

**Menschen mit Doppeldiagnose in der Wohnungslosenhilfe.
Verwahrt oder betreut? Untragbares Verhalten oder unerträgliche
Verhältnisse? Ausschluss oder ...?**

1. Zum Thema
2. Paradigmenwechsel
3. Exklusion
4. Macht und Diskurs
5. „Wo es Macht gibt, gibt es Widerstand“. (Michel Foucault)
6. „Professionelle Nähe – auf Distanz zum Status quo“

1. Zum Thema

Zielgruppe

Wohnungslose,

- die nicht abstinente leben wollen oder können;
- die eine Doppeldiagnose aufweisen;
- die als „nicht krankheitseinsichtig“ oder/und als „therapieresistent“ („therapieresistent“, „unwillig, an eigener Entwicklung zu arbeiten“) und/oder „nicht integrierbar“ gelten.

Verortung im Hilfesystem

- Zielgruppe ist an der Schnittstelle dreier Hilfesysteme (Wohnungslosenhilfe, Sozialpsychiatrische Einrichtungen/Psychiatrie, Drogenhilfe
- sowie an der Schnittstelle von extra- und intramuraler Versorgung angesiedelt.
- Uneindeutige Zuständigkeit – diese wird häufig unter Berufung auf psychiatrisch-diagnostische Kriterien oder die Abstinenzorientierung/Abstinenzgebot einer Einrichtung (Aufnahmekriterien) verneint.
- Zielgruppe ist zum Gegenstand einer Spezifizierungs- und Ausschlussdebatte geworden (Spezifizierung/Zugewinn an Qualität – Gefahr, Einrichtung/Konzept über die Realität hilfeschender stellen).

Konsequenzen

- Ausschluss, „Pendeln“ zwischen den Hilfesystemen;
- Unterversorgung (Wohnen, Tagesstruktur, Beschäftigung/Arbeit), Betreuung light, Verwahrung;
- Gefahr der Hospitalisierung („Dauerlösung“ Großeinrichtung).

Ausschlüsse erhöhen die Vulnerabilität und vermindern die Chance auf Inklusion und gesellschaftliche Teilhabe. (2020: „inklusive Gesellschaft“?)

2. Paradigmenwechsel

Die Wahrheit ist nicht absolut, sie ist vielmehr, so Michel Foucault, „von dieser Welt.“

Von der Norm abweichendes Verhalten wurde/wird durch psychiatrische Diagnosen ersetzt. Gesellschaftliche Diskurse: Pathologisierung, Medizinalisierung, Psychiatrisierung. (Wohnungslose nicht zum ersten Mal in den Bannkreis der Medizin geraten)

Konsequenzen

- Diagnostizieren ist personalisieren (Helga Cremer-Schäfer), Abwendung von der „schwierigen Situation“ hin zu „schwierigen“ KlientInnen. (Bewältigungshandeln? Strukturelle Veränderungen?)
- Medikalisierung: Entlastung, aber auch Disziplinierungs- und Kontrollinstrument. Compliance in Bezug auf medizinische Behandlung erfährt Ausweitung in den sozialen Raum hinein (z.B. Beikonsum, Verweigerung der Medikation ...). Soziale Compliance?
- Eine vorrangig soziales Problem vorrangig medizinisch lösen wollen;
- Zunehmende Verdrängung des Sozialen aus dem Bereich der Problemwahrnehmung und –definition. (Wie der Name einer Sache unser Verhalten bestimmt)

3. Exklusion

3.1. Einrichtungen

Hochschwellige Aufnahmekriterien, Abstinenzgebot; Zuschreibungen wie „nicht krankheitseinsichtig“, „therapieresistent“, „Konzeptsprenger“ ...

Dreifache Stigmatisierung als Wohnungslose, psychisch Kranke und Suchtkranke. Stigmatisierung beschädigt soziale Identität.

