie der totalen Versorgung umzuwandeln. Im Mittelpunkt stehen die Lebensbedingungen in einschlägigen Diensten und Einrichtungen. Darum herum schließen sich verschiedene andere, konzentrisch angeordnete, "unterstützende Umwelten" an, die jeweils spezifische Funktionen zu erfüllen haben (vgl. hierzu auch BACHRACH 1983, 21 ff.).



1.1 Die Lebenssituation psychiatrischer Patienten als "Risiko"

Hinter diesen, so die Lebenssituation psychiatrischer Patienten gestaltenden Funktionen verstecken sich immer noch dem medizinischen Krankheitsmodell treue und altbekannte Annahmen zur Determination psychischer Erkrankungen. Diese sehen ungünstige Lebensbedingungen entweder als Folge eines durch die Erkrankung verursachten sozialen Abstiegs an, oder sie weisen ihnen die ätiologisch zweit-rangige Bedeutung von Auslösern zu. Im besten Fall wird die Lebenssituation zum mitbestimmenden Faktor für Erkrankungsrisiken. Im Kontext des "Vulnerabilitätsmodells", das in der Psychiatrie für weite Teile geradezu den Stellenwert eines Paradigmas erhält, erkrankt man, wenn man eine bestimmte Risikoschwelle überschreitet (vgl. z.B. SCHULSINGER 1980). Diese Risikoschwelle ergibt sich aus dem Zusammenspiel von Dispositionen (irreparablen und kompensierbaren Defiziten) und Umweltbedingungen (pathogene Einflüsse oder Anforderungsstrukturen). Der Blick auf die Lebenssituation psychiatrischer Patienten wird unter dieser Perspektive zu einer pathologisierenden Sicht auf mögliche Defizite von Person oder Umwelt. Risiken beugt man konsequenterweise dadurch vor, daß man die individuellen Voraussetzungen im Bereich der kompensierbaren Anteile optimiert und die Umgebung psychiatrischer Patienten seinen Voraussetzungen anpaßt.

1.2 Maßnahmen zur Gestaltung risikoarmer Lebensbedingungen

Durch die Auffassung, daß die Lebensumstände psychiatrischer Patienten meist nur schwer umzugestalten sind, wird der Ausbildung *i n d i v i d u e l l e r F e r t i g k e i t e n* schon seit langem Vorrang eingeräumt. Schon im 19. Jahrhundert war eigentlich das Interesse der professionellen Helfer an den individuellen Befindlichkeiten und Fertigkeiten psychiatrischer Patienten größer als an ihren Lebensumständen. HARMS (1968, zit. n. PLATMAN 1982, 190) berichtet darüber, wie man sich in professionellen Helferkreisen schon 1847 die Nachsorge psychiatrischer Patienten vorgestellt hat:

"Bevor man einen Patienten in jene Umgebung entläßt, die ihn krank machte, sollte er genaue Instruktionen darüber erhalten, wie er sich außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses zu verhalten hat. Der Patient muß sich seiner Schwächen und der reduzierten Lebensumstände bewußt werden. Der geheilte Patient braucht Hilfe, um sich seiner selbst und der Realität bewußter zu werden. Er muß lernen, zwischen gesunden Leuten zu leben. Er sollte neue und konstruktive Interessen an Themen wie Natur, Kunst, Musik und Reisen entwickeln. Der Autor schlägt einen 'Unterstützungsfonds' für den Geheilten und ein Zuhause für jene vor, die keine Familie mehr haben."

An dieser Konzeption von Nachsorge psychiatrischer Patienten hat sich m.E. bis heute nicht viel geändert.

Hierdurch wächst der Wunsch, die soziale Integration psychiatrischer Patienten durch spezielle Fertigkeitstrainings zu fördern. Dabei kann sich die Lebenssituation psychiatrischer Patienten zu einer t h e r a p e u t i s i e r t e n bzw. p ä d a g o g i s i e r t e n L e r n w e l t f o r m e n, die im Extremfall den Charakter von taylorisierten Aufgabenstellungen erhält. Solche Welten werden vor allem von Verhaltenstherapeuten bestimmter Prägung geschaffen, die sich der Ausbildung sogenannter "Community Living Skills" verschrieben haben (vgl. CUVO & DAVIS 1983; MONTI & KOLKO 1985). In dieser Welt wird z.B. die Aufgabe, eine Waschmaschine zu bedienen, in 38 kleine Schritte zerlegt. Der psychiatrische Patient soll dann diese so gestaltete Aufgabenstellung mit Hilfe von "Prompts", visuellen "Cues" und Modellernen, im massierten oder verteilten Üben, mit verschiedenen Verstärkerarten, allein oder in Gruppen bewältigen lernen. Dabei macht man sich noch Gedanken, ob es besser ist, derartige Trainings in simulierten Umgebungen oder in realen durchzuführen.

Versucht man demgegenüber, die Lebensbedingungen psychiatrischer Patienten zu verbessern, so geht es zunächst darum, für Selbstverständlichkeiten zu sorgen, d.h., die G r u n d b e d ü r f n i s s e z u b e f r i e d i g e n .

Vielfach aber ist die Befriedigung dieser Bedürfnisse (z.B. Wohnen, Beschäftigung) nur in künstlichen Umgebungen, wie z.B. in Wohnheimen oder beschützenden Werkstätten, möglich. Dadurch erhält die Lebenssituation psychiatrischer Patienten oftmals den Charakter von etwas P r o t h e s e n h a f t e m, dessen Qualität zwischen Ghetto und ökologischer Nische variiert. Mit dem Blick auf die Defizite psychiatrischer Patienten werden viele ihrer Bedürfnisse aus einer fürsorglichen Haltung heraus befriedigt. Zu dieser F ü r s o r g l i c h k e i t gegenüber der Lebenssituation psychiatrischer Patienten gesellt sich das b e s c h ü t z e n d e M o m e n t. Nachdem die Lebensbedingungen psychiatrischer Patienten als pathogen erkannt sind (z.B. im Sinne einer familiären, emotional aversiven Überbeschäftigung mit dem Patienten), wird darüber befunden, ob ein Schutzraum für den Patienten dadurch herzustellen ist, daß man die pathogenen Verhältnisse etwa durch spezielle Erziehungstechniken oder therapeutische Maßnahmen oder z.B. durch einen radikalen Abbruch sozialer Beziehungen beseitigen kann.

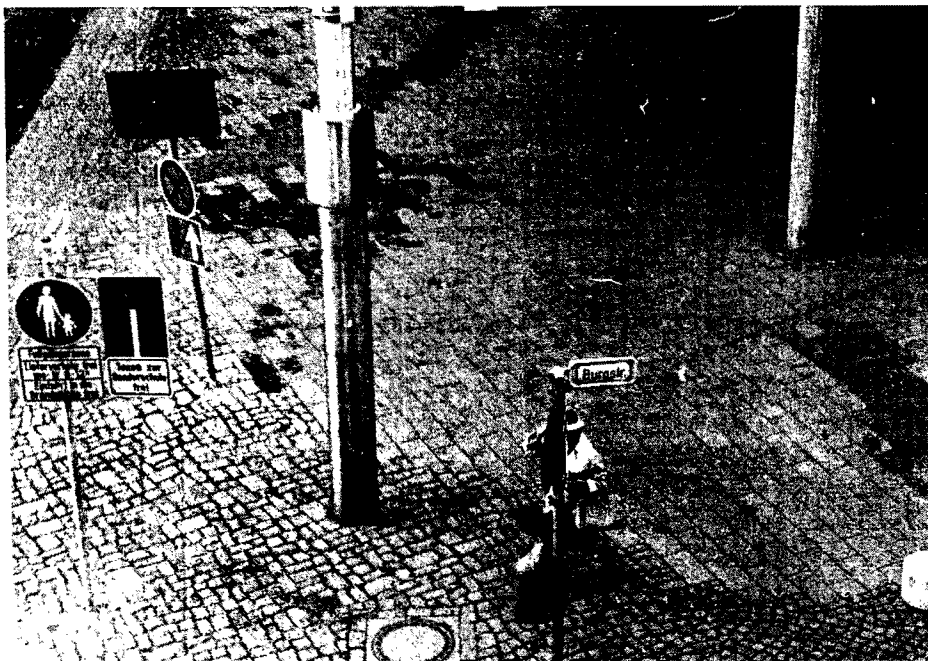
Viele Projekte zur Reduktion des Erkrankungsrisikos verbinden beide hier beschriebenen Konzepte und bieten sogenannte "bifokale" Maßnahmen an. Es werden dann z.B. individuelle Fertigkeiten eingeübt und zugleich beschützende Lebensbedingungen geschaffen.

2. Die gesellschaftliche Normierung der Lebenssituation

Die Gestaltung risikoarmer Zonen für psychiatrische Patienten wird mitgetragen vom gesellschaftlichen Auftrag der psychiatrischen Versorgung. Dieser Auftrag konkretisiert sich bei der Analyse und Pflege der Lebenssituation psychiatrischer Patienten bis jetzt vor allem als normativer Transfer vom Mythos des humanen Lebens "draußen", als Verkauf von Lebensqualität und als Selektion von Patienten anhand ihrer Lebensfertigkeiten.

Die Philosophie einer gemeindenahen Versorgung besagt unter anderem, daß für die meisten, wenn nicht sogar für alle Patienten das Leben "draußen" besser ist als in psychiatrischen Krankenhäusern. Vorstellungen vom "menschenwürdigen Leben" tragen diese Philosophie mit. Die meisten Vorstellungen, die sich mit dieser Philosophie verbinden, werden von den Werten und der Moral der professionellen Helfer und ihrer soziokulturellen Hintergründe bestimmt. In Anlehnung an ESTROFF (1981) soll das Leben "draußen" für psychiatrische Patienten aus folgenden Gründen besser sein:

- Man nimmt an, daß es mehr Möglichkeiten zur Entfaltung persönlicher Freiheit,



zum Aufbau gegenseitiger sozialer Beziehungen und zur sozialen Anerkennung bietet.

- Man glaubt, daß Gesundheit und Glück eng mit Arbeit und sozialen Bindungen verknüpft sind.

Ungeachtet der Frage, ob alle Patienten solche Wertvorstellungen mitvertreten, wird alles getan, damit sie wenigstens angestrebt werden. Aus diesem Grunde erhalten Merkmale der Lebenssituation psychiatrischer Patienten, wie z.B. ihre Beschäftigungssituation oder ihre sozialen Bindungen, einen besonders großen Stellenwert. Dementsprechend sind auch Kommunikationsfertigkeiten, Sauberkeitsverhalten etc. als Voraussetzung für so ein "glückliches Leben" auszubilden. Absurd und zynisch werden solche Maßnahmen, wenn die Aussicht auf Erfolg eigentlich gleich Null ist. Betrachtet man die derzeitigen Chancen der psychiatrischen Patienten auf dem Arbeitsmarkt, so wirken z.B. viele rehabilitative Maßnahmen von vornherein desolat.

Nicht nur die Gesundheit psychiatrischer Patienten ist eine Ware, sondern auch die Gestaltung ihrer Lebensgrundlagen. Beim Verkauf dieses "Luxusgutes" kann man zugleich ideologische Linientreue demonstrieren. BAKER und INTAGLIATA (1982), die der Gestaltung der Lebenssituation von psychisch behinderten Menschen im Kontext von "Community Support Systems" große Bedeutung beimessen, vertreten diese Auffassung. Sie gehen von folgenden Prämissen aus:

- Komfort geht vor Heilung, besonders bei jenen, bei denen keine Hoffnung auf Besserung besteht.
- Ein Programm muß den Klienten glücklich machen, sonst kann man es nicht verkaufen.
- Lebensqualität als Orientierung ist ein politisch günstig gewähltes Ziel, auf das sogar Präsident Reagan gut angesprochen habe.

Bei allen gutgemeinten Anteilen einer solchen Auffassung zeigt sie doch auch, wie hoffnungslos die Ausgangsbedingungen psychiatrischer Patienten betrachtet werden können und wie diese in Abhängigkeit von politischen Stimmungen geraten.