3.2 Ausschlusskriterien (wahllos)

Primäre Suchterkrankung, geistige Behinderung, Pflegebedarf, Desorientierung, schwere (akute) psychiatrische Erkrankungen, stark erhöhtes Gewaltpotenzial, extreme Alkoholproblematik, akute Drogenproblematik, erhebliche psychische Beeinträchtigung, extreme Verwahrlosung, Gewaltbereitschaft;

Unterkünfte zudem oft nicht vorgesehen für Frauen, heterosexuelle Paare, EU-AusländerInnen.

Substituierte, unmittelbar nach Entzug.

3.3. KlientInnen

Erwartung/Forderung von Passgenauigkeit („Angebot passt nicht zum Klienten“, KlientInnen werden „überprüft“, nicht Einrichtungen).

Haben, auf unterschiedlichen Ebenen, keinen Spielraum: Einkommen; Erfahrung (Prozesshaftigkeit von Exklusion); Regeneration und Muße (Rückzug, Privatsphäre);

Disposition (wenig Einfluss auf Lebensgestaltung und Lebenssituation).

Multipel belasteter Gruppe wird „Lösung“ zugemutet, die 95% der Menschen, einschließlich uns selbst, überfordern würde.

Einhaltung der Regeln: Kontrolle, Überwachung, Sanktionierung. (Widerspricht unser aller Vorstellung eines gelungenen Lebens)

3.4. Soziale Exklusion

Rede von sozialer Exklusion hat Konjunktur, ist zum Synonym für die „Soziale Frage“ geworden. Allzweckwort.

Das Soziale

Eingefasst von klar konturierten Grenzen?

Das Ausgeschlossene: vor den Grenzen der Gesellschaft?

Entweder man ist drinnen oder man ist draußen?

Kritik daran

Existenz eines absolut von der Gesellschaft geschiedenen Jenseits, in das hinein der Ausschluss erfolgt (?)

Problematisierung Inklusion

idealisiertes gesellschaftliches „Innen“ (homogen? Wann erreicht?)

Bezugnahme auf Gemeinschaft (Robert Castel)

Auch nicht unproblematisch: Setzung eines „Gemeinsamen“, während „Gesellschaft“ sich durch Gleichzeitigkeit von Unterschiedlichem charakterisieren lässt.

Bezugnahme auf Gesellschaft

Produktion von sozialer Ordnung durch Prozesse der Ein- und Ausschließung.

Gesellschaft als dasjenige System, das alle Kommunikationen einschließt.

Gibt keine Kommunikation außerhalb der Gesellschaft.

Jede Exklusion inkludiert in den meisten Fällen Inklusion in andere Kontexte.

Personelle Relevanz (Chance auf Kommunikation / soziale Berücksichtigung / Mitwirkungsrelevanz) wird hierbei nicht völlig gelöscht, sondern verschoben bzw. ausgedünnt – so weit, dass ihnen in vielen sozialen Kontexten nur noch eine thematische Präsenz zugestanden wird.

Ein Defizit stärkt das andere

Kumulation der Ausschlüsse aus Funktionssystemen. Somit kann von Ausschluss gesprochen werden, obwohl Gesellschaft alle Kommunikation einschließt.

Prozess der Relevanzverarmung. (Ohne Arbeit keine Wohnung, ohne Wohnung ...; ohne Ausweis keine ordentliche Arbeit, kein Anspruch auf Gesundheitsleistungen, keine Möglichkeit sich an die Polizei zu wenden ...)

Problem der Grenzen des Sozialen nicht gelöst

Blick weg von den Rändern: Exklusionsbereiche, Zonen der Verletzbarkeit, die sich mitten in der Gesellschaft im Rahmen ökonomischer Prozesse der Destabilisierung öffnen, z. B. Prekarisierung von Arbeitsverhältnissen an ehemals gesicherten Orten. Fest integrierte Elendszusammenhänge im Schatten sozialer Funktionssysteme. Erosion des Sozialen.