In der bundesrepublikanischen Praxis ist dann die Zuweisung von rehabilitativen Umwelten von Beurteilungen abhängig, welche Fertigkeiten der psychiatrische Patient für die Bewältigung von Aufgaben in verschiedenen Lebensbereichen mitbringt. Die Deutsche Rentenversicherung (1985) beurteilt die Rehabilitations-

fähigkeit psychiatrischer Patienten nicht etwa anhand zuweisbarer, für sie günstiger Umwelten; sie beurteilt vielmehr unter anderem:

- (1) Die soziale Integration am derzeitigen oder letzten Arbeitsplatz (so wird z.B. die Frage gestellt: Entzieht er sich dem Kontakt der Kollegen?).
- (2) Die lebenspraktischen Fertigkeiten (z.B. wird die Frage gestellt: Ist er in der Lage, seine Kleidung und seine Wohnung/Zimmer zu pflegen?).
- (3) Die familiäre Integration (z.B. wird die Frage gestellt: Lebt der Behinderte getrennt vom Ehepartner in Scheidung?).
- (4) Die außerfamiliäre soziale Integration (z.B. wird die Frage gestellt: Nimmt der Behinderte am öffentlichen Leben teil (Vereine usw.)?).
- (5) Die Entfaltung und Selbstverwirklichung der Person (z.B. wird die Frage gestellt: Ist die Sexualität gestört?).

Mehr durchleuchten und entprivatisieren kann man eigentlich keinen Menschen. Vor allem aber läßt sich an diesen Kriterien nachweisen, welcher normative Anpassungsdruck auf psychiatrische Patienten ausgeübt wird, wenn für sie noch Hoffnungen formuliert werden sollen.

3. Befunde zur Lebenssituation psychiatrischer Patienten "draußen" im Lichte des medizinischen Krankheitsmodells

Durch diese Einflüsse wird auch in den empirischen Untersuchungen die Lebensqualität psychiatrischer Patienten auf versorgungsrelevante und für die ätiologischen Grundüberlegungen bedeutsame Bereiche zugeschnitten und verformt.³ Entsprechend überwiegen Beschreibungen von Lebensbedingungen psychiatrischer Patienten, die als eine Folge von Fertigungsdefiziten angesehen werden. Dabei bleibt oft das Ausmaß dieser Defizite durch fehlende Vergleiche mit den Standards der sogenannten Normalbevölkerung völlig undeutlich.

Untersuchungen zur Lebenssituation gemeindenah untergebrachter psychiatrischer Patienten beschreiben im übrigen ein nicht unbegrenzt desolates Bild: Über die Hälfte lebte ohne irgendwelche Aufsicht, viele hatten soziale Beziehungen herkömmlicher Art (z.B. waren 11% verheiratet, 80% hatten familiäre Kontakte, 31% lebten mit ihren Familien), es gab auch einige, die ein Beschäftigungsverhältnis nachzuweisen hatten (25,9%), und fast die Hälfte lebte in privaten Wohnungen

³ Eine Vielzahl von auf z.T. methodisch problematischen Studien aufbauenden Befunden zeigt, daß in Hinsicht auf Symptom- bzw. Wiedereinweisungsraten und in bezug auf das Ausmaß an sozialer Anpassung gemeindenah Programme im Vergleich zu stationären Aufhalten nicht effektiver sind, außer daß die Patienten sich "draußen" als zufriedener mit den Behandlungsangeboten geben (vgl. hierzu z.B. BACHRACH 1982; DELLARIO & ANTHONY 1981; ESTROFF 1981).

(40,4%) (vgl. TESSLER & GOLDMAN 1982). Über ähnliche Befunde berichten auch andere Untersuchungen (vgl. z.B. BRONINGHAUS 1985; ESTROFF 1981; LOVE 1984). Andererseits beschreiben diese Untersuchungen auch ohne entsprechende Vergleichsmöglichkeiten in einzelnen Lebensbereichen höchst defizitäre Zustände (z.B. im Bereich Arbeit). Dennoch wurde nicht einmal der Versuch unternommen, diese Lebensbedingungen als Prädiktoren für Wiedereinweisungsraten oder auch für das Auftreten von Verhaltensproblemen zu nutzen.

Es läge insgesamt nahe, mehr die Umweltqualitäten als die Fertigkeiten psychiatrischer Patienten, und diese mehr bezogen auf individuelle und subkulturelle Erfordernisse als auf ihre Pathogenität hin zu überprüfen. Dabei dürfte man nicht von allgemein sozial normierten Kategorien von Lebensqualität ausgehen, sondern man müßte zumindest die subjektive Sicht der Betroffenen berücksichtigen, wenn nicht sogar subkulturelle Eigenarten gelten lassen.

4. Resümee: Die "durchpsychiatrisierte" Lebenssituation

Aus alledem kann man schlußfolgern, daß die Lebenssituation psychiatrischer Patienten im Kontext gemeindenaher Versorgungsprogramme zumindest Gefahr läuft, "durchpsychiatrisiert" zu werden. Gemeint ist damit, daß sie formell durchdrungen wird, übertrieben fürsorglichen und beschützenden Charakter erhält, sich teilweise zu künstlichen und prothesenhaften Umwelten gestaltet und sich zu therapeutischen und pädagogischen Übungsfeldern verformt, die der Übermittlung möglicherweise fragwürdiger gesellschaftlicher Werte und Normen dienlich ist.

Als wesentlichste Ursache hierfür wurde erkannt, daß die sich mit dem medizinischen Krankheitsmodell verbindenden ätiologischen Modelle auch die Funktionen gemeindenaher Versorgung geprägt haben. Dies ist in gewisser Hinsicht eine Art triviale Erkenntnis, und man wagt oft schon nicht mehr, sie beim Namen zu nennen.

Zweifelsohne wäre es falsch, die praktischen Bemühungen um eine risikoarme Lebenssituation psychiatrischer Patienten nur negativ zu beurteilen, sie etwa nur als Ausdruck einer nekrophilen Lust abzutun (vgl. HELLE-RICH 1985). Denn auch unter der Perspektive eines sozialwissenschaftlichen Krankheits- oder auch Gesundheitsmodells ist es notwendig, wenn auch unter anderen Vorzeichen (s.u.), pathogene Umwelten zu ändern und individuelle Defizite auszugleichen bzw. individuelle Stärken auszubauen. Auch kann man nichts gegen die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse einwenden. Was sich aber insgesamt unter

der Perspektive eines medizinischen Krankheitsmodells an Gestaltung von Lebenssituationen ergibt, ist in der Praxis zumindest ein schwieriger Drahtseilakt zwischen notwendiger Hilfe und Oberbesorgtheit bzw. Entmündigung, zwischen sensiblen Erkennen von Notwendigkeiten und Kontrolle, zwischen Unter- und Überforderung, zwischen Toleranz und normativer Überformung und zwischen Zuweisungen von ökologischen Nischen und ambulanten Gettos.

5. Perspektiven einer sozialwissenschaftlichen Betrachtung

Um diese Ambivalenz deutlicher werden zu lassen, sich aber auch wieder an die Bedeutung des sozialwissenschaftlichen Krankheitsmodells erinnernd, haben ROSE und BLACK (1985) eine neue Sichtweise von der Funktion des "Community Support System" entwickelt und in einem Projekt erprobt. Für sie bedeutet der Blick auf die Lebenssituation psychiatrischer Patienten die *Rekontextualisierung* psychischen Leids. Das Zentrale bei dieser Sichtweise ist der Versuch, den psychiatrischen Patienten von der Auffassung abzubringen, er allein sei Ursache seiner Probleme. Vielmehr soll er im Kontext der vielgerühmten 'FREIREschen Pädagogik der Unterdrückten' erlernen, sich als ein deformiertes Subjekt zu betrachten, das sich eben dieser Deformation und auch Rollenzuweisung bewußt wird. Bei den Versuchen der Rekontextualisierung soll er zugleich auch wieder beginnen, wieder mehr an sich selbst zu glauben. Und er soll sich dadurch befreien, daß er die krankmachenden Umweltbedingungen möglichst solidarisch mit anderen, wenn auch im kleinen, beginnt zu kritisieren und zu verändern. Lebenssituationen psychiatrischer Patienten so zu betrachten heißt also zugleich, sie für die Patienten gestaltbar zu machen.

Diese Sichtweise erstrebt die Veränderung eines komplizierten Zusammenspiels zwischen objektiven, deformierenden Lebensbedingungen bzw. -geschichten und Deformationen des Subjekts, die als Macht- bzw. Wertlosigkeit erlebt werden.

Die objektiven, soziokulturell und auch historisch geprägten Lebensbedingungen müssen so beschaffen sein, daß sie die Bedürfnisse des Patienten als *sozial* und nicht als psychiatrisiertes Wesen befriedigen können. Voraussetzung hierfür ist, daß man als professioneller Helfer die Lebenssituation aus der Sicht der Betroffenen verstehen lernt und die Befriedigung seiner Bedürfnisse als Ergebnis einer aktiven Auseinandersetzung begreift. Begrenzungen der Lebensqualität sind zunächst einmal keine Folgen individueller Defizite, sondern das Produkt ökonomischer und politischer Verhältnisse. Soweit möglich, wird der begrenzte Zugang zu Ressourcen für die Betroffenen dadurch aufgehoben, daß mit ihnen zusammen alle, vor allem auch rechtliche Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Insti-

tutionelle Lebensbedingungen (z.B. in Tageskliniken) werden so gestaltet, daß sie die Besucher nicht weiter infantilisieren und entmündigen, sondern sie anregen, ihre Interessen zu artikulieren und zu vertreten (z.B. durch selbstproduzierte Zeitschriften, Stellwände für Mitteilungen etc.). Institutionelle Aktivitäten werden in engen Kontext mit dem politischen und gesellschaftlichen Leben in der Gemeinde gebracht, um so auch zu breiten Solidaritäten gegen zu bekämpfende Mißstände zu gelangen (z.B. informieren Betroffene über sich in Vereinen).

Obgleich die genaue Evaluation der im Rahmen des Projektes gemachten Erfahrungen noch aussteht, ermutigt es doch, an die Möglichkeiten und Erkenntnisse zu erinnern, die eine sozialwissenschaftliche Betrachtung der Lebenssituation psychiatrischer Patienten mit sich bringen kann.

Solche Betrachtungsweisen gehören zum Anspruch einer gemeindepsychologischen und dabei auch umweltpsychologischen Perspektive. Grundsätzliche Ordnungsgesichtspunkte zum Aufbau von Umwelt und zu den Beziehungsarten von Person und Umwelt führen zu folgenden Feststellungen, die Lebensbedingungen psychiatrischer Patienten betreffend (vgl. hierzu auch STOKOLS 1982):

- (1) Die Lebenssituation psychiatrischer Patienten besteht nicht aus einzelnen Umweltvariablen, sondern sie ist ein komplexes, auch sozialhistorisch geprägtes Gebilde von verschiedenen Lebensbereichen, die über i n n e r e und a u c h n a c h a u ß e n v e r k n ü p f e n d e O r d n u n g s m u s t e r verfügen. Neben formalen Ordnungsgesichtspunkten (Hierarchisierung, Größenordnung, zeitlicher Verlauf) lassen sich diese Lebensbereiche in Hinsicht auf individuelle Orientierungen unterschiedlichster Art unterscheiden (z.B. in Hinsicht auf verschiedene Bedürfnisse).
- (2) Die Lebenssituation psychiatrischer Patienten w i r k t in mannigfaltiger Weise auf den psychiatrischen Patienten. Eher aktive Rezeptionsformen führen zu kognitiven Interpretationen von Umwelt und zu zielgerichtetem Handeln. Passive Formen beschreiben "Affordanzen" der Lebenssituation, die bestimmte, auch perspektivisch verschiedene subjektive Bewertungen nahelegen oder auch die Auftrittswahrscheinlichkeit für bestimmte Verhaltensweisen vorgeben. Darüber hinaus kann man bei alledem zwischen direkten und indirekten Wirkmechanismen unterscheiden.
- (3) Pathogen ist vorrangig die Lebenssituation psychiatrischer Patienten vor al-
tem dann, wenn sie den individuellen Voraussetzungen, Entwicklungsmöglich-

keiten und persönlichen Präferenzen nicht entspricht. Salutogen sind dagegen nicht nur 'passende' Person-Umwelt-Bedingungen, sondern solche, die durch die Bereitstellung von Ressourcen individuelles "Wachstum" möglich machen.