4. MACHT und Diskurs

Diskurse schaffen neue Exklusionsfelder (vgl. Paradigmenwechsel).

Nach M. Foucault: Macht ist nicht nur repressiv, sie ist vor allem produktiv, indem sie Wissen in die Welt setzt, das sich insbesondere auf die seinsollende Subjektivität („Normalität“) konzentriert und in Form von Kontrolle/Leitung in gesellschaftliche Praxis umgesetzt wird. Funktion von Diskursen besteht u. a. in der Exklusion dessen, was an Subjektivität nicht sein soll, als „nicht normal“ konstruiert wurde/wird. Normalisierungspraktiken haben die Funktion von Exklusionspraktiken: Sie differenzieren zwischen krank und gesund, verrückt und normal, abweichend und angepasst.

Soziale Arbeit

Soziale Arbeit hat es mit Exklusionswirkung von Diskursen auf ihre Klientel zu tun. Nicht nur Ausschluss hinsichtlich Ressourcen, auch Ausschluss von Subjektivitätsformen. Sie übernimmt diverse Diskurse über menschliche Subjektivität, die ihre Praxis anleiten (was „Normalität“ ist, was krank oder gesund ist ...). Sie wirkt mit an der Übersetzung struktureller Faktoren in individuelle Defizite. Individuelle Arbeit an Krankheit zum Zentrum erhoben – gesellschaftliche Arbeit an Krankheit wird zum Nicht-Thema.

Gefahr der Instrumentalisierung Sozialer Arbeit: z.B. Nutzbarmachung von KlientInnen für den Arbeitsmarkt, Medikamenteneinnahme kontrollieren, sanktionieren ...

5. „Wo es Macht gibt, gibt es Widerstand“ (Foucault)

Logik der Klage – bestärkt in der eigenen Ohnmacht.

Wäre kontraproduktiv, Soziale Arbeit pauschal der Unterwerfung unter herrschende Diskurse zu bezichtigen. Ist Widersprüchen und Dilemmata ausgesetzt.

Geht nicht unbedingt um die „große Strategie“, sondern um Widerständigkeit in der alltäglichen Praxis, „Mikromächte“ (Foucault), die schrittweise Handlungsspielräume ausdehnen und dominante Diskurse untergraben.

Wahrheitskritische Haltung

Wahrnehmung der Widersprüchlichkeit und Ambivalenz der eigenen Tätigkeit; Alltagshandlungen problematisieren, Machtverhältnisse kritisieren; Inklusion ernst nehmen, bedeutet notwendigerweise Kritik an gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen zu üben (politisches Mandat der Sozialen Arbeit).

Reflexions- und Kritikvermögen.

In den Einrichtungen: Raum zum Denken schaffen.

6. „Professionelle Nähe – auf Distanz zum Status quo“

„Die Distanz gerät ins Zentrum der Überlegungen, wenn die bestehenden gesellschaftlichen Bedingungen als nicht hintergebar betrachtet werden.“

Rede von der professionellen Distanz: immer dann, wenn die Problemlagen der KlientInnen den Rahmen des gängigen Repertoires sprengen.

Sog. „Frontschweinen“ wird unterstellt, sie würden die Situation der KlientInnen und deren Bedürfnisse über das professionell Machbare stellen. Die zentrale Frage innerhalb der Sozialen Arbeit besteht allerdings genau darin, dieses Machbare zu bestimmen.

Erfolg in der Sozialen Arbeit ist durch das doppelte Mandat widersprüchlich definiert.

„Aus meiner Sicht findet erfolgreiche Soziale Arbeit nur durch ein überschießendes Moment statt, das die Bedürfnisse und Notwendigkeiten der Menschen, mit denen sie arbeitet, über die bestehenden Verhältnisse stellt.“ (Abarbeiten an den aktuellen Bedingungen)

Wird vor allem auf Distanz Wert gelegt, so wird der Teil des Nähe-Distanzverhältnisses unterschlagen, der Voraussetzung für erfolgreiche Soziale Arbeit ist: die Beziehung zwischen SozialarbeiterIn und KlientIn.