- (4) Die Analyse von Lebenssituationen psychiatrischer Patienten verlangt nicht nur ein Interesse an naturalistischen, ganzheitlichen Betrachtungsweisen, sondern zusätzlich auch einen parteilichen, für die Betroffenen emanzipativ wirkenden Wunsch nach gemeinsamer Veränderung, insbesondere von Umweltbeständen. Voraussetzungen hierfür sind *p a r t i z i p a t i v e F o r m e n d e r F o r s c h u n g*, welche die individuellen und subkulturellen Sichtweisen der Betroffenen berücksichtigen können. Auf diese Weise lassen sich auch die Gefahren bei der Analyse und Pflege der Lebenssituation psychiatrischer Patienten verringern. Die formelle Durchdringung der Lebensbereiche, das Ausmaß an überzogener Fürsorglichkeit, die Gestaltung von Lernwelten usw. kann auf ein akzeptierbares Maß beschränkt werden.

5.1 Sozialwissenschaftliche und gemeindepsychologische Befunde zur Lebenssituation psychiatrischer Patienten "draußen"

Eine solche gemeinde- und umweltspsychologische Perspektive ist mehr als ein Forschungsprogramm. Es lassen sich durchaus einige Befunde zur Lebenssituation psychiatrischer Patienten "draußen" vorstellen, die zumindest ansatzweise diese Systematik als sinnvoll erscheinen lassen. Dabei decken diese beispielhaften Befunde oft mehrere Aspekte einer so begriffenen (Re-)Kontextualisierung psychischen Leids ab.

In einer Studie von SMITH (1976), die den Einfluß von Lebensqualitäten der Nachbarschaft auf Wiedereinweisungsraten untersucht, wird z.B. deutlich, daß vor allem kommerzielle bzw. industrielle Strukturen, Verkehrslärm, räumliche Dichte und Alter der Wohnumgebung einen solchen prädiktiven Wert besitzen.

SEGAL und AVIRAN (1978) kommen in einer umfassenden Studie zu dem Schluß, daß die soziale Integration psychiatrischer Patienten nicht nur von klaren Programmstrukturen und praktischen Orientierungen beschützender Einrichtungen abhängt, sondern auch von Eigenschaften der Gemeinde (städtisches Milieu, Haltungen der Nachbarschaft, Zugang zu Ressourcen der Gemeinde etc.).

Die unmittelbaren und für viele psychiatrische Patienten bedeutsamen "Umwelten" sind die durch die psychiatrischen Behandlungs- und Betreuungsprogramme formell

und institutionell durchdrungenen Lebensbereiche. Auf der Grundlage einer "Need and Press Theorie" von Person-Umwelt-Beziehungen hat MOOS (1974) das soziale Klima bzw. die innere Struktur von über 300 psychiatrischen, gemeindenahen Behandlungsprogrammen untersucht. Diese Untersuchungen sind Beispiele für eine **Binnendifferenzierung** von Umwelteinheiten. Sie fassen Dimensionen wie Systemerhalt, Fortentwicklung, Organisationsstruktur und Möglichkeiten zu persönlichem Wachstum. Auch sind sie Beispiele dafür, wie von je spezifischen, d.h. auch differentiell bedeutsamen Person-Umwelt-Konstellationen auszugehen ist. Darüber hinaus sind diese Untersuchungen Beispiele für eher **passive, nicht-behaviorale** Formen von Umwelteinwirkungen. Sie erheben im wesentlichen kognitiv-affektive Urteilmuster aus verschiedenen **sozialen Perspektiven**, auch in Hinsicht auf reale und ideale Gegebenheiten. MOOS (1974) kommt aufgrund seiner Ergebnisse zu dem Schluß, daß insbesondere solche Programme die Lebensfertigkeiten von psychiatrischen Patienten fördern, die praktisch orientiert sind und Selbständigkeit bzw. Verantwortlichkeit verlangen. Weniger gestörte Patienten profitieren von hohen Erwartungen an Selbständigkeit und große Bereitschaft, auch offen und expressiv über persönliche Probleme zu sprechen. Belastetere Patienten benötigen eine tolerantere und strukturiertere Umgebung, die sie vor zuviel interpersoneller Stimulation schützt. Die Übereinstimmung von Behandlungspersonal und Patienten hinsichtlich der Bewertung des sozialen Klimas der verschiedenen gemeindenahen Programme war relativ hoch.

Wie wichtig es aber ist, **unterschiedliche Perspektiven** zu erheben, belegt eine Untersuchung von SHADISH, THOMAS und BOOTZIN (1982). Sie ließen von zehn verschiedenen Personengruppen (u.a. Verwaltungsfachleuten, professionellen Helfern, psychiatrischen Patienten) achtzehn Merkmale von Wohnheimen beurteilen (u.a. Wohnsituation, Essen, therapeutischer Wert). Dabei zeigte sich u.a., daß für das akademische Personal und die Verwaltungsfachleute die behandlungsorientierten Eigenschaften wichtiger waren als für die Patienten. Umgekehrt war für die Patienten und für das nichtakademische Personal der Komfort der Einrichtung bedeutsamer.

Beispiel für eine **passive, aber verhaltensorientierte** Form der Wirkung einer gemeindenahen Einrichtung ist die Untersuchung von PERKINS und PERRY (1985). Auf der Grundlage eines ökologischen Zugangs wurde in dieser Untersuchung der behaviorale Anforderungscharakter von 55 verschiedenen Settings eines großen Wohnheims für psychiatrische Patienten erhoben. Dabei wurde festgestellt, daß der Anforderungscharakter über alle Settings hinweg, soziales Verhalten zu zeigen, trotz einer ausgebauten Programmstruktur eher als mäßig einzustufen war.

Doch sind offenbar solche institutionellen Strukturen für die soziale Integration psychiatrischer Patienten nicht allein entscheidend. Sie umgebende Kontexte - wenn auch nicht alle - haben eine wenigstens genauso große Bedeutung.

Oft viel zu isoliert von verschiedenen anderen Umweltbeständen, wird einem Bereich bei der Analyse der Lebenssituation psychiatrischer Patienten immer wieder größte Aufmerksamkeit geschenkt: Soziale Beziehungen.

Einen Überhang besitzen hier natürlich Befunde zur Pathogenität familiärer Interaktions- bzw. Akzeptanzmuster und Klimata. Bekannt ist u.a., daß aversive, überbehütete Formen der Interaktion, rigide Reaktionsmuster, konflikthafte Klimata u.a.m. Einfluß auf die Inzidenzraten nehmen. Einfache kausalätiologische Beziehungen zwischen familiären Interaktionsmustern und Erkrankungsraten aber sind unwahrscheinlich.

Ähnliche Verhältnisse sind hinsichtlich der Bedeutung von Merkmalen und Funktionen sozialer Netzwerke als umfassendere soziale Gebilde zu erwarten. Durch viele Untersuchungen ist belegt, daß abgeschottete, kleine, enge und asymmetrisch aufgebaute Netzwerke von familiären und extrafamiliären Systemen einen ungünstigen Einfluß auf psychiatrische Patienten ausüben und die Wiedereinweisungs-raten steigen lassen (vgl. CUTLER & TATUM 1983; ESTROFF 1981; RÜHRLE 1987; RÜHRLE & STARK 1985).⁴ Von daher ist es auch verständlich, daß gemeindenahere Programme dann als effektiv angesehen werden, wenn sie sich als fähig erweisen, die sozialen Unterstützungspotentiale psychiatrischer Patienten zu ändern. So weisen CHRISTENFELD, TORO, BREY und HAVELIWALA (1985) in einem quasi-experimentellen Design nach, daß entlassene Patienten weniger isoliert sind als eine Kontrollgruppe in einem psychiatrischen Krankenhaus. OKIN, DOLNICK und PEARSALL (1983) wiesen nach, daß psychiatrische Patienten, die in beschützenden Langzeiteinrichtungen lebten und in den Genuß von Fertigkeitstrainings kamen, im Vergleich zu hospitalisierten Patienten ihre sozialen Netzwerke günstiger beurteilt haben, ihre grundlegenden Bedürfnisse besser berücksichtigt fanden und die Lebenssituation als autonomiefördernder würdigten.

Entsprechend haben z.B. EDMUNDSON, BEDELL, ARCHER und GORDON (1982) im Kontext eines Nachsorgeprogramms nicht nur verschiedene Fertigkeiten trainiert, sondern auch im Anschluß daran eine Phase der Pflege und des Aufbaus sozialer Netzwerke

⁴ Soziale Netzwerke sind als Kategorien von Umwelt für die Analyse der Lebenssituation psychiatrischer Patienten deshalb von großer Bedeutung, weil sie als vermittelnde Glieder zu gesellschaftlichen Strukturen gelten und so weitergehende Rekontextualisierung von psychischem Leid in Aussicht stellen. Jedoch lassen sich nicht immer entsprechende "Vermittlungen" nachweisen.

folgen lassen. In einer Vergleichsstudie nahmen psychiatrische Patienten im Anschluß an ein solches Programm gegenüber einer Kontrollgruppe, die nur ein Fertigkeitstraining erhielt, signifikant weniger psychiatrische Dienste in Anspruch.

Die Untersuchung von TRICKETT u.a. (1980) ist wahrscheinlich der einzige Versuch, die Lebenssituation psychiatrischer Patienten *p a r t i z i p a t i v* und *n u t z e n o r i e n t i e r t* zu erforschen. In insgesamt 20 ganztägigen Planungssitzungen mit einer Auswahl von je 20 bis 30 Personen der beteiligten Interessengruppen wurde die Studie geplant, diskutiert, interpretiert und zu Planungsvorgaben für die Verantwortlichen verarbeitet. Erhoben wurden u.a. die Integration in die Gemeinde (durch "Community Support Systems" versorgte Gebiete), verschiedene lebenspraktische Fertigkeiten, die Qualität diverser Lebensbereiche, die Nutzung und der Bedarf an Diensten bzw. Hilfen, das Ausmaß an sozialer Unterstützung, die Toleranz von Mitbürgern u.a.m.; und dies wiederum jeweils aus der Perspektive der beteiligten Interessengruppen. Von der Vielzahl der Befunde seien nur folgende erwähnt:

- (1) Die Lebensfertigkeiten wurden von verschiedenen professionellen Helfern als ziemlich günstig, und dies meist übereinstimmend, beurteilt, mit Ausnahme der Bereiche Freizeit und Arbeit.
- (2) Die Selbsteinschätzung der Patienten in Hinsicht auf Fertigkeiten, wie z.B. Fahren, Geldverwaltung, Hausarbeit etc., divergierte erheblich von der Einschätzung der Angehörigen, die sie immer schlechter bewerteten.
- (3) Die Lebensqualität, erfaßt durch Beurteilungen des Wohnens, der inneren Ausstattung, der Zugänglichkeit zu Infrastrukturen, Transport etc. wird allgemein sehr positiv bewertet. Dies gilt für die Patienten wie auch für die Angehörigen, wobei allerdings jene, die mit dem Patienten zusammenlebten, unzufriedener waren.
- (4) Zentrale Probleme ergaben sich hinsichtlich der Themen Arbeit und finanzielle Sicherheit.
- (5) Die soziale Situation, d.h. die soziale Einbindung und das Ausmaß sowie die Qualität sozialer Unterstützung, wurde von verschiedenen Quellen insgesamt sehr positiv beurteilt.
- (6) Mitbürger zeigten eine unerwartet hohe Toleranz gegenüber Patienten.

- (7) Zwischen urbanen, suburbanen und ländlichen Gebieten waren in Hinsicht auf diese Ergebnismuster zum Teil erhebliche Unterschiede nachzuweisen.

Diese Beispiele d i r e k t e r Umwelteinwirkungen sind durch solche zu ergänzen, die zeigen, daß Lebensbedingungen psychiatrischer Patienten auch durch ü b e r g e o r d n e t e oder auch durch M o d e r a t o r v a r i a b l e n mitbeeinfluß werden.

So untersuchten z.B. GOLDSTEIN und CATON (1983) den Zusammenhang zwischen Wiedereinweisungs- bzw. Symptomraten und den Wohnbedingungen chronisch psychiatrischer Patienten. Die Wiedereinweisungs- bzw. Symptomraten waren in keiner Weise direkt davon abhängig, ob die Patienten z.B. allein oder mit ihren Familien zusammenwohnten. Jedoch wirkte sich neben einer gut geplanten Nachsorge und entsprechender "Compliance" vor allem auch das Ausmaß erlebten interpersonellen Stresses und sozialer Unterstützung auf diese Variablen aus. Die Wohnbedingungen entschieden darüber, welches Ausmaß an interpersonalem Streß und sozialer Unterstützung erlebt wurde. Patienten, die in familiären Kontexten lebten, erfuhren sowohl viel interpersonellen Streß als auch soziale Unterstützung. Solche, die allein oder mit Freunden bzw. Verwandten zusammenlebten, waren gerade gegenteiligen Bedingungen ausgesetzt. Leider haben die Autoren versäumt, diese indirekten Wirkmechanismen von Umweltbedingungen im Rahmen einer multivariaten Analyse zu überprüfen.