Unterstützung lässt sich nicht auf ein personenunabhängiges Vermitteln von Informationen reduzieren. Von KlientInnen wird erfahrbare/greifbare Person (Beziehungsarbeit) und nicht ein Servicepoint erwartet.

SozialarbeiterIn muss sich jederzeit im Klaren sein, dass es sich nicht um eine private Beziehung und nicht um eine Beziehung zwischen gleichberechtigten Gegenübern handelt (Notlage des einen / beruflicher Arbeitsauftrag des anderen).

Geteilte Zielsetzung des gemeinsamen Projekts: subjektiv sinnvolle Verbesserung der Lebenssituation.

Professionalität der Nähe: Voraussetzung ist es, sich andere gesellschaftliche Bedingungen vorstellen und das Gegebene immer wieder in Frage stellen zu können, Ausgrenzungs-

mechanismen und Ausbeutungsverhältnisse zu skandalisieren und in ihren Auswirkungen individuell zu entschärfen.

Professionelle Nähe kann weder zur Abwehr von Ansprüchen der KlientInnen dienen, noch die Beziehung zwischen KlientIn und SozialarbeiterIn entwerfen.

Burnout

Die Distanz soll dem Burnout vorbeugen, indem sie das angeblich notwendige Scheitern der konkreten Arbeit an den Verhältnissen mit den eigenen Vorstellungen in Einklang bringt. Macht Soziale Arbeit unmöglich.

„Die Rede von der professionellen Distanz ist mit der Hoffnung verbunden, dass, wenn man sich vom sozialarbeiterischen Gegenüber nur weit genug entfernt halte, man mit den bestehenden Bedingungen der Sozialen Arbeit nicht in Konflikt käme.“

„Die Furcht vor den KlientInnen, die in dem ritualisierten Einfordern „ausreichender“ professioneller Distanz immer wieder durchschlägt, hat zumindest viel zu häufig den gegenteiligen Effekt.“ (Burnout)

„Der erfolglose Versuch, den Status quo und starre Regeln gegen (neue) Realitäten aufrecht erhalten zu wollen, scheint mir dagegen der entscheidende Faktor für Burn-Out-Phänomene zu sein.“

Quellen

Opitz, Sven: Grenzregime zwischen innen und außen. Überlegungen zur sozialen Produktion von Marginalität. <http://gradnet.de/papers/papers2004/opitz04long.pdf>

Donald W. Winnicott: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, Gießen 2006, S. 285-302

Martin Dörrlamm: „Professionelle Nähe – auf Distanz zum Status quo.“ In: Widersprüche. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, Heft 100, 26. Jg. 2006, Nr. 2, 155-160

Gruppen 1 und 2

Welche Betreuungsziele werden in Ihren Einrichtungen verfolgt? In welchem Über- und Unterordnungsverhältnis stehen sie zueinander? Wie werden die Ziele begründet? Stehen die Ziele miteinander in Einklang oder in Widerspruch?

In welchen Bereichen ist für BewohnerInnen eigene Bedürfnisformulierung und –umsetzung möglich? Wo haben sie das Recht auf Verweigerung? Wo nicht?

Wo könnten Handlungsspielräume von BewohnerInnen ausgedehnt werden? Gibt es strukturelle Vorgaben (Ausschluss, Hausregeln ...) in Ihren Einrichtungen, die bei Ihnen Irritationen oder Unbehagen auslösen? Weil Sie z. B. anders handeln würden, wenn die Vorgaben es zuließen?

In welchen Bereichen und wie werden im Einzelfall Grenzen verschoben, Bedingungen/Regeln entschärft? Wo ist dies nicht möglich? Und warum?