5.2 Bewertung und Ausblick

Nicht alles, was eine gemeinde- und umweltpsychologische Perspektive bietet, ist bei der Analyse und Pflege der Lebenssituation psychiatrischer Patienten genutzt worden. In Hinsicht auf die gemachten Vorgaben ist zu beklagen, daß die Kontextualisierung psychischen Leids noch zu wenig nach Ordnungsmustern gesucht hat, die den Zusammenhang von der unmittelbaren Umgebung mit darüberstehenden, z.B. soziokulturellen Ebenen herstellen können. Auch der Einfluß von individuellen und historisch bedeutsamen Entwicklungsprozessen von Umweltbeständen auf die Lebensbedingungen psychiatrischer Patienten ist noch weitgehend im Dunkeln. Auffällig ist, daß meist pathogene Person-Umwelt-Verhältnisse untersucht wurden und weniger salutogene. Es geht meist immer noch um die Vermeidung von Auffälligkeiten und Wiedereinweisungen und weniger um die Herstellung von Wohlbefinden und individuellem Wachstum von psychiatrischen Patienten. Wird die Bedeutung von Umweltfaktoren für sozial integratives Verhalten untersucht, so werden meist auch unhinterfragt solche sozial-normativen Standards übernommen, wie sie sich in die Untersuchungen im Rahmen des medizinischen Krankheitsmodells auch eingeschlichen

haben. Dieses Erbe des medizinischen Krankheitsmodells mag auch ein Grund dafür sein, daß es nicht gelingt, empirische Beispiele für Person-Umwelt-Verhältnisse vorzustellen, wo psychiatrische Patienten als handelnde und denkende Subjekte auch mit möglichen zu akzeptierenden subkulturellen Hintergründen auftreten. Man kann es allerdings nicht allein diesem Erbe anlasten, daß nur eine Analyse der Lebenssituation psychiatrischer Patienten vorgestellt werden konnte, die ansatzweise den Charakter einer Aktionsforschung besaß. Möglicherweise ist die Lebenssituation der Sozialwissenschaftler Ursache für diese Forschungsdefizite, aber auch für ihre Abstinenz bei der Mitgestaltung der Lebenswelt psychiatrischer Patienten.

LITERATUR:

- ANTHONY, W.A./BUELL, G.J./SHARAT, S./ALTHOFF, M.E.: Efficacy of Psychiatric Rehabilitation. *Psychological Bulletin* 1972, 78, 447-456
- BACHRACH, L.L.: Assessment of Outcomes in Community Support Systems: Results, Problems, and Limitations. *Schizophrenia Bulletin* 1982, 8, 39-61
- BAKER, F./INTAGLIATA, J.: Quality of Life in the Evaluation of Community Support Systems. *Evaluation and Program Planning* 1982, 5, 69-79
- BAROFSKY, I.: Community Survival of the Chronic Psychiatric Patient: Research Priorities. In: I. BAROFSKY/R.D. BUDSON (Eds.): *The Chronic Psychiatric Patient in the Community: Principles of Treatment*. New York 1983
- BENNETT, D./MORRIS, J.: Support and Rehabilitation. In: F.N. WATTS/D. BENNETT (Eds.): *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. New York 1983
- BICK, O./NOUVERTINÉ, K./WESSEL, H.: *Betreutes Wohnen als Alternative zur psychiatrischen Anstalt. Eine Standortbestimmung*. Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V., Bonn 1985
- BRONINGHAUS, Th.: Zur Lage alleinwohnender ehemaliger Psychatriepatienten in Bonn. Wohn-, Sozial- und Versorgungssituation, Vorschläge einer verbesserten Unterstützung. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 1985, 4, 576-582
- BUCHHOLZ, W.: *Sozialpsychologische Beiträge zur Untersuchung von krisenhaften Prozessen in der Familie*. München 1984
- BUDSON, R.D./JOLLY, R.E.: A Crucial Factor in Community Program Success. The Extended Psychosocial Kinship System. *Schizophrenia Bulletin* 1978, 4, 609-621
- CHRISTENFELD, R./TORO, P.A./BREY, M./HAVELIWALA, Y.A.: Effects of Community Placement on Chronic Mental Patients. *American Journal of Community Psychology* 1985, 13, 125-138
- CUTLER, D.L./TATUM, E.: Networks and the Chronic Patient. *New Directions for Mental Health Services* 1983, 19, 13-22
- CUVO, A.J./DAVIS, P.K.: Behavior Therapy and Community Living Skills. *Progress in Behavior Modification* 1983, 14, 125-172
- DELLARIO, D.J./ANTHONY, A.: On the Relative Effectiveness of Institutional and Alternative Placement for the Psychiatrically Disabled. *The Journal of Social Issues* 1981, 37, 21-33

- DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG: Empfehlung für die sozialmedizinische Beurteilung von psychisch Kranken und Behinderten. Hrsg.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger seit 1929. Frankfurt/M. 1985
- EDMUNDSON, E.D./BEDELL, J.R./ARCHER, R.P./CORDON, R.E.: Integrating Skill Building and Peer Support in Mental Health Treatment: The Early Intervention and Community Network Development Project. In: A.M. JEGER/R.S. SLOTNIK (Eds.): Community Mental Health: A Behavioral-Ecological Perspective. New York 1982
- ESTROFF, S.E.: Psychiatric Deinstitutionalization: A Socio-Cultural Analysis. The Journal of Social Issues 1981, 37, 116-132
- GLATZER, W./ZAPF, W. (Hrsg.): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Frankfurt/M. 1984
- GOFFMAN, E.: Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. New York 1961
- GOLDSTEIN, M.J./CATON, C.L.: The Effects of the Community Environment on Chronic Psychiatric Patients. Psychological Medicine 1983, 13, 193-199
- GRATHOFF, R.: Alltag und Lebenswelt als Gegenstand der phänomenologischen Sozialtheorie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1978, Sonderheft 20, 67-85
- HARMS, E.: Aftercare of the Psychiatric Patient: An 1847 View. American Journal of Psychiatry 1968, 125, 694-695
- HEINLE, WISCHER & PARTNER GmbH (Hrsg.): Planungsstudie zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Stuttgart 1976
- HELLERICH, G.: Entinstitutionalisiertes Leben als Sabotage: Der psychiatrische Blick auf Totes. Sozialpsychiatrische Informationen 1985, 15, 27-34
- HITZLER, R./HOHNER, A.: Lebenswelt - Milieu - Situation. Terminologische Vorschläge zur therapeutischen Verständigung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1984, 36, 56-74
- KEUPP, H.: Psychisches Leiden und alltäglicher Lebenszusammenhang aus der Perspektive Sozialer Netzwerke. In: B. RÜHRLE/W. STARK (Hrsg.): Soziale Netzwerke und Stützsysteme. Perspektiven für die klinisch-psychologische und gemeindepsychologische Praxis. Tübingen 1985
- KOMMER, D./RÜHRLE, B. (Hrsg.): Ökologie und Lebenslagen. Gemeindepsychologische Perspektiven 3. Tübingen/Köln 1983
- KREISMAN, D.E./JOY, V.D.: Family Response to the Mental Illness of a Relative: A Review of the Literature. Schizophrenia Bulletin 1974, 1, 34-57
- KRUZICH, J.M.: Community Integration of the Mentally Ill in Residential Facilities. American Journal of Community Psychology 1985, 13, 553-563
- LOVE, R.E.: The Community Support Program: Strategy for Reform? In: A. TALBOTT (Hrsg.): The Chronic Mental Patients. Five Years Later. New York 1984
- MONTI, P.M./KOLKO, D.J.: A Review and Programatic Model of Group Social Skills Training for Psychiatric Patients. In: D. UPPER/St.M. ROSS (Eds.): Handbook of Behavioral Group Therapy. New York 1985
- MOOS, R.H.: Evaluating Treatment Environments. A Social Ecological Approach. New York 1974
- MORRISSEY, J.P.: Deinstitutionalizing the Mentally Ill. Process, Outcomes, and New Directions. In: W. GOVE (Ed.): Deviance and Mental Illness. Beverly Hills 1982

NAPARSTEK, A.J./BIEGEL, D.E.: Community Support Systems: An Alternative Approach to Mental Health Service Delivery. In: U. RUEVENI/R.V. SPECK (Eds.): Therapeutic Intervention Fealing Strategies for Human Systems. New York 1982

OKIN, L./DOLNICK, J.A./PEARSALL, D.T.: Patient's Perspectives on Community Alternatives to Hospitalization: A Follow-up Study. American Journal of Psychiatry 1983, 140, 1460-1464

PERKINS, D.V./PERRY, J.C.: Dimensional Analysis of Behavior Setting Demands in a Community Residence for the Chronically Mentally Ill Woman. Journal of Community Psychology 1985, 13, 350-359

PLATMAN, St.R.: The Chronically Mentally Ill: Sharing the Burden With the Community Support Systems and Mental Health. New York 1982

RÖHRLÉ, B.: Soziale Netzwerke und Unterstützung im Kontext der Psychologie. In: H. KEUPP/B. RÖHRLÉ (Hrsg.): Soziale Netzwerke. Frankfurt/M. 1987

RÖHRLÉ, B./STARK, W. (Hrsg.): Soziale Netzwerke und Stützsysteme. Perspektiven für die klinisch-psychologische und gemeindepsychologische Praxis. Tübingen 1985

ROSE, St./BLACK, B.L.: Advocacy and Empowerment. Mental Health Care in the Community. Boston 1985

SCHULBERG, H.C./KILLILEA, M.: Community Mental Health in Transition. In: H.C. SCHULBERG/M. KILLILEA (Eds.): The Modern Practice of Community Mental Health. San Francisco 1982

SCHULSINGER, F.: Biological Psychopathology. Annual Review of Psychology 1980, 31, 583-606

SEARIGHT, H.R./OLIVER, J.M./GRISSE, Th.: The Community Competence Scale in the Placement of the Deinstitutionalized Mentally Ill. American Journal of Community Psychology 1986, 14, 291-301

SEGAL, S./AVIRAM, U.: The Mentally Ill in Community - Based Shelter Care: A Study of Community Cure and Social Integration. New York 1978

SHADISH, W.R./THOMAS, S./BOOTZIN, R.R.: Criteria for Success in Deinstitutionalization: Perceptions of Nursing Homes by Different Interest Groups. American Journal of Community Psychology 1982, 10, 553-566

SMITH, C.J.: Residential Neighborhood as Human Environments: Environment and Planning 1976, A 8, 311-326

STOKOLS, D.: Environment Psychology: A Coming of Age. In: A.G. KRAUT (Hrsg.): The 6. Stanley Hall Lecture Series. Vol. 2. Washington 1982

TESSLER, R.C./GOLDMAN, H.H. & Associates: The Chronically Mental Ill: Assessing Community Support Programs. Cambridge, Mass. 1982

TESSLER, R.C./BERNSTEIN, A.G./ROSEN, B.M./GOLDMAN, H.H.: The Chronically Mentally Ill in Community Support Systems. Hospital and Community Psychiatry 1982, 33, 208-211

TRICKETT, E.J./GIBSON, M.J.St./ENRIGHT, P.M./IRVING, J.B./MITCHELL, R.E./TRASHER, P.A./VANYUR, J.M./VINCENT, T.A.: The Community Support Project: Final Report on Needs Assessment, Evaluation, and the Participatory Planning Process, Vol. I & II. University of Maryland 1980

TURNER, J.C./TENHOOR, W.J.: The NIMH Community Support Program: Pilot Approach to a Needed Social Reform. Schizophrenia Bulletin 1978, 4, 319-348

WAMBACH, M.M./HELLERICH, G.: "Arme Irre" im Wohlfahrtsstaat: Deinstitutionalisierung und Entmarkung in den USA. In: M.M. WAMBACH (Hrsg.): Die Mussen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie. Frankfurt/M. 1980

Bernd Röhrle, Psych. Institut der Universität Heidelberg,
Hauptstraße 47-51, 6900 Heidelberg