Worum (auch Kleinigkeiten) wären Einrichtungskonzepte zu erweitern, um dieser KlientInnengruppe gerecht zu werden? Was benötigen diese KlientInnen, damit sie unsere Einrichtungen nutzen können? Was, welche strukturellen Vorgaben und Bedingungen bringen sie immer wieder dazu, zu flüchten oder aber „entfernt“, „rausgeworfen“ zu werden? Braucht es wirklich eigene „spezialisierte“ Einrichtungen für KlientInnen mit Doppeldiagnose?

Donald W. Winnicott

„In seinem 1963 gehaltenen Vortrag „Die psychisch Kranken unter den Fällen der Sozialarbeiter“, der gerade und angesichts der bereits mehrfach thematisierten Tendenz zur Medizinisierung sozialer Probleme nichts an Aktualität eingebüßt hat, verweist der britische Psychoanalytiker Donald W. Winnicott auf die ätiologische Verknüpfung von Psychose bzw. geistig-seelischer Erkrankung und Umweltversagen (vgl. S. 297).

Und genau hier – im Bereich der „neuen“, der zu schaffenden, zu realisierenden Umweltversorgung – siedelt er die Aufgabe der Sozialarbeit an, für die, wie er feststellt, der Umweltfaktor eine spezifische Bedeutung hat (vgl. S. 289). Naheliegender also, dass Winnicott davon ausgeht, **dass „die psychisch Kranken unter den Fällen der Sozialarbeiter“ eine besonders förderliche Umwelt bzw. gar „übertriebene Fürsorge“ (vgl. 299) seitens ihrer SozialarbeiterInnen benötigen.** Eine weitere Begründung für die zentrale Bedeutung der Umwelt findet sich in seinem Hinweis auf den Umstand, dass sich **„das klinische Bild eines geistig-seelisch Kranken gemäß der Haltung der Umwelt (verändere), selbst wenn der Krankheitszustand des Patienten im Grunde unverändert bleibt“** (S. 293). Eine Betrachtungsweise, die der schwierigen – und zu verändernden – Situation/Umwelt, als Dreh- und Angelpunkt Sozialer Arbeit, eine hohe Bedeutung beimisst.“(Lydia Domoradzki: „Wohnungslos und psychisch krank“, in: DOWAS Jahrbuch 2012, 45-57)

Quelle:

Donald W. Winnicott: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, Gießen 2006, S. 285-302

Gruppen 3 und 4

Wo kollidieren Verhaltensweisen von KlientInnen mit Vorgaben von Einrichtungen / eigenen Haltungen/Ansprüchen?

Was macht es so schwierig, mit dieser Zielgruppe zu arbeiten?

Dass wir häufig reagieren, wie wir es sonst/bei einer anderen KlientInnengruppe nicht tun/weitaus seltener tun würden:

- Zornige/grantige Resignation
- Gesellschaftlichen Anpassungsdruck weitergeben (z. B. Rauchverbote ...)
- „Flucht“, Abwehr
- Pädagogisieren
- Frustration
- „Drohung“ (wenn – dann)
- Rückzug auf formale Kriterien (Hausordnung, Konzept der Einrichtung, „Konzeptsprenger“ ...)
- Bündnis mit Kontroll-/Disziplinierungsinstanz eingehen
- Paternalistisch, autoritär
- Omnipotenz: das ist das Angebot, ein anderes gibt es nicht
- Rationalisieren (z. B. „nicht zuständig“)

Warum halten wir diese KlientInnen so schwer aus?

Was steht der Realisierung von „professioneller Nähe“ entgegen? (Haltungen und Vorgaben der Einrichtung, eigenes bzw. Berufsbild der Einrichtung ...)

Was bräuchten wir, um „professionelle Nähe“ (besser) realisieren zu können?

Was (Arbeitsbedingungen, Haltungen ...) befördert die Abwendung von/Flucht vor diesen KlientInnen?